



Tribunal de Contas



**Auditoria de Seguimento
das Recomendações formuladas no
Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção
Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
(Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção)**

ADSE



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

**Relatório n.º 8/2016 – 2ª Secção
Processo n.º 25/2015 – AUDIT**

**Volume II
Desenvolvimento, Anexos e Apêndice**



Volume II

Desenvolvimento, Anexos e Apêndice

Índice

- Desenvolvimento -

VI – Introdução	9
6. Âmbito e objetivos da auditoria	9
7. Enquadramento da auditoria	9
8. Metodologia e procedimentos	13
9. Condicionantes e limitações.....	14
VII – Desenvolvimento da auditoria	15
10. Factos relevantes para apreciação do acolhimento das recomendações.....	15
11. Avaliação do grau de acolhimento das recomendações	21
11.1. Recomendações que visam salvaguardar a autonomia do sistema de proteção social relativamente a objetivos governamentais de contexto, da responsabilidade do Governo	21
11.2. Recomendações que visam atribuir a propriedade plena dos descontos aos quotizados	36
11.3. Recomendações que visam a participação dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro da entidade gestora ADSE	41
11.4. Recomendações que visam melhorar a base <i>per capita</i> de incidência do desconto.....	45
11.5. Recomendações que visam promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados e um maior controlo da cobrança do desconto	62
11.6. Recomendações que visam a assunção da ADSE como um sistema extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde e aos Serviços Regionais de Saúde	67
11.6.1. Enquadramento do tema.....	69
11.6.2. Análise do grau de acolhimento das recomendações	93
11.7. Recomendações que visam a clarificação de responsabilidades no financiamento e na assunção de encargos do sistema ADSE.....	138
11.8. Recomendações que visam um maior rigor e transparência dos documentos de prestação de contas	158
12. Análise da situação de tesouraria da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas em 2015.....	164

Quadros

QUADRO 2 – METODOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS DO PAINEL DE PERITOS	14
QUADRO 2 – FACTOS RELEVANTES	15
QUADRO 3 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.1)	21
QUADRO 4 – BENEFICIÁRIOS ISENTOS – NÚMERO E DESPESA	27
QUADRO 5 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.2)	36
QUADRO 6 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.3)	41
QUADRO 7 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.4)	45
QUADRO 8 – COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO ATUARIAL E A PROPOSTA DE ALARGAMENTO EM CURSO	49
QUADRO 9 – RENÚNCIAS POR ESCALÃO DE DESCONTO	60
QUADRO 10 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.5)	62
QUADRO 11 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.6)	67
QUADRO 12 – ENTIDADES RAM QUE NÃO ENTREGARAM DESCONTO À ADSE-DG EM JANEIRO DE 2016	124
QUADRO 13 – ESTIMATIVA DE ENCARGOS	129
QUADRO 14 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.7)	138
QUADRO 15 – ENCARGOS SUPOSTOS PELAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS E PELA ADSE-DG E DESCONTO RETIDO PELAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS A 31.12.2013	141
QUADRO 16 – RECOMENDAÇÕES (PONTO 11.8)	158
QUADRO 17 – EXECUÇÃO DE TESOURARIA	164
QUADRO 18 – RECEITA COM ORIGEM EM FUNDOS PÚBLICOS	165

Figuras

FIGURA 1 – SUSTENTABILIDADE DA ADSE – CENÁRIO CENTRAL	48
FIGURA 2 - EFEITO DO ALARGAMENTO PROPOSTO NA SUSTENTABILIDADE DA ADSE	48
FIGURA 3 – DESPESA REGIME CONVENCIONADO, CUSTOS MÉDIOS ANUAIS POR IDADE*	50
FIGURA 4 – DÉFICE/EXCESSO DO SALDO ACUMULADO NO FINAL DO PERÍODO DE 10 ANOS (2014-2024)	56
FIGURA 5 – CURVA DE CONCENTRAÇÃO DOS DESCONTOS PAGOS PELOS TITULARES	58
FIGURA 6 – FINANCIAMENTO DO SNS E DOS SRS ATÉ 31.12.2009	77
FIGURA 7 – FINANCIAMENTO DO SNS E DOS SRS APÓS 01.01.2010	89
FIGURA 8 – FINANCIAMENTO DA ADSE	90



Índice

- Anexos -

ANEXO 1- RECOMENDAÇÕES ANALISADAS.....	169
ANEXO 2 - METODOLOGIA – PAINEL DE PERITOS.....	177
ANEXO 3 - FACTOS RELEVANTES PARA APRECIÇÃO DO ACOLHIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES.....	179
ANEXO 4 - EXECUÇÃO DE TESOURARIA	189
ANEXO 5 - EQUIPA TÉCNICA	191
ANEXO 6 - DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS	195
ANEXO 7 - SALDO DE GERÊNCIA DA ADSE	197
ANEXO 8 - DISPOSIÇÕES DOS DIPLOMAS ORÇAMENTAIS RELATIVAS À ASSUNÇÃO ENCARGOS COM OS BENEFICIÁRIOS DA ADSE PELO SNS.....	199
ANEXO 9 - A PROBLEMÁTICA DE O DECRETO-LEI N.º 118/83 CONTER DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS ORGANISMOS DOTADOS DE AUTONOMIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA (ART.º 4º) E PARA AS AUTARQUIAS (ART.º 5º), SENDO NECESSÁRIO RECORRER À INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DO ART.º 4º DO DIPLOMA EM CAUSA PARA INCLUIR A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL.....	205
ANEXO 10 - DISPOSIÇÕES DOS DIPLOMAS ORÇAMENTAIS RELATIVAS À TRANSFERÊNCIA DE ENCARGOS COM MEDICAMENTOS	213
ANEXO 11 - EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS	217
ANEXO 12 – NOTA DE ÊMOLUMENTOS.....	221

Índice

- Apêndices -

AP. 1 - ADALBERTO CAMPOS FERNANDES.....	225
AP. 2 - EUGÉNIO ROSA	241
AP. 3 - JOSÉ MENDES RIBEIRO	251
AP. 4 - PEDRO PITA BARROS	262

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
BCE	Banco Central Europeu
CEE	Contribuição da Entidade Empregadora
CGA	Caixa Geral de Aposentações
CRP	Constituição da República Portuguesa
CTT	Correios e Telecomunicações
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
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
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
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
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IAS SAÚDE	Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
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
PGA	Plano Global de Auditoria
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
PT	Portugal Telecom
RA	Região Autónoma
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
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
SEE	Sector Empresarial do Estado
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE
SICOF	Sistema de informação de Conferência de Faturas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SRS/RA	Serviço Regional de Saúde (das Regiões Autónomas)
TC	Tribunal de Contas
UE	União Europeia



Glossário

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 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.

QUOTIZADO – Designa no presente relatório o beneficiário da ADSE que contribui com os seus descontos para o sistema de saúde.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (do Continente) - 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 da Secretaria Regional competente 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.



FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

EQUIPA DE AUDITORIA

Conceição Silveiro (Licenciada em Auditoria)
Cristina Costa (Licenciada em Direito)



VI – Introdução

6. Âmbito e objetivos da auditoria

Em cumprimento da deliberação do Plenário da 2ª Secção do Tribunal e Contas, de 10 de setembro de 2015, que alterou o respetivo Programa de Fiscalização para 2015, foi prevista a realização de uma auditoria de seguimento de recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, de 17 de junho, relativo à Auditoria ao Sistema de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE).

Nos termos da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹, as recomendações são emitidas “... em ordem a serem supridas as deficiências da respetiva gestão financeira, bem como de organização e funcionamento dos serviços”², podendo o Tribunal aplicar multas pelo seu não acatamento, reiterado e injustificado, em processo de julgamento de responsabilidade financeira³.

A presente ação tem como **objetivo** avaliar o grau de acolhimento das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção que visam, fundamentalmente, **a sustentabilidade do Sistema de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas – ADSE**, com os descontos dos quotizados.

Refira-se que nas determinações finais do Relatório de Auditoria foi dado àquelas entidades um prazo de três meses (até ao dia 7 de outubro de 2015) para que fosse comunicada a sequência dada às várias recomendações formuladas, com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos.

As recomendações objeto de acompanhamento encontram-se transcritas no **Anexo 1**.

7. Enquadramento da auditoria

Na sequência do cumprimento do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica vigente entre 2011 e 2014, o financiamento do esquema de benefícios da ADSE passou a ser assegurado pelos descontos dos seus quotizados, isto é os trabalhadores e pensionistas que exercem ou exerceram funções públicas. Contudo, a ADSE tem sido mantida como uma Direção-Geral da administração central direta do Estado, isto é, sem que tivesse ocorrido a necessária revisão dos seus estatutos, de modo a assegurar a efetiva autonomia administrativa e financeira, em concordância com a alteração dos paradigmas do seu financiamento e do seu fim: a satisfação de necessidades de cuidados de saúde dos respetivos quotizados e beneficiários, com as contribuições dos mesmos para o sistema.

Assim, apesar de, há muito, se reconhecer que “Este novo paradigma de financiamento deverá conduzir a uma reflexão profunda do modelo de organização e de funcionamento dos subsistemas de saúde de forma a garantir uma efetiva participação na política de gestão por parte dos respetivos beneficiários.” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, que procedeu ao aumento

¹ Republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março.

² Conforme artigo 54.º, n.º3, alínea i), da Lei n.º98/97, de 26 de agosto.

³ Conforme art.ºs 54.º, n.º3, alínea i), 58, n.º 3, e 65º, n.ºs 1, al. j), e 2 a 9 e 67º da Lei n.º98/97, de 26 de agosto.

da taxa de desconto de 1,5% para 2,5%⁴) nada foi feito para adequar os estatutos e o modelo de organização e funcionamento da entidade gestora da ADSE, a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, àquele “novo paradigma” e à adequação do próprio esquema de benefícios ao mesmo.

A propósito do modelo de organização e funcionamento da entidade gestora da ADSE concluiu-se, no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 - 2ª Secção, que:

“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-DG.” (Volume I, página 10)

e que

“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 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 benefícios⁵);*
- ✚ 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;*

⁴ Passando por um período transitório de 2,25%.

⁵ 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.



- + a participação dos quotizados da ADSE⁶ 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.” (Volume I, páginas 11-12)

Quanto ao esquema de benefícios e sustentabilidade do sistema constatou-se, entre outros aspetos:

1. a existência de beneficiários que não contribuem para o financiamento e de quotizados cujos descontos não são entregues à entidade gestora do sistema (ADSE-DG),
2. o pagamento, pela ADSE, de despesas que são da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde porquanto os quotizados/beneficiários da ADSE, como os restantes cidadãos, são na origem beneficiários destes Serviços para cujo financiamento contribuem através do pagamento dos impostos, e
3. a execução de atividades que são alheias às finalidades e ao esquema de benefícios da ADSE (a verificação domiciliária da doença e a realização de juntas médicas, no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas).

“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 anuais. 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 aposentados e de 398.178 beneficiários familiares, dos quais 280.509 descendentes com idades até 19 anos), cujos custos anuais se estimam em € 146,5 milhões e que podem colocar em causa a sustentabilidade do sistema a longo prazo.” (Volume I, página 12)*

“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 impostos.

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:

⁶ 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.

- ✚ a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos⁷;
- ✚ a assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do quotizado⁸;
- ✚ 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 milhões.” (Volume I, página 11)

Acresce, ainda, que entre os beneficiários que não contribuem para o financiamento do sistema, **a isenção de beneficiários aposentados titulares do pagamento do desconto** – beneficiários cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, é inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida⁹ - **consubstancia uma política social do Estado que incumbe ao Governo prosseguir**¹⁰.

Para além destas situações, o Relatório de Auditoria identificou outros riscos para a sustentabilidade do sistema ADSE no médio e longo prazo, nomeadamente:

- ✓ **A renúncia de quotizados de escalões mais elevados** e consequente degradação da base *per capita* de incidência do desconto.

“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.” (Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume I, página 11)

- ✓ **A degradação da idade média dos quotizados/beneficiários** e consequente aumento dos custos da ADSE.

“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

⁷ 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).

⁸ 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.

⁹ Art.º 47º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, conforme redação dada pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

¹⁰ A este propósito *“... 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.”* (Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume I, página 54, Volume II, páginas 34-35)



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.” No período entre 2009 e 2014 a idade média da população da ADSE aumentou de 42 para 46 anos e os custos por quotizado titular, incluindo familiares, aumentaram de € 390 para € 523. (Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume II, página 33)

✓ O risco de concorrência com o mercado dos seguros de saúde

“Se, ao valor do desconto, se acrescer o valor que esses quotizados [referindo-se aos quotizados dos dois escalões de descontos mais elevados] 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.

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.” (Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume I, página 22)

Assim, a presente auditoria pretende, nas recomendações que constituem o seu objeto, dar conta das medidas que foram implementadas pelas entidades destinatárias das mesmas com vista ao seu acolhimento.

8. 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 / Programa de Auditoria aprovado, 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 membro¹¹.

A fase de planeamento consistiu fundamentalmente na análise das respostas dos destinatários das recomendações no âmbito do processo de acompanhamento das recomendações realizado pela DGTC, da informação veiculada no âmbito do contraditório da auditoria e em pedidos de informação posteriores, e das declarações prestadas pelo Diretor-Geral da ADSE¹².

A fase de execução foi desenvolvida na DGTC, com base em dados e informação solicitada às entidades destinatárias das recomendações, tendo-se também ouvido novamente o Diretor-Geral da ADSE, em 28 de outubro de 2015.

Importando densificar o enquadramento e alcance das recomendações proferidas face à complexidade das matérias constantes do Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ªS, desenvolveram-se ainda as diligências necessárias à constituição de um painel de peritos, para recolha de contributos sobre os temas constantes das conclusões e recomendações do Relatório de Auditoria, procedimento previsto nas metodologias geralmente aceites pela INTOSAI¹³.

¹¹ Designadamente ISSAI 3100, § 36-37, e ISSAI 3000, ponto 5.5.

¹²No âmbito de diligência presidida pelo Juiz Conselheiro Relator, nos dias 28 e 29 de setembro de 2015.

¹³ Vg. ISSAI 3000- Standard and Guidelines for performance auditing based on INTOSAI’s Auditing Standards and practical experience ; VFM Handook, a guide to quality in VFM work – National Audit office, UK..



Dos seis peritos convidados¹⁴, escolhidos por revelarem notória idoneidade, quer pelas suas competências profissionais, experiência e currículo académico, quer por terem múltiplas opiniões publicadas sobre a ADSE, quatro aceitaram participar, tendo o painel sido constituído por Adalberto Campos Fernandes¹⁵, Eugénio Rosa¹⁶, José Mendes Ribeiro¹⁷ e Pedro Pita Barros¹⁸.

Os trabalhos do painel de peritos desenvolveram-se no final de outubro e no início de novembro de 2015, pelo que os peritos Adalberto Campos Fernandes e Pedro Pita Barros participaram no painel antes de terem assumido as suas responsabilidades atuais, respetivamente como Ministro da Saúde do XXI Governo Constitucional e como presidente da “Comissão de Reforma do modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)”.

A metodologia fixada para o desenvolvimento dos trabalhos relativos ao painel de peritos obedeceu aos seguintes procedimentos, detalhados no Anexo 2.

Quadro 1 – Metodologia do desenvolvimento dos trabalhos do painel de peritos

- 1) Obtenção de contributos escritos, individuais, de cada perito, guiados por uma matriz com os temas e tópicos para comentário;
- 2) Partilha do contributo escrito de cada participante no painel com os outros participantes, tendo em vista a obtenção de pontos de vista, perceções e fundamentações cruzadas;
- 3) Realização de reuniões individuais com cada um dos peritos, o Conselheiro Relator e a equipa de auditoria, das quais resultaram memorandos escritos, revistos e validados pelos entrevistados;
- 4) Análise dos contributos do painel de peritos e integração das suas opiniões no relato de auditoria.

Sempre que apropriado, os contributos recolhidos foram transcritos ou referenciados diretamente no texto do presente Relatório, em destaque próprio, constando na íntegra no Apêndice.

9. Condicionantes e limitações

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração dos dirigentes e funcionários das entidades envolvidas na disponibilização da documentação e na prestação dos esclarecimentos solicitados.

¹⁴ Além dos peritos que viriam a constituir o painel, foram convidados: (i) Fernando Lopes Ribeiro Mendes e (ii) Vital Moreira.

¹⁵ Médico; Doutoramento em Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa, Mestre em Saúde Pública, Administração dos Serviços de Saúde, pela Universidade Nova de Lisboa; gestor de um sistema de saúde privado (SAMS), gestor de topo em várias instituições na área da saúde e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

¹⁶ Economista, Doutoramento pelo Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, consultor da CGTP e da Federação dos sindicatos da Função Pública, membro do Conselho Geral e de Supervisão da Caixa Económica - Montepio Geral.

¹⁷ Economista e Gestor de topo em várias instituições na área da saúde, presidiu em 2011 ao Grupo Técnico da Reforma Hospitalar (Ministério da Saúde), Professor na Faculdade de Medicina de Lisboa e na Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica.

¹⁸ Economista, Doutoramento em Economia, professor Catedrático da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa, investigador na área da Economia da Saúde, consultor de várias instituições públicas e privadas.



VII – Desenvolvimento da auditoria

10. Factos relevantes para apreciação do acolhimento das recomendações

Sem prejuízo de o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção ter sido aprovado em 17 de junho, existem factos anteriores a essa data que importa ter em consideração no âmbito de uma avaliação sobre o grau de acolhimento das recomendações.

Recorde-se que, conforme referido no Enquadramento e Nota Prévia do Relatório de Auditoria (Volume I, pág. 7), a mesma “... 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*.”, destacando-se o processo iniciado pela Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 5/2015, de 15 de janeiro.

Quadro 2 – Factos relevantes

2015 (janeiro)	<ul style="list-style-type: none">Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 5/2015, de 15 de janeiro, cria uma Equipa Técnica com a missão de estudar “... um modelo de governação transversal” à ADSE e aos subsistemas públicos ADM, SAD/GNR e SAD/PSP, com a participação das respetivas tutela e do Ministério da Saúde, bem como dos respetivos quotizados, no sentido de promover a articulação entre os sistemas, sem perda da identidade, expressão orçamental e especificidades próprias de cada um.
2015 (janeiro)	<ul style="list-style-type: none">O Diretor-Geral da ADSE apresenta ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento proposta no sentido das entidade empregadoras públicas financiarem as atividades de controlo de faltas dos seus trabalhadores que solicitem à ADSE. O despacho do Secretário de Estado remete o assunto para os trabalhos da Equipa Técnica, supra mencionada.
2015 (fevereiro)	<ul style="list-style-type: none">O Diretor-Geral da ADSE apresenta ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento proposta de ofícios a serem endereçados aos Governos Regionais, relativos à retenção dos descontos dos trabalhadores por organismos dos Governos Regionais e à transferência, para os Serviços Regionais de Saúde, da responsabilidade pelos encargos com medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas. <p>Tendo em vista a regularização das relações financeiras entre a ADSE e as Administrações Regionais, a questão foi remetida para um Grupo de Trabalho composto por representantes do Ministério das Finanças e dos Governos Regionais, inserindo-se nos trabalhos, já em curso, do programa de assistência financeira do Governo da República ao Governo Regional da Madeira. O Governo Regional dos Açores não foi incluído no Grupo de Trabalho</p>
2015 (março)	<ul style="list-style-type: none">Remessa do relato da auditoria anterior para contraditório, incluindo projeto de recomendações.
2015 (abril)	<p>Respostas no âmbito do contraditório ao relato da anterior auditoria assumem como necessária a revisão das situações de cuidados de saúde financiados pela ADSE e que devem ser transferidos para o Serviço Nacional de Saúde e para os Serviços Regionais de Saúde, remetendo a sua análise para a equipa técnica <i>supra</i> referida.</p> <p>Outras recomendações foram também remetidas para os trabalhos desta equipa técnica.</p>
2015	<ul style="list-style-type: none">Conclusão dos trabalhos da equipa técnica e apresentação dos resultados aos membros

(maio)	do Governo em cujos ministérios se integram a ADSE (à época, a Ministra de Estado e das Finanças), a ADM (Ministro da Defesa Nacional, a SAD-PSP e a SAD-GNR (Ministra da Administração Interna) e ao Ministro da Saúde.
	O Relatório da equipa técnica só foi remetido pelo Diretor-Geral da ADSE à Direção-Geral do Tribunal de Contas em 13 de agosto de 2015.
	Destacam-se as propostas de:
	<ul style="list-style-type: none">✚ criação, no Ministério da Saúde, de um órgão de coordenação colegial – um Colégio de Governo – composto por representantes da ADSE, da ADM, da SAD-PSP e da SAD-GNR, e por um representante do Ministério da Saúde que preside.✚ alargamento da base de beneficiários da ADSE a filhos com mais de 26 anos e até aos 30, sob condições, e aos trabalhadores do Setor Empresarial do Estado.
2015 (maio)	<ul style="list-style-type: none">▪ O Diretor-Geral da ADSE apresentou ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento um memorando onde, considerando que <i>“O trabalho agora finalizado da equipa técnica (ET) ficou (...) muito aquém do que era previsto e expectável ...”</i> e <i>“...mais adequado...”</i>, elencou propostas, de entre as quais se destacam:<ul style="list-style-type: none">✚ Extinção da Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas e criação de <i>“... um Instituto Público de regime especial, tutelado pelo Ministro responsável pela área das Finanças, ou eventualmente tutelado conjuntamente pelo Ministro responsável pela área das Finanças e pelo Ministro responsável da área da Saúde”</i>, com participação no órgão de gestão, como membros não executivos, de representantes de beneficiários titulares eleitos por sufrágio direto pelo universo dos seus representados;✚ A assunção pela ADSE, no âmbito do orçamento para 2016, <i>“... da totalidade das competências de gestão dos benefícios do subsistema ADSE e que ainda hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional...”</i>;✚ Financiamento pelo Estado, através do orçamento do Estado e a partir de janeiro de 2016, dos encargos da ADSE com beneficiários titulares isentos do pagamento do desconto;✚ Remuneração, pelas entidades empregadoras, das atividades da ADSE no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas;✚ A transferência de encargos, ainda assumidos pela ADSE, para o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde e que são da responsabilidade destes.
2015 (junho)	<ul style="list-style-type: none">▪ Aprovação do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.
2015 (agosto)	<ul style="list-style-type: none">▪ Publicação do Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, 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.▪ Publicação do Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, que criou o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, com base nos trabalhos da equipa técnica apresentados em maio.
2015 (agosto)	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde do memorando apresentado pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, em maio de 2015. Não existe evidência de qualquer despacho formal sobre as propostas
2015 (agosto)	<ul style="list-style-type: none">▪ Celebração pela ADSE de um contrato de aquisição de serviços de consultoria para realização de um estudo atuarial de alargamento da base de beneficiários da ADSE, a “...



cônjuges, dos atuais beneficiários, abrangidos por outro regime; (...) trabalhadores do setor público empresarial (...) filhos de titulares, com idade superior a 26 anos, dependentes e coabitantes.”.

**2015
(setembro)**

- Diretor-Geral da ADSE apresentou ao Secretário de Estado da Saúde proposta de rentabilização dos excedentes de tesouraria da ADSE em aplicações financeiras disponibilizadas pela Agencia de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, EPE, até à “... eventual alteração do regime financeiro ou estatutário da ADSE ...”.

A proposta foi remetida, em 24 de setembro de 2015, pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde ao Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, para parecer.

Em 19 de outubro de 2015, o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento emitiu despacho de concordância sobre o parecer da Direção-Geral do Orçamento que, considerando a natureza jurídica da Direção-Geral da ADSE, concluiu que “... não existe enquadramento legal para a aplicação dos excedentes de tesouraria...”.

**2015
(setembro)**

- Despacho n.º 10123-B/2015, de 4 de setembro¹⁹, do Secretário de Estado da Saúde, a determinar a realização de “...um estudo atuarial que permita aferir, face ao atual universo de população abrangida, se a ADSE é demográfica, económica e financeiramente sustentável” e a “... realização de um estudo de sustentabilidade da ADSE a médio e longo prazo.

O estudo atuarial, bem como as medidas propostas com impacto no Orçamento do Estado para 2016 deveriam ser apresentadas até 31/10/2015, e o estudo de sustentabilidade até 31/12/2015.

**2015
(setembro)**

- Resultados do grupo de trabalho para regularização das relações financeiras entre a ADSE e a Administração Regional da Madeira:

- ✚ Celebração de um Memorando de Entendimento entre representantes do Governo da República, os Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde, o Diretor-Geral da ADSE e representantes do Governo Regional da Madeira, os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, que teve como objeto a regularização das dívidas existentes até 31 de agosto de 2015 (na ADSE-DG e no Serviço Regional de Saúde da Madeira);

- ✚ Elaboração de recomendações do grupo de trabalho, para as respetivas tutelas, com vista à definição do relacionamento da ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira a partir de 1 de janeiro de 2016;

- ✚ Celebração de uma Carta de Compromisso entre o Diretor-Geral da ADSE e os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, também com vista àquela definição.

**2015
(outubro)**

- Primeira reunião do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde na qual, entre outros assuntos, foi aprovado o respetivo Plano de Ação.

Também foi incluído “... um ponto relativo a análise e discussão da responsabilidade financeira dos encargos com a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e SRS aos beneficiários dos subsistemas públicos”.

**2015
(novembro)**

- Tomada de posse do XXI Governo Constitucional

**2015
(outubro)**

Despacho do Secretário de Estado da Saúde, remetendo para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde “... o estudo e apresentação de propostas, em especial, no

¹⁹ Publicado no DR n.º 175, 2ª S, de 8 de setembro.

que se refere às recomendações n.ºs 2 a 5, n.ºs 10 a 12 e n.ºs 18 a 19 do (...) Relatório de Auditoria no prazo de 30 dias.”

2015 (outubro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Despacho n.º 11970-B/2015, de 22 de outubro de 2015, dos Secretários de Estado da Saúde e do Ensino e da Administração Escolar²⁰, que estabeleceu a possibilidade de, durante o ano letivo de 2015/2016, mediante retribuição da Direção-Geral da Administração Escolar, a ADSE realizar juntas médicas a docentes para comprovação das situações de doença por eles apresentadas para efeitos de mobilidade no posto de trabalho.
2015 (outubro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Ofício dirigido, em 26 de outubro de 2015, ao Secretário de Estado da Saúde pelo Diretor-Geral da ADSE, apresentando nova proposta com vista à remuneração, a partir de 1 de janeiro de 2016, das atividades da ADSE em matéria de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas.
2015 (dezembro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação à ADSE dos resultados do estudo atuarial solicitado a entidade externa. Em traços gerais, conclui pela insustentabilidade da ADSE no longo prazo, nas condições atuais, apesar de ser sustentável no curto e no médio prazo. Relativamente, ao alargamento a 3 grupos de novos beneficiários (cônjuges atualmente não abrangidos, filhos dependentes com idade superior a 26 anos e até aos 30, e trabalhadores do setor empresarial do Estado.▪ Ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, pelo Diretor-Geral da ADSE, com proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), na qual se destaca o seguinte:<ul style="list-style-type: none">✚ Alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE:<ul style="list-style-type: none">○ Trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras (art.º 3º);○ Cônjuges até 60 anos, abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória em decorrência de atividade tributável ou remunerada mediante o pagamento de um desconto de montante fixo que varia conforme a idade e remuneração ou pensão do quotizado titular (art.º 8º, 46º e 49º);○ Filhos não estudantes até 30 anos, sem rendimentos e a coabitar com o quotizado titular mediante o pagamento de um desconto de montante fixo que varia conforme a remuneração ou pensão do quotizado titular (art.º 14º, 46º e 48º)
2015 (dezembro)	<ul style="list-style-type: none">✚ Assunção pela ADSE-DG da totalidade dos custos com o sistema e extinção da contribuição financeira da Administração Local e Regional (art.º 18º);✚ Clarificação da responsabilidade financeira da ADSE pela prestação dos cuidados de saúde aos seus quotizados e beneficiários face à responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, através da exclusão expressa do sistema de benefícios ADSE de cuidados prescritos ou prestados no âmbito da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, bem como das redes regionais (art.º 43º);✚ Fim do encargo da ADSE com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (art.º 43º);✚ Maior autonomia da ADSE na determinação dos cuidados incluídos no regime de benefícios e dos valores de comparticipação (art.º 35º);✚ Afloramento do princípio de que apenas o quotizado que tenha os descontos em dia tem direito a usufruir dos benefícios (art.º 15º, 18º);✚ Manutenção da previsão de situações de isenção do pagamento do desconto (art.º 47º);

²⁰ Publicado no DR, 2ª S, n.º 208, de 23 de outubro de 2015.



	<ul style="list-style-type: none">✚ Limitação da possibilidade de manter a inscrição de descendentes maiores a pessoas que já se encontrassem inscritos à data da maioridade (no caso dos estudantes) ou que nessa data já sofressem de incapacidade total ou permanente (art.º 14º) e não previsão da inscrição de novos beneficiários ascendentes;✚ Disposições transitórias: trabalhadores que esgotaram o prazo de inscrição ou que renunciaram, podem no prazo de 6 meses após a entrada em vigor do diploma, inscrever-se no sistema, desde que não tenham mais de 65 anos de idade, suportem um montante de descontos que seriam devidos desde a data da renúncia ou desde a data em que o direito à inscrição caducou (com limite de 2 anos para situações de renúncia e de 6 meses para situação de não adesão) e com um período de carência de seis ou três meses conforme se trate de situações renúncias ou de não adesão.✚ Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras:<ul style="list-style-type: none">○ Atividades em matéria de controlo de faltas;○ Atividades de saúde no trabalho;○ Atividades de acompanhamento de vítimas de acidentes de trabalho.
2015 (dezembro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação pela ADSE-DG da proposta de orçamento para 2016 que, da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), remetida pelo ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, antes referido, contempla:<ul style="list-style-type: none">✚ Alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE, nos moldes antes descritos;✚ Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras:<ul style="list-style-type: none">○ Atividades em matéria de controlo de faltas. <p>Obs.: As restantes matérias constantes da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), remetida pelo ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde foram remetidas para processo legislativo independente do da aprovação da proposta de lei do Orçamento do Estado para 2016.</p>
2016 (janeiro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Ofício dirigido pelo Ministro da Saúde à Entidade Reguladora da Saúde, solicitando a elaboração de um estudo sobre a ADSE considerando:<ul style="list-style-type: none">✚ As recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção;✚ O disposto no Programa do XXI Governo relativamente a mutualização progressiva da ADSE, abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares; e✚ A possibilidade de alargamento aos trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras; aos cônjuges abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória; e aos descendentes maiores (ou equiparados), não estudantes, poderem manter a inscrição até aos trinta anos.
2016 (fevereiro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, do Ministro da Saúde, cria, na dependência do Secretário de Estado da Saúde, a Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) com a incumbência 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.”
2016 (fevereiro)	<ul style="list-style-type: none">▪ Email de 29 de fevereiro do Diretor-Geral remetendo a proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE) com as alterações entretanto introduzidas pela tutela. Sem prejuízo da ressalva do Diretor-Geral sobre o novo texto no sentido de que “... deve ser considerado ainda que estas alterações (...) vão ser apresentadas aos diversos sindicatos da administração pública pelo que as mesmas poderão não ser as finais, podendo estar sujeitas a eventuais

alterações” destacam-se as seguintes alterações face à proposta de dezembro de 2015, enviada pelo Diretor-Geral ao Secretário de Estado da Saúde:




- ✚ Previsão do alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE **com alterações** face à proposta do Diretor-Geral:
 - Trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras (art.º 3º);
 - Cônjuges até 65 anos (na proposta do Diretor-Geral, 60 anos) e ascendentes até 65 anos (não previsto na proposta do Diretor-Geral), quando abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória em decorrência de atividade tributável ou remunerada, mediante o pagamento de um desconto de 3,5% sobre a respetiva remuneração base ou pensão (art.º 10º-A e 48º-A);
 - Filhos não estudantes até 30 anos, sem rendimentos e a coabitar com o quotizado titular mediante o pagamento de um desconto de 3,5% sobre a remuneração mínima mensal garantida (art.º 10º-A e 48º-A);
- ✚ Assunção pela ADSE-DG da totalidade dos custos com o sistema e extinção da contribuição financeira da Administração Local e Regional (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 4º, 5º, 19º, revogação do art.º 64º);
- ✚ **Não acolhe (nem com alterações) a proposta do Diretor-Geral** de clarificação da responsabilidade financeira da ADSE pela prestação dos cuidados de saúde aos seus quotizados e beneficiários face à responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, através da exclusão expressa do sistema de benefícios ADSE de cuidados prescritos ou prestados no âmbito da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, bem como das redes regionais – *não previsto*;
- ✚ Fim do encargo da ADSE com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 21º, al. f), e revogação do art.º 18º);
- ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** que conferem maior autonomia da ADSE na determinação dos cuidados incluídos no regime de benefícios e dos valores de comparticipação;
- ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** que reflete, o princípio de que apenas o quotizado que tenha os descontos em dia tem direito a usufruir dos benefícios;
- ✚ Manutenção da previsão de situações de isenção do pagamento do desconto – (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 47º);
- ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** com vista à limitação da possibilidade de manter a inscrição de descendentes maiores a pessoas que já se encontrassem inscritos à data da maioridade (no caso dos estudantes) ou que nessa data já sofressem de incapacidade total ou permanente (art.º 14º) e não previsão da inscrição de novos beneficiários ascendentes – *não previsto*;
- ✚ Disposições transitórias: trabalhadores que esgotaram o prazo de inscrição ou que renunciaram podem no prazo de 6 meses após a entrada em vigor do diploma, inscrever-se no sistema, desde que não tenham mais de 65 anos de idade (art.º 64º-C. **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** com vista à reposição, ainda que parcial, dos descontos não efetuados no período após a renúncia ou o fim do prazo para de inscrição e à existência de um período de carência – ADSE;
- ✚ Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras: Atividades em matéria de controlo de faltas (art.º 64º-B). As atividades de saúde no trabalho e de acompanhamento de vítimas de acidentes de trabalho não constam do texto em discussão nesta data.



11. Avaliação do grau de acolhimento das recomendações

Procede-se em seguida a uma avaliação do grau de acolhimento das recomendações, tendo por referência os factos constantes do ponto 10 e a análise detalhada dos mesmos face às recomendações do Tribunal de Contas, constante de cada um dos pontos seguintes.

Cada recomendação é objeto de informação de acolhimento, de acordo com a seguinte legenda:






-  Recomendação acolhida
-  Recomendação acolhida parcialmente/em implementação
-  Recomendação não acolhida

Com base na análise efetuada, **conclui-se que praticamente nenhuma das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 -2ª Secção foram acolhidas pelas entidades às quais foram dirigidas, em especial:**

- **Os membros do Governo responsáveis pela ADSE:** a Ministra de Estado e das Finanças, até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, e o Ministro da Saúde, após essa data;
- **O Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.**

11.1. Recomendações que visam salvaguardar a autonomia do sistema de proteção social relativamente a objetivos governamentais de contexto, da responsabilidade do Governo

Quadro 3 – Recomendações (ponto 11.1)

Recomendação	Acolhimento
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: 1.2. 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 benefícios)	
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.	
2. Revogar a norma que estabelece a isenção do pagamento do desconto por pensionistas de baixos rendimentos, 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.	
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.	X
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: 6.8. 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	X
7. Não utilizar a taxa de desconto como instrumento de política económica.	X
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.	X
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.	X
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:	X
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;	
20.3. A alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG, tendo em conta o recomendado em 6.	X
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.	X
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 2015, com recurso a fundos privados dos quotizados, e solicitar o respetivo reembolso ao Estado.	X
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.	✓
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.	X



A. Atividades alheias ao sistema de benefícios

Sendo as atividades desenvolvidas pela ADSE em matéria de **controlo de faltas** (verificação domiciliária da doença e realização de juntas médicas) dos trabalhadores da Administração Pública, alheias às finalidades e ao esquema de benefícios da ADSE²¹ as mesmas não deviam ser exercidas pela entidade gestora do mesmo, por serem incompatíveis com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados. Neste sentido, o Tribunal efetuou a recomendação 4 do quadro *supra*.

Porém, verificou-se que, pelo Despacho n.º 11970-B/2015, de 22 de outubro de 2015, dos Secretários de Estado da Saúde e do Ensino e da Administração Escolar²², houve um alargamento da atividade da ADSE em matérias alheias ao seu esquema de benefícios: não só exerce atividades no âmbito do controlo de faltas, como também passou a poder ser instada, pela Direção-Geral da Administração Escolar, a realizar juntas médicas no âmbito do regime de mobilidade profissional dos docentes.

De facto, para fazer face ao acréscimo de trabalho da junta médica da Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares²³, o Despacho n.º 11970-B/2015 estabeleceu a possibilidade de, durante o ano letivo de 2015/2016 e mediante retribuição da Direção-Geral da Administração Escolar, a ADSE realizar juntas médicas para comprovação das declarações apresentadas e da situação de doença declarada pelos docentes para efeitos da sua mobilidade.

Sem prejuízo de se ter estabelecido uma remuneração para a realização desta atividade, a atribuição, ainda que temporária, de uma nova atividade à ADSE, absolutamente alheia ao sistema de benefícios, colide frontalmente com a recomendação do Tribunal de Contas *supra* citada. Constatase ainda que a nova atividade visa essencialmente satisfazer um interesse do Estado enquanto entidade empregadora o que evidencia a instrumentalização da ADSE relativamente a objetivos de contexto, da responsabilidade do Governo e da Administração Pública.

Quanto à atividade que a ADSE já vinha exercendo no âmbito do controlo de faltas da generalidade dos trabalhadores em funções públicas, o Diretor-Geral da ADSE apresentou propostas com vista à sua remuneração, pelas entidades empregadoras, em janeiro e em maio de 2015, ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo, em agosto e outubro, ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde daquele Governo, e, em dezembro, ao atual Secretário de Estado da Saúde. As mesmas não foram, no entanto, objeto de qualquer decisão por parte destes responsáveis.

Relativamente à proposta apresentada em janeiro de 2015, o então Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento despachou no sentido da remessa da questão para os trabalhos da equipa técnica criada ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro. No entanto,

²¹ Decorrendo antes da relação laboral estabelecida entre as entidades empregadoras e os respetivos trabalhadores.

²² Publicado no DR, 2ª S, n.º 208, de 23 de outubro de 2015.

²³ Resultante da necessidade de controlar a regularidade da mobilidade de docentes ao abrigo do Despacho n.º 4773/2015, de 24 de abril de 2015, do Secretário de Estado do Ensino e da Administração Escolar, publicado no DR, 2ª S, n.º 89, de 8 de maio de 2015. Este Despacho permitiu que, no ano letivo de 2015/2016 a mobilização prioritária de docentes que, por doença incapacitante do próprio ou de um seu familiar, necessitam de ser deslocalizados para agrupamento de escolas ou escola não agrupada de concelho diverso daquele em que se encontram providos ou deslocados e onde os correspondentes cuidados médicos ou apoios devam ser prestados, estabelecendo a possibilidade de ser promovida a comprovação das declarações apresentadas e da situação de doença declarada mediante apresentação do docente ou do seu familiar por recurso a junta médica.

estes trabalhos não a incluíram, até porque esta não constava sequer dos Termos de Referência acordados para o desenvolvimento dos trabalhos (que se transcrevem no Anexo 5).

Já o Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo, por despacho de 5 de outubro de 2015, remeteu as recomendações do Tribunal de Contas relativas a esta matéria (recomendações 4 e 5), para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, para estudo e apresentação de propostas no prazo de 30 dias.

Tratando-se de uma questão que respeita apenas à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, considerando também a sua evolução para um modelo de financiamento exclusivamente assente nos descontos dos seus quotizados²⁴, o envio da questão para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde é incompreensível, até porque não se enquadra, sequer, na sua missão.

A proposta foi renovada pelo Diretor-Geral da ADSE, em ofício dirigido ao atual Secretário de Estado da Saúde, em dezembro de 2015, integrando a proposta de alteração ao regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro), cujo processo legislativo não se encontra concluído.

Verifica-se, pois um protelamento da decisão sobre a proposta de remuneração desta atividade, que, em 2015, representou um custo de € 605 mil, primeiro pela inexistência de qualquer decisão sobre a matéria por parte dos membros do Governo do XIX e XX Governo Constitucional e depois pelo enquadramento da mesma no processo legislativo relativo à alteração ao regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro), por natureza mais complexo²⁵.

“(…) a ADSE não devia realizar o controlo de faltas dos trabalhadores; (...). Mesmo remunerada essa atividade não devia ser realizada pela ADSE.” – Eugénio Rosa

“A ADSE deve deixar de exercer esta atividade, ainda que remunerada pelas entidades empregadoras, pois não faz parte do seu core business” “Não [é compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente]” – Pedro Pita Barros

“Não me parece” [que a atividade de controlo de faltas dos seus quotizados, exercida pela ADSE seja compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados.] – José Mendes Ribeiro

Enquanto se mantiver na ADSE²⁶, esta atividade deve ser remunerada pelo Estado/entidades empregadoras e os documentos de prestação de contas da ADSE devem refletir a dívida das

²⁴ Pelo menos até 2014, os restantes sistemas beneficiaram de transferências do Orçamento do Estado, cfr. Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

²⁵ Questiona-se aliás a inserção da matéria relativa à atividade de controlo de faltas neste diploma, considerando que a mesma nada tem a ver com o regime de benefícios da ADSE, sustentado pelo desconto dos quotizados, mas sim com as obrigações do Estado enquanto entidade empregadora.

²⁶ O que o Tribunal, no Relatório n.º12/2015 – 2ª Secção, não propugna, considerando a necessidade de independência da ADSE face ao Estado.



entidades empregadoras resultante da prestação deste serviço, pela ADSE, àquelas entidades, com base nos preços constantes da proposta apresentada pela ADSE. Esta informação contribuirá para um maior rigor e transparência dos documentos de prestação de contas e minimizará o risco de a atividade vir a ser financiada com os descontos dos quotizados.

Para além da remuneração da atividade de controlo de faltas, o Diretor-Geral da ADSE propôs, ainda, às sucessivas tutelas (XIX, XX e XXI Governos) a atribuição à ADSE-DG de novas competências, pretendendo cometer a esta a responsabilidade pelo desempenho das atividades de promoção e prevenção da saúde no trabalho²⁷ e pelo acompanhamento da situação clínica dos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho. Aparentemente estas propostas não foram ainda acolhidas pelo Governo, não constando da proposta de alteração ao regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83) em discussão em final de fevereiro de 2016²⁸.

Consubstanciando prestações de serviços para entidades empregadoras públicas ou pelo menos localizadas na esfera do Estado em sentido amplo, o exercício das mesmas, à semelhança da atividade de controlo de faltas, também não se compagina com a imagem de independência da ADSE face ao Estado.

Acresce que a remuneração proposta pelo Diretor-Geral para suportar estas novas atividades tem por base o pagamento pelas entidades empregadoras de uma contribuição mensal calculada sobre a remuneração de cada um dos seus trabalhadores²⁹, o que, a ser aceite pela tutela, se poderá confundir com uma contribuição da entidade empregadora para o sistema de benefícios de saúde.

Aliás, considerando o financiamento ADSE-DG, com base nos descontos dos quotizados, não é aceitável que se pondere a atribuição de novas competências à ADSE-DG sem se criarem mecanismos de participação dos quotizados na gestão estratégica da ADSE, o que também tem vindo a ser sucessivamente adiado pelas tutelas da ADSE, cfr. ponto 11.3.

Nas suas alegações, o Diretor-Geral sustenta *“... a importância desta atividade [de realização de juntas médicas e verificação domiciliária da doença no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores] nos casos de acidentes em serviço ...”*, cuja responsabilidade no financiamento dos cuidados prestados é das entidades empregadoras³⁰ considerando *“Para que a ADSE consiga apresentar às diferentes entidades empregadoras os respetivos encargos com cuidados de saúde relacionados com a recuperação clínica do sinistrado (...), a intervenção da junta médica é uma ferramenta relevante e indispensável.”* e salientando *“... que foi desenvolvido um aplicativo de forma a poder faturar esses encargos às entidades financeiramente responsáveis ...”*.

Alega, ainda, que *“É também esta a justificação para que o Diretor-Geral da ADSE tenha ainda proposto às respetivas tutelas, a atribuição de novas competências, pretendendo desenvolver a atividade de acompanhamento da situação clínica dos trabalhadores vítimas de acidente em serviço, já que através desta competência se poderia identificar e com mais facilidade os encargos daí decorrentes e que atualmente penalizam as contas da ADSE.”*

²⁷ Previstas na Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.

²⁸ Remetido em anexo ao email do Diretor-Geral da ADSE de 29 de fevereiro de 2016.

²⁹ De acordo com a proposta do Diretor-Geral da ADSE: 0,20% da remuneração base dos trabalhadores, no caso das atividades de promoção e prevenção da saúde no trabalho, e 0,30% sobre aquela remuneração, no caso do acompanhamento da situação clínica dos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho.

³⁰ Cfr. Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro.

Sem prejuízo de se perceber o argumento do Diretor-Geral no sentido de que esta atividade permite um maior controlo da despesa incorrida pela ADSE com acidentes em serviço que deve depois ser faturada às entidades empregadoras dos trabalhadores, mantem-se a conclusão de que se trata de atividades que não se compatibilizam com a imagem de independência da ADSE face ao Estado, que o atual modelo de financiamento da ADSE, com base nos descontos dos quotizados, exige, podendo a ADSE implementar outros mecanismos de controlo dessa despesa, designadamente mecanismos que incentivem os quotizados e os prestadores de cuidados de saúde a comunicar situações de acidente em serviço, para além da comunicação prevista na lei para as entidades empregadoras.

Sobre o financiamento das atividades exercidas pela ADSE no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores, o Diretor-Geral da ADSE informa que *“Cautelamente (...) vai a ADSE, nos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015, refletir a dívida das entidades empregadoras (...) com base nos preços constantes da proposta apresentada.”*

Confirmou-se nos documentos de prestação de contas de 2015, remetidos a este Tribunal após o exercício do contraditório, a contabilização dessa dívida.

B. Beneficiários titulares isentos do pagamento de desconto

Quanto aos mecanismos de solidariedade constantes do sistema de benefícios, e em concreto sobre as recomendações relativas à isenção de beneficiários aposentados titulares do pagamento do desconto³¹, verifica-se que, à semelhança do que sucedeu com a atividade de controlo de faltas, perante uma proposta, apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE, com vista ao financiamento desta medida de política social – constante do memorando apresentado, em maio de 2015, ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e, em agosto desse ano, ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde – nada foi decidido.

Igualmente, no despacho de 5 de outubro de 2015, o Secretário de Estado da Saúde remeteu a recomendação do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção sobre esta matéria (recomendação n.º 2) para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, também, para estudo a apresentação de propostas no prazo de 30 dias. Sem prejuízo dos outros sistemas representados no Colégio de Governo terem também beneficiários titulares isentos³², concebendo-se a análise comum da questão, a resolução da mesma assume especial pertinência e urgência para a ADSE, considerando o financiamento exclusivo desta com os descontos dos quotizados, o que, ainda, não ocorre nos restantes sistemas.

Apesar de, na reunião de 18 de novembro de 2015 do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, o Diretor-Geral da ADSE-DG ter apresentado um documento de trabalho com o objetivo de habilitar o Colégio de Governo a responder ao despacho de 5 de outubro de 2015, que expressa a posição da ADSE no sentido do financiamento desta política de solidariedade, o mesmo ficou sujeito à apresentação de contributos pelos restantes membros do Colégio, não tendo tido, que se conheçam, posteriores desenvolvimentos.

³¹ Beneficiários cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, é inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida, cfr. art.º 47º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na redação dada pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

³² A título de exemplo, art.º 13º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro (Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas).



Aparentando um retrocesso na posição da ADSE-DG sobre a matéria, a proposta de alteração do regime de benefícios (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro) apresentada ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde em dezembro de 2015, continua a prever a existência de beneficiários titulares isentos do pagamento do desconto, nos exatos termos do regime jurídico vigente.

De acordo com as declarações prestadas pelo Diretor-Geral da ADSE em 28 e 29 de setembro no Tribunal, os cuidados prestados aos beneficiários titulares isentos são financiados com os descontos dos quotizados (beneficiários titulares cujos descontos são entregues à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas).

Entre janeiro e julho de 2015, os encargos com a prestação de cuidados a beneficiários titulares isentos e aos seus familiares, “subsidiados” com o desconto dos quotizados, ascenderam a € 16,2 milhões, o que corresponde a uma despesa anualizada de cerca de € 27,8 milhões.

Quadro 4 – Beneficiários isentos – número e despesa

Beneficiários aposentados isentos	Titulares	Familiares	Total
Número	42 186	4 518	46 704
Despesa líquida	15 349 679 €	893 205 €	16 242 884 €
Despesa por beneficiário	363,86 €	197,70 €	347,78 €

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos da base de dados quotizados/beneficiários disponibilizadas pela ADSE, 31.07.2015

A contribuição, numa primeira fase do Estado e dos beneficiários (até agora) isentos e, posteriormente³³, apenas dos beneficiários, que resultaria da proposta apresentada pelo Diretor-Geral na reunião do Colégio de Governo de 18 de novembro de 2015³⁴, para o financiamento destes encargos, cobriria apenas cerca de 32% dos encargos incorridos com estes beneficiários e respetivos familiares³⁵. Isto significa que o remanescente seria financiado pelos contribuintes líquidos do sistema, i.e., os quotizados que contribuem mais para o sistema do que o que custam e que de acordo com a anterior auditoria se situam essencialmente nos dois últimos escalões de desconto, acima dos € 75/mês³⁶.

³³ Num período estimado de transição de quatro a cinco anos, de acordo com a proposta da ADSE-DG.

³⁴ No primeiro ano (2016) a contribuição do Estado seria feita com base no pagamento mensal à ADSE de um valor equivalente a 3,5% de 85% da remuneração mínima garantida e a contribuição dos beneficiários seria de valor fixo (€ 12/mês durante 14 meses). Posteriormente, ao longo de um período estimado de quatro a cinco anos, o montante da contribuição do Estado iria diminuindo (em 2017 seria abatido do valor da contribuição do beneficiário cobrado em 2016) e o valor da contribuição dos beneficiários iria aumentando de modo a equiparar essa contribuição ao desconto de 3,5% de 85% da remuneração mínima garantida

³⁵ Encargos entre janeiro e julho de 2015. Financiamento calculado com base nos termos da proposta apresentada pelo Diretor Geral da ADSE, considerando 7/12 da contribuição anual (14 meses): taxa de desconto de 3,5% aplicada a 85% do rendimento mínimo garantido.

³⁶ Numa análise aos dados de 2013, verificou-se na anterior auditoria que “... 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 familiares.” (§ 66, Volume I, Anexo 9, Volume II). Da análise do Anexo 9 do Volume II, verifica-se que onde há maior equilíbrio entre a contribuição (montante do desconto) e o custo (encargo para a ADSE) é nos escalões entre € 25,01 e € 50/mês e entre € 50,01 e € 75/mês, sendo que apenas neste segundo se verifica, ainda, um saldo positivo entre o montante do desconto e o custo para o sistema. No escalão mais baixo (até € 25/mês), que não inclui os quotizados titulares isentos, os quotizados representam 35% do total, contribuem com cerca de 17% do total de desconto, e pesam cerca de 28% nos custos do sistema.

Esta diferença, que resulta do facto de o desconto ser proporcional ao vencimento/pensão dos quotizados, sem exceções, suscita a necessidade da introdução de limites mínimos e máximos de desconto no financiamento do sistema, objeto do ponto 11.4-B.

Refira-se, também, que o Relatório de Auditoria recomenda que o regime jurídico que regula o esquema de benefícios da ADSE preveja e salvguarde *“O princípio de que todos os beneficiários devem contribuir com uma quotização para o sistema de benefícios ...”* (recomendação 1.8, Volume I), pelo que a manutenção das situações de isenção de desconto, numa primeira fase, com base em financiamento do Orçamento do Estado, conforme resulta da proposta do Diretor-Geral da ADSE, não afasta o risco de instrumentalização da ADSE, pelo Estado, na sua execução e pode colocar em causa a imagem de autossustentabilidade da ADSE apenas com base nos descontos dos quotizados. Mais transparente seria que o Estado subsidiasse os aposentados para o efeito, sendo estes a entregar o montante do desconto à ADSE, diretamente ou através das entidades responsáveis pelo pagamento das pensões, mediante autorização expressa do aposentado³⁷.

Ainda a propósito da proposta do Diretor-Geral da ADSE, já parcialmente³⁸ conhecida pelo Tribunal no âmbito da Audição dos Responsáveis efetuada na anterior auditoria, o mesmo advertiu que caso *“... 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.”* (§ 216, Volume I).

Inexistindo, como se viu, qualquer definição do Estado quanto ao financiamento da política de isenção de beneficiários aposentados titulares, a ADSE deve refletir nos documentos de prestação de contas a dívida do Estado para com a ADSE, pelos motivos já explanados a propósito da atividade de controlo de faltas. A valorização pode ser feita com base na proposta do Diretor-Geral da ADSE (3,5% sobre 85% do valor da remuneração mínima garantida), sendo que a cobertura dos custos com estes quotizados, como se viu, suscita a necessidade de serem estabelecidos limites mínimos e máximos de desconto.

A propósito dos beneficiários titulares isentos, o painel de peritos pronunciou-se do seguinte modo:

“Se estão isentos com base numa decisão pública, então o ónus da manutenção desta isenção deve ser transferido para o Estado, através dos apoios sociais. Até agora estes mecanismos de solidariedade do sistema não colocavam problemas, porque todo o risco e variabilidade eram absorvidos através da contribuição pública do Estado.” – Pedro Pita Barros

“A manutenção de isenções deste tipo deve ser uma decisão da associação mutualista. Existem mutualidades francesas que têm este tipo de benefícios. Porém, para manter este tipo de benefícios é necessário aumentar a capacidade de gerar

³⁷ Note-se que o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, recomenda que o regime jurídico que regula o esquema de benefícios da ADSE preveja *“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 ou processadora de pensões a fazer a sua retenção e entrega ...”* (recomendação 1.10).

³⁸ À época o Diretor-Geral apenas aventava o financiamento público para compensar as situações de isenção de beneficiários titulares., não se referindo a qualquer contribuição a suportar por estes, ainda que progressiva. Esta contribuição apenas foi suscitada na proposta que apresentou na reunião do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde de 18 de novembro de 2015.



fundos que os cubram, garantindo a solvabilidade técnica da carteira de benefícios.” – Adalberto Campos Fernandes

Quanto “(...) às situações de isenção de contribuição, por baixos rendimentos, devem ser consultados os quotizados, caso contrário deve ser o Estado a suportar os descontos destes quotizados. A análise da condição de recursos deve abranger o agregado familiar e não apenas o titular.” – Eugénio Rosa

“Os mecanismos de solidariedade existentes são situações que, a manterem-se, os quotizados têm que estar preparados para suportar. Senão a ADSE torna-se insustentável, exceto se encontrar formas alternativas de financiamento. No caso dos beneficiários titulares atualmente isentos, o financiamento dos respetivos benefícios deve ser contabilizado pela ADSE como dívida do Estado”. – José Mendes Ribeiro

Em sede de contraditório, o Diretor-Geral da ADSE informa que não tendo a sua proposta de financiamento desta medida de política social vindo *“... a merecer por parte do Governo a consagração legislativa proposta ou qualquer outra que a viesse substituir, (...) cautelarmente deve a Direção-Geral nos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015, vir a refletir a dívida do Estado para com a ADSE, valorizando-a em 3,5% do valor de 85% da remuneração mínima garantida (a 31 de dezembro de 2015), valor esse multiplicado pelo número de beneficiários titulares isentos da contribuição do desconto nessa mesma data ...”*. Confirmou-se nos documentos de prestação de contas do ano de 2015, remetidos a este Tribunal após o exercício do contraditório, a contabilização dessa dívida.

Por seu turno, conforme sintetizado no ponto 5 (Volume I), o atual Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, remete para a decisão que venha a ser tomada sobre o novo modelo de governação e funcionamento da ADSE, a ponderação dos mecanismos de solidariedade do sistema.

A este propósito o Tribunal não pode deixar de lembrar que, de entre os modelos que o Ministro da Saúde elencou como possíveis nas suas alegações, o modelo atual é o de inscrição facultativa e de financiamento assente nos descontos dos quotizados, pelo que o financiamento desta política de solidariedade, que não resultou da vontade dos quotizados, devia ser desde já assegurado, considerando que caso se mantenha este modelo, políticas como esta colocam em causa a sustentabilidade da ADSE.

O adiamento da decisão do Governo, a pretexto de se aguardar a conclusão de estudos, aumenta o risco de os descontos dos quotizados não serem de facto suficientes para suportar as necessidades de financiamento da ADSE e ameaça a sua sustentabilidade no médio prazo com base nesses descontos.

C. A integração da ADSE no Ministério da Saúde e a sua participação no Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde

A ausência de decisão dos membros do Governo relativamente às propostas que, em concreto, foram apresentadas pelo Diretor-Geral da ADSE, ainda que estas não vão inteiramente ao encontro das recomendações do Tribunal, revela a falta de vontade daqueles em alterar a perspetiva da ADSE como um instrumento das políticas do Governo. Refira-se, também, que nada foi feito para salvaguardar o recomendado em 1.2 (*“Que os mecanismos de solidariedade se restrinjam aos explicitamente aprovados por todos os quotizados, por forma a acautelar a sustentabilidade da ADSE”*), 7. (*“Não utilizar a taxa de desconto como instrumento de política económica”*) e 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”*)³⁹.

Acresce que, a integração da ADSE no Ministério da Saúde e a sua participação no Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, realizadas pelos Decretos-Lei n.º 152/2015 e n.º 154/2015, de 7 de agosto, afastaram-se totalmente das recomendações do Tribunal de Contas, aumentando ainda mais o risco de instrumentalização da ADSE face às políticas do Governo.

De facto, tendo-se recomendado aos membros do Governo responsáveis pela ADSE a ponderação de *“... 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.”* (recomendação 9, Volume I), *“... atendendo a que a ADSE e o SNS representam diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde, entendido por alguns como concorrencial ...”* devendo por isso, *“... ser estabelecidos mecanismos que anulem o risco de a ADSE vir a perder autonomia face à gestão do SNS”* (§ 194, Volume I), a integração da ADSE no Ministério da Saúde, sem outra tutela, aumenta o risco de instrumentalização da ADSE, um sistema financiado pelos descontos dos seus quotizados e com um modelo de prestação de cuidados de saúde distinto, tido por alguns como concorrencial do SNS, pela gestão do SNS.

“A ADSE não deverá estar sob a tutela do Estado.”

“...a manutenção na esfera do Estado (...) deve subordinar-se à seguinte questão - o que defende mais o interesse público?

- Sustentar a ADSE e manter o risco orçamental, que existe, caso se mantenha na esfera pública? *Ou*
- Autonomizar a ADSE, transformando-a numa mútua?

(...) é esta segunda opção que mais salvaguarda o interesse público, transferindo o risco de financiamento da ADSE para os próprios quotizados.” – Adalberto Campos Fernandes

³⁹ Quanto à primeira recomendação evocada, a proposta de transformação da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas em Instituto Público de regime especial, constante do memorando apresentado pelo Diretor-Geral aos membros do Governo responsáveis não salvaguarda a participação efetiva dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro da entidade gestora do sistema ADSE, cfr. análise constante do ponto 11.3.



“A tutela a existir devia ser feita pela entidade que tutela as associações mutualistas”

“[discorda da] integração da ADSE no Ministério da Saúde (...), entendendo que as funções são diferentes o Ministério da Saúde atua como prestador de cuidados e a ADSE é um mecanismo de proteção financeira em caso de doença.”

“Existe o risco de o MS “impor” a celebração de convenções [e] (...) afeta ainda a imagem da ADSE: as pessoas não percebem a diferença entre SNS e ADSE.” – Pedro Pita Barros

“a entidade gestora da ADSE deve estar dentro da Administração Pública como um instituto público de gestão participada. A presença do Estado dá mais segurança aos trabalhadores.” (...) a ADSE devia estar sob a tutela do Ministério das Finanças, quando muito admitiria a tutela conjunta dos Ministérios das Finanças e da Saúde (...) (a situação atual) pode levar a uma instrumentalização da ADSE para resolver problemas do setor de saúde.” – Eugénio Rosa

“Estando integrada no Estado, (...) deve estar no Ministério da Saúde: as questões mais profundas na ADSE estão mais relacionadas com a saúde do que com as finanças.” – José Mendes Ribeiro

Sobre a polarização ideológica, em torno dos setores público e privado de prestação de cuidados de saúde, que constitui uma ameaça à existência da ADSE, João Semedo, em artigo de imprensa⁴⁰, a propósito dos *“...que (...) querem o fim da ADSE (...): não aceitam que ela seja o garante da sobrevivência e dos lucros chorudos dos grandes grupos privados da saúde.”*, salienta que *“... os grandes hospitais privados e, de um modo geral, toda a medicina privada (...) muito mais beneficiam com os pagamentos do SNS em convenções, contratos e acordos, que todos os anos custam quatro a cinco vezes mais do que o valor total pago pela ADSE, direta e indiretamente, aos prestadores privados. E não é por isso que o SNS vai, de um dia para o outro, deixar de recorrer aos privados, isso seria o caos no Serviço Nacional de Saúde”*. E, noutro artigo⁴¹ que *“... não é acertado tentar resolver o problema causado ao SNS pelo boom privado à custa da ADSE e dos seus beneficiários. Acabar com a ADSE para acabar com o fluxo financeiro para os grupos privados não é uma ideia aceitável; é confundir os problemas. (...) Não tem qualquer coerência pretender acabar com a ADSE para não alimentar os privados e fechar os olhos aos múltiplos compromissos e acordos do SNS com os privados. Isso não é castigar os privados, é castigar os funcionários públicos.”*. Ressalva-se, porém, que João Semedo propõe que a ADSE continue na tutela do Ministério da Saúde, como instituto público⁴².

Salienta-se, ainda a propósito da integração da ADSE no Ministério da Saúde, a existência de **áreas de conflito entre a ADSE e o SNS**, identificadas na anterior auditoria, designadamente os encargos ainda suportados pela ADSE e que devem ser suportados pelo SNS e as dívidas incorretamente contabilizadas pelas entidades do SNS como sendo da ADSE, sendo que, em 2015, já foram utilizadas indevidamente receitas da ADSE no pagamento da dívida contabilizada pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, no valor de € 29.751.800,63. A análise desta situação e do acatamento das recomendações formuladas a propósito das referidas áreas de conflito é objeto do ponto 11.6.

⁴⁰ ADSE: *Bem me quer, mal me quer ...*, Visão, 31/03/2016.

⁴¹ ADSE: *quais as perguntas certas?*, Le Monde diplomatique, 01/05/2016.

⁴² Cfr. último artigo citado.

Acresce, ainda, **as ineficiências do SNS** identificadas em muitos Relatórios de Auditoria do Tribunal de Contas, das quais se destacam os atrasos de pagamento das instituições do SNS e os preços fixados de modo administrativo, que não resultam do mercado nem do apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS, que podem, também, estender-se à ADSE, com prejuízo para os quotizados.

A este respeito o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 152/2015 refere que a integração da ADSE no Ministério da Saúde visa “... reforçar a articulação com o SNS ...”, pretendendo “... contribuir para a instituição de regras que permitam uma maior uniformização da gestão e do funcionamento deste subsistema público de saúde e do SNS ...”. É preciso, pois, estabelecer-se mecanismos que evitem a assimilação da ADSE pelo SNS, como propugnado no anterior Relatório de Auditoria.

A integração no Ministério da Saúde e os objetivos elencados para a mesma podem, ainda, traduzir-se na nivelção dos serviços da ADSE com os do SNS, o que é incongruente com a diferenciação dos serviços, que é aquilo que os quotizados da ADSE procuram ao aderir e pagar o desconto da ADSE. O estabelecimento de convenções conjuntas, com as mesmas condições, descaracterizaria a ADSE e diminuir-lhe-ia a capacidade de atração de quotizados.

Sobre esta integração, não se pode deixar de observar, ainda, que se o seu propósito foi apenas o salientado na última parte da citação *supra* do preâmbulo – *a harmonização com o SNS de tabelas e nomenclaturas a aplicar nas convenções* – a mesma não seria necessária considerando que essa é uma das competências do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, no qual a ADSE participa: “*Harmonizar nomenclaturas e tabelas dos atos convencionados, entre os subsistemas públicos de saúde e, sempre que possível, também com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)*” (art.º 6º, n.º 1, al. b) do Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto). Consta-se, ainda, que dos sistemas de saúde que participam no Colégio de Governo - ADM, SAD/PSP e SAD/GNR - apenas a ADSE foi integrada no Ministério da Saúde.

Também, a participação da ADSE no Colégio de Governo, em paridade com os outros sistemas públicos de saúde e sob a presidência de um representante do Ministério da Saúde, com perda de autonomia nas áreas da competência do Colégio de Governo - negociação e celebração de convenções, informação estatística em matéria de convenções, melhorias nos sistemas de informação e partilha e integração dos mesmos, combate à fraude e realização de auditorias – aumenta o risco de instrumentalização da ADSE, sem que os benefícios que possa retirar nessa participação sejam perceptíveis.

Considerando a dimensão da ADSE face aos outros sistemas (número de quotizados e montante de financiamento), o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção já referia “... 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.” (§ 156, Volume I).

De facto considerando o universo dos quotizados/beneficiários dos sistemas que participam no Colégio e que os benefícios decorrentes da dimensão da base de quotizados/beneficiários aumentam a uma taxa decrescente, que tende para zero, os benefícios que se retiram (por exemplo na negociação de uma convenção e na partilha de informação) de passar de um universo de cerca de



280 mil quotizados/beneficiários (outros sistemas, em 2014⁴³) para 1,5 milhões⁴⁴ são superiores aos benefícios que se retiram de passar de um universo de 1,2 milhões (ADSE, em setembro de 2015⁴⁵) para um universo de 1,5 milhões.

Deste modo, **os benefícios decorrentes para a ADSE da participação no Colégio de Governo, a existirem, serão marginais e muito inferiores aos dos restantes sistemas.** Na prática esta participação consubstancia uma prestação de serviços da ADSE, exclusivamente financiada pelos descontos dos seus quotizados, aos restantes sistemas e insere-se na utilização que tem sido feita pela ADSE em matéria de objetivos de política social que não cabe aos descontos dos quotizados da ADSE financiar.

A este propósito, o Diretor-Geral da ADSE⁴⁶, apesar de não ver inconveniente na participação da ADSE no Colégio, reconhece que *“Os benefícios, a existirem, serão mínimos para a ADSE e significativos para os restantes.”*

Considerando os contributos do painel de peritos, o Colégio de Governo não constitui um dispositivo determinante para a sustentabilidade do sistema de proteção, para a satisfação dos interesses dos quotizados que o financiam, nem para a afirmação da identidade da ADSE.

“(...) a ADSE [não deve ser] misturada com os outros subsistemas (SAD e ADM), porque estes têm situações reais muito diferentes, o financiamento público é maior nestes subsistemas, a sua história e as origens também são muito diferentes. (...) existe risco de contaminação da ADSE com as ineficiências destes subsistemas.” – Eugénio Rosa

*“A participação da ADSE no Colégio de Governo retira liberdade de gestão à ADSE”
“...deverá ser separada.” – Pedro Pita Barros*

“Os sistemas de saúde que participam no Colégio têm um histórico de fraude e desperdício que ascende a dezenas de milhões de euros. O Colégio pode promover sinergias nesta área...” [Porém, ressalva:] “fora da esfera da Administração Pública não faz sentido a participação da ADSE numa estrutura como o Colégio de Governo.”

– Adalberto Campos Fernandes

“(...) não [há] inconveniente em misturar a ADSE com os restantes subsistemas porque todos vão comprar serviços aos mesmos sítios.” mas “...justificar-se-ia uma participação que atente à proporcionalidade da dimensão do agregado de quotizados de cada subsistema.” – José Mendes Ribeiro

Acresce ainda o risco de contaminação das ineficiências entre os sistemas. Recorde-se que os custos unitários dos mesmos são diferentes, o que resulta não só das especificidades dos sistemas ADM, SAD/PSP e SAD/GNR (maior risco da atividade profissional dos beneficiários e diferentes

⁴³ ADM – 123.822; SAD/PSP – 70.308; SAD/GNR – 85.293.

⁴⁴ Número aproximado do total dos quotizados/beneficiários de todos os sistemas presentes no Colégio ed Governo.

⁴⁵ 1.237.372 beneficiários. Em dezembro de 2014 eram 1.275.356.

⁴⁶ Cfr. declarações prestadas no Tribunal em 28 e 29 de setembro.

modos de prestação dos benefícios⁴⁷) mas também das ineficiências que cada um dos sistemas incorpora.

Refira-se, por fim que a perda de autonomia da ADSE em matéria de negociação e celebração de convenções, incluindo renegociação e cessação, dificulta (ou até impede) a gestão da prestação de cuidados através dos prestadores convencionados no interesse dos respetivos quotizados/beneficiários, na medida em que a entidade gestora da ADSE nunca pode tomar decisões nesta matéria sem a aprovação do Colégio de Governo.

Esta situação impede, ainda, a ADSE de exercer todo o seu poder de barganha, em prejuízo do sistema e dos quotizados.

A este propósito reforça-se a necessidade de a ADSE alterar o modelo de convenções atuais, particularmente as celebradas com os maiores prestadores, no sentido de estes incluírem nas mesmas todos os atos por eles realizados ou todos os prestadores de cuidados que neles exercem, uma vez que, como referido no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 - 2ª Secção, as convenções celebradas não abrangem todos os atos disponibilizados aos utentes pelo prestador privado. Nestas situações, os quotizados vêem-se confrontados com o pagamento integral destes atos e, em algumas situações, com o pagamento de cauções, limitando o acesso.

Esta não abrangência das convenções, embora por vezes resulte da desatualização da tabela do regime convencionado, também poderá ter como motivação o *cross-selling*, por parte dos prestadores privados, de um *mix* de cuidados de saúde convencionados e não convencionados, normalmente prestados em conjunto, no sentido da maximização da sua rentabilidade.

Esta situação pode e deve ser resolvida pela ADSE, em benefício dos seus quotizados, tendo em conta o seu poder de barganha resultante da sua dimensão e da sua relevância para a atividade dos prestadores privados de cuidados de saúde. No entanto, a ação da mesma, neste âmbito, está dependente de deliberações do Colégio de Governo. E isto, apesar, de a renegociação poder diminuir os custos do sistema com o regime livre e aumentar a satisfação dos quotizados/beneficiários.

Sobre a participação da ADSE no Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, o atual Ministro da Saúde e o Diretor-Geral da ADSE, no âmbito do exercício do direito de contraditório, consideram que *“A preocupação do Tribunal de Contas com a redução da autonomia da ADSE para a escolha das convenções e dos termos em que as mesmas são celebradas, não se justifica já que na alínea d) do artigo 6.º do Decreto-Lei 154/2015, de 7 de agosto, se determina que o Colégio deve deliberar sobre a celebração de convenções em território nacional, vinculativas para todos ou apenas para alguns subsistemas públicos de saúde, consoante as necessidades identificadas por cada subsistema.”* e que sendo objetivo do Colégio que *“... as quatro instituições públicas, a saber, a ADSE, a ADM, a SAD da PSP e a SAD da GNR, venham a poder desfrutar de um modelo enquadrador que lhes permita vir a obter:*

- *Melhores condições de negociação e celebração de convenções;*
- *Melhorias nos sistemas de informação, pela partilha e integração do sistema em uso na ADSE, com a respetiva repartição proporcional dos encargos;*
- *Definição de um modelo estatístico único;*

⁴⁷ Cfr. § 154 do Volume I e ponto 13 do Volume II, do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.



- *A adoção de medidas de combate à fraude e a realização de auditorias conjuntas. (...) a ADSE extrai vantagens de dimensão similares à dos restantes subsistemas públicos de saúde, pelo que deve participar no Colégio de Governo.”*

Referem ainda que “... o próprio Tribunal reconhece que existem vantagens claras para os outros subsistemas resultantes da sua participação. Ou seja a posição do Tribunal de Contas, é que é despicienda a majoração do interesse público geral (o dos quatros subsistemas) porque o mesmo será de grau inferior para a ADSE.”.

O Tribunal recorda que as conclusões e recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção tiveram por base o modelo atual da ADSE, i.e., um sistema de inscrição facultativa e financiado com os descontos dos quotizados.

Do ponto de vista do interesse público, a existência de uma ADSE financiada pelos descontos dos quotizados é essencialmente relevante pelo impacto positivo que a mesma tem no Serviço Nacional de Saúde e nos Serviços Regionais de Saúde, a que já nos referimos no ponto 2 (Volume I) e retomamos no ponto 11.6.1-E, sendo que a perda de autonomia da ADSE⁴⁸, pelos riscos que comporta, não contribui para a sua sustentabilidade. A extinção da ADSE penalizará essencialmente os serviços públicos de saúde, pelo aumento da procura de cuidados nos mesmos.

D. Autenticação no acesso à ADSE Direta através dos sistemas de informação da Autoridade Tributária

Quanto à recomendação, dirigida ao Diretor-Geral da ADSE, no sentido de “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), ...” verificou-se que nada foi feito para a implementar.

No âmbito do seguimento desta recomendação o Diretor-Geral da ADSE, “Admit[iu] vir a equacionar a questão, considerando que a criação de um cartão de beneficiário inteligente”.

Refira-se que a implementação da recomendação contribuirá para a criação de uma identidade própria da ADSE, designadamente reforçando a ideia, junto dos quotizados, de que o desconto não é um imposto.

“(...) a criação de um acesso diferente para a ADSE do utilizado para a Autoridade Tributária contribui para a criação de uma identidade própria da ADSE, designadamente reforçando a ideia de que o desconto não é um imposto. Trata-se de um argumento forte para promover a separação entre a Autoridade Tributária e a ADSE.” – Pedro Pita Barros

“(...) a relação existente com a Autoridade Tributária (...) devia ser da mesma natureza que existe na Segurança Social (...) [onde] temos acesso a toda a informação sobre a situação pessoal acedendo com o número da Segurança Social

⁴⁸ Que se verifica de facto, considerando que o poder de decisão em áreas fulcrais como a negociação, celebração, renegociação e cessação de convenções e os sistemas de informação é do Colégio e não da entidade gestora da ADSE. A este respeito, vide art.º 6º do Decreto-Lei 154/2015, de 7 de agosto.

(...) não faz sentido, na ADSE Direta, utilizar o número de contribuinte.” – Eugénio Rosa

“Não me parece.” [que a autenticação no acesso à ADSE Direta seja compatível com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados.] – José Mendes Ribeiro

11.2. Recomendações que visam atribuir a propriedade plena dos descontos aos quotizados

Quadro 5 – Recomendações (ponto 11.2)

Recomendação	Acolhimento
Aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde	
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.	✗
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: 20.3. 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: 21.8. 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).	✗

A. Alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG

Tendo o Diretor-Geral da ADSE incluído no memorando, apresentado em maio ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e em agosto ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde, todos do XIX Governo Constitucional, uma proposta com vista à extinção da Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas e à criação de “... um Instituto Público de regime especial, tutelado pelo Ministro responsável pela área das Finanças, ou eventualmente tutelado conjuntamente pelo Ministro responsável pela área das Finanças e pelo Ministro responsável da área da Saúde”, a mesma não foi objeto de qualquer despacho formal, considerando, de acordo com as declarações prestadas pelo Diretor-Geral da ADSE no Tribunal em 28 e 29 de setembro de



2015, a morosidade do processo legislativo necessário, não sendo possível concluí-lo dentro da legislatura então em curso⁴⁹.

Também o então Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, em sede de acompanhamento das recomendações do Relatório do Tribunal de Contas, por ofício de 7 de outubro de 2015, informou que a alteração do regime jurídico-financeiro da ADSE “*está em estudo*” e que “*Dada a atual fase do ciclo governativo (...) deverá ser ponderada pelo próximo Governo Constitucional.*”

A este propósito, refira-se que a mudança de paradigma da ADSE, de financiamento maioritariamente público para um financiamento exclusivamente assente nos descontos dos trabalhadores e aposentados da Administração Pública, não começou em 2015, mas em 2011, aquando da definição dos compromissos constantes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica. Em 2014, ano em que “*... a receita proveniente do desconto dos quotizados revelou-se (...) manifestamente excessiva (em € 138,9 milhões) face às necessidades de financiamento do esquema de benefícios (regimes livre, convencionado e custos de administração)*”⁵⁰ e se previa o fim da contribuição da entidade empregadora em 2015⁵¹, podiam e deviam ter sido criadas as condições para:

- a autonomização da ADSE do Orçamento do Estado e das políticas do Governo;
- o reconhecimento da propriedade dos quotizados sobre os descontos, incluindo a possibilidade de rentabilizar os excedentes de Tesouraria em aplicações financeiras; e
- o direito de participação efetiva na gestão estratégica e no controlo financeiro da ADSE, assim como, definidos critérios de constituição de reservas e promoção da estabilidade dos custos de administração da ADSE-DG, para além de antecipadas e resolvidas questões que podem colocar em causa a sustentabilidade da ADSE no médio e longo prazo.

O argumento da falta de tempo não é pois relevante para a análise do grau de acolhimento das recomendações do Tribunal: a diminuição/extinção do financiamento público devia e podia ter sido acompanhada de medidas que munissem a ADSE e os respetivos quotizados de efetivos poderes sobre a gestão e o património do sistema e acautelassem a sustentabilidade da ADSE no médio e longo prazo.

Por seu turno, o atual Governo remeteu a questão para a Entidade Reguladora da Saúde, à qual solicitou um estudo que considerasse, entre outros aspetos, solicitando a elaboração de um estudo sobre a ADSE que considere, entre outros aspetos, “*O disposto no Programa do XXI Governo*

⁴⁹ Com a proposta, o Diretor-Geral pretendia, também, acomodar no processo de criação do Instituto Público, conclusões e recomendações que antevia virem a constar do Relatório do Tribunal de Contas, considerando o teor do Relato que lhe havia sido submetido a contraditório, designadamente as referentes à atribuição do regime jurídico-financeiro de autonomia administrativa e financeira, ao posicionamento orgânico na estrutura da Administração Pública, à elaboração de critérios que definam a constituição de reservas e promovam a estabilidade dos custos de administração da ADSE-DG, à rentabilização dos excedentes em aplicações financeiras, à participação dos quotizados da ADSE na sua governação, ao nível das decisões estratégicas e do controlo financeiro, 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, e à definição de um modelo de tutela conjunta, no âmbito das atribuições dos ministérios das finanças, da saúde e da segurança social (cfr. § 16, Volume I).

⁵⁰ 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.

⁵¹ Recorde-se que, em 2014, a contribuição da entidade empregadora ainda cobrada pela ADSE ou reverteu para os cofres do Estado ou foi utilizada na realização de despesa pela ADSE que deve ser financiada por dinheiros com origem no Orçamento do Estado, cfr. § 27 a 29, Volume I, e ponto 7.1.2 (em especial quadro 6), Volume II.

relativamente a mutualização progressiva da ADSE, abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares”⁵² e criou a Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) com a incumbência 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.”⁵³

Sem prejuízo de se aceitar que os estudos possam ser necessários para suportar a decisão do Governo, não se pode deixar de observar que a alteração do modelo de financiamento da ADSE, iniciada em 2011, devia ter sido desde logo precedida de estudos que sustentassem a adequação do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE à nova realidade e que o adiar da decisão é prejudicial para a gestão do regime de benefícios, nomeadamente pelo simples facto de os excedentes não serem efetivamente propriedade da ADSE e dos respetivos quotizados, não estando na disponibilidade da ADSE a sua utilização e rentabilização e estando os mesmos à mercê dos desígnios do Estado.

“A ADSE deverá ter autonomia administrativa e financeira de modo a poder controlar com eficácia as determinantes internas e externas da sua sustentabilidade económica e financeira.” – Adalberto Campos Fernandes

“Para fazer face a este objetivo deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Independência total dos recursos públicos (...);*
- ii. Alteração do seu estatuto de modo a prosseguir os fins de autonomia técnica, financeira, de planeamento e de gestão;*
- iii. Evolução para um modelo de natureza associativa e mutualista;*
- iv. Envolvimento dos parceiros sociais no processo de transformação da ADSE;*
- v. (...) gestão operacional e técnica de natureza especializada e profissional;*
- vi. Introdução de um fator de sustentabilidade indexado à sinistralidade (...);*
- vii. (...) Fundo de Reserva suscetível de garantir responsabilidades futuras ou riscos emergentes;*
- viii. Permitir a utilização parcial dos excedentes, em valor percentual a quantificar anualmente, em investimento na modernização dos processos e na melhoria do desempenho operacional” – Adalberto Campos Fernandes*

“Poderá ser encontrada uma diferente natureza e um novo modelo jurídico institucional para a ADSE, uma vez que a sua autonomia depende essencialmente das contribuições dos seus quotizados. Não se descartaria a aproximação a um modelo de “mútua”...” – José Mendes Ribeiro

“Não concorda com a integração da ADSE no Estado: ADSE devia estar fora da estrutura da Administração Pública e ser gerida pelos quotizados. “(...)”Tutela conjunta, como observadores da gestão da mútua que deve ser a ADSE, e apenas durante uma fase transitória” – Pedro Pita Barros

⁵² Ofício dirigido pelo Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, ao Presidente do Conselho Coletivo da Entidade Reguladora da Saúde, em janeiro de 2016.

⁵³ Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, do Ministro da Saúde, publicado no DR, 2ªS, n.º 42, de 1 de março de 2016.



B. Rentabilização dos excedentes de tesouraria

Quanto à questão concreta da remuneração dos excedentes de Tesouraria da ADSE, o Diretor-Geral apresentou em 3 de setembro de 2015 ao Secretário de Estado da Saúde, como medida de contingência a aplicar até à alteração do estatuto jurídico-financeiro da ADSE, uma proposta, suportada em consulta realizada pela ADSE à Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, EPE, de rentabilização dos excedentes de tesouraria da ADSE em aplicações financeiras disponibilizadas pela mesma.

Existindo dúvidas quanto à viabilidade da mesma “... decorrentes do estatuto jurídico da ADSE como serviço integrado da Administração Central.”⁵⁴, a proposta foi remetida, em 24 de setembro de 2015, pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde ao Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, para parecer. Em 19 de outubro de 2015, o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento emitiu despacho de concordância sobre o parecer da Direção-Geral do Orçamento que, considerando a natureza jurídica da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas concluiu que “... não existe enquadramento legal para a aplicação dos excedentes de tesouraria...”.

Face ao que precede o atual enquadramento jurídico-administrativo e financeiro da ADSE, desfasado da realidade, está a ser utilizado como um argumento baseado na legalidade formal, para impedir a aplicação dos excedentes, o que se justificaria de acordo com a natureza privada dos descontos que lhes dão origem.

A remuneração dos excedentes da ADSE está assim dependente da vontade política e de um ato do poder legislativo, seja pela alteração do estatuto jurídico da ADSE, seja pela criação, por via legislativa, de um regime especial aplicável, ainda que transitoriamente, à ADSE-DG. Até lá, conforme se concluiu na auditoria cujo grau de acolhimento das recomendações se avalia, os descontos dos quotizados estão a ser tratados como receitas gerais do Estado, com a diferença de serem consignados ao financiamento do sistema. Ou seja:

- ✚ “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 pública ...” (§ 5, Volume I), pois 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;
- ✚ “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-DG.” (§ 6, Volume I).

Deste modo, **o Estado está a enriquecer com os excedentes da ADSE, resultante dos descontos dos quotizados**, na medida em que estes dinheiros, estando em contas do Tesouro do Estado, não são

⁵⁴ Ofício n.º 9863, de 24 de setembro de 2015, dirigido pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde para o Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, remetido à Direção-Geral do Tribunal de Contas pelo ofício n.º 10656, de 7 de outubro de 2015, do Gabinete do Ministro da Saúde.

remunerados pelo mesmo, ao contrário do que 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.

Acresce, ainda, em 2015, a utilização indevida dos excedentes da ADSE para suportar funções públicas do Estado: os cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira a beneficiários da ADSE que são também beneficiários (e contribuintes) do Serviço Nacional de Saúde, incluindo os respetivos serviços regionalizados, situação objeto de análise no ponto 11.6.

A ADSE encontra-se ainda sujeita às regras de execução do Orçamento do Estado, tendo, por exemplo, de entregar os descontos ao Estado quando os arrecada, formular à Direção-Geral do Orçamento pedidos de libertação de créditos para utilizar em despesa e solicitar àquela Direção-Geral autorização para utilização dos saldos. Para além disso, tratando-se de um serviço com autonomia administrativa⁵⁵, 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, atualmente o Ministro da Saúde⁵⁶, que exercem sobre a ADSE poderes de direção, supervisão e inspeção. A falta de autonomia da ADSE acentuou-se ainda mais com a participação desta no Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, constatando-se que a mesma perdeu a autonomia que tinha nas matérias da competência do Colégio de Governo, destacando-se o poder de negociar e celebrar convenções⁵⁷.

Daqui resulta que **a ADSE não pode gerir com autonomia os seus recursos monetários**, pelo que além do custo de oportunidade em que o sistema incorre pela não remuneração dos excedentes, o mesmo incorre ainda no custo de oportunidade referente à indisponibilidade da liquidez.

Estes custos, **com origem na inércia do Estado que não fez acompanhar a mudança no financiamento da ADSE das medidas necessárias para que a ADSE e os respetivos quotizados dispusessem de efetivos poderes sobre a gestão e o património do sistema**, não são refletidos nos documentos de prestação de contas da ADSE. O cálculo destes custos, com base por exemplo em taxas de juro praticadas pela banca comercial, e a sua evidência nos documentos de prestação de contas contribuirá para que os destinatários das demonstrações financeiras (v.g, quotizados, Governo) obtenham delas uma imagem mais verdadeira a apropriada da entidade.

“A propriedade dos excedentes devia ser da ADSE que devia ter competência para os investir em benefício dos seus associados (...) O facto de os excedentes serem utilizados pelo Estado sem serem remunerados constitui, por si, uma utilização abusiva.” – Eugénio Rosa

⁵⁵ Sobre a natureza jurídica da ADSE vide ponto 7.2, Volume II do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

⁵⁶ Sobre a integração da ADSE no Ministério da Saúde, vide ponto 11.1. do presente Relatório.

⁵⁷ Esta competência era exercida pelo Diretor-Geral sem qualquer intervenção de outro órgão, cfr. art.º 4º, n.º 1, al. e), do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho. Atualmente a celebração de convenções pela ADSE depende de deliberação favorável, obrigatória e prévia, por parte do Conselho de Governo, cfr. art.º 6º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto. Também, a identificação das necessidades de cobertura, a definição dos procedimentos de celebração das convenções e a cessação e renegociação das convenções vigentes, são competência do Colégio de Governo. Em execução do estabelecido no diploma que o criou, os membros do Colégio de Governo acordaram na primeira reunião, realizada em 2 de outubro, “... que os pedidos de adesão à rede convencionada, bem como os aditamentos aos acordos existentes, que entretanto forem ou venham a ser rececionados pelos diferentes subsistemas públicos de saúde, deveriam ser comunicados e submetidos à aprovação do [Colégio de Governo]”. Também a marcação de uma reunião com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada foi, nessa reunião, submetida pelo representante da ADSE à apreciação do Colégio de Governo, tendo sido aceite.



“A rentabilização dos excedentes não deve estar sujeita ao princípio da unidade de tesouraria.” – Adalberto Campos Fernandes

“O excedente deve estar na ADSE. Deve ser criada uma figura nas contas da ADSE para reservar esse excedente, por exemplo um Fundo que constituiria um ativo da ADSE para utilização em casos emergentes. Neste sentido “A ADSE deve ser excluída do princípio da unidade de tesouraria. No entanto, a ser utilizado centralmente pelo Estado, o excedente da ADSE deveria ser remunerado.” – José Mendes Ribeiro

“A ADSE deverá comportar-se como uma mútua, investindo os excedentes gerados e caso estes sejam permanentes e acima das flutuações esperadas e da previsão de crescimento das despesas, reduzir a taxa de desconto.”

“[a utilização não remunerada dos excedentes gerados, pelo Estado] é uma extorsão escondida” – Pedro Pita Barros

Conforme sintetizado no ponto 5 (Volume I), a propósito do não acatamento das recomendações em geral, o Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional alega *“... que a transferência da tutela do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde apenas ocorreu com a publicação do Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, a pouco mais de dois meses do “términus” da legislatura, em plenas férias de verão de parte significativa dos serviços do Ministério e no decurso da pré-campanha e campanha eleitoral com as habituais limitações ao processo legislativo inerentes ao final da legislatura.”* e o atual Ministro da Saúde que, o modelo institucional, estatutário e financeiro da entidade gestora da ADSE se encontra em estudo, tendo sido *“... criada a Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), através do Despacho n.º 3177-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, 1.º suplemento, de 1 de março ...”*.

Alega, ainda este governante, que desse estudo e do solicitado à Entidade Reguladora da Saúde pode resultar um *“... modelo (...) assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...”*, diferente, pois, do atual.

Para além das observações formuladas nesse ponto, o Tribunal alerta que, quanto mais tarde o Governo decidir sobre o modelo institucional, estatutário e financeiro da entidade gestora da ADSE maiores são os riscos de insustentabilidade de um sistema financiado exclusivamente pelos quotizados, considerando o protelamento da implementação de medidas essenciais à sua sustentabilidade, como são as que pretendem a autonomização da ADSE do Orçamento do Estado e das políticas do Governo e a rentabilização dos excedentes de tesouraria da ADSE.

11.3. Recomendações que visam a participação dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro da entidade gestora ADSE

Quadro 6 – Recomendações (ponto 11.3)

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

6.4. A participação dos quotizados da ADSE 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;

✘

6.7. 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.

✘

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:

✘

20.3. A alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG, tendo em conta o recomendado em 6.

Apesar de, desde o início do processo de alteração do modelo de financiamento da ADSE, se reconhecer a relevância da participação dos quotizados na sua gestão, referindo-se mesmo no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, que procedeu ao aumento da taxa de desconto de 1,5% para 2,5%, que *“Este novo paradigma de financiamento deverá conduzir a uma reflexão profunda do modelo de organização e de funcionamento dos subsistemas de saúde de forma a garantir uma efetiva participação na política de gestão por parte dos respetivos beneficiários.”*, nada foi feito para concretizar esse intento.

De facto, tendo a Equipa de Trabalho, criada ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, sido incumbida de estudar um modelo de governação transversal aos sistemas de saúde ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR que contemplasse a participação de representantes dos vários tipos de quotizados, a mesma concluiu que *“A participação dos beneficiários considera-se assegurada através da sua participação nos próprios subsistemas a que pertencem, preconizando-se que o órgão colegial [Colégio de Governo] atue com vista a aprofundar e promover essa participação.”*⁵⁸ e, para comportar esta atuação do Colégio de Governo, o Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, estabelece que *“O CGSPS deve, em articulação com os subsistemas públicos de saúde, desenvolver mecanismos que estimulem a adequada participação dos beneficiários, através de recolha de contributos para a gestão daqueles subsistemas.”* (art.º 14º). Trata-se de uma disposição que se limita a remeter para o Colégio de Governo o desenvolvimento dos mecanismos de participação, observando-se que a mesma não teve expressão no Plano de Ação desta estrutura, aprovado na reunião de 2 de outubro, correndo o risco de vir a ser *“letra morta”*.

Porém, não é a participação preconizada no diploma citado – realizada *“através de recolha de contributos para a gestão”* – a propugnada no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, e a que se justificaria dado o financiamento exclusivo do esquema de benefícios da ADSE pelos descontos dos seus quotizados.

⁵⁸ Cfr. Relatório da Equipa Técnica, p. 8 e 80.



De facto, sendo os quotizados da ADSE os seus financiadores, a sua participação na gestão do sistema tem de ser feita através de representação nos próprios órgãos de gestão da ADSE, que lhes confira efetivos poderes de decisão sobre a gestão estratégica e o controlo financeiro da ADSE. Para o efeito é essencial que, tal como recomendado no anterior Relatório de Auditoria, seja atribuído aos mesmos o 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.

Sem prejuízo de no memorando de maio de 2015, o Diretor-Geral da ADSE propor a representação dos quotizados no Conselho Diretivo do Instituto Público de regime especial que sucederia à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, essa participação é, por um lado, minoritária (em sete membros, três, não executivos, representariam os quotizados⁵⁹) e, por outro, não está prevista a atribuição do direito de veto aos representantes dos quotizados.

A participação minoritária e sem direito de veto dos quotizados na gestão da ADSE traduz-se numa mera aparência de participação, sem efeitos práticos, mantendo-se a gestão exclusivamente pública da ADSE.

Refira-se, no entanto, que a proposta preconiza que os representantes dos quotizados no órgão de gestão sejam “... eleitos por sufrágio direto pelo universo dos seus representados.” afastando a possibilidade da participação ser feita através de organizações sindicais. Tal vai de encontro ao recomendado no anterior Relatório de Auditoria, que salientava que tais estruturas não representam necessariamente os quotizados, designadamente os não sindicalizados e os quotizados aposentados.

No entanto, conforme referido, a proposta não teve seguimento, não tendo sido objeto de qualquer despacho formal, pelo que se mantém a atual situação de não participação, em qualquer nível, dos quotizados da ADSE na sua gestão.

E não se diga que essa participação pode ser feita através do atual Conselho Consultivo da ADSE, previsto no respetivo diploma orgânico⁶⁰, que conta designadamente com três representantes de estruturas sindicais representativas dos trabalhadores em funções pública, pois:

- os pareceres do Conselho Consultivo (sobre o plano e relatório de atividades anuais, o orçamento e os documentos de prestação de contas) não são obrigatórios nem têm caráter vinculativo;
- os representantes dos sindicatos são três membros em oito (os restantes representam: o Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, os Serviços Sociais da Administração Pública, a Direção-Geral das Autarquias Locais e o Ministério com as áreas da solidariedade social e da segurança social), além, de como referido não representarem a totalidade dos quotizados;
- verificou-se na anterior auditoria⁶¹ que o Conselho Consultivo não reunia desde 2009⁶².

⁵⁹ A composição proposta é a seguinte: dois membros executivos designados por despacho conjunto dos membros do Governo com a tutela das áreas das Finanças e Administração Pública e da Saúde; um membro não executivo indicado pelo membro do Governo que tutela a área da saúde; um membro não executivo representante da Direção-Geral da Administração e Emprego Público, indicado pelo membro do Governo com a tutela da área das Finanças e Administração Pública; e três membros não executivos representantes dos beneficiários titulares.

⁶⁰ Art.º 5º do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho.

⁶¹ Volume II, Anexo 12.

Tendo o atual Governo remetido para o estudo da Entidade Reguladora da Saúde⁶³ e para a proposta a apresentar pela Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado⁶⁴ a questão do modelo jurídico-administrativo e financeiro da ADSE, espera-se que a matéria da **participação efetiva dos quotizados** na gestão estratégica da ADSE e no respetivo controlo financeiro, que também tem vindo a ser sucessivamente protelada, seja abordada nos documentos em causa e consagrada no novo regime jurídico-institucional, da ADSE.

Não se pode aliás deixar de notar que, **apesar de os sucessivos Governos terem criado grupos de trabalho com o objetivo de estudarem modelos de governação da ADSE:**

- Equipa Técnica, criada pela RCM n.º 5/2015, de 15 de janeiro;
- Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado, criada pelo Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, do Ministro da Saúde,

ou com competências relevantes que interferem com a gestão do sistema ADSE, como o Colégio de Governo dos Subsistemas públicos de Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, **em nenhum deles foi prevista a participação de representantes dos quotizados.**

Também, os quatro peritos consultados concordam com o controlo do processo decisional pelos financiadores, atualmente os quotizados.

“O estado deveria retirar-se da gestão da ADSE.” – Pedro Pita Barros

“...os órgãos formais de governo institucional deverão prever uma participação ativa dos quotizados na monitorização e na avaliação do desempenho devendo igualmente reforçar os mecanismos de avaliação externa e independente.” – Adalberto Campos Fernandes

“A participação dos quotizados na supervisão da ADSE devia concretizar-se através de representantes dos quotizados, que não têm que ser necessariamente os sindicatos, mas eleitos com base em listas que se apresentam como candidatas perante os quotizados. A equipa de gestão deve ser profissional. Os quotizados teriam uma participação significativa, com poderes de veto.” – José Mendes Ribeiro

“A participação dos quotizados no modelo que preconiza seria através do Conselho de Administração/Diretivo, com nomeação do Estado mediante indicação das Centrais sindicais. (...) Os quotizados podiam, também, participar, por exemplo, num órgão do tipo Conselho Geral e de Supervisão, com controlo não só a nível estratégico, mas com poderes efetivos para fiscalizar os atos de gestão. Relativamente à representação dos quotizados pelos sindicatos concretizou que os quotizados não sindicalizados seriam representados por associações de trabalhadores.” – Eugénio Rosa

⁶² A ata da última reunião realizada data de 2009.

⁶³ Solicitado através de ofício de fevereiro de 2016, no qual se refere que o estudo deve considerar “O disposto no Programa do XXI Governo relativamente à mutualização progressiva da ADSE, **abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares...**” (destaque nosso).

⁶⁴ Criada pelo Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, do Ministro da Saúde, na dependência do Secretário de Estado da Saúde, com a incumbência 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.” (destaque nosso).



Também, João Semedo, em artigo de opinião publicado na imprensa⁶⁵ defende: “... quem paga deve decidir. (...), ou seja, os funcionários públicos. A decisão é deles. É um princípio do qual não podemos abrir mão.”.

Nas suas alegações, o Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional informa que “*Caso seja esse o modelo por que se venha a optar [um modelo de inscrição opcional e totalmente dependente das quotizações dos beneficiários, sem intervenção direta ou indireta do Estado] (...) justificar-se-á plenamente que a governação do sistema seja atribuída aos quotizados...*”.

O Tribunal relembra que, atualmente, o sistema ADSE já é de inscrição opcional e dependente das quotizações dos beneficiários. O que falta é prever a possibilidade de os quotizados, enquanto financiadores do sistema, terem efetivos poderes sobre a gestão estratégica e o controlo financeiro sobre a ADSE.

Porém, a atual Ministro da Saúde coloca a possibilidade de, com base nos estudos que estão a ser feitos sobre o sistema ADSE, se voltar a um “... modelo (...) assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...”.

Neste caso, o Tribunal recomenda que a participação dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro deve ser proporcional à sua participação no financiamento do sistema.

11.4. Recomendações que visam melhorar a base *per capita* de incidência do desconto

Quadro 7 – Recomendações (ponto 11.4)

Recomendação	Acolhimento
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:	✘
1.4. 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”;	✘
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;	

⁶⁵ “ADSE: quais as perguntas certas?”, Le Monde diplomatique, 01/05/2016.

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;



21.9. 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;



O Diretor-Geral da ADSE celebrou, em agosto de 2015, um contrato de aquisição de serviços de consultoria para a realização de um estudo atuarial de alargamento da base de beneficiários da ADSE, que foi concluído em novembro.

É de referir que a ADSE, como observado na auditoria anterior, continua a não dispor de um Plano Estratégico de médio e longo prazo⁶⁶, no qual estes estudos se enquadrem, pelo que existe o risco de os mesmos resultarem apenas numa despesa da ADSE financiada pelo dinheiro que os quotizados colocam à sua disposição, sem qualquer resultado para a sustentabilidade do sistema de benefícios.

Um plano estratégico é um instrumento essencial para a gestão da ADSE, devendo refletir a nova realidade do seu financiamento por fundos provenientes dos descontos dos seus quotizados, equacionar as medidas necessárias para garantir a sustentabilidade do sistema no médio e longo prazo, e dar resposta à necessidade de, num contexto do aumento da contribuição dos quotizados, garantir a competitividade do pacote de benefícios face à oferta de seguros privados.

O estudo teve por base o Plano de Atividades da ADSE para 2015, que prevê o alargamento da base de quotizados, assim como os resultados dos trabalhos da Equipa Técnica constituída ao abrigo da Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, que recomendou dever ser equacionado, mediante o pagamento de uma contribuição, o alargamento dessa base a familiares (cônjuges e unidos de facto) até agora excluídos do âmbito do sistema de benefícios por estarem

⁶⁶ § 214-215, Volume I do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.



abrangidos por regime de segurança social de inscrição obrigatória⁶⁷, a filhos com idade superior a 26 anos e até aos 30, “...se continuarem a fazer parte do agregado familiar e dependentes do beneficiário titular (sem rendimentos próprios de qualquer espécie)...” e “... aos trabalhadores do Setor Empresarial do Estado (EPE) em igualdade de funções com os trabalhadores em funções públicas ...”.

O objeto do estudo, tal como definido no caderno de encargos e no contrato, é o de “Analisar possíveis condições de alargamento da sua base de beneficiários, definindo para os mesmos, uma forma de participação no financiamento das despesas, de modo a que o sistema se mantenha sustentável. Esta análise incidirá sobre a população atual, de cerca de 1200 milhares de beneficiários da ADSE, e da possibilidade de integração dos novos beneficiários no futuro. Serão analisadas três possibilidades distintas e independentes: a) alargamento a cônjuges, dos atuais beneficiários, abrangidos por outro regime; b) alargamento a trabalhadores do setor público empresarial, que preencham os necessários requisitos legais e assim possam também passar a inscrever-se como beneficiários deste subsistema; c) alargamento a filhos de titulares, com idade superior a 26 anos, dependentes e coabitantes.”

Posteriormente, em 4 de setembro de 2015, o Secretário de Estado da Saúde determinou, pelo Despacho n.º 10123-B/2015, “A realização de um estudo atuarial que permita aferir, face ao atual universo de população abrangida, se a ADSE é demográfica, económica e financeiramente sustentável, de modo a obter a análise necessária para a realização de um estudo de sustentabilidade.” e que, “Atentos os resultados obtidos no estudo atuarial[,] a realização de um estudo de sustentabilidade da ADSE a médio e longo prazo, numa dupla vertente de responsabilidades correntes e de responsabilidades futuras.”⁶⁸. Para o efeito, determinou, ainda, que o relatório final do estudo atuarial estivesse concluído e remetido ao Gabinete do Ministro da Saúde até 31 de outubro e que o relatório final do estudo de sustentabilidade estivesse concluído e remetido a esse Gabinete até 31 de dezembro, exceto as medidas com impacto no Orçamento do Estado para 2016 que deviam, também, ter sido apresentadas até 31 de outubro.

Tendo em conta que estava em curso o estudo atuarial de alargamento da base de quotizados da ADSE, a Direção-Geral diligenciou pelo alargamento do âmbito daquele estudo, para que fosse também analisada a sustentabilidade da ADSE face ao atual universo de população abrangida.

Note-se que, não obstante o referido despacho invocar textualmente as recomendações do Tribunal de Contas, para justificar a realização do estudo que veio a ser apresentado⁶⁹, este acabou por ficar

⁶⁷ À semelhança do que já ocorreu na ADM, SAD/PSP e na SAD/GNR, cfr. Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio. Nos termos deste diploma podem inscrever-se, como “beneficiários associados” destes sistemas, os cônjuges não separados de pessoas e bens, os unidos de facto e os cônjuges e os unidos de facto sobreviventes de beneficiários titulares, ficando obrigados ao pagamento de uma contribuição de 3,5% a descontar mensalmente sobre 79% do vencimento do beneficiário titular no ativo ou sobre 79% de 80% da pensão do beneficiário titular ou da pensão de viuvez ou de sobrevivência, consoante o caso. Para o efeito os cônjuges não podem possuir vínculo público, nem podem ser beneficiários titulares ou familiares de outro subsistema público. Também não podem ter renunciado à qualidade de titular de outros subsistemas público. A faculdade deve ser exercida num prazo de três meses desde a data da verificação dos factos que a constituem.

⁶⁸ A análise da sustentabilidade, não só da ADSE, mas também da ADM, do SAD/PSP e do SAD/GNR, foi também objeto de recomendação da Equipa Técnica criada ao abrigo da Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015: “A sustentabilidade dos subsistemas deve ser analisada numa perspetiva de responsabilidades correntes e de responsabilidades futuras, devendo ser apresentada o correspondente estudo no prazo de 180 dias.”

⁶⁹ E no âmbito do processo de acompanhamento das recomendações o Diretor-Geral da ADSE informou que no estudo de sustentabilidade “devem ser consideradas **todas as recomendações do Tribunal de Contas**, exceto (...) o alargamento da ADSE a outros interessados que não façam parte do Sector Público, ou que não estejam diretamente relacionados como familiares dos seus potenciais titulares; (...) a indexação da taxa de desconto ao nível das despesas previstas e a introdução de limiares mínimos e máximos de contribuição.” (destaque nosso),

muito aquém da densificação daquelas recomendações. De facto, a análise de sustentabilidade da ADSE, considerando eventuais alterações estruturais na receita e na despesa não foi realizada, tal como recomendado pelo Tribunal de Contas.

O estudo, que veio a ser apresentado à ADSE apenas em dezembro, demonstra que a ADSE, embora sustentável a curto e médio prazo, não é, com a base de beneficiários e na sua configuração atual, sustentável para além de 2024, no cenário central. Os excedentes acumulados até 2018 permitem colmatar os défices que se começam a verificar a partir de 2019, mas apenas até 2024.

Figura 1 – Sustentabilidade da ADSE – Cenário central

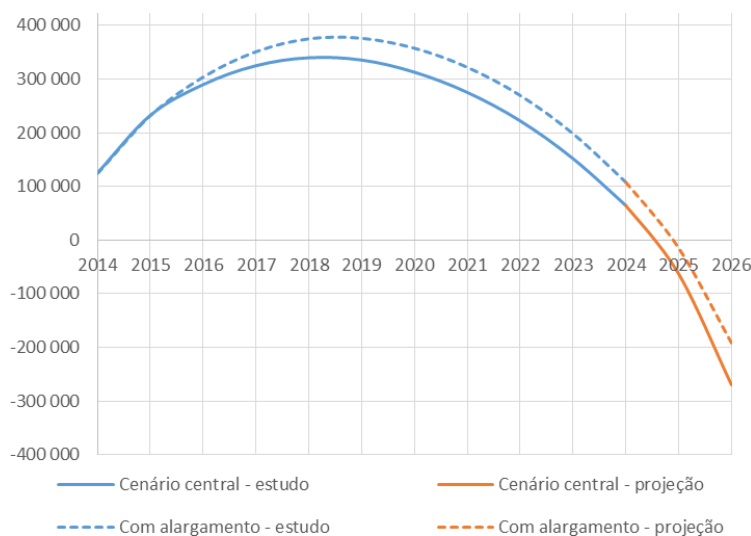


Fonte: Elaboração própria com base na informação constante do estudo “Sustentabilidade e Alargamento do Sistema ADSE”, 2016 Willis Towers Watson.

Se forem considerados cenários em que se admite maior crescimento da despesa anual, a ADSE pode já apresentar défices em 2017, deixando de ser sustentável em 2020.

Por outro lado, os alargamentos parciais propostos, por terem âmbito limitado, não alteram o panorama de sustentabilidade da ADSE: continua a ser em 2025 que o saldo acumulado da ADSE se torna negativo.

Figura 2 - Efeito do alargamento proposto na sustentabilidade da ADSE



Fonte: Elaboração própria com base na informação constante do estudo “Sustentabilidade e Alargamento do Sistema ADSE”, 2016, Willis Towers Watson.



Acresce que, em matéria de alargamento, o texto da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE) remetido pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado da Saúde, em dezembro de 2015, oferecia maiores garantias de sustentabilidade do que o texto remetido, por aquele Diretor-Geral em fevereiro de 2016, com as alterações entretanto introduzidas pelo Ministério da Saúde, das quais não existe evidência que tenham sido suportadas em qualquer outro estudo.

Quadro 8 – Comparação entre o estudo atuarial e a proposta de alargamento em curso

Estudo atuarial (dez. 2015)	Proposta DG_ADSE (dez. 2015)	Proposta alterada (fev. 2016)
SEE⁽¹⁾ 3,5% sobre a remuneração base⁽²⁾	Igual	Igual
Cônjuges⁽³⁾: Cen 1: s/ limite de idade Contribuição fixa mensal⁽²⁾: € 50 Cen.2: idade até 60 anos Contribuição fixa mensal⁽²⁾: € 24	Cônjuges até 60 anos⁽³⁾: Contribuição fixa mensal⁽²⁾: € 45/€ 50/€ 55/€ 60, conforme idade do cônjuge e rendimento do quotizado titular	Cônjuges até 65 anos⁽³⁾: Contribuição de 3,5% sobre a remuneração base ou pensão⁽²⁾ do cônjuge
Filhos até 30 anos⁽⁴⁾: Contribuição fixa mensal⁽²⁾: € 14	Filhos até 30 anos⁽⁴⁾: Contribuição fixa mensal⁽²⁾: € 25/€ 28, conforme rendimento do quotizado titular	Filhos até 30 anos⁽⁴⁾: Contribuição de 3,5% sobre a remuneração mínima mensal garantida⁽²⁾
Não avaliado	Não previsto	Ascendentes até 65 anos⁽³⁾ Contribuição de 3,5% da remuneração base ou pensão⁽²⁾ do ascendente

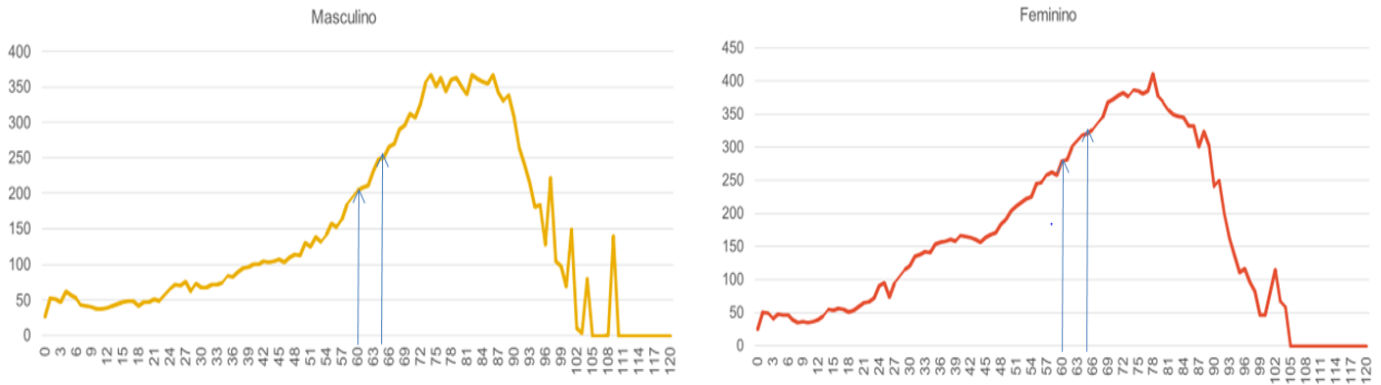
(1) Trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras. (2) 14 meses. (3) Abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória em decorrência de atividade tributável ou remunerada. (4) Filhos maiores, não estudantes, dependentes e coabitantes.

Designadamente, no caso dos cônjuges, a opção por uma contribuição baseada numa percentagem sobre a respetiva remuneração base/pensão, constante do texto da proposta alterada, constitui um incentivo à autosseleção, aumentando o risco de a receita arrecadada não cobrir a despesa com os cuidados de saúde auferidos por aquele grupo.

Também, o aumento do limite de idade para inscrição deste grupo na ADSE (passando de 60 anos para 65 anos) aumenta a despesa com cuidados de saúde. Considerando que a idade média dos beneficiários da ADSE em 2014 era de 45,7 anos⁷⁰ e que o sistema poderá exercer maior atração sobre a população mais velha, tendencialmente mais doente e sujeita a prémios de seguros voluntários de saúde mais elevados e com menos coberturas do que o sistema ADSE, um agravamento do limite de idade de 60 para 65 anos não contribui para a sustentabilidade da ADSE.

⁷⁰ Fonte: ADSE, dados recolhidos na auditoria anterior.

Figura 3 – Despesa regime convencionado, custos médios anuais por idade*



Fonte: “Sustentabilidade e Alargamento do Sistema ADSE”, 2016 Willis Towers Watson.

Acresce que, na passagem da situação de ativo para a de pensionista, o rendimento diminui cerca de 35%⁷¹, pelo que aumentar a idade limite de inscrição de 60 anos para 65 anos, quando a idade média de reforma tida em consideração no estudo atuarial é de 63 anos, é aumentar o número de cônjuges de aposentados o que de acordo com o estudo atuarial faz aumentar o prémio de forma significativa. Daí ter sido feito um cenário com cônjuges dos titulares ativos com idade inferior a 60 anos, idade que veio a constar da proposta do Diretor-Geral da ADSE, de dezembro de 2015, mas que em fevereiro de 2016, sem sustentação aparente, havia sido alterada pela tutela.

Por seu lado, o cenário de alargamento aos ascendentes, incluído no texto da proposta alterada de fevereiro de 2016, conforme orientação da tutela, não foi sequer considerado no estudo atuarial e na proposta de dezembro de 2015 do Diretor-Geral da ADSE, pelo que a sua eventual aprovação constitui um risco cujo impacto na sustentabilidade da ADSE é absolutamente desconhecido.

Atendendo às semelhanças com as condições de adesão dos cônjuges, as reservas antes formuladas são extensíveis a este grupo, com a agravante da população que o compõe aumentar ainda mais a idade média da população da ADSE e a despesa com cuidados de saúde.

Sobre variáveis de sustentabilidade a considerar, resulta do painel de peritos, entre outros, os seguintes contributos:

- Alargamento (é fundamental);
- Encontrar um mecanismo de compensação para os casos que não podem contribuir (exemplo da Segurança Social: o Estado suporta parte dos encargos);
- Gestão profissional;
- Eficiência operacional;
- Investimento na promoção da saúde.”— José Mendes Ribeiro

“A sustentabilidade da ADSE poderá estar comprometida, a médio e a longo prazo, se se mantiverem os pressupostos atuais, a estrutura demográfica, o regime de contribuições e de descontos, o plano de benefícios e de coberturas bem como os regimes de aquisição de serviços e de reembolso de despesas. Para fazer face a esta vulnerabilidade deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

⁷¹ Fonte: Estudo atuarial com base em informação solicitada à Caixa Geral de Aposentações.



- i. *Alargamento da ADSE à generalidade da população portuguesa;*
- ii. *Revisão do modelo de contribuições e de descontos atualmente existente (...);*
- iii. *Redefinição do plano de benefícios e de coberturas (...);*
- iv. *Revisão profunda do modelo existente de aquisição de serviços...*

“A sustentabilidade da ADSE apenas poderá ser garantida se forem tomadas medidas que garantam um alinhamento prolongado no tempo entre a captação e provisão de fundos, a maturidade da população coberta em termos de características económicas, sociais e demográficas, idade média, índice de envelhecimento, padrão de morbilidade, gestão ativa da relação entre oferta e procura, articulação com o SNS e adequação da participação financeira dos quotizados ao perfil de acesso e de utilização dos cuidados de saúde.” – Adalberto Campos Fernandes

“Um sistema financiado por contribuições iguais para todos, com base numa % de rendimento, ou de valor fixo, tem de lidar com incentivos para auto-seleção, pois necessariamente os quotizados ponderam os custos e os benefícios que retiram do sistema, tendendo a sair aqueles cuja relação custo/benefício é negativa e a entrar/manter-se no sistema aqueles cuja relação custo/benefício é positiva.”

“Para evitar a auto-seleção, estes sistemas têm de aliar à contribuição (...) critérios de gestão do risco”(…)“limites máximo e mínimo de contribuição (...) não resolvem o problema da auto-seleção e aumentam o risco de fraude...” – Pedro Pita Barros

“A contribuição deve ser de acordo com a capacidade produtiva, não deviam ser introduzidos limites aos descontos (a ADSE assenta no princípio da solidariedade interprofissional e intergeracional: de cada um segundo o seu rendimento) e devia ser garantido uma comparticipação pública (...); a garantia da sustentabilidade também passa pelo ajustamento dos serviços ao financiamento...” – Eugénio Rosa

No que respeita à taxa de desconto, o Diretor-Geral, no âmbito da audição dos responsáveis do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, considerou não ser *“... crível que se venha a assistir a um aumento dos atuais 3,5% (hipótese que consideramos insustentável para os quotizados)”*⁷² e, apesar de colocar a hipótese, não sustentada em projeções macroeconómicas das finanças públicas de, a partir de 2020, ser reposta a contribuição da entidade empregadora, como *“... 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;”*⁷³, confirmou em sede de declarações prestadas, nos dias 28 e 29 de setembro de 2015, perante o Juiz Conselheiro Relator que essa hipótese nunca lhe foi colocada formalmente por nenhum membro do Governo e que a referência no ponto 2, al. d), dos Termos de Referência dos trabalhos da Equipa Técnica (cfr. Anexo 5) a *“verbas com origem no Orçamento do Estado que devem complementar eventuais insuficiências da receita dos descontos ...”* é da responsabilidade da Equipa Técnica.

Sobre esta referência, também, o Ministro da Saúde do XIX Governo, através do Chefe do Gabinete, informou que *“... o trabalho desta equipa técnica integrou (...) a ADSE, a ADM, a SAD da GNR e a SAD*

⁷² Pág. 19 do Volume III do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

⁷³ Pp. 83-84, Volume III do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

da PSP, sendo que nestas três últimas entidades continua a existir um efetivo recurso a outras verbas com distintas origens que não os descontos dos respetivos quotizados para o financiamento dos seus encargos.”⁷⁴, indiciando que a mesma se refere a estes três sistemas e não à ADSE.

Já o atual Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, à questão sobre se o Estado prevê voltar a financiar a ADSE com impostos, respondeu que *“Do ponto de vista do Ministério da Saúde, a ADSE deve prosseguir a sua evolução para um contexto de autofinanciamento e de autonomia, no que diz respeito à contribuição de fundos, os quais deverão assentar na quotização dos seus beneficiários.”*⁷⁵. Porém, como sintetizado no ponto 5 (Volume I) do presente Relatório, veio, em sede de alegações, colocar essa hipótese.

Recorde-se que o propugnado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção tem como pressuposto o objetivo de sustentabilidade da ADSE exclusivamente com base no desconto dos quotizados. Nele se refere que as *“conclusões e recomendações (...) 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.”*⁷⁶. A propósito da hipótese então colocada pelo Diretor-Geral da ADSE é, ainda, referido que *“... a sustentabilidade da ADSE não deve estar dependente das condicionantes do enquadramento macroeconómico das finanças públicas ...”*, sendo da responsabilidade dos seus gestores a *“... introdução de outras medidas [que não seja a reposição da contribuição da entidade empregadora] que garantam essa sustentabilidade ...”*⁷⁷.

Na perspetiva de José Mendes Ribeiro e de Pedro Pita Barros o financiamento da ADSE pelo Estado só deverá ocorrer numa situação em que a mesma constitua um sistema de saúde alternativo ao SNS, responsável pelo financiamento da totalidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos que estejam nele incluídos. Trata-se de uma situação próxima daquela que caracterizou a ADSE até 2009, inclusive⁷⁸, mas ao invés de o financiamento público de tal sistema ser efetuado por transferências do Orçamento do Estado, como ocorreu até àquela data, o mesmo teria por base uma capitação que seria suportada pela dotação orçamental do SNS, considerando a responsabilidade deste de garantir a prestação de cuidados a todos os cidadãos, não só como prestador, mas também, como financiador⁷⁹.

“(...) defendo também, que o seu financiamento não deverá ficar exclusivamente a cargo dos seus quotizados mas deverá incorporar uma dotação capitacional, suportada pelo orçamento do SNS, em função do número de pessoas abrangidas e das novas entradas anuais.

O cálculo dessa capitação, terá como limite superior o custo médio de um doente tratado no sistema hospitalar público (sensivelmente 50% da capitação global do SNS), pressionando por essa via a maior eficiência da rede pública de prestação de cuidados hospitalares.

⁷⁴ Ofício n.º 9698, de 18 de setembro de 2015.

⁷⁵ Ofício de 3 de fevereiro de 2016.

⁷⁶ Pág. 8, Volume I.

⁷⁷ § 213, Volume I.

⁷⁸ Cfr. Relatório de Auditoria n.º 12/2015 -2ª Secção, pontos 9.1 e 12.1, e ponto 11.6 do presente Relatório.

⁷⁹ Art.º 64º 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).



Os custos de prescrição dos medicamentos em ambulatório, como trave mestra da política pública de saúde, deverão ser suportados exclusivamente pelo SNS. – José Mendes Ribeiro

“O funcionamento da ADSE como sistema alternativo ao SNS é possível mas não é provável esta evolução da ADSE. O SNS assume atualmente duas responsabilidades: cobertura na proteção financeira da doença e cobertura na prestação de cuidados de saúde, sendo possível conceber, no futuro, a transferência de uma capitação para uma entidade que se substitui ao SNS na prestação dos cuidados de saúde.” - Pedro Pita Barros

Fora dessa possibilidade, três dos quatro peritos discordam da reintrodução do financiamento público. Opinião contrária tem Eugénio Rosa, que defende uma comparticipação do Estado.

“Tendo em conta as restrições orçamentais previsíveis para os próximos anos a reintrodução do financiamento público não se afigura plausível nem desejável. Para além do constrangimento orçamental persiste a ideia do Estado, através do financiamento público, prover garantias díspares aos cidadãos no que respeita à proteção na saúde. Para além destes aspetos deverá ser referido o risco de desvio de recursos do financiamento público para utilização privada.” – Adalberto Campos Fernandes

“...no atual contexto, a entrada do Estado como entidade financiadora (...) é injusta para os contribuintes em geral, uma vez que está assumido constitucionalmente o direito à saúde por financiamento através de impostos”

“As soluções de financiamento do modelo, nos moldes atuais (...) devem ser encontradas no seu grupo de quotizados.” – José Mendes Ribeiro

“...de um ponto de vista do sistema de saúde não faz sentido.” – Pedro Pita Barros

“...a ADSE devia ser comparticipada pelo Estado pelas “poupanças” que ela determina para o SNS, embora não em valores que incentivassem a substituição do SNS pela ADSE (...) através de transferências correntes diretamente pelo Orçamento do Estado. Essa comparticipação seria calculada em função dos serviços de saúde prestados através da ADSE que configuram uma substituição da prestação que devia ser efetuada pelo SNS.” – Eugénio Rosa

Embora, na linha do recomendado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção⁸⁰, e face à evolução dos custos com o regime convencionado, evidenciada no Anexo 6, se considere relevante a implementação de medidas, preconizadas pelo Diretor-Geral da ADSE⁸¹, que promovam a eficiência do sistema, designadamente a implementação de controlos de utilização e o pagamento aos prestadores convencionados por preço compreensivo ao invés do pagamento por ato, a implementação de medidas que melhorem a base *per capita* de incidência do desconto, como as

⁸⁰ Recomendações 21.6, 21.7, 21.10 e 35.

⁸¹ Conforme informação veiculada por este responsável no contraditório do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção e durante o processo de acompanhamento das recomendações.

também recomendadas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção e objeto da presente auditoria, são essenciais para a sustentabilidade da ADSE no médio longo prazo.

A. Alargamento da base de quotizados

A hipótese do alargamento a outros interessados que não façam parte do Setor Público (recomendação n.º 21.1) foi afastada liminarmente, sem qualquer sustentação técnica, pelo Diretor-Geral da ADSE, no seguimento de “...orientação transmitida pelo Ministro da Saúde [do XIX Governo] aquando da análise das recomendações do Tribunal de Contas”⁸². Esta hipótese não foi sequer incluída no estudo atuarial de alargamento da base de beneficiários, solicitado pela ADSE, impossibilitando uma decisão informada sobre as várias opções de alargamento, conhecidos os seus resultados potenciais.

Também, o atual Ministro da Saúde limitou o alargamento a grupos de beneficiários, sem que tenha sido apresentado o racional subjacente à escolha desses grupos ou o de exclusão do alargamento a outros cidadãos interessados.

“Num estudo atuarial, afastar à partida um cenário como o do alargamento à generalidade da população é tecnicamente errado: no estudo devem-se incluir todos os cenários possíveis e só depois, tendo em conta os resultados decidir o objeto do alargamento.” – Adalberto Campos Fernandes

As hipóteses de alargamento em discussão têm essencialmente por base critérios qualitativos (ter a qualidade de cônjuge, de filho ou de ascendente de quotizado/beneficiário titular ou de trabalhador do Setor Público). No entanto, já no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, se afirmava que “...o alargamento pode ter como destinatários quaisquer interessados desde que salvasse a idade média dos quotizados e se baseie num sistema contributivo, em que as contribuições esperadas, pelo menos, cubram os encargos também esperados ...”⁸³.

Mais do que critérios qualitativos, a consideração de critérios de gestão do risco (v.g., idade, género, condições pré-existent) é essencial para sustentabilidade da ADSE, qualquer que seja a abrangência do alargamento.

De facto, o alargamento, **desde que sustentado em condições racionais que garantam uma relação custo-benefício positiva para a sustentabilidade da ADSE** (v.g. idade, género, condições pré-existent, remuneração média dos interessados), seria, em princípio, o que melhor garantiria a sustentabilidade da ADSE, minimizando o risco de no futuro:

- a) aumentar os descontos dos atuais quotizados, o que considerando o esforço financeiro dos mesmos e a concorrência dos seguros complementares de saúde, vai colocar também em causa a sustentabilidade da ADSE; ou
- b) onerar o Orçamento do Estado e os contribuintes em geral, através
 - da reintrodução do financiamento público do sistema para fazer face às necessidades da ADSE-DG, possibilidade que não foi considerada no Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas; ou

⁸² Of. GDS 831489, de 14 de setembro, e pontos 21 e 22 das declarações prestadas pelo Diretor-Geral nos dias 28 e 29 de setembro, no Tribunal de Contas.



- de um aumento da despesa pública em saúde que a extinção da ADSE necessariamente provocará pela maior procura de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde por parte dos ex-beneficiários da ADSE.

Isto porque o alargamento com condições permite:

- manter/aumentar o universo de quotizados, contrariando a tendência atual de diminuição desse universo pela redução/estabilização do número de trabalhadores da Administração Pública;
- manter/melhorar as características do universo de quotizados, invertendo designadamente a tendência de envelhecimento da população da ADSE, com consequências positivas ao nível do padrão de morbilidade;
- manter/melhorar a dispersão do risco.

Já no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, se afirmava que *“...o alargamento pode ter como destinatários quaisquer interessados desde que salvasse 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 ...”*⁸⁴.

A consideração de critérios de gestão do risco (v.g., idade, género, condições pré-existent) é essencial para sustentabilidade da ADSE, qualquer que seja a abrangência do alargamento. O alargamento da ADSE a cidadãos interessados que não façam parte do Setor Público poderá ser entendido, por alguns, como contrário aos interesses do Serviço Nacional de Saúde, considerando o impacto que a ADSE tem neste sistema e os diferentes modos de prestação de cuidados de saúde (público vs privado). Porém, o alargamento da ADSE não colide com os interesses do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que não tem qualquer financiamento público e tem um papel complementar ao Serviço Nacional de Saúde, sendo que esse complemento é pago com dinheiro dos quotizados.

O alargamento da ADSE *“não deve (...) 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.”*⁸⁵.

Considerando a atividade da ADSE, de financiamento de cuidados de saúde prestados aos seus quotizados/beneficiários, a sua complementaridade face ao SNS e a sua sustentabilidade financeira apenas com base nos descontos pagos pelos quotizados, não se vislumbram razões, a não ser fundacionais/históricas, para não ter sido considerado, no estudo atuarial, o cenário de alargamento a outros cidadãos. Ressalva-se que a génese da ADSE já foi substancialmente alterada: de financiamento misto, assegurado pelas entidades empregadoras (impostos e outras receitas próprias) e pelos quotizados (descontos), passou a financiamento assegurado unicamente pelos quotizados, o que torna premente considerar, numa análise de sustentabilidade, todas as variáveis pertinentes à mesma, incluindo todos os cenários de alargamento.

Note-se que, nas condições atuais (de contribuição, taxa de desconto de 3,5% e atribuição de benefícios), de acordo com perfis/cenários⁸⁶ analisados pela entidade que realizou o estudo atuarial,

⁸⁵ Relatório de auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume I, § 77.

apenas a partir da entrada de mais de 500.000 indivíduos com idade de 25 anos o saldo global da ADSE é positivo no final de 2024.

Salienta-se que estes cenários não consideraram o efeito associado à maior dispersão do risco, porém permitem concluir que apenas um alargamento substancial, com indivíduos que contribuam para a redução da idade média da população da ADSE, terá um impacto positivo na sustentabilidade da ADSE. Nos cenários de alargamento analisados no estudo atuarial, o alargamento (considerando cônjuges até 60 anos de idade, trabalhadores em contrato individual de trabalho no Setor Público e filhos até 30 anos) não vai além de 265.647 novos quotizados, sendo que, como já antes referido, o mesmo não melhora a sustentabilidade da ADSE (em 2025 o saldo acumulado da ADSE passa a ser negativo).

Figura 4 – Défice/Excesso do saldo acumulado no final do período de 10 anos (2014-2024)



Fonte: “Sustentabilidade e Alargamento do Sistema ADSE”, 2016 Willis Towers Watson.

Acresce que, a sustentabilidade da ADSE, complementar do SNS e financiada pelo desconto dos quotizados, é do interesse do Estado e dos contribuintes em geral, considerando o efeito positivo da mesma na despesa pública em saúde, a que já se aludiu, *supra*, a propósito do efeito negativo da sua extinção. Conforme referido por Vital Moreira em artigo publicado na imprensa⁸⁷, “...a autossuficiência financeira da ADSE tornou uma sobrecarga orçamental num alívio orçamental. Em vez de ter que pagar a ADSE, o Estado viu nela um meio de aliviar o SNS da procura de uma parte da população, que passou a pagar integralmente os seus cuidados de saúde, enquanto continua a sustentar o também SNS com os seus impostos.”.

No contexto atual, a exclusão de cenários de alargamento, sem sustentação técnica, apenas favorece as empresas de seguros privados de saúde que não precisam, assim, de enfrentar uma nova estrutura concorrente nesse mercado mais alargado.

“(...) as razões para o Governo não proceder de imediato ao alargamento ao público em geral prendem -se sobretudo com a proteção do setor segurador.” (...) Defendo

⁸⁶ Perfil I: Idade de entrada 25 anos; Cenário Central: Idade de entrada 48/47 anos (idade média atual dos beneficiários da ADSE; Perfil II: Idade de entrada 55 anos.

⁸⁷ “O problema da ADSE”, Diário Económico, 03/03/2016.



o alargamento da ADSE à generalidade dos cidadãos, de forma facultativa e voluntária, sob certas regras de entrada e obrigatoriedade de permanência por certo período mínimo. Poderá ser feito de forma gradualista e progressiva fixando um certo plafond anual de entradas para permitir testar operacionalmente o sistema.” – José Mendes Ribeiro

[Alargamento à generalidade dos cidadãos portugueses]: *“Sim. Desde que transformada em mútua gerida autonomamente e sem auxílio do Estado.(...) Para que tal ocorra [alargamento] é necessário condições adicionais: idade, pré-condições, para que fique assegurada uma adequada redistribuição de recursos entre saudáveis e doentes.” – Pedro Pita Barros*

“(...) o alargamento da ADSE à generalidade dos cidadãos portugueses poderá ser considerado, com vantagem para a sustentabilidade do sistema [de saúde português], se forem tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Autonomia administrativa e financeira da ADSE face ao Orçamento de Estado (OE);*
- ii. Revisão do modelo de proteção estabelecido através da incorporação de mecanismos de análise e de gestão de risco individual e de grupo, adotando práticas atuariais e modelos preditivos de natureza epidemiológica, económica e social;*
- iii. Introdução de mecanismos de articulação com o SNS com o objetivo de melhorar a eficiência global do sistema ...;*
- iv. Introdução de um diferencial de direitos - em termos de acesso, coberturas, contribuições e copagamentos - que permitam salvaguardar os princípios fundacionais da ADSE ...” – Adalberto Campos Fernandes*

“A restrição da ADSE aos trabalhadores do setor público não beneficia a sustentabilidade da ADSE, sendo antes benéfica ao mercado dos seguros voluntários de saúde...” – Adalberto Campos Fernandes

Opinião contrária tem Eugénio Rosa, salientando como motivos:

- Degradação da qualidade do serviço da ADSE;*
- O facto de a sustentabilidade não ser proporcional apenas à dimensão.”*

Em seu entendimento “a diminuição do risco pelo alargamento apenas acontece até determinado ponto.” – Eugénio Rosa

B. Introdução de limiares mínimos e máximos e desconto conforme número de beneficiários familiares

Também a exclusão da introdução de limiares máximos e mínimos de desconto do estudo de sustentabilidade da ADSE, pelo Diretor-Geral da ADSE, não tem qualquer fundamentação técnica. Refira-se que estes limiares contribuem para um maior equilíbrio entre as contribuições e os benefícios do sistema, tornando-o mais atrativo para os contribuintes líquidos. Note-se ainda, conforme referido no Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção, que a *“... existência de limites*

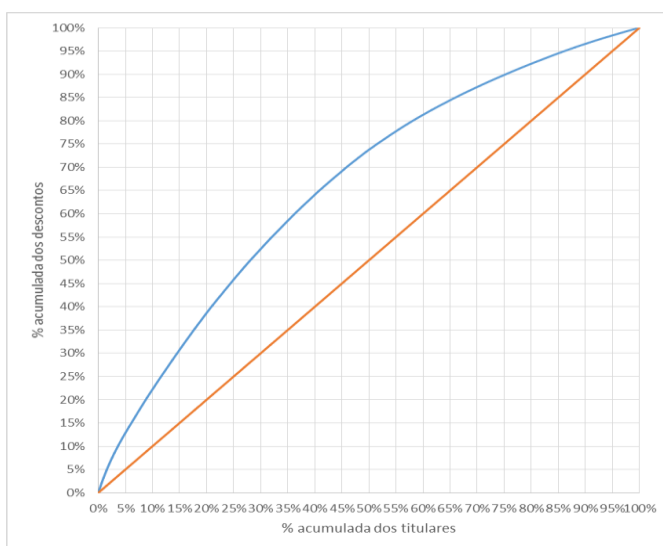
mínimos e máximos e contribuição é característica recorrente nos sistemas de saúde baseados numa contribuição proporcional ao vencimento dos aderentes.” (§ 75, Volume I).

De facto, ainda, que as renúncias de quotizados dos escalões mais elevados, observadas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção⁸⁸, assentem na comparação simples entre o valor do desconto e o valor do prémio de seguro não atendendo às vantagens que a ADSE, ainda, apresenta face aos seguros voluntários de saúde em termos de acesso e coberturas⁸⁹, muitas dessas vantagens terão necessariamente de ser revistas à luz da necessária sustentabilidade da ADSE. Designadamente, no exercício do contraditório da auditoria, o Diretor-Geral da ADSE já admitiu a “... introdução de mecanismos de controlo da utilização, como autorizações prévias ou termos de responsabilidade, pela criação de limites quantitativos para alguns atos ...” (§ 139, Volume I).

É de salientar que os montantes com os quais os quotizados contribuem para o sistema apresentam uma grande amplitude, variando a quotização mensal entre € 0,37 e € 553,56⁹⁰, com uma média de € 57,64⁹¹.

Reforça-se que tal situação pode traduzir-se na eventual decisão de renúncia dos trabalhadores com maiores remunerações, até pela crescente concorrência do setor segurador. Tendo em conta que cerca de 15% dos quotizados com contribuições mais elevadas representam 30% das receitas de quotização da ADSE (cfr. figura seguinte), a sua saída tem certamente implicações adversas para a sustentabilidade da ADSE.

Figura 5 – Curva de concentração dos descontos pagos pelos titulares



Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ADSE.

⁸⁸ § 10, 62-67, Volume I.

⁸⁹ 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.

⁹⁰ 1 titular com um desconto mensal de € 0,37 e 1 titular com um desconto mensal de € 553,56. Considerando casos mais frequentes, verifica-se a existência de 86 titulares com quotizações de cerca de € 1 e de 336 titulares com descontos de cerca de € 214.

⁹¹ Considerando a existência de 42186 titulares isentos, a quotização média é de € 54,13.



Sobre o risco de concorrência dos seguros privados de saúde, particularmente relativamente aos quotizados de escalões de rendimento mais elevados, destacam-se os seguintes contributos do painel de peritos:

“O risco de concorrência do mercado de seguros de saúde existe fundamentalmente nos quotizados com descontos mais elevados (...) [uma vez que] este risco tenderá a acentuar-se nos casos em que o desconto mensal se aproxima ou ultrapassa o valor médio do prémio comercial dos seguros voluntários de saúde.

“Para manter e atrair estas pessoas para o sistema a carteira de serviços tem de ser competitiva e atrativa, carecendo de uma gestão profissional em ambiente de mercado. Com o alargamento, a ADSE teria capacidade de, pela dimensão da carteira de quotizados, ter prémios mais baixos.” – Adalberto Campos Fernandes

“Existe [o risco de saída dos quotizados de maiores rendimentos, que mais contribuem para o sistema], que se acentuará com a passagem do tempo, na medida em que os atuais beneficiários, que ficam por inércia em grande medida, forem desaparecendo” “[No entanto] Com a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos a questão do risco não é resolvida” – Pedro Pita Barros

“Fixação de um “cap” de contribuição que não desincentive as pessoas de escalões mais elevados a sair. (...) poderá ser definido e aplicado o princípio do reajustamento das contribuições anuais, tendo em vista a cobertura das prestações dos quotizados.

O mercado de seguros de saúde privado poderá evoluir para uma oferta complementar....” – José Mendes Ribeiro

“(...) o facto de a quota para a ADSE ultrapassar, nalguns casos, o prémio dos seguros, decorre também do serviço que a ADSE presta, que se diferencia do prestado pelos seguros. (...)mas também pelos valores e pela simbologia que ... está associada [à ADSE], em termos de sentimento de proteção, de toda uma história e de uma cultura de funcionalismo público.”

Sobre a viabilidade de a ADSE manter as vantagens do plano de benefícios da ADSE (...) face aos seguros, acha que a ADSE consegue mantê-las com os 3,5% de desconto considerando que ainda assim é excessivo.”

“...não [concordo] com limites máximos nem mínimos de desconto, mas sim na contribuição de acordo com a capacidade contributiva” – Eugénio Rosa

Nas suas alegações, o Diretor-Geral continua a desvalorizar o número de renúncias, considerando que, *“... em 2015 caiu para 1.265 beneficiários, ou seja verificou-se uma redução de 57,34% em relação ao valor verificado em 2014 (2.965).”,* que *“... esta redução se continua a verificar em 2016, no primeiro trimestre, tendo-se apenas verificado a existência de 210 renúncias, ou seja menos 60,08% que no período homólogo de 2015 (526), tendo no primeiro trimestre de 2014 sido de 1.251 ...”* e que *“... as renúncias que se têm verificado se repartem pelos diversos escalões de desconto ...”*.

O facto de as renúncias terem vindo a diminuir não significa que as mesmas não constituam um risco para a sustentabilidade da ADSE com base nos descontos dos quotizados. Sobretudo, porque com

este modelo de financiamento, como se refere no texto *supra*, muitas vantagens que a ADSE apresenta face à oferta de seguros de saúde terão de ser revistas considerando a sua sustentabilidade.

Quanto à constatação de que as renúncias “... se repartem pelos diversos escalões de desconto ...”, tendo em conta as diferentes dimensões de cada escalão, o que releva para a análise da maior ou menor propensão dos quotizados de cada escalão poderem renunciar é o peso dessas renúncias na dimensão dos respetivos escalões de descontos, verificando-se pelo quadro *infra*, que a maior propensão a renúncias se verifica no primeiro e no último escalão de desconto, o que confirma as observações da anterior auditoria quanto às renúncias nestes escalões:

“Esta situação [renúncias em escalões mais elevados] é, eventualmente, explicada pelo facto do esforço financeiro destes quotizados ser superior às vantagens que retiram do sistema de benefícios.”⁹²

“Esta situação [renúncias em escalões mais baixos] 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.”⁹³

Quadro 9 – Renúncias por escalão de desconto

Escalão de desconto	N.º de quotizados	Renúncias 2014		Renúncias 2015		Renúncias 2016 (1T)	
		N.º	Δ%	N.º	Δ%	N.º	Δ%
0,01€ a 20,00€	33 205	304	0,92%	75	0,23%	12	0,04%
20,01€ a 40,00€	234 161	297	0,13%	108	0,05%	24	0,01%
40,01€ a 60,00€	110 660	270	0,24%	95	0,09%	23	0,02%
60,01€ a 80,00€	100 647	230	0,23%	93	0,09%	15	0,01%
80,01€ a 100,00€	90 201	110	0,12%	56	0,06%	9	0,01%
+ de 100,00€	70 922	185	0,26%	98	0,14%	14	0,02%

Fonte: Elaboração própria com base disponibilizados em julho de 2015 pela ADSE (N.º de quotizados) e nas alegações apresentadas (N.º de renúncias)

Sobre a possibilidade de a ADSE vir a ser novamente financiada pelo Estado e regressar a um modelo de inscrição e manutenção dessa inscrição obrigatório *vide* observações constantes do ponto 5 (Volume I).

Já quanto à possibilidade e condições de readmissão após renúncia, como medida para aumentar a base de quotizações atual, salientam-se as seguintes posições do painel de peritos:

“Admite a possibilidade de readmissão após renúncia mediante um estudo prévio detalhado dos números para definição e garantia de um período mínimo de permanência considerando também viável, a hipótese da reconstituição da carreira contributiva.”- José Mendes Ribeiro

Os critérios a definir para garantir a possibilidade de readmissão após renúncia deverão estar alinhados com o modelo (...) de gestão do risco. Em todo o caso

⁹² Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume II, pág. 27.

⁹³ *Idem*, Volume II, pág. 28.



deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

i. Diferenciação de regimes para trabalhadores em funções públicas - titulares, cônjuges, filhos, ascendentes, enteados, tutelados, netos, uniões de facto, filhos equiparados, enteados equiparados, tutelados equiparados - e outros beneficiários não trabalhadores em funções públicas;

ii. A readmissão após renúncia, em ambas as situações, deverá ser garantida com restrições ou sem restrições em função dos factos que a determinaram e das condições em que é solicitada a sua concretização.” – Adalberto Campos Fernandes

“A este respeito e sem prejuízo das razões apresentadas para afastar a possibilidade de readmissão após renúncia (evitar utilizações abusivas e comportamentos oportunistas), considera que estes constrangimentos podem ser ultrapassados, com a definição de critérios em função da idade, ou com a associação da idade de entrada ao preço a cobrar (...).”

Quanto à recomendação do Relatório de Auditoria no sentido da reconstrução da carreira contributiva: “(...) poderia ser uma solução. Sugeriu ainda uma outra solução: uma quota suplementar baseada no risco.” – Eugénio Rosa

Apesar da possibilidade de readmissão dos quotizados constituir um meio de aumentar a base de quotizações da ADSE, a mesma deve ser sujeita a mecanismos que assegurem a sustentabilidade do sistema e a equidade da contribuição global desses quotizados face a quem suportou as quotas sem interrupção. Para além das razões apontadas, esses mecanismos também desincentivam a renúncia.

A proposta de alteração do regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro) apresentada em dezembro de 2015 pelo Diretor-Geral da ADSE integrou uma proposta de disposição transitória no sentido de trabalhadores que esgotaram o prazo de inscrição ou que renunciaram, poderem no prazo de 6 meses após a entrada em vigor da alteração ao regime de benefícios, inscrever-se no sistema. Para tal, os mesmos deviam suportar o montante de descontos que seriam devidos desde a data da renúncia ou desde a data em que o direito à inscrição caducou (com limite de 2 anos para situações de renúncia e de 6 meses para situação de não adesão) e um período de carência de seis ou três meses conforme se trate de situações renúncias ou de não adesão.

Sendo uma disposição transitória, isto é aplicável apenas durante um período de seis meses após a entrada em vigor da alteração, a mesma não vai ao encontro da recomendação do Tribunal de Contas. Acresce que as condições de (re)admissão propostas pelo Diretor-Geral não preveem a plena reconstrução da carreira contributiva, pelo que não garantem a equidade entre os quotizados (re)admitidos e os que sempre se mantiveram no sistema.

Mantendo a disposição transitória, a versão de fevereiro de 2016 que integra as alterações da tutela, não contempla qualquer condição para a (re)admissão, constituindo um retrocesso face à proposta original do Diretor-Geral.

Considerando o número de quotizados e o número total de beneficiários, que além de incluir os titulares inclui os respetivos familiares, o rácio beneficiários/quotizados é de 1,5, ou seja, cada quotizado suporta os seus benefícios e os de 0,5 beneficiários. É questionável se será possível a médio e longo prazo continuar a não fazer refletir no desconto do quotizado o número de

beneficiários dependentes, uma vez mais para fomentar o equilíbrio entre as contribuições e os benefícios.

O mecanismo de solidariedade que prevê a possibilidade de inscrição, sob determinadas condições, de beneficiários familiares, sem o pagamento de qualquer contribuição adicional, representou, nos primeiros 7 meses de 2015, um encargo de cerca de € 48,2 milhões⁹⁴, correspondentes a um valor anualizado de cerca de € 82,6 milhões.

“Os mecanismos de solidariedade existentes deverão ser revistos à luz da natureza solidária e mutualista da ADSE.” – Adalberto Campos Fernandes

“O titular deve contribuir para o sistema de acordo com o número de familiares que o integram...(sobretudo a partir do momento em que o subsistema é integralmente financiado por contribuições dos beneficiários).” – Pedro Pita Barros

“Os mecanismos de solidariedade existentes são situações que, a manterem-se, os quotizados têm que estar preparados para suportar. Senão a ADSE torna-se insustentável, exceto se encontrar formas alternativas de financiamento.” – José Mendes Ribeiro

“...manutenção dos benefícios aos familiares sem qualquer pagamento adicional [é] um custo que terá de ser controlado.” – Eugénio Rosa

11.5. Recomendações que visam promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados e um maior controlo da cobrança do desconto

Quadro 10 – Recomendações (ponto 11.5)

Recomendação	Acolhimento
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:	✗
1.6. 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;	✗
1.9. 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	✗

⁹⁴ Dos quais € 0,9 milhões com beneficiários familiares de titulares isentos.



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;	
1.11. A obrigatoriedade de as entidades empregadoras e/ou os quotizados informarem regularmente a ADSE-DG sobre o valor das remunerações/pensões;	✗
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;	
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;	S/efeito*
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.	!

*Cfr. informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE "A declaração para efeitos de IRS deixará de ser emitida tendo em conta as novas regras constantes do CIRS e relativas à comunicação de dados à Autoridade Tributária para efeitos de deduções em matéria de despesa de saúde."

Do conjunto das recomendações que visam promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados e um maior controlo da cobrança do desconto, verifica-se de um modo geral o respetivo não acolhimento.

Apesar da proposta de alteração do regime de benefícios da ADSE, apresentada pelo Diretor-Geral em dezembro de 2015, conter disposições que vão ao encontro de algumas recomendações formuladas pelo Tribunal, a mesma fica aquém das mesmas:

- Propondo normas que estabelecem a responsabilidade das entidades empregadoras e processadoras de pensões pela entrega da receita do desconto e a remessa do respetivo ficheiro de detalhe, a mesma não propõe qualquer sanção para as situações de incumprimento, sem prejuízo da alteração que pretende agilizar o mecanismo de retenção nas transferências do Orçamento do Estado para ressarcir dívidas de entidade públicas à ADSE;
- Aflorando o princípio de que só o quotizado com os descontos entregues atempadamente tem direito à prestação de cuidados de saúde financiados pela ADSE, a mesma continua a prever a existência de beneficiários titulares isentos do pagamento do desconto.

Com exceção da proposta que visa agilizar o mecanismo de retenção nas transferências do Orçamento do Estado, o Ministério da Saúde não acolheu, no texto de fevereiro de 2016, qualquer das propostas do Diretor-Geral *supra* enunciadas, evidenciando mais um retrocesso relativamente à proposta do Diretor-Geral.

Quanto à implementação de procedimentos que permitam ao quotizado controlar a entrega do desconto que lhe foi retido pela entidade empregadora ou processadora de pensões à Direção-Geral da ADSE, não se verificou qualquer diligência do Diretor-Geral nesse sentido.

Apenas as recomendações, que lhe foram dirigidas, referentes ao controlo da entrega do desconto por quotizado (rec. 44) e à suspensão, após notificação ao quotizado, da condição de beneficiário até à regularização da situação de não entrega do desconto à Direção-Geral da ADSE (rec. 45.6), tiveram alguns desenvolvimentos, embora sem assegurar, ainda, o cumprimento das respetivas recomendações:

- Foi desenvolvida uma aplicação que agrega informação sobre a entrega do desconto, por quotizado, que, no entanto, ainda não permite o controlo efetivo da entrega e da correção dos descontos do universo de quotizados. De facto, esta aplicação apenas se baseia nos ficheiros com informação sobre o desconto retido e entregue à ADSE, remetidos pelas entidades empregadoras, sendo que, como observado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção⁹⁵, (i) nem todas as entidades empregadoras os enviam e (ii) os ficheiros enviados podem conter erros, não estando instituídos controlos no sistema para os detetar.
- O procedimento de suspensão, após notificação ao quotizado, da condição de beneficiário até à regularização da situação de não entrega do desconto está a ser utilizado apenas para os quotizados que entregam diretamente os descontos à Direção-Geral da ADSE (em 2015, cerca de 3.316⁹⁶). Este procedimento ainda não é, pois, aplicável à generalidade dos quotizados, aqueles cujos descontos devem ser entregues através das entidades empregadoras e processadoras de pensões. Em 2015 foram cancelados os direitos a apenas 7 quotizados, por não entrega do desconto.

Quanto à disponibilização na ADSE Direta de uma conta corrente de cada quotizado, com o crédito e o débito no âmbito do sistema ADSE (recomendação 45.2), o Diretor-Geral da ADSE havia sido perentório⁹⁷ no sentido do seu não acolhimento, por considerar que tal informação pode ter consequências negativas para a ADSE, designadamente pelo risco de tal informação provocar um comportamento de maior utilização do sistema de benefícios. Em sua opinião, a informação sobre o crédito e o débito dos quotizados deve estar separada.

A existência, porém, de uma conta-corrente do quotizado é promotora da transparência do sistema, que deve estar na base da relação entre a ADSE e os seus quotizados, não devendo a implementação da mesma ser afastada por um risco que pode ser minimizado através da introdução, da responsabilidade da ADSE, de procedimentos que promovam a adequada utilização do sistema e minimizem o risco de autosseleção.

⁹⁵ Volume II, ponto 9.3.2.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Declarações prestadas no Tribunal de Contas, em 28-29 de setembro e em 28 de outubro, em diligências presididas pelo Juiz Conselheiro Relator.



“A ADSE deve facultar aos quotizados um extrato de benefícios (como a Médis e o SAMS (My SAMS)), que pode estar on-line, contendo de um lado as contribuições/descontos dos quotizados e do outro os seus benefícios. Sendo essa relação mais transparente, o risco moral fica assim controlado.” – Adalberto Campos Fernandes

Sem prejuízo de o Diretor-Geral ter inicialmente rejeitado, expressamente, a recomendação relativa à disponibilização ao quotizado de uma conta corrente, verifica-se pelas comunicações efetuadas, quer por escrito quer em audição, que as recomendações que visam promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados (rec. 1.7, 1.10 e 45.1) não estão a ser devidamente valorizadas.

Estas recomendações pretendem tornar claro para os (i) quotizados, (ii) as entidades empregadoras e (iii) o Estado que os descontos:

- devem ser correta e atempadamente entregues como condição *sine qua non* para o exercício do direito aos benefícios da ADSE;
- são propriedade dos quotizados;
- resultam de uma vontade expressa dos quotizados;
- não podem ser utilizados para suportar despesa que deve ser suportada com receitas gerais do Estado com origem em impostos; e
- havendo excedentes, devem ser rentabilizados, não podendo ficar nos cofres do Estado, e ser utilizados para gestão de tesouraria do Estado, sem qualquer contrapartida financeira.

Apesar de os descontos se encontrarem, desde 2014⁹⁸, consignados à despesa com o sistema de benefícios ADSE e já, anteriormente, estarem afetos ao sistema de benefícios ADSE⁹⁹, não podendo ser utilizados em despesa que deve ser suportada com receitas gerais do Estado, o Estado e algumas entidades empregadoras têm utilizado esses descontos para suportar despesa que deve ser financiada por receitas gerais, cfr. se constata nos pontos 11.1 (despesas relativas a beneficiários titulares isentos) 11.6 (despesas da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde) e 11.7-B e C (retenção pelas Administrações Regionais dos descontos entregues pelos quotizados, seus trabalhadores, para a ADSE).

Acresce, ainda, a não rentabilização dos excedentes da ADSE, por o Governo não proceder às iniciativas legislativas que o permitissem, particularmente a alteração do regime jurídico-financeiro da entidade gestora da ADSE, cfr. ponto 11.2.

Quanto aos quotizados, as recomendações visam fomentar, nos mesmos, a capacidade de intervenção no sistema, estimulando o espírito crítico e a perceção da responsabilidade individual sobre o funcionamento de um sistema cujo financiamento passou para a sua responsabilidade.

É necessário, para a sustentabilidade do sistema, que os quotizados associem o direito aos benefícios da ADSE, não à sua vinculação à Administração Pública, mas ao pagamento do desconto. Daí deverem ser eles, como únicos interessados no bom funcionamento do sistema, a controlar a

⁹⁸ Art.º 46º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na redação dada pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, que consignou o desconto ao pagamento daqueles benefícios.

⁹⁹ Art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

entrega correta e atempada do seu desconto, ainda que esta, por sua vontade expressa, possa ser feita por intermédio da entidade empregadora.

Esta mudança de paradigma é também relevante para a imagem de autonomia da ADSE face ao Estado e para a distinção do desconto, contribuição paga voluntariamente para um sistema de proteção social, dos impostos e taxas em geral, cujo pagamento é coercivo.

No **painel de peritos** todos os contributos convergiram no sentido da necessidade de estabelecer uma relação direta entre os quotizados e a entidade gestora a ADSE, e uma relação biunívoca entre o pagamento atempado da quota e o direito aos benefícios da ADSE.

“Deve haver uma relação biunívoca entre o pagamento atempado da quota e o direito aos benefícios da ADSE, devendo-se estabelecer uma relação direta entre a ADSE e os quotizados como a existente entre as seguradoras e os titulares dos seguros, o que minimizaria o risco de retenção inapropriada dos descontos.”

“A utilização dos benefícios devia estar condicionada à entrega atempada do desconto: com 30 dias de incumprimento os direitos deveriam ser suspensos e ao fim de um prazo (por exemplo de 6 meses) sem que se verificasse a regularização da situação de incumprimento daria lugar à sua exclusão como beneficiário da ADSE” – Adalberto Campos Fernandes

“Os benefícios da ADSE são contrapartida exclusiva da quota entregue não devendo estar dependentes de qualquer outra condição, designadamente da condição de trabalhador público.” – Pedro Pita Barros

“(…) a relação entre a ADSE e os quotizados deve ser apenas: pago a quota, tenho direito a serviços. É uma relação sinalagmática.”

“...a autorização expressa do quotizado é relevante para que fique claro que o desconto é dos quotizados e que este não é similar aos impostos constantes do recibo de vencimento.” – Eugénio Rosa

“[defende] a relação direta entre quotizado e ADSE [mas] entende que os processos atualmente implementados e que estão a funcionar não devem ser perturbados.” – José Mendes Ribeiro

Em contraditório o Diretor-Geral da ADSE veio informar que:

⇒ *“... foi desenvolvida pela ADSE uma aplicação que agrega a informação sobre a entrega do desconto, por quotizado, que a partir de abril de 2016 está disponível na ADSE Direta na área do beneficiário, sendo que nos serviços disponíveis existe uma opção “os meus descontos”, na qual o beneficiário pode verificar:*

- *A entidade processadora do desconto,*
- *O valor do salário sobre o qual incide o desconto,*
- *O desconto efetuado mensalmente,*
- *A taxa de desconto aplicável.*

Com a informação disponibilizada o beneficiário pode controlar diretamente o cálculo do desconto e a entrega atempada do desconto retido à ADSE pela entidade empregadora ou processadora de pensões.”



⇒ “... desde o mês de março, a ADSE começou a regularizar as situações identificadas de beneficiários que não procedem à entrega do desconto, repondo-o se for esse o caso, requerendo ainda a reposição de valores suportados pela ADSE de encargos ocorridos no momento em que o beneficiário não entregava o desconto.”

Refere ainda que embora entenda que a “... disponibilização [de uma conta corrente de cada quotizado] poderá ter repercussões negativas promovendo o acréscimo de encargos por parte dos beneficiários. (...) atenta a recomendação do Tribunal de Contas, (...) promoveu o desenvolvimento da disponibilização dessa informação, estando a mesma em desenvolvimento pelos serviços, prevendo-se venha a estar disponível num prazo de dois a três meses.”.

O Tribunal ressalva que estes desenvolvimentos são essenciais para o estabelecimento de uma relação direta entre a ADSE e os quotizados, o controlo da cobrança do desconto e uma maior transparência nas relações entre a ADSE e os respetivos quotizados, ficando a aguardar a disponibilização da conta corrente. A possibilidade aventada pelo Diretor-Geral da ADSE, de que o comportamento dos beneficiários em termos do seu padrão de consumo de cuidados de saúde poderá ser influenciado pelo conhecimento dos valores com que contribuem e dos benefícios que retiram do sistema, pressupõe um uso desnecessário da ADSE pelos seus beneficiários e a existência de efeitos de indução da procura de cuidados de saúde que carecem de demonstração e fundamentação.

Quanto à disponibilização na ADSE Direta sobre os descontos dos quotizados, devem ainda ser implementados mecanismos que incentivem os quotizados a confirmar, regularmente, a correção dos valores entregues.

11.6. Recomendações que visam a assunção da ADSE como um sistema extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde e aos Serviços Regionais de Saúde

Quadro 11 – Recomendações (ponto 11.6)

Recomendação	Acolhimento
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 subsistema;	✗
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: 13.3. 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 Saúde, bem como de outros encargos que não podem ser suportados pelo desconto dos quotizados.	✗
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;	✗
19.4. 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 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;	
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.	✓
27. Suspender o financiamento dos cuidados da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, 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.	!
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.	✗



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.



Estas recomendações visam a clarificação do papel da ADSE no sistema de saúde português.

11.6.1. Enquadramento do tema

A. Caracterização da prestação pública de cuidados de saúde em Portugal

A prestação de cuidados de saúde em Portugal, incluindo a dispensa de medicamentos, assenta, desde 1974, num modelo de origem *beveridgiana*¹⁰⁰, em que o Estado assume a responsabilidade no financiamento do sistema através das receitas fiscais e a cobertura da população é universal. Também a prestação de cuidados de saúde, que abrange a generalidade dos cuidados¹⁰¹, é essencialmente da responsabilidade do setor público, podendo este, também, incumbir outras entidades dessa prestação que, para o efeito são financiadas ou pagas por aquele¹⁰².

Esta conceção do sistema de saúde português encontra-se consagrada no art.º 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), nos termos do qual “O direito à proteção da saúde é realizado (...) [a]través de um serviço nacional de saúde **universal e geral e, (...) tendencialmente gratuito**”, “incumb[indo] prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos (...).”

Este preceito consagra, ainda, a “gestão descentralizada e participada” do serviço nacional de saúde que, nas Regiões Autónomas¹⁰³, assume a sua expressão máxima através da regionalização das instituições e serviços do serviço nacional de saúde constitucionalmente previsto.

Deste modo, a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde¹⁰⁴, que desenvolveu o art.º 64º da CRP, prevendo a existência de

¹⁰⁰ William Henry Beveridge foi um economista que esteve na origem da criação do serviço nacional de saúde britânico, baseado “... no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório via impostos.” (Carrondo, C., 2014, “Do Modelo de Bismarck ao Beveridge: O Modelo de Saúde Português...”, in Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, n.º 13).

¹⁰¹ Não existem exclusões à cobertura do serviço nacional de saúde, apesar de existirem falhas que estão na origem da despesa privada com saúde. A título de exemplo, relativamente ao serviço nacional de saúde português essas falhas são evidenciadas num estudo sobre “Os seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português” de Sofia Nogueira Silva, de 2009.

¹⁰² A propósito dos sistemas de financiamento de cuidados de saúde, vide 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)

¹⁰³ Em consonância com o princípio da autonomia regional, também, consagrado no art.º 6º da CRP e desenvolvido nos art.ºs 225º e seguintes da lei fundamental.

¹⁰⁴ As bases do serviço nacional de saúde são competência relativa da Assembleia da República, podendo ser objeto de autorização legislativa apenas ao Governo da República, cfr. art.ºs 165º, n.º 1, al. f), e 227º, n.º 1, al. b), da CRP. Sendo matéria exclusiva dos órgãos da República, as Regiões devem ser ouvidas, cfr. art.º 229º, n.º 2, da CRP, art.º 116º, n.º 3, al. b), da Lei n.º 39/80, de 5 de agosto - Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e art.º 40º, al. m), da Lei n.º 130/99, de 21 de agosto - Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira.

um Serviço Nacional de Saúde que “abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio” (Base XII, n.º 1) e se caracteriza por ser “universal quanto à população abrangida”, sendo deles beneficiários “todos os cidadãos portugueses”, e “tendencialmente gratuito” (Base XXIV, als. a) e c) e Base XXV¹⁰⁵), sendo “financiado pelo Orçamento do Estado” (Base XXXIII, n.º 1)

estabelece, também, 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.”¹⁰⁶ e que as Regiões “devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde” (Base VIII).

Correspondentemente, a Lei n.º 39/80, de 5 de agosto - Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores¹⁰⁷, estabelece entre os objetivos fundamentais da autonomia que “A Região prossegue, através da acção dos órgãos de governo próprio, os seguintes objetivos: (...) j) O acesso universal, em condições de igualdade e qualidade, aos sistemas (...) de saúde (...)” (art.º 3º) e atribui à Assembleia Legislativa Regional a competência para “legislar em matéria de política de saúde”, abrangendo esta “designadamente a) O serviço regional de saúde, incluindo a sua organização, planeamento, funcionamento, financiamento e recursos humanos; (...) e) O regime de licenciamento e funcionamento das farmácias e o acesso ao medicamento.” (art.º 59º).

E a Lei n.º 13/91, de 5 de junho - Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira¹⁰⁸ estabelece de um modo mais amplo que “A autonomia visa (...) o desenvolvimento (...) social integrado do arquipélago e a promoção e defesa dos valores e interesses do seu povo” (art.º 5º, n.º 2), atribuindo também à “Assembleia Legislativa Regional, no exercício de funções legislativas” o “Desenvolv[imento], em função do interesse específico da Região, [d]as leis de bases (...) previstas nas alíneas f), (...) do n.º 1 do artigo 165º da Constituição (...)” [sendo que al. f) do n.º 1 do art.º 165º da CRP respeita à lei de bases da saúde] (art.º 37º, n.º 1, al. f)).

À semelhança do que sucedeu em Portugal continental, onde o Governo aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS), que regulamenta a Lei de Bases da Saúde, as Assembleias Regionais aprovaram os Estatutos dos respetivos Serviços Regionais de Saúde (SRS Açores e SRS Madeira)¹⁰⁹, salientando-se o critério orgânico presente nas definições de cada um dos Serviços:

¹⁰⁵ O princípio da universalidade decorre também das Bases I, n.º 2, e II, n.º 1, al. b).

¹⁰⁶ 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.

¹⁰⁷ Alterado pelas Leis n.ºs 9/87, de 26 de março, 61/98, de 27 de agosto, e 2/2009, de 12 de janeiro, e declarada a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, das seguintes normas do Estatuto na redação que lhe foi conferida pela Lei n.º 2/2009: 1) da norma constante do artigo 4.º, n.º 4, primeira parte; 2) das normas constantes do artigo 7.º, n.º 1, alíneas i) e j); 3) das normas constantes dos artigos 7.º, n.º 1, alínea o), 47.º, n.º 4, alínea c), 67.º, alínea d), 101.º, n.º 1, alínea n), e 130.º; 4) da norma constante do artigo 114.º, na parte relativa à dissolução da Assembleia Legislativa; 5) da norma constante do artigo 119.º, n.ºs 1 a 5; 6) da norma constante do artigo 140.º, n.º 2, pelo Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 403/2009, de 30 de julho, publicado no DR, 1ªS-A [180] de 16 de setembro de 2009.

¹⁰⁸ Alterado pelas Leis n.ºs 130/99, de 21 de agosto, 12/2000, de 21 de junho, e declarada a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, da norma do art.º 15º, n.º 2, do Estatuto na redação e numeração da Lei 130/99, de 21-Ago, pelo Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 199/2000, de 29 de março, publicado no DR, 1ªS-A [101] de 2 de maio de 2000.

¹⁰⁹ 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.



- O Serviço Nacional de Saúde 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, no continente, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. (art.ºs 1º e 2º 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. (art.ºs 1º e 3º do Estatuto do SRS Açores, 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. Integra¹¹⁰ 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. (art.ºs 1º e 2º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, e art.ºs 3º, 4º e 7º dos Estatuto do SRS Madeira, aprovados pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho).

Considerando a incumbência do **Estado** de garantir um Serviço **Nacional** de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, em que os custos dos cuidados médicos e medicamentosos devem ser socializados (art.º 64º, n.º 2, al. a), e n.º 3, als. a), b) e c), da CRP), estes Serviços são financiados por transferências do Orçamento do Estado para a entidade financiadora dos serviços e instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde no continente, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e através de transferências do Orçamento do Estado para os Orçamentos das Regiões Autónomas que, por sua vez, financiam os serviços e instituições que integram os Serviços Regionais de Saúde.

Esta obrigação do Estado financiar a prestação de cuidados de saúde nas Regiões Autónomas decorre também das disposições que concretizam o princípio da solidariedade nacional decorrente dos art.ºs 227º, n.º 1, al j), e 229º da Constituição da República Portuguesa. Em execução deste princípio os Estatutos Político-Administrativo das Regiões Autónomas vinculam o Estado a suportar os custos das desigualdades derivadas da insularidade, designadamente no respeitante à saúde, o que se traduz, entre outras medidas, nas transferências do Orçamento do Estado para o Orçamento das Regiões Autónomas¹¹¹.

¹¹⁰ Juntamente com entidades privadas e profissionais liberais que acordem com o Serviço Regional de Saúde a prestação de cuidados de saúde.

¹¹¹ Cfr. art.º 12º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, que estabelece que “Nos termos da Lei de Finanças das Regiões Autónomas, a Região tem direito a ser compensada financeiramente pelos custos das desigualdades derivadas da insularidade, designadamente no respeitante a (...) saúde (...)” e que “Constitui obrigação do Estado assegurar os encargos para garantia da efectiva universalidade das prestações sociais quando não for possível assegurá-las na Região, nos termos da Lei de Finanças das Regiões Autónomas.” e art.º 103º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira que estabelece que “A solidariedade nacional vincula o Estado a suportar os custos das desigualdades derivadas da insularidade, designadamente no respeitante a (...) saúde (...)” e que “A solidariedade nacional traduz-se, designadamente, no plano financeiro, nas transferências orçamentais e deverá adequar-se, em cada momento, ao nível de desenvolvimento da Região, visando sobretudo criar as condições que venham a permitir uma melhor cobertura financeira pelas suas receitas próprias.”.

São estas transferências (do Orçamento do Estado, entidade que, nos termos do art.º 64º da Constituição da República Portuguesa, tem a incumbência de garantir um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito), que determinam a responsabilidade financeira das Regiões Autónomas no financiamento dos cuidados de saúde prestados a cidadãos portugueses com domicílio fiscal nas Regiões, ainda, que tais cuidados sejam prestados por serviços e instituições do continente, i.e. do Serviço Nacional de Saúde do continente. Neste sentido, o Supremo Tribunal Administrativo, em ações que têm oposto os serviços de saúde da Região Autónoma dos Açores a serviços do Serviço Nacional de Saúde (do continente) decidiu que *“Embora todos os cidadãos portugueses sejam beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, a dotação anual a favor da RAA determina a responsabilidade financeira desta pelas despesas resultantes da prestação de cuidados de saúde a cidadãos integrados na sua área de influência, como sucede com aqueles que, tendo domicílio fiscal nesta Região, beneficiaram de cuidados prestados no território continental.”*¹¹².

Em suma, da legislação *supra* decorre que **a autonomia regional ocorre essencialmente no domínio da organização do Serviço Nacional de Saúde** materialmente previsto na Constituição da República Portuguesa: **os Serviços Regionais de Saúde mais não são do que a regionalização daquele Serviço**, executando nas Regiões Autónomas, em conformidade com a Lei Fundamental e a Lei de Bases da Saúde, as atribuições que no continente são exercidas através do designado Serviço Nacional de Saúde. Mais, da legislação evocada *“... parece decorrer a existência de uma relação de subsidiariedade entre o Serviço Nacional de Saúde e os serviços regionais de saúde, ou seja, o SNS delega tarefas nos SRS, sempre que estes estejam em condições de garantir a prestação dos cuidados de saúde necessários, atuando apenas quando aqueles serviços não possam garantir a atenção indispensável ao tratamento, em função da situação clínica concreta ou da localização do doente.”* (cfr. Acórdão n.º 767/2013 do Tribunal Constitucional, destaque nosso).

Decorrendo da regionalização a autonomia política¹¹³, administrativa¹¹⁴ e, também, financeira¹¹⁵ de cada um dos Serviços Regionais de Saúde face ao Serviço Nacional de Saúde do continente, a mesma não pode colocar em causa a unidade da prestação pública de cuidados de saúde e a responsabilidade do Estado enquanto garante do direito à proteção da saúde, seja como prestador de cuidados seja como financiador de cuidados.

Sobre a existência dos Serviços Regionais de Saúde face à exigência constitucional de um Serviço Nacional de Saúde com gestão descentralizada e participada a doutrina não é unânime, **embora todos sublinhem a necessária unidade do Serviço Nacional de Saúde**, através de mecanismos adequados (Jorge Miranda e Rui Medeiros) ou através de um ato de delegação de poderes (J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira)¹¹⁶. Conforme citado, o Tribunal Constitucional, no Acórdão de

¹¹² Cfr. Acórdão de 4 de novembro de 2015, proferido no proc.º n.º 255/15, e Acórdão de 30 de abril de 2015, proferido no proc.º n.º 1295/14.

¹¹³ Sem prejuízo da subordinação à Constituição da República Portuguesa e à Lei de Bases da Saúde, a política de saúde é definida por órgãos próprios das Regiões.

¹¹⁴ Os SRS são dependentes de órgãos administrativos próprios das Regiões. O SNS depende do Ministério da Saúde.

¹¹⁵ Sem prejuízo das transferências do Orçamento do Estado para os Orçamentos das Regiões Autónomas, designadamente para fazer face aos custos da insularidade em matéria de saúde, os SRS são financiados pelos Orçamentos das Regiões.

¹¹⁶ **Jorge Miranda e Rui Medeiros** (Constituição Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed., pág. 1318) consideram que *“A exigência constitucional da criação de um serviço nacional de saúde não é incompatível com a consagração de soluções que, num Estado que respeita a sua organização e funcionamento o regime autonómico insular (...), apontem para uma maior participação das regiões autónomas (...) na organização e funcionamento do sistema de saúde constitucionalmente garantido. (...) Isto não significa, obviamente, que (...) não seja necessário criar mecanismos que garantam, a partir do topo, a unidade – e o carácter integrado – do serviço nacional de saúde.”* (destaque nosso)



767/2013, refere a existência de uma **“relação de subsidiariedade entre o Serviço Nacional de Saúde e os serviços regionais de saúde, ou seja, o SNS delega tarefas nos SRS”**. (destaque nosso).

B. Enquadramento da responsabilidade da ADSE-DG pelo financiamento dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde

Em articulação com a prestação pública de cuidados de saúde efetuada pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde garantida constitucional e legalmente a todos os cidadãos portugueses e assente num financiamento através dos impostos, surgem os designados “subsistemas de saúde” em cujo conceito¹¹⁷ a ADSE tem sido inserida.

A ADSE inseriu-se, à época da sua criação, 1963, num sistema de proteção de saúde no qual a prestação de cuidados de saúde era assegurada por entidades de origem corporativa, como os Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência¹¹⁸ e por instituições de solidariedade social, como as Misericórdias.

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, de carácter universalista, financiado pelos impostos, a manutenção da ADSE, também ela financiada totalmente pelos impostos¹¹⁹, exigiu um mecanismo de articulação financeira com o SNS. A ADSE foi então concebida, face ao SNS, como um subsistema de saúde, responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados/beneficiários onde quer que os mesmos fossem prestados, em serviços e estabelecimentos integrados no SNS ou em estabelecimentos privados¹²⁰ e pelo pagamento da

Já J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira (Constituição da República Portuguesa Anotada, I, 4ª Ed., pág. 828), consideram que **“Sendo o SNS um serviço nacional, por definição a cargo do Estado, não se vê bem qual pode ser o papel das demais coletividades territoriais – nomeadamente as regiões autónomas (...) – na prestação de cuidados de saúde. Se é duvidosa uma competência própria destas coletividades territoriais (pese embora os serviços de saúde próprios das regiões autónomas, separadas do SNS [que antes questionam]), já nada impede a possibilidade de delegação de tarefas do SNS nas mesmas ...”**. (destaque nosso).

¹¹⁷ 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 Serviço Nacional de Saúde e nos Serviços Regionais de Saúde, 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, a título de exemplo estudo de 2009 sobre a *“Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde”*, pp. 13,17 3 27; estudo de 2011 sobre a *“Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”*, p. 68).

¹¹⁸ Os Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. O seu financiamento era assegurado por quotizações obrigatórias do trabalhador e da entidade patronal.

¹¹⁹ Refira-se que, quando a ADSE foi criada os trabalhadores públicos nem sequer contribuíam para a mesma com os seus impostos, na medida em que a sua remuneração não estava sujeita ao pagamento de qualquer imposto. Por seu lado, o desconto para a ADSE, uma taxa sobre o vencimento dos trabalhadores que acresceu aos impostos que entretanto passaram a incidir sobre a remuneração dos trabalhadores públicos, foi estabelecido em 1980. A partir de então, para além de comparticiparem na despesa de saúde, as remunerações dos trabalhadores e, posteriormente, as pensões dos aposentados, passaram a ser fonte de financiamento do sistema ADSE.

¹²⁰ A propósito da evolução do sistema de saúde português e da manutenção dos subsistemas após a criação de um sistema de saúde de carácter universal, recorde-se o estudo realizado pelo GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 47/2003 – 2ª Secção, onde se refere: **“Em Portugal uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” - ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português. Alguns subsistemas de saúde mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS.”**. Também a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007) refere **“A coexistência dos subsistemas de saúde com o SNS remonta à data de criação deste último em 1979, e mantém-se devido à ausência de decisão de os integrar no SNS. A existência de subsistemas públicos que coexistem com o SNS e que são financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento de Estado constituiu, desde o início, um factor de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura, acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns segmentos da população, e financiamento público diferenciado de várias fontes para esses grupos da população.”**

comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Considerando a regionalização do serviço público de saúde nas Regiões Autónomas e o facto de nelas, naturalmente, residirem quotizados/beneficiários da ADSE, a conceção da mesma como subsistema de saúde estendeu-se às Regiões Autónomas. Ou seja, a ADSE-DG passou a relacionar-se com os Serviços Regionais de Saúde da mesma forma que com os serviços e instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde do continente.

Deste modo a Lei de Bases da Saúde (Base XXXIII), os Estatutos do Serviço Nacional de Saúde (art.º 23º) e os Estatutos dos Serviços Regionais de Saúde dos Açores (art.º 28º) e da Madeira (art.º 23º¹²¹), preveem o *“pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde (...)”*. Por seu turno, no caso da ADSE, estes preceitos devem ser articulados com o art.º 19º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, nos termos do qual *“O pagamento pela ADSE dos cuidados prestados assenta nas técnicas do reembolso ao beneficiário e do pagamento direto à entidade prestadora dos serviços, de conformidade com o legalmente estabelecido.”* (destaque nosso).

Apesar do art.º 37º do Decreto-Lei n.º 118/83 estabelecer a possibilidade de *“O diretor-geral da ADSE (...) celebrar acordos com instituições hospitalares do sector (...) público (...) em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins.”*, o art.º 23º, n.º 2, estabelece, também, que *“Quando o beneficiário recorrer a qualquer unidade hospitalar com a qual a ADSE não tenha acordo, esta concorre para as despesas efetuadas pelo beneficiário com as importâncias resultantes da aplicação do previsto no n.º 3 do artigo 19º ...”* (atrás citado), sendo que essas importâncias, no caso dos serviços públicos de saúde, constam de regulamentos (portarias) aprovados pelo Governo da República para o Serviço Nacional de Saúde e pelos Governos Regionais para os Serviços Regionais de Saúde¹²².

Em resultado desta legislação, as relações financeiras entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde, até 2009 inclusive, nunca necessitaram da celebração dos acordos referidos no art.º 37º do Decreto-Lei n.º 118/83, entendendo-se que essas relações eram constituídas *ope legis*¹²³.

Não sendo necessária a celebração de acordos com instituições do sector público *“... em ordem [à ADSE] obter e (...) oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins”*, **as relações financeiras com os serviços públicos de saúde radicam na legislação que regula esses mesmos serviços públicos** (Lei de Bases da Saúde e Estatutos dos Serviços Nacional e Regionais de Saúde), sem qualquer ponderação dos interesses da ADSE, **o que só encontra justificação no facto de a ADSE ter sido financiada, até 2009, pelo Orçamento do Estado, responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde aos cidadãos portugueses, para pagar a esses mesmos serviços públicos de saúde.**

Ou seja, através desse financiamento, **o Estado delegava na ADSE a responsabilidade pelo pagamento dos cuidados de saúde, constitucionalmente previstos, prestados aos cidadãos nacionais** que são também quotizados/beneficiários da ADSE.

¹²¹ E também art.º 10º dos Estatutos do Sistema Regional de Saúde da Madeira.

¹²² Cfr. Portarias atualmente em vigor: Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto, do Governo da República; Portaria n.º 30/2014, de 30 de maio, do Governo Regional dos Açores; Portaria n.º 30/2014, de 28 de fevereiro, do Governo Regional da Madeira.

¹²³ Neste sentido, vide designadamente, o estudo da Entidade Reguladora de Saúde, sobre a *“Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”* (2011), pp. 68-70.



Sendo todos os cidadãos portugueses beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, conforme o local da sua residência, o financiamento da ADSE pelo Orçamento do Estado para aquele efeito **garantia**, relativamente aos quotizados/beneficiários da ADSE, a **universalidade e a gratuidade tendencial do Serviço Nacional de Saúde**.

Refira-se que o financiamento público dos subsistemas para pagamento dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde, para além de decorrer da própria Constituição da República Portuguesa e da Lei de Bases da Saúde¹²⁴, encontra, ainda, consagração legal no art.º 25º, n.º 6, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo-se ali que *“A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida [do SNS] para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF (...)”*¹²⁵. Porém este preceito, introduzido no Estatuto apenas em 1998, muito depois da criação da ADSE e do SNS, apenas foi aplicado no caso dos subsistemas de saúde privados¹²⁶, nunca tendo sido celebrado qualquer protocolo com a ADSE (ou com qualquer outro subsistema público). No caso da ADSE, as relações, como referido, decorriam *ope legis*¹²⁷ e o financiamento era assegurado, até 2009, através de transferências do Orçamento do Estado.

Acresce, também referir, que o financiamento público dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde a beneficiários da ADSE, até 31 de dezembro de 2009, processava-se através de:

- transferências correntes do Orçamento do Estado para a ADSE-DG, cfr. art.º 7º, n.º 1, do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março, vigente até 2012¹²⁸;
- do reembolso pelas entidades com autonomia administrativa e financeira face ao Orçamento do Estado (serviços e fundos autónomos da Administração Central, entidades da Administração Local e entidades das Administrações Regionais) à ADSE-DG dos pagamentos por esta realizados a entidades do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde por serviços prestados por estes a trabalhadores daquelas entidades, considerando o disposto no art.º 19º, n.º 4, al. b), do Decreto-Lei n.º 118/83¹²⁹, nos termos do qual *“Quando seja a ADSE a pagar diretamente às entidades prestadoras dos cuidados de saúde por força*

¹²⁴ Recorde-se: art.º 64º, n.º 2, al. a), e n.ºs 3, als. a), b) e c), da CRP e Bases I, n.º 2, II, n.º 1, al. b), XXIV, als. a) e c), XXV e XXXIII, n.º 1 (todos referentes à universalidade, gratuidade e financiamento pelos impostos do SNS).

¹²⁵ Instituto de Gestão Financeira da Saúde, ao qual sucedeu a atual Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Sobre o financiamento público dos subsistemas, o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 401/98, de 15 de janeiro, que introduziu tal alteração, refere expressamente que *“O sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados.”*

¹²⁶ Com base no referido art.º 25º, n.º 6, do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo 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 os serviços prestados por entidades prestadoras públicas e 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.

¹²⁷ Sobre a desnecessidade de protocolo com a ADSE, vide também, o estudo da Entidade Reguladora de Saúde, sobre a *“Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”* (2011), pp. 68-70.

¹²⁸ Foi revogado pelo Decreto-Regulamentar n.º 44/2012.

¹²⁹ E ainda nos art.ºs 4º, n.º 2, e 5º, n.º 2 e 4, do mesmo diploma.

dos acordos estabelecidos, é reembolsada: (...) b) Pelas Regiões e organismos autónomos, bem como pelas autarquias locais (...)”;

- de transferências do Orçamento do Estado para os Orçamentos das Administrações Regionais, ao abrigo do princípio da solidariedade nacional, e destes para os Serviços Regionais de Saúde.

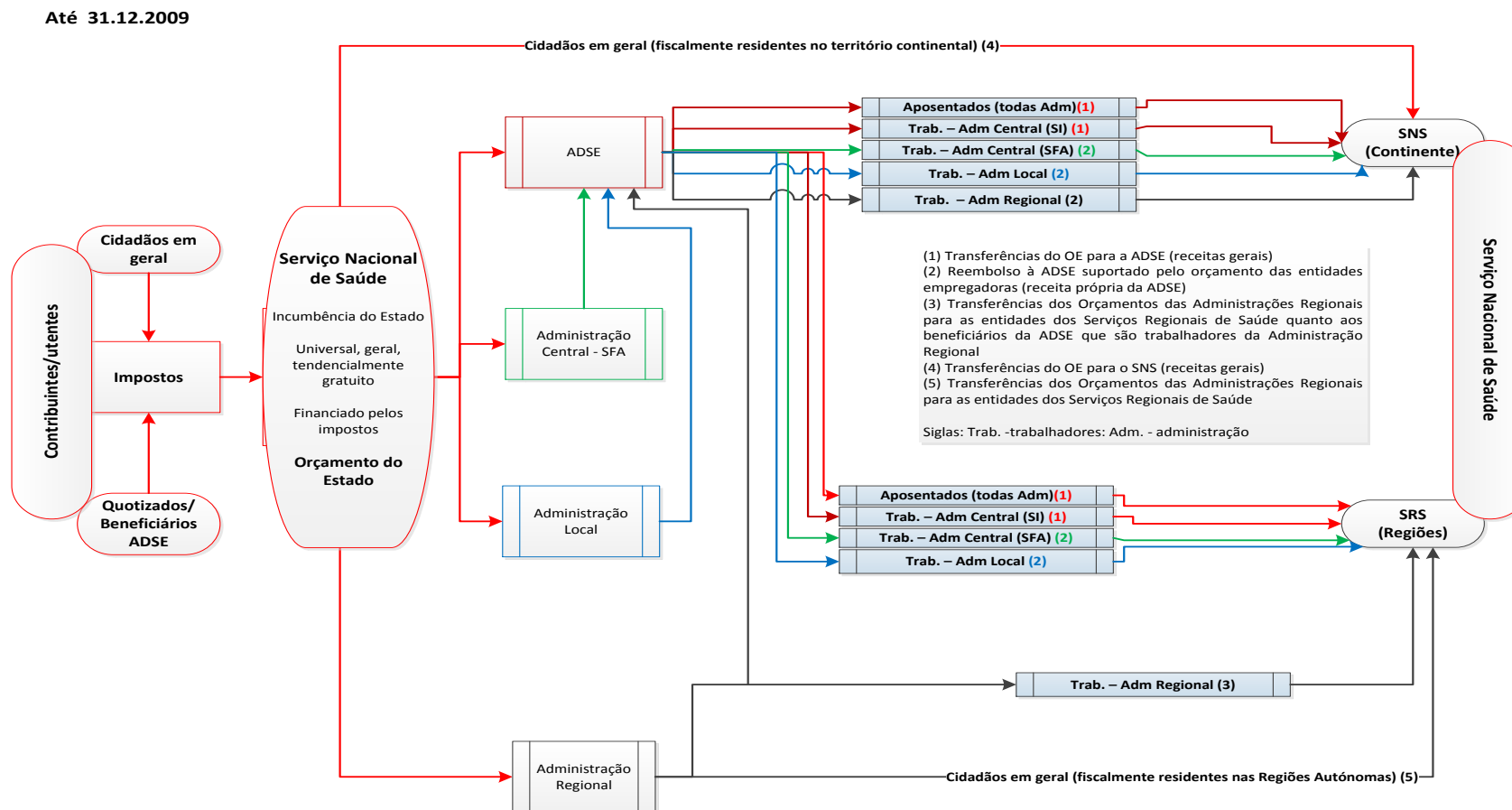
Na prática a ADSE tinha um papel redundante no financiamento do Serviço Nacional de Saúde, incluindo Serviços Regionais de Saúde, pois funcionava como uma “intermediária” no financiamento, pelas coletividades territoriais (Estado, Regiões Autónomas e Autarquias Locais), dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que eram, também, seus quotizados/beneficiários, conforme figura seguinte¹³⁰.

¹³⁰ Sobre a compatibilidade dos Subsistemas de Saúde com o Serviço Nacional de Saúde, **J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira** (Constituição da República Portuguesa Anotada, I, 4ª Ed., pág. 827) referem “*Estas três características do SNS [universalidade, generalidade e gratuidade tendencial] – a que se deve acrescentar a igualdade – deixam criar uma forte dúvida sobre a legitimidade constitucional de sistemas públicos complementares de natureza contributiva obrigatória, como sucede com o “subsistema” da ADSE, para os funcionários públicos (de base parcialmente contributiva (...))*” (refira-se que, desde 2010, a ADSE deixou de ter natureza obrigatória, podendo qualquer quotizado renunciar à mesma e que, a partir de 2014, o desconto dos quotizados passou a cobrir na totalidade as necessidades de financiamento do sistema).

Jorge Miranda e Rui Medeiros (Constituição Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed., pág. 1317) consideram que “*A lei dispõe de ampla liberdade na determinação dos critérios que não-de presidir à criação dos subsistemas de saúde (...). Decisivo, em qualquer caso, é que as soluções legais não comprometam a unidade do serviço nacional de saúde (...)*” (destaque nosso).



Figura 6 – Financiamento do SNS e dos SRS até 31.12.2009



C. Memorandos de 2010

Conforme constatado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 - 2ª Secção, a **responsabilidade da ADSE no financiamento do SNS foi alterada em 2010, na sequência do Memorando celebrado, em 18 de janeiro de 2010, entre representantes do Ministério da Saúde e dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública**, da Defesa Nacional e da Administração Interna, com o objetivo de eliminar as relações financeiras entre o SNS e a ADSE-DG e os outros subsistemas de saúde públicos.

Em consequência do Memorando a ADSE, em 2010, viu substancialmente reduzida a dotação do Orçamento do Estado para financiar os cuidados prestados pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, que incluía, até 2009, os prestados pelos Serviços Regionais de Saúde (passando de uma previsão de € 512 milhões, cfr. proposta da Direção-Geral em 30 de dezembro de 2009, para cerca de € 63 milhões no Orçamento do Estado aprovado em abril de 2010 e, posteriormente, corrigido para cerca de € 50 milhões).

Por seu turno, a dotação orçamental do Ministério da Saúde, em 2010, foi reforçada em € 470 milhões para suportar encargos com beneficiários da ADSE¹³¹.

Memorando de Entendimento de 18 de janeiro de 2010 (excerto)

“Considerando que o financiamento direto do Orçamento do Estado (OE) ao SNS pela prestação de serviços de instituições do SNS a trabalhadores que exercem funções públicas será uma medida de racionalização e simplificação de procedimentos;

Considerando que o financiamento direto do OE ao SNS pela prestação de serviços aos beneficiários da ADSE e dos sistemas de assistência na doença das forças de segurança e das forças armadas é uma alteração metodológica que gera poupança, reduz os problemas crónicos de atraso de pagamento e não tem qualquer interferência na prestação de serviços e nos benefícios dos trabalhadores que exercem funções públicas;

São acordados os seguintes procedimentos:

- 1. A introduzir no Orçamento do Estado para 2010:
 - a. a dotação orçamental do Ministério da Saúde será acrescida de 470M€ (quatrocentos e setenta milhões de euros) para satisfazer despesas de saúde dos beneficiários da ADSE;*
*(...)**
 - d. [a] dotaç[ão] orçament[al] do [Ministério das Finanças e da Administração Pública] (...) determinad[a] pelo Conselho de Ministros, de 3 de dezembro de 2009, ser[á] abatid[a] (...) de 470 (quatrocentos e setenta) (...) milhões de euros;**
- 2. doravante a ADSE (...) fic[a] isent[a] de quaisquer pagamentos por conta dos serviços de saúde ou outros benefícios prestados pelo SNS aos trabalhadores beneficiários daquel[a] instituiç[ão];*
*(...)***
- 4. a criação de um grupo de trabalho (...) com o mandato de, até final de fevereiro, apurar os montantes em dívida ao SNS e fazer propostas para a sua regularização.”*

¹³¹ O reforço teve como contrapartida a dotação prevista em sede de trabalhos preparatórios do OE 2010 para a ADSE para suportar os encargos com hospitais públicos. A partir de então as Leis do OE e os contratos-programa celebrados com entidades do SNS passaram a estabelecer a assunção de tais encargos pelo SNS e a ADSE deixou de ter dotação para tais encargos.



*As alíneas não transcritas referem o acréscimo de dotação orçamental do Ministério da Saúde para satisfazer despesas de saúde com os beneficiários de outros subsistemas públicos.

** O n.º 3 não transcrito respeita à transferência de encargos com medicamentos que se veio a concretizar apenas em 2011, com base num segundo Memorando celebrado em novembro de 2010 que resolveu também a questão do n.º 4 (dívida ao SNS) deste Memorando.

Em resultado da redução da dotação orçamental operada por via do Memorando de janeiro de 2010, a ADSE não pagou a totalidade da dívida contabilizada no balanço àquelas entidades em 31 de dezembro de 2009 (cerca de € 162,3 milhões) e a faturação emitida por aquelas entidades em 2010 relativa a atos realizados até 31 de dezembro de 2009.

A dívida reclamada pelos serviços públicos do continente foi objeto de um novo **Memorando, de novembro de 2010**, celebrado entre o Ministério das Finanças e da Administração Pública e o Ministério da Saúde que, não tendo já qualquer consequência no orçamento da ADSE, envolveu transferências da Direção-Geral do Orçamento para a Administração Central do Sistema de Saúde e desta para as entidades do SNS. Este Memorando teve como objetivo **saldar as dívidas dos subsistemas às instituições e serviços do SNS** por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009 e ainda a *“Assunção pelo SNS das responsabilidades de pagamento às farmácias decorrentes de receituários emitidos por médicos no SNS a partir de Dezembro de 2010”*.

Memorando de Entendimento de novembro de 2010 (excerto)

“Considerando que o Grupo de Trabalho nomeado pelo Ministro de Estado e das Finanças, por despacho de 19 de Janeiro de 2010, concluiu o levantamento das dívidas da ADSE ao SNS, por serviços prestados por este até 31 de Dezembro de 2009; (...)

Os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde acordam o seguinte:

- a) Reconhecimento da dívida ao SNS por serviços prestados a beneficiários dos subsistemas de saúde públicos até Dezembro de 2009 no montante de 400 milhões de euros;*
- b) O Ministério das Finanças e da Administração Pública e o Ministério da Saúde acordam que o valor global líquido da dívida é de 365 milhões de euros (...); (...)**
- d) Pagamento imediato de 150 milhões de euros ao SNS, como primeira amortização do valor da dívida referida na alínea b);*
- e) Liquidação completa da dívida referida na alínea b) através de duas amortizações, uma em 2011 de 150 milhões e outra em 2012 de 65 milhões de euros.”***

**A alínea c) não transcrita refere-se à assunção pelo SNS das responsabilidades de pagamento às farmácias decorrentes de receituários emitidos por médicos no SNS a partir de dezembro de 2010.*

*** Cfr. consta do Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção “As duas primeiras transferências foram efetuadas pela DGO para a ACSS, cumprindo o calendário previsto, (...). A terceira e última transferência prevista no Memorando, no montante de € 65 milhões, ocorreu, também, dentro do prazo estabelecido (2012)”. (Volume II, pág. 62)*

Quanto à dívida contabilizada no balanço da ADSE a 31 de dezembro de 2009 a mesma foi objeto de um pagamento extraordinário no montante de € 49.974.237,25, por conta da dotação ainda existente em 2010 na ADSE para o efeito, conforme orientações do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, e anulado o valor remanescente.

Subjacente a estes procedimentos estava o entendimento que servindo a dotação anual do Orçamento do Estado para pagar aos serviços públicos de saúde a faturação devida no ano, que

incluía faturas do ano anterior e faturas do ano em causa, cfr. estabelecido no art.º 16º, n.º 1, al. a), da Lei n.º 91/2001, de 10 de julho, a eliminação da mesma desonerava a ADSE do pagamento daquela faturação¹³².

A alteração da responsabilidade da ADSE no financiamento dos serviços públicos de saúde, resultado do Memorando de janeiro de 2010 e refletida nos diplomas orçamentais dos anos seguintes, conforme analisado no ponto seguinte, **foi precedida e acompanhada de medidas que indiciavam já uma mudança de paradigma da ADSE** com vista à sua sustentabilidade financeira com base nos descontos dos quotizados e à sua separação do Serviço Nacional de Saúde, das quais se destacam:

- **Em 2006**, o sistema tornou-se facultativo para os novos trabalhadores da Administração Pública (Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro), assumindo-se relativamente a estes como um sistema de saúde extrínseco ao SNS: apenas os interessados na adição que a ADSE representa face ao SNS aderem à mesma. Até então, os trabalhadores que ingressavam na Administração Pública inscreviam-se obrigatoriamente na ADSE, ainda, que para eles fosse suficiente a prestação de cuidados a que tinham direito no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e para a qual contribuíam com os seus impostos. A assunção pela ADSE dos encargos com a prestação de cuidados aos trabalhadores da Administração Pública (e familiares) pelos serviços públicos de saúde, para além de justificar o financiamento público da ADSE, justificava também a obrigatoriedade da inscrição dos trabalhadores, designadamente para efeito da faturação dos cuidados prestados por aqueles serviços públicos.
- **Em 2007**, o desconto passou a incidir sobre as pensões de reforma e aposentação e a receita do desconto passou a ser receita própria da ADSE-DG (Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro).
- **Em 2010**, ano do Memorando, o sistema ADSE passou a ser facultativo para a totalidade dos trabalhadores em funções públicas, incluindo os que ingressaram na Administração Pública até 31 de dezembro de 2005 (Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril), assumindo-se relativamente ao universo destes trabalhadores como um sistema diferenciado e voluntário relativamente à cobertura do Serviço Nacional de Saúde. A partir de então, todos os trabalhadores em funções públicas passaram a poder renunciar à ADSE, sem que os seus direitos como beneficiários do SNS pudessem ser afetados, o que, aliás, numa interpretação conforme à Constituição da República Portuguesa e à Lei de Bases da Saúde, já antes não podia acontecer. Como referido, apenas a assunção, pela ADSE, dos encargos com a prestação de cuidados pelos serviços públicos de saúde justificava a obrigatoriedade da inscrição daqueles trabalhadores. Recorde-se que, as características do Serviço Nacional de Saúde - universalidade, generalidade e gratuidade tendencial – colocavam questões sobre a constitucionalidade da natureza vinculativa da ADSE (cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *op. cit.*).
- **Em 2011**, foi criada a contribuição da entidade empregadora (Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro) que, a par de outras receitas próprias da ADSE com origem nas entidades empregadoras públicas, pretendeu suportar o sistema na parte em que o mesmo complementa o Serviço Nacional de Saúde: os regimes convencionado e livre, considerando que o desconto não era suficiente para cobrir a totalidade dos encargos com estes regimes e com despesa que ainda permanecia na responsabilidade da ADSE (cfr. ponto 11.6.1-F).

¹³² Este entendimento encontra-se expresso num memorando elaborado pela Subdiretora-Geral da Direção-Geral do Orçamento e levado ao conhecimento do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento sobre um grupo de trabalho criado nos termos do n.º 4 do Memorando de janeiro de 2010 para apurar os montantes em dívida pela ADSE e os outros subsistemas públicos e que esteve na base do Memorando de novembro de 2010.



- **Entre 2013 e 2014** ocorreu um aumento do financiamento pelos quotizados do sistema ADSE, com origem em aumentos sucessivos da taxa de desconto (Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, e Lei n.º 30/2014, de 19 de maio), tendo a receita do desconto superado em 2014 as necessidades de financiamento da ADSE-DG no que respeita aos encargos com a prestação de cuidados no âmbito dos regimes livre e convencionado, tornando-se financeiramente autónoma do Orçamento do Estado.

A estas alterações não será certamente alheio o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), no qual se recomendou *“Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto-sustentação financeira”* (p. 4).

Sobre este assunto, o **Relatório** (p. 168) acrescentava ainda:

“A auto-sustentação financeira obriga, quase inevitavelmente, a um aumento das contribuições dos beneficiários.

Caso o sub-sistema público opte por ter uma natureza supletiva à cobertura oferecida pelo SNS, aproxima-se da natureza de um seguro de saúde complementar financiado pelas contribuições dos seus beneficiários.

No entanto, os subsistemas públicos podem pretender possuir características de regime de “cobertura alternativa” ao SNS. Nesse caso, deverá ser definida uma contribuição per capita, eventualmente ajustada pelas características de risco dos beneficiários, a ser transferida pelo SNS para a entidade que assuma integralmente a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

Uma importante diferença face ao regime actual dos subsistemas públicos é o não se garantir ao sub-sistema acesso ilimitado a fundos para pagamento das despesas de saúde, devendo um maior crescimento das despesas ser colmatado com contribuições adicionais dos beneficiários.

A outra importante diferença é a adesão ao sub-sistema público passar a ser voluntária, e não obrigatória como actualmente sucede.”

Considerando a evolução ocorrida – (i) voluntariedade da inscrição na ADSE; (ii) fim do financiamento da ADSE para cobrir despesas com a prestação de cuidados no quadro do Serviço Nacional de Saúde consagrado constitucionalmente; e (iii) financiamento da ADSE apenas com base nos descontos dos quotizados – e as opções colocadas pela Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde conclui-se que a opção do Estado/Governo relativamente à ADSE **foi no sentido de esta ser um sistema de saúde supletivo à cobertura garantida pelo Serviço Nacional de Saúde, com características semelhantes às dos seguros voluntários de saúde, totalmente financiado pelos descontos dos seus quotizados.**

D. Os Memorandos de 2010 nos diplomas orçamentais de 2010 a 2015

O Memorando de janeiro de 2010 foi refletido no Relatório do Orçamento do Estado de 2010 nos seguintes termos:

“Em 2010, a transferência do OE destinada ao financiamento do Serviço Nacional de Saúde foi acrescida no montante necessário a assegurar directamente os encargos com a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde (ADSE e subsistemas de saúde dos militares e das forças e serviços de segurança). Assim, foram excluídos aos valores de execução de 2008 e 2009 os pagamentos efectuados ao SNS por aqueles subsistemas (558,0 milhões de euros e 509,8 milhões de euros em 2008 e 2009, respectivamente).” (pág. 136 do Relatório).

“O Orçamento do Estado de 2010 reflecte algumas alterações que se traduziram no aumento da despesa de alguns ministérios, com contrapartida na redução de dotação orçamental de outros. (...) Os montantes pagos pelos subsistemas de saúde (ADSE e subsistemas dos militares das Forças Armadas e dos efectivos das forças e serviços de segurança) às instituições do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que, em 2010, a dotação inscrita no Ministério da Saúde irá financiar directamente os cuidados de saúde prestados aos beneficiários daqueles subsistemas. (pág. 141 do Relatório).

“As dotações específicas deste Ministério [das Finanças e da Administração Pública] assumem particular relevo, salientando-se o decréscimo de 64,3% nas despesas com a saúde suportadas pelos Serviços de Protecção Social dos Funcionários e Agentes da Administração Pública. Este decréscimo de 470 milhões de euros, deve-se a uma alteração de metodologia no relacionamento entre a ADSE e o SNS. Os pagamentos ao SNS foram substituídos por uma transferência directa e equivalente do Orçamento do Estado para o SNS.” (pág. 228 do Relatório).

“O Ministério das Finanças e da Administração Pública, o Ministério da Defesa, o Ministério da Administração Interna e o Ministério da Saúde estabeleceram um acordo sobre o regime de relações financeiras entre o SNS, a ADSE e os sistemas de assistência na doença dos militares e das forças de segurança. A alteração metodológica resulta numa medida de racionalização e simplificação de procedimentos, gerando eficiência e reduzindo a despesa com o processamento de fluxos financeiros. Assim, os pagamentos daqueles organismos ao SNS foram substituídos por uma transferência directa equivalente do Orçamento do Estado.” (pág. 289 do Relatório).

E na Lei n.º Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (Orçamento do Estado de 2010):

“As autarquias locais transferem directamente para o orçamento do serviço nacional de saúde da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., o valor correspondente aos encargos suportados pelos respectivos orçamentos próprios com despesas pagas à ADSE em 2009 respeitantes a serviços prestados por estabelecimentos do SNS.” (art.º 154º - Transferências das autarquias locais para o SNS).

E, no Decreto-Lei n.º Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho (execução orçamental de 2010):

“1 — Os serviços e fundos autónomos são responsáveis pelo pagamento das dívidas existentes à data de 31 de Dezembro de 2009, relativas a reembolsos à ADSE de serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. 2 — Os serviços e fundos autónomos são responsáveis pelo pagamento à ADSE de todos os reembolsos relativos ao regime convencionado e pelo pagamento directo aos beneficiários dos reembolsos relativos ao regime livre.” (art.º 34º - Pagamentos de reembolsos à ADSE)

“1 — No cumprimento do previsto no artigo 154.º da Lei n.º 3 -B/2010, de 28 de Abril, é publicado no anexo II ao presente decreto -lei, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada entidade para o SNS. 2 — O montante referido no número anterior é retido nas transferências do Orçamento do Estado para as entidades previstas na Lei n.º 3 -B/2010, de 28 de Abril. 3 — Os municípios são a entidade responsável por receber das empresas municipais os montantes que lhes competem e entregá-los ao Serviço Nacional de Saúde.” (art.º 78º - Transferências das entidades municipais para o SNS).

A partir de então as Leis dos Orçamentos do Estado de 2011 e 2012 e os respetivos diplomas de execução orçamental refletiram o teor dos Memorandos de janeiro e novembro de 2010, conforme quadro detalhado em Anexo 8.

Concretamente quanto à assunção de encargos com a prestação de cuidados de saúde a quotizados/beneficiários da ADSE, o art.º 160º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2011) e o art.º 189º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Orçamento do Estado para 2012) dispunham que **“Os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, (...) da assistência na doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública (SAD da GNR e PSP) (...) e da assistência na doença a militares das Forças Armadas (ADM) (...), são suportados pelo Orçamento do SNS.”**



Os art.ºs 150º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2013), e 148º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2014), não referindo expressamente os beneficiários da ADSE, mas apenas os beneficiários dos outros subsistemas de saúde (“**São suportados pelo orçamento do SNS os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários:** a) *Da assistência na doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública, regulado pelo Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro;* b) *Da assistência na doença aos militares das Forças Armadas, regulado pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro.*”) incluem também os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários **da ADSE** já que, em resultado nesses diplomas orçamentais, a ADSE continuou sem dotação para pagar os cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde e os contratos-programa celebrados entre o Estado, através das Administrações Regionais de Saúde, IP, e as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, ao longo dos anos em análise, continuaram a estabelecer que as prestações de saúde contratadas respeitam aos quotizados/beneficiários da ADSE¹³³, o que confirma que essas unidades de saúde continuaram a ser financiadas pelos Orçamentos do Estado naqueles anos.

Em 2015, a Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, incluiu novamente estatuição semelhante às das Leis do Orçamento de 2011 e 2012 (art.º 151º): “**São suportados pelo orçamento do SNS os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários:** a) *Da ADSE, regulada pelo Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro;* b) *Dos serviços de assistência na doença da GNR e da PSP (SAD), regulados pelo 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;* c) *Da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), regulada pelo 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.*”.

As transferências das Autarquias Locais, incluindo Autarquias Locais sediadas nas Regiões Autónomas, também têm sido previstas anualmente nos diplomas orçamentais, cfr. também se transcreve no Anexo 8.

E. Impacto das alterações decorrentes dos Memorandos de 2010 no financiamento dos serviços públicos de saúde

Dos Memorandos de 2010 e das disposições orçamentais que lhes deram execução resulta o seguinte:

- ⇒ **A dívida da ADSE por serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, até 31 de dezembro de 2009**, ficou saldada, considerando o teor do Memorando de novembro de 2010. Qualquer dívida entretanto surgida, designadamente, por atos prestados até 2009 e faturados após esse ano deve ser objeto de resolução entre as entidades que tutelam o Serviço Nacional de Saúde e os serviços e entidades que o integram.
- ⇒ **A partir de 2010, inclusive, a ADSE deixou de ter dotação orçamental para suportar encargos com as prestações realizadas pelos serviços públicos de saúde, por meios próprios**

¹³³ Cláusula 3ª do contrato-programa do triénio 2013-2015 “As prestações de saúde contratadas respeitam aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ADSE, SAD da GNR e da PSP e ADM das Forças Armadas (...)”.

ou por entidades terceiras que contratem com aqueles serviços¹³⁴, onde quer que os mesmos sejam prestados: **em território continental ou nas Regiões Autónomas**, sendo que esses encargos **passaram a ser assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde**, conforme n.ºs 1, als. a) e d), e 2, do Memorando de 18 de janeiro de 2010, art.ºs 160º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 189º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 150º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 148º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, e 151º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, já referenciados.

O fim do financiamento público para a ADSE suportar encargos com a prestação de cuidados de saúde a que os seus quotizados/beneficiários têm direito enquanto cidadãos nacionais, **teve impacto na missão e atribuições da ADSE-DG**.

Sendo a missão e as atribuições da ADSE muito amplas - proteger os seus quotizados/beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação¹³⁵ -, o seu **enquadramento legal** como subsistema público de saúde que se substituía ao Serviço Nacional de Saúde e aos Serviços Regionais de Saúde no financiamento dos cuidados de saúde a um conjunto de cidadãos, **resultava da Lei de Bases da Saúde e dos Estatutos do SNS e dos SRS¹³⁶ e das transferências dos Orçamentos do Estado que, anualmente, lhe permitiam assumir os encargos com os cuidados prestados por aqueles Serviços que concretizam o Serviço Nacional de Saúde constitucionalmente previsto**.

Note-se que da leitura do regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83) o que decorre, em primeiro lugar, é que a relação entre a ADSE e os serviços públicos de prestação de cuidados devia ser suportada em acordos (art.ºs 23º, n.º1, al. a), e 37º, já citados). Contudo, como referido antes, essa relação era constituída *ope legis*, considerando as normas abertas também constantes do regime de benefícios da ADSE - *“O pagamento pela ADSE dos cuidados prestados assenta nas técnicas do reembolso ao beneficiário e do pagamento direto à entidade prestadora dos serviços, de conformidade com o legalmente estabelecido.”* (art.º 19º, n.º 3); *“Quando o beneficiário recorrer a qualquer unidade hospitalar com a qual a ADSE não tenha acordo, esta concorre para as despesas efetuadas pelo beneficiário com as importâncias resultantes da aplicação do previsto no n.º 3 do artigo 19º ...”* (art.º 23º, n.º 2) – em articulação com as normas das Leis de Bases da Saúde e dos Estatutos do SNS e dos SRS que estabelecem a responsabilidade dos subsistemas de saúde pelo pagamento dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde.

Porém, considerando a incumbência constitucional do Estado de implementar um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, **os subsistemas apenas podem assumir a responsabilidade constitucionalmente a cargo daquele se obtiverem o financiamento público necessário, com origem nos impostos, para o efeito**. De outro modo, seria admitir que os descontos dos quotizados desses subsistemas financiassem o Serviço Nacional de Saúde, com prejuízo da sua universalidade e gratuidade (nesta situação, os quotizados seriam discriminados face aos restantes

¹³⁴ Entidades privadas contratadas por entidades do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde para suprir a falta de capacidade interna dos mesmos. Juntamente com as entidades do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, integram a rede nacional de cuidados de saúde (cfr. Base XII, n.ºs 3 e 4, da Lei de Bases da Saúde).

¹³⁵ Cfr. art.º 2º do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, e até à entrada em vigor deste, art.º 2º do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março, e art.ºs 1º, n.º 2, e 21º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

¹³⁶ Cfr. Base XXXIII, n.º 2, al. b), da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde), do art.º 23º, n.º 1, al. b), do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (Estatuto do SNS), do art.º 28º, n.º 1, al. b), do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho (Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores) e do art.º 10º do Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril (Estatuto do Sistema Regional de Saúde da Madeira), que estabelecem a responsabilidade dos subsistemas de saúde pelo pagamento dos cuidados de saúde públicos.



cidadãos, considerando que para além de, como estes, financiarem o SNS através dos seus impostos, o financiariam, também, através do seu desconto).

De facto decorrendo, do texto constitucional, a responsabilidade do Estado efetivar um Serviço Nacional de Saúde com as características apontadas, **o mesmo deixa em aberto a possibilidade dessa implementação ser realizada diretamente, como prestador de cuidados, ou, através de entidades terceiras, como financiador dos cuidados por esta prestados.** Daí a admissibilidade de entidades, como os subsistemas de saúde, que se “substituem” ao Estado na garantia do direito à proteção da saúde.

Era, assim, o financiamento da ADSE, com base nos impostos e através das transferências do Orçamento do Estado que se verificaram até 31 de dezembro de 2009, que garantia a universalidade e a gratuidade tendencial do Serviço Nacional de Saúde constitucionalmente previsto. **Sem esse financiamento, a missão e atribuições da ADSE ficam reduzidas aos benefícios que a distinguem do Serviço Nacional de Saúde:** o financiamento de cuidados prestados em regime livre ou convencionado.

Mesmo a despesa que, apesar dos Memorandos de 2010, ficou ainda na responsabilidade da ADSE-DG e que é objeto do ponto 11.6.2-J, está essencialmente relacionada com aqueles regimes: a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos por prestadores privados (os prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde deixaram de ser encargo da ADSE em resultado do Memorando de novembro de 2010); cuidados que, sendo prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde são suportados pela ADSE no âmbito dos regimes livre e convencionado.

Também a moldura orgânica da ADSE-DG refletiu a perda da responsabilidade no financiamento dos serviços públicos de saúde: a Portaria n.º 122/2013, de 27 de março, que determina a estrutura nuclear da ADSE-DG deixou de fazer qualquer referência ao Serviço Nacional de Saúde, ao contrário da Portaria n.º 351/2007, de 30 de março, anteriormente vigente, cujo art.º 3º, als. g) e l), fazia essa referência.

Deste modo, desde 1 de janeiro de 2010, que a responsabilidade pelo pagamento de cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde a quotizados/beneficiários da ADSE, ainda que prestados por entidades terceiras que com aqueles contratam, deixou de se inserir na missão e atribuições da ADSE-DG¹³⁷.

Acresce que, por força do Memorando de janeiro de 2010 e das disposições dos diplomas orçamentais *supra* identificadas, os encargos com os cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde a quotizados/beneficiários da ADSE **passaram a ser assumidos diretamente pelo Serviço Nacional de Saúde.**

Quanto aos serviços prestados por entidades terceiras que contratam com os serviços públicos de saúde, já o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção observou o seguinte:

¹³⁷ Sobre o financiamento do Serviço Nacional de Saúde, incluindo os serviços regionalizados, pelos impostos, **J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira** (Constituição da República Portuguesa Anotada, I, 4ª Ed., pág. 827) referem que “*A gratuidade do SNS implica evidentemente a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos ([art.º 64º] nº 3/c), no caso dos prestados pelos serviços públicos, os quais são suportados diretamente pelo Orçamento do Estado.*”. A este respeito, recorde-se, também, que **Jorge Miranda e Rui Medeiros** (Constituição Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed., pág. 1317), apesar de aceitarem a criação dos subsistemas de saúde, consideram que é “*Decisivo, em qualquer caso, é que as soluções legais não comprometam a unidade do serviço nacional de saúde (...)*” (destaque nosso).

“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 [ainda que realizados por entidades terceiros que contratam com o SNS] à ADSE-DG já foram suportados pelo orçamento do SNS, através de contratos programa¹³⁸, 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 anualmente estabelecem a assunção pelo SNS dos encargos com a prestação de cuidados em instituições e serviços do SNS**¹³⁹.” (Volume II, pp. 66-67, destaque nosso).

Refira-se que, mesmo em atos recentes, o Governo continua a prever a responsabilidade dos subsistemas de saúde no pagamento de cuidados que, no caso da ADSE, são da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Um exemplo de um ato recente é a Portaria n.º 48/2016, de 22 de março, que revogou o Despacho n.º 18419/2010, atrás referido. Note-se que a aplicação destes atos à ADSE contraria não só as normas das Leis do Orçamento referenciadas, i.e. a forma, mas também a substância, o que de facto é a ADSE: um sistema de saúde complementar do Serviço Nacional de Saúde, extrínseco ao mesmo, e, atualmente, financiado pelos descontos dos quotizados.

Quanto às prestações realizadas pelos Serviços Regionais de Saúde a quotizados/beneficiários da ADSE os mesmos deixaram, também, por força das normas citadas, de constituir responsabilidade desta, passando a ser encargo do Serviço Nacional de Saúde.

Embora descentralizado, o Serviço Nacional de Saúde, previsto na Constituição da República Portuguesa e desenvolvido na Lei de Bases da Saúde, é um serviço unitário, pelo que a referência nas normas citadas às “(...)prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS (...)” inclui os estabelecimentos e serviços dos Serviços Regionais de Saúde que, em complementaridade dos estabelecimentos e serviços que integram o Serviço Nacional de Saúde no continente, garantem a implementação, nas Regiões, do Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, constitucional e legalmente previsto.

O que sucedeu, na aplicação daquelas normas orçamentais, é que o financiamento do Orçamento do Estado para o efeito acabou por ser na totalidade absorvido pelos serviços públicos de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde do continente, não tendo sido também distribuído, como devia, pelos Serviços Regionais de Saúde. Deste modo, os Serviços Regionais de Saúde continuaram a contabilizar dívidas por cuidados prestados a quotizados/beneficiários da ADSE, cfr. se relata no ponto 11.6.2-H.

¹³⁸ Que estabelecem expressamente que as prestações de saúde contratadas incluem os quotizados da ADSE.

¹³⁹ 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.



A este respeito, o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, reconhecendo a existência de uma dívida certa, exigível e líquida do Estado aos Serviços Regionais de Saúde¹⁴⁰, pois os mesmos não foram ressarcidos pelos cuidados por eles prestados a cidadãos que são quotizados/beneficiários da ADSE, concluiu que tal dívida não podia ser ressarcida com as dotações da ADSE-DG acrescentando: *“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.”*.

De facto, decorrendo da Constituição da República Portuguesa (art.º 64º), da Lei de Bases da Saúde¹⁴¹ e dos Estatutos Político-Administrativos das Regiões Autónomas¹⁴² a responsabilidade do Estado no financiamento dos cuidados de saúde prestados pelos serviços públicos, os cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde podiam ser suportados por transferências do Orçamento do Estado, o “devedor”, para os Orçamentos das Regiões Autónomas ou para os Serviços Regionais de Saúde.

Deste modo, com os Memorandos de 2010 e as disposições dos diplomas orçamentais que os executaram, a ADSE deixou de assumir a posição de “intermediária” no financiamento dos serviços públicos de saúde, devendo estes ser financiados diretamente pelos orçamentos das entidades territoriais: Estado, Autarquias Locais e Regiões Autónomas, cfr. Figura 7.

Colocar a ADSE-DG, após os Memorandos de 2010, a suportar despesa com cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, em serviços localizados no continente ou nas Regiões Autónomas, sem que a ADSE-DG seja financiada para o efeito, é colocar essa Direção-Geral a substituir a República no financiamento de cuidados que, nos termos da Constituição da República Portuguesa, deve ser assegurado por essa mesma República, através dos impostos. **A utilização reiterada das receitas e dos excedentes da ADSE-DG em funções públicas do Estado que não lhe incumbe prosseguir, descapitalizará a ADSE-DG e prejudicará a sua sustentabilidade com base nos descontos dos quotizados.**

Essa utilização **causará, a curto/médio prazo, um prejuízo para o Estado através de um agravamento da despesa pública, suportada pelos impostos**, pois terá como consequência:

- **Ou a reintrodução do financiamento público** do sistema para fazer face às necessidades próprias da ADSE-DG, entretanto descapitalizada, **correspondendo o prejuízo ao montante daquele financiamento;**
- **Ou a extinção da ADSE**, por insustentabilidade crónica, **correspondendo o prejuízo para o Estado ao montante do aumento da despesa pública** (suportado por impostos) **em saúde** provocado por uma maior procura de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde por parte dos ex-beneficiários da ADSE.

¹⁴⁰ Sem prejuízo dos deveres de cuidado que impendem sobre o credor (as instituições e serviços dos Serviços Regionais de Saúde) e sobre o devedor (o Estado) com vista a garantir que a faturação e o pagamento correspondem efetivamente a cuidados prestados, os montantes da dívida estão determinados, correspondem a cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde a cidadãos quotizados/beneficiários da ADSE que não foram pagos pelo Estado e que, por isso, são devidos por este.

¹⁴¹ Bases I, n.º 2, II, n.º 1, al. b), XXIV, al. a), e XXV (todos referentes ao princípio da universalidade do Serviço Nacional de Saúde).

¹⁴² Art.º 12º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e art.º 103º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira (em execução também do preconizado no art.º 227º, n.º1, al. j), e no art.º 229º da Constituição da República Portuguesa).

Sendo o sistema de benefícios da ADSE – regime livre e convencionado - inteiramente sustentado pelos descontos dos quotizados, desde 2014, **a sua extinção resultará necessariamente numa diminuição da despesa privada em saúde e num agravamento da despesa do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde**, pois, considerando o preço e as coberturas oferecidas, não é expectável que todos ou a maioria dos quotizados e beneficiários da ADSE a substituam por seguros voluntários de saúde, em caso de extinção. Tendo o Serviço Nacional de Saúde, incluindo os serviços regionalizados, as características da universalidade e generalidade e sendo financiado pelos impostos é expectável que seja este o mais onerado com aquela extinção.

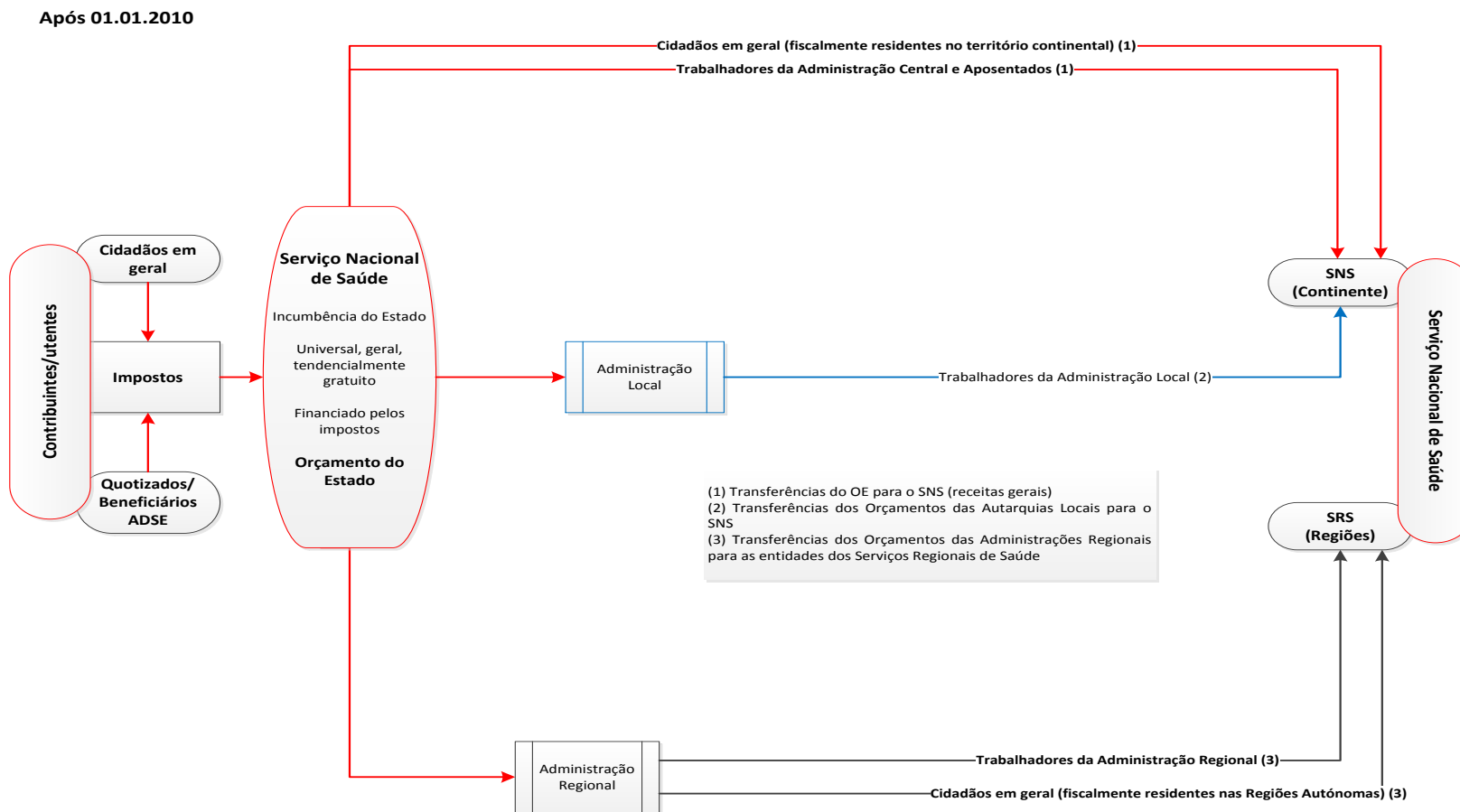
O aumento da procura no Serviço Nacional de Saúde que a extinção da ADSE acarretará suscita ainda outro problema que é o da **suficiência da capacidade técnica instalada do serviço público de saúde para responder a esse aumento**. O aumento da procura terá assim como consequência **ou um agravamento das condições de acessibilidade** (v.g. **listas de espera**) com os impactos económicos daí advenientes (designadamente, pelo agravamento do estado de saúde, faltas ao emprego daí resultantes, entre outros) **ou um aumento da capacidade técnica instalada**, com o consequente aumento dos custos fixos e variáveis do Serviço Nacional de Saúde.

A este respeito o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção refere que *“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.”* (Vol. I, p. 11) e, ilustrando o impacto positivo que a ADSE tem na despesa pública em saúde, que *“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.**”* (Vol. I, p. 21).

Assim, mesmo que a ADSE-DG seja ainda, por absurdo e ao contrário do recomendado pelo Tribunal de Contas, um serviço integrado do Estado, a partir de 1 de janeiro de 2010, a mesma passou a ter as características de um sistema de saúde supletivo à cobertura garantida pelo Serviço Nacional de Saúde, devendo ser assumida como tal **não só para garantir a legalidade da sua atividade** (conclui-se da legislação em vigor que a ADSE, desde janeiro de 2010, não é responsável pelo pagamento de cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde) **mas também para contribuir para a sustentabilidade das contas públicas**.

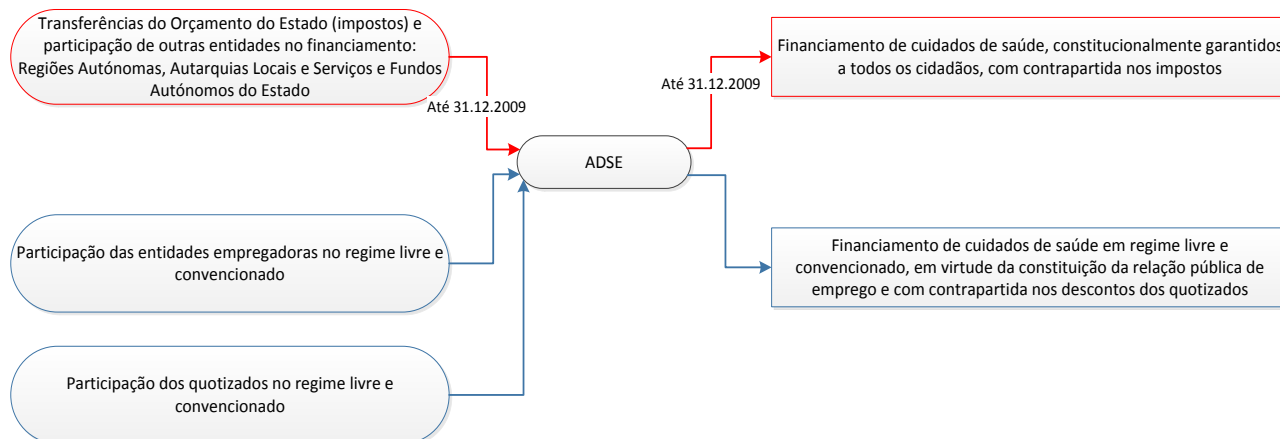


Figura 7 – Financiamento do SNS e dos SRS após 01.01.2010



F. O financiamento público da ADSE-DG após os Memorandos de 2010

Figura 8 – Financiamento da ADSE



Até 2013, inclusive, o financiamento do sistema na parte que distingue a ADSE do SNS, i.e., o financiamento dos cuidados prestados no âmbito do regime livre e do regime convencionado, dependeu sempre do financiamento público. Apenas em 2014, o desconto dos quotizados foi suficiente para suportar os encargos decorrentes do funcionamento desses regimes, superando até largamente as necessidades de financiamento.

Nesta vertente, o sistema ADSE consubstanciava de facto um *fringe benefit* aos trabalhadores em funções públicas, visando satisfazer necessidades particulares dos respetivos quotizados/beneficiários. Não havia qualquer fundamento jurídico-constitucional que “obrigasse” o Estado (em sentido amplo, incluindo-se aqui as Administrações Central, Regional e Local) a financiar a prestação de cuidados naqueles regimes, porém, esse financiamento constituiu uma opção do Estado empregador, pelo menos até à celebração do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MoU)¹⁴³.

Essa opção, que foi revogada em 2015 no que respeita aos serviços e instituições da Administração Central, mantendo-se ainda para as Administrações Regionais e Local, apesar da recomendação feita pelo Tribunal de Contas no sentido da uniformização das responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema (cfr. ponto 11.7-A) tinha (tem) consagração legal no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, designadamente nos art.ºs 4º, n.º 1, als. b) e c), e n.º 2, 5º, n.ºs 2, 4 e 5, 6º, n.º 4, 19º, n.º 4, al. b), 47º-A (vigente até 2014, inclusive) e 64º, conjugados com o art.º 3º, assim como nos diplomas orgânicos da ADSE-DG, nomeadamente no art.º 7º, n.º 2, do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, atualmente vigente.

Assim, apesar de o sistema de benefícios da ADSE-DG continuar, após os Memorandos de 2010, a ser financiado por entidades públicas, tendo inclusivamente em 2011, um ano depois do primeiro Memorando (de janeiro de 2010), sido criada a contribuição da entidade empregadora “receita própria da ADSE e destina[da] ao financiamento do sistema de benefícios assegurados pela ADSE,

¹⁴³ Vigente de 2011 a 2014.



incluindo os regimes livre e convencionado.”¹⁴⁴, aplicável até 2014¹⁴⁵ às entidades da Administração Central, com ou sem autonomia financeira, e continuando a ADSE-DG a emitir notas de reembolso às entidades empregadoras da Administração Regional e da Administração Local¹⁴⁶, em resultado dos pagamentos por ela realizados a prestadores convencionados a quotizados/beneficiários daquelas Administrações¹⁴⁷, **este financiamento destina-se aos cuidados de saúde da responsabilidade estrita do sistema de saúde da ADSE: os cuidados prestados em regime livre e convencionado**, suportando ainda despesa que sendo da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde para a generalidade dos cidadãos, se manteve na responsabilidade da ADSE¹⁴⁸.

Ou seja, o financiamento público da ADSE após janeiro de 2010 **não se destina ao pagamento dos cuidados prestados por entidades do Serviço Nacional de Saúde, no continente ou nas Regiões Autónomas**, mas apenas **ao financiamento dos encargos que continuaram a ser responsabilidade da ADSE-DG e que visam satisfazer necessidades particulares dos seus quotizados/beneficiários** fora do quadro da prestação pública de cuidados de saúde.

Para esta conclusão concorre não só o facto de a ADSE-DG, em resultado do Memorando de janeiro de 2010 e das normas orçamentais que o refletiram, ter deixado de ter dotação para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde por entidades prestadoras públicas e desses encargos terem passado a ser assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde, como antes referido, mas também o facto de, com base nesses instrumentos:

- **as Autarquias Locais, do continente ou das Regiões Autónomas, terem passado a financiar diretamente o Serviço Nacional de Saúde**, cfr. estatuição das Leis do Orçamento do Estado (citadas em Anexo 8), deixando de o fazer através de reembolso à ADSE-DG, como o faziam até 2009, inclusive; e de
- o Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho (execução orçamental de 2010), já citado, expressamente, **manter a responsabilidade dos serviços e fundos autónomos da Administração Central no financiamento dos regimes livre e convencionado e, quanto aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, determinar a sua responsabilidade apenas quanto ao pagamento das dívidas existentes à data de 31 de dezembro de 2009**.

Se a ADSE-DG mantivesse qualquer responsabilidade no financiamento dos serviços públicos de saúde, a mesma teria de emitir, às entidades empregadoras responsáveis pelo pagamento do reembolso, as notas de reembolso relativas aos pagamentos que fizesse, em aplicação do já referido art.º 19º, n.º 4, al. b), do Decreto-Lei n.º 118/83, o que ficou arredado pelo facto de, com base em normas orçamentais:

- As autarquias locais, incluindo as das Regiões Autónomas, já financiarem diretamente o Serviço Nacional de Saúde;
- O Orçamento do Estado, que integra os serviços e fundos autónomos da Administração Central, já financiar diretamente o Serviço Nacional de Saúde.

¹⁴⁴ Art.º 479-A do Decreto-Lei n.º 118/83, introduzido pela Lei n.º 65-B/2011, de 30 de dezembro.

¹⁴⁵ A contribuição foi extinta em 2015 pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

¹⁴⁶ Refira-se que até à auditoria anterior apenas a Administração Local pagava as notas de reembolso, conforme observado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

¹⁴⁷ Em conformidade com o disposto no art.º 19º, n.º 4, al. b), do Decreto-Lei n.º 118/83, já citado no texto, e ainda nos art.ºs 4º, n.º 1, als. b) e c), e n.º 2, 5º, n.ºs 2, 4 e 5, 6º, n.º 4, do mesmo diploma.

¹⁴⁸ Já referida no ponto anterior e desenvolvida no ponto 11.6.2-J.

G. Questões que subsistiram após os Memorandos de 2010

Apesar da exoneração da ADSE-DG por encargos decorrentes de cuidados realizados em serviços públicos de saúde operada por via orçamental, constatou-se no Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção, que:

- Os **Serviços Regionais de Saúde** continuaram (e continuam) a faturar à ADSE-DG os cuidados por eles prestados a beneficiários da ADSE. Em 31 de dezembro de 2013, o valor em dívida reportado pelos Serviços Regionais de Saúde ascendia a € 53,4 milhões (Açores) e a € 20,8 milhões (Madeira);
- As instituições e serviços do **Serviço Nacional de Saúde do continente** continuavam a ter registado nas suas contas dívidas da ADSE-DG por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009, no montante de cerca de € 38,1 milhões;
- Após 1 de janeiro de 2010, as instituições e serviços do **Serviço Nacional de Saúde do continente** continuaram a faturar à ADSE-DG cuidados por eles prestados a quotizados/beneficiários da ADSE. O valor em dívida reportado pelas instituições e serviços do SNS na anterior auditoria até 31 de dezembro de 2013, era de € 33,5 milhões.

Por seu lado, a ADSE-DG desde 2010 deixou de assumir a responsabilidade pelo pagamento de tais dívidas, alegando os Memorandos de 2010 e a falta de dotação orçamental para o efeito. Refira-se que esta posição foi também a adotada pelos subsistemas de saúde da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) e dos Militares (ADM), mas já não a adotada pelo subsistema de saúde da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR), que tem pago a faturação dos Serviços Regionais de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde do continente por cuidados prestados após 1 de janeiro de 2010.

Subjacente às posições das entidades gestoras dos subsistemas estavam também **entendimentos diferentes veiculados pelos Ministérios responsáveis pelo Orçamento do Estado (Ministério das Finanças) e pelo orçamento do Serviço Nacional de Saúde do continente (Ministério da Saúde):**

- Tendo um vogal do Conselho Diretivo do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, IP, em março de 2010, colocado as questões relativas à faturação dos Serviços Regionais de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde à então Subdiretora-Geral do Orçamento, que coordenou os trabalhos do grupo criado ao abrigo do Memorando de 2010 e que deu origem ao Memorando de novembro do mesmo ano¹⁴⁹, aquela respondeu que *“Consultado o Gabinete do SEAO, a resposta à sua questão é que tratando-se de despesas relativas ao SNS, independentemente de ser Continente ou Regiões Autónomas, encontram-se incluídas no memorando de entendimento.”*
- Em resposta a questões colocadas por ofícios do SAD/GNR, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informou:
 - em abril de 2010, que a Circular Normativa n.º1/2010/CD, de 26 de janeiro, não se aplicava às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Nessa Circular a ACSS determinou que as entidades do Serviço Nacional de Saúde *“... suspen[dessem a] faturação de todas as prestações de saúde realizadas a partir de 1 de janeiro de 2010, ou cuja assistência termine depois dessa data.”* aos subsistemas públicos de saúde.
 - em maio de 2011, que os cuidados que não fossem realizados com meios próprios do Serviço Nacional de Saúde, mas por entidades terceiras contratadas por este Serviço, continuavam a ser encargo dos subsistemas públicos de saúde. A orientação da ACSS

¹⁴⁹ Cfr. informação submetida pela mesma ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 22 de fevereiro de 2010.



sobre a responsabilidade financeira por cuidados prestados por entidades terceiras contratadas pelo SNS, transmitida ao SAD/GNR, consta das 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, dirigidas aos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

Constatou-se ainda no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, que:

- A **Direção-Geral da ADSE continuou (e continua) a suportar encargos que são responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde para a generalidade dos cidadãos**. Em 2013, ano que serviu de referência aos testes de auditoria, esses encargos, incluindo os encargos com os medicamentos dispensados nas Regiões Autónomas¹⁵⁰, ascenderam a cerca de € 96,4 milhões. Aplicando aos valores apurados em 2013, as alterações de regras ocorridas em 2015¹⁵¹, esses encargos ascenderiam ainda assim a € 42 milhões¹⁵², 9% dos custos com saúde da ADSE. A proposta de orçamento da ADSE-DG para 2015 estimava estes encargos em € 39,5 milhões.

11.6.2. Análise do grau de acolhimento das recomendações

H. Dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde

Sobre as dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde que, em 31 de dezembro de 2013, ascendiam a € 53,4 milhões (Açores) e a € 20,8 milhões (Madeira), o Tribunal de Contas efetuou as recomendações 13.3 e 13.4 aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, tendo-se verificado nesta matéria os factos que a seguir se descrevem relativamente à Administração Regional da Madeira.

Já no âmbito do contraditório do Relatório n.º 12/2015-2ª Secção, a Ministra de Estado e das Finanças, através da Chefe do Gabinete, e o Diretor-Geral da ADSE informaram sobre a constituição de um grupo de trabalho com vista à regularização das relações financeiras entre a ADSE-DG e as Administrações Regionais que incluem não só a dívida aos Serviços Regionais de Saúde, ora em análise, mas também as dívidas das Administrações Regionais à ADSE que são objeto do ponto 11.7-B e C do presente Relatório.

O grupo de trabalho que veio a ser constituído ao tempo do XIX Governo Constitucional teve apenas como objeto as relações com a Administração Regional da Madeira, dando-se prioridade a esta por se ter inserido a matéria do sistema de benefícios da ADSE nos trabalhos relativos ao programa de assistência financeira do Governo da República àquele Governo Regional. Não se pode deixar de observar que esta inclusão indicia a perceção, por parte do Governo da República, que o sistema ADSE é um instrumento da política do Governo.

Quanto a negociações com vista à regularização das relações financeiras da Administração Regional dos Açores com a ADSE-DG, o Diretor-Geral da ADSE informou, em 17 de fevereiro de 2016, que se

¹⁵⁰ Em 2013 e 2014, os encargos com estes medicamentos ascenderam a cerca de € 8,7 milhões/ano.

¹⁵¹ LOE 2015, que estabelece a assunção pelo SNS dos encargos com a comparticipação dos medicamentos prescritos a beneficiários da ADSE.

¹⁵² 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.

encontram a “... a decorrer conversações entre os membros do Governo e membros do Governo Regional sobre eventuais formas de resolução da situação existente.”, sendo que a proposta do Orçamento do Estado para 2016 contém uma norma que autoriza o Ministro da Saúde “a proceder ao encontro de contas entre a Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) e as Regiões Autónomas relativamente a dívidas resultantes de participações pagas pelas Regiões Autónomas a beneficiários da ADSE nelas domiciliados” (art.º 14º). Em outubro de 2015, o Diretor-Geral da ADSE preconizava para a Administração Regional dos Açores uma solução semelhante à que ocorreu com a Administração Regional da Madeira¹⁵³, pelo que, caso assim seja, as observações relativas às negociações com esta Administração Regional serão extensíveis às negociações com a Administração Regional dos Açores.

O grupo de trabalho foi constituído por membros dos Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento (Chefe do Gabinete) e do Secretário de Estado da Saúde (Adjunta do Gabinete) do XIX Governo Constitucional, pelo Diretor-Geral da ADSE e por membros das Secretarias Regionais das Finanças e da Administração Pública (Diretor Regional do Orçamento e Tesouro) e da Saúde (Diretora de Unidade Operacional do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM).

Em resultado dos trabalhos desenvolvidos, em 29 de setembro de 2015:

- a) Foi celebrado um **Memorando de Entendimento** entre representantes do então Governo da República, os Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde, o Diretor-Geral da ADSE e representantes do Governo Regional da Madeira, os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, que teve como objeto a regularização das dívidas existentes até 31 de agosto de 2015 (na ADSE-DG, objeto do ponto 11.7-B e C do presente Relatório, e no Serviço Regional de Saúde¹⁵⁴);
- b) Foram produzidas **recomendações** pelo grupo de trabalho, para as respetivas tutelas, com vista à definição do relacionamento entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira, previsivelmente a partir de 1 de janeiro de 2016;
- c) Foi celebrada uma **Carta de Compromisso** entre o Diretor-Geral da ADSE e os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, também com vista àquela definição.

Relativamente às dívidas, referidas em a) *supra*, geradas entre 1 de setembro de 2015 e a adoção das soluções preconizadas para a definição do relacionamento entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira, as mesmas serão regularizadas segundo os “*mesmos princípios previstos no Memorando de Entendimento*” (ponto 6 das recomendações do grupo de trabalho e último parágrafo da Carta de Compromisso), sendo que o mapa de desenvolvimento das despesas da ADSE que acompanha a proposta do Orçamento do Estado para 2016 prevê a realização de despesas da ADSE com serviços prestados pelo Serviço Regional de Saúde, € 6.430.670, sem que se verifique qualquer alteração no financiamento da ADSE-DG, ou seja, sem que a ADSE-DG receba verbas do Orçamento do Estado para financiar essa despesa, como acontecia até 31 de dezembro de 2009. Se tal despesa se concretizar, a mesma será ilegal pelos mesmos motivos que a seguir se expõem quanto ao pagamento da dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira, ocorrido em outubro de 2015, em consequência do Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015.

¹⁵³ Prestação de declarações em 28 de outubro de 2015.

¹⁵⁴ E também no Serviço Nacional de Saúde por serviços prestados a residentes nas Regiões Autónomas. Considerando o objeto da auditoria, apenas se apreciará a matéria referente às dívidas da Administração Regional à ADSE-DG e à dívida que o Serviço Regional de Saúde contabilizou como sendo da ADSE-DG.



Sobre a **dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira**, o Memorando de Entendimento estabeleceu o seguinte:

Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 (excerto)

Considerando que:

“Em 18 de janeiro de 2010, foi assinado entre os Ministérios das Finanças e da Saúde um Memorando de Entendimento nos termos do qual a responsabilidade pelo pagamento das despesas feitas no âmbito do SNS (...) pelos beneficiários da ADSE (...) passou a ser do Ministério da Saúde, tendo para o efeito sido transferidas para o SNS as correspondentes dotações orçamentais.

Este Memorando de Entendimento referia-se apenas ao SNS, não tendo nele sido incluídos os serviços prestados pelas Regiões Autónomas aos beneficiários da ADSE.

Neste enquadramento, a Região Autónoma da Madeira manteve a prática de faturação à ADSE pelos serviços prestados aos respetivos beneficiários pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, não tendo recebido qualquer pagamento por estes serviços desde 2010 até ao presente.”

E que, até 31 de agosto de 2015:

*“i) A Região Autónoma da Madeira, através da SESARAM, E.P.E., é credora perante a ADSE no montante de 29.751.800,63€ referente a serviços prestados a beneficiários da ADSE (...);
ii) A ADSE é credora perante entidades sedeadas na Região Autónoma da Madeira no montante de 4.945.500,17€, referente a cuidados de saúde prestados por prestadores convencionados com a ADSE a trabalhadores daquelas entidades e por estes faturados à ADSE ...”*

Foi acordado o seguinte:

“a) A ADSE paga ao SESARAM, E.P.E., o montante de 24.806.300,46€, valor obtido pela diferença entre o montante a pagar (ponto i) e o valor a receber de entidades sedeadas na Região Autónoma da Madeira (ponto ii);

b) O Ministério das Finanças e o Ministério da Saúde autorizam a aplicação em despesa do saldo de gerência de 2014 da ADSE no valor referido na alínea anterior e o respetivo pagamento; (...).”

Em execução deste Memorando, o Diretor-Geral da ADSE, autorizou e pagou, em 16 de outubro de 2015, o montante € 29.751.800,63, à SESARAM, EPE, utilizando para o efeito o saldo de gerência de 2014 (€ 24.806.300,46) e receitas próprias do ano de 2015 (€ 4.945.500,17), als. a) e b) *supra* citadas.

Para além de ilegal, como a seguir se demonstra, este pagamento foi realizado sem que, para o efeito, o Diretor-Geral da ADSE tenha diligenciado no sentido de confirmar se o montante faturado, e que veio a pagar, correspondia de facto a atos prestados.

Efetivamente, de um valor total de € 29.751.800,63, correspondente a 1.850 faturas, a ADSE-DG validou faturas no montante de € 5.006.843,82 (16,83%), correspondente a 179 faturas (9,68%) e relativamente a estas validou apenas se o quotizado/beneficiário tinha direitos à data da prestação e os descontos entregues na ADSE-DG e se os meios complementares de diagnóstico e tratamento tinham sido precedidos de prescrição médica.

Acresce que a dimensão da amostra não foi determinada por métodos estatísticos e que a seleção das faturas a analisar não foi feita de forma aleatória. Conforme refere o Diretor-Geral da ADSE, não foi *“...apresentada demonstração matemática da representatividade estatística da amostra, por que*

ela não existe”, tendo em conta que o número de faturas analisadas não foi determinado por métodos estatísticos mas sim pela “...capacidade dos serviços...” e que “Não foi utilizado nenhum método nem software específico, de forma a garantir que a escolha das faturas em causa fosse feita de forma aleatória.”¹⁵⁵

Segundo informado pelo Diretor-Geral da ADSE, “É objetivo da ADSE validar a totalidade das 1671 faturas restantes...”, o que denota a insuficiência do controlo efetuado antes da autorização e da realização do pagamento.

H.1. A “regularização” da dívida do Serviço Regional de Saúde

i. A utilização de receita com origem nos descontos dos quotizados

Os descontos estão consignados ao sistema de benefícios da ADSE, conforme art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, aditados pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e alterados pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio. De acordo com estes preceitos: “A receita proveniente dos descontos (...) é **consignada** ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação” (art.º 46º, n.º 2, destaque nosso) e “As importâncias descontadas nos termos dos artigos anteriores constituem receita da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, **afeta** ao financiamento dos benefícios estabelecidos no presente diploma” (art.º 48º, destaque nosso).

Com respeito pelos princípios da universalidade e gratuidade do Serviço Nacional de Saúde e da unidade do imposto (art.ºs 64º e 104º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa), “os benefícios concedidos pela ADSE” só podem ser aqueles que diferenciam a ADSE do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde: os “benefícios” decorrentes da utilização ou possibilidade de utilização dos regimes livre e convencionado.

A este propósito o Tribunal Constitucional, no Acórdão n.º 745/2014, refere que “A contribuição imposta aos beneficiários titulares da ADSE **não se destina a financiar o Estado e as funções públicas em geral. Nem sequer se destina a financiar todas as atividades da Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas. Destina-se, apenas, a financiar o pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.**” e, especificamente a propósito de cuidados de saúde no âmbito do SNS/SRS, que “Enquanto cidadãos nacionais, aos beneficiários dos subsistemas de saúde deve ser garantido (...) o direito à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, em condições de igualdade de direitos e deveres com os demais utentes. **Também não se oferece dúvida de que (...) as despesas de saúde relativas ao Serviço Nacional de Saúde não podem ser financiadas com recurso às contribuições desses beneficiários...**” (destaque nosso).

Neste sentido, também, Jorge Miranda e Rui Medeiros¹⁵⁶ entendem que “(...) **a gratuidade [do SNS] tanto impede que os utentes sejam diretamente responsabilizados pelos encargos do serviço nacional de saúde, como obsta a que eles sejam obrigados a suportar indiretamente tais despesas através de descontos ou de pagamentos à entidade privada responsável pela obrigação final.**” (destaque nosso).

¹⁵⁵ Cf. Ofício n.º GDS-958453, de 26/01/2016, do Diretor-Geral da ADSE.

¹⁵⁶ In Constituição Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed., págs. 1316-1317.



Sem prejuízo da especial proteção do desconto, os quotizados/beneficiários da ADSE não dispõem de qualquer meio de tutela jurídica específico que lhes permita defender a intangibilidade dos descontos quanto ao fim a que estão afetos, salvaguardando-os da arbitrariedade, em caso de utilização ilegal. A previsão de um meio de tutela jurídica ao dispor dos quotizados/beneficiários é ainda mais relevante enquanto a ADSE-DG se enquadrar na Administração Pública, sendo um instrumento da política do Governo, e os quotizados não dispõem de qualquer poder sobre as decisões estratégicas da ADSE-DG.

No imediato e de acordo com os diplomas em preparação esse meio poderia coincidir com a aprovação da alteração ao regime de benefícios da ADSE, por Decreto-Lei, no âmbito das competências legislativas do Governo.

No pagamento de cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, o Diretor-Geral da ADSE pretendeu demonstrar que o saldo e gerência de 2014 referente a receitas com origem em fundos públicos e as receitas próprias do ano de 2015 com tal origem foram suficientes para suportar aquela despesa, cfr. quadro 1 do Anexo 7.

Porém, no cômputo, o Diretor-Geral da ADSE não considerou toda a despesa que a ADSE-DG ainda suporta com funções públicas da responsabilidade do Estado, e que foram objeto das recomendações cujo acolhimento é analisado no ponto 11.6.2-J, designadamente despesa com:

- a) a assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do quotizado;
- b) os cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde;
- c) o transporte de doentes de e para entidades do Serviço Nacional de Saúde;
- d) 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;
- e) o internamento psiquiátrico.

Acresce que, também, não considerou qualquer responsabilidade do Estado com a despesa com beneficiários titulares aposentados isentos do pagamento de desconto, conforme propugnado no ponto 11.1 do presente Relatório.

Note-se que o próprio Diretor-Geral da ADSE, à data da celebração do Memorando de Entendimento, assumia que estas despesas, à exceção das referidas em c) e d), tinham de ser financiadas por fundos públicos, sendo que a despesa com beneficiários titulares isentos devia ser suportada pelo Estado através da aplicação da taxa de desconto (3,5%) a 85% da remuneração base garantida¹⁵⁷.

Considerando estas componentes (despesa com cuidados de saúde da responsabilidade do SNS/SRS e descontos de beneficiários titulares isentos), o saldo de receita com origem em fundos públicos diminui, não sendo suficiente para suportar o montante pago pelo Diretor-Geral da ADSE com base no Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015. O quadro 2 do Anexo 7 permite concluir que, **no pagamento realizado por cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, foi já utilizada receita proveniente dos descontos dos quotizados, no montante de € 3.966.022,78, em 2014, e de € 2.426.542,29, em 2015.**

¹⁵⁷ Cfr. pontos 11.1 e 11.6.2.-J.

Recorde-se que os descontos estão consignados ao sistema de benefícios da ADSE, sendo que o pagamento dos mesmos só poderá ser utilizado em despesa da ADSE-DG com serviços que a diferenciam do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde ou que não têm origem em políticas sociais da responsabilidade do Estado, como acontece com a isenção do pagamento de descontos por parte de alguns beneficiários titulares.

A utilização dos descontos na realização de despesa que é responsabilidade do Estado, porque inerente às funções que este deve assegurar, consubstancia uma **violação**, por parte do **Diretor-Geral da ADSE, dos art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro**, anteriormente citados, com as eventuais consequências financeiras que se enunciam no ponto seguinte a propósito da utilização da receita com origem em fundos públicos. Refira-se, no entanto, que, **só por si, a utilização ilegal dos descontos, nos montantes identificados, seria suscetível de fazer incorrer os responsáveis pela mesma nos procedimentos de responsabilização financeira aí enunciados.**

Alerta-se, também, para o facto de existir o risco de a **utilização ilegal dos descontos poder vir a ser de montante superior**, caso não haja uma inversão nas decisões, dos membros do Governo e do Diretor-Geral da ADSE, responsáveis pela gestão da ADSE, pois, conforme informado por este Diretor-Geral¹⁵⁸, e parece resultar da proposta do Orçamento do Estado para 2016 apresentada pelo Governo, encontra-se a decorrer um procedimento de negociação entre o Governo da República o Governo Regional dos Açores. De acordo com a informação atualizada no âmbito do contraditório do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, essa dívida, em 31 de dezembro de 2014, era de € 60.589.616,97¹⁵⁹, sendo que, entretanto, decorreu mais de um ano.

Acrescem, ainda:

- as dívidas da ADSE contabilizadas pelos serviços públicos de saúde do continente que, apesar das recomendações efetuadas no Relatório n.º 12/2015 -2ª Secção, subsistem na contabilidade daqueles como sendo da ADSE, matéria objeto do ponto 11.6.2-I;
- a despesa da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, que a ADSE ainda suporta, objeto do ponto 11.6.2-J; e
- a possibilidade de a ADSE-DG continuar a suportar despesa com os cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, constante do ponto 6 das recomendações do grupo de trabalho e do último parágrafo da Carta de Compromisso e que se encontra prevista no mapa de desenvolvimento da despesa da ADSE que suporta a proposta do Orçamento do Estado para 2016.

ii. A utilização de receita com origem em fundos públicos

No pagamento da dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira e, conforme resulta do quadro 2 do Anexo 7, foi, também, utilizada receita própria da ADSE-DG com origem em:

- contribuição da entidade empregadora, suportada pelos organismos da Administração Central e devida à ADSE até dezembro de 2014, verificando-se a cobrança dessa receita ainda em 2015, mas referente ao ano de 2014 e não entregue no ano;

¹⁵⁸ Email de 17 de fevereiro de 2016. Vd, também, declarações prestadas em 28 e 29 de setembro e em 28 de outubro, no Tribunal de Contas.

¹⁵⁹ Em 31 de dezembro de 2013 era já de € 53.378.167.



- reembolsos suportados pelas entidades empregadoras, designadamente da Administração Local, em resultado de cuidados prestados aos seus trabalhadores no âmbito do Regime Convencionado, **nos montantes de € 22.570.445,03, em 2014, e de € 788.790,53, em 2015.** Juntamente com os montantes do desconto ilegalmente utilizado, € 3.966.022,78, em 2014, e € 2.426.542,29, em 2015, perfazem o valor total do pagamento efetuado ao Serviço Regional de Saúde da Madeira: **€ 29.751.800,63.**

Porém, **não está apenas em causa a utilização ilegal do desconto.**

Conforme sustentado no ponto 11.6.1-0, a partir dos Memorandos de 2010 e dos diplomas orçamentais que lhes deram execução todos os encargos decorrentes de prestação de cuidados de saúde por serviços prestadores públicos a quotizados da ADSE passaram a ser encargo do Serviço Nacional de Saúde, incluindo os encargos com a prestação de cuidados de saúde realizadas pelos Serviços Regionais de Saúde a quotizados/beneficiários da ADSE pertencentes aos serviços das Administrações Central e Local presentes nas Regiões Autónomas e os aposentados, pelo que a ADSE não era devedora do montante pago em resultado do Memorando de 29 de setembro de 2015.

Nos termos dos diplomas orçamentais, a entidade devedora era o Serviço Nacional de Saúde dado que foi este que recebeu a dotação para financiar os cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde, incluindo os serviços regionalizados, aos quotizados/beneficiários da ADSE

E, apesar de o sistema de benefícios da ADSE-DG ter continuado a ser financiado por entidades públicas, cfr. também observado no ponto 11.6.1-F, **esse financiamento destinava-se ao pagamento dos cuidados de saúde que ficaram, a partir de 2010, na responsabilidade estrita do sistema de saúde da ADSE, os prestados em regime livre e convencionado,** suportando ainda despesa que sendo da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde para a generalidade dos cidadãos, se manteve na responsabilidade da ADSE¹⁶⁰.

Refira-se que, tal como o desconto, a **contribuição da entidade empregadora** prevista até 2014, inclusive, no art.º 47º-A, do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação que lhe foi dada pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, estava afeta ao sistema de benefícios assegurado pela ADSE, cfr. art.º 47º-A, n.º 2, e 48º daquele diploma.

Também, o **reembolso** das Autarquias Locais (que ainda se mantem) e dos serviços e fundos autónomos do Estado que se manteve ainda durante o ano de 2010 (em 2011 passaram a suportar contribuição da entidade empregadora) constitui desde 1 de janeiro de 2010 a participação das entidades empregadoras no financiamento do regime convencionado, já que a partir de então:

- as Autarquias Locais, do continente e das Regiões Autónomas, passaram a financiar diretamente o Serviço Nacional de Saúde, cfr. estatuição das Leis do Orçamento do Estado (citadas em Anexo 8), deixando de o fazer através de reembolso à ADSE-DG, como o faziam até 2009, inclusive; e de
- o Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho, manteve a responsabilidade dos serviços e fundos autónomos da Administração Central apenas quanto ao financiamento dos regimes livre e convencionado. A partir de 2011 passaram a financiar estes regimes com base na contribuição da entidade empregadora.

¹⁶⁰ Esta despesa é objeto da do ponto 11.6.2-J.

Deste modo, **os representantes do Governo da República**, o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e o Secretário de Estado da Saúde, e **o Diretor-Geral da ADSE**, que outorgaram o Memorando celebrado com representantes do Governo Regional da Madeira, **comprometeram dinheiros da ADSE-DG** – desconto, contribuição da entidade empregadora e reembolso - **para fazer face a uma despesa que era responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde ou que, em alternativa, devia ser paga através de** transferências do Orçamento do Estado para os Orçamentos das Regiões Autónomas ou para os Serviços Regionais de Saúde, considerando a responsabilidade do Estado pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados pelos serviços públicos. A utilização de dinheiros do sistema de benefícios da ADSE, no pagamento de despesa que não é da sua responsabilidade, resultou numa descapitalização da ADSE-DG e, conseqüentemente, num prejuízo para o sistema de benefícios que esta gere.

Não tendo informado aqueles membros do Governo de que a dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira já não era responsabilidade da ADSE-DG conforme resulta do Memorando de janeiro de 2010 e das Leis do Orçamento do Estado e que, no pagamento da mesma, não podia ser utilizada receita da ADSE-DG, tendo, também, outorgado o Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 e procedido ao respetivo pagamento, no montante de **€ 29.751.800,63**, **o Diretor-Geral procedeu ao pagamento de uma despesa ilegal por contrariar:**

- a) **as normas das Leis dos Orçamentos do Estado que transferiram aquela responsabilidade para o Serviço Nacional de Saúde**, n.ºs 1, al. a) e d), e 2, do Memorando de 18 de janeiro de 2010, art.ºs 160º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 189º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 150º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 148º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, e 151º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro;
- b) **as normas relativas à afetação do desconto dos quotizados**, art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, aditados pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e alterados pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, nos montantes de € 3.966.022,78, em 2014, e de € 2.426.542,29, em 2015;
- c) **as normas relativas à afetação da contribuição da entidade empregadora e do reembolso**, art.ºs 47º-A, n.º 2, e 48º 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 art.ºs 4º, n.º 1, al. b) e c), e n.º 2, 5º, n.ºs 2, 4 e 5, do mesmo diploma¹⁶¹, nos montantes de € 22.570.445,03, em 2014, e de € 788.790,53, em 2015; e, em consequência
- d) **as normas relativas à legalidade da despesa**, art.º 22º, n.º 1, al. a), e n.º 2, do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho, e art.º 42º, n.º 6, al. a), da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto¹⁶².

Tratando-se de **normas sobre a execução dos orçamentos e a assunção e pagamento de despesas públicas**, cuja violação se encontra prevista no **art.º 65º, n.º 1, al. b), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto**, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, esta situação pode configurar uma **eventual infração financeira** suscetível de gerar **responsabilidade financeira sancionatória**

¹⁶¹ Devendo estes ser conjugados com as normas das Leis do Orçamento do Estado que estabeleceram o financiamento direto do Serviço Nacional de Saúde pelas Autarquias Locais: art.ºs 154º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, 161º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 190º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 152º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 150º da Lei n.º 83-C/2013, de 13 de dezembro, e 154º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, todas citadas em Anexo 8. E também com o art.º 34º do Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho, relativo às obrigações dos serviços e fundos autónomos do Estado quanto ao regime de benefícios, também citado no referido anexo.

¹⁶² De acordo com estas normas nenhuma despesa pode ser autorizada ou paga sem que o facto gerador da obrigação de despesa respeite as normas legais aplicáveis, sendo que no caso concreto o Memorando não respeitou normas sobre afetação da receita e do Orçamento do Estado.



relativamente ao **Diretor-Geral da ADSE**, na qualidade de agente da ação, cfr. art.º 61º, n.º 1, *ex vi* art.º 67º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto. Para além das disposições evocadas, a eventual responsabilidade financeira sancionatória efetiva-se em conformidade com o disposto nos art.ºs 65º, n.ºs 2 a 9, e 67º também da Lei n.º 98/97.

A utilização, pelo Diretor-Geral da ADSE, de dinheiros ou outros valores públicos (o desconto, a contribuição da entidade empregadora e o reembolso) em finalidade diversa da prevista, com violação das normas identificadas nas als. b) e c) *supra*, encontra-se prevista no art.º 65º, n.º 1, al. i), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, conjugado com os n.ºs 2 a 9 do mesmo preceito e o art.º 67º também da Lei n.º 98/97, podendo o Diretor-Geral ser, também, responsabilizado com base nessa estatuição.

Não sendo a despesa em causa da responsabilidade da ADSE por já não se inserir na sua missão e atribuições, o seu pagamento é indevido por não ter contraprestação para o sistema de benefícios gerido pela ADSE, causando um dano nesta entidade de montante igual ao do pagamento, **€ 29.751.800,63**. Assim, a situação descrita é ainda, suscetível de consubstanciar, **relativamente ao Diretor-Geral da ADSE, um pagamento indevido, p.p. no art.º 59º, n.ºs 1 e 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto**, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, devendo estes ser conjugados como o n.º 6 do mesmo preceito, e os art.ºs 61º a 64º da mesma Lei.

Apesar do Diretor-Geral da ADSE saber que:

- ✓ era outra a posição da Direção-Geral até 31 de dezembro de 2014 quanto à responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pelos Serviços Regionais de Saúde;
- ✓ eram diferentes as posições dos sistemas públicos de saúde quanto a essa responsabilidade (cfr. ponto 11.6.1-G), sendo nomeadamente coincidente com a da ADSE-DG até 31 de dezembro de 2014, a do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, IP, entidade gestora do sistema de assistência na doença a militares das Forças Armadas (ADM), de cujo Conselho Diretivo, o Diretor-Geral da ADSE foi vogal entre outubro de 2012 e dezembro de 2014, exercendo, entre outras, a função de coordenação da ADM;
- ✓ as posições divergentes dos sistemas públicos de saúde radicavam em entendimentos diferentes veiculados em 2010 pelos Ministérios responsáveis pelo Orçamento do Estado (Ministério das Finanças) e pelo orçamento do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde);
- ✓ o Tribunal de Contas, no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, ter afirmado expressamente que *“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.”* (Vol. II, p. 106¹⁶³);
- ✓ podiam estar em causa receitas provenientes dos descontos dos quotizados se fosse tida em consideração toda a despesa com funções públicas ainda suportada pela ADSE-DG;
- ✓ estavam em causa receitas suportadas pelas entidades empregadoras para o financiamento de cuidados de saúde prestados em regime livre e convencionado,

¹⁶³ Neste sentido, *vide* também vol. I, § 159 e 151.

o mesmo, enquanto responsável pela gestão e pela sustentabilidade da ADSE-DG, **não suscitou qualquer questão sobre a legalidade do pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira.**

Em matéria de juridicidade, o Diretor-Geral da ADSE, apesar da complexidade do assunto subjacente ao Memorando, **limitou-se a colocar a questão sobre a necessidade da sua intervenção e assinatura no mesmo.** Apesar do parecer emitido ter concluído pela desnecessidade da sua intervenção para a validade e eficácia do Memorando e que os Ministros da Saúde e das Finanças, através dos respetivos Secretários de Estado, eram *“as entidades exclusivamente competentes em razão da matéria”*, considerando que *“A solução encontrada, até porque envolve a intervenção e ponderação de interesses de entidades de ministérios distintos e até de uma entidade da administração regional, releva naturalmente de uma opção política do governo (e também do governo regional), no uso dos seus superiores poderes de gestão da administração pública.”* e que *“O âmbito e abrangência das matérias reguladas no acordo permite também considerá-las excluídas do conceito de gestão corrente...”*, o mesmo não isenta o Diretor-Geral da ADSE de qualquer eventual responsabilidade financeira quanto ao pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira.

Não ignorando a delicadeza da matéria do ponto de vista jurídico, o Diretor-Geral não fez qualquer diligência no sentido de suportar a juridicidade da decisão dos membros do Governo, ainda que do ponto de vista da ADSE-DG, quanto à conformidade do pagamento com as normas das Leis dos Orçamentos do Estado que concretizaram os Memorandos de 2010 e com as normas referentes às receitas próprias da ADSE-DG, nem exerceu o direito de respeitosa representação que assiste aos funcionários¹⁶⁴, agentes e trabalhadores em funções públicas, no âmbito das relações de hierarquia.

Acresce que, também, não diligenciou no sentido de confirmar se o montante faturado, e que veio a pagar, correspondia de facto a atos prestados. Conforme referido antes, as faturas validadas pela ADSE-DG para realizar o pagamento não constituíam uma amostra estatisticamente representativa da população que garantisse que o montante pago correspondia a uma dívida certa ou, pelo menos, de risco determinado.

A situação descrita revela a falta de cuidado do Diretor-Geral da ADSE na condução da gestão do sistema de benefícios da ADSE-DG que, ao não assegurar a legalidade da sua conduta e ao não contribuir do ponto de vista jurídico para a decisão dos membros do Governo que outorgaram o Memorando, concorreu, também, para a descapitalização do sistema de benefícios fazendo perigar a sua sustentabilidade no curto/médio prazo.

Quanto à **responsabilidade dos membros do Governo da República** que outorgaram o Memorando que determinou o pagamento da dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira: **o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento**, com responsabilidades sobre a execução do Orçamento do Estado¹⁶⁵, e **o Secretário de Estado da Saúde**, entidade com poderes de direção sobre a ADSE-DG¹⁶⁶, dispõe o n.º 2 do art.º 61º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, que *“A responsabilidade prevista no número anterior recai sobre os membros do Governo nos termos e condições fixados para a responsabilidade civil e criminal no artigo 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933.”*, sendo necessário verificar se estão reunidas as condições fixadas nesse preceito.

¹⁶⁴ Consagrado no art.º 271º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa e previsto no art.º 177º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

¹⁶⁵ Despacho n.º 9459/2013, de 5 de julho, da Ministra de Estado e das Finanças, publicado no DR, 2ª S, nº 138, de 19 de julho.

¹⁶⁶ Despacho n.º 9486/2015, de 11 de agosto, do Ministro da Saúde, publicado no DR, 2ª S, n.º 162, de 20 de agosto.



Nos termos deste preceito os membros do Governo incorrem em responsabilidade financeira reintegratória “... **por todos os actos que praticarem, ordenarem, autorizarem ou sancionarem, referentes a liquidação de receitas, cobranças, pagamentos, concessões, contratos ou quaisquer outros assuntos sempre que deles resulte ou possa resultar dano para o Estado**” e “... **quando não tenham ouvido as estações competentes ou quando esclarecidos por estas em conformidade com as leis, hajam adoptado resolução diferente**”.

A este respeito, verifica-se que pelo Memorando de 29 de setembro de 2015, aqueles membros do Governo ordenaram que a ADSE pagasse a dívida do Serviço Regional de Saúde da Madeira e autorizaram a utilização do saldo de gerência de 2014, pelo que se encontra preenchida a **primeira condição** da disposição em análise.

Verifica-se, também, que da decisão destes responsáveis **podem resultar danos para o Estado (segunda condição** da disposição em análise), **na medida em que**, conforme referido no ponto 11.6.1-E, **a utilização reiterada dos excedentes da ADSE-DG** para pagar despesas que não são da responsabilidade desta Direção-Geral **terá como consequência, entre outras, a curto/médio prazo**:

- ✓ **Ou o financiamento público (com origem nos impostos) do sistema para fazer face às necessidades da ADSE-DG, entretanto descapitalizada.** Note-se que, com base na assunção pela ADSE-DG da dívida reclamada pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, resultante do Memorando de Entendimento, o Diretor-Geral da ADSE comprometeu-se a continuar a pagar os cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde até à adoção de soluções preconizadas para a definição do relacionamento entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira, segundo os “*mesmos princípios previstos no Memorando de Entendimento*” (cfr. ponto 6 das recomendações do grupo de trabalho e do último parágrafo da carta de compromisso), encontrando-se essa despesa prevista no mapa de desenvolvimento da despesa da ADSE que suporta a proposta do Orçamento do Estado para 2016.
- ✓ **Ou o aumento da despesa pública com saúde**, provocado pelo aumento da procura de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde por parte dos ex-beneficiários da ADSE, **resultante da extinção da ADSE, por insustentabilidade crónica desta.** Recorde-se que, conforme constatado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, o sistema de benefícios da ADSE tem um impacto positivo na despesa pública em saúde, na medida em que “*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.*” (Vol. I, p. 21). E, atendendo a que os descontos dos quotizados são, desde 2014 inclusive, mais do que suficientes para acorrer às necessidades de financiamento da ADSE, a manutenção deste sistema de cuidados de saúde, financiado pelos descontos dos trabalhadores e aposentados da Administração Pública, tem um impacto financeiro relevante na despesa pública, pois substitui despesa pública por despesa privada. Refira-se, ainda, que ao impacto direto na despesa pública, acresce ainda o impacto, também positivo, “*... nas condições de acesso aos cuidados de saúde, pela procura de cuidados de saúde que é satisfeita no âmbito da ADSE.*” (Vol. I, p. 11).

Deste modo, considerando o perigo de dano para o Estado decorrente de decisões como a refletida no Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015, conclui-se estar preenchida a **segunda condição** do art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933.

Mais, o montante pago ilegalmente pela ADSE-DG com base nesse Memorando, **€ 29.751.800,63**, constituindo uma descapitalização da ADSE, **constitui já o limite inferior do dano para o Estado, para efeitos de eventual procedimento por responsabilidade financeira reintegratória.**

Refira-se que se “À luz do regime jurídico da responsabilidade financeira de 1989, Sousa Franco, Guilherme d’Oliveira Martins, José Tavares e Lídio de Magalhães, sustentavam que a responsabilidade financeira (reintegratória) se distinguia da responsabilidade civil na medida em que aquela não pressupunha a existência de dano.”¹⁶⁷, “... visa[ndo] não só proteger a simples integridade dos dinheiros públicos mas também a própria regularidade do processo de utilização.”¹⁶⁸, “(...) parece hoje mais difícil, se não impossível, manter essa posição relativamente aos casos de pagamentos indevidos ...”¹⁶⁹, havendo uma aproximação ao instituto da responsabilidade civil¹⁷⁰, no âmbito da qual “O dever de indemnizar compreende não só o prejuízo causado, como os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência da lesão” e “Na fixação da indemnização pode o tribunal atender aos danos futuros, desde que sejam previsíveis” sendo que “se não forem determináveis, a fixação da indemnização correspondente será remetida para decisão ulterior.” (art.º 564º do Código Civil). Como se demonstrou, na situação em análise, o dano para o Estado, no seu limite inferior, já está determinado, correspondendo ao montante pago ilegalmente pela ADSE-DG com base no Memorando de Entendimento.

Esta situação seria solucionável se o Governo reverteresse, através da dotação orçamental do Serviço Nacional de Saúde, **os montantes desviados ilegalmente da ADSE-DG**, eliminando o dano já quantificado, **e adotasse medidas que garantissem** que os excedentes e receitas da ADSE **não voltariam a ser utilizados para o pagamento de despesa pública** que não compete à entidade gestora do sistema de benefícios suportar.

Finalmente, sobre a **terceira e última condição** do art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933, a audição das “estações competentes”, verifica-se que a participação do Diretor-Geral no Grupo de Trabalho que propôs o Memorando e na sua celebração, outorgando-o juntamente com os Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde do XIX Governo Constitucional, **não era, na situação concreta, suficiente para criar a convicção nestes membros do Governo de que o pagamento pela ADSE-DG dos serviços prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, que estavam a ordenar/autorizar, seria legal**, afastando a sua culpa e a suscetibilidade de virem a ser financeiramente responsabilizados.

De facto, considerando que, estes Governantes conheciam:

- ✓ a posição da ADSE-DG, até 31 de dezembro de 2014, sobre o não reconhecimento da dívida por serviços prestados pelos Serviços Regionais de Saúde, até porque a mesma constava do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção;
- ✓ a recomendação n.º 13.3 do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, dirigida aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, no sentido de “13. Diligenciar junto das

¹⁶⁷ Cfr. Costa, Paulo, *O Tribunal de Contas e a Boa Governação*, p. 482.

¹⁶⁸ Tavares, José F.F. e Magalhães, Lídio, cit. por Costa, Paulo, op. cit., p. 482.

¹⁶⁹ Cluny, António, *Responsabilidade Financeira e Tribunal de Contas*, p. 171.

¹⁷⁰ Sobre o conceito de infração financeira utilizado no art.º 59º da Lei n.º 98/97 (reposições por alcances, desvios e pagamentos indevidos, António Cluny refere que “... ela pode parecer referir-se apenas a situações e condutas ilegais, mas de natureza meramente civilística ...” pretendendo “... assegurar (...) a integralidade do património, dos dinheiros e valores públicos.”. Para este autor, a “... preven[ção] e disciplin[a] [d]as condutas financeiras dos que gerem e usam dinheiros públicos...” é, atualmente, salvaguardada pelo instituto da responsabilidade financeira sancionatória, sendo que “... a responsabilidade reintegratória não se compreende sem a prática de uma infração financeira.” (op. cit., pp. 59, 64 e 65).



entidades dos Governos Regionais (...), até ao final de 2015: (...) 13.3 [pela] regularização da dívida que os serviços e entidades dos Serviços Regionais de Saúde têm registado como sendo da ADSE-DG;” e a conclusão que a suportou de que não dispendo a ADSE-DG, desde 2010 de financiamento 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”;

- ✓ a consignação de receitas próprias da ADSE-DG ao sistema de benefícios, o regime livre e o regime convencionado, o que levou a que tivessem sido suscitadas questões junto do Tribunal Constitucional sobre outras medidas do XIX Governo respeitantes às receitas da ADSE¹⁷¹;
- ✓ o articulado das Leis dos Orçamentos do Estado que refletiram os Memorandos de 2010;
- ✓ as características do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde, da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial, e o seu financiamento através dos impostos, assim como a evolução da ADSE no sentido da sua diferenciação dos serviços públicos de saúde,

os mesmos, numa atitude de prudência adequada às suas responsabilidades, deviam ter solicitado um parecer sobre a juridicidade do pagamento que estavam a ordenar/autorizar¹⁷².

E não bastava solicitá-lo à ADSE-DG, titular das receitas utilizadas no pagamento, e/ou à Direção-Geral do Orçamento, que superintende na elaboração e execução do Orçamento do Estado¹⁷³, e/ou à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, responsável pela gestão dos recursos financeiros do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde¹⁷⁴, recordando-se, aliás, que as duas últimas não participaram no Grupo de Trabalho que deu origem ao Memorando de setembro de 2015 e que, em 2010, na sequência dos Memorandos então celebrados, transmitiram posições antagónicas sobre a responsabilidade do pagamento de cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde a quotizados/beneficiários dos sistemas públicos de saúde, conforme evidenciado no ponto 11.6.1-G.

A complexidade da matéria objeto do Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 que envolve atribuições de diversos Ministérios e da Administração Regional da Madeira, as diferentes interpretações divergentes sobre o sentido e alcance dos Memorandos de Entendimento de 2010 e das normas orçamentais posteriores, a pronúncia do Tribunal Constitucional em matéria de receitas próprias da ADSE e as várias incidências jurídicas e jurídico-constitucionais, que incluem a interpretação de princípios que presidem à concretização do Serviço Nacional de Saúde e da

¹⁷¹ Que deram origem aos Acórdãos n.º 572/2014 e 745/2014 do Tribunal Constitucional.

¹⁷² Sobre a necessidade de solicitar um parecer/informação jurídica que sustente a decisão superior, vide Acórdão do Tribunal de Contas 22/2014 - 3ª Secção. Nele se conclui que “**A circunstância de o protocolo ter sido elaborado no Gabinete Jurídico não é, só por si, nem garantia nem presunção de legalidade.** Aquela primeira testemunha disse inclusivamente que dispuseram de um prazo muito curto para concluir o processo das candidaturas e que a questão da ilegalidade nem sequer se colocou. Domingos Lopes confirmou que foi uma coisa feita à pressa e que o fundamento legal era a viabilização da candidatura, sendo este o espírito. (...) **Além de que, na ausência de parecer jurídico explicando por A mais B por que é que se considerava legal a referida atribuição de subsídio, não se pode afirmar que foi dada aos autarcas uma garantia de legalidade do que iam aprovar.**” (destaque nosso). Concretamente sobre a responsabilidade dos membros do Governo e o artigo 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933, Lia Olema F. V. J. Correia, num artigo de 2006 sobre “O Dever de Boa Gestão e a Responsabilidade Financeira”, in Estudos Jurídicos em Homenagem ao Prof. Doutor António de Sousa Franco (Volume II), considera que “**Entendem alguns autores que a lei isenta da responsabilidade financeira o membro do Governo que ouvindo os serviços, se conforme ao informado por eles (...). Não podemos subscrever tal posição.** Primeiro, porque a mesma não tem qualquer acolhimento quer na letra da lei quer numa interpretação sistemática. Em segundo lugar, porque entendemos a responsabilidade financeira dos funcionários por propostas no processo de tomada de decisão como uma responsabilidade directa (...) mas solidária, o que não afasta a responsabilidade do gestor ou do membro do governo mal informados (...). (...) Não é admissível numa sociedade moderna que aos governantes, quando actuem como ordenadores financeiros, e aos gestores públicos em geral, se admita a ignorância, com a consequente desresponsabilização, dos princípios básicos disciplinadores da gestão das finanças públicas.” (pp.810-811). Ou seja, para esta autora, mesmo ouvindo os serviços, os governantes (e os gestores em geral) não se devem conformar com o por eles informado.

¹⁷³ Art.º 2º do Decreto-Lei n.º 191/2012, de 23 de agosto.

¹⁷⁴ Art.º 3º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro.

autonomia Regional, constantes da Constituição da República Portuguesa e dos Estatutos Político-Administrativos das Regiões Autónomas, **aconselhavam e exigiam, que os membros do Governo que outorgaram o Memorando de Entendimento de 29 de Setembro de 2015, tivessem feito preceder a sua decisão de um parecer do órgão de consulta jurídica do Governo, o Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República**¹⁷⁵, composto por magistrados do Ministério Público e ou juristas de reconhecido mérito, com indiscutível conhecimento científico e garantia de isenção, independência e imparcialidade sobre o exato sentido e alcance dos princípios e normas jurídicas aplicáveis, através do recurso às melhores técnicas de hermenêutica jurídica, tendo em conta a combinação mais harmoniosa dos vários elementos de interpretação das normas jurídicas a ponderar *in casu*, a saber, a Constituição da República Portuguesa, o Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, os Memorandos de Entendimento, as Leis dos Orçamentos do Estado e o regime jurídico da ADSE, tendo em conta a unidade do sistema jurídico e o pluralismo e diversidade das fontes de direito.

Refira-se que, quando homologados pelos membros do Governo que os solicitam¹⁷⁶, os pareceres do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República sobre disposições de ordem genérica valem como **interpretação oficial** perante os serviços dos respetivos Ministérios, cfr. art.º 43º da Lei n.º 47/86, de 15 de outubro.

Deste modo, não tendo o **Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e o Secretário de Estado da Saúde**, que outorgaram o Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015, ouvido a “estação competente” nesta matéria, o **Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República**, conclui-se que os mesmos **são suscetíveis de incorrer em responsabilidade financeira reintegratória**, nos termos do **art.º 59º, n.ºs 1 e 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto**, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, devendo estes ser conjugados como o n.º 6 do mesmo preceito, e os art.ºs 61º a 64º da mesma Lei, e nos termos do **art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933**, ex vi art.º 61º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, determinando-se como limite inferior do dano para o Estado, o montante pago pela ADSE-DG ao Serviço Regional de Saúde em resultado do Memorando que outorgaram: **€ 29.751.800,63**.

Refira-se, por fim, que os procedimentos por responsabilidade financeira extinguem-se nos termos do art.º 69º da Lei 98/97, designadamente o procedimento por responsabilidade financeira reintegratória extingue-se pelo pagamento da quantia a repor a qualquer momento.

No exercício do contraditório, o **Ministro da Saúde**, através da Chefe do Gabinete, rejeita as recomendações que lhe são dirigidas (e ao Ministro das Finanças) de reverter, através do Orçamento do SNS, os montantes pagos pela ADSE ao Serviço Regional de Saúde da Madeira e de garantir que a ADSE não suporta, futuramente, encargos com os Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, relativos a serviços prestados aos beneficiários da ADSE (recomendação 8).

A este respeito considera que as conclusões do Relatório que as suportam **“... não têm (...) respaldo no teor do Memorando de Entendimento celebrado em 2010 (...), na medida em que o mesmo (...) não teve como objeto, nem poderia ter tido, as despesas referentes aos serviços prestados pelas**

¹⁷⁵ Cfr. art.º 37º, al. a), da Lei n.º 47/86, de 15 de outubro, alterada pelas Leis n.º 2/90, de 20 de janeiro, 23/92, de 20 de agosto, 33-A/96, de 26 de agosto, 60/98, de 27 de agosto, 42/2005, de 29 de agosto, 67/2007, de 31 de dezembro, 52/2008, de 28 de agosto, 37/2009, de 20 de julho, 55-A/2011, de 31 de dezembro, 9/2011, de 12 de abril.

¹⁷⁶ Ou pelo Primeiro-Ministro, quando o objeto da consulta interessar a dois ou mais ministérios que não estejam de acordo sobre a homologação do parecer.



Regiões Autónomas aos beneficiários da ADSE.” pois “... face à autonomia reconhecida aos Governos Regionais dos Açores e da Madeira relativamente à definição e execução da respetiva política de saúde, qualquer Memorando que tivesse como âmbito os serviços e saúde das Regiões Autónomas a beneficiários da ADSE, determinaria obrigatoriamente a intervenção de um representante dos Governos Regionais dos Açores e da Madeira na sua celebração, o que (...) não aconteceu.”.

E acrescenta que “... da mesma da mesma forma que, nos termos do Memorando de 2010, e em execução do mesmo, a dotação orçamental do Ministério da Saúde foi reforçada para satisfazer as despesas de saúde dos beneficiários da ADSE (...) caso o mesmo Memorando tivesse tido como âmbito de aplicação, também, as despesas de saúde dos beneficiários daqueles subsistemas nas Regiões Autónomas, então a dotação da ADSE teria conseqüentemente sido reduzida e aumentado na exata medida o valor das transferências do Orçamento do Estado de 2010 para as Regiões Autónomas, o que também não aconteceu.”.

Alega, ainda, quanto às responsabilidades atuais e futuras da ADSE com encargos com os Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores (recomendação n.º 8) que “... está pressuposto no projeto de relatório que do facto de as cotizações dos trabalhadores em funções públicas serem, neste momento, a única fonte de financiamento da ADSE-DG, decorre a natureza privada dos respetivos fundos, passando a missão da ADSE-DG a ser de natureza privada. Este entendimento contende, desde logo, com atual configuração jurídica da ADSE, a qual é de uma Direcção Geral, cujas competências legalmente estabelecidas são para prosseguir atribuições do Estado e não de quaisquer interesses privados, mesmo que de expressão coletiva. Assim sendo, e até que exista uma alteração legislativa, não é possível retirar, do ponto de vista do princípio da legalidade, qualquer implicação quanto aos fins públicos prosseguidos pela Direcção Geral da ADSE.”.

E continua:

“O financiamento da ADSE através de verbas do Orçamento de Estado, como aconteceu até 2010, ou através de contribuições dos empregadores públicos e dos trabalhadores beneficiários como aconteceu até 2015, ou através de contribuições exclusivamente a cargo dos trabalhadores como acontece desde 2015 não altera a responsabilidade deste organismo quanto às prestações de saúde sem que exista ato normativo que o determine.”

“Por outro lado, retirar da existência de um Serviço Nacional de Saúde financiado pelos impostos a consequência da complementaridade das atribuições da ADSE e a sua desresponsabilização pelo pagamento dos cuidados de saúde sem alteração legislativa não tem respaldo normativo e não se afigura conforme ao princípio da legalidade que deve nortear a atividade administrativa.”

“Deste modo, a responsabilidade da ADSE pelas prestações de saúde realizadas pelos Serviços Regionais de Saúde e bem assim a afetação das contribuições dos trabalhadores deve manter-se nos termos em que foram plasmadas no Decreto-Lei n.º 118/83 até que se verifique uma alteração legislativa, sendo irrelevante a forma de financiamento de cada uma das estruturas, mormente a ADSE-DG integrada na Administração Estadual Direta.”.

Em suma, o Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, defende que “As vicissitudes verificadas na legislação da ADSE de natureza pontual (como aconteceu com a Lei que aprovou o Orçamento para 2016) e a alteração da tipologia das receitas da ADSE não modifica a sua natureza jurídica de subsistema público de saúde nem pode determinar, sem alteração legislativa, uma modificação imediata das relações financeiras e administrativas.”.

A propósito das recomendações que também lhe foram dirigidas o **Ministro das Finanças**, através do Chefe do Gabinete, transmite o seguinte:

“No âmbito do exercício do direito de contraditório (...) o Ministério da Saúde expressou o entendimento, que fundamentou, de que o valor pago ao Serviço Regional de Saúde da Madeira era devido pela ADSE-DG, pelo que, naturalmente, não cabe ao Ministério das Finanças tomar qualquer iniciativa, seja em matéria orçamental ou outra, que pressuponha a invalidade do Memorando de Entendimento que suportou o pagamento em causa.”

“... no que se refere à recomendação de que a ADSE-DG não suporte, no futuro, encargos com os Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, que a matéria em causa dependerá da definição do modelo institucional, de gestão e de financiamento daquela entidade o qual se julga incumbirá, em primeira linha, ao Senhor Ministro da Saúde ...”.

Proferidas por quem tem o poder de direção sobre a ADSE, as alegações do **Ministro da Saúde** causam preocupação e corroboram as reservas do Tribunal de Contas quanto à adequação da integração da ADSE no Ministério que tem a função saúde do Estado, o Ministério da Saúde.

De facto, a interpretação das normas que regulam o regime de benefícios da ADSE subjacente às alegações apresentadas pelo Ministro da Saúde:

- **sustenta, por um lado, a manutenção da responsabilidade financeira da ADSE com os encargos resultantes da prestação de cuidados aos quotizados/beneficiários da ADSE pelos Serviços Regionais de Saúde;**
- **e admite a utilização dos descontos nesses pagamentos;**

numa leitura de legalidade estrita que colide com o “bloco de legalidade” à luz do qual esta matéria deve ser apreciada.

Mais, tendo em conta que (i) ainda existe dívida exigida pelos serviços públicos de saúde à ADSE¹⁷⁷, embora a responsabilidade pela mesma tenha, na sequência dos Memorandos de 2010, passado para o Serviço Nacional de Saúde¹⁷⁸ e que (ii) existem encargos da responsabilidade destes serviços que a ADSE continua a suportar¹⁷⁹, é admissível antecipar que a ADSE venha também a ser indevidamente responsabilizada por estes e por novos encargos, ainda que seja financiada apenas pelos descontos dos quotizados.

Assim, se o aumento da taxa de desconto dos quotizados da ADSE pelo XIX Governo Constitucional visou a consolidação orçamental¹⁸⁰, os excedentes entretanto gerados poderão vir a ser utilizados pelo Ministro da Saúde do XXI Governo Constitucional no financiamento de despesa que deve ser suportada pelos impostos.

De facto, no entender do Ministro da Saúde, até que se verifique uma alteração legislativa do regime de benefícios da ADSE, o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, a responsabilidade da ADSE no financiamento dos cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde mantém-se e a ADSE continuaria responsável pelo pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde no continente se não fossem as normas que anualmente transferem essa responsabilidade para o

¹⁷⁷ Objeto dos pontos 11.6.1-G e 11.6.2-I do Relatório.

¹⁷⁸ Materialmente considerado (incluindo Serviços Regionais de Saúde).

¹⁷⁹ Objeto dos pontos 11.6.1-G e 11.6.2-J.

¹⁸⁰ A este propósito, na exposição de motivos da proposta de Lei n.º 211/XII, que deu origem à Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, que procedeu ao aumento da taxa de desconto para 3,5%, lê-se que “Em face desta decisão do Tribunal Constitucional [Acórdão n.º 862/2013, de 7 de janeiro, que declarou a inconstitucionalidade de normas que estabeleçam um conjunto de mecanismos de convergência da proteção social] o Governo foi forçado a aprovar um conjunto de medidas substitutivas tendentes a cumprir os objetivos e as metas de natureza orçamental a que nos encontramos vinculados, nos termos do Programa de Assistência Económica e Financeira.”.



Serviço Nacional de Saúde. No seu entender a responsabilidade da ADSE nesse pagamento é independente das alterações que se verificaram na sua estrutura de financiamento desde 2010, admitindo, inclusivamente, que os descontos e os excedentes por eles gerados sejam utilizados no pagamento do serviço público de saúde, o Serviço Nacional de Saúde, incluindo os Serviços Regionais de Saúde.

Note-se que, considerando a integração da ADSE no Ministério da Saúde, a iniciativa da alteração legislativa do regime de benefícios da ADSE compete ao Ministro da Saúde, pelo que, atendendo à interpretação que o mesmo faz do regime jurídico em vigor, quanto mais tarde ocorrer essa alteração maior é o risco de os descontos dos quotizados virem a ser utilizados no pagamento de cuidados que devem ser suportados pelos impostos em geral. Recorde-se que os quotizados da ADSE já financiam os serviços públicos de saúde, quer do continente quer das Regiões Autónomas, com o pagamento dos seus impostos, pelo que a utilização dos descontos para esse efeito consubstancia, na prática, uma espoliação do direito constitucional e legal à saúde.

Ainda a propósito da alteração legislativa do regime de benefícios da ADSE, recorde-se que o Diretor-Geral da ADSE já apresentou, em dezembro de 2015, uma proposta que pretendia clarificar o papel de complementaridade, exógeno, da ADSE face ao Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde e que a mesma não foi acolhida até ao momento pelo Ministério da Saúde, alegadamente por estar em estudo o modelo de governação e funcionamento da ADSE pela Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), criada pelo Despacho n.º 3177-A/2016, para o qual foi também solicitado um estudo à Entidade Reguladora da Saúde.

A alteração proposta pelo Diretor-Geral da ADSE, aliás, mais não fazia do que refletir no regime de benefícios a única interpretação possível que, desde 2010, dele pode ser feita, mas que é repudiada pelo Ministro da Saúde.

A interpretação que o Ministro da Saúde faz do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, alegadamente sustentada num princípio de legalidade estrita, olvida em absoluto o “bloco da legalidade” e os princípios de juridicidade da atividade administrativa, que aliás devem ser considerados na interpretação das normas jurídicas, considerando o apelo que o art.º 9º do Código Civil faz à unidade do sistema jurídico¹⁸¹.

Conforme ensinam Marcelo Rebelo de Sousa e André Salgado de Matos¹⁸² “... atualmente não se pode ignorar que a lei é apenas uma entre outras fontes de direito (...); **a preferência de lei [183] passou[184] a ser entendida como preferência da ordem jurídica globalmente considerada.** A lei deixou, portanto, de constituir o único parâmetro jurídico da actividade administrativa; tal parâmetro é, agora, todo o **bloco de legalidade.**” que “... inclui, desde logo, a Constituição, abarca também o direito internacional (...), o direito comunitário, a lei ordinária (...) e os regulamentos administrativos (...). Em conformidade (...) o art.º 3º, 1 CPA estabelece a vinculação da administração “à lei e ao direito.” (destaque nosso)

¹⁸¹ Conforme art.º 9º do Código Civil: “1. A interpretação não deve cingir-se à letra da lei, mas reconstituir a partir dos textos o pensamento legislativo, tendo sobretudo em conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada. 2. Não pode, porém, ser considerado pelo intérprete o pensamento legislativo que não tenha na letra da lei um mínimo de correspondência verbal, ainda que imperfeitamente expresso. 3. Na fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados.”.

¹⁸² In Direito Administrativo Geral, Tomo I, 5ª Ed, pág. 163.

¹⁸³ Nos termos do qual “... são proscritas actuações administrativas que contrariem a lei; em caso de conflito entre a lei e um acto de administração, a lei prefere (ou prevalece) sobre este.”, Marcelo Rebelo de Sousa e André Salgado de Matos, ob cit, pág. 163.

¹⁸⁴ Na evolução do Estado liberal para o Estado social.

De facto, se o Decreto-Lei n.º 118/83 estabelece como benefícios da ADSE, a prestação de cuidados em “Hospitais do Estado, incluindo qualquer unidade de cuidados primários” nos termos “de acordos celebrados” ou, caso estes não existam (o que se verificou ser o caso no relacionamento da ADSE com o Serviço Nacional de Saúde, no seu todo, cfr. ponto 11.6.1-B), que a ADSE proceda ao “... pagamento direto à entidade prestadora de serviços, de conformidade com o legalmente estabelecido” (art.ºs 19º, n.º 3, 23º, n.º 1, al. a), e 2, e 37º do Decreto-Lei n.º 118/83), sendo que “o legalmente estabelecido” não resulta do regime de benefícios da ADSE, mas:

- (i) da inclusão da ADSE no conceito indeterminado de “terceiro, legal ou contratualmente, responsável pelo pagamento de cuidados prestados pelos Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde”, onde se integram os “subsistemas de saúde” (outro conceito indeterminado), referenciados na Lei da Bases da Saúde, nos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde e
- (ii) dos regulamentos dos Governos da República e das Regiões que fixam os preços a cobrar pelo Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde a “terceiros, legal ou contratualmente, responsáveis por esse pagamento”.

Ora as referências que quer o art.º 19º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 118/83, quer as normas da Lei da Bases da Saúde, nos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde, fazem ao “**legalmente estabelecido**” ou a “terceiro **legalmente responsável pelo pagamento de cuidados prestados pelos Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde**” devem ser densificadas não apenas à luz das normas legais e regulamentares que regulam no imediato a situação, no caso o Decreto-Lei n.º 118/83, a Lei da Bases da Saúde e os Estatutos do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde e, desde 2010, as Leis do Orçamento do Estado, mas também à luz dos princípios que regulam a atividade do Governo e da Administração Pública, no caso os princípios constitucionais que enformam o Serviço Nacional de Saúde e os princípios de juridicidade da atividade administrativa, onde designadamente se inclui o princípio da legalidade, evocado nas alegações do Ministro da Saúde, e o princípio da proporcionalidade. Ou seja, à luz do “bloco da legalidade”.

Neste enquadramento, conclui-se que as alegações do Ministro da Saúde relativas à manutenção da responsabilidade financeira da ADSE com os encargos resultantes da prestação de cuidados aos quotizados/beneficiários da ADSE pelos Serviços Regionais de Saúde e à possibilidade de utilização dos descontos no pagamento de tais cuidados ignoram por completo:

- 1º. Os princípios enformadores do Serviço Nacional de Saúde, designadamente a universalidade e a gratuidade tendencial, consagrados na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde, sendo que a “... universalidade confere a **todos o direito de recorrer ao SNS sem seletividade nem discriminações (...)** o que supõe a adequada cobertura territorial do país com unidades de saúde ...” e a “... gratuidade (...) implica(...) a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos (...) **os quais são suportados pelo orçamento do Estado.**” (cfr. J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Portuguesa Anotada, I, 4ª Ed., pág. 827-828, destaque nosso) – cfr. ponto 11.6.1-A;
- 2º. A unidade do Serviço Nacional de Saúde constitucionalmente previsto, incumbência do Estado, que não pode ser comprometida pela “... participação das regiões autónomas e das autarquias locais na organização e funcionamento do sistema de saúde constitucionalmente garantido.” e pela criação dos subsistemas de saúde, sendo “... necessário criar mecanismos que garantam (...) a unidade do serviço nacional de saúde.” (cfr. Jorge Miranda e Rui Medeiros, Constituição da



República Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed, pág. 1317-1319)¹⁸⁵ – cfr. ponto 11.6.1-A e B. Aliás essa unidade do Serviço Nacional de Saúde está espelhada no próprio regime de benefícios da ADSE, o Decreto-Lei n.º 118/82, cujo art.º 23º, n.º 1, al. a), se refere a “*Hospitais do Estado, incluindo qualquer unidade de cuidados primários*”, não discriminando hospitais ou unidades de cuidados primários dependentes do Ministério da Saúde ou dos Governos regionais;

- 3º. O mecanismo de financiamento público dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, incluindo os Serviços Regionais de Saúde, a quotizados/beneficiários da ADSE, que garantia, até 2009, os princípios constitucionais que enformam o Serviço Nacional de Saúde, designadamente o da gratuitidade tendencial, e o enquadramento da ADSE como um sistema de saúde responsável pelo financiamento dos cuidados prestados aos seus quotizados/beneficiários por aqueles Serviços, previsto nos diplomas orgânicos da ADSE, no regime de benefícios da ADSE, na Lei de Bases da Saúde e nos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde e Serviços Regionais de Saúde – cfr. ponto 11.6.1-B;
- 4º. A alteração ocorrida neste mecanismo de financiamento em consequência dos Memorandos de 2010 e das Leis dos Orçamentos do Estado entretanto publicadas – cfr. ponto 11.6.1-0, D e E, com base no qual as tarefas do Serviço Nacional de Saúde, um serviço unitário, que haviam sido “delegadas” na ADSE, até 2009 inclusive, foram avocadas por aquele, a partir de 2010, sendo, em consequência, o Serviço Nacional de Saúde financiado para o efeito;
- 5º. A transformação da ADSE num sistema facultativo, a partir de 2010, em conformidade com a alteração efetuada no Decreto-Lei n.º 118/83 pela Lei do Orçamento de Estado de 2010 - cfr. ponto 11.6.1-0, coerente com a alteração ocorrida no esquema de financiamento público dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, incluindo os Serviços Regionais de Saúde, a quotizados/beneficiários da ADSE.

E, ainda, no que respeita à defesa da possibilidade de utilização dos descontos no pagamento de cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde:

- 6º. O princípio da unidade do imposto, previsto no art.º 104º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa, considerando que os mesmos, como já referido devem ser financiados pelos impostos.

A este propósito recorda-se a jurisprudência do Tribunal Constitucional e a doutrina já citada no presente Relatório:

- Acórdão n.º 745/2014 do Tribunal Constitucional: “*A contribuição imposta aos beneficiários titulares da ADSE não se destina a financiar o Estado e as funções públicas em geral. Nem sequer se destina a financiar todas as atividades da Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas. Destina-se, apenas, a financiar o pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.*” e, especificamente a propósito de cuidados de saúde no âmbito do SNS/SRS, que “*Enquanto cidadãos nacionais, aos beneficiários dos subsistemas de saúde deve ser garantido (...) o direito à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, em condições de igualdade de direitos e deveres com os demais utentes. Também não se oferece dúvida de que (...) as despesas de saúde relativas ao Serviço Nacional de Saúde não podem ser financiadas com recurso às contribuições desses beneficiários...*” (destaque nosso).

- Jorge Miranda e Rui Medeiros¹⁸⁶ - “*(...) a gratuidade [do SNS] tanto impede que os utentes sejam diretamente responsabilizados pelos encargos do serviço nacional de saúde, como obsta a que eles sejam obrigados a suportar indiretamente tais despesas através de descontos ou de pagamentos à entidade privada responsável pela obrigação final.*” (destaque nosso).

- 7º. O princípio da proporcionalidade, previsto no art.º 18º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa e no art.º 7º do Código do Procedimento Administrativo, considerando que a utilização dos descontos e dos excedentes por ele gerados em despesa com cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde não contribuem para a

¹⁸⁵ Refira-se que J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, in Constituição da República Portuguesa Anotada, questionam o “... papel das (...) regiões autónomas (...) e [dos] municípios na prestação de cuidados de saúde.” (pág. 828), e ainda “... a legitimidade constitucional de sistemas públicos complementares de natureza contributiva obrigatória ...” (pág. 827) como sucedia com a ADSE até 2010.

¹⁸⁶ In Constituição Portuguesa Anotada, I, 2ª Ed., págs. 1316-1317.

autossustentabilidade da ADSE, fim evocado pelo XIX Governo Constitucional para o aumento do desconto.

Também, no Acórdão n.º 745/2014, o Tribunal Constitucional, a propósito da adequação do aumento da taxa de desconto ao princípio da proporcionalidade considerou o seguinte:

“Em primeiro lugar, a autossustentabilidade de um subsistema de saúde é um conceito que não coincide integralmente com o (auto)financiamento desse mesmo subsistema num determinado ano. O primeiro será mais amplo e duradouro, preconizando que o sistema deve prever os meios necessários para se tornar sustentável numa perspetiva de médio e longo prazo. Ou seja, é razoável que essa sustentabilidade pressuponha a constituição de excedentes. O excedente contribuirá para que se atinja e mantenha, num horizonte alargado, a sustentabilidade do subsistema, considerando que razões demográficas e outras (aumento do número de subscritores aposentados e reformados, aumento da idade média dos subscritores) permitirão estimar que, no médio e longo prazo, se verifique um aumento das despesas e a redução das receitas do subsistema. Se se visar manter o nível de serviços prestados ou até, eventualmente, alargar esses serviços, a criação de excedentes permite prevenir e fazer face a eventualidades futuras. Nesta perspetiva, o excedente gerado este ano, sendo consignado ao pagamento dos benefícios concedidos aos beneficiários pela ADSE e transitando para o orçamento do próximo ano, visará a (auto)sustentabilidade do sistema.

“Em segundo lugar, é mister recordar que a ADSE é um subsistema pautado pela liberdade de inscrição e pela liberdade de manutenção da inscrição, e complementar da proteção na saúde oferecida pelo SNS. O mesmo é dizer que a adesão ao subsistema e o correspondente pagamento da contribuição não é obrigatória (cfr. o artigo 12.º, n.ºs 1, 2 e 3, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na sua atual redação).”

“Neste contexto, é de concluir que o aumento em um ponto percentual – de 2,5 para 3,5% - das contribuições devidas pelos beneficiários do subsistema da ADSE não constitui uma medida manifestamente desequilibrada ou desnecessária para a consecução do desiderato de autossustentabilidade da ADSE.” (destaque nosso)

A interpretação das normas *supra* citadas do Decreto-Lei n.º 118/83, da Lei da Bases da Saúde e dos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde considerando os princípios evocados em 1º, 6º e 7º e a evolução legislativa sintetizada em 4º e 5º permite concluir:

- que a ADSE deixou de ser um sistema “substitutivo” do Serviço Nacional de Saúde constitucional e legalmente previsto, responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados/beneficiários onde quer que eles fossem prestados, passando a ser um sistema “complementar” desse Serviço Nacional de Saúde, responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados/beneficiários em unidades e estabelecimentos não pertencentes à rede pública de saúde;
- e que os descontos dos quotizados da ADSE não podem ser utilizados no financiamento daqueles cuidados.

Nas Regiões Autónomas, as atribuições e competências do Serviço Nacional de Saúde constitucionalmente previsto são desempenhadas pelos Serviços Regionais de Saúde: estes mais não são do que a regionalização administrativa daquele, regendo-se também pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial. Assim, a alteração operada em 2010 no mecanismo de financiamento público dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde a quotizados/beneficiários da ADSE inclui os Serviços Regionais de Saúde. Uma interpretação contrária das normas em vigor contraria os princípios constitucionais que enformam o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente o princípio da gratuidade tendencial, e, também, no caso da utilização dos descontos com essa finalidade, o princípio da unidade do imposto. É, ainda, questionável a adequação de uma taxa de desconto que gera receitas acima das necessidades de financiamento do sistema ADSE, entendido este como prestação de cuidados em regime livre e convencionado, se os excedentes gerados não puderem ser acumulados e rentabilizados, sendo ao invés utilizados para suportar despesa que deve ser financiada pelos impostos. Veja-se, a este respeito, a posição do Tribunal Constitucional *supra* transcrita.

Quanto ao argumento do Ministro da Saúde de que *“... da mesma forma que, nos termos do Memorando de 2010, e em execução do mesmo, a dotação orçamental do Ministério da Saúde foi*



reforçada para satisfazer as despesas de saúde dos beneficiários da ADSE (...) caso o mesmo Memorando tivesse tido como âmbito de aplicação, também, as despesas de saúde dos beneficiários daqueles subsistemas nas Regiões Autónomas, então a dotação da ADSE teria conseqüentemente sido reduzida e aumentado na exata medida o valor das transferências do Orçamento do Estado de 2010 para as Regiões Autónomas, o que também não aconteceu.”, refere-se, por um lado, que a dotação da ADSE em 2010 para fazer face a despesas com o Serviço Nacional de Saúde, incluindo Serviços Regionais de Saúde, foi de cerca de € 50 milhões sendo utilizada para suportar dívida da ADSE a estes Serviços, contabilizada no seu balanço a 31 de dezembro de 2009, e que, a partir desse ano, foi totalmente eliminada, e, por outro lado, que não se verificou o aumento do valor das transferências do Orçamento do Estado de 2010 para as Regiões Autónomas¹⁸⁷ porquanto era o Ministério da Saúde e o Serviço Nacional de Saúde que, nos termos do Memorando de janeiro de 2010 e das Leis do Orçamento do Estado posteriores, deviam ter assumido a responsabilidade pelos encargos com as prestações de saúde realizadas a quotizados e beneficiários da ADSE.

Note-se que estes quotizados e beneficiários da ADSE são, tal como os restantes cidadãos, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, constitucional e legalmente previsto, independentemente da organização administrativa que este tenha, não podendo ser discriminados em função do seu local de residência.

A propósito do estudo do modelo de governação e funcionamento da ADSE que, de acordo com as alegações do Ministro da Saúde, pode resultar:

- ⇒ *“... num modelo de inscrição opcional e totalmente dependente das quotizações dos beneficiários, sem intervenção direta ou indireta do Estado.”* e, *“Neste caso, tornar-se-á necessário adotar um conjunto de medidas, nomeadamente, as ora preconizadas no sentido de autonomizar a gestão da ADSE e o Governo deixará de ter intervenção direta nas decisões a adotar pela nova entidade, nomeadamente quanto a um eventual alargamento do elenco de beneficiários, quanto aos mecanismos de solidariedade do sistema, quanto ao valor e destinatários das quotizações, quanto ao estabelecimento de acordos com estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde ou das Regiões Autónomas, quanto à comparticipação de medicamentos e tratamentos, etc.”* ou
- ⇒ num *“... modelo (...) assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários), com ou sem possibilidade de opção dos beneficiários, com ou sem alargamento aos respetivos familiares e aos demais trabalhadores do setor empresarial do Estado, regressando ao modelo anterior, a ADSE não perderá a natureza de subsistema, a sua sustentabilidade será subsidiariamente garantida pelo Estado e poderão manter-se inalterados os elencos de competências daquela estrutura e a intervenção do Estado em moldes idênticos aos atuais, sem violação dos direitos dos quotizados.”*

faz-se notar que a ADSE é atualmente um *“modelo de inscrição opcional e totalmente dependente das quotizações dos beneficiários”*, pelo que, o Ministro da Saúde, ao admitir que, neste caso, é *“necessário adotar um conjunto de medidas, nomeadamente, as ora preconizadas no sentido de autonomizar a gestão da ADSE e o Governo deixará de ter intervenção direta nas decisões a adotar pela nova entidade”* o mesmo, implicitamente já está a concordar com as conclusões e recomendações do Tribunal de Contas em matéria de responsabilidade financeira da ADSE relativamente aos cuidados prestados no quadro do serviço público de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde. Porém, não as acolhe devido a uma interpretação, alegadamente baseada no princípio da legalidade que, como se viu, assenta numa perspetiva

¹⁸⁷ Que, aliás, só pode ocorrer ao abrigo da Lei das Finanças das Regiões Autónomas, atual Lei Orgânica n.º 2/2013, de 2 de setembro, e, antes desta, Lei Orgânica n.º 1/2007, de 19 de fevereiro, alterada pela Lei Orgânica n.º 1/2010, de 29 de março.

limitada deste princípio que não tem em consideração todo o bloco de normas jurídicas que regulam esta matéria.

Enquanto não estiver definido um novo modelo de governação e funcionamento da ADSE, compete ao Governo e, em especial, ao Ministro da Saúde preservar a sua sustentabilidade, não impondo à ADSE o pagamento de cuidados que, atualmente, não são da sua responsabilidade. E note-se que a decisão de não pagamento desses cuidados é a única que se compatibiliza com o quadro normativo em vigor.

Mais, no que concerne especificamente aos descontos, a interpretação dos art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, conjugada com os princípios constitucionais que enformam o Serviço Nacional de Saúde e o princípio da unidade do imposto, conduz à única conclusão possível: a finalidade do pagamento dos descontos é o acesso a cuidados de saúde diferenciados dos oferecidos pelo Serviço Nacional de Saúde. A contestação deste responsável, no que respeita à utilização da expressão “fundos privados”, baseia-se no facto de os descontos serem, formalmente, uma receita pública¹⁸⁸. A este respeito, o Tribunal já se pronunciou no ponto 5 do Volume I, concluindo-se aí que os descontos não são em substância uma receita pública, não aceitando o Tribunal que, por motivos de mera forma e conveniência, seja ignorada a substância dos descontos e negada a intangibilidade do desconto dos quotizados para outros fins que não sejam o financiamento de cuidados de saúde distintos dos oferecidos pelo Serviço Nacional de Saúde /Serviço Regional de Saúde.

Quanto ao possível retorno a um “... modelo (...) assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...” em que “... a ADSE não perderá a natureza de subsistema...”, sobre o qual o Tribunal já se pronunciou no ponto 5 (Volume I), refira-se ainda que, mesmo nessa situação, os descontos não podem ser utilizados para suportar despesa com Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde na medida em que estes devem ser suportados pelos impostos em geral¹⁸⁹.

Mesmo que se aceite que o desconto seja uma receita pública, a mesma segundo o Acórdão citado do Tribunal Constitucional¹⁹⁰ estará afeta a determinados fins, tratando-se de uma receita pública consignada¹⁹¹. A sua utilização para fins diversos significará a violação da Lei do Enquadramento Orçamental, designadamente do art.º 16º da Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro.

Também, no exercício do contraditório, os responsáveis indiciados pela eventual prática de infrações financeiras – o Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo Constitucional e o Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores

¹⁸⁸ A receita proveniente dos descontos dos quotizados é, contabilisticamente, receita de um serviço integrado do Estado (a Direção-Geral da ADSE), sendo refletida no Orçamento e na Conta Geral do Estado do Estado.

¹⁸⁹ Daí que o próprio art.º 25º, n.º 6, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro, em conformidade com o princípio da gratuidade tendencial do Serviço Nacional de Saúde, estabeleça que a “A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante participação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF [Atual Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)], nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde.”.

¹⁹⁰ Acórdão n.º 545/2014.

¹⁹¹ Refira-se que em duas declarações de voto ao Acórdão do Tribunal Constitucional os descontos são enquadrados nas contribuições a favor de entidade pública, como as contribuições para a segurança social, também estas afetas a determinados fins.



em Funções Públicas - refutam a prática de qualquer infração financeira suscetível de os fazer incorrer em responsabilidade financeira.

O **Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo Constitucional** apresentaram argumentos idênticos.

Numa alusão ao art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933, aplicável aos membros do Governo, *ex vi* art.º 61º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, ambos os responsáveis alegam que “... *não pode haver responsabilidade reintegratória ...*” porque “... *não houve qualquer prejuízo para o Estado ...*”, pois “... *é indiscutível a existência de uma dívida da Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) à Região Autónoma da Madeira ...*”, considerando que “*O Memorando de Entendimento celebrado em 2010 entre o Ministério das Finanças, o Ministério da Defesa Nacional, o Ministério da Administração Interna e o Ministério da Saúde refere-se apenas aos subsistemas públicos de saúde que o subscreveram e ao Serviço Nacional de Saúde.*” e “*Fora do seu âmbito ficaram as Regiões Autónomas e as Autarquias.*”.

Alegam, ainda que “*Toda a informação prestada pela ADSE foi no sentido de que a dívida existia ...*” e “... *que existia um saldo da entidade patronal e/ou reembolsos processados por entidades patronais que cobria o valor a ser pago à Região Autónoma da Madeira. (...) Aliás, tal decorre também de forma expressa e incontrovertida do Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção do Tribunal de Contas ...*”. “*Neste enquadramento a operação de pagamento dos € 29,8 milhões de euros, não envolveu qualquer verba com origem em quotizações dos trabalhadores, antes das entidades empregadoras públicas.*”.

Evocam, também, o art.º 111º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016) relativo à responsabilidade financeira do Estado e das regiões autónomas na prestação dos cuidados de saúde¹⁹², salientando que o mesmo “... *permite a regularização de dívidas mediante acordo a celebrar entre o Governo da República e os Governos Regionais.*” (n.º 4) e que “*o n.º 3 (...) reconhece de forma inequívoca que os subsistemas públicos são responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados pelo Serviço Regional de Saúde aos seus beneficiários.*”, concluindo que “... *o pagamento que a ADSE efetuou à Região Autónoma da Madeira refere-se justamente a dívidas que foram reconhecidas por aquela, decorrentes de serviços prestados pelo SRS aos beneficiários da ADSE.*”.

Com o objetivo de demonstrar a existência da dívida, o Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo, em anexo às alegações, argumenta ainda que “... *o Memorando [de 2010] não pode ser geral.*”, i.e., não incluiu nem a Administração Local nem a Administração Regional, desde logo porque:

1º. “... *os serviços de saúde prestados pelo SNS aos beneficiários da ADSE funcionários públicos das Autarquias, que antes eram faturados à ADSE, (...) continuaram a ser responsabilidade das*

¹⁹² Dispõe este artigo: “1 — Os utentes dos serviços regionais de saúde (SRS) das regiões autónomas têm direito aos cuidados de saúde prestados pelas instituições do SNS nas mesmas condições dos utentes deste serviço e estes têm direito à prestação de cuidados de saúde pelas instituições do SRS nas mesmas condições dos respetivos utentes. 2 — A responsabilidade financeira na prestação de cuidados de saúde pelo SNS aos utentes dos SRS das regiões autónomas e a destes para com os utentes do SNS rege-se pelo princípio da reciprocidade. 3 — O disposto no número anterior não se aplica aos subsistemas de saúde, que são responsáveis financeiramente pelos cuidados de saúde prestados aos respetivos beneficiários. 4 — As dívidas liquidadas à presente data e derivadas da prestação de cuidados de saúde pelo SNS aos utentes dos SRS, e destes aos utentes do SNS são regularizadas nos termos a acordar entre o Governo da República e os respetivos Governos Regionais, que, para o efeito, constituirão um grupo de trabalho conjunto. 5 — As normas previstas no presente artigo produzem efeitos a partir da data da entrada em vigor dos diplomas aprovados pelas Assembleias Legislativas das Regiões Autónomas que estabeleçam a reciprocidade dos cuidados prestados pelos SRS, ou entidades neles integrados, aos utentes do SNS”.

Autarquias.” daí as normas das Leis do Orçamento do Estado que estabeleceram o financiamento direto do Serviço Nacional de Saúde pelas Autarquias Locais¹⁹³;

2º. E *“a dotação acrescida do SNS referida no Memorando [de 2010] não visava passar a responsabilidade financeira da ADSE para com as Regiões Autónomas para o Ministério da Saúde. A dívida reconhecida da ADSE ao SNS não incluía a dívida da ADSE às Regiões Autónomas.”*, considerando os seguintes *“... aspetos historicamente relevantes”*:

- *“após 2010 os serviços do SNS deixaram de faturar à ADSE os serviços prestados aos seus beneficiários, mas os SRS continuaram a faturar esses serviços à ADSE.”*, *“... facto (...) apenas (...) entendível porque a relação com as Regiões Autónomas estava excluída do Memorando. Se a dotação acrescida, referida no Memorando, visasse substituir a ADSE pelo orçamento do Ministério da Saúde na relação com os estabelecimentos dos SRS, a prática orçamental subsequente nunca concretizou esse fim.”*, *“... em nenhum ano o orçamento do Ministério da Saúde te[ve] prevista uma transferência para os orçamentos das Regiões Autónomas...”*;

- *“os serviços do SNS continuaram a faturar aos SRS os serviços de saúde prestados a residentes das Regiões Autónomas.”*, dando como exemplo o art.º 149º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (OE 2013) que *“... não exclui (...) os beneficiários da ADSE residentes nas Regiões Autónomas.”*, ou seja o SNS fatura aos SRS os cuidados prestados a residentes das Regiões Autónomas, independentemente de serem beneficiários da ADSE ou não;

- *“os serviços do SNS viram regularizadas dívidas da ADSE existentes até dezembro de 2009 (ainda que parcialmente), ao contrário dos serviços dos SRS.”*;

- *“... o subsistema público de saúde [SAD da GNR] continuou a reconhecer as dívidas pela prestação de serviços realizadas pelos estabelecimentos dos Serviços Regionais de Saúde ...”*.

O **Diretor-Geral da ADSE** também contesta a existência de um dano, dado que a *“... dívida paga à RA Madeira era uma dívida exigível à ADSE ...”* pois o Memorando de janeiro de 2010 isentou a ADSE *“... de quaisquer pagamentos por conta dos serviços de saúde ou de outros benefícios prestados pelo Serviço Nacional de Saúde ...”* não se confundindo este *“... com os Serviços Regionais de Saúde ou com as Autarquias Locais.”*.

“No que se refere ao Serviço [Nacional] de Saúde e às Autarquias Locais a Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, que aprovou o Orçamento do Estado para 2010, prevê, no seu artigo 154º a forma como o novo modelo iria funcionar, estabelece que “(...) as autarquias locais transferem diretamente para o orçamento do serviço nacional de saúde da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, o valor correspondente aos encargos suportados pelos respetivos orçamentos próprios com despesas pagas à ADSE em 2009 respeitantes a serviços prestados por estabelecimentos do SNS”. (...) norma com o mesmo alcance tem sido prevista em todas as Leis do Orçamento de Estado de 2010 a 2015.”

“Já quanto às Administrações Regionais o legislador não previu qualquer norma, pelo que, é essa a nossa convicção, a responsabilidade pelo pagamento permanece na ADSE.” Também, *“... não foi celebrado entre o Governo da República e as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores nenhum memorando ...”* situação em que *“... ter-se-ia reduzido a dotação da ADSE e aumentado na exata medida as transferências do Orçamento do Estado de 2010 para as Regiões Autónomas.”*

“O Diretor da ADSE ao identificar a dotação orçamental que deveria passar para o SNS não pode ter confundido o SNS com o Serviço Regional de Saúde, pelo que não tem, em nossa opinião, fundamento

¹⁹³ Art.ºs 154º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, 161º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 190º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 152º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 150º da Lei n.º 83-C/2013, de 13 de dezembro, e 154º Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, também referenciados no Relatório.



qualquer decisão por parte do então Diretor-Geral de não reconhecer a obrigação legal perante o Serviço Regional da Madeira. (...) E tanto assim é que, credor e devedor, assumiram a existência da dívida (...). Ou seja, existia a plena convicção dos outorgantes do memorando de que a dívida existia e era exigível.”

Argumenta ainda que “... o seu pagamento foi realizado com o produto da quotização/reembolsos das entidades patronais públicas e como tal dinheiro do Orçamento do Estado ou de receita própria daquelas entidades;”, não sendo correta a “afirmação da auditoria do Tribunal de Contas de que a partir de 2010, a ADSE deixou de receber transferências do Orçamento do Estado para pagar cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários no Serviço Nacional e nos Serviços Regionais de Saúde (...). De facto a Lei do Orçamento do Estado de 2011 veio a consagrar, (...), o princípio de que os custos devem estar associados aos orçamentos das entidades que os geram no caso vertente aos serviços relativamente aos seus trabalhadores. Assim, o financiamento do Orçamento do Estado deixou de ser feito centralmente para passar a ser feito pelos orçamentos dos serviços em que os beneficiários exercem funções. Mas continua a tratar-se de verbas do Orçamento do Estado ou de receitas próprias dos serviços que, entre 2010 e 2014, foram entregues à ADSE ...”.

Evoca ainda o art.º 111º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016), relativo à responsabilidade financeira do Estado e das regiões autónomas na prestação dos cuidados de saúde, cujo n.º 3 “... refor[ça] que os subsistemas de saúde são responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados aos seus beneficiários.”.

Alega, ainda, que “O âmbito e a abrangência das matérias reguladas no [Memorando de setembro de 2015] permitiu também considerá-las excluídas do conceito de gestão corrente e, por isso, exclusivamente da competência dos membros do Governo no uso do seu poder de direção. Acresce que, (...), a utilização do saldo de gerência para liquidação da dívida apurada pela ADSE só foi legalmente possível com a intervenção dos membros do Governo. A ADSE, e em conformidade com os princípios subjacentes ao poder de direção e de hierarquia a que está submetida, cumpriu a decisão tomada ...”. Refere, ainda, que “Tendo em consideração a natureza, o âmbito e a abrangência do [Memorando], bem como a especialidade das suas soluções e decisões, são os membros do Governo (...), as entidades exclusivamente competentes em razão da matéria, não sendo necessária a intervenção formal (assinatura) do Diretor-Geral da ADSE, que no entanto foi considerado pelo grupo de trabalho como importante estar no Memorando ...”.

E informa, por fim que “... vai cautelarmente propor à sua tutela que nos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015, venha a Direção-Geral a refletir uma eventual dívida do SNS, resultantes dos encargos assumidos no valor de € 29.751.800,63 pela ADSE por força do estabelecido no Memorando de 29 de setembro de 2015 (...)[¹⁹⁴]...”.

Considerando a análise efetuada no ponto 11.6.1 e no presente ponto do Relatório (11.6.2-H), para a qual se remete, os argumentos apresentados não procedem.

De facto, as alegações apresentadas baseiam-se essencialmente (i) na distinção, com origem na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde, entre o Serviço Nacional e Saúde do continente e os Serviços Regionais de Saúde, que, considerando a autonomia regional, estabelece que “Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos

¹⁹⁴ Confirmou-se nos documentos de prestação de contas do ano de 2015, remetidos a este Tribunal após o exercício do contraditório, a contabilização da dívida, naquele montante.

do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.”, (ii) no facto de os Memorandos de 2010 não terem envolvido representantes dos Governos Regionais e de, no seu entender, as Leis dos Orçamentos do Estado não incluírem nenhuma norma que tenha isentado a ADSE do pagamento dos cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde, pelo que não tendo a ADSE, desde 2010, procedido ao pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, o montante pago pela ADSE a este Serviço, em resultado do Memorando de setembro de 2015, correspondia a uma dívida existente e a ADSE era a entidade devedora.

Esta argumentação não considera, na sua essência, os princípios enformadores do Serviço Nacional de Saúde, designadamente a universalidade e a gratuitidade tendencial, consagrados na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde, e a unidade do Serviço Nacional de Saúde, refletida aliás no regime de benefícios da ADSE, o Decreto-Lei n.º 118/82, cujo art.º 23º, n.º 1, al. a), referindo-se a “Hospitais do Estado, incluindo qualquer unidade de cuidados primários”, não discrimina hospitais ou unidades de cuidados primários dependentes do Ministério da Saúde ou dos Governos regionais.

De facto, a autonomia regional ocorre essencialmente no domínio da organização do Serviço Nacional de Saúde materialmente previsto na Constituição da República Portuguesa, não existindo qualquer justificação para que as relações entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde, por um lado, e os Serviços Regionais de Saúde, por outro lado, sejam distintas: na sua essência estes visam garantir a prestação (e o financiamento) dos cuidados de saúde da responsabilidade do Estado, através do Governo da República e dos Governos Regionais, a todos os cidadãos. Imputar os custos da prestação de cuidados pelos Serviços Regionais de Saúde a um conjunto de cidadãos, à ADSE, quando esta já não é financiada para o efeito, pelo facto de os mesmos serem quotizados/beneficiários desta, para além de constituir uma violação das normas identificadas, é estar a negar o direito que os mesmos têm ao Serviço Nacional de Saúde.

E não se aceita a argumentação dos alegantes de que a ADSE continuou a ser financiada para este efeito, considerando o pagamento entre 2011 e 2014 da contribuição da entidade empregadora pelas entidades empregadoras da Administração Central do Estado e o pagamento de reembolsos pelas entidades da Administração Local e da Administração Regional¹⁹⁵, que em 2016 ainda se mantém.

Efetivamente, com a criação da contribuição da entidade empregadora, aplicável às entidades da Administração Central do Estado, pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2011), os custos do sistema passaram a “... estar associados aos orçamentos das entidades que os geram no caso vertente aos serviços relativamente aos seus trabalhadores.”, já era assim para os serviços com autonomia administrativa e financeira face ao Estado (desde os serviços e fundos autónomos deste, até às Administrações Regionais e Local) e passou a ser assim para os serviços integrados do Estado, embora uns suportem contribuição da entidade empregadora (os serviços da Administração Central do Estado) e outros reembolsos. A partir de então a ADSE deixou de ser financiada por transferências de receitas gerais do Orçamento do Estado e passou a ser financiada exclusivamente por receitas próprias.

¹⁹⁵ Da Madeira, em 2015, no âmbito do Memorando de setembro de 2015, cfr. ponto 11.7-B do Relatório.



Porém, esta alteração não teve diretamente a ver com aquela que já havia ocorrido um ano antes (em 2010) quando a ADSE deixou de ser financiada para suportar despesa com os serviços públicos de saúde. Visando ambas as alterações a sustentabilidade financeira do sistema e o controlo de custos, a primeira, ocorrida em 2010, respeita a uma alteração na natureza da ADSE: de sistema “substitutivo” do Serviço Nacional de Saúde, responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados/beneficiários onde quer que eles fossem prestados, passou a ser um sistema “complementar” desse Serviço Nacional de Saúde; a segunda respeita a uma alteração no financiamento público do sistema ADSE, pretendendo um maior controlo dos custos do sistema, considerando as responsabilidades da ADSE a essa data (em 2011), que já não incluíam a responsabilidade pelo financiamento dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde.

Só assim se entende que o art.º 34º do diploma de execução orçamental (Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho) do ano que a ADSE passou a ser um sistema complementar de saúde face ao Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, 2010, tenha fixado, no n.º 1, a responsabilidade dos serviços e fundos autónomos do Estado pelo pagamento das dívidas de reembolso à ADSE, existentes à data de 31 de dezembro de 2009, por serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo, no n.º 2, que os mesmos continuam responsáveis pelo pagamento à ADSE de todos os reembolsos relativos ao regime convencionado e pelo pagamento direto aos beneficiários dos reembolsos relativos ao regime livre.

A inexistência, nesta norma, de qualquer referência ao financiamento dos cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde aos seus trabalhadores corrobora a interpretação do Tribunal de que a assunção da responsabilidade pelo financiamento dos cuidados prestados a quotizados/beneficiários da ADSE pela dotação orçamental do Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Saúde, realizada no Memorando de janeiro de 2010, e refletida nas Leis do Orçamento do Estado, cfr. normas citadas no ponto 11.6.1-D, inclui os cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde. De outro modo, os serviços e fundos autónomos do Estado que, em 2010, ainda estavam vinculados a reembolsar a ADSE da despesa por esta incorrida com a prestação de cuidados de saúde aos seus trabalhadores¹⁹⁶, nos termos art.ºs 5º e 19º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, manteriam a responsabilidade de reembolsar a ADSE dessa despesa relativamente aos cuidados prestados aos seus trabalhadores pelos Serviços Regionais de Saúde, o que não foi ressalvado pelo diploma de execução orçamental.

Também, as transferências diretas da Administração Local, incluindo entidades da Administração Local sediadas nas Regiões Autónomas, para o Serviço Nacional de Saúde estabelecidas nas Leis do Orçamento do Estado de 2010 até à atualidade (ponto 11.6.1-D e Anexo 8), corroboram, ao contrário do pretendido pelos alegantes, a interpretação do Tribunal de que, a partir de 2010 inclusive, a ADSE passou a ser um sistema complementar de saúde face aos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. Não faz sentido que a ADSE suporte cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde a trabalhadores daquelas entidades para seguidamente, ao abrigo dos art.ºs 5º e 19º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, solicitar o respetivo reembolso a entidades que já financiaram esses cuidados através das transferências previstas naquelas Leis.

Também, não faz sentido uma interpretação restritiva das normas das Leis do Orçamento do Estado que atribuem à dotação orçamental do Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Saúde a

¹⁹⁶ A contribuição da entidade empregadora que substituiu este modo de financiamento, foi criada em 2011.

responsabilidade pelos encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, como fazem os alegantes, limitando-as aos encargos com as prestações de saúde realizadas pelos serviços do continente, pois na situação em que estes ao abrigo da “... relação de subsidiariedade entre o Serviço Nacional de Saúde e os serviços regionais de saúde ...”¹⁹⁷ prestassem cuidados aos quotizados/beneficiários da ADSE residentes nas Regiões, esses encargos viriam posteriormente a ser faturados à ADSE pelos Serviços Regionais de Saúde, ao abrigo de normas como o art.º 149º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2013), evocado nas alegações do Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo Constitucional.

A exclusão dos subsistemas de saúde do princípio da reciprocidade, previsto no art.º 111º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016), relativo à responsabilidade financeira do Estado e das regiões autónomas na prestação dos cuidados de saúde, se se incluir no conceito de “subsistema de saúde” a ADSE, só faz sentido se tiver como resultado a assunção pela dotação orçamental do Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Saúde dos encargos com os cuidados de saúde prestados pelos Serviços Regionais de Saúde que até 2009 eram da responsabilidade da ADSE, cfr. continua a ser previsto no art.º 106º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março. Ou seja, ao contrário do previsto em termos de reciprocidade para os cuidados prestados à generalidade dos cidadãos, os Serviços Regionais de Saúde continuam a não ser responsáveis por estes encargos quando estão em causa beneficiários de “subsistemas de saúde”, sendo os mesmos da responsabilidade do orçamento do Serviço Nacional de Saúde, conforme previsto no último preceito citado.

Deste modo, considerando todo o enquadramento normativo da prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde, pelos Serviços Regionais de Saúde e pela ADSE e a evolução legislativa ocorrida desde 2010, objeto do ponto 11.6.1, conclui-se pela improcedência dos argumentos apresentados quanto à existência de uma dívida da ADSE ao Serviço Regional de Saúde da Madeira.

Para além do dano efetivo que o pagamento efetuado ao Serviço Regional de Saúde da Madeira provocou no sistema de saúde ADSE, existe ainda o perigo de dano para o Estado com origem na descapitalização da ADSE que resultará ou no financiamento público (com origem nos impostos) do sistema para fazer face às necessidades da ADSE-DG ou no aumento da despesa pública com saúde, provocado pelo aumento da procura de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde por parte dos ex-beneficiários da ADSE, resultante da extinção da ADSE.

Quanto às alegações que relevam para a apreciação do grau de culpa: o facto de os Secretários de Estado da Saúde e Adjunto e do Orçamento do XIX Governo terem fundado a sua decisão em informação prestada pela ADSE sobre a existência da dívida e sobre a suficiência dos fundos com origem em contribuição e reembolsos de entidades empregadoras, e o facto de o Diretor-Geral estar subordinado aos poderes de direção dos membros do Governo, as mesmas não procedem, considerando a análise já efetuada no Relatório, designadamente:

⇒ Quanto ao Diretor-Geral, por não ter informado os membros do Governo de que a dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira já não era responsabilidade da ADSE-DG conforme resulta do Memorando de janeiro de 2010 e das Leis do Orçamento do Estado e que, no pagamento da mesma, não podia ser utilizada receita da ADSE-DG e por, apesar da complexidade da matéria e das diferentes posições que existiam sobre a mesma e que eram do seu conhecimento, não ter

¹⁹⁷ Cfr. Acórdão n.º 767/2013 do Tribunal Constitucional, já citado.



suscitado qualquer questão sobre a legalidade do pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira;

- ⇒ Quanto aos membros do Governo por, conhecendo a complexidade da matéria, as diferentes posições que existiam sobre a mesma e a envolvimento de diversos setores, com interesses sectoriais na resolução da questão, não ouviram a instância competente para o efeito, no caso o Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República.

Sobre a convicção dos Secretários de Estado quanto à suficiência dos fundos com origem em contribuição e reembolsos de entidades empregadoras, verifica-se que a mesma teve por base os relatórios financeiros da ADSE, de dezembro de 2014 e de setembro de 2015, conforme informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE¹⁹⁸, porém como referido no ponto 11.6.2-H.1, no cômputo, o Diretor-Geral da ADSE não considerou toda a despesa que a ADSE-DG ainda suporta com funções públicas da responsabilidade do Estado. Pelo que, ainda que se concluísse que a dívida era da ADSE e podia ser paga com aqueles fundos, o que não se concede, subsistia ainda a responsabilidade do Diretor-Geral da ADSE quanto à utilização dos descontos nesse pagamento e por a informação por ele prestada não esclarecer os membros do Governo quanto a essa utilização.

Note-se que, apesar de o Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção, evidenciar, relativamente a 2014, um saldo de contribuição e reembolsos de entidades empregadoras, o mesmo não se debruçou de modo exaustivo sobre o problema da afetação dessas verbas nem teve em consideração a despesa pública ainda suportada pela ADSE e que estava incluída na despesa com os regimes livre e convencionado, dado que o Relatório pretendia apenas analisar a suficiência dos descontos para cobrir a despesa com estes regimes, sendo que mesmo incluindo aquela despesa pública, os descontos dos quotizados superavam em 138,9 milhões as necessidades de financiamento daqueles regimes. Esta informação consta, aliás, do Relatório de Auditoria, designadamente no § 32 do Volume I e foi objeto das recomendações 2, 14, 15, 23 a 25 e 27.

Sobre o princípio da reciprocidade estabelecido no art.º 111º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016), trazido à colação pelos alegantes, o Tribunal nota que o mesmo apenas inovou no que respeita às relações financeiras que se estabeleciam entre o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde: até 2015, o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde faturavam reciprocamente os cuidados prestados a cidadãos fiscalmente residentes noutras áreas geográficas e em 2016 essa faturação deixou de ocorrer¹⁹⁹. Relativamente às dívidas já liquidadas pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde, o preceito prevê que as mesmas sejam “... regularizadas nos termos a acordar entre o Governo da República e os respetivos Governos Regionais, que, para o efeito, constituirão um grupo de trabalho conjunto.”.

A este propósito, o Tribunal não pode deixar de alertar para o facto dos serviços de saúde terem registado nas suas contas essas dívidas, pelo que, considerando a sua sustentabilidade financeira e o estabelecido na Base XXXIII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, nos termos da qual estes serviços são financiados “... através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados ...”, qualquer acordo que venha a ser obtido nessa matéria deverá ter em conta o direito dos mesmos serem

¹⁹⁸ Email de 28 de dezembro de 2015.

¹⁹⁹ Quanto ao acesso, e em conformidade com os princípios que regem estes serviços (universalidade, generalidade e gratuidade tendencial), os cidadãos fiscalmente residentes nas regiões autónomas já tinham direito à prestação de cuidados de saúde nos serviços públicos de saúde do continente em condições de igualdade às dos cidadãos do continente e vice-versa.

ressarcidos pelos cuidados prestados. Também, os contratos-programa celebrados com as unidades de saúde para o ano de 2016 devem contemplar o financiamento dessa atividade.

Pronunciando-se também sobre as relações entre o Serviço Regional de Saúde da Madeira e a ADSE, a **Direção Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira** apresenta argumentos que vão no sentido dos apresentados pelas restantes entidades ouvidas em sede de contraditório, ou seja de que a ADSE mantém a responsabilidade no financiamento daquele Serviço Regional, pelo que se remete para a análise já efetuada.

H.3. Recomendações e Carta de Compromisso

O grupo de trabalho constituído para proceder à regularização das relações financeiras entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira, composto por membros dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde, pelo Diretor-Geral da ADSE e por membros das Secretarias Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, apresentou ainda às respetivas tutelas recomendações com propostas para o futuro.

De entre as mesmas destaca-se a seguinte, por relacionada com o eventual pagamento de cuidados prestados por um hospital público do Serviço Regional de Saúde da Madeira:

Recomendações do Grupo de Trabalho, 29 de setembro de 2015 (excerto)

“4. A despesa da ADSE com prestadores convencionados sediados na RAM tem uma expressão muito reduzida, sobretudo no que toca à cobertura no âmbito dos cuidados hospitalares. Neste contexto propõe-se o seguinte:

- a) Que a ADSE elabore um plano de expansão das convenções na Região Autónoma da Madeira, que deve abranger todas as prestações de cuidados de saúde previstas nas tabelas do regime convencionado;*
- b) Que enquanto a rede de convencionados, especialmente as convenções na área dos cuidados hospitalares, não apresentar uma cobertura mínima, os encargos resultantes dos cuidados de saúde prestados a todos os beneficiários da ADSE (...) pelo Hospital Nélio Mendonça, entidade integrada no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E. (SESARAM, EPE), possam vir a ser financiados pela ADSE. Esta situação provisória requer ainda que a ADSE convencie com o SESARAM a prestação destes serviços, clarificando a questão do acesso dos beneficiários aos serviços disponibilizados, bem como as regras aplicáveis e ainda a respetiva tabela de preços, que deve ser semelhante à aplicável a todos os restantes convencionados da ADSE.”*

Relacionado com a mesma matéria, o Diretor-Geral da ADSE e os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, através da Carta de Compromisso, comprometeram-se, no seguinte:

Carta de compromisso, 29 de setembro de 2015 (excerto)

“... a partir de 1 de janeiro de 2016, que:

- 1. No pressuposto da concretização do disposto n[º] pont[o] (...) 5 infra, serão dadas instruções às entidades incluídas no universo das administrações públicas da Região Autónoma da Madeira para que procedam à entrega à ADSE dos descontos retidos*



aos seus beneficiários.

(...)

5. A ADSE executa um plano de expansão das convenções na Região Autónoma da Madeira, procurando abranger todas as prestações de cuidados de saúde previstas nas tabelas do regime convencionado, de modo a diminuir a atual sobrecarga que impende sobre o Serviço Regional de Saúde, que poderá passar pelo pagamento, pela ADSE, dos transportes para que os beneficiários tenham acesso aos convencionados no Continente cujas especialidades não existam na Região Autónoma da Madeira.”

O compromisso assumido, pelo Diretor-Geral da ADSE, de executar um plano de expansão das convenções na Região Autónoma da Madeira “... de modo a diminuir a atual sobrecarga que impende sobre o Serviço Regional de Saúde...” constitui mais uma demonstração da **instrumentalização da ADSE para satisfazer funções públicas que não se inserem na missão e atribuições desta Direção-Geral**. A implementação do Serviço Nacional de Saúde, constitucionalmente previsto, na Madeira, através do Serviço Regional de Saúde, é uma incumbência do Governo Regional, garantida pelo Governo da República através das transferências dos Orçamentos do Estado, em cumprimento da responsabilidade que nos termos do art.º 64º da Constituição da República Portuguesa é atribuída ao Estado e, também, do princípio da solidariedade nacional.

Assumidamente, o plano de expansão das convenções não visa responder a necessidades da ADSE-DG nem dos seus quotizados/beneficiários, pois não decorre de necessidades da gestão do sistema, sustentadas em análises custo-benefício, designadamente tendo em conta o equilíbrio entre o número de quotizados e a receita gerada e os custos da expansão, mas da necessidade de o Governo Regional diminuir a pressão financeira sobre a Serviço Regional de Saúde.

O facto de o número de convenções da ADSE na Madeira ser reduzido, não existindo designadamente convenções na área do internamento médico-cirúrgico, deve ser exclusivamente tratado como um problema de gestão do sistema ADSE que, não sendo resolvido, pode levar ao desinteresse dos quotizados e outros potenciais interessados no sistema, i.e, a renúncias e a não adesões. Mas não pode ser tratado, como foi, como um problema de “sobrecarga” do Serviço Regional de Saúde.

Este, na Região deve garantir a prestação e o financiamento dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos residentes na Região, sejam eles quotizados/beneficiários da ADSE ou não. Trata-se de uma obrigação que resulta da descentralização da prestação de cuidados de saúde pública nas Regiões Autónomas e do financiamento, através dos impostos, dessa prestação. *In extremis*, pode acontecer que todos os quotizados/beneficiários da ADSE na Região Autónoma renunciem à sua condição de quotizado/beneficiário da ADSE, não sendo admissível, do ponto de vista constitucional e legal, a exclusão dos mesmos da prestação de cuidados pelo Serviço Regional de Saúde ou a exigência aos mesmos de encargos adicionais.

Mais, **condicionar a entrega do desconto à verificação da execução de um plano de expansão das convenções na Região Autónoma da Madeira é ilegal**, pois a verificar-se a retenção do desconto pela não concretização do plano, essa retenção resultaria na utilização dos descontos dos quotizados da ADSE, trabalhadores da Administração Regional da Madeira, na realização de despesas públicas – designadamente no financiamento do Serviço Regional de Saúde –, devendo este ser financiado com os impostos gerais para os quais aqueles trabalhadores também contribuem.

Ressalve-se que os descontos são receita própria da ADSE-DG e estão consignados ao sistema de benefícios por ela gerido (art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio), ou seja ao financiamento da prestação de cuidados em regime livre ou convencionado.

Sendo as entidades empregadoras fiéis depositárias de uma quantia que lhes é entregue pelos respetivos trabalhadores e que não lhes pertence, a violação da obrigação de entrega à entidade destinatária, a Direção-Geral da ADSE, estabelecida no art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, em articulado com o art.º 46º e 3º do mesmo diploma, consubstanciaria uma **retenção indevida dos descontos legalmente obrigatórios a efetuar ao pessoal**, p.p. no art.º 65º, n.º 1, al. c), n.ºs 2 a 9, e 67º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março²⁰⁰.

Tendo a retenção indevida como objetivo a implementação de um plano de expansão das convenções na Região Autónoma da Madeira de modo a diminuir a “sobrecarga” que impende sobre o Serviço Regional de Saúde, os descontos retidos financiariam, na prática, os cuidados prestados por este Serviço Regional, cuja responsabilidade financeira impende sobre os Governos Regional e da República, com recurso aos impostos. Como já se referiu, os descontos estão consignados ao pagamento da prestação de cuidados de saúde em regime livre e convencionado aos quotizados/beneficiários da ADSE, não podendo ser utilizados no financiamento de funções públicas da Região e/ou do Estado. A **utilização dos descontos em finalidade diversa da legalmente prevista** nos art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na redação dada pelo art.º 2º da Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, encontra-se p.p. no art.º 65º, n.º 1, al. i), n.ºs 2 a 9, e 67º da Lei n.º 98/97.

A concretização de tal situação seria, ainda, suscetível de configurar infração financeira reintegratória, nos termos dos art.ºs 60º e 61º a 64º da Lei n.º 98/97, considerando que a mesma implica a **não entrega de receitas à Direção-Geral da ADSE** com violação do art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

Confirmou-se, no entanto, junto da ADSE-DG que, com exceção das entidades discriminadas no quadro, as entidades empregadoras sediadas na Região Autónoma da Madeira, incluindo da Administração Regional, **estão a entregar os descontos à ADSE-DG desde 1 de janeiro de 2016, pelo que a condição da Carta de Compromisso não se concretizou.**

Esta situação coincide com a informação prestada pela Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira, por ofício de dezembro de 2015, no sentido de que a partir de 1 de janeiro as entidades da Administração Regional passariam a entregar o desconto à ADSE-DG.

Quadro 12 – Entidades RAM que não entregaram desconto à ADSE-DG em janeiro de 2016

Código do Serviço ADSE	Beneficiários (n.º)
5116	2
8213	186
8299	1
1767	1
5650	1
9335	1

Fonte: ADSE - email de 17.02.2016

Em sede de contraditório, a Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira informa que “... as Entidades com os códigos ADSE 6116 e 8213 procederam à respetiva entrega após

²⁰⁰ A retenção indevida dos descontos pode ter também consequências criminais, encontrando-se o crime de abuso de confiança p.p. no art.º 205º do Código Penal. A possibilidade de consequências financeiras e criminais foi também referida no ponto 11.2 do Volume II do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.



o dia 17 de fevereiro ...” e que a entidade 8299 “... já não exerce atividade e as demais não estão integradas na Administração Regional da Madeira.”

Tendo também sido recolhida evidência, junto da ADSE, da entrega dos descontos das restantes entidades da Administração Regional, corrobora-se a informação prestada pela Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira de que “... *sem qualquer exceção as entidades empregadoras (...) incluídas na Administração Regional, estão a entregar os descontos à ADSE-DG desde 1 de janeiro de 2016 ...”*.”

Note-se, no entanto, que até janeiro de 2016, as entidades da Administração Regional da Madeira também não entregavam os descontos à ADSE-DG, mas com base em argumento diferente. A retenção dos descontos pela Administração Regional da Madeira, até dezembro de 2015, é objeto de análise no ponto 11.7.-B e C, concluindo-se aí pela sua ilegalidade.

Quanto à possibilidade de “... enquanto a rede de convencionados (...) não apresentar uma cobertura mínima, os encargos resultantes dos cuidados de saúde prestados a todos os beneficiários da ADSE (...) pelo Hospital Nélio Mendonça, entidade integrada no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E. (SESARAM, EPE)...” sejam “... financiados pela ADSE ...”, com base numa convenção a celebrar entre a SESARAM, EPE, e a ADSE-DG, alerta-se para o facto de, **através de uma “aparência” de convenção, a ADSE-DG continuar, ilegalmente, a financiar os cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde e que são responsabilidade deste ou do Serviço Nacional de Saúde do continente, em execução da responsabilidade que a Constituição da República Portuguesa atribui ao Estado na garantia do direito à proteção da saúde.** Na prática, através dessa “convenção”, **os quotizados/beneficiários da ADSE seriam utilizados pelos Governos da República e Regional na obtenção de um financiamento do Serviço Regional de Saúde, alternativo ao financiamento pelos impostos.**

Ainda que, do ponto de vista da ADSE-DG, fosse concebível a celebração de uma convenção, **o que não se concede**, que estabelecesse condições diferenciadas de acesso e conforto para os quotizados/beneficiários da ADSE e/ou um aumento do nível de serviços face ao que o Serviço Regional de Saúde disponibiliza para a generalidade dos cidadãos, a ADSE-DG teria sempre dificuldades, senão mesmo impossibilidade, no âmbito do controlo dos serviços faturados, em confirmar que os mesmos eram de facto prestados em execução da convenção e não no âmbito das obrigação constitucional do Serviço Regional de Saúde de prestar cuidados de saúde à generalidade dos cidadãos da Região.

Por outro lado, do ponto de vista do Serviço Regional de Saúde, tal convenção **colocaria em causa a equidade na prestação de cuidados de saúde**, na medida em que, através da mesma, passaria a haver um tratamento diferenciado de um determinado grupo de cidadãos, os quotizados/beneficiários da ADSE, face aos restantes. Tal convenção constituiria, assim, um desvio à obrigação de prestação de serviço público que impende sobre o Serviço Regional de Saúde da Madeira.

“O facto de a oferta de cuidados de saúde convencionados na Madeira ser limitada não é motivo suficiente para imputar a ausência de mercado à ADSE. Esta decisão acaba por ser uma instrumentalização da ADSE, traduzindo-se num “duplo roubo” aos seus quotizados.” – José Mendes Ribeiro

“...absurdo que os quotizados do continente paguem futuramente os SRS mesmo através de convenções, dado que o [acesso aos] SRS [concretiza] um direito constitucional.” – Eugénio Rosa

I. Dívidas que as instituições e serviços do SNS do continente têm contabilizado como sendo da ADSE-DG

A propósito das dívidas que as instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde têm indevidamente contabilizado como sendo da ADSE-DG, recorde-se:

- ⇒ **dívidas por serviços prestados a quotizados/beneficiários da ADSE até 31 de dezembro de 2009; e**
- ⇒ **dívidas por serviços prestados a partir de 1 de janeiro de 2010** pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde através de entidades terceiras por si contratadas com vista a suprir a falta de capacidade interna do Serviço Nacional de Saúde na efetivação do direito constitucional à proteção da saúde e dívidas pela dispensa de medicamentos pelas farmácias das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde,

dirigiram-se as recomendações n.ºs 19.1 e 19.2 ao Ministro da Saúde e 52 ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, tendo-se verificado que, passados três meses da aprovação do Relatório de Auditoria, o Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo Constitucional, por despacho de 5 de outubro de 2015, remeteu para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde a realização de um estudo e a apresentação de propostas sobre as recomendações relativas às dívidas que as instituições e serviços do SNS têm contabilizado como sendo da ADSE.

Dos trabalhos realizados, apenas a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, procedeu ao levantamento dos dados junto das entidades do Serviço Nacional de Saúde do continente com vista ao apuramento das dívidas registadas até 31 de dezembro de 2009 e após essa data e à ulterior tomada de decisão por parte do atual Ministro da Saúde²⁰¹.

Apesar de a ADSE-DG, em execução do despacho do Secretário de Estado da Saúde de 5 de outubro de 2015, ter apresentado uma proposta relativa às recomendações em análise na reunião do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, de 18 de novembro de 2015, a mesma não é conclusiva: limitando-se a propor a constituição de um grupo de trabalho composto por representantes da ADSE-DG e da ACSS, a proposta está ainda sujeita a apreciação dos membros do Colégio de Governo, em reunião que, à data de 29 de fevereiro de 2016, ainda não se tinha realizado²⁰².

Considerando que com os Memorandos de 2010, a ADSE, conforme justificado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção e no ponto 11.6.1-E *supra*, a ADSE deixou de ter qualquer responsabilidade sobre o pagamento daquelas dívidas, **a decisão a tomar não pode responsabilizar a ADSE pelo pagamento das mesmas sob pena de poder vir a ser considerada ilegal.**

²⁰¹ Cfr. ofício da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, de 18 de dezembro de 2015, no âmbito do processo da auditoria em curso, e ofícios do Gabinete do Ministro da Saúde de 8 e 15 de janeiro de 2016, no âmbito dos processos de verificação interna das contas de gerência de 2013 e 2014 da ADSE-DG.

²⁰² Cfr. email do Diretor-Geral da ADSE de 29 de fevereiro de 2016. De acordo com informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE, desde 18 de novembro de 2016 que o Colégio de Governo não reúne, devido ao processo de substituição do seu anterior Presidente.



Nas alegações apresentadas, a **Administração Central do Sistema de Saúde**, representada pela Presidente do Conselho Diretivo, *“... considera que o seu cumprimento [das recomendações que lhe são dirigidas] 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 ...”* referindo o transporte não urgente de doentes, a cedência de medicamentos hospitalares, as cirurgias efetuadas por entidades terceiras que contratam com o Serviço Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), os cuidados prestados no âmbito da Rede de Cuidados Continuados por entidades convencionadas com o Serviço Nacional de Saúde, os cuidados respiratórios domiciliários e a assistência médica no estrangeiro.

Ora, no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção verificou-se que a faturação emitida pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde do continente, após 1 de janeiro de 2010, era respeitante a este tipo de cuidados ou serviços, com base em orientações emanadas pela própria Administração Central do Sistema de Saúde, nas Circulares Informativas n.º 15/2010, de 12 de outubro, e n.º 23/2011, de 20 de junho, e no Despacho n.º 18419/2010, do Secretário de Estado da Saúde, concluindo-se, no Relatório, que as mesmas contrariam as Leis do Orçamento do Estado que anualmente estabelecem a assunção pelo Serviço Nacional de Saúde dos encargos com a prestação de cuidados em instituições e serviços que o compõem²⁰³.

Apesar de pela Circular Informativa n.º 11/2011, de 10 de março, a Administração Central do Sistema de Saúde ter informado as entidades do Serviço Nacional de Saúde do continente que os encargos com a Rede de Cuidados Continuados passaram a ser assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde a partir de 1 de janeiro de 2011, sendo suportados pelas Administrações Regionais de Saúde, a mesma nas alegações vem suscitar a questão.

Refira-se que as normas das Leis do Orçamento do Estado, citadas em 11.6.1-D e reproduzidas em Anexo 8 são claras quanto à assunção dos encargos pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo que no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção se refere o seguinte *“... aquela despesa está prevista no orçamento do SNS, nos termos das Leis do Orçamento do Estado. (...) 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.”*²⁰⁴.

Deste modo, as alegações apresentadas em nada alteram as conclusões do Tribunal, antes suscitam preocupação, considerando que o acolhimento das recomendações em geral está dependente de prévia orientação e decisão do Ministro da Saúde e conhecendo-se a posição deste sobre o assunto, face às normas jurídicas em vigor, objeto da análise efetuada nos pontos 5 (Volume I) e 11.6.2-H.

²⁰³ Cfr. Volume II, pp. 65-67 e citação feita a este propósito no ponto 11.6.1-E.

²⁰⁴ Cfr. Volume II, pp. 66.

J. Encargos que a Direção-Geral da ADSE continuou (e continua) a suportar e que são responsabilidade do SNS/SRS-RA para a generalidade dos cidadãos

A propósito dos encargos que a Direção-Geral da ADSE continuou (e continua) a suportar e que são responsabilidade (constitucional) do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde para a generalidade dos cidadãos, a saber:

- ⇒ a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas;
- ⇒ a assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do quotizado²⁰⁵;
- ⇒ 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,

dirigiram-se as recomendações n.ºs 1.1, 13.4, 14, e 15 aos Membros do Governo Responsáveis pela ADSE (até agosto de 2015, a Ministra de Estado e das Finanças e, após essa data, o Ministro da Saúde), as recomendações n.ºs 18 e 19.4 ao Ministro da Saúde, n.ºs 20.1, 25 e 27 ao Diretor-Geral da ADSE e n.º 54 ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Considerando os dados da despesa de 2013, recolhidos no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, **esses encargos custarão à ADSE-DG cerca € 42 milhões** e de acordo com a proposta de orçamento da ADSE-DG para 2015, de agosto de 2014, **cerca de € 39,5 milhões** (Vol. I, §34).

As únicas diligências no sentido do acolhimento das recomendações elencadas, foram desenvolvidas pelo Diretor-Geral da ADSE que:

- identificou junto dos membros do XIX Governo (primeiro da área das Finanças e depois da área da Saúde), os cuidados a transferir para o Serviço Nacional de Saúde e para os Serviços Regionais de Saúde²⁰⁶, primeiro no âmbito do contraditório do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, e, posteriormente, no memorando apresentado em maio e agosto de 2015 àqueles responsáveis; e
- apresentou ao Secretário de Estado da Saúde do XXI Governo²⁰⁷ uma proposta de alteração ao regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro) que pretendia excluir da responsabilidade financeira da ADSE-DG a despesa com aqueles cuidados.

Aliás a proposta apresentada pelo Diretor-Geral aos membros do XXI Governo Constitucional pelo Diretor-Geral da ADSE, foi ao encontro das recomendações 20.1. e 25. que lhe foram dirigidas, no

²⁰⁵ 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 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.

²⁰⁶ Refira-se que estas áreas já vinham sendo identificadas nos documentos de gestão da ADSE, designadamente nos Planos de Atividades de 2014 e 2015 e na proposta de orçamento da ADSE para 2015 e que estes documentos foram submetidos ao membro do Governo responsável pela ADSE, à época o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, pelo que este assunto não era novo.

²⁰⁷ Por ofício de 15 de dezembro de 2016.



sentido de apresentar àqueles responsáveis propostas que assegurassem uma separação inequívoca das responsabilidades da ADSE face às do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde.

Porém, apesar das diligências do Diretor-Geral da ADSE, os responsáveis do XIX Governo do Ministério da Saúde, ao invés de implementarem as recomendações que lhes foram dirigidas e que visam o cumprimento de princípios consagrados constitucional e legalmente – a universalidade e gratuidade tendencial do Serviço Nacional de Saúde²⁰⁸ –, remeteram-nas para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, por despacho de outubro do Secretário de Estado da Saúde, para estudo e apresentação de propostas, protelando a solução²⁰⁹.

Já os responsáveis do XXI Governo, apesar de o atual Ministro da Saúde ter informado que “O Governo está a desenvolver esforços para acolher as recomendações do Tribunal relativas às situações em que se verifica que a ADSE se encontra a financiar despesas que não se justifica serem pagas com as contribuições dos seus beneficiários.”²¹⁰, não acolheram, nesta matéria, a totalidade da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, remetida pelo Diretor-Geral da ADSE ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde em dezembro de 2016. Comparando o texto da proposta do Diretor-Geral com o novo texto refeito em conformidade com “as alterações introduzidas pela tutela”²¹¹, constata-se que, com exceção da matéria relativa à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas, todas as outras não estão contempladas no novo texto.

Considerando os dados da despesa de 2013, recolhidos no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, esses encargos ainda custarão à ADSE-DG cerca de € 33 milhões.

Quadro 13 – Estimativa de encargos

Encargos suportados pela ADSE em 2013	
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
MCDT - Análises Clínicas; Imagiologia; Medicina Nuclear; Anatomia Patológica (regime convencionado)	17 000 000
Total	33 290 318

Fonte: Relatório de Auditoria n.º 12/2015 - 2ª Secção (Vol. II, quadro 34)

²⁰⁸ Note-se que, se os descontos dos quotizados forem utilizados no pagamento de despesas que devem ser suportadas pelo Serviço Nacional de Saúde, aqueles princípios não estão a ser respeitados e os descontos estão a ser tratados como se de impostos se tratassem.

²⁰⁹ Na primeira reunião realizada em 2 de outubro de 2015, o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde incluiu no respetivo Plano de Ação “... um ponto relativo a análise e discussão da responsabilidade financeira dos encargos com a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e SRS aos beneficiários dos subsistemas públicos, e que, está a ser suportado pelos Subsistemas, nomeadamente no que respeita a: Associação Nacional de Farmácias – Regiões Autónomas; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados Respiratórios Domiciliários – prescritos pelo SNS; Medicamentos Cedidos em Ambulatório; Transportes em Ambulância; Prescrições de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT’s) com origem no SNS e Prestação de cuidados de saúde no estrangeiro ficando o SAD/GNR responsável por apresentar um draft de proposta de resolução desta questão, para análise do CGSPS, e possível proposta superior.”. O “draft de proposta” foi apresentado na reunião de 18 de novembro de 2015 tendo os membros do Colégio decidido que o documento continuaria em desenvolvimento.

²¹⁰ Ofício de 15 de janeiro de 2016.

²¹¹ Remetido pelo Diretor-Geral da ADSE aos serviços de apoio do Tribunal de Contas por email de 29 de fevereiro de 2016, com a ressalva de que “... deve ser considerado ainda que estas alterações, que devem ficar consagradas num novo Decreto-Lei, vão ser apresentadas aos diversos sindicatos da administração pública pelo que as mesmas poderão não ser as finais, podendo estar sujeitas a eventuais alterações.”.

No entanto, como nem a alteração proposta nem a que resulta da intervenção da tutela foram ainda aprovadas, a esses encargos há que acrescentar os relativos à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas, cerca de € 9 milhões, totalizando € 42 milhões.

Decorrendo as recomendações do Tribunal de Contas de princípios constitucional e legalmente previstos não se alcança qualquer justificação para o protelamento e, ainda menos, para a não implementação das mesmas.

O não acatamento das recomendações do Tribunal nesta matéria revela que o Governo (XIX, XX e XXI) apesar de pretender uma ADSE financiada pelos descontos dos quotizados²¹², não tem qualquer urgência em clarificar o papel da ADSE no sistema de saúde português, extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde, no continente ou nas Regiões, e independente das políticas do Governo.

Mais, com o não acatamento das recomendações, **o Estado está a beneficiar, no imediato, dos descontos dos quotizados da ADSE**, suportando estes encargos que deviam ser suportados por impostos, através das dotações orçamentais do Serviço Nacional de Saúde e Serviços Regionais de Saúde, **e conseqüentemente a contribuir para a insustentabilidade económica e financeira da ADSE**, a curto-médio prazo. Como já referido (ponto 11.6.1-E, *in fine*), a extinção da ADSE implicará um aumento da despesa pública em saúde, considerando o aumento da procura de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde. A alternativa à sua extinção implicará, também, um aumento da despesa pública pela reposição do financiamento público do sistema. Ou seja, beneficiando no imediato do sistema ADSE, o Estado, no curto-médio prazo, será prejudicado.

Para a ADSE-DG ser sustentável e contribuir positivamente para as contas públicas, é necessário que haja uma separação clara entre os benefícios que gere e para o quais os quotizados descontam e os benefícios da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, para os quais os quotizados, como contribuintes, pagam os impostos.

E para isso é relevante que o regime jurídico dos benefícios da ADSE reflita essa separação de modo a que normas avulsas relativas ao Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde que ainda atribuem a responsabilidade no financiamento da despesa à ADSE-DG ou excluem do seu âmbito os quotizados/beneficiários da ADSE não constituam argumento para que a ADSE continue a suportar com o desconto dos quotizados encargos que, do ponto de vista constitucional, devem ser suportados pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde²¹³. Também é importante que a assunção de responsabilidades financeiras pelo Serviço Nacional de Saúde, relativamente aos

²¹² Questionado o atual Ministro da Saúde sobre se o Estado prevê voltar a financiar a ADSE com impostos, o mesmo respondeu que “Do ponto de vista do Ministério da Saúde, a ADSE deve prosseguir a sua evolução para um contexto de autofinanciamento e de autonomia, no que diz respeito à contribuição de fundis, os quais deverão assentar na quotização dos seus beneficiários.” (ofício de 3 de fevereiro de 2016).

²¹³ Designadamente, a Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, sobre transporte não urgente de doentes exclui expressamente os quotizados/beneficiários dos subsistemas (art.º 11º, n.º 1, al. b)); o Regulamento Geral de Prescrição e Faturação de Cuidados Respiratórios Domiciliários, aprovado pelo Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho, do Secretário de Estado da Saúde (publicado no DR, 2.ª S, n.º 138, de 21 de julho de 2014) não é claro quanto ao seu âmbito de aplicação e a ADSE-DG continuou em 2015 a suportar encargos com aqueles cuidados (Cfr. *draft* de documento sobre o relacionamento entre os Subsistemas Públicos de Saúde, o SNS e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentado na reunião do Colégio de Governo de 18 de novembro de 2015); quanto à assistência médica no estrangeiro, o próprio Decreto-Lei n.º 118/83 (regime de benefícios da ADSE), na redação em vigor, atribui essa responsabilidade à ADSE, ainda que a mesma não resulte da livre escolha do quotizado/beneficiário.



beneficiários/quotizados da ADSE, que resulta formalmente das Leis dos Orçamentos do Estado, com vigência anual, seja refletida na legislação que regula o regime de benefícios da ADSE, de modo a que a ADSE e os descontos dos quotizados não fiquem à mercê de normas avulsas constantes das Leis dos Orçamentos do Estado.

A delimitação legal do objeto da responsabilidade financeira da ADSE deve ter em conta a finalidade dos descontos dos quotizados: o acesso a um sistema de benefícios distinto dos oferecidos pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde a cuja utilização, como cidadãos e contribuintes, têm direito.

Em áreas em que o acesso aos cuidados de saúde não resulta da livre escolha dos quotizados/beneficiários da ADSE²¹⁴, como a assistência médica no estrangeiro por falta de meios técnicos no Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde ou a prestação de assistência médica no âmbito do espaço europeu²¹⁵ em situação de estada temporária (v.g. férias) ou permanente (v.g. de residência), a responsabilidade financeira sobre esses cuidados deve ser assumida pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde. Trata-se de cuidados a que qualquer cidadão tem direito como beneficiário do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde e que não são prestados diretamente por estes por se verificar uma das situações indicadas de falta de meios técnicos ou de estada. Distintos são os cuidados prestados a um quotizado/beneficiário da ADSE que, por sua iniciativa e de modo programado, se deslocou a um país estrangeiro para aí auferir de cuidados. Nesta situação os encargos não podem ser assumidos pelos serviços públicos de saúde, mas devem ser assumidos a título particular pelo quotizado/beneficiário e que, estando contemplados no sistema de benefícios da ADSE, podem ser objeto de financiamento por parte deste.

Noutras áreas, como a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos fornecidos nas farmácias de oficina em que o Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde assume para a generalidade dos cidadãos a despesa incorrida, independentemente do local da prescrição (público ou privado), não existe qualquer justificação para que a ADSE-DG assumisse essa despesa com o desconto dos seus quotizados.

Refira-se, a respeito da assistência médica no estrangeiro e da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, que a responsabilidade da ADSE-DG resulta ainda da sua conceção como subsistema de saúde responsável pelo financiamento dos cuidados prestados aos seus beneficiários, ainda que estes fossem responsabilidade originária do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde e se a responsabilidade da ADSE-DG com o financiamento dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde terminou com os Memorandos de 2010, o mesmo não aconteceu quanto àquelas áreas.

A responsabilidade da ADSE-DG com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias de oficina foi sendo transferida gradualmente, entre 2011 e 2015, cfr. Anexo 10, para o Serviço Nacional de Saúde. Essa transferência culminou com a Lei do Orçamento do Estado de 2015, na qual se previu que *“A comparticipação às farmácias, por parte da ADSE, dos SAD e da ADM, relativamente a medicamentos, é assumida pelo SNS.”* (art.º 153º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro) e, à semelhança do que ocorreu desde 2010 com a prestação de serviços de saúde, estabeleceu o financiamento, a partir de julho de 2015, pelas Autarquias Locais dos encargos com a

²¹⁴ Escolha pelo sistema ADSE em detrimento do Serviço Nacional de Saúde.

²¹⁵ Ao abrigo dos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social n.º 883/2004 e n.º 987/2009.

comparticipação de medicamentos dispensados aos seus trabalhadores (art.º 154º da mesma Lei). A aceitação por parte da tutela (Ministério da Saúde) da proposta do Diretor-Geral da ADSE quanto à desresponsabilização financeira da ADSE quanto à participação de medicamentos, mais não é do que consagrar no regime de benefícios aquilo que já decorria da Lei do Orçamento do Estado para 2015.

Refira-se, também, que na sequência dos trabalhos relativos ao Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 celebrado com representantes do Governo Regional da Madeira, as Secretarias Regionais das Finanças e da Administração Pública²¹⁶ e da Saúde²¹⁷ desta Região Autónoma informaram que na proposta de orçamento para 2016 do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (IASaúde, IP-RAM), foi contemplada a verba necessária para fazer face à participação de medicamentos aos beneficiários da ADSE dispensados nas farmácias sedeadas na Região Autónoma da Madeira, o que, concretizando-se, irá ao encontro, no que respeita à Região Autónoma da Madeira, da recomendação n.º 13.4. do Relatório n.º 12/2015 -2ª Secção.

Quanto à assistência médica no estrangeiro, nas situações referidas, nada foi feito, até ao momento, para transferir a responsabilidade ainda assumida pela ADSE para o Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde, com exceção da proposta de alteração do regime de benefícios apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE e que não foi acolhida no texto da proposta alterado por orientação da tutela.

A despesa com cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde, o transporte de doentes de e para entidades do Serviço Nacional de Saúde e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos em entidades do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, pode resultar da livre vontade dos quotizados/beneficiários, considerando que os quotizados/beneficiários da ADSE podem optar por prestadores dos cuidados/serviços prescritos que não têm acordo ou convenção com o Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde.

Porém, atualmente não estão reunidas as condições para que esta despesa resulte apenas da livre escolha dos quotizados/beneficiários, já que, para além das regras de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde que, nestas matérias ainda segregam os quotizados/beneficiários da ADSE²¹⁸, os próprios sistemas de informação destes serviços também o fazem, na medida em que permitem a identificação do beneficiário do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde que também é quotizado/beneficiário da ADSE, através do número único de beneficiário da ADSE. Assim, a título de exemplo:

- quando um cidadão não beneficiário da ADSE, titular de uma prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, recorre a serviços prestados por prestadores convenionados deste Serviço, o mesmo (Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde) suporta parcial ou totalmente (v.g. em situações de isenção de taxas moderadoras) a despesa com o serviço prestado. Tal só não acontece, se o cidadão optar, por questões de acesso e/ou conforto, pela realização do serviço a título particular.

²¹⁶ Ofício de 28 de dezembro de 2015.

²¹⁷ Ofício de 15 de dezembro de 2015.

²¹⁸ Já nos referimos à Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, sobre transporte não urgente de doentes e ao Regulamento Geral de Prescrição e Faturação de Cuidados Respiratórios Domiciliários, aprovado pelo Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho, e às normas do Decreto-Lei n.º 118/83 que atribuem à ADSE a responsabilidade no financiamento dos cuidados prestados no estrangeiro.



- No caso dos quotizados/beneficiários da ADSE, se a prescrição tem a indicação do número de beneficiário deste sistema, o serviço é faturado pelo prestador privado convencionado da ADSE-DG, a esta Direção-Geral, suportando o quotizado/beneficiário a despesa que, nos termos das tabelas da ADSE, a ele lhe couber. Isto independentemente de o referido convencionado poder, também, ter contrato com o Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde para o atendimento aos cidadão em geral. Ou seja, se não houvesse a indicação do número de beneficiário da ADSE na prescrição, o prestador com convenção com a ADSE-DG e com o Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde faturaria o serviço a estes e não à ADSE-DG.

A não ser que a escolha do sistema de benefícios da ADSE resulte clara e inequivocamente da livre escolha do quotizado/beneficiário, a responsabilidade financeira pela prestação do serviço deve recair sobre o Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, uma vez que são estes os serviços originadores da despesa (pela prescrição) e as prestações de saúde foram realizadas por entidades privadas com as quais os mesmos têm acordos, ou seja que fazem parte das redes nacional e regionais de prestação de cuidados de saúde.

Acresce, como observado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção, que a indicação do número de beneficiário nas prescrições do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde tem dado origem a situações de discriminação dos quotizados/beneficiários da ADSE:

“... 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. (...)

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.” (Volume II, p. 29)

Sobre as situações de discriminação de quotizados da ADSE, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), num parecer relativo ao tratamento de utentes do Serviço Nacional de Saúde 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 SNS²¹⁹.

Para obviar a estas situação 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/SRS, informar o quotizado, portador de uma prescrição médica emitida por estes, dos seus direitos enquanto utente do SNS/SRS, designadamente sobre as taxas moderadoras a aplicar, ressaltando que os encargos com essa prestação só poderão ser assumidos pela ADSE-DG desde que o quotizado não opte pela

²¹⁹ O parecer encontra-se disponível em: <http://www.ers.pt>.

taxa moderadora ou pelo seu regime de isenção. Porém, como observado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, *“A ADSE-DG (...) 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.”* (Volume II, p. 29)

Na proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83 apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE em dezembro de 2015 e não acolhida, até ao momento, pelo Ministério da Saúde, o mesmo propôs excluir do regime de concessão de benefícios as despesas com origem em cuidados prescritos ou prestados no âmbito das redes nacional e regionais de prestação de cuidados de saúde (art.º 43º, n.º 2, als. g), h), k), l), da proposta), o que resolveria a situação.

Considerando a relevância financeira destas despesas é urgente que a ADSE-DG implemente procedimentos de controlo eficazes para que os quotizados não sejam duplamente onerados: suportando através dos impostos o Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde e através do seu desconto e despesa direta os cuidados a que têm direito como utentes do SNS/SRS.

Estes procedimentos podem passar pela revisão das convenções da ADSE, excluindo das mesmas todos os locais de prestação que fossem simultaneamente locais de prestação convencionados do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde ou devolvendo aos prestadores a faturação de cuidados realizados nesses locais com origem em prescrição do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde, porém esta matéria está dependente de aprovação pelo Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, cfr. ponto 11.1 o que revela a incapacidade da ADSE-DG de, isoladamente, implementar procedimentos que garantam a correta aplicação dos descontos dos quotizados.

Assim, tais procedimentos devem incluir, também, a sensibilização dos quotizados/beneficiários da ADSE para o problema, de modo a que estes exijam, nas unidades públicas de saúde, a sua identificação exclusivamente com base no número de utente do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde²²⁰, e a discriminação nos documentos de prestação de contas da ADSE-DG da despesa em causa de modo a que os quotizados da ADSE sejam informados do peso da mesma nas contas da ADSE e do seu contributo para a (in)sustentabilidade do sistema.

Para além da clarificação legislativa do objeto do sistema de benefícios da ADSE que se pretende com a implementação da recomendação 1.1. é, também, urgente e necessário que o Ministério da Saúde implemente as recomendações 18, 19.4. e 54 do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 -2ª Secção, relativas à supressão do número de beneficiário da ADSE dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, pois essa identificação tem estado na origem de situações de discriminação dos quotizados/beneficiários da ADSE no acesso aos cuidados de saúde, e à emissão de orientações aos prestadores públicos de cuidados de saúde no sentido da não discriminação dos quotizados/beneficiários da ADSE, face aos outros cidadãos, quer quanto ao

²²⁰ Assim, apenas quando o quotizado/beneficiário da ADSE solicitasse expressamente junto do prestador convencionado a prestação através do sistema ADSE é que o cuidado seria faturado à ADSE-DG e pago com os descontos dos quotizados. Como referido no Relatório anterior (Volume II, p. 29) “.. 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.” Para garantir o cumprimento desta obrigação a ADSE-DG deve criar um modelo de declaração que deve ser assinado pelo quotizado/beneficiário que documente a sua escolha, devendo o mesmo ser remetido pelo prestador com os documentos de suporte à faturação.



acesso quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde por eles prestados, direta ou indiretamente.

Sobre este assunto a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informou que iria propor à tutela que se retire do Registo Nacional do Utente o campo relativo à identificação do subsistema e que, em caso de aprovação, será solicitado à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que diligencie no sentido da sua concretização²²¹.

Não se pode deixar de constatar que nesta matéria, da delimitação da responsabilidade financeira da ADSE-DG, face ao Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde, a Direção-Geral e os descontos dos quotizados estão “reféns” dos interesses do Governo e, em concreto, do Ministério da Saúde:

- A proposta de alteração do regime de benefícios tem que ser aceite, primeiro, pelo Ministério da Saúde e, depois, pelo Governo;
- A revisão das convenções, ainda que da iniciativa da ADSE-DG, é matéria da competência do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde;
- A eliminação do número único de quotizado/beneficiário da ADSE dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde tem que ser determinada pelo Ministro da Saúde.

Como referido no ponto 5 (Volume I), o atual **Ministro da Saúde** vem colocar a hipótese de o sistema ADSE “... regressa[r] ao modelo anterior ...”, “... assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...”, “... não perde[ndo] a natureza de subsistema (...) e pode[ndo] manter-se inalterados os elencos de competências daquela estrutura...”.

Sobre este assunto, remete-se para as observações ali formuladas pelo Tribunal, recordando-se aqui que o sistema ADSE é atualmente um sistema financiado pelos quotizados, de inscrição facultativa.

Mesmo que a ADSE regresse ao modelo de contribuições mistas, ficando responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados e beneficiários, ainda que realizados em entidades do Serviço Nacional de Saúde do continente e dos Serviços Regionais de Saúde ou em entidades que tenham acordo com estes, os quotizados não devem ser discriminados no acesso aos cuidados prestados por essas entidades, considerando, mais uma vez, que antes de serem quotizados e beneficiários da ADSE os mesmos são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde, atendendo às características da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial destes serviços, assim como ao princípio da igualdade.

Neste modelo que o Ministro da Saúde agora coloca como hipótese, a diferença está em que ao invés de ser o Orçamento do Estado a financiar diretamente esses cuidados, o mesmo financiará esses cuidados através da ADSE. Contudo, o acesso aos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde ou por entidades contratadas por estes não pode ser discriminatório relativamente a um grupo de cidadãos pelo facto de os mesmos serem quotizados e beneficiários da ADSE.

Sobre as situações de discriminação, o Diretor-Geral da ADSE informa que é sua “... *convicção atual (...)* que neste ponto existe já uma mudança de atitude por parte das instituições e serviços do Serviço

²²¹ Ofício de 30 de novembro da Administração Central do Sistema de Saúde.

Nacional de Saúde ...” e que “... essas atitudes discriminatórias têm vindo a ser paulatinamente eliminadas.”.

A este respeito, o Tribunal nota, na sequência do anteriormente referido, que o tratamento não discriminatório dos quotizados/beneficiários da ADSE em instituições do Serviço Nacional de Saúde, incluindo os Serviços Regionais de Saúde e em entidades que com estes contratem, é uma imposição constitucional e legal, pelo que mais do que uma convicção, o tratamento equitativo de todos os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, incluindo Serviços Regionais de Saúde, impõe-se, independentemente de os mesmos serem quotizados/beneficiários da ADSE. Acresce que, em entrevista ao Jornal de Negócios, publicada em 19 de maio de 2016, e ao contrário da convicção transmitida no contraditório o Diretor-Geral da ADSE vem dizer que “... há casos em que o SNS recusa atender quem tem ADSE, como acontece no caso dos cuidados respiratórios domiciliários.”.

Quanto aos encargos que a Direção-Geral da ADSE continua a suportar e que, num sistema financiado pelos descontos dos quotizados, devem ser assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, o **Diretor-Geral da ADSE** informa que *“Na situação da assistência médica no estrangeiro a ADSE começou já a devolver a faturação que a ACSS, IP, lhe apresentava no âmbito dos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social (...) referindo que deve ser a ACSS, IP, a assumir a responsabilidade por essa faturação, responsabilidade essa que lhe é atribuída pelo Tribunal de Contas nas suas recomendações.”.*

Ora, não é o Tribunal de Contas que lhe atribui essa responsabilidade, mas a Constituição da República Portuguesa e a Lei, conforme explicado nos pontos 11.6.1 e 11.6.2-H.i. Num sistema financiado pelos descontos dos quotizados trata-se de despesa que deve ser assumida pelo Serviço Nacional de Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde. Trata-se de um benefício concedido à generalidade dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e financiado pelos impostos, sendo ilegal a utilização dos descontos no pagamento daquela despesa.

Constata-se, aliás, pelas alegações do Diretor-Geral da ADSE que, em matéria de despesa que deve ser assumida pelo Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, o mesmo parece já não manter a posição que antes manifestou aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, exposta nas informações e proposta identificadas *supra* no texto, pois informa, ainda, que *“... vai cautelarmente a ADSE propor à tutela que nos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015, venha a Direção-Geral a refletir a eventual dívida do SNS e dos SRS das Regiões Autónomas, resultantes dos encargos assumidos pela ADSE em 2015 (...)[²²²] ...”.*

Uma vez mais, o que o Tribunal recomenda é suportado na legislação em vigor: os descontos dos quotizados não podem suportar despesa que deve ser suportada pelos impostos, relativamente à generalidade dos cidadãos. As dúvidas do Diretor-Geral só se compreendem se a hipótese avançada pelo atual Ministro da Saúde, de regresso ao modelo anterior, *“... assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...”* se vier a concretizar. Até que tal aconteça, quer o Ministro da Saúde quer o Diretor-Geral devem tomar diligências para que a ADSE não suporte, com os descontos dos quotizados, despesa que os mesmos não podem financiar, considerando o fim a que estão afetos (os cuidados de saúde que diferenciam o sistema

²²² Confirmou-se nos documentos de prestação de contas do ano de 2015, remetidos a este Tribunal após o exercício do contraditório, a contabilização da dívida relativa à assistência médica no estrangeiro e à participação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas.



ADSE do Serviço Nacional de Saúde, incluindo Serviços Regionais de Saúde, conforme justificado em 11.6.2-H.i).

Também a intangibilidade dos descontos quanto ao fim a que estão afetos - o financiamento de cuidados de saúde diferenciados dos assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde – é essencial para a sustentabilidade de uma ADSE cujo financiamento assenta nos descontos dos quotizados. A este propósito João Semedo²²³ assinala como relevante que *“As receitas da ADSE são exclusivamente provenientes das contribuições dos seus beneficiários e da gestão dos seus recursos financeiros não beneficiando de qualquer financiamento público. Cessam todos os pagamentos da ADSE ao SNS por cuidados de saúde prestados pelo SNS a beneficiários da ADSE.”*, após explicar que *“... não há qualquer benefício ilegítimo para o funcionalismo público: são os funcionários públicos que hoje pagam integralmente a ADSE.”* e que *“... a ADSE faz pagamentos aos seus beneficiários que são, de facto, indevidos, em virtude de todos os beneficiários da ADSE terem acesso livre e gratuito ao SNS como qualquer outro português ...”*.

Nas alegações apresentadas, a **Administração Central do Sistema de Saúde**, representada pela Presidente do Conselho Diretivo, *“... considera que o seu cumprimento [das recomendações que lhe são dirigidas] 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 ...”* e informa que *“No âmbito das suas atribuições, o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde [224] (...) encontra-se a preparar um documento sobre a complementaridade entre os Subsistemas Públicos de Saúde, o SNS e SRS’s, de forma a clarificar os aspetos salientados na auditoria (...) perspetivando-se a discussão do documento com a proposta de clarificação de que os quotizados da ADSE e de outros SPS são utentes do SNS, não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos restantes utentes, quer quanto ao cesso, quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo SNS. Deste modo, assim que concluído o documento (...), este colégio irá apresentar a proposta às suas tutelas e, caso estas mereçam concordância superior, esta ACSS encontrar-se-á em condições de emanar Circular Normativa que oriente os estabelecimentos e serviços do SNS ...”*.

Refere, ainda que, aguarda também *“... por orientações que possam também decorrer da conclusão e aprovação da proposta que venha a ser formulada.”* pela Comissão de Reforma do modelo de Assistência na Doença dos Servidores do Estado (ADSE).

Finalmente, quanto à recomendação 54 do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção (*“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.”*), informa que *“... foi já elaborado ofício dirigido ao Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de se obter posição e decisão sobre a supressão do RNU [Registo Nacional de Utentes] da identificação do utente como beneficiário da ADSE (e também dos restantes subsistemas). Caso mereça concordância, solicitaremos à SPMS [Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE] essa tarefa de atualização da aplicação informática.”*.

²²³ “ADSE: quais as perguntas certas?”, Le Monde diplomatique, 01/05/2016.

²²⁴ Cujo presidente é designado pelo Ministro da Saúde, mediante proposta do conselho diretivo da ACSS, sendo que o mesmo era o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, cfr. Despacho n.º 10011-A/2015, de 31 de agosto, do Ministro da Administração Interna, da Secretária de Estado Adjunta e da Defesa Nacional e do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, 2ª S, n.º 171, de 2 de setembro.

As alegações apresentadas por esta entidade não afastam as conclusões do Tribunal, remetendo-se a sua análise para as observações já feitas a propósito das alegações apresentadas pelo Ministro da Saúde e pelo Diretor-Geral da ADSE.

11.7. Recomendações que visam a clarificação de responsabilidades no financiamento e na assunção de encargos do sistema ADSE

Quadro 14 – Recomendações (ponto 11.7)

Recomendação	Acolhimento
Aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde	
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.	
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;	
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:	
20.2. A uniformização das responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema, tendo em conta o recomendado em 3;	
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.	

A. Uniformizar as responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema

Em 2015, a ADSE-DG continuou a cobrar receita com origem em fundos públicos (cfr. ponto 12 e Anexo 4). Esta situação é o resultado:



- De atrasos, por parte das entidades empregadoras da Administração Central, na entrega da contribuição da entidade empregadora, devida até 2014²²⁵;
- Do pagamento de notas de reembolso emitidas pela ADSE às entidades da Administração Local e Regional²²⁶.

De facto, apesar de a contribuição da entidade empregadora, criada em 2011 e aplicável aos serviços da Administração Central, ter sido extinta em 2015, pela Lei do Orçamento do Estado de 2015, a participação das entidades empregadoras das Administrações Local e Regional no financiamento do sistema de saúde ADSE manteve-se inalterada. Esta participação consubstancia-se:

- No pagamento direto por essas entidades dos encargos como a prestação de cuidados no âmbito do regime livre aos seus trabalhadores inscritos na ADSE;
- No pagamento à ADSE-DG de notas de reembolso por esta emitidas com encargos relativos à prestação de cuidados no regime convencionado²²⁷ e à administração da ADSE-DG.

A este propósito o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção refere *“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.”* (Volume I, conclusão n.º 96), formulando as recomendações 3 (dirigida aos membros do Governo responsáveis pela ADSE) e 20 (dirigida ao Diretor-Geral da ADSE) constantes do quadro *supra*.

O total da receita de reembolsos cobrada em 2015 foi de € 44,7 milhões (cfr. ponto **12**).

No memorando apresentado, em maio, ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e, em agosto, ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo, o Diretor-Geral da ADSE propôs a assunção pela ADSE, no âmbito do orçamento para 2016, *“... da totalidade das competências de gestão dos benefícios do subsistema ADSE e que ainda hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional...”*, sem que tenha sido proferido qualquer despacho sobre o assunto.

Em sede de acompanhamento das recomendações o Ministro da Saúde daquele Governo, através do Chefe do Gabinete, informou²²⁸ que *“A uniformização da cobertura dos beneficiários da ADSE deverá ser equacionada no quadro do Orçamento do Estado para 2016, uma vez que é suportada por alterações nas fontes de financiamento, abarcando diferentes subsectores das Administrações Públicas.”*

A matéria foi, também, remetida pelo despacho de 5 de outubro de 2015 do então Secretário de Estado da Saúde, para estudo e apresentação de proposta pelo Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, não se conhecendo desenvolvimentos posteriores.

²²⁵ A contribuição da entidade empregadora criada em 2011 e aplicável aos serviços da Administração Central foi extinta em 2015, pela Lei do Orçamento do Estado de 2015.

²²⁶ Considerando a, ainda existente, previsão legal que responsabiliza estas entidades pelo financiamento do sistema ADSE. Recorde-se, conforme relatado no Relatório de Auditoria, que o pagamento das notas de reembolso apenas tem sido efetuado pelas entidades da Administração Local. A dívida da Administração Regional da Madeira foi reconhecida no Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015, conforme se relata no ponto 11.7-B.

²²⁷ A ADSE-DG paga ao prestador convencionado o cuidado prestado e solicita o reembolso da despesa à entidade empregadora.

²²⁸ Ofício de 7 de outubro de 2015.

Malgrado ter sido apresentada, pelo Diretor-Geral da ADSE, em 15 de dezembro de 2015, uma proposta de alteração do regime de benefícios (Decreto-Lei n.º 118/1983) com vista a *“Alterar o regime de pagamento dos benefícios de saúde, que passa a ser da responsabilidade exclusiva da ADSE, seja em regime livre, seja em regime convencionado”*²²⁹, a mesma não foi ainda aprovada, notando-se no entanto que no texto da proposta referido em conformidade com *“as alterações introduzidas pela tutela”*²³⁰ a mesma foi acolhida.

A proposta, porém, não foi refletida na proposta da ADSE-DG para o Orçamento do Estado de 2016, de 29 de dezembro de 2015, que (i) continua a prever a cobrança de notas reembolso emitidas às entidades da Administração Local e Regional, na sequência dos pagamentos efetuados pela ADSE-DG a entidades do regime convencionado por cuidados prestados a trabalhadores daquelas Administrações, em montante idêntico ao verificado em 2015, e (ii) a despesa com o regime livre não inclui a assunção de encargos com aqueles trabalhadores por parte da ADSE-DG, cfr. Memória Justificativa da proposta.

A implementação das recomendações do Tribunal de Contas visa trazer coerência ao sistema: sendo todas públicas as entidades empregadoras em causa, não existe qualquer justificação para, num quadro de financiamento com base nos descontos dos quotizados, se manterem as responsabilidades no financiamento do sistema das entidades das Administrações Local e Regional.

Acresce referir que o atual Ministro da Saúde, através da Chefe do Gabinete, em resposta à questão sobre se o Estado prevê voltar a financiar a ADSE com impostos, respondeu que *“Do ponto de vista do Ministério da Saúde, a ADSE deve prosseguir a sua evolução para um contexto de autofinanciamento e de autonomia, no que diz respeito à contribuição, os quais deverão assentar na quotização do beneficiário.”*²³¹. Porém, no âmbito do contraditório, o Ministro da Saúde vem colocar a hipótese de, em resultado dos trabalhos da *“Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)”*, *“... o modelo que venha a ser preconizado assente em contribuições mistas públicas (Orçamento de Estado) e privadas (quotizações dos beneficiários) ...”*. Este assunto foi objeto de análise nos pontos 2 e 5 do Volume I da presente auditoria.

“A alteração do estatuto da ADSE implicará a revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional no financiamento do sistema.” – Adalberto Campos Fernandes

“Defendo que se aplique uma regra comum...” – José Mendes Ribeiro

“Retirar completamente do modelo de funcionamento da ADSE esta parte. Evoluindo para uma mútua deverá ter os seus serviços em local próprio.” – Pedro Pita Barros

²²⁹ Ofício do Diretor-Geral da ADSE para o Chefe do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde – of.º GDS-908839, de 15 de dezembro de 2015-

²³⁰ Remetido pelo Diretor-Geral da ADSE aos serviços de apoio do Tribunal de Contas por email de 29 de fevereiro de 2016, com a ressalva de que *“... deve ser considerado ainda que estas alterações, que devem ficar consagradas num novo Decreto-Lei, vão ser apresentadas aos diversos sindicatos da administração pública pelo que as mesmas poderão não ser as finais, podendo estar sujeitas a eventuais alterações.”*

²³¹ Ofício n.º 1154, de 3 de fevereiro de 2016



B. Retenção dos descontos dos quotizados pelas Administrações Regionais dos Açores e da Madeira

Na auditoria anterior constatou-se a existência de um diferendo entre a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas e as Administrações Regionais, decorrente da falta de clareza do regime de benefícios da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro²³²) que não estabelece expressamente as responsabilidades das Administrações Regionais no financiamento do sistema. Refira-se que a interpretação efetuada na auditoria anterior, relativamente a essas responsabilidades, não se limitou ao elemento literal, mas baseou-se, também, nos restantes elementos de interpretação da lei, conforme desenvolvido no Anexo 9.

Deste modo, observou-se na auditoria que, a 31 de dezembro de 2013, que as Administrações Regionais retinham os descontos dos trabalhadores que, nos termos do art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, são receita da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, e não pagavam as notas de reembolso emitidas pela ADSE-DG, nos termos do art.º 19º, n.º 4, al. b), do mesmo diploma, com um saldo para a ADSE-DG de € 26,4 milhões, cfr. quadro *infra*.

Quadro 15 – 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)+(4)
Administração Regional dos Açores	14 137 656	8 185 935			14 137 656
Administração Regional da Madeira	10 703 409	11 962 560	4 557 436		6 145 973
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	26 373 803

Fonte: Relatório de Auditoria n.º 12/2015 - 2ª Secção (Volume II, quadro 53), corrigido devido a um erro de soma

Os encargos com o regime livre dos quotizados/beneficiários trabalhadores das Administrações Regionais são responsabilidade das Administrações Regionais, conforme art.º 4º, n.º1, al. b), e n.º 2, articulado com o art.º 3º, als. a) e b), do Decreto-Lei n.º 118/83. Apenas a Administração Regional da Madeira suportava encargos com o regime livre dos aposentados que, de acordo com o regime de benefícios não eram sua responsabilidade, mas da ADSE-DG. Deste modo foi deduzido à dívida de descontos da Administração Regional da Madeira o montante de € 4.557.436 relativos aos encargos que a mesma suportou com a utilização do regime livre pelos quotizados/beneficiários aposentados residentes na Região Autónoma da Madeira.

Sobre esta matéria, o Tribunal de Contas efetuou as recomendações 13.1 e 13.2 aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, e 46 a 48 ao Diretor-Geral da ADSE, tendo-se verificado posteriormente os factos que a seguir se descrevem relativamente à Administração Regional da Madeira, em resultado dos trabalhos do grupo constituído para regularizar as relações financeiras entre a ADSE e a Administração Regional da Madeira, referido no ponto 11.6.2-H. Também, nesta

²³² 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, pelas Leis n.º 30/2014, de 19 de maio, e 82-B/2014, de 31 de dezembro.

matéria e relativamente à Administração Regional dos Açores, o Diretor-Geral da ADSE preconiza solução semelhante ao que se relata.

Em resultado dos trabalhos do grupo constituído para regularizar as relações financeiras entre a ADSE e a Administração Regional da Madeira, o Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015, outorgado por representantes do Governo da República, os Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde, o Diretor-Geral da ADSE e representantes do Governo Regional da Madeira, os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, estabeleceu o seguinte:

Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 (excerto)

Quanto à dívida de reembolso da Administração Regional da Madeira à ADSE-DG:

“Com referência a 31 de agosto de 2015, a situação é a seguinte:

- i) A Região Autónoma da Madeira, através da SESARAM, E.P.E., é credora perante a ADSE no montante de 29.751.800,63€ referente a serviços prestados a beneficiários da ADSE (...);*
- ii) A ADSE é credora perante entidades sedeadas na Região Autónoma da Madeira no montante de 4.945.500,17€, referente a cuidados de saúde prestados por prestadores convencionados com a ADSE a trabalhadores daquelas entidades e por estes faturados à ADSE (...);*

(...) são acordados os seguintes procedimentos:

- a) A ADSE paga ao SESARAM, E.P.E., o montante de 24.806.300,46€, valor obtido pela diferença entre o montante a pagar (ponto i) e o valor a receber de entidades sedeadas na Região Autónoma da Madeira (ponto ii); (...).”*

Quanto à retenção, pelas Administrações Regionais, dos descontos dos trabalhadores

“(...) são acordados os seguintes procedimentos: (...)

- f) A ADSE e a Região Autónoma da Madeira declaram que com estas operações ficam igualmente saldadas as verbas devidas pelos descontos efetuados pelas entidades da Região Autónoma da Madeira, aos seus beneficiários, e que não foram entregues à ADSE para fazer face aos encargos com as participações do regime livre assumidas pela Região Autónoma da Madeira;”.*

Conforme referido no ponto 11.6.2-H, relativamente às dívidas geradas entre 1 de setembro de 2015 e a adoção das soluções preconizadas para a definição do relacionamento entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira, as mesmas serão regularizadas segundo os *“mesmos princípios previstos no Memorando de Entendimento”* (ponto 6 das recomendações do grupo de trabalho e último parágrafo da Carta de Compromisso).

Quanto à **dívida de reembolso** da Administração Regional da Madeira à ADSE-DG verificou-se o reconhecimento e o pagamento da dívida por esta Administração. Porém, tendo o montante da dívida em causa compensado o montante da dívida ao Serviço Regional de Saúde da Madeira, que a ADSE-DG assumiu indevidamente, remete-se para o ponto 11.6.2-H a análise da matéria.

Resulta desse ponto que as dívidas de reembolso das Administrações Regionais à ADSE-DG nada têm que ver com a dívida aos Serviços Regionais de Saúde, considerando que a entidade devedora destes não é a ADSE-DG, mas o Ministério da Saúde, através da dotação do Orçamento do Estado para o Serviço Nacional de Saúde, ou em alternativa o Governo da República, através de transferências do



Orçamento de Estado para os Orçamentos das Regiões Autónomas ou para os Serviços Regionais de Saúde.

Deste modo a concretização do preconizado no ponto 6 das recomendações do grupo de trabalho e último parágrafo da Carta de Compromisso no sentido de que as dívidas geradas entre 1 de setembro de 2015 e a adoção das soluções preconizadas para a definição do relacionamento entre a ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira serão regularizadas segundo os “*mesmos princípios previstos no Memorando de Entendimento*”, padecerá dos mesmos vícios que se apontam aos factos objeto do referido Memorando

Sobre a **retenção, pela Administração Regional da Madeira, dos descontos dos respetivos trabalhadores**, verificou-se que a dívida do desconto terá ficado saldada considerando os “... *encargos com as participações do regime livre assumidas pela Região Autónoma da Madeira;*”. Para o efeito e, de acordo com informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE no âmbito da auditoria²³³, os montantes tidos em consideração foram os constantes do mapa do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, reproduzido no Quadro 15.

C. A “regularização” da dívida de descontos da Administração Regional da Madeira

Constatou-se na auditoria anterior que o argumento evocado pela Administração Regional da Madeira para a não entrega dos descontos dos seus trabalhadores à ADSE-DG era o de que os descontos retidos são receita da Região, considerando que é esta que suporta os encargos com a prestação de cuidados de saúde aos quotizados da ADSE.

Decorre, no entanto, claramente, do regime de benefícios da ADSE, Decreto Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que são beneficiários titulares da ADSE:

- a) O pessoal civil do Estado, inclusive o dos organismos dotados de autonomia administrativa financeiramente autónomos e ainda de outros organismos que não sendo financeiramente autónomos sejam dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal quer se encontre em situação de exercício de funções ou aposentado;
- b) O pessoal da administração regional e local nas condições da alínea anterior (art.º 3º).

E que para beneficiarem do esquema de benefícios **devem aqueles suportar o desconto** (art.º 19º, n.º 1, 46º e 47º), **constituindo este receita da ADSE-DG** (art.º 48º²³⁴). **O desconto, a par da despesa diretamente a cargo do quotizado/beneficiário com os cuidados de saúde auferidos, constitui o financiamento do sistema pelo quotizado.**

A este financiamento acresceu (e acresce no que respeita às entidades das Administrações Local e Regional, considerando o disposto nos art.ºs 3º, al. b), 4º, n.ºs. 1, al. b) e c), e 2, 5º, n.ºs 2, 4 e 5, 6º, n.º 4, 19º, n.º 4, al. b), e art.º 64º do Decreto-Lei n.º 118/83²³⁵) **o financiamento público do sistema,**

²³³ Email de 28 de dezembro de 2015.

²³⁴ E também, art.º 7º, n.º 2, al. a), do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, que inclui os descontos nas receitas próprias da ADSE-DG. Refira-se que os descontos foram receita do Estado até 2006, inclusive. Com a entrada em vigor, em 1 de janeiro de 2007, da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, que aditou, entre outros, o art.º 48º ao Decreto-Lei n.º 118/83, passaram a ser receita própria da ADSE. Esta alteração derogou a referencia que, ainda se mantem no art.º 5º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 118/83 aos descontos como constituindo receita do Orçamento Geral do Estado.

²³⁵ A contribuição da entidade empregadora aplicável às entidades da Administração Central foi revogada pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

suportado pelas entidades empregadoras públicas, que não deve ser confundido com o financiamento suportado pelos quotizados.

Relativamente ao modo de **financiamento do sistema pelas entidades públicas**, e como já observado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção, aquele regime de benefícios estabeleceu quanto aos organismos financeiramente autónomos ou dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal, incluindo organismos da Administração Central com estas características, até 31 de dezembro de 2010, a Administração Regional e a Administração Local o seguinte²³⁶:

- Os encargos com os benefícios concedidos pela ADSE são satisfeitos por conta dos orçamentos próprios, devendo os mesmos reembolsar a ADSE-DG das despesas por ela suportadas com a prestação de cuidados aos respetivos trabalhadores em regime convencionado;
- O financiamento do regime livre efetiva-se pelo pagamento direto do reembolso aos trabalhadores por aquelas entidades, não dando por isso origem a reembolso à ADSE-DG.

Refira-se que, apesar destas entidades suportarem a despesa com a utilização dos regimes livre e convencionado pelos respetivos trabalhadores, os beneficiários do sistema não são apenas os trabalhadores do ativo, mas também os aposentados oriundos de todas as Administrações Públicas, sendo a despesa gerada por estes suportada com as receitas da ADSE-DG. Acresce, ainda, que a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos tem sido encargo exclusivo da ADSE (apesar desta responsabilidade ter vindo a decrescer desde 2011, a ADSE-DG manteve essa responsabilidade relativamente aos medicamentos prescritos em unidades privadas, não pertencentes ao SNS, e aos medicamentos dispensados nas Regiões Autónomas²³⁷), não sendo objeto de reembolso por parte das entidades empregadoras. Ou seja, no sistema de benefícios, a ADSE-DG suportou sempre mais encargos do que aquelas entidades empregadoras, utilizando para o efeito as suas receitas próprias e, até 2011, transferências de receitas gerais dos Orçamentos do Estado.

Quanto à propriedade do desconto, o mesmo nem sempre foi receita da ADSE-DG.

O desconto, 0,5% dos vencimentos dos trabalhadores da Administração Pública no ativo (os aposentados ficaram isentos até 2007), foi previsto pela primeira vez no Orçamento do Estado de 1980 (Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho, e Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 30 de junho), tendo o mesmo sido institucionalizado pelo Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho. Dispunha este diploma (art.º 2º) que *“As importâncias descontadas constituem receita do Estado desde que os encargos com a assistência na doença sejam suportados pela ADSE.”* e que *“Durante o ano de 1980 e a título transitório, as importâncias descontadas constituirão receita própria das entidades que suportem o pagamento dos vencimentos dos funcionários e agentes (...) quando as despesas com a assistência na doença estejam a cargo das entidades pagadoras dos mencionados vencimentos.”*. Ou seja, os descontos eram das entidades responsáveis pelo pagamento das despesas com a prestação de cuidados de saúde, fossem elas a ADSE ou entidades empregadoras com autonomia administrativa e financeira, i.e., dotados de verbas próprias para o pagamento das despesas com os respetivos trabalhadores.

²³⁶ Art.ºs 4º, 5, 6º, n.º 4, al. b), e 19º, n.º 4, al. b), conjugados com o art.º 3º do Decreto-Lei n.º 118/83 e, entre 2011 a 2014, art.º 47º-A, aditado pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e revogado pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro. Sobre a problemática do Decreto-Lei n.º 118/83 conter disposições específicas para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira (art.º 4º) e para as autarquias (art.º 5º), sendo necessário recorrer à interpretação extensiva do art.º 4º do diploma em causa para incluir a Administração Regional, vide Anexo 9.

²³⁷ Vide Anexo 17 do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.



Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, aumentou a taxa de desconto para 1% e alterou a atribuição dos descontos estabelecendo que *“As importâncias descontadas constituem receita do Estado, quer se trate de serviços simples, de organismos dotados de autonomia administrativa e financeira ou de institutos públicos.”* e que, no caso, dos trabalhadores das Autarquias Locais, o desconto continuava *“... receita dos organismos que suportem os respetivos encargos ...”*. Esta alteração, relativamente aos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira e aos institutos públicos fundamentou-se no facto de a ADSE suportar, na totalidade, o custo dos medicamentos consumidos pelos respetivos quotizados/beneficiários, sem a mesma fosse reembolsada por aqueles (*vide* preâmbulo do diploma). Na medida em que este diploma legislou sobre a matéria objeto do Decreto-Lei n.º 183-L/80, e aquele, quanto à propriedade do desconto continha uma cláusula transitória (a aplicar durante o ano de 1980), o mesmo foi tacitamente revogado.

Posteriormente, com o Decreto-Lei n.º 118/83, também as importâncias descontadas nos vencimentos dos trabalhadores das Autarquias Locais passaram a constituir receita do Estado, compensando as *“verbas despendidas pela ADSE, em produtos farmacêuticos adquiridos pelos trabalhadores das autarquias locais e seus familiares”*, cfr. art.º 5º, n.º 3.

Foi com a Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, que alterou o Decreto-Lei n.º 118/83, introduzindo ali a matéria dos descontos, **que os descontos passaram a ser receita da ADSE-DG**. Para além de aumentar a taxa de desconto sobre os vencimentos dos trabalhadores no ativo, que passou a ser de 1,5%, e instituir o desconto sobre as pensões de reforma e de aposentação, estabeleceu ainda que as importâncias descontadas aos beneficiários titulares constituem *“receita da Direcção-Geral de Protecção social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, afecta ao financiamento dos benefícios estabelecidos no presente diploma.”* (art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada por aquela Lei, que se mantém atualmente em vigor) e revogou o Decreto-Lei n.º 125/81 (art.º 10º da Lei n.º 53-D/2006).

De facto, se dúvidas houvessem quanto ao destino das importâncias descontadas, pelos trabalhadores das Administrações Regionais, esta Lei desfê-las com a estatuição acima citada e a sua articulação com os art.º 3º do Decreto-Lei n.º 118/83 que define quem são os beneficiários titulares, incluindo ali os trabalhadores da Administração Regional, assim como com a revogação expressa do Decreto-Lei n.º 125/81 que ainda admitia que entidades que suportavam os encargos com as despesas de saúde dos seus trabalhadores ficassem com os descontos.

Apesar da deficiente técnica legislativa utilizada na configuração do regime de benefícios, resultante também de alterações avulsas ao Decreto-Lei n.º 118/83 e de outras alterações que nem sequer foram refletidas no mesmo, como aquela em que a ADSE deixou de ser responsável pelo financiamento dos cuidados prestados em hospitais públicos, uma análise do Decreto-Lei n.º 118/83, permite concluir que:

- ⇒ Até 2014 todas as entidades empregadoras deviam contribuir para o financiamento do sistema, em 2015 manteve-se apenas a responsabilidade das Administrações Regionais e Locais;
- ⇒ A receita dos descontos de todos os beneficiários titulares é receita própria da ADSE-DG, desde 2007 (Lei n.º 53-D/2006).

Em conformidade, não existe base legal para os mapas das receitas da Região Autónoma da Madeira, anexos aos Orçamentos da Região, incluírem os descontos dos quotizados da ADSE (rubrica 03.03.02

– Participações para a ADSE), cfr. a título de exemplo Mapa I dos Decretos Legislativos Regionais n.º 18/2014/M, de 31 de dezembro de 2014, e 31-A/2013/M, de 31 de dezembro, que previam a cobrança de € 5.623.000 a este título. Esta previsão já não consta do Orçamento da Região para 2016, cfr. Mapa I do Decreto Legislativo Regional n.º 17/2015/M, de 30 de dezembro.

É um facto que o Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção apontou várias incongruências do regime de benefícios da ADSE, com vista à sua correção, formulando designadamente recomendações que pretendem uniformizar as responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema (objeto do ponto 11.7-A) e estabelecer uma relação biunívoca entre o pagamento do desconto e o direito à utilização do sistema de benefícios (objeto do ponto 11.5). **Contudo, tal clarificação terá apenas efeitos futuros, não podendo, enquanto as responsabilidades forem as atualmente vigentes, ficar ao critério das entidades empregadoras entregarem ou não os descontos à entidade “proprietária” dos mesmos, atualmente a ADSE-DG.**

As entidades empregadoras são fiéis depositárias de uma quantia que lhes é entregue pelos respetivos trabalhadores, e que não lhes pertence. A sua não entrega de *per si* é **ilegal, por contrariar o art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, em articulação com o art.º 46º e 3º do mesmo diploma**, na redação vigente desde a Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro²³⁸, e, por isso, suscetível de ter consequências ao nível das responsabilidades financeiras²³⁹, designadamente os responsáveis da Administração Regional são suscetíveis de vir a ser financeiramente responsabilizados em eventuais ações conduzidas pela Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas²⁴⁰, considerando que a situação descrita pode configurar uma **retenção indevida dos descontos legalmente obrigatórios a efetuar ao pessoal**, p.p. no art.º 65º, n.º 1, al. c), n.ºs 2 a 9, e 67º da Lei n.º 98/97.

A situação descrita pode configurar, ainda, relativamente àqueles responsáveis, a **utilização de dinheiros ou outros valores públicos em finalidade diversa da legalmente prevista**, p.p. no art.º 65º, n.º 1, al. i), n.ºs 2 a 9, e 67º da Lei n.º 98/97, **por violação dos art.ºs 46º, n.º 2, e 48º**, conjugados com os art.ºs 3º, 4º, n.º 1, al. b) e c), e 2, 5º, 6º, n.º 4, al. b), e 19º, n.º 4, al. b), **do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro**²⁴¹. Conforme já referido (ponto 11.6.2-H) os descontos não podem ser utilizados para suportar despesa que é responsabilidade da própria Administração Regional. Ao utilizar os descontos para suportar despesa (com regime livre) que nos termos do regime de benefícios da ADSE deve ser suportada pelo Orçamento da Região (o financiamento público do sistema), os mesmos não estão a ser afetos à despesa que devem suportar. Sendo o desconto receita da Direção-Geral da ADSE, o desconto deve suportar a despesa desta entidade com o regime de benefícios.

Por seu lado, ao aceitar o argumento, sem sustentação legal, utilizado pela Administração Regional da Madeira e que prevaleceu no Memorando celebrado, os membros do Governo da República e o Diretor-Geral da ADSE-DG causaram um dano financeiro na ADSE: se os descontos em falta tivessem sido entregues, o saldo de tesouraria da ADSE, em 2015, com origem nos descontos dos quotizados,

²³⁸ Tendo o art.º 46º sido alterado, sem impacto na análise da matéria, pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.

²³⁹ Para além de criminais, como referido naquele ponto.

²⁴⁰ “As secções regionais exercem jurisdição e poderes de controlo financeiro na área das respetivas regiões autónomas, designadamente em relação às entidades referidas no artigo 2.º nelas sediadas, bem como aos serviços públicos da administração central que nelas exerçam atividade e sejam dotados de autonomia administrativa e financeira”, cfr. art.º 4º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março.

²⁴¹ Os primeiros aditados pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e alterados pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, e os últimos na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, e atualmente vigente.



seria superior àquele que se verificará. Daqui resulta, mais uma evidência da real instrumentalização dos descontos dos quotizados da ADSE pelo Governo da República.

Mais, o “perdão de dívida” dos descontos, até 31 de dezembro de 2013 no montante de € 6.145.973²⁴², pelos representantes do Governo da República e do Diretor-Geral da ADSE que outorgaram o Memorando resultou num sancionamento, por estes responsáveis, da não entrega dessa receita pela Administração Regional da Madeira com violação do disposto no art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro²⁴³, conjugado com os art.ºs 46º e 3º do mesmo diploma, sabendo os mesmos que essa receita é nos termos destes preceitos da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

Apesar de assumidamente os responsáveis - Diretor-Geral da ADSE e membros do Governo – pretenderem eliminar “dívidas cruzadas e regularizar uma situação que se arrasta desde 2010” (cfr, Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015) e de na primeira audiência, realizada em 28 e 29 de setembro de 2015, o Diretor-Geral ter admitido, a propósito da possibilidade de não entrega dos descontos à ADSE-DG em resultado das negociações do Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015 as suas “dificuldades em assinar o (...) memorando se não forem salvaguardadas no futuro algumas situações, nomeadamente quanto à previsão de que as condições de atribuição dos benefícios devem ser iguais para todos os beneficiários.”, julgando, à data, “... que as condições que considera relevante serem solucionadas no futuro serão salvaguardadas.” (p. 16 do Auto de Inquirição), **os responsáveis do Governo da República e da ADSE-DG que outorgaram o Memorando terão, no mínimo, representado o sancionamento da não entrega ilegal de receitas da ADSE-DG como uma consequência necessária da celebração do Memorando de Entendimento.**

De facto, considerando as suas funções na gestão da ADSE-DG, **o Diretor-Geral e o Secretário de Estado da Saúde não podiam desconhecer as regras que regulam o sistema de benefícios**, designadamente aquelas que atribuem o desconto à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas e regulam a responsabilidade das entidades empregadoras no financiamento do sistema.

Também, o **Secretário de Estado do Orçamento** que outorgou o Memorando de Entendimento, sendo responsável pela execução do Orçamento do Estado, no qual se integram as receitas próprias da ADSE-DG, **não podia desconhecer que com a sua atuação estava a sancionar uma prática ilegal de não entrega de receitas do Estado, embora próprias de um serviço integrado do Estado.**

Acresce, que no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, do conhecimento dos outorgantes, se refere expressamente “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 2007²⁴⁴, pelo que o argumento não tem fundamento legal.” (Vol. II, p. 104) e se formularam as seguintes recomendações:

²⁴² Montante apurado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, resultante do abatimento ao montante da dívida do desconto de uma despesa em que a Região Autónoma da Madeira incorreu e que é nos termos do regime de benefícios da responsabilidade da ADSE-DG (os encargos com o regime livre de quotizados/beneficiários aposentados residentes na Região Autónoma da Madeira), cfr. pontos 12.3, 12.4 e 12.5 do Volume II. O Memorando de 29 de setembro não refere montantes. O montante apurado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, de € 6.161.316 foi corrigido na presente auditoria para o montante agora indicado no texto, em resultado de se ter detetado um erro de soma.

²⁴³ Aditado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, assim como o art.º 46º que, veio a ser alterado, sem impacto na análise da matéria, pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio. O art.º 3º é o constante da versão originária, atualmente em vigor.

²⁴⁴ Antes era receita do Estado.

- ⇒ Aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde, “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: (...) 31.1. 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*” e,
- ⇒ Ao Diretor-Geral da ADSE, “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.*” (Vol. I, pp. 42 e 47).

Ou seja, o Diretor-Geral da ADSE e os membros do Governo, que outorgaram o Memorando de Entendimento de 29 de setembro de 2015, para além de saberem que estavam a sancionar uma conduta ilegal de não entrega de receitas próprias da ADSE-DG, conheciam também a interpretação feita pelo Tribunal de Contas e apesar de alertados para o efeito atuaram em desconformidade com essa interpretação.

Deste modo, encontram-se indiciados os requisitos do **dolo**: a representação de um facto que preenche um tipo de infração financeira e o elemento voluntário da conduta. Note-se que no dolo necessário “... a realização do facto surge (...) como (...) consequência necessária, no preciso sentido de consequência inevitável, se bem que “lateral” relativamente ao fim da conduta. Esta “inevitabilidade” pressupõe já uma característica especial a nível do elemento intelectual do dolo do tipo: a previsão do facto há-de ter ultrapassado a mera representação como consequência “possível”, para o ser como “certa” ou ao menos “altamente provável”.” (cfr. Jorge de Figueiredo Dias *in* Direito Penal, Parte Geral I, 2ª ed., p. 367).

Também, Manuel Cavaleiro Ferreira (*in* Lições de Direito Penal, Parte Geral I, 4ª ed., pp. 294-295), referindo-se ao dolo necessário como “dolo direto”, entende que “... dolo é vontade de realização do crime (facto ilícito) com conhecimento de todos os seus elementos essenciais ou, mais abreviadamente, dolo é consciência e vontade de cometer o crime (facto ilícito). A diferença com a intenção definida no n.º 1 está no elemento volitivo especialmente, visto que a realização do facto ilícito não é no n.º 2 o fim que o agente propõe à sua intenção, mas consequência necessária da sua realização.” (cfr..

A situação descrita, por violar o art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, conjugado com os art.ºs 46º e 3º do mesmo diploma, pode configurar, **relativamente ao Diretor-Geral da ADSE**, na qualidade de agente da ação (art.º 61º, n.º 1, *ex vi* art.º 67º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março), uma **eventual infração financeira** suscetível de gerar **responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória**, pois o sancionamento da não entrega de receitas encontra-se p.p. no art.º 60º da Lei n.º 98/97, e a não cobrança de receitas no respetivo art.º 65º, n.º 1, al. a), e n.ºs 2 a 9, sendo que o especial grau de culpa exigido no art.º 60º se encontra indiciado.

A eventual responsabilidade financeira sancionatória, para além das normas do art.º 65º evocadas, é efetivada, relativamente ao Diretor-Geral da ADSE-DG, nos termos do art.ºs 61º, 62º e 67º da Lei n.º 98/97, e a reintegratória, para além do art.º 60, nos termos dos art.ºs 61º a 64º da mesma Lei.



Quanto à **responsabilidade dos membros do Governo da República que outorgaram o Memorando** que sancionou a não entrega dos descontos pela Administração Regional da Madeira: o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, com responsabilidades sobre a execução do Orçamento do Estado, e o Secretário de Estado da Saúde, entidade com poderes de direção sobre a ADSE-DG, é necessário verificar se os três requisitos do artigo 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933²⁴⁵, *ex vi* art.º 61º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, estão reunidos, concluindo-se desde já que sim, pois:

- ⇒ Pelo Memorando de 29 de setembro de 2015, aqueles membros do Governo sancionaram a prática de não entrega dos descontos dos quotizados à ADSE-DG por parte da Administração Regional da Madeira.
- ⇒ Esta situação causou um **dano efetivo**, ao subsistema público de saúde, autofinanciável da ADSE, no montante de € 6.145.973, e um **dano emergente para o Estado**, que face à descapitalização da ADSE, terá que vir a suportar na mesma medida, proporção e montante, a não arrecadação de receitas devidas ao Estado pela Região Autónoma da Madeira e financiamento de benefícios em regime livre e de convenção a que as receitas não arrecadas estão consignadas.

Refira-se que, a não entrega do desconto não compensou qualquer dívida da ADSE-DG para com a Administração Regional da Madeira porque esta não existia:

- os encargos que esta suportou com o regime de benefícios da ADSE são da sua responsabilidade e não da responsabilidade da ADSE-DG, cfr. art.º 4º, n.º1, al. b) e c), e n.º 2, do Decreto-Lei n.º 118/83, conjugado com o art.º 3º, als. a) e b), art.º 6º, n.º 4, al. b), e 19º, n.º 4, al. b)²⁴⁶, também do referido diploma;
 - o desconto dos trabalhadores da Administração Regional são receita da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, cfr. art.º 48º²⁴⁷, conjugado com os art.ºs 46º e 3º, al. b), do Decreto-Lei n.º 118/83.
- ⇒ Apesar de o Diretor-Geral da ADSE que participou no grupo de trabalho que preparou o Memorando de 29 de setembro de 2015 e também o outorgou não ter esclarecido no âmbito dos trabalhos, como lhe competia, sobre a legalidade da não entrega do desconto, aqueles membros do Governo, perante uma matéria cuja ilegalidade era clara considerando que existe uma disposição expressa que atribui a receita do desconto à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas e o conhecimento que tinham do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção do Tribunal de Contas, também não solicitaram qualquer parecer jurídico sobre esta matéria objeto do Memorando, tal como a prudência o impunha.

Nesta matéria, as “estações competentes” seriam:

- a ADSE-DG, considerando que os descontos dos quotizados constituem receita própria da mesma, sendo que, como se demonstrou, face ao conhecimento que os membros do Governo tinham da ilegalidade da não entrega dos descontos pela Administração Regional da Madeira e da interpretação constante do Relatório do Tribunal de Contas, não bastava a participação do Diretor-Geral no Grupo de Trabalho que preparou o Memorando e na sua outorga: a prudência obrigava à solicitação de um parecer jurídico ao mesmo, já que este não teve a iniciativa de o apresentar;

²⁴⁵ “São [financeiramente] responsáveis por todos os actos que praticarem, ordenarem, autorizarem ou sancionarem, referentes a liquidação de receitas, cobranças, pagamentos, concessões, contratos ou quaisquer outros assuntos sempre que deles resulte ou possa resultar dano para o Estado: 1º Os Ministros quando não tenham ouvido as estações competentes ou quando esclarecidos por estas em conformidade com as leis, hajam adoptado resolução diferente”.

²⁴⁶ Na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, e atualmente vigente.

²⁴⁷ Aditado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, assim como o art.º 46º que, veio a ser alterado, sem impacto na análise da matéria, pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio. O art.º 3º é o constante da versão originária, atualmente em vigor.

- a Direção-Geral do Orçamento, considerando as atribuições da mesma na elaboração e execução do Orçamento do Estado²⁴⁸ e o facto de o desconto ainda ser uma receita do Estado, pois, absurdamente, a ADSE-DG, financiada pelos descontos, receita por natureza privada destinada a fins particulares dos beneficiários, continua a ser um serviço integrado do Estado;
- o Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República, considerando o entendimento particular da Administração Regional da Madeira sobre as regras relativas à titularidade dos descontos dos quotizados da ADSE e ao financiamento do sistema pelas entidades empregadoras. Refira-se que, considerando a transversalidade do Conselho Consultivo e o carácter oficial da interpretação constante dos seus pareceres, a audição do mesmo dispensaria a audição da ADSE-DG e da Direção-Geral do Orçamento.

Assim, conclui-se que, também nesta matéria, os membros do Governo da República que outorgaram o Memorando, também, não ouviram a “estação competente”, conforme preconizado no n.º 1 do art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933, **não afastando a sua eventual responsabilidade financeira reintegratória.**

Deste modo, **também, o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e o Secretário de Estado da Saúde, que outorgaram o Memorando de 29 de setembro de 2015, são suscetíveis de serem responsabilizados financeiramente** nos termos do art.º 60º, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, devendo este ser conjugado com os art.ºs 61º a 64º da mesma Lei. Recorde-se que, também relativamente a estes responsáveis, o especial grau de culpa exigido no art.º 60º se encontra indiciado.

Os procedimentos por responsabilidades financeiras extinguem-se nos termos do art.º 69º da Lei 98/97, designadamente o procedimento por responsabilidade financeira reintegratória extingue-se pelo pagamento da quantia a repor a qualquer momento.

Importa, ainda, referir que mesmo que a não entrega dos descontos pudesse eventualmente ser justificada com os encargos suportados pela Administração Regional, o que não se concede dado que a situação pode inclusivamente configurar eventuais infrações financeiras, o modo como a compensação entre uns e outros valores foi efetuada, nomeadamente com base nos montantes indicados no Relatório de Auditoria n.º 12/2015- 2ª Secção (reproduzidos no Quadro 15), é absolutamente criticável, e revela a displicência que foi colocada neste processo, porque apesar de os dados se reportarem a 31 de dezembro de 2013, não foram atualizados, pois, em 2014 e 2015, geraram-se novas responsabilidades.

A atualização dos montantes e a sua verificação permitiria calcular a perda efetiva que o Memorando causou nas contas da ADSE de 2015, pela não entrega dos descontos, e refleti-lo nas mesmas. Essa exigência, da responsabilidade da gestão da ADSE, ou seja do Diretor-Geral da ADSE, não foi feita, o que contribui para que as contas de 2015 não venham, uma vez mais, a refletir uma imagem verdadeira e apropriada da situação económica e financeira da ADSE, como aconteceu até 2014, considerando que a dívida de descontos nunca foi refletida nas contas da ADSE-DG.

No exercício do contraditório, os responsáveis indiciados - O Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo Constitucional e o Diretor-Geral de

²⁴⁸ Art.º 2º do Decreto-Lei n.º 191/2012, de 23 de agosto.



Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas refutam terem praticado qualquer infração financeira suscetível de os fazer incorrer em responsabilidade financeira.

Quer o **Secretário de Estado da Saúde** quer o **Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo Constitucional** alegam que *“... os descontos dos trabalhadores que haviam sido retidos pela Região Autónoma se destinaram exclusivamente ao financiamento do sistema de benefícios assegurados aos beneficiários da ADSE.”* e que *“... neste contexto, não está em causa a aplicação de valores para fim diverso do previsto na lei, mas apenas o facto de ter sido uma entidade diferente da ADSE a efetuar os pagamentos.”*. Alegam ainda que a *“... ADSE reconheceu que os encargos suportados pela Região Autónoma da Madeira são superiores ao montante dos descontos retidos.”* pelo que *“... havendo (...) um cenário em que os montantes se equivaliam (com um ligeiro prejuízo para a Região Autónoma da Madeira), em que o devedor e o credor se confundem na mesma entidade, entendeu-se que a dívida e o crédito se poderiam extinguir por recurso à figura jurídica da confusão.”*.

Numa alusão ao art.º 36º, do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933, aplicável aos membros do Governo, ex vi art.º 61º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, o Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento do XIX Governo Constitucional alegam que *“... não pode haver responsabilidade reintegratória ...”* porque *“... não houve qualquer prejuízo para o Estado ...”* e porque *“... as decisões tomadas foram ao encontro do que foi informado ...”* pelos serviços competentes.

As alegações do **Diretor-Geral da ADSE** corroboram as alegações destes responsáveis quanto à inexistência de dano e à utilização dos descontos pela Administração Regional da Madeira em despesa com o sistema de benefícios ADSE:

“... os descontos serviram para o Governo da Região pagar os encargos que teve com o Regime Livre ...”.

“Também (...) a dívida relativa ao pagamento do reembolso que deveria ser suportado pelas entidades empregadoras da Região Autónoma da Madeira, foi efetivamente considerado e liquidado à ADSE.”

“Adicionalmente os Serviços Regionais de Saúde da Região Autónoma da Madeira além dos € 29.751.800,63, faturados à ADSE (...) e que dizem respeito aos serviços prestados aos beneficiários da ADSE cujo desconto foi entregue e recebido pela Direção-Geral, suportaram ainda, entre 2010 e 2014, o valor de € 75.980.032,93 (...) relativos a encargos por serviços prestados a outros beneficiários da ADSE (...) cujos descontos foram retidos por instruções do Governo Regional e não entregues à Direção-Geral, encargos estes que não poderiam ser faturados à ADSE. (...) Deste modo ao se assumir no Memorando celebrado a 29 de setembro de 2015, que “... com estas operações ficam igualmente saldadas as verbas devidas pelos descontos efetuadas pelas entidades da Região Autónoma da Madeira, aos seus beneficiários, e que não foram entregues à ADSE ...” foi também considerado que por não terem sido entregues esses mesmos descontos à ADSE não seria exigível (...) a esta Direção-Geral o pagamento relativo à faturação destes cerca de 75 milhões de euros.”

“Portanto e tendo em consideração estes elementos adicionais, só poderemos concluir que não existiu uma prática por parte dos subscritores do Memorando que implicou a não entrega de receitas à Direção-Geral dos Trabalhadores em Funções Públicas, mas ao assumir-se esta compensação entre receitas e despesas fica demonstrado de forma clara e inequívoca que em caso algum a ADSE saiu prejudicada (...), pelo que é totalmente incompreensível que tal seja classificado como eventual infração financeira e de identifiquem responsabilidades financeiras reintegratórias e sancionatórias.”

Em matéria de avaliação da culpa, o Diretor-Geral da ADSE apresenta os mesmos argumentos que apresentou para o pagamento de cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, que, resumidamente, lembram que *“A ADSE, e em conformidade com os princípios subjacentes ao poder de direção e de hierarquia a que está submetida, cumpriu a decisão tomada ...”*.

Todos os responsáveis indiciados evocam, também, o art.º 14º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016) que autoriza o *“... membro do Governo responsável pela área da saúde (...) a proceder ao encontro de contas entre a Direção-Geral da ADSE e as regiões autónomas relativamente a dívidas resultantes de participações pagas pelas regiões autónomas a beneficiários da ADSE neles domiciliados”*, considerando que o mesmo *“deix[a] claro que na situação em apreço não existe lugar a responsabilidade reintegratória pois é a Assembleia da República que de forma expressa reconhece haver lugar a encontro de contas nos termos em que as mesmas foram efetuadas”*.

Também sobre esta matéria, o Diretor-Geral da ADSE, informa, que *“... vai cautelarmente (...) propor à sua tutela que nos documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015, venha a Direção-Geral a refletir uma eventual dívida do Governo Regional da Madeira, resultantes dos descontos retidos de € 6.161.316 [249] e não entregues à ADSE por força do estabelecido no Memorando de 29 de setembro de 2015...”*.

Em anexo às alegações, o **Ministro da Saúde**, através da Chefe do Gabinete, corrobora as alegações que nesta matéria foram produzidas pelo Diretor-Geral da ADSE, concluindo que *“... não há lugar à responsabilidade reintegratória e sancionatória”* por *“... não ter havido qualquer prejuízo para o Estado ou para os beneficiários da ADSE.”*

E acrescenta, no documento principal, que a interpretação feita no Relatório faz *“... equivaler as Regiões Autónomas, enquanto empregadores públicos a entidades estaduais para efeitos do regime da ADSE [o que] não se afigura correto, tendo em conta a natureza de Direção Geral da ADSE que pertence à Administração Estadual e não à Administração Regional Autónoma.”*. Argumenta ainda, que:

“... o regime jurídico aplicável aos trabalhadores das Administrações Públicas não é unitário: deve, por isso, distinguir-se, em matéria de responsabilidade pela saúde, o regime aplicável aos trabalhadores em funções públicas em razão do empregador público, o que tem reflexos no que ao regime legal da ADSE diz respeito.”

“Na verdade, a ADSE foi configurada inicialmente como um subsistema previsto para os trabalhadores da Administração Direta e Indireta do Estado. Esta sua missão original justifica a natureza de direção geral e o regime de relações diferenciadas com outros empregadores públicos, nomeadamente as Regiões Autónomas e as autarquias locais, na medida em que os trabalhadores destes últimos não se inserem nas atribuições originais da ADSE. Por esta razão, quer as responsabilidades dos empregadores, quer a titularidade dos descontos efetuados deve ser diferenciado. Ora, as Recomendações do Tribunal de Contas e os pressupostos jurídicos das suas conclusões desvalorizam estas diferenças, propugnando um regime financeiro igual para todas as situações, o que nunca aconteceu na vigência do Decreto-Lei n.º 118/83.”

“Acresce que o argumento da prescindibilidade das normas que diferenciam a situação dos empregadores públicos e dos respetivos trabalhadores em função do tipo da Administração a que

²⁴⁹ Refere-se ao montante apurado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, de € 6.161.316, que foi corrigido na presente auditoria para o montante de € 6.145.973, em resultado de se ter detetado um erro de soma.



pertencem afronta diretamente a regra interpretativa contida no artigo 9.º, n.º 3 do Código Civil a qual preceitua que “na fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados”.

Ouvida também em sede de contraditório, a **Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira** alega, também, que os descontos foram utilizados em *“Reembolsos em regime livre (...). Independentemente de se recorrer à interpretação extensiva do art.º 4º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, para aí incluir a RAM, a verdade é que se trata de um benefício concedido pela ADSE e cuja despesa foi assumida e paga pela Região Autónoma da Madeira.”*, no pagamento de *“... despesas dos beneficiários no ativo dos serviços regionalizados em estabelecimentos do SRS [Serviço Regional de Saúde], tendo-lhe [à ADSE] apenas sido faturados os cuidados prestados aos trabalhadores aposentados e aos trabalhadores de serviços não regionalizados, não obstante este ser um dos cuidados previstos no Decreto-Lei n.º 118/83 (alínea a) do n.º 1 do art.º 23º). Esta fatura coube sempre ao Governo Regional assumir, através dos sucessivos contratos-programa assinados com o SESARAM, EPE, situação diferente do que acontecia no continente em que estas despesas eram assumidas pela ADSE.”* *“Da mesma forma, e ao contrário do que acontece no continente, foi sempre assumido pela Região Autónoma da Madeira a despesa com o transporte de beneficiários da ADSE (serviços regionalizados) de e para os estabelecimentos integrados no SRS (...) apesar de este ser igualmente um cuidado previsto no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (art.º 26º) ...”.*

E conclui que *“... não se vislumbra[a] como é que a conduta dos responsáveis da Administração Pública e do Governo Regional possa acarretar consequências ao nível da responsabilidade financeira e criminal, e configurar infrações financeiras por parte dos mesmos quando as importâncias descontadas e mantidas nos cofres da Região enquanto receita a consignar ao pagamento dos benefícios concedidos aos beneficiários da ADSE da Administração Regional foram a eles afetas, cfr. previsto no n.º 2 do artigo 46º e no artigo 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro ...”.*

Realça que *“... atento o entendimento perfilhado pelo Tribunal de Contas, o Governo Regional da Madeira envidou todos os esforços no sentido das entidades da Administração Regional passarem a entregar o desconto à ADSE-DG, o que, de facto aconteceu, em conformidade com as orientações emanadas da Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública, decorrente da aprovação do Orçamento da Região Autónoma da Madeira em dar acolhimento às recomendações emanadas do Venerando Tribunal de Contas.”*²⁵⁰.

Os argumentos apresentados pelos responsáveis indiciados no Relatório e pela Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira, corroborados pelo atual Ministro da Saúde, vão no sentido de que a não entrega dos descontos dos quotizados da Administração Regional da Madeira à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas não consubstancia uma violação do art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/82, de 25 de fevereiro, porquanto, como ele estabelece, os descontos foram afetos ao financiamento dos benefícios daqueles quotizados.

A este respeito importa, desde já, referir que o mesmo preceito estabelece, desde 2007²⁵¹, que os descontos constituem receita da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, porém para os alegantes o relevante é que os descontos foram utilizados no financiamento do sistema de benefícios, não reconhecendo que a responsabilidade da Região no financiamento do

²⁵⁰ Sobre este assunto *vide* também o contraditório desta entidade sintetizado no ponto 11.6.2-H.3 do Relatório.

²⁵¹ Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro.

mesmo nada tem que ver com a receita dos descontos. Tal como acontecia com as entidades empregadoras da Administração Central, até 2014 inclusive, e ainda acontece com as entidades empregadoras da Administração Local, cuja responsabilidade no financiamento do sistema também era alheia à receita dos descontos.

Em matéria de descontos, a responsabilidade das entidades empregadoras públicas é a de proceder à sua liquidação, por aplicação da taxa de desconto aos vencimentos, e à sua entrega à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas. E não se pode afirmar, como o faz a Secretaria Regional das Finanças e da Administração Pública da Madeira no ofício n.º 35, de 28 de dezembro de 2015, também junto às alegações, que *“Caso tais importâncias viessem a ser entregues à ADSE-DG, a título de receita, sem que a mesma tivesse contrapartida em despesa, é que poderia conduzir a que os descontos não fossem consignados ao pagamento dos benefícios concedidos aos beneficiários da ADSE integrados na Administração Regional ...”*, pois o sistema de benefícios da ADSE é um sistema solidário que inclui outros quotizados/beneficiários para além daqueles que estão integrados na Administração Regional da Madeira e até agora (para as entidades empregadoras da Administração Local) outras entidades empregadoras. Pode-se afirmar que quando umas entidades empregadoras ou quotizados²⁵², não cumprem as suas obrigações de financiamento ou de entrega do desconto, os restantes financiadores serão mais penalizados.

Assim, não cumprindo a Administração Regional da Madeira a obrigação de entrega dos descontos dos seus quotizados à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, e tendo esta despesa com aqueles, designadamente despesa com medicamentos dispensados em farmácias, que nos termos do art.º 4º conjugado com o art.º 5º e o art.º 3º são da responsabilidade da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, e despesa com regime convencionado que, sendo suscetível de reembolso, nos termos dos mesmos preceitos e do art.º 19º, n.º 4, do mesmo diploma, só em 2015, no âmbito do Memorando de 29 de setembro de 2015, foi reconhecida pela Administração Regional da Madeira, esta despesa acabou por ser suportada pelas transferências do Orçamento do Estado para a ADSE, que se verificaram até 2011, pela contribuição da entidade empregadora da Administração Central, suportada numa taxa sobre o vencimento dos respetivos trabalhadores independentemente da utilização que os mesmos fizessem do sistema, e pelo desconto dos quotizados do continente²⁵³.

Ou seja, conforme explicado no desenvolvimento do Relatório, o sistema de benefícios era (e ainda é, relativamente a algumas entidades empregadoras) suportado pelas entidades empregadoras e pelos quotizados, constituindo receitas próprias da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, entre outras, os reembolsos suportados por entidades da Administração Local e Regional, a contribuição da entidade empregadora e os descontos dos quotizados, cfr. normas citadas do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e ainda o art.º 47º-A do mesmo diploma, entretanto revogado pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, e o art.º 7º do Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, e antes deste o art.º 7º do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março. Com essas receitas próprias, a ADSE suporta a despesa da sua responsabilidade.

²⁵² Quando são estes a entregar diretamente o desconto à ADSE (v.g. algumas situações de licença sem vencimento).

²⁵³ O mesmo já não se verifica quanto às entidades empregadoras da Administração Local que só suportam a efetiva utilização do sistema pelos seus trabalhadores. Ou seja: apenas reembolsam a ADSE quando um seu trabalhador recorre a uma entidade convencionada. Para além da obrigação de reembolso, estas entidades também têm a obrigação de entrega do desconto dos quotizados à ADSE.



O argumento apresentado, de que caso a Administração Regional tivesse entregado os descontos à ADSE, esta teria de suportar as despesas com cuidados de saúde prestados a quotizados/beneficiários da Administração Regional, não pode ser acolhido, porquanto o mesmo contraria o regime de benefícios da ADSE, designadamente o art.º 4º, conjugado com o art.º 3º e 5º do Decreto-Lei n.º 118/83, aplicáveis à Administração Regional conforme justificado no texto do Relatório e no Anexo 9. Mais se a ADSE tivesse suportado a despesa referida, a mesma teria de solicitar o seu reembolso à Administração Regional, conforme art.º 19º, n.º 4, al. b), do mesmo diploma.

Reconhece-se, no entanto que a Administração Regional suportou despesa que não era da sua responsabilidade, designadamente o reembolso de cuidados de saúde prestados a aposentados no âmbito do regime livre, considerando que da conjugação dos art.ºs 3º, 4º e 5º, resulta que a despesa com aposentados, não sendo responsabilidade das entidades empregadoras com autonomia administrativa e financeira ou com verbas próprias para pagamento do seu pessoal, é da responsabilidade da entidade gestora da ADSE, a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

À luz desta constatação, já relevada aliás no texto do Relatório, é admissível, como alegam os responsáveis indiciados, que existam situações que justifiquem a previsão do art.º 14º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (Orçamento do Estado para 2016), que autorizam o “... *membro do Governo responsável pela área da saúde (...) a proceder ao encontro de contas entre a Direção-Geral da ADSE e as regiões autónomas relativamente a dívidas resultantes de participações pagas pelas regiões autónomas a beneficiários da ADSE neles domiciliados*”, porém, na execução desta norma, o Ministro da Saúde não pode olvidar as responsabilidades que resultam do regime de benefícios da ADSE, que estando previstas na lei, não se inserem no seu poder discricionário.

Quanto à argumentação do atual Ministro da Saúde de que “... *o regime jurídico aplicável aos trabalhadores das Administrações Públicas não é unitário: deve, por isso, distinguir-se, em matéria de responsabilidade pela saúde, o regime aplicável aos trabalhadores em funções públicas em razão do empregador público, o que tem reflexos no que ao regime legal da ADSE diz respeito.*” faz-se notar que o regime de benefícios ADSE é transversal e igual para os trabalhadores em funções públicas e aposentados. O que não é de facto unitário é o modo de financiamento pelas entidades empregadoras: dos art.ºs 3º, 4º, 5º, 19º, n.º 4, e 64º, decorre uma distinção entre serviços com autonomia administrativa do Estado e serviços/entidades com autonomia administrativa e financeira ou dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal, i.e., entre os primeiros e os organismos autónomos do Estado, as Regiões Autónomas e as Autarquias Locais; o art.º 47º-A introduzido pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, que criou a contribuição da entidade empregadora, entretanto revogada, derogou o regime estabelecido para os organismos do Estado, incluindo os de mera autonomia administrativa; até à criação da contribuição da entidade empregadora, eram as transferências do Orçamento do Estado que cobriam a diferença entre o montante das receitas próprias da ADSE e o montante da despesa. Mas a obrigação de financiar o sistema respeitava a todas as entidades empregadoras públicas.

Se, como refere o Ministro da Saúde, “... *a ADSE foi configurada inicialmente como um subsistema previsto para os trabalhadores da Administração Direta e Indireta do Estado.*” a mesma foi progressivamente alargada a todos os trabalhadores (e aposentados) da Administração Pública, sendo transversal a todos os setores, sendo que o atual regime de benefícios, o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, não faz qualquer distinção entre os mesmos, a não ser, como se disse, quanto ao modo de financiamento do sistema pelas entidades empregadoras.

O facto de a entidade gestora da ADSE ser uma entidade integrada na Administração Central do Estado não afasta as conclusões do Relatório, considerando que a transversalidade do sistema que a mesma gere atribui-lhe a incumbência de organizar, implementar e controlar o sistema de saúde dos trabalhadores em funções públicas²⁵⁴ independentemente de os mesmos pertencerem à Administração Central (do Estado), Regional ou Local.

Quanto à titularidade dos descontos, como referido no texto do Relatório, se os Decretos-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho, e 125/82, de 27 de maio, ainda dispunham que os descontos eram receita de entidades que suportavam os encargos com o sistema de benefícios, a Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, atribuiu a receita dos descontos à Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas e revogou o Decreto-Lei n.º 125/82, de 27 de maio²⁵⁵.

Sobre a alegação do Ministro da Saúde de que *“... o argumento da prescindibilidade das normas que diferenciam a situação dos empregadores públicos e dos respetivos trabalhadores em função do tipo da Administração a que pertencem afronta diretamente a regra interpretativa contida no artigo 9.º, n.º 3 do Código Civil a qual preceitua que “na fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados”*”, a mesma olvida em absoluto as referências que o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, faz expressamente às Administrações Regionais e à responsabilidade que as mesmas têm no financiamento do sistema, designadamente, os art.ºs 19º, n.º 4, al. b), e 64º, assim como a articulação entre a alínea b) e a al. a) do art.º 3º, bem como entre este e os art.ºs 4º e 5º do mesmo diploma.

Esta articulação entre as normas do regime de benefícios permite concluir que o que o legislador pretendeu, numa primeira fase, foi que entidades com autonomia administrativa e financeira ou dotadas de verbas para pagamento ao seu pessoal fossem responsabilizadas pelo financiamento do sistema, para além do Estado e dos quotizados. Mais tarde, com a introdução da contribuição da entidade empregadora, em 2011, também os serviços integrados do Estado, com mera autonomia administrativa, ficaram obrigados a esse financiamento, tornando desnecessárias as transferências do Orçamento do Estado para a ADSE.

Finalmente, quanto às alegações dos responsáveis indiciados que relevam para a apreciação do grau de culpa: a alegação de que os Secretários de Estado da Saúde e Adjunto e do Orçamento do XIX Governo fundaram a sua decisão em informação prestada pela ADSE e a alegação de que o Diretor-Geral está subordinado aos poderes de direção dos membros do Governo, as mesmas não procedem, considerando a análise já efetuada no Relatório, designadamente as recomendações que sobre o assunto foram formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, e especificamente, quanto aos membros do Governo, o facto não terem, também, ouvido outras entidades competentes em razão da matéria, a Direção-Geral do Orçamento e, considerando o entendimento da Administração Regional da Madeira sobre o assunto, o Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República.

²⁵⁴ Cfr. art.º 2º, al. a), do Decreto-Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, e art.ºs 1º, 2º e 3º, entre outros, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

²⁵⁵ O Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho, não foi expressamente revogado, mas na medida em que este diploma legislou sobre a matéria objeto do Decreto-Lei n.º 183-L/80, e aquele, quanto à propriedade do desconto continha uma cláusula transitória (a aplicar durante o ano de 1980), o mesmo foi tacitamente revogado.



Acresce que, conforme informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE²⁵⁶, “... a ADSE não forneceu nenhuma informação aos Senhores Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde no âmbito dos trabalhos, mas apenas disponibilizou toda a informação considerada relevante aos membros do respetivo Grupo de Trabalho, onde tinham assento representantes da Secretária de Estado do Orçamento e da Secretaria de Estado da Saúde ...”.

Finalmente, quanto à proposta que o Diretor-Geral irá apresentar à tutela, no sentido dos documentos de prestação de contas da Direção-Geral virem “... a refletir uma eventual dívida do Governo Regional da Madeira, resultantes dos descontos retidos de € 6.161.316 e não entregues à ADSE por força do estabelecido no Memorando de 29 de setembro de 2015 ...”, o que se confirmou ter ocorrido nos documentos de prestação de contas do ano de 2015, remetidos a este Tribunal após o exercício do contraditório, alerta-se para o facto de esse montante, que serviu de referência ao Memorando e ao sancionamento, pelos membros do Governo da República e do Diretor-Geral que o celebraram, da prática da não entrega dos descontos pela Administração Regional da Madeira à ADSE²⁵⁷, ter sido apurado com base nos montantes indicados no Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção (reproduzidos no Quadro 14 do presente Relatório).

Estes montantes, como indicado no Relatório, tiveram por base, no que respeita ao desconto, a informação prestada pelas entidades empregadoras da Administração Regional da Madeira que responderam ao questionário remetido no âmbito da auditoria e, no que respeita ao montante de despesa com regime livre com quotizados/beneficiários aposentados, a informação prestada pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM. Trata-se de informação não exaustiva, considerando designadamente o número de entidades que não prestaram a informação solicitada, identificadas no Anexo 36 ao referido Relatório.

De acordo com informação prestada pela Secretaria Regional das Finanças e Administração Pública da Madeira²⁵⁸, o montante de descontos não entregues e que deve ser refletido nas contas da ADSE ascenderá, entre 2007, ano em que os descontos passaram a ser receita da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, e 2015, a € 57.569.099,36, sendo que se reconhece que, durante este período, a Administração Regional assumiu encargos, designadamente com trabalhadores aposentados, que não lhe competiam.

Assim, de modo a que as demonstrações financeiras da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas reflitam de forma verdadeira e apropriada a situação económica, financeira e patrimonial, o Diretor-Geral deve, conforme recomendado no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção²⁵⁹, implementar procedimentos de contabilização dos descontos não entregues por todas as entidades em falta, não só as que integram a Administração Regional da Madeira, mas também, quaisquer outras entidades como as que integram a Administração Regional dos Açores que, também, se verificou na auditoria anterior não entregarem o desconto à ADSE, com argumentos semelhantes aos evocados pela Administração Regional da Madeira.

No entanto, ao contrário do que sucedeu em 2015 com a Administração Regional da Madeira, relativamente à qual os membros do Governo da República e o Diretor-Geral da ADSE sancionaram a

²⁵⁶ Email de 4 de janeiro de 2016.

²⁵⁷ Informação prestada pelo Diretor-Geral em email de 28 de dezembro de 2015.

²⁵⁸ Por email de 3 de março de 2016.

²⁵⁹ Recomendação n.º 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”.

prática de não entrega dos descontos, com a Administração Regional dos Açores os responsáveis pela ADSE ainda não tomaram qualquer decisão, esperando o Tribunal que, nesta matéria, não repliquem a solução que adotaram com a Administração Regional da Madeira.

Note-se que, anualmente, as Leis dos Orçamentos do Estado preveem a possibilidade de retenção, nas transferências correntes e de capital do Orçamento do Estado para os organismos autónomos da administração central, das regiões autónomas e das autarquias locais, para satisfação de débitos, vencidos e exigíveis, constituídos a favor da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) (cfr. atual art.º 11º da Lei n.º Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março).

11.8. Recomendações que visam um maior rigor e transparência dos documentos de prestação de contas

Quadro 16 – Recomendações (ponto 11.8)

Recomendação	Acolhimento
Aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde	
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.	
Ao Ministro da Saúde	
19. Determinar que sejam emitidas orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de: 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.	
Ao Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas	
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).	
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.	

A. Correção dos procedimentos de encontro de contas

No âmbito do acatamento das recomendações, o Ministro da Saúde do XIX Governo, através do Chefe de Gabinete, (ofício de 7 de outubro de 2015) informou que” *De forma a promover uma resposta mais célere e sustentada tecnicamente às recomendações constantes do Relatório de*



Auditoria n.º 12/2012, o Senhor Secretário de Estado da Saúde, por Despacho de 5/10/2015, determinou ao Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (CGSPS) que procedesse ao estudo e apresentação de Propostas”. O referido Despacho especifica que as propostas a apresentar devem referir-se “em especial” (...) às recomendações n.ºs (...) 10 a 12 e n.ºs 18 a 19 do Relatório de Auditoria”, determinando um prazo de 30 dias.

Sem prejuízo do determinado neste despacho, que ocorreu passados três meses após a receção do Relatório, e após solicitações dos serviços do Tribunal de Contas sobre o estado de acolhimento das recomendações, verifica-se que não foram emitidas orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de 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.

Apenas a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, procedeu ao levantamento dos dados junto das entidades do Serviço Nacional de Saúde do continente com vista ao apuramento das dívidas registadas até 31 de dezembro de 2009 e após essa data e à ulterior tomada de decisão por parte do atual Ministro da Saúde²⁶⁰.

Refira-se ainda a informação prestada pelo Diretor-Geral da ADSE, no âmbito do acatamento das recomendações segundo o qual a “A resolução desta recomendação [40] insere-se num trabalho mais amplo, levado a cabo pela DSB, no sentido de se conciliarem os saldos das entidades terceiras da ADSE, quer sejam processadoras de vencimentos e de entrega de descontos, quer sejam entidades a quem liquidamos reembolsos (...)”.

Dos contactos que se têm efetuado com as entidades do SNS, e que apresentam nas nossas contas correntes saldos devedores de reembolsos para com a ADSE, sempre que possível tem-se realizado uma conciliação, de modo a que ambas as partes estejam em consonância.

Porém, estas iniciativas não têm sido de fácil execução, embora haja uma forte esperança de que com a passagem da ADSE para o Ministério da Saúde seja possível dirimir com mais facilidade as dívidas daquelas entidades.”.

Em sede de contraditório a Administração Central do Sistema de Saúde, representada pela Presidente do Conselho Diretivo, atualiza a informação prestada, informando que “... na sequência do levantamento de dados efetuado junto de 50 entidades do SNS prestadoras de cuidados de saúde, no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 e após esta data, procedeu-se já à análise da informação reportada e a um conjunto de validações, em especial quanto ao stock de dívida em 31.12.2009 e aos valores indicados como recebidos da ACSS. Procedeu-se, no primeiro caso, ao confronto dos valores agora reportados com o reporte de 2010, bem como com os valores constantes do(s) balancete(s) da entidade (contas de terceiros), nos casos de divergência mais acentuada, e, no segundo caso, à confirmação dos valores de transferências efetuadas entre 2010 e 2013 neste âmbito, que constam dos registos contabilísticos deste Instituto, com especial atenção às situações em que ocorreram fusões/integrações entre unidades hospitalares.

²⁶⁰ Cfr. ofício da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, de 18 de dezembro de 2015, no âmbito do processo da auditoria em curso, e ofícios do Gabinete do Ministro da Saúde de 8 e 15 de janeiro de 2016, no âmbito dos processos de verificação interna das contas de gerência de 2013 e 2014 da ADSE-DG.

Contudo, houve um conjunto de situações relativas aos montantes reportados que ainda suscitaram dúvidas e face aos quais se está, neste momento, a realizar apuramento junto das entidades respetivas. Logo que se conclua este processo, informar-se-á a Tutela, no sentido de se obter orientações quanto ao acerto de contas constante da recomendação.”.

B. Cumprimento dos princípios contabilísticos

Relativamente ao pleno cumprimento dos princípios contabilísticos fundamentais, o Diretor – Geral da ADSE, no âmbito do acatamento das recomendações, informa que: “A ADSE, ao contrário do que aconteceu em outros anos, entregou e cobrou toda a receita de dezembro de 2014, como receita do próprio ano (...)o que foi possível porque se encontrou um mecanismo, em conjunto com a DGO, que possibilitou utilizar em termos de tesouraria uma parte do saldo de 2014, de forma a poder elaborar o primeiro PLC de janeiro de 2015, considerando o mero regime de autonomia administrativa desta Direção-Geral.”.

Acrescenta que “A ADSE implementou relevantes melhorias, quer ao nível da sincronia GeRFiP/SICOF, quer ao nível do desenvolvimento da própria aplicação “Sistema de Informação de Conferência de Faturas” (SICOF), que tiveram, necessariamente, como consequência e em prol do princípio do acréscimo, a realização de lançamentos contabilísticos para correção de erros e omissões do passado, com o recurso inevitável mas reitera-se, apropriado nas contas 69 e 79. É expectável que, doravante e por força das referidas melhorias, essa utilização se venha a diluir, de ano para ano, não obstante se entender ser a mais correta aos casos em apreço.”

Relativamente ao princípio da prudência refere que: “A ADSE tem feito, desde o relatório preliminar, um conjunto de iniciativas e contactos com a ESPAP e com a DGO no sentido de se criar uma provisão para dívidas de cobrança duvidosa, superiores a 20 anos, tendo tentado que essa provisão fosse incluída nas contas de 2014, o que não foi possível pois a posição da ESPAP é no sentido de não ser possível registar na atual aplicação do GeRFiP provisão de cobranças duvidosas para entidades do Estado, nem uma eventual adoção seria de resolução rápida, pois careceria de validação da DGO, o que levou a abandonar a criação dessa provisão para a Conta de Gerência de 2014.

Entretanto, obteve-se um primeiro parecer da DGO, que é no sentido de que, embora o POCP seja omisso relativamente aos critérios inerentes à constituição de provisões para clientes de cobrança duvidosa, se possa estabelecer um paralelo com o preconizado no ponto 2.7-Provisões do Plano Oficial de Contabilidade Pública, para O Sector da Educação.

Desde que se encontrem em mora há mais de seis meses, os créditos sobre clientes não devem ser considerados de cobrança duvidosa, sem que esteja devidamente justificado o seu risco de incobrabilidade. Porém, os créditos sobre o Estado, tal como determina o CIRC (para as entidades que estejam sujeitas ao seu âmbito), não são fiscalmente aceites provisões sobre estes.

Para entidades que não estejam sujeitas ao seu âmbito de aplicação, parece que, para efeitos de gestão, devem ser reconhecidos todos os factos que contribuam para a imagem verdadeira e apropriada da sua posição financeira. Sendo a maioria dos “clientes” da ADSE em mora e com dívidas superiores a vinte anos, referentes a autarquias locais, o primeiro parecer da DGO seria de difícil aplicação, pelo que se irá, uma vez mais, solicitar à DGO uma reapreciação desta sua tese, atendendo à situação específica da ADSE.”



Reitera-se que a ADSE-DG não deve desvalorizar o princípio da prudência devendo por isso refletir nas Demonstrações Financeiras o risco de incobrabilidade dos saldos em dívida, através da constituição de provisões para dívidas de cobrança duvidosa.

C. Contabilização da dívida de desconto

Relativamente à 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, o Diretor-Geral da ADSE, no âmbito do acatamento das recomendações informa que: “A contabilização está inserida no Relatório de Terceiros, a partir do mês de junho de 2015”. Efetivamente o referido Relatório de Terceiros relativo ao acompanhamento das dívidas do mês de julho de 2015 integra um ponto sobre o valor de desconto reconhecido como dívida por cálculo estimativo, com base na média calculada com base no número de beneficiários e o valor pago pelas entidades empregadoras em agosto.

No entanto, sem prejuízo da relevância deste documento, o mesmo não substitui a efetiva contabilização dos montantes apurados/estimados, quer para cumprimento do Despacho n.º 1452/2011, do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento²⁶¹, quer para cumprir os princípios contabilísticos fundamentais da materialidade e do acréscimo.

Por outro lado, a ADSE-DG não reflete nos seus orçamentos previsionais estimativas de receitas que incluam os descontos relativos a quotizados da Regiões Autónomas, limitando-se a prever as cobranças a efetuar em cada ano com base no histórico de cobranças do ano anterior.

Refere-se uma vez mais a importância da apresentação de Demonstrações Financeiras fiáveis, que constituam um instrumento fundamental de apoio à gestão e à sua avaliação.

Para além da não contabilização dos descontos em dívida, verifica-se que os descontos dos quotizados entregues à ADSE estão a ser contabilizados na conta do POCP – Plano Oficial de Contabilidade Pública, 72 – Impostos e Taxas. A utilização desta conta é fundamentada com a necessidade de, face à natureza jurídica de serviço integrado da Direção-Geral, correlacionar as contas daquele Plano com a classificação económica das receitas previstas no anexo I ao Decreto-Lei n.º 26/2002 de 14 de fevereiro.

Como o desconto para a ADSE está classificado no capítulo “03 - “Contribuições para a Segurança Social, a CGA e a ADSE, especificamente no código 03.03.02 – participações para a ADSE daí resultou a utilização da conta POCP 7230000000 – “Impostos/Taxas-Contribuições para Seg.Social”, configurada no GeRFiP, pela Espap, para a ADSE.

Tratando-se o desconto dos quotizados de uma contribuição voluntária com o objetivo de obter a prestação de um serviço, à semelhança do que acontece com um prémio de seguro ou com as quotas de uma associação mutualista, a utilização daquela conta, em substituição da conta 712 - Prestações de serviços, é inapropriada.

²⁶¹ 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.

Neste sentido, também a Comissão de Normalização Contabilística, em resposta a comunicação do Tribunal de Contas²⁶², informa que “... tratando-se de um subsistema de saúde de adesão e contribuição voluntárias, os rendimentos auferidos pela ADSE com base nessas contribuições consubstanciam mais uma prestação de serviços aos aderentes do que uma taxa compulsiva universal, pelo que a sua contabilização nesta entidade se deve fazer na conta 72 – Prestação de serviços.” [do Plano de Contas Multidimensional do SNS-AP] e que “... está disponível para emitir uma orientação técnica específica para a ADSE relativamente ao assunto (...) baseada na posição expressa pelo Tribunal de Contas com a qual a CNC está de acordo.”, concluindo “Nesse sentido, deverá a ADSE considerar a utilização de uma conta 7214 – Subsistemas de saúde facultativos, uma subconta da conta 72 – Prestação de serviços e concessões”²⁶³.

De modo semelhante, o plano de normalização contabilística para as entidades do sector não lucrativo prevê uma subconta de prestações de serviços para quotizações e joias.

Acresce que a utilização da conta 72 – Impostos e Taxas fomenta a perceção errada, dos quotizados e do público em geral, do desconto como um imposto ou uma taxa, que efetivamente não é.

A quota deve ser considerada, do ponto de vista da gestão da ADSE como um proveito resultante da prestação de serviços aos seus quotizados e não como uma taxa/imposto. Esta perspetiva (contabilização como taxa/imposto) prejudica a accountability.” – Adalberto Campos Fernandes

“Os descontos dos quotizados são proveitos da ADSE que devem ser contabilizados em Prestações de serviços.” – José Mendes Ribeiro

“...o desconto deve ser contabilizado em prestações de serviços, dado que são contribuições semelhantes aos prémios de seguros ou às quotas de uma associação mutualista.” – Pedro Pita Barros

Confirmou-se nos documentos de prestação de contas da gerência de 2015, remetidos após o exercício do contraditório, que a ADSE passou a contabilizar a dívida de descontos não entregues pelas entidades empregadoras²⁶⁴.

Relativamente às entidades das Administrações Regionais a dívida contabilizada compreende o período entre 2011 e 2015. Sobre este assunto e, considerando que as mesmas não entregam o desconto desde 2007, o Diretor-Geral deve implementar procedimentos de contabilização dos descontos desde essa data²⁶⁵.

Confirmou-se igualmente o reconhecimento contabilístico da receita proveniente dos descontos dos quotizados de 2015 numa conta de prestações de serviços.

²⁶² Despacho do Juiz Conselheiro Relator de 29 de janeiro de 2016.

²⁶³ Ofício de 3 de março de 2016.

²⁶⁴ Refira-se, porém, que a correção dessa contabilização não foi ainda auditada.

²⁶⁵ Cfr, a propósito desta matéria análise do contraditório inserta no ponto 11.7-C.



Refira-se que estas alterações tiveram lugar, após o Tribunal de Contas ter recusado homologar as contas da Direção-Geral de Proteção-Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, gerências de 2013 e 2014²⁶⁶.

D. Inexistência de fiscal único

Sendo um serviço com mera autonomia administrativa (cfr. ponto 11.2), a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, entidade gestora do sistema ADSE, 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 a inadequação do estatuto jurídico da entidade gestora do sistema ADSE à sua estrutura de financiamento (desde 2011, financiado por receitas próprias, sendo que, desde 2014, essas receitas são provenientes dos descontos dos quotizados) e os constrangimentos que o mesmo tem provocado à sua gestão, identificados no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção²⁶⁷, à mesma devia já ter sido atribuído pelo menos o regime de autonomia administrativa e financeira.

Refira-se que, de acordo com o n.º 1 do art.º 6.º da Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro - Lei de Bases da Contabilidade Pública, os “... serviços e organismos da Administração Central só poderão dispor de autonomia administrativa e financeira quando este regime se justifique para a sua adequada gestão e, cumulativamente, as suas receitas próprias atinjam um mínimo de dois terços das despesas totais, com exclusão das despesas co-financiadas pelo orçamento das Comunidades Europeias”.

A existência na ADSE de um fiscal único contribuiria para uma gestão mais eficiente do funcionamento do sistema de benefícios administrado pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

Também, a relevância da certificação legal das contas da generalidade das organizações da Administração Pública, realizada pelos órgãos de fiscalização que exprimem uma opinião profissional e independente sobre as demonstrações financeiras das mesmas, é reconhecida pelo Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro, que aprovou o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas, estando a sua entrada em vigor prevista para o ano de 2017, e pela nova Lei do Enquadramento Orçamental, aprovada pela Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro, que estabelece a certificação da Conta Geral do Estado pelo Tribunal de Contas, após a data da sua entrada em vigor (setembro de 2018).

Note-se que a decisão de não homologação das contas da Direção-Geral de Proteção-Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, gerências de 2013 e 2014, nos processos atrás identificados, fundamentou-se na conclusão de que as mesmas não refletiam de forma verdadeira e apropriada a situação económica, financeira e patrimonial da entidade.

²⁶⁶ Relatórios de Verificação Interna de Contas n.º 2/2016 e n.º 3/2016, disponíveis em <http://www.tcontas.pt>.

²⁶⁷ Cfr., designadamente ponto 7.2 do Volume II.

12. Análise da situação de tesouraria da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas em 2015

A situação de tesouraria da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, em 2015, consta, em síntese, do quadro *infra* e, em detalhe do Anexo 4²⁶⁸.

Quadro 17 – Execução de tesouraria

	2015
Contribuição da entidade empregadora	4 340 155,35
Desconto	552 600 544,90
Reembolsos	44 636 241,00
Taxas	13 239,88
Saldo da Gerência Anterior *	24 806 300,46
TOTAL DAS RECEITAS	626 396 481,59
DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO	7 580 909,50
REGIME CONVENCIONADO	312 356 543,80
REGIME LIVRE	129 648 156,47
FARMÁCIAS (ilhas)	8 715 221,97
Verificação da doença	605 060,20
Despesas de saúde no estrangeiro	152 227,21
SRS - Madeira	29 751 800,63
TOTAL DAS DESPESAS	488 809 919,78
SALDO ACUMULADO	137 586 561,81

* O Saldo da Gerência Anterior é de € 200.761.218,08, cuja transição foi autorizada em € 100.000.000 em janeiro de 2015, e o restante, € 100.761.218,08, em outubro de 2015. Em janeiro de 2015 não foi autorizada a utilização dos € 100.000.000, mas sim e apenas um adiantamento de tesouraria naquele valor, tendo o Pedido de Libertação de Crédito sido liberto por € 49.991.026,10, o que permitiu iniciar a atividade. Em outubro de 2015 foi autorizada a utilização de € 24.806.300,46 para liquidação da faturação dos serviços prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira.

Fonte: ADSE

Em 2015, a ADSE-DG continuou a cobrar receita com origem em fundos públicos, cfr. referido no ponto 11.7-A.

O total da receita cobrada no ano com origem em fundos públicos, contribuição de entidade empregadora e reembolsos, foi de € 49 milhões. Os descontos dos quotizados representaram cerca de 92% da receita cobrada no ano.

²⁶⁸ No qual se incluiu, para permitir a comparação um quadro com a Execução de Tesouraria de 2014.



Quadro 18 – Receita com origem em fundos públicos

	2015	%
Contribuição da entidade empregadora	4 340 155,35	0,7%
Reembolsos	44 636 241,00	7,4%
Desconto	552 600 544,90	91,9%
Taxas	13 239,88	0,0%
TOTAL	601 590 181,13	100,0%

Fonte: ADSE

Do lado da despesa, confirmou-se na presente auditoria que a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas continua a suportar despesa que deve ser suportada com receitas gerais provenientes da cobrança de impostos identificados na anterior auditoria. Esta despesa é objeto dos pontos 11.1 e 11.6. Em 2015, suportou ainda ilegalmente encargos com cuidados prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira, cfr. ponto 11.6.2-H.

A estes valores acrescem ainda a despesa da ADSE com beneficiários titulares e respetivos familiares cujos descontos não são entregues pelas entidades empregadoras à Direção-Geral, objeto do ponto 11.7.

Mesmo incorporando estas despesas, o saldo de gerência de 2015 da ADSE-DG foi positivo em € 137,6 milhões.



ANEXOS



Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª S



Anexo 1- Recomendações analisadas

Recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção que visam:

➤ **A autonomia do sistema de proteção social relativamente a objetivos governamentais de contexto, da responsabilidade do Governo**

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:

1.2. 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 benefícios)

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.

2. Revogar a norma que estabelece a isenção do pagamento do desconto por pensionistas de baixos rendimentos, 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.

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:

6.8. 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

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.

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;

20.3. A alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG, tendo em conta o recomendado em 6.

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 2015, com recurso a fundos privados dos quotizados, e solicitar o respetivo reembolso ao Estado.

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.

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.

➤ **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**

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

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

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:

20.3. 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:

21.8. 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)

➤ **A participação dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro da entidade gestora ADSE**

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



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:

6.4. A participação dos quotizados da ADSE 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;

6.7. 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

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:

20.3. A alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG, tendo em conta o recomendado em 6

➤ **A melhoria da base *per capita* de incidência do desconto**

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:

1.4. 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”;

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;

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;

21.9. 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;

➤ **A promoção da relação direta entre a ADSE e os quotizados e um maior controlo da cobrança do desconto**

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:

1.6. 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;

1.9. 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 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;

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;

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.

➤ **A assunção da ADSE como um sistema extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde e aos Serviços Regionais de Saúde, que não pode suportar despesa como cuidados que são responsabilidade destes e para cujo financiamento os quotizados da ADSE já contribuem com o pagamento dos seus impostos**

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 subsistema;

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:

13.3. 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 Saúde, bem como de outros encargos que não podem ser suportados pelo desconto dos quotizados.

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;

19.4. 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 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;

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

27. Suspender o financiamento dos cuidados da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, 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.

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.

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.

➤ **A clarificação de responsabilidades no financiamento e na assunção de encargos do sistema ADSE, designadamente a regularização das relações financeiras entre a ADSE e as Administrações Regionais**

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

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.

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;

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:

20.2. A uniformização das responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do



sistema, tendo em conta o recomendado em 3;

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.

➤ Um maior rigor e transparência dos documentos de prestação de contas

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

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.

Ao Ministro da Saúde

19. Determinar que sejam emitidas orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de:

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.

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

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).

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.



Anexo 2 - Metodologia – Painel de peritos

Importando densificar o enquadramento e alcance das recomendações proferidas face à complexidade das matérias constantes do Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ªS, recorreu-se à colaboração de um painel de peritos, sob orientação do Exmo. Senhor Juiz Conselheiro da Área.

A colaboração traduziu-se na recolha de contributos sobre os temas constantes das conclusões e recomendações do Relatório de Auditoria, procedimento previsto nas metodologias geralmente aceites pela INTOSAI - *International Organisation of Supreme Audit Institutions*, da qual o Tribunal de Contas é membro²⁶⁹, tendo-se desenvolvido segundo a seguinte metodologia:

- 1) Estudo e definição da metodologia a adotar para o funcionamento do painel;
- 2) Pesquisa de potenciais interessados, tendo em conta a produção, pelos mesmos de artigos técnicos /de opinião sobre subsistemas públicos de saúde e, mais concretamente, sobre a ADSE, assegurando a pluralidade de opiniões;
- 3) Envio de convites a 6 potenciais interessados;
- 4) Elaboração de documento de trabalho de suporte à recolha dos contributos dos peritos: matriz com os temas e tópicos para comentário e referência às posições constantes do Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ªS (cf. página seguinte).
- 5) Obtenção de contributos escritos, individuais, de cada perito;
- 6) Partilha do contributo escrito de cada participante no painel com os outros participantes, tendo em vista a obtenção de pontos de vista, perceções e fundamentações cruzadas;
- 7) Realização de reuniões individuais com o Conselheiro Relator e com a equipa de auditoria, das quais resultaram memorandos escritos, revistos e validados pelos entrevistados;
- 8) Análise dos contributos do painel de peritos e integração das conclusões no relato de auditoria.
- 9) Audição de cada um dos intervenientes no painel, relativamente ao que for reportado sobre o painel de peritos no relato, caso se revele necessária.
- 10) Audição final dos peritos na fase de preparação do anteprojecto de relatório, caso se revele necessária.

²⁶⁹ Vg. ISSAI 3000- *Standard and Guidelines for performance auditing based on INTOSAI's Auditing Standards and practical experience* ; VFM Handbook, a guide to quality in VFM work – National Audit office, UK.

Temas e tópicos abordados pelo painel de peritos

Tema	Tópicos	Relat. Auditoria n.º 12/2015 – 2ª secção (pontos e páginas)
Sustentabilidade	1. Dimensão e base de quotizados: 1.1. Alargamento à generalidade dos cidadãos portugueses? 1.2. Alargamento parcial: condições de acesso baseadas em critérios como o vínculo à administração pública ou qualidade de familiar vs. condições que traduzam uma relação custo-benefício quantificável para a sustentabilidade da ADSE, v.g. idade, condições pré-existentes, etc? 1.3. Possibilidade de readmissão após renúncia? 1.4. Renúncia de quotizados de escalões mais elevados: degradação da base <i>per capita</i> ? 1.5. Sem alargamento, risco de diminuição do universo de quotizados pela redução do número de funcionários públicos ? 1.6. Risco da concorrência do mercado dos seguros de saúde ? 1.7. Aumento da idade média dos quotizados: risco de aumento insustentável dos custos da ADSE?	<i>Alargamento e idade média dos beneficiários</i> Volume I - §15 (p. 12); 76-79 (p. 24) 217-220 (pp. 54-55); recomendação 21.1 Volume II: Ponto 7.1.3 (pp 32-34) <i>Crítérios para o alargamento do universo:</i> Volume I - § 77-79 (p. 24); 219-220 (p. 55); recomendação 1.4, 21.1e 21.3. Volume II – o mesmo que o do alargamento <i>Renúncias</i> Volume I: § 10-12 (pp. 11-12); 62-75 (pp. 22-24); 80 (p. 24); recomendações 1.5 e 21.2 (pp 40 e 44) Volume II: Ponto 7.1.3 (pp 27-32) <i>Seguros de saúde</i> Volume I – § 204 e 205 (p. 52) Volume II – o mesmo que o das renúncias
	2. Mecanismos de solidariedade existentes no sistema são sustentáveis a prazo: (beneficiários que não suportam o pagamento do desconto: beneficiários titulares isentos, considerando o valor da sua pensão de reforma ou aposentação, e beneficiários familiares)?	<i>Mecanismos de solidariedade</i> Volume I - § 14 (p. 12); recomendações 1.2 (p. 40), 2 (p. 41), 21.4 (p. 44) e 23-24 (p. 45) Volume II - Ponto 7.1.3 (pp 34-36)
	3. Financiamento da ADSE: 3.1. Sustentável sem a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos? 3.2. É plausível a reintrodução do financiamento público?	<i>Financiamento: limiares de contribuição</i> Volume I: § 71-75 (pp. 23-24); recomendação 21.9 Volume II: pp. 31-32
	4. Variáveis da sustentabilidade: taxa de desconto, diminuição dos níveis de serviço / controlos de utilização, alargamento da base de quotizados, outras.	<i>Propriedade dos Excedentes</i> Volume I – § 6 (p. 10), 51 (p. 20), 160 (p. 37), 165 (p. 38); recomendação 6. Volume II – p. 21, 25, 41, 42
	5. Propriedade dos descontos e rentabilização dos excedentes: Unidade de tesouraria do Estado vs investimento dos excedentes de tesouraria (a ADSE não pode, atualmente, investir os excedentes gerados).	Volume I – § 16 (p. 12), 157-167 (p. 38), 185-194 (pp 41 e 42); recomendação 6. Volume II – Pontos 7.1.2 (pp 18-26), 7.2 (pp 40-44)
	6. Segundo o posicionamento orgânico: 6.1. na estrutura da Administração Pública (administração direta- v.g. Direção-Geral, indireta – v.g. - Instituto Público, Empresa Pública; autónoma – v.g. associação pública)? 6.2. fora da estrutura da Administração Pública (mutualidade, associação privada)?	Volume II – Pontos 7.1.2 (pp 18-26), 7.2 (pp 40-44)
	7. Modelos de participação dos quotizados na gestão da ADSE e no controlo financeiro.	
	8. Risco de falta de interesse e exigência dos quotizados em relação à ADSE.	
Relações com o Estado	9. Existem Riscos de instrumentalização da ADSE pelo Estado , mesmo com a ADSE financiada a 100% por dinheiros privados?	Volume I – Os referidos no ponto anterior e também: parágrafos 3-5 (p. 10), 7-9 (p. 11), 18-19 (p. 14), 27-50 (pp. 16-19), 59-60 (p. 21), 148-151 (pp 34-35); recomendações n.º 1.1, 1.3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 18, 25, 26, 54.
	10. Tutela: 10.1. Ministério da Saúde DL n.º 152/2015, de 7 de agosto)? Outro Ministério? Tutela conjunta ? 10.2. Ausência de tutela? 10.3. A existir, qual o papel da tutela ?	Volume II – Os referidos no ponto anterior e também: pontos 7.1.1 (pp. 16-18), 9.1 (pp 56-67), 9.2 (pp 67-72) e 10 (pp 81-82)
	11. No atual enquadramento jurídico e face à utilização não remunerada dos excedentes gerados, pelo Estado, o desconto dos quotizados tem natureza tributária , podendo ser considerado um imposto? Dois custos de oportunidade: um referente à remuneração dos excedentes; outro referente à indisponibilidade da liquidez.	<i>Tratamento fiscal de despesas de saúde</i> Volume I – parágrafos 168-173 (pp 39-40); recomendações 16 e 17. Volume II - ponto 14 (pp 110-112)
	12. Relação entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde: são concorrenciais ? Qual o impacto da ADSE no SNS ? (acesso a cuidados de saúde e custos) Que repartição da responsabilidade por encargos ?	<i>Responsabilidade das Administrações Regional e Local no Financiamento</i> Volume I – parágrafos 94-98; recomendação 1.1 Volume II – p. 21-22
	13. Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados.	<i>Relações com as Administrações Regionais</i> Volume I – parágrafos 105-107, 117-123; recomendação 13 Volume II – Ponto 12, p. 99-104
	14. Criação do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto): Compatível com o financiamento privado do sistema? Benefícios? Perda de autonomia? Contaminação de ineficiências dos outros subsistemas na ADSE? Justifica-se uma participação paritária, apesar da superioridade da ADSE em termos de dimensão e eficiência?	<i>Relação com a Autoridade Tributária</i> Volume I – recomendação 51 Volume II – p. 38
	15. Revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional pelo financiamento do sistema (reembolsos diretos aos quotizados no âmbito do regime livre e reembolsos à ADSE no âmbito do regime convencionado)?	<i>Relação entre a ADSE e os quotizados</i> Volume I – recomendações 1.7, 1.10 e 45 Volume II – p. 95
	16. Descontos dos quotizados retidos, e não entregues à ADSE, por organismos das Regiões Autónomas, e dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde: como resolver o problema sem prejuízo para de todos os quotizados?	
	17. A atividade de controlo de faltas dos seus quotizados, exercida pela ADSE, é compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados?	
	18. A relação existente com a Autoridade Tributária: A autenticação no acesso à ADSE Direta é compatível com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados/contribuintes?	
	19. Promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados responsabilizando-os pela entrega do desconto e atualização de situação e dados pessoais, alterando a atual intervenção das entidades públicas empregadoras?	



Anexo 3 - Factos relevantes para apreciação do acolhimento das recomendações

2015 (janeiro)	<ul style="list-style-type: none">Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 5/2015, de 15 de janeiro, cria uma Equipa Técnica com a missão de estudar “... um modelo de governação transversal ao subsistema da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública [ADSE], ao subsistema de saúde dos militares das Forças Armadas [ADM], ao subsistema de assistência na doença da Guarda Nacional Republicana [SAD/GNR], e ao subsistema de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública [SAD/PSP]”. <p>Prevía-se que o novo modelo contemplasse a participação dos Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde e de representantes dos vários tipos de quotizados e promovesse ou reforçasse a articulação entre os sistemas, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos, nomeadamente no âmbito da contratação de fornecimentos e serviços, mantendo a sua identidade, autonomia, representatividade, expressão orçamental distinta e especificidades próprias.</p>
2015 (janeiro)	<ul style="list-style-type: none">Proposta apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento para que as atividades de verificação domiciliária da doença e de realização de juntas médicas, no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, fossem financiadas, ainda em 2015, pelas respetivas entidades empregadoras, apresentando para o efeito preços da atividade. <p>O Secretário de Estado remeteu a proposta para os trabalhos da Equipa Técnica, antes mencionada, formulando o seguinte despacho: “<i>Visto. O proposto deverá ser equacionado no âmbito dos trabalhos de criação da nova estrutura de gestão dos subsistemas. Devendo ser criadas as condições de natureza jurídica para o efeito.</i>”</p>
2015 (fevereiro)	<ul style="list-style-type: none">Proposta de ofícios a serem endereçados aos Governos Regionais, apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, com vista a resolver, até ao final do ano de 2015, a questão da retenção dos descontos dos trabalhadores das Administrações Regionais por organismos dos Governos Regionais e a transferir para os orçamentos dos Serviços Regionais de Saúde os encargos ainda assumidos pela ADSE como a comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias sedeadas nas Regiões Autónomas. <p>O Secretário de Estado informou o Diretor-Geral da ADSE de que seria constituído um Grupo de Trabalho composto por representantes do Ministério das Finanças e dos Governos Regionais com vista a regularizar as relações financeiras entre a ADSE e as Administrações Regionais.</p> <p>O Grupo de Trabalho que veio a constituir-se contou com a participação de representantes do Ministério das Finanças, do Ministério da Saúde, da ADSE e do Governo Regional da Madeira, inserindo-se a questão das relações com a ADSE nos trabalhos, já em curso, do programa de assistência financeira do Governo da República àquele Governo Regional.</p> <p>Estando o Governo Regional dos Açores, informalmente, ao corrente das negociações, o mesmo não foi incluído no Grupo de Trabalho, antevendo-se, às datas das inquirições ao Diretor-Geral (setembro e outubro de 2015), um processo negocial semelhante ao que foi encetado com a Administração Regional da Madeira.</p>
2015 (março)	<ul style="list-style-type: none">Remessa do relato da auditoria anterior para contraditório, incluindo projeto de recomendações.
2015 (abril)	<ul style="list-style-type: none">Respostas no âmbito do contraditório ao relato da anterior auditoria. <p>O Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças solicitou aos serviços da ADSE a identificação dos cuidados de saúde que, em 2014, ainda foram financiados pela ADSE e</p>

que devem ser transferidos para o Serviço Nacional de Saúde e para os Serviços Regionais de Saúde, tendo a ADSE respondido com uma lista de encargos que ascendem, previsivelmente, em 2015, a € 18,95 milhões.

Mais se informava que “... consta já no preambulo da referida Resolução do Conselho de Ministros [n.º 5/2015] que “... estes subsistemas assentam no princípio da complementaridade face ao Sistema Nacional de Saúde ...”, ou seja a recomendação do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas foi já identificada, sendo que esta importante alteração não deixará de constar da proposta da equipa técnica.”.

O Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informou que considerava “... 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.”.

Quanto à supressão dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde da identificação do utente como beneficiário da ADSE, que veio a constar das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, dada a sua pertinência para garantir a não discriminação dos quotizados da ADSE pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, incluindo entidades terceiras que com este contratem, o Ministro da Saúde, através, do Chefe do Gabinete, remeteu para o trabalho da equipa técnica, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, a avaliação desta medida.

- **Conclusão dos trabalhos da equipa técnica** e apresentação dos resultados aos membros do Governo em cujos ministérios se integram a ADSE (à época, a Ministra de Estado e das Finanças), a ADM (Ministro da Defesa Nacional, a SAD-PSP e a SAD-GNR (Ministra da Administração Interna) e ao Ministro da Saúde.

O Relatório da equipa técnica só foi remetido pelo Diretor-Geral da ADSE à Direção-Geral do Tribunal de Contas em 13 de agosto de 2015.

Destaca-se a proposta de criação, no Ministério da Saúde, de um órgão de coordenação colegial – um Colégio de Governo – composto por representantes da ADSE, da ADM, da SAD-PSP e da SAD-GNR, e por um representante do Ministério da Saúde que preside, com atribuições e competências nas áreas de negociação e celebração de convenções, de informação estatística e de apoio à decisão em matéria de convenções, de sistemas de informação e de combate à fraude e realização de auditorias.

**2015
(maio)**

A participação da ADSE no Colégio é feita em condições de paridade com os restantes subsistemas de saúde (ADM, SAD-PSP e SAD-GNR), perdendo a mesma autonomia nas áreas da competência do Colégio de Governo, designadamente apenas pode celebrar convenções mediante deliberação favorável, obrigatória e prévia, por parte do Colégio de Governo.

Refere ainda o Relatório da equipa técnica, a propósito do Colégio de Governo que “O modelo proposto assume que os benefícios atribuídos aos beneficiários de subsistemas públicos são complementares dos serviços prestados pela rede do SNS, **remetendo para a nova estrutura a criar, a apresentação de medidas concretas nesta matéria, nomeadamente que permitam responder a alguns problemas que ainda subsistem na articulação entre os subsistemas e o SNS e os Serviços Regionais de Saúde (SRS), entre os quais:** 1. Os cuidados continuados (ADM e SAD’s); 2. A comparticipação medicamentosa nas Regiões Autónomas e de medicamentos fornecidos nos pontos de venda do Laboratório Militar, dos SSGNR e do Ministério das Finanças; 3. Os cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do SNS; 4. Outras situações.”.

Para o efeito, incluía na proposta de criação do Colégio de Governo, uma norma que incumbia o Colégio de Governo de “... analisar as questões relativas a áreas de



complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde, tendo em conta a disponibilidade de oferta atual e futura de cada subsistema, propondo a necessária clarificação e regulação ao Governo.”.

[Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, que criou o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, consubstancia a proposta da equipa técnica, com exceção desta última norma, cujo propósito consta de uma referência no preâmbulo, sem carácter vinculativo²⁷⁰.]

Para além da proposta de criação do Colégio de Governo, a equipa de trabalho formulou recomendações, destacando-se as seguintes:

- ✚ *“A sustentabilidade dos subsistemas deve ser analisada numa perspetiva de responsabilidades correntes e de responsabilidades futuras, devendo ser apresentada o correspondente estudo no prazo de 180 dias;”*
- ✚ *“A futura estrutura de governação deverá analisar as questões relativas a áreas de complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde, tendo em conta a disponibilidade de oferta atual e futura de cada subsistema, propondo a necessária clarificação e regulação ao Governo;”*
- ✚ *“Deverá ser analisada a estrutura da “expressão orçamental própria” de cada subsistema, que identifique as respetivas receitas (com origem nos descontos dos beneficiários e/ou eventualmente em verbas com origem no Orçamento do Estado);”*
- ✚ *“Em relação à definição dos beneficiários dos respetivos subsistemas:
- Atendendo ao recente alargamento da base de beneficiários familiares da ADM e da SAD da GNR e da SAD da PSP (que trabalham em entidades privadas), através de um diploma legal que se encontra em fase de promulgação, deve ser equacionada a hipótese de aplicar a extensão desse modelo (contributivo) aos beneficiários da ADSE;
- Deve ser equacionada a possibilidade da manutenção dos filhos com idade superior a 26 anos e até aos 30, se continuarem a fazer parte do agregado familiar e dependentes do beneficiário titular (sem rendimentos próprios de qualquer espécie);
- Deve ser alargada a inscrição como beneficiário titular aos trabalhadores do Setor Empresarial do Estado (EPE) em igualdade de funções com os trabalhadores em funções públicas nessas mesmas entidades, matéria que, em relação à ADSE, deve ser desde logo concretizada com a aprovação da respetiva nova orgânica.”*

- O Diretor-Geral da ADSE apresentou ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento um memorando onde, considerando que *“O trabalho agora finalizado da equipa técnica (ET) ficou (...) muito aquém do que era previsto e expectável ...”* e *“... no nosso ponto de vista mais adequado às expetativas do processo de reforma dos subsistemas públicos de saúde”*, elencou propostas, de entre as quais se destacam, por diretamente relacionadas com as recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, as seguintes:

**2015
(maio)**

- ✚ *Extinção da Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas e criação de “... um Instituto Público de regime especial, tutelado pelo Ministro responsável pela área das Finanças, ou eventualmente tutelado*

²⁷⁰ Refere o preâmbulo do diploma o seguinte “Tendo presente que os benefícios atribuídos pelo SNS e pelos serviços regionais de saúde das regiões autónomas dos Açores e da Madeira abrangem, naturalmente, os beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, cabe igualmente ao CGSPS garantir a efetiva relação de complementaridade destes subsistemas ao SNS e àqueles serviços regionais, apresentando aos órgãos competentes as propostas de clarificação e regulação que se mostrem adequadas a determinar o melhor enquadramento dos benefícios atribuídos pelos subsistemas públicos de saúde.”.



conjuntamente pelo Ministro responsável pela área das Finanças e pelo Ministro responsável da área da Saúde”, com participação no órgão de gestão, como membros não executivos, de representantes de beneficiários titulares eleitos por sufrágio direto pelo universo dos seus representados;

- ✚ A assunção pela ADSE, no âmbito do orçamento para 2016, “... da totalidade das competências de gestão dos benefícios do subsistema ADSE e que ainda hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional...”;
- ✚ Financiamento pelo Estado, através do orçamento do Estado e a partir de janeiro de 2016, dos encargos da ADSE com beneficiários titulares isentos do pagamento do desconto;
- ✚ Remuneração, pelas entidades empregadoras, das atividades da ADSE no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas;
- ✚ A transferência de encargos, ainda assumidos pela ADSE, para o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde e que são da responsabilidade destes.

Quanto à primeira proposta, o Diretor-Geral foi informado, através do Chefe do Gabinete daquele membro do Governo, que a alteração não seria implementada considerando a proximidade do final da legislatura e não ser possível desenvolver, em tempo, o necessário processo legislativo.

As restantes propostas não foram objeto de qualquer despacho ou informação do membro do Governo.

[O memorando foi posteriormente apresentado ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde²⁷¹, aquando da integração da ADSE no Ministério da Saúde, concretizada pelo Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, sem que também tenha havido qualquer despacho formal sobre as propostas apresentadas.

Relacionado com as algumas das propostas apresentadas, em sede de acompanhamento das recomendações o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informou, por ofício de 7 de setembro de 2015 que a alteração do regime jurídico-financeiro da ADSE “está em estudo” e que “Dada a atual fase do ciclo governativo (...) deverá ser ponderada pelo próximo Governo Constitucional.”. Informou ainda, a propósito das recomendações n.os 2 e 3 do Relatório de Auditoria, sobre os beneficiários titulares isentos do pagamento do desconto e as responsabilidades no financiamento do sistema das Administrações Local e Regional, que “A uniformização da cobertura dos beneficiários da ADSE deverá ser equacionada no quadro do Orçamento do Estado para 2016, uma vez que é suportada por alterações nas fontes de financiamento, abrangendo diferentes subsectores das Administrações Públicas.”.]

**2015
(junho)**

- Aprovação do Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção.

**2015
(agosto)**

- Publicação do Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto, 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.
- Publicação do Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, que criou o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, com base nos trabalhos da equipa técnica

²⁷¹ No qual o Ministro da Saúde delegou as suas competências relativamente à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Despacho n.º 9486/2015, de 11 de agosto, publicado no DR, 2ª S; de 20 de agosto.



apresentados em maio.

**2015
(agosto)**

- Apresentação ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde do memorando apresentado pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, em maio de 2015. Não existe evidência de qualquer despacho formal sobre as propostas apresentadas.

**2015
(agosto)**

- Celebração pela ADSE de um contrato de aquisição de serviços de consultoria para realização de um estudo atuarial de alargamento da base de beneficiários da ADSE.

O objeto do estudo, tal como definido no caderno de encargos e no contrato, é o de *“Analisar possíveis condições de alargamento da sua base de beneficiários, definindo para os mesmos, uma forma de participação no financiamento das despesas, de modo a que o sistema se mantenha sustentável. Esta análise incidirá sobre a população atual, de cerca de 1200 milhares de beneficiários da ADSE, e da possibilidade de integração dos novos beneficiários no futuro. Serão analisadas três possibilidades distintas e independentes: a) alargamento a cônjuges, dos atuais beneficiários, abrangidos por outro regime; b) alargamento a trabalhadores do setor público empresarial, que preencham os necessários requisitos legais e assim possam também passar a inscrever-se como beneficiários deste subsistema; c) alargamento a filhos de titulares, com idade superior a 26 anos, dependentes e coabitantes.”*

**2015
(setembro)**

- Proposta apresentada pelo Diretor-Geral da ADSE ao Secretário de Estado da Saúde de rentabilização dos excedentes de tesouraria da ADSE em aplicações financeiras disponibilizadas pela Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, EPE. Trata-se de uma solução de contingência com vista a permitir aquela rentabilização até à *“... eventual alteração do regime financeiro ou estatutário da ADSE ...”*. A proposta foi suportada em consulta realizada pela ADSE à IGCP, EPE.

A proposta foi remetida, em 24 de setembro de 2015, pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde ao Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, para parecer.

Em 19 de outubro de 2015, o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento emitiu despacho de concordância sobre o parecer da Direção-Geral do Orçamento que, considerando a natureza jurídica da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas *“... serviço central da administração direta do Estado, tutelado pelo Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa.”* concluiu que *“... não existe enquadramento legal para a aplicação dos excedentes de tesouraria...”*.

**2015
(setembro)**

- Despacho n.º 10123-B/2015, de 4 de setembro²⁷², do Secretário de Estado da Saúde, a determinar:

“1. A realização de um estudo atuarial que permita aferir, face ao atual universo de população abrangida, se a ADSE é demográfica, económica e financeiramente sustentável, de modo a obter a análise necessária para a realização de um estudo de sustentabilidade.

2. Atentos os resultados obtidos no estudo atuarial a realização de um estudo de sustentabilidade da ADSE a médio e longo prazo, numa dupla vertente de responsabilidades correntes e de responsabilidades futuras.

3. Que os encargos decorrentes da realização dos referidos estudos são suportados pela ADSE.

4. Que o relatório final do estudo atuarial deve estar concluído e remetido ao Gabinete do membro do Governo responsável pela área da saúde até 31 de outubro.

5. Que o relatório final do estudo de sustentabilidade deve estar concluído e remetido ao Gabinete do membro do Governo responsável pela área da saúde até 31 de dezembro,

²⁷² Publicado no DR n.º 175, 2ª S, de 8 de setembro.

exceto as medidas com impacto no Orçamento do Estado para 2016 que devem ser apresentadas até ao fim do prazo referido no número anterior.”

**2015
(setembro)**

- Resultados do grupo de trabalho para regularização das relações financeiras entre a ADSE e a Administrações Regional da Madeira:
 - ✚ Celebração de um Memorando de Entendimento entre representantes do Governo da República, os Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde, o Diretor-Geral da ADSE e representantes do Governo Regional da Madeira, os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, que teve como objeto a regularização das dívidas existentes até 31 de agosto de 2015 (na ADSE-DG e no Serviço Regional de Saúde da Madeira);
 - ✚ Elaboração de recomendações do grupo de trabalho, para as respetivas tutelas, com vista à definição do relacionamento da ADSE-DG e a Administração Regional da Madeira a partir de 1 de janeiro de 2016;
 - ✚ Celebração de uma Carta de Compromisso entre o Diretor-Geral da ADSE e os Secretários Regionais das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, também com vista àquela definição.
- Primeira reunião do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde na qual, entre outros assuntos, foi aprovado o respetivo Plano de Ação.

**2015
(outubro)**

Também foi incluído *“... um ponto relativo a análise e discussão da responsabilidade financeira dos encargos com a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e SRS aos beneficiários dos subsistemas públicos, e que, está a ser suportado pelos Subsistemas, nomeadamente no que respeita a: Associação Nacional de Farmácias – Regiões Autónomas; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados Respiratórios Domiciliários – prescritos pelo SNS; Medicamentos Cedidos em Ambulatório; Transportes em Ambulância; Prescrições de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT’s) com origem no SNS e Prestação de cuidados de saúde no estrangeiro, ficando o SAD/GNR responsável por apresentar um draft de proposta de resolução desta questão, para análise do CGSPS, e possível proposta superior.”*

**2015
(outubro)**

- Despacho do Secretário de Estado da Saúde, remetendo para o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde *“... o estudo e apresentação de propostas, em especial, no que se refere às recomendações n.ºs 2 a 5, n.ºs 10 a 12 e n.ºs 18 a 19 do (...) Relatório de Auditoria no prazo de 30 dias.”*, que se transcrevem:
 - “2. Revogar a norma que estabelece a isenção do pagamento do desconto por pensionistas de baixos rendimentos, por ser incompatível com a sustentabilidade da ADSE...”*
 - “3. Uniformizar as responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema...”*
 - “4. Revogar as competências da ADSE-DG em matéria de controlo de faltas...”*
 - “5. (...) responsabilizar financeiramente as entidades empregadoras pelos custos suportados pela ADSE-DG com a prestação deste serviço, incluindo uma margem, tornando-a um serviço remunerado.”*
 - “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...”*
 - “11. Determinar a correção dos procedimentos de encontro de contas realizados quer pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde quer pela ADSE-DG...”*
 - “12. Determinar que as entidades não procedam a encontros de contas unilaterais que afetam a fiabilidade das demonstrações financeiras.”*
 - “18. Garantir a não discriminação dos quotizados da ADSE pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, ...”*
 - “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 ...;
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 ...;
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...
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 restantes utentes, ...”

**2015
(outubro)**

- Segunda reunião do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde .

**2015
(outubro)**

- Despacho n.º 11970-B/2015, de 22 de outubro de 2015, dos Secretários de Estado da Saúde e do Ensino e da Administração Escolar²⁷³, que estabeleceu a possibilidade de, durante o ano letivo de 2015/2016, mediante retribuição da Direção-Geral da Administração Escolar, a ADSE realizar juntas médicas a docentes para comprovação das situações de doença por eles apresentadas para efeitos de mobilidade no posto de trabalho. Até agora o controlo da doença do pessoal docente era feito por estruturas próprias do Ministério da Educação. O Despacho n.º 11970-B/2015 pretende fazer face ao acréscimo de atividade da junta médica da Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares decorrente do regime de mobilidade de docentes.

**2015
(outubro)**

- Ofício dirigido, em 26 de outubro de 2015, ao Secretário de Estado da Saúde pelo Diretor-Geral da ADSE, apresentando nova proposta com vista à remuneração, a partir de 1 de janeiro de 2016, das atividades da ADSE em matéria de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas.

**2015
(outubro)**

- Apresentação à ADSE-DG dos resultados do estudo atuarial, solicitados a entidade externa.

**2015
(dezembro)**

- Ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, pelo Diretor-Geral da ADSE, com proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), na qual se destaca o seguinte:
 - ✚ Alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE:
 - Trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras (art.º 3º);
 - Cônjuges até 60 anos, abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória em decorrência de atividade tributável ou remunerada mediante o pagamento de um desconto de montante fixo que varia conforme a idade e remuneração ou pensão do quotizado titular (art.º 8º, 46º e 49º);
 - Filhos não estudantes até 30 anos, sem rendimentos e a coabitar com o quotizado titular mediante o pagamento de um desconto de montante fixo que varia conforme a remuneração ou pensão do quotizado titular (art.º 14º, 46º e 48º)
 - ✚ Assunção pela ADSE-DG da totalidade dos custos com o sistema e extinção da contribuição financeira da Administração Local e Regional (art.º 18º);
 - ✚ Clarificação da responsabilidade financeira da ADSE pela prestação dos cuidados de saúde aos seus quotizados e beneficiários face à responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, através da exclusão expressa do sistema de benefícios ADSE de cuidados prescritos ou prestados no âmbito da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, bem como das redes regionais (art.º 43º);

²⁷³ Publicado no DR, 2ª S, n.º 208, de 23 de outubro de 2015.

- + Fim do encargo da ADSE com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (art.º 43º);
- + Maior autonomia da ADSE na determinação dos cuidados incluídos no regime de benefícios e dos valores de comparticipação (art.º 35º);
- + Afloramento do princípio de que apenas o quotizado que tenha os descontos em dia tem direito a usufruir dos benefícios (art.º 15º, 18º);
- + Manutenção da previsão de situações de isenção do pagamento do desconto (art.º 47º);
- + Limitação da possibilidade de manter a inscrição de descendentes maiores a pessoas que já se encontrassem inscritos à data da maioridade (no caso dos estudantes) ou que nessa data já sofressem de incapacidade total ou permanente (art.º 14º) e não previsão da inscrição de novos beneficiários ascendentes;
- + Disposições transitórias: trabalhadores que esgotaram o prazo de inscrição ou que renunciaram, podem no prazo de 6 meses após a entrada em vigor do diploma, inscrever-se no sistema, desde que não tenham mais de 65 anos de idade, suportem um montante de descontos que seriam devidos desde a data da renúncia ou desde a data em que o direito à inscrição caducou (com limite de 2 anos para situações de renúncia e de 6 meses para situação de não adesão) e com um período de carência de seis ou três meses conforme se trate de situações renúncias ou de não adesão.
- + Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras:
 - o Atividades em matéria de controlo de faltas;
 - o Atividades de saúde no trabalho;
 - o Atividades de acompanhamento de vítimas de acidentes de trabalho.

**2015
(dezembro)**

- Apresentação pela ADSE-DG da proposta de orçamento para 2016 que, da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), remetida pelo ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, antes referido, contempla:
 - + Alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE, nos moldes antes descritos;
 - + Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras:
 - o Atividades em matéria de controlo de faltas.

Obs.: As restantes matérias constantes da proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE), remetida pelo ofício dirigido, em 15 de dezembro de 2015, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde foram remetidas para processo legislativo independente do da aprovação da proposta de lei do Orçamento do Estado para 2016.

**2016
(janeiro)**

- Ofício dirigido pelo Ministro da Saúde à Entidade Reguladora da Saúde, solicitando a elaboração de um estudo sobre a ADSE considerando:
 - + As recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2015-2ª Secção;
 - + O disposto no Programa do XXI Governo relativamente a mutualização progressiva da ADSE, abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares; e
 - + A possibilidade de alargamento aos trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras; aos cônjuges abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória; e aos descendentes maiores (ou equiparados), não estudantes, poderem manter a inscrição até aos trinta anos.

**2016
(fevereiro)**

- Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, do Ministro da Saúde, cria, na dependência do Secretário de Estado da Saúde, a Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) com a incumbência 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.”

- Email de 29 de fevereiro do Diretor-Geral remetendo a proposta de alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (regime de benefícios da ADSE) com as alterações entretanto introduzidas pela tutela. Sem prejuízo da ressalva do Diretor-Geral sobre o novo texto no sentido de que “... *deve ser considerado ainda que estas alterações (...) vão ser apresentadas aos diversos sindicatos da administração pública pelo que as mesmas poderão não ser as finais, podendo estar sujeitas a eventuais alterações*” destacam-se as seguintes alterações face à proposta de dezembro de 2015, enviada pelo Diretor-Geral ao Secretário de Estado da Saúde:
 - ✚ Previsão do alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE **com alterações** face à proposta do Diretor-Geral:
 - Trabalhadores com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado do setor público empresarial, entidades administrativas independentes; fundações e associações públicas, entre outras (art.º 3º);
 - Cônjuges e ascendentes até 65 anos, abrangidos por outro sistema de segurança social de inscrição obrigatória em decorrência de atividade tributável ou remunerada mediante o pagamento de um desconto de 3,5% sobre a respetiva remuneração base ou pensão (art.º 10º-A e 48º-A);
 - Filhos não estudantes até 30 anos, sem rendimentos e a coabitar com o quotizado titular mediante o pagamento de um desconto de 3,5% sobre a remuneração mínima mensal garantida (art.º 10º-A e 48º-A);
 - ✚ Assunção pela ADSE-DG da totalidade dos custos com o sistema e extinção da contribuição financeira da Administração Local e Regional (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 4º, 5º, 19º, revogação do art.º 64º);
 - ✚ **Não acolhe (nem com alterações) a proposta do Diretor-Geral** de clarificação da responsabilidade financeira da ADSE pela prestação dos cuidados de saúde aos seus quotizados e beneficiários face à responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde, através da exclusão expressa do sistema de benefícios ADSE de cuidados prescritos ou prestados no âmbito da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, bem como das redes regionais – *não previsto*;
 - ✚ Fim do encargo da ADSE com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 21º, al. f), e revogação do art.º 18º);
 - ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** que conferem maior autonomia da ADSE na determinação dos cuidados incluídos no regime de benefícios e dos valores de comparticipação;
 - ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** que reflete, o princípio de que apenas o quotizado que tenha os descontos em dia tem direito a usufruir dos benefícios;
 - ✚ Manutenção da previsão de situações de isenção do pagamento do desconto – (igual a proposta do Diretor-Geral) (art.º 47º);
 - ✚ **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** com vista à limitação da possibilidade de manter a inscrição de descendentes maiores a pessoas que já se encontrassem inscritos à data da maioridade (no caso dos estudantes) ou que nessa data já sofressem de incapacidade total ou permanente (art.º 14º) e não previsão da inscrição de novos beneficiários ascendentes – *não previsto*;
 - ✚ Disposições transitórias: trabalhadores que esgotaram o prazo de inscrição ou que renunciaram podem no prazo de 6 meses após a entrada em vigor do diploma, inscrever-se no sistema, desde que não tenham mais de 65 anos de idade (art.º 64º-C. **Não acolhe (nem com alterações) as propostas do Diretor-Geral** com vista à reposição, ainda que parcial, dos descontos não efetuados no período após a renúncia ou o fim do prazo para de inscrição e à existência de um período de

2016
(fevereiro)



carência – ADSE;

- ✚ Previsão da realização de outras atividades pela ADSE-DG remuneradas pelas entidades empregadoras: Atividades em matéria de controlo de faltas (art.º 64º-B). As atividades de saúde no trabalho e de acompanhamento de vítimas de acidentes de trabalho não constam do texto em discussão nesta data.
-



Anexo 4 - Execução de Tesouraria

Execução de Tesouraria – dezembro de 2015

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	2015
Contribuição	1 256 444,79	416 779,16	161 972,69	151 276,45	173 278,79	255 630,40	123 807,35	166 243,36	132 883,64	122 142,59	122 322,30	1 257 373,83	4 340 155,35
Desconto	39 302 227,81	43 389 734,44	43 006 896,59	43 756 355,58	43 534 795,11	59 958 196,21	66 771 160,43	41 029 160,24	41 864 741,75	42 757 005,24	42 552 692,06	44 677 579,44	552 600 544,90
Reembolsos	3 096 042,99	2 524 609,13	3 070 844,38	3 422 730,93	4 157 845,04	4 553 332,73	3 125 441,80	3 423 231,06	2 535 329,03	8 912 468,20	2 698 841,63	3 115 524,08	44 636 241,00
Taxas	1 189,73	1 061,91	1 238,17	1 356,32	318,25	959,02	2 705,53	1 022,65	1 057,07	1 072,82	589,80	668,61	13 239,88
Saldo da Gestão Anterior *	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24 806 300,46	0,00	0,00	24 806 300,46
TOTAL DAS RECEITAS	43 655 905,32	46 332 184,64	46 240 951,83	47 331 719,28	47 866 237,19	64 768 118,36	70 023 115,11	44 619 657,31	44 534 011,49	76 598 989,31	45 374 445,79	49 051 145,96	626 396 481,59
DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO	482 993,10	507 196,81	574 775,93	516 527,38	624 587,99	798 827,01	617 151,44	479 824,79	633 715,87	634 398,68	658 396,80	1 052 513,70	7 580 909,50
REGIME CONVENCIONADO	35 048 107,59	25 209 955,84	25 448 007,25	24 740 749,54	30 131 185,70	28 033 835,17	31 122 640,70	30 051 921,74	28 291 916,74	25 228 015,41	14 326 188,54	14 724 019,58	312 356 543,80
REGIME LIVRE	7 987 821,33	9 924 639,78	12 604 152,50	9 635 686,86	9 677 910,88	12 722 993,90	12 499 766,96	9 235 135,93	10 145 262,44	11 562 335,28	12 863 287,54	10 789 163,07	129 648 156,47
FARMÁCIAS (ilhas)	748 182,98	807 675,42	790 379,42	673 689,94	787 588,61	729 104,50	679 743,20	700 686,74	730 258,65	618 469,31	680 404,82	769 038,38	8 715 221,97
Verificação da doença	37 783,97	59 766,16	45 891,03	52 819,73	47 756,73	52 614,82	59 848,54	44 790,53	46 195,12	51 699,21	49 151,80	56 742,56	605 060,20
Despesas de saúde no estrangeiro	0,00	0,00	0,00	6 548,25	11 411,68	83 039,80	24 637,65	0,00	17 139,60	2 618,02	6 832,21	0,00	152 227,21
SRS - Madeira (M9 + M0)										29 751 800,63			29 751 800,63
TOTAL DAS DESPESAS	44 304 888,97	36 509 234,01	39 463 206,13	35 626 021,70	41 280 441,59	42 420 415,20	45 003 788,49	40 512 359,73	39 864 488,42	67 849 336,54	28 584 261,71	27 391 477,29	488 809 919,78
SALDO MENSAL	-648 983,65	9 822 950,63	6 777 745,70	11 705 697,58	6 585 795,60	22 347 703,16	25 019 326,62	4 107 297,58	4 669 523,07	8 749 652,77	16 790 184,08	21 659 668,67	
SALDO ACUMULADO		9 173 966,98	15 951 712,68	27 657 410,26	34 243 205,86	56 590 909,02	81 610 235,64	85 717 533,22	90 387 056,29	99 136 709,06	115 926 893,14	137 586 561,81	

* O Saldo da Gerência Anterior é de € 200.761.218,08, cuja transição foi autorizada em € 100.000.000 em janeiro de 2015, e o restante, € 100.761.218,08, em outubro de 2015. Em janeiro de 2015 não foi autorizada a utilização dos € 100.000.000, mas sim e apenas um adiantamento de tesouraria naquele valor, tendo o Pedido de Libertação de Crédito sido liberto por € 49.991.026,10, o que permitiu iniciar a atividade. Em outubro de 2015 foi autorizada a utilização de € 24.806.300,46 para liquidação da faturação dos serviços prestados pelo Serviço Regional de Saúde da Madeira.

Fonte: ADSE



Execução de Tesouraria 2014

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	2014
Contribuição da entidade empregadora	13 246 765,52	8 426 926,34	7 740 551,50	8 297 214,51	7 795 148,36	14 065 531,30	11 072 972,58	8 571 569,21	9 238 511,62	8 552 666,38	7 924 847,17	10 322 109,92	115 254 814,41
Desconto	53 084 431,80	30 563 302,13	29 876 226,13	30 299 882,44	29 979 781,43	59 585 501,10	68 537 868,82	42 733 286,56	45 169 558,10	44 410 046,65	41 494 907,97	45 204 487,87	520 939 281,00
Reembolsos	6 049 428,03	2 873 830,28	3 112 099,18	2 471 873,07	2 655 594,10	4 285 170,10	3 083 786,94	3 360 203,72	3 685 931,58	3 489 979,02	3 725 393,64	4 981 438,93	43 774 728,59
Reembolso (regulariz. dívidas Ent. SNS)							3 777 890,13	3 381 646,46					7 159 536,59
Taxas	3 569,91	1 324,59	1 931,24	1 179,33	912,60	1 450,97	1 639,52	1 337,19	1 196,98	1 369,71	1 111,42	520,04	17 543,50
TOTAL DAS RECEITAS	72 384 195,26	41 865 383,34	40 730 808,05	41 070 149,35	40 431 436,49	77 937 653,47	86 474 157,99	58 048 043,14	58 095 198,28	56 454 061,76	53 146 260,20	60 508 556,76	687 145 904,09
DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO	472 060,20	464 858,03	565 716,66	671 883,62	503 768,92	735 145,30	663 409,29	603 144,15	582 067,56	554 376,00	634 369,80	855 503,37	7 306 302,90
REGIME CONVENCIONADO	8 101,13	10 112 770,31	25 766 052,68	24 069 770,56	25 836 450,31	22 881 735,29	24 035 224,95	23 415 461,79	24 862 827,60	26 606 096,10	3 165 781,86	37 535 283,69	248 295 556,27
REGIME LIVRE	10 264 139,42	10 989 181,41	11 188 510,05	9 722 735,24	10 300 251,75	9 321 811,94	11 908 256,91	8 893 661,29	10 196 152,06	11 035 877,77	10 908 474,04	11 819 924,41	126 548 976,29
FARMÁCIAS (ilhas)	732 588,06	713 945,86	796 145,93	653 205,22	755 082,16	677 257,71	770 656,29	697 089,73	773 323,89	636 925,90	717 145,09	665 559,56	8 588 925,40
Transf. Para o SNS						30 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	60 000 000,00
Verificação da doença	37 158,71	42 421,13	46 990,51	44 576,21	44 004,27	47 943,04	41 623,91	52 242,56	37 038,76	48 685,33	49 853,38	46 725,57	539 263,38
Despesas de saúde no estrangeiro												81 529,36	81 529,36
TOTAL DAS DESPESAS	11 514 047,52	22 323 176,74	38 363 415,83	35 162 170,85	37 439 557,41	63 663 893,28	42 419 171,35	38 661 599,52	41 451 409,87	43 881 961,10	20 475 624,17	55 922 996,60	451 279 024,24
Entregas ao Estado, cfr. Lei 13/2014, de 14 de março						10 564 563,74	8 000 000,00	4 500 000,00	6 098 297,59	4 042 800,44	1 900 000,00	0,00	35 105 661,78
SALDO MENSAL	60 870 147,74	19 542 206,60	2 367 392,22	5 907 978,50	2 991 879,08	3 709 196,45	36 054 986,64	14 886 443,62	10 545 490,82	8 529 300,22	30 770 636,03	4 585 560,16	
SALDO ACUMULADO		80 412 354,34	82 779 746,56	88 687 725,06	91 679 604,14	95 388 800,59	131 443 787,23	146 330 230,85	156 875 721,67	165 405 021,89	196 175 657,92	200 761 218,08	

Fonte: ADSE



Anexo 5 - Equipa Técnica

Termos de Referência dos trabalhos da Equipa Técnica

“A primeira reunião da ET contou com a presença de Sua Excelência o Ministro da Saúde, que deu orientações detalhadas de enquadramento dos temas a trabalhar pela equipa, designadamente:

- O principal objetivo é a obtenção de sinergias e não a redução dos benefícios atribuídos pelos diferentes subsistemas aos seus beneficiários;*
- Para o efeito, deve privilegiar-se a constituição de um modelo de governação conjunto para os diferentes subsistemas públicos, colocando-os, em determinadas vertentes a especificar, sob a alçada de uma única entidade gestora, autónoma e independente das entidades do SNS;*
- A área de saúde operacional das forças de segurança e forças armadas deve manter-se sem intervenção do futuro organismo;*
- As atuais condições de apoio aos deficientes das forças armadas devem manter-se sem intervenção da ET;*
- A ação social complementar dos serviços sociais relacionados com os diferentes subsistemas não é objeto da nova entidade, devendo manter-se no âmbito dos respetivos ministérios;*
- Está, ainda, fora do âmbito do mandato da ET a matéria relativa ao Hospital das Forças Armadas, devendo o seu processo de evolução continuar no âmbito do MDN.*

No presente capítulo elencam-se os aspetos a considerar no decurso da elaboração dos trabalhos e os seus princípios norteadores principais, ie, os Termos de Referência acordados superiormente para o trabalho a desenvolver pela ET, sem prejuízo de a evolução dos trabalhos poder ter originado alguns ajustamentos a estes princípios.

Assim, ficou acordado que:

- 1. A ET proporá um modelo de governação conjunto para os diferentes subsistemas públicos, colocando-os, em determinadas vertentes a especificar, sob a alçada de uma única entidade gestora, autónoma e independente das entidades do SNS, e procurando desta forma:
 - a. Assegurar a gestão operacional dos subsistemas naquilo que é comum e respeitar o que é específico de cada subsistema;**



- b. Harmonizar nomenclaturas e preços praticados entre os diferentes subsistemas e a rede prestadora com eles convencionada;*
- c. Promover a negociação conjunta com a rede prestadora de cuidados;*
- d. Reforçar os mecanismos de combate à fraude.*

2. O referido modelo deve, ainda, evidenciar os seguintes princípios:

- a. Os benefícios atribuídos aos beneficiários de subsistemas públicos são complementares dos serviços prestados pela rede do SNS. É necessário resolver alguns problemas que ainda subsistem na articulação entre os subsistemas e o SNS e os Serviços Regionais de Saúde (SRS) como:
 - i. Os cuidados continuados (ADM e SAD's);*
 - ii. A comparticipação medicamentosa nas Regiões Autónomas e de medicamentos fornecidos nos pontos de venda do Laboratório Militar, dos SSGNR e do Ministério das Finanças;*
 - iii. Os cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do SNS;*
 - iv. Outras situações.**
- b. Os benefícios já existentes para cada subsistema são mantidos em termos globais a não ser em casos excecionais e devidamente fundamentados, tendo em conta a sustentabilidade do subsistema;*
- c. A sustentabilidade dos subsistemas deve ser vista numa perspetiva de responsabilidades correntes e de responsabilidades futuras;*
- d. Deverão ser criadas as condições para que cada subsistema mantenha uma “expressão orçamental própria”, através de um modelo de contabilidade autónoma que identifique as respetivas receitas desse subsistema (com origem nos descontos dos beneficiários e/ou eventualmente em verbas com origem no Orçamento do Estado que devem complementar eventuais insuficiências da receita dos descontos) e as respetivas despesas, constituídas pelos encargos com saúde e ainda pelos encargos de gestão do subsistema (deve ser proposta forma de repartir estes encargos de gestão pelos diversos subsistemas, eventualmente de forma proporcional às respetivas despesas com a saúde, ou em função do número de beneficiários);*



- 3.** *O modelo de governação proposto deve acautelar a manutenção das especificidades próprias de cada um dos subsistemas, designadamente:*
- a.** *Que os regimes de comparticipação podem ser diferentes para situações específicas e concretas de cada subsistema, de acordo com a legislação atualmente em vigor;*
 - b.** *Que se devem manter os descontos obrigatórios de acordo com os regimes das Forças Armadas e das Forças de Segurança;*
 - c.** *Que devem ser mantidas as especificidades da assistência prestada no âmbito das Forças Armadas e das Forças de Segurança, designadamente no tocante:*
 - i.** *Aos exames periódicos obrigatórios que devam ser feitos aos militares para avaliar os respetivos níveis de prontidão;*
 - ii.** *Ao aprontamento das Forças Nacionais Destacadas;*
 - iii.** *Aos beneficiários titulares colocados no estrangeiro bem como beneficiários familiares que com eles se encontrem (Portaria nº 1395/2007, de 25 de outubro).*
 - iv.** *Aos Deficientes das Forças Armadas – DFA (Portaria 1034/2009, de 11 de setembro);*
 - v.** *Aos militares e ex-militares acidentados ao serviço das Forças Armadas;*
 - vi.** *Aos exames periódicos que devam ser feitos para avaliar a aptidão física e clínica dos candidatos às forças de segurança;*
 - vii.** *Aos exames periódicos que devam ser feitos aos agentes das forças de segurança, para garantir os respetivos níveis de prontidão;*
 - viii.** *Aos acidentados ao serviço das Forças de Segurança;*
 - ix.** *Aos deficientes da PSP e da GNR que usufruem de um regime de assistência na saúde previsto para os DFA;*
 - d.** *Que devem ser mantidos os universos existentes em cada um dos respetivos regimes (titulares, familiares, extraordinários e associados);*
 - e.** *Que seja assegurada a continuidade do IASFA e do subsistema ADM no Ministério da Defesa Nacional;*
 - f.** *Que seja assegurada a continuidade dos subsistemas SAD da GNR e da PSP no Ministério da Administração Interna.*

Os encargos referidos nas subalíneas i), ii), vi) e vii) devem constituir encargo dos respetivos Ramos das Forças Armadas e das Forças de Segurança, por se tratar de situações decorrentes da saúde



operacional, não devendo como tal ser financiadas pelas receitas dos respetivos subsistemas. Os encargos referidos nas subalíneas iii), iv) e v) são da responsabilidade do subsistema ADM para os respetivos beneficiários. Nos casos referidos nas alíneas viii) e ix), as responsabilidades deverão manter-se nos termos previstos atualmente na legislação aplicável.

4. Em relação à definição dos beneficiários dos respetivos subsistemas:

- a.** *Atendendo ao recente alargamento da base de beneficiários familiares da ADM e da SAD da GNR e da SAD da PSP (que trabalham em entidades privadas), através de um diploma legal que se encontra em fase de promulgação, deve ser equacionada a hipótese de aplicar a extensão desse modelo (contributivo) aos beneficiários da ADSE;*
- b.** *Equacionar ainda a hipótese da manutenção dos filhos com idade superior a 26 anos e até aos 30, se continuarem a fazer parte do agregado familiar e dependentes do beneficiário titular (sem rendimentos próprios de qualquer espécie);*
- c.** *Avaliar a hipótese de alargar a possibilidade de inscrição como beneficiário titular aos trabalhadores do Setor Empresarial do Estado (EPE) em igualdade de funções com os trabalhadores em funções públicas nessas mesmas entidades.*

Face aos Termos de Referência acordados no início dos trabalhos, a ET procede, antes da apresentação de um modelo de governação para os SPS que dê resposta às questões elencadas, à caracterização da situação atual, de forma a consolidar a proposta apresentada em capítulo próprio do presente documento.”



Anexo 6 - Demonstração de Resultados

RUBRICA	2009	Peso %	2010	Peso %	2011	Peso %	2012	Peso %	2013	Peso %	2014	Peso %
61 - Custo Mercad. Vend. Consumidas	114 503	0,01%	62 923	0,01%	64 352	0,01%	55 542	0,01%	49 246	0,01%	46 748	0,01%
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	974 304 187	89,19%	559 065 196	121,93%	488 166 317	98,50%	486 751 904	98,60%	452 307 624	91,65%	440 109 643	87,12%
621 - Subcontratos	971 288 116	88,92%	556 646 724	121,41%	485 545 044	97,97%	484 407 155	98,12%	450 080 338	91,20%	437 840 919	86,67%
Custos SNS	449 733 596	41,17%										
Custos regime convencionado	222 307 547	20,35%	236 788 278	51,64%	252 753 133	51,00%	272 677 525	55,23%	288 608 557	58,48%	302 075 125	59,80%
Custos regime livre	114 390 913	10,47%	119 065 590	25,97%	140 744 718	28,40%	138 219 725	28,00%	132 878 981	26,93%	126 548 976	25,05%
Medicamentos/Farmácias	184 845 271	16,92%	200 357 540	43,70%	91 585 754	18,48%	73 009 180	14,79%	28 118 387	5,70%	8 660 834	1,71%
Exames periciais	10 788	0,00%			14 633	0,00%	14 965	0,00%	14 911	0,00%	13 147	0,00%
Verificação da doença			435 316	0,09%	446 807	0,09%	485 759	0,10%	459 503	0,09%	542 837	0,11%
622 - FSE-custos de funcionamento	3 016 071	0,28%	2 418 472	0,53%	2 621 272	0,53%	2 344 749	0,47%	2 227 285	0,45%	2 268 725	0,45%
63 - Trans. e subs. correntes concedidos e prest. sociais			13 806	0,00%	19 150	0,00%			35 022 688	7,10%	60 033 156	11,88%
64 - Custos com Pessoal	5 399 890	0,49%	5 375 803	1,17%	4 534 855	0,92%	4 265 830	0,86%	5 183 403	1,05%	4 399 950	0,87%
65 - Outros Custos e Perdas Operacionais							6 448	0,00%	2 811	0,00%	2 890	0,00%
66 - Amortizações do Imobilizado Corpóreo e Incorpóreo	2 578 989	0,24%	678 056	0,15%	707 572	0,14%	843 216	0,17%	829 353	0,17%	485 334	0,10%
67 - Provisões												
68 - Custos e Perdas Financeiras	36	0,00%	30	0,00%	1 214	0,00%	98	0,00%	56 266	0,01%	68 709	0,01%
69 - Custos e Perdas Extraordinárias	109 975 025	10,07%	-106 698 529	-	2 095 789	0,42%	1 746 208	0,35%	54 237	0,01%	20 766	0,00%
Total dos custos	1 092 372 630		458 497 285		495 589 249		493 669 245		493 505 629		505 167 196	
71 - Vendas e prestações de serviços	435	0,00%	5 396 362	0,93%	3 866	0,00%						
Vendas de Mercadorias	435	0,00%	23 411	0,00%	3 866	0,00%						
Prestações de Serviços			5 372 951	0,93%								
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	100,12%	637 798 849	100,02%
73 - Proveitos Suplementares	24 152	0,00%		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%										
74 - Outros proveitos e ganhos operacionais											17 544	0,00%
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	-0,12%	-172 035	-
Total dos proveitos	951 327 761		579 531 076		513 524 466		441 860 686		498 705 642		637 644 357	
Resultados Operacionais	-31 081 774		14 095 519		19 745 231		-50 203 675		5 900 463		132 738 672	
Resultados Financeiros	11 930		-30		-1 214		-98		-56 266		-68 709	
Resultados extraordinários	-109 975 025		106 938 302		-1 808 799		-1 604 786		-644 184		-192 801	
Resultado Líquido do Exercício	-141 044 869		121 033 790		17 935 217		-51 808 559		5 200 014		132 477 161	



Anexo 7 - Saldo de Gerência da ADSE

Quadro 1 - Diretor-Geral da ADSE

Saldo Gerência ADSE		
	2014	2015 (ATÉ OUTUBRO)
1. Receitas c/ origem privada	520 956 824,50	465 382 254,87
1.1. Desconto quotizados	520 939 281,00	465 370 273,40
1.2. Outras receitas (taxas)	17 543,50	11 981,47
2. Receitas com origem pública	166 189 079,59	41 782 334,51
2.1. Contribuição da entidade empregadora	115 254 814,41	2 960 459,22
2.2. Reembolso	50 934 265,18	38 821 875,29
3. Total de receitas ADSE	687 145 904,09	507 164 589,38
4. Despesas ADSE	486 384 686,01	403 082 380,15
4.1. Despesa com benefícios ADSE (RC+RL+DESP. Adm)	382 069 306,09	395 172 040,53
4.2. Despesa com origem pública	104 315 379,92	7 910 339,62
<i>Entregas ao Estado</i>	<i>95 105 661,78</i>	<i>0,00</i>
<i>Despesas SNS+SRS+Verificação doença</i>	<i>9 209 718,14</i>	<i>7 910 339,62</i>
5. Total Saldo Gerência ADSE	200 761 218,08	104 082 209,23
5.1. Saldo de gerência com origem receitas privadas (=1-4.1)	138 887 518,41	70 210 214,34
5.2. Saldo de gerência com origem receitas públicas (=2-4.2)	61 873 699,67	33 871 994,89
6. Memorando R.A. Madeira	26 536 467,81	3 215 332,82
7. Total Saldo Gerência ADSE (após Memorando RAM)	174 224 750,27	100 866 876,41
7.1. Saldo de gerência com origem receitas privadas (=5.1.)	138 887 518,41	70 210 214,34
7.2. Saldo de gerência com origem receitas públicas (=5.2-6)	35 337 231,86	30 656 662,07

Fonte: ADSE (email de 3 de novembro de 2015)

Quadro 2 – Relatório de auditoria

Saldo Gerência ADSE		
	2014	2015 (ATÉ OUTUBRO)
1. Receitas c/ origem privada	520 956 824,50	465 382 254,87
1.1. Desconto quotizados	520 939 281,00	465 370 273,40
1.2. Outras receitas (taxas)	17 543,50	11 981,47
2. Receitas com origem pública	166 189 079,59	41 782 334,51
2.1. Contribuição da entidade empregadora	115 254 814,41	2 960 459,22
2.2. Reembolso	50 934 265,18	38 821 875,29
3. Total de receitas ADSE	687 145 904,09	507 164 589,38
4. Despesas ADSE	486 384 686,02	403 082 380,15
4.1. Despesa com benefícios ADSE (RC+RL+DESP. Adm)	351 369 306,10	369 588 707,20
4.2. Despesa com origem pública	135 015 379,92	33 493 672,95
<i>Entregas ao Estado</i>	95 105 661,78	0,00
<i>Despesas SNS+SRS+Verificação doença</i>	9 209 718,14	7 910 339,62
<i>MCDT*</i>	17 000 000,00	14 166 666,67
<i>Cuidados respiratórios domiciliários*</i>	3 300 000,00	2 750 000,00
<i>Transporte de utentes*</i>	6 300 000,00	5 250 000,00
<i>Internamento psiquiátrico*</i>	4 100 000,00	3 416 666,67
5. Isenções pagamento do desconto**	8 603 254,64	7 499 871,02
6. Total Saldo Gerência ADSE	200 761 218,07	104 082 209,23
6.1. Saldo de gerência com origem receitas privadas (= 1-4.1+5)	178 190 773,04	103 293 418,70
6.2. Saldo de gerência com origem receitas públicas (= 2-4.2-5)	22 570 445,03	788 790,53
7. Memorando R.A. Madeira	26 536 467,81	3 215 332,82
8. Total Saldo Gerência ADSE (após Memorando RAM)	174 224 750,26	100 866 876,41
8.1. Saldo de gerência com origem receitas privadas (= 6.1.)	178 190 773,04	103 293 418,70
8.2. Saldo de gerência com origem receitas públicas (=6.2.-7)	-3 966 022,78	-2 426 542,29

Fonte: Elaboração própria com dados: (1) da execução de tesouraria de 2014 e 2015; (2) da proposta de orçamento da ADSE-DG para 2015 (dados assinalados com *; em 2015, os montantes indicados são o produto da despesa mensal resultante da referida proposta a multiplicar por 10 meses); (3) da proposta de financiamento pelo Estado relativamente aos beneficiários titulares isentos constante do memorando do Diretor-Geral da ADSE apresentado em maio de 2015 ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento e em agosto de 2015 ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde, tendo por referência os beneficiários aposentados isentos a 31.07.2015 (dados assinalados com **, em 2015, os montantes indicados são o produto da receita mensal resultante da proposta constante do memorando do Diretor-Geral, não entregue pelo Estado a multiplicar por 10 meses).

*Despesa contabilizada em RC e RL com origem em prescrição/requisição do SNS/SRS.

** Receita não entregue pelo Estado, em virtude da existência de beneficiários titulares isentos do pagamento de descontos.



Anexo 8 - Disposições dos diplomas orçamentais relativas à assunção encargos com os beneficiários da ADSE pelo SNS

Lei n.º Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril - Orçamento do Estado para 2010

“Artigo 154.º

Transferências das autarquias locais para o SNS

As autarquias locais transferem directamente para o orçamento do serviço nacional de saúde da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., o valor correspondente aos encargos suportados pelos respectivos orçamentos próprios com despesas pagas à ADSE em 2009 respeitantes a serviços prestados por estabelecimentos do SNS.”.

Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho

“Artigo 34.º

Pagamentos de reembolsos à ADSE

1 — Os serviços e fundos autónomos são responsáveis pelo pagamento das dívidas existentes à data de 31 de Dezembro de 2009, relativas a reembolsos à ADSE de serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

2 — Os serviços e fundos autónomos são responsáveis pelo pagamento à ADSE de todos os reembolsos relativos ao regime convencionado e pelo pagamento directo aos beneficiários dos reembolsos relativos ao regime livre.”

“Artigo 78.º

Transferências das entidades municipais para o SNS

1 — No cumprimento do previsto no artigo 154.º da Lei n.º 3 -B/2010, de 28 de Abril, é publicado no anexo II ao presente decreto -lei, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada entidade para o SNS.

2 — O montante referido no número anterior é retido nas transferências do Orçamento do Estado para as entidades previstas na Lei n.º 3 -B/2010, de 28 de Abril.

3 — Os municípios são a entidade responsável por receber das empresas municipais os montantes que lhes competem e entregá-los ao Serviço Nacional de Saúde.”

Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro - Orçamento do Estado para 2011

“Artigo 160.º

Encargos com prestações de saúde no SNS

1 — Os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, regulados pelo Decreto -Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, e alterado pelas Leis n.ºs 53 -D/2006, de 29 de Dezembro, 64 -A/2008, de 31 de Dezembro, e 3 -B/2010, de 28 de Abril, da assistência na doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública (SAD da GNR e PSP) regulado pelo Decreto -Lei n.º 158/2005, de 20 de Setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de Dezembro, e da assistência na doença a militares das Forças Armadas (ADM) regulado pelo Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de Dezembro, são suportados pelo Orçamento do SNS.

2 — Para efeitos do número anterior e para efeitos do disposto no artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o preço dos cuidados prestados no quadro do SNS é o estabelecido pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., para os restantes beneficiários do SNS.”

“Artigo 161.º

Transferências das autarquias locais para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde

As autarquias locais transferem directamente para o orçamento da Administração Central do Sistema de

Saúde, I. P., o valor correspondente à média dos encargos suportados pelos respectivos orçamentos próprios com despesas pagas, nos anos de 2008 e 2009, respeitantes a serviços prestados por estabelecimentos do SNS aos seus trabalhadores.”

Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de Março

“Artigo 67.º

Transferências das entidades municipais para o Serviço Nacional de Saúde

1 — No cumprimento do previsto no artigo 161.º da Lei n.º 55 -A/2010, de 31 de Dezembro, é publicado no anexo I ao presente decreto -lei, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada entidade para o Serviço Nacional de Saúde.

2 — O montante referido no número anterior é retido nas transferências do Orçamento do Estado para as entidades previstas na Lei n.º 55 -A/2010, de 31 de Dezembro.

3 — Os municípios são a entidade responsável por receber dos serviços municipalizados e das empresas municipais os montantes que lhes competem e entregá-los ao Serviço Nacional de Saúde.”

Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro - Orçamento do Estado para 2012

“Artigo 189.º

Encargos com prestações de saúde no Serviço Nacional de Saúde

1 — Os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, regulados pelo Decreto -Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, alterado pelos Decretos -Leis n.os 90/98, de 14 de Abril, 279/99, de 26 de Julho, e 234/2005, de 30 de Dezembro, e 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, e 55 -A/2010, de 31 de Dezembro, da assistência na doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública (SAD da GNR e PSP), regulado pelo Decreto -Lei n.º 158/2005, de 20 de Setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de Dezembro, e da assistência na doença a militares das Forças Armadas (ADM), regulado pelo Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de Dezembro, são suportados pelo orçamento do SNS.

2 — Para efeitos do número anterior e para efeitos do disposto no artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o preço dos cuidados prestados no quadro do SNS é o estabelecido pela ACSS, I. P., para os restantes beneficiários do SNS.”

“Artigo 190.º

Transferências das autarquias locais para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde

1 — As autarquias locais transferem para o orçamento da ACSS, I. P., um montante igual ao afecto em 2011 com os encargos com os seus trabalhadores em matéria de prestações de saúde pelo SNS.

2 — A transferência referida no número anterior efectiva-se mediante retenção da transferência do Orçamento do Estado para as autarquias locais.”

Decreto-Lei n.º 32/2012, de 13 de fevereiro

“Artigo 61.º

Transferências das entidades municipais para o SNS

1 — No cumprimento do previsto no artigo 190.º da Lei n.º 64 -B/2011, de 30 de dezembro, é publicado no anexo I ao presente diploma, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada entidade para o SNS.

2 — O montante referido no número anterior é retido nas transferências do Orçamento do Estado para as entidades previstas na Lei n.º 64 -B/2011, de 30 de dezembro.

3 — Os municípios são a entidade responsável por receber dos serviços municipalizados e das empresas municipais os montantes que lhes competem e entregá-los ao Serviço Nacional de Saúde.”



Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2013

“Artigo 150.º

Encargos com prestações de saúde no Serviço Nacional de Saúde

1 — São suportados pelo orçamento do SNS os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários:

- a) Da assistência na doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública, regulado pelo Decreto -Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro;
- b) Da assistência na doença aos militares das Forças Armadas, regulado pelo Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro.

2 — Para efeitos do número anterior e do disposto no artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o preço dos cuidados prestados no quadro do SNS é o estabelecido pela ACSS, I. P., para os restantes beneficiários do SNS.”

Obs.: Não refere ADSE

“Artigo 152.º

Transferências das autarquias locais para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde

1 — As autarquias locais transferem para o orçamento da ACSS, I. P., um montante igual ao afeto em 2012 com os encargos com os seus trabalhadores em matéria de prestações de saúde pelo SNS.

2 — A transferência referida no número anterior efetiva-se mediante retenção da transferência do Orçamento do Estado para as autarquias locais.”

Decreto-Lei n.º 36/2013, de 11 de março

“Artigo 56.º

Transferências das autarquias locais para o Serviço Nacional de Saúde

1 — No cumprimento do previsto no artigo 152.º da Lei n.º 66 -B/2012, de 31 de dezembro, é publicado no anexo ao presente diploma, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada autarquia local para o SNS.

2 — O montante referido no número anterior é retido nas transferências do Orçamento do Estado para as entidades previstas na Lei n.º 66 -B/2012, de 31 de dezembro.

3 — Os municípios são a entidade responsável por receber dos serviços municipalizados e das empresas municipais os montantes que lhes competem e entregá-los ao SNS.”

Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2014

“Artigo 148.º

Encargos com prestações de saúde no Serviço Nacional de Saúde

1 — São suportados pelo orçamento do SNS os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários:

- a) Da assistência na doença da GNR e da PSP, regulado pelo Decreto -Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho;
- b) Da assistência na doença aos militares das Forças Armadas, regulado pelo Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, alterado pela Lei n.º 53 -D/2006, de 29 de dezembro, e pelo Decreto -Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior e no artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o preço dos cuidados prestados no quadro do SNS é o estabelecido pela ACSS, I. P., para os restantes beneficiários do SNS.”

Obs.: Não refere ADSE

“Artigo 150.º

Transferências das autarquias locais para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde

- 1 — As autarquias locais transferem para o orçamento da ACSS, I. P., um montante igual ao afeto em 2013 aos encargos com os seus trabalhadores em matéria de prestações de saúde pelo SNS.
- 2 — A transferência referida no número anterior efetiva-se mediante retenção da transferência do Orçamento do Estado para as autarquias locais.
- 3 — A repartição do encargo referido no n.º 1 por município é objeto de encontro de contas com o SNS, com base nos custos efetivos em que este incorreu com a prestação de serviços e dispensa de medicamentos a trabalhadores das autarquias locais no ano de 2012.
- 4 — A operação de encontro de contas referida no número anterior tem uma periodicidade semestral e é regulamentada por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da administração local.
- 5 — Os ajustamentos resultantes da operação de encontro de contas são refletidos no semestre seguinte nas retenções referidas no n.º 2.”

Decreto-Lei n.º 52/2014, de 7 de abril

“Artigo 55.º

Transferências das autarquias locais para o Serviço Nacional de Saúde

- 1 — No cumprimento do previsto no artigo 150.º da Lei n.º 83 -C/2013, de 31 de dezembro, é publicado no anexo ao presente decreto -lei, do qual faz parte integrante, o montante a transferir por cada autarquia local para o SNS.
- 2 — Os municípios são a entidade responsável por receber dos serviços municipalizados e das empresas municipais os montantes que lhes competem entregar ao SNS.”

Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2015

“Artigo 151.º

Encargos com prestações de saúde no Serviço Nacional de Saúde

- 1 — São suportados pelo orçamento do SNS os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários:
 - a) Da ADSE, regulada pelo Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro;
 - b) Dos serviços de assistência na doença da GNR e da PSP (SAD), regulados pelo 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;
 - c) Da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), regulada pelo 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.
- 2 — Para efeitos do disposto no número anterior e no artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o preço dos cuidados prestados no quadro do SNS é o estabelecido pela ACSS, I. P., para os restantes beneficiários do SNS.”

“Artigo 154.º

Pagamento das autarquias locais ao Serviço Nacional de Saúde

- 1 — No período entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2015, as autarquias locais transferem para o orçamento da ACSS, I. P., um montante equivalente a 50% do montante afeto em 2014 aos encargos com os seus trabalhadores em matéria de prestações de saúde pelo SNS
- 2 — A partir de 1 de julho de 2015, as autarquias locais pagam à ACSS, I. P., um montante equivalente aos custos efetivos em que esta incorrer com a prestação de serviços e dispensa de medicamentos aos trabalhadores da própria autarquia, bem como dos respetivos serviços municipalizados e empresas locais participadas.
- 3 — O apuramento e faturação dos custos efetivos referidos no número anterior operam nos termos das alíneas seguintes:
 - a) As autarquias locais reportam à DGAL até 30 de abril de 2015, através do SIAL, os números de identificação



fiscal de todos os respetivos trabalhadores referidos no número anterior;

b) A DGAL comunica à ACSS, I. P., os números de identificação fiscal referidos no número anterior, devendo ambas as entidades assegurar a total confidencialidade e reserva dos dados;

c) A ACSS, I. P., envia trimestralmente a cada autarquia local a fatura discriminada de todos os custos efetivamente incorridos pelos respetivos trabalhadores no respetivo trimestre em todos os estabelecimentos do SNS;

d) A ACSS, I. P., comunica trimestralmente à DGAL o montante que haja sido faturado a cada autarquia conforme previsto na alínea anterior;

e) Caso a autarquia discorde do valor faturado pela ACSS, I. P., deve apresentar reclamação fundamentada e sem efeito suspensivo junto daquela;

f) Quaisquer reembolsos devidos são efetuados diretamente pela ACSS, I. P., à respetiva autarquia;

g) Transitoriamente a DGAL continua a proceder às transferências de acordo com o n.º 1 até ao recebimento da primeira faturação, momento em que na medida do necessário realiza o devido acerto de contas.

4 — No caso de a autarquia não realizar o previsto na alínea a) do número anterior ou reportar números de identificação fiscal em número inferior ao do total dos respetivos trabalhadores registados no SIAL a 1 de janeiro de 2014, o montante do pagamento devido a partir de 1 de julho de 2015 é apurado pelo método de capitação previsto no número seguinte.

5 — No modelo de capitação, o montante a pagar por cada autarquia corresponde ao valor resultante da multiplicação do número total dos respetivos trabalhadores registados no SIAL a 1 de janeiro de 2014 por 31,22 % do custo *per capita* do SNS publicado pelo INE, I. P.

6 — Os pagamentos referidos nos n.os 1, 2 e 4 efetivam-se mediante retenção pela DGAL das transferências do Orçamento do Estado para as autarquias locais.”

Decreto-Lei n.º 36/2015, de 9 de março

“Artigo 57.º

Transferências das autarquias locais para o Serviço Nacional de Saúde

1 — O montante anual a que se refere o n.º 1 do artigo 154.º da Lei n.º 82 -B/2014, de 31 de dezembro, é publicado no anexo II ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante.

2 — Os municípios são a entidade responsável por receber dos serviços municipalizados e das empresas municipais os montantes que lhes competem entregar ao SNS.”



Anexo 9 - A problemática de o Decreto-Lei n.º 118/83 conter disposições específicas para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira (art.º 4º) e para as autarquias (art.º 5º), sendo necessário recorrer à interpretação extensiva do art.º 4º do diploma em causa para incluir a Administração Regional

Elemento histórico

A ADSE foi criada em 1963, pelo Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril. O mesmo teve inicialmente como destinatários *“os serventuários dos serviços civis do Estado, incluindo os dotados de autonomia administrativa e financeira, salvo se a sua legislação própria permitir a existência de obras sociais susceptíveis de abranger aquela assistência”*, sendo que relativamente aos primeiros os encargos eram suportados pela ADSE, já quanto aos segundos os encargos (com medicamentos e cuidados de saúde) deviam ser suportados pelos organismos de que faziam parte (art.º 3 e 4º do Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964, que regulamentou a assistência na doença aos servidores do Estado).

Para o efeito foram estabelecidos acordos entre a ADSE e os serviços com autonomia administrativa e financeira (cfr. ponto 4.1. de informação da ADSE de 29 de julho de 2009).

Em 1969, o sistema de benefícios foi alargado aos *“servidores das autarquias locais”*, devendo estas suportar os encargos com o sistema (medicamentos e cuidados de saúde) relativamente aos seus trabalhadores (Decreto-Lei n.º 49313, de 23 de outubro de 1969).

Com base no Decreto-Lei n.º 324/78, de 8 de novembro, a ADSE passou a assumir os encargos com medicamentos dispensados a todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores dos serviços com autonomia administrativa e financeira e das Autarquias Locais (art.º 2º).

Não existindo, à época da redação dos diplomas que criaram a ADSE e regulamentaram o esquema de benefícios (1963/64), Administração Regional, mas Distritos Autónomos das Ilhas Adjacentes, *“pessoa[s] mora[is] de direito público, dotada[] de autonomia administrativa e financeira”* (Decreto-Lei n.º 36453, de 4 de agosto de 1947), os trabalhadores dos mesmos eram, para efeitos de aplicação do sistema de benefícios aos respetivos trabalhadores, **serviços com autonomia administrativa e financeira**. Deste modo foram celebrados acordos, já em 1977 e em 1978, respetivamente com os Governos Regionais dos Açores e da Madeira (cfr. ponto 4.2. de informação da ADSE de 29 de julho de 2009), cuja Administração sucedeu aos órgãos e organismos daqueles Distritos.

A confirmar esta conclusão o preâmbulo da Portaria n.º 98/82, de 19 de agosto, da Presidência do Governo Regional e Secretarias Regionais do Planeamento e Finanças e dos Assuntos Sociais da Madeira, refere que relativamente aos *“beneficiários (e familiares) que já pertenciam à extinta Junta Geral do Funchal e transitaram para o Governo Regional, (...) a cobertura continuou a ser dada segundo os esquemas definidos para os organismos autónomos”*. Através dessa Portaria, o Governo Regional constatando que o processo de regionalização e a integração de trabalhadores, antes *“integrados em serviços directamente dependentes de Lisboa”*, na Administração Regional criou dificuldades no esquema de benefícios da ADSE (designadamente, os *“serviços centrais da ADSE passaram a discriminar tais funcionários, no entendimento de que a sua dependência do Governo Regional implicava a transferência para um organismo considerado autónomo”*), determinou:

- A integração *“no Orçamento da Região Autónoma da Madeira, as verbas destinadas à cobertura dos benefícios médico-sociais dos beneficiários da ADSE (...) que exerçam a sua*

actividade na dependência directa da Região Autónoma, das Autarquias da Região, das pessoas colectivas de direito público e institutos públicos sediados na mesma Região”;

- A remessa das *“deduções nos vencimentos dos beneficiários abrangidos pela presente portaria (...) à Secretaria Regional do Planeamento e Finanças (...), constituindo assim receita da Região”*.

A legalidade desta portaria é discutível face ao regime jurídico da ADSE em vigor, já que:

- Os encargos com os trabalhadores das Autarquias Locais deviam ser assumidos por estas (art.º 2º do Decreto-Lei n.º 49313, de 23 de outubro de 1969) e os encargos com os beneficiários do Estado deviam ser assumidos por este, através da ADSE ou dos serviços com autonomia administrativa e financeira (art.º 3 e 4º do Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964);
- Pelo Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, então em vigor, apenas os descontos dos trabalhadores das Autarquias Locais não constituíam receita do Estado, já que *“As importâncias descontadas constituem receita do Estado, quer se trate de serviços simples, de organismos dotados de autonomia administrativa e financeira ou de institutos públicos.”* e as Regiões Autónomas enquadravam-se, para efeitos do regime de benefícios da ADSE em vigor nos serviços com autonomia administrativa e financeira (Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964)²⁷⁴.

Ainda em 1982, em dezembro, foi celebrado um novo acordo com o Governo Regional da Madeira, celebrado na vigência do Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro, que transformou a ADSE em Direção-Geral revogando o Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963, e do Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964, que apenas veio a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 118/83. No âmbito daquele acordo já se previa a matéria do desconto (criado pela primeira vez em 1980) estabelecendo-se que o mesmo era *“receita do Estado e reverterá em benefício do Orçamento Geral do Estado”*.

O acordo porém afasta-se do regime jurídico da ADSE em vigor (Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964) e também do que veio a ser publicado em fevereiro de 1983 (Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que, em termos de responsabilidade financeira das entidades públicas empregadoras, manteve as responsabilidades anteriores: os organismos que possuíssem verbas próprias para o pagamento aos seus trabalhadores continuavam responsáveis pelo pagamento dos encargos decorrentes com o esquema de benefícios, cfr. art.º 4º do Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964, e art.º 2º do Decreto-Lei n.º 49313, de 23 de outubro de 1969, e art.ºs 4º, al. c), 5º, als. b), d) e e), 6º, n.º 5, al. b), 19º, n.º 4, al. b), e 64º do Decreto-Lei n.º 118/83, versão original), quanto aos outros (trabalhadores de serviços sem autonomia financeira e aposentados de todas as Administrações) os encargos continuavam a ser suportados pela ADSE.

Ao contrário da legislação vigente e que veio a ser aprovada, o acordo de 1982 estabelecia que era a Administração Regional que suportava os encargos com a prestação de cuidados de saúde não só aos seus trabalhadores, mas também aos trabalhadores da Administração Local sediada na Região e aos aposentados das Administrações Regional e Local e respetivos familiares. Já os encargos com medicamentos eram encargo da ADSE, conforme a legislação então vigente (art.º 2º do Decreto-Lei n.º 324/78, de 8 de novembro) e que se manteve com o Decreto-Lei n.º 118/83 que não tendo revogado expressamente aquele, também não o contrariou, moldando-se ao que naquele já vinha estabelecido (cfr. art.º 5º, al. c), e 19º, n.º 4, al. c), da versão original).

²⁷⁴ Sobre a evolução da propriedade dos descontos, vide ponto 11.7-B do texto do Relatório.



Verificou-se, na auditoria anterior, que o acordo de 1982 celebrado com o Governo Regional da Madeira apenas estava a ser aplicado quanto aos encargos com a prestação de cuidados em regime livre aos aposentados, já que a prestação de cuidados em regimes livre e convencionado aos trabalhadores (e familiares) da Administração Local eram suportados pelas entidades que integram esta Região.

Quanto ao desconto, verificou-se que o mesmo continuava a ser tratado como receita própria da Região (cfr. Volume II, pontos 12.3, 12.4 e Anexo 35), não se aplicando também qui o estabelecido no acordo de 1982.

Elementos literal e sistemático - Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (versão original e atual)

Verifica-se que o Decreto-Lei n.º 118/83, na sua versão original que, nesta matéria, se mantém atual com exceção de ter deixado a partir de alteração realizada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, de exigir a celebração de um acordo entre a ADSE e os serviços com autonomia administrativa e financeira, dispõe o seguinte:

*“CAPÍTULO II
Dos beneficiários
(...)
SECÇÃO II
Beneficiários titulares*

*Artigo 3.º
(Titulares)*

Considera-se beneficiário titular:

- a) O pessoal civil do Estado, inclusive o dos organismos dotados de autonomia administrativa financeiramente autónomos e ainda de outros organismos que, não sendo financeiramente autónomos, sejam dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal, quer se encontre em situação de exercício de funções ou aposentado;*
- b) O **pessoal da administração regional e local nas condições da alínea anterior;***
- c) O pessoal de outras entidades que a lei já contemple ou venha a contemplar.*

*SUBSECÇÃO I
Dos organismos autónomos*

Artigo 4.º

(Autonomia administrativa e financeira ou equiparada)

1. O pessoal 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 ao seu pessoal só poderá adquirir a qualidade de beneficiário titular se, cumulativamente:

- a) Não beneficiarem como titulares de qualquer outro regime de natureza igual ou semelhante ao da ADSE;*
- b) Os respectivos organismos assegurarem pelas verbas inscritas nos seus orçamentos privativos os encargos resultantes dos benefícios concedidos pela ADSE;*
- c) Concorrerem a favor da ADSE a título de participação nas despesas da Administração com um quantitativo anual por beneficiário inscrito, quer titular quer familiar, fixado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.*

2 - Os encargos decorrentes dos benefícios concedidos pela ADSE são suportados pelos respectivos organismos nos termos do preceituado no artigo seguinte.

(obs.: alterado pelo 234/2005 que revogou a al. a) original – “a) Os respectivos organismos tiverem celebrado um prévio acordo com a ADSE onde serão fixadas as condições respeitantes à atribuição dos benefícios assegurados pela ADSE”, mantendo as restantes e aditou o n.º 1)

SUBSECÇÃO II *Autarquias locais*

Artigo 5.º *(Autarquias)*

- 1) Os funcionários e agentes das autarquias locais gozam dos benefícios concedidos pela ADSE nos mesmos termos que o pessoal da administração central do Estado.*
- 2) Os encargos resultantes do previsto na alínea anterior serão satisfeitos por conta dos orçamentos próprios.*
- 3) As verbas despendidas pela ADSE em produtos farmacêuticos adquiridos pelos trabalhadores das autarquias e seus familiares serão compensadas pelo desconto legal efectuado nos vencimentos daqueles, o qual constituirá receita do Orçamento Geral do Estado.*
- 4) Deverão ainda as autarquias reembolsar a ADSE das despesas por esta suportadas em consequência de acordos celebrados ou a celebrar com entidades de cuidados de saúde.*
- 5) As autarquias devem concorrer a favor da ADSE, a título de participação, nas despesas da Administração com o quantitativo anual por beneficiário inscrito, titular ou familiar, fixado por despacho do Ministro de Estado e das Finanças e do Plano.*

(obs.: na republicação efectuada pelo 234/2005 as alíneas deste preceito foram substituídas por números)

Artigo 6.º

Requisitos que devem reunir os beneficiários titulares

- 1 - Os funcionários e agentes a que se refere o presente diploma adquirem a qualidade de beneficiários titulares desde que, nessa qualidade, não estejam abrangidos por qualquer outro subsistema de saúde integrado na Administração Pública.*
- 2 - O pessoal referido na alínea c) do artigo 3.º adquire a qualidade de beneficiário titular mediante a celebração de acordo entre a entidade patronal e a ADSE em que são fixadas as condições de atribuição dos benefícios previstos no presente decreto-lei.*
- 3 - Os funcionários e agentes que passem a exercer funções no sector empresarial do Estado, das **Regiões Autónomas** e dos municípios e suas associações e, bem assim, nas pessoas colectivas de utilidade pública mantêm a qualidade de beneficiários titulares desde que, cumulativamente:*
 - a) Mantenham a vinculação ao serviço de origem;*
 - b) Declarem optar pelo regime de protecção social da função pública;*
 - c) Continuem a efectuar o desconto para a ADSE.*
- 4 - Os encargos resultantes da aplicação do número anterior são suportados:*
 - a) Pela ADSE, quando se trate de funcionários e agentes oriundos de serviços integrados;*
 - b) Pelos organismos autónomos ou **Regiões** e autarquias locais, relativamente aos seus funcionários e agentes.*
- 5 - Os funcionários na situação de aposentação só podem inscrever-se como beneficiários titulares desde que não estejam abrangidos por outro subsistema de saúde integrado na Administração Pública.*

(...)

(obs.: n.ºs 1 e 2 redação dada pelo 234/2005, n.ºs 3 e 4 igual à redação dos n.ºs 4 e 5 da versão original)

CAPÍTULO III *Das eventualidades e benefícios*

SECÇÃO I *Disposições gerais*

Artigo 19.º *Concessão de benefícios*

(...)



3 - O pagamento pela ADSE dos cuidados prestados assenta nas técnicas do reembolso ao beneficiário e do pagamento directo à entidade prestadora de serviços, de conformidade com o legalmente estabelecido.

4 - **Quando seja a ADSE a pagar directamente às entidades prestadoras dos cuidados de saúde por força de acordos estabelecidos, é reembolsada:**

a) Pelos beneficiários da parte que exceder os limites legalmente estabelecidos;

b) Pelas **Regiões** e organismos autónomos, bem como pelas autarquias locais, da totalidade dessas despesas, competindo a estes reaver as participações eventualmente devidas pelos beneficiários.

(...)

CAPÍTULO VII

Disposições finais e transitórias

(...)

Artigo 64.º

Prestação de serviços

*A ADSE pode assumir o pagamento de todas as prestações devidas pelos organismos autónomos, **Regiões**, autarquias locais e entidades referidas na alínea c) do artigo 3.º aos seus funcionários, mediante prévio acordo, tendo em conta o previsto nos artigos 4.º, 5.º e 6.º, n.º 2, do presente diploma.”*

(obs.: na redação dada pelo 234/2005, que relativamente à versão original introduziu a referência ao art.º 6º, n.º2)

Verifica-se que o Decreto-Lei n.º 118/83 faz referência expressa às Regiões Autónomas nos art.ºs 3º (são beneficiários titulares os trabalhadores das Regiões Autónomas), 6º, n.º 4, al. b) (responsabilidade das Regiões pelos encargos com trabalhadores que passem a exercer funções no setor empresarial da Região), 19º, n.º 4, al. b) (responsabilidade das Regiões pelo pagamento que a ADSE tenha feito a entidades prestadoras de cuidados de saúde) e 64º (a ADSE pode assumir o pagamento de todas as prestações devidas pelas Regiões, mediante acordo prévio, os designados acordos de capitação a que se fez referência no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume II, Ponto 7.1.2, Anexo 5). **Destes preceitos resulta sempre a responsabilidade financeira das Regiões pelos cuidados de saúde prestados aos respetivos trabalhadores.**

Também, os art.ºs 4º (organismos autónomos), 5º (autarquias locais) e 6º (requisitos que devem reunir os beneficiários titulares) devem ser lidos em conjunto com o art.º 3º (titulares), em cujo capítulo (II - dos beneficiários) e secção (II – beneficiários titulares) aliás todos se inserem. Assim, dispõe o art.º 3º que *“Considera-se beneficiário titular: (...) b) O pessoal da administração regional e local nas condições da alínea anterior;”*. Sendo que a alínea anterior refere o *“pessoal civil do Estado, inclusive o dos organismos dotados de autonomia administrativa financeiramente autónomos e ainda de outros organismos que, não sendo financeiramente autónomos, sejam dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal (...)”* e relativamente a estes últimos, que os *“respetivos organismos assegura[m] pelas verbas inscritas nos seus orçamentos privativos os encargos resultantes dos benefícios concedidos pela ADSE”* (atual n.º 1, al. b), e al. c) da versão original). Ora dispondo quer as Regiões Autónomas quer as Autarquias Locais de uma **autonomia administrativa e financeira acrescida** face aos organismos do Estado com essas características e de verbas próprias para pagamento aos seus trabalhadores, **conclui-se que a remissão do art.º 3º, al. b), para a respetiva al. a), só pode ter como consequência a aplicação daquele regime às Regiões Autónomas e às Autarquias Locais**, sendo que relativamente a estas o art.º 5º seria também prescindível: a matéria nele prevista encontra-se estabelecida no art.º 4º, ex vi art.º 3º, al. b), e no art.º 19º, n.º 4, al. b), aplicável expressamente aos organismos com autonomia administrativa e financeira, às Regiões e às Autarquias Locais.

Refira-se que, a “novidade” do art.º 5º foi a estatuição de que o desconto dos respetivos trabalhadores passa a ser receita do Estado, quando até ali era das próprias Autarquias, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio.

A corroborar a conclusão de que o regime estabelecido no art.º 4º, para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira, é aplicável às Administrações Regionais, *ex vi* art.º 3º, al. b), está o facto de expressamente outros artigos (já citados) se referirem especificamente às mesmas tratando-as de forma igual aos organismos com autonomia administrativa e financeira e às Autarquias Locais, além de o elemento histórico, já analisado, também confirmar essa interpretação.

Quanto à **matéria da propriedade do desconto**, se dúvidas houvessem quanto à (i)legalidade da Portaria n.º 98/82, de 19 de agosto, da Presidência do Governo Regional e Secretarias Regionais do Planeamento e Finanças e dos Assuntos Sociais da Madeira, face ao disposto no Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, as mesmas ficaram dissipadas quando em 2006, pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, a matéria do desconto, até então regulada naquele Decreto-Lei, ter sido introduzida no próprio regulamento dos benefícios da ADSE, o Decreto-Lei n.º 118/83, dispondo a este respeito:

Artigo 2.º

Aditamento ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro

É aditado ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.os 90/98, de 14 de Abril, 279/99, de 26 de Julho, e 234/2005, de 30 de Dezembro, o capítulo V, com a seguinte redacção:

«CAPÍTULO V

Financiamento e responsabilidade pelo pagamento

Artigo 46.º

Descontos nas remunerações

A remuneração base dos beneficiários titulares fica sujeita ao desconto de 1,5%, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de Outubro.

Artigo 47.º

Descontos nas pensões

1 - As pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares, quando o seu montante for igual ou superior ao valor correspondente a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, ficam imediatamente sujeitas ao desconto de 1%, sendo objecto de actualização anual até ao montante máximo previsto no artigo anterior.

2 - Quando da aplicação da percentagem prevista no número anterior resultar pensão de valor inferior a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, esta fica isenta de desconto.

Artigo 48.º

Destino das importâncias descontadas

As importâncias descontadas nos termos dos artigos anteriores constituem receita da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, afecta ao financiamento dos benefícios estabelecidos no presente diploma.»

(...)

Artigo 10.º

Norma revogatória

1 - É revogado o Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de Maio. (...)

Dos novos preceitos do Decreto-Lei n.º 118/83 (art.ºs 46º e 48º) resulta que o desconto incide sobre a remuneração dos beneficiários titulares, sendo estes os indicados no art.º 3º que, como se viu, expressamente inclui os trabalhadores das Regiões e que **o mesmo constitui receita da Direcção-**



Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, atual Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

Relativamente ao regime já constante do Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, e do n.º 3 do art.º 5º do próprio Decreto-Lei n.º 118/83, a única diferença é que o desconto deixou de ser receita do Estado e passou a ser receita própria da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas e, ao revogar expressamente o Decreto-Lei n.º 125/81 clarificou de uma vez a matéria da propriedade do desconto.

Deste modo a não entrega do desconto à ADSE por qualquer entidade empregadora é ilegal, por violar o art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, conjugado com o art.º 46º e o art.º 3º do mesmo diploma.



Anexo 10 - Disposições dos diplomas orçamentais relativas à transferência de encargos com medicamentos

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2013

“Artigo 11.º

Alterações orçamentais no âmbito dos PREMAC, QREN, PROMAR, PRODER, PRRN, MFEE e QCA III

(...)

4 — Fica a Direção -Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) autorizada a transferir até metade do montante da contribuição da entidade empregadora para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

(...)

6 — O montante a transferir nos termos do n.º 4 é determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.”

Despacho n.º 4631/2013, de 22 de março, dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde (publicado no DR, 2.ª S, n.º 65, de 3 de abril de 2013)

“Ao abrigo dos n.ºs 4 e 6 do artigo 11º da Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro, determina-se o seguinte:

1. O pagamento das comparticipações do Estado na compra de medicamentos dispensados a beneficiários pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) passa a ser encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a partir do dia 1 de abril de 2013.
2. Exclui-se do previsto no número anterior os medicamentos dispensados nas farmácias localizadas nas Regiões Autónomas, ainda que receitados por médicos do SNS.
3. Durante o ano 2013, a contrapartida financeira a pagar pela ADSE é transferida para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), nos montantes e prazos especificados no quadro anexo, o qual faz parte integrante do presente despacho.
4. A responsabilidade pelo pagamento de dívidas contraídas antes da data referida no n.º 1 do presente despacho é da ADSE.
5. Os beneficiários dos subsistemas são obrigatoriamente identificados no ato da dispensa dos medicamentos mediante apresentação de cartão válido de beneficiário da ADSE.
6. Em novembro de 2013, a contrapartida financeira a que se refere o n.º 3 é reavaliada e corrigida em função da despesa efetiva em que o SNS incorreu no âmbito do presente despacho.
7. Até julho de 2013 devem a ADSE e a ACSS, IP prosseguir os trabalhos necessários à transferência para o SNS dos restantes encargos, com o limite financeiro previsto no n.º 4 do artigo 11º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro.

QUADRO ANEXO

Transferências para a ACSS, I.P.

(a que se refere o n.º 3)

<u>Data limite</u>	<u>Euros</u>
10 de Junho	5.000.000
10 de Julho	5.000.000
12 de Agosto	5.000.000
10 de Setembro	5.000.000
10 de Outubro	5.000.000
11 de Novembro	5.000.000
10 de Dezembro	5.000.000
TOTAL	35.000.000

”

Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2014

“Artigo 14.º

Transferências orçamentais

Fica o Governo autorizado a proceder às alterações orçamentais e às transferências constantes do mapa anexo à presente lei, da qual faz parte integrante.”

“Mapa de alterações e transferências orçamentais (a que se refere o artigo 14.º)

Diversas alterações e transferências

(...)

19 — Transferência de receitas próprias da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), até ao limite de € 60 000 000, para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no âmbito do acordo para o pagamento pelo SNS dos medicamentos dos beneficiários deste subsistema.”

Despacho n.º 7486-A/2014, de 16 de maio, dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde (publicado no DR, 2.ª S, n.º 109, de 6 de junho de 2014)

“Em cumprimento do disposto no n.º 19 do mapa anexo ao artigo 14.º da Lei n.º 83-C/2013 de 31 de dezembro, determina-se:

1 — O pagamento das participações do Estado na compra de medicamentos por parte dos beneficiários da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), doravante designado como subsistema, constitui encargo do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

2 — Excluiu-se do previsto no número anterior os medicamentos dispensados nas farmácias localizadas nas regiões autónomas, ainda que receitados por médicos do SNS.

3 — Para efeitos do previsto no n.º 1 a contrapartida financeira a pagar pelo subsistema é transferida para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), até ao 15.º dia útil de cada mês, no montante de 5 milhões de euros por mês.

4 — A entrega da contrapartida financeira relativa aos meses de janeiro a maio é efetuada de uma só vez até ao dia 15 do mês de junho.

5 — Os beneficiários do subsistema são obrigatoriamente identificados no ato da dispensa dos medicamentos mediante apresentação de cartão válido de beneficiário do subsistema.

6 — Os acordos a que haja lugar são efetuados até ao dia 10 de dezembro de 2014, tendo por limite o montante previsto no n.º 19 do mapa anexo ao artigo 14.º da Lei n.º 83-C/2013 de 31 de dezembro.

7 — O presente despacho produz efeitos à data da respetiva assinatura.”



Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro - Orçamento do Estado para 2015

“Artigo 153.º

Encargos dos sistemas de assistência na doença

A comparticipação às farmácias, por parte da ADSE, dos SAD e da ADM, relativamente a medicamentos, é assumida pelo SNS.”

“Artigo 154.º

Pagamento das autarquias locais ao Serviço Nacional de Saúde

(...)

2 — A partir de 1 de julho de 2015, as autarquias locais pagam à ACSS, I. P., um montante equivalente aos custos efetivos em que esta incorrer com a prestação de serviços e dispensa de medicamentos aos trabalhadores da própria autarquia, bem como dos respetivos serviços municipalizados e empresas locais participadas.

3 — O apuramento e faturação dos custos efetivos referidos no número anterior operam nos termos das alíneas seguintes:

a) As autarquias locais reportam à DGAL até 30 de abril de 2015, através do SIIAL, os números de identificação fiscal de todos os respetivos trabalhadores referidos no número anterior;

b) A DGAL comunica à ACSS, I. P., os números de identificação fiscal referidos no número anterior, devendo ambas as entidades assegurar a total confidencialidade e reserva dos dados;

c) A ACSS, I. P., envia trimestralmente a cada autarquia local a fatura discriminada de todos os custos efetivamente incorridos pelos respetivos trabalhadores no respetivo trimestre em todos os estabelecimentos do SNS;

d) A ACSS, I. P., comunica trimestralmente à DGAL o montante que haja sido faturado a cada autarquia conforme previsto na alínea anterior;

e) Caso a autarquia discorde do valor faturado pela ACSS, I. P., deve apresentar reclamação fundamentada e sem efeito suspensivo junto daquela;

f) Quaisquer reembolsos devidos são efetuados diretamente pela ACSS, I. P., à respetiva autarquia;

g) Transitariamente a DGAL continua a proceder às transferências de acordo com o n.º 1 até ao recebimento da primeira faturação, momento em que na medida do necessário realiza o devido acerto de contas.

4 — No caso de a autarquia não realizar o previsto na alínea a) do número anterior ou reportar números de identificação fiscal em número inferior ao do total dos respetivos trabalhadores registados no SIIAL a 1 de janeiro de 2014, o montante do pagamento devido a partir de 1 de julho de 2015 é apurado pelo método de capitação previsto no número seguinte.

5 — No modelo de capitação, o montante a pagar por cada autarquia corresponde ao valor resultante da multiplicação do número total dos respetivos trabalhadores registados no SIIAL a 1 de janeiro de 2014 por 31,22 % do custo *per capita* do SNS publicado pelo INE, I. P.

6 — Os pagamentos referidos nos n.os (...) 2 e 4 efetivam-se mediante retenção pela DGAL das transferências do Orçamento do Estado para as autarquias locais.”



Anexo 11 - Eventuais infrações financeiras

Ponto do Relatório	11.6.2-H - Dívida do Serviço Regional de Saúde (considerando o enquadramento realizado no ponto 11.6.1)
Factos suscetíveis de integrar infrações financeiras	Assunção e pagamento de dívida alheia à missão da ADSE-DG: dívida ao Serviço Regional de Saúde da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde
Montante	Montante pago pela ADSE-DG em 16 de outubro de 2015: € 29.751.800,63.
Normas legais violadas	<p>Normas sobre a execução dos orçamentos e a assunção e pagamento de despesas públicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. normas que atribuem a responsabilidade dessa despesa ao Serviço Nacional de Saúde, isentando a ADSE do respetivo pagamento: n.ºs 1, als. a) e d), e 2, do Memorando de Entendimento de 18 de janeiro de 2010, art.ºs 160º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 189º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 150º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 148º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, e 151º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro; ii. normas relativas à afetação do desconto dos quotizados, art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, aditados pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e alterados pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, nos montantes de € 3.966.022,78, em 2014, e de € 2.426.542,29, em 2015; iii. normas relativas à afetação da contribuição da entidade empregadora e do reembolso ao sistema de benefícios ADSE: art.ºs 47º-A, n.º 2, e 48º 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 art.ºs 4º, n.º 1, als. b) e c), e n.º 2, 5º, n.ºs 4 e 5, do mesmo diploma²⁷⁵, nos montantes de € 22.570.445,03, em 2014, e de € 788.790,53, em 2015; iv. normas relativas à legalidade da despesa: art.º 22º, n.º 1, al. a), e n.º 2, do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho, e art.º 42º, n.º 6, al. a), da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto²⁷⁶, p.p. pelo art.º 65º, n.º 1, al. b), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, conjugado com os n.ºs 2 a 9 do mesmo preceito e o art.º 67º também da Lei n.º 98/97; <p>Normas sobre a utilização de dinheiros ou outros valores públicos em determinada finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. normas relativas à afetação do desconto dos quotizados, art.ºs 46º, n.º 2, e 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, aditados pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e alterados pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, nos montantes de € 3.966.022,78, em 2014, e de € 2.426.542,29, em 2015; ii. normas relativas à afetação da contribuição da entidade empregadora e do reembolso ao sistema de benefícios ADSE: art.ºs 47º-A, n.º 2, e 48º 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 art.ºs 4º, n.º 1, als. b) e c), e n.º 2, 5º, n.ºs 4 e 5, do mesmo diploma²⁷⁵, nos montantes de € 3.966.022,78, em 2014, e € 2.426.542,29, em 2015.

²⁷⁵ Devendo estes ser conjugados com as normas das Leis do Orçamento do Estado que estabeleceram o financiamento direto do Serviço Nacional de Saúde pelas Autarquias Locais: art.ºs 154º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, 161º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, 190º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, 152º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, 150º da Lei n.º 83-C/2013, de 13 de dezembro, e 154º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, todas citadas em Anexo 8. E também com o art.º 34º do Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho, relativo às obrigações dos serviços e fundos autónomos do Estado quanto ao regime de benefícios, também citado no referido anexo.

²⁷⁶ De acordo com estas normas nenhuma despesa pode ser autorizada ou paga sem que o facto gerador da obrigação de despesa respeite as normas legais aplicáveis, sendo que no caso concreto o Memorando não respeitou normas sobre afetação da receita e do Orçamento do Estado.

<p>Tipo de responsabilidade financeira</p>	<p>Reintegratória - art.º 59º, n.ºs 1, 4 e 6, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, e relativamente aos membros do Governo art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933 (pagamento que causou um dano na ADSE-DG, pois suportou uma despesa que não se insere na sua missão e atribuições)</p> <p>Montante a reintegrar: € 29.751.800,63</p> <p>Sancionatória - art.º 65º, n.º 1, als. b) e i), n.ºs 2 a 9, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (violação de normas sobre a execução dos orçamentos e a assunção e pagamento de despesas públicas e a utilização de dinheiros em finalidade diversa da legalmente prevista).</p> <p>Valor mínimo da multa aplicável: € 2.550,00 (25 UC *€ 102).</p>
<p>Eventuais responsáveis - identificação nominal -</p>	<p>Responsabilidade financeira reintegratória, cfr art.ºs 61º a 64º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, e relativamente aos membros do Governo art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933:</p> <p>Secretário de Estado da Saúde XIX Governo Constitucional <i>Manuel Ferreira Teixeira</i></p> <p>Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento XIX Governo Constitucional <i>Hélder Manuel Gomes dos Reis</i></p> <p>Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas <i>Carlos José Liberato Batista</i></p> <p>Responsabilidade financeira sancionatória, cfr. art.ºs 61º, 62º e 67º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto:</p> <p>Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas <i>Carlos José Liberato Batista</i></p>
<p>Elementos de prova</p>	<p>Cópias do Memorando de Entendimento celebrado em 29 de setembro de 2015, das autorizações de pagamento de 16 de outubro de 2015 e dos documentos contabilísticos da ADSE-DG que demonstram a efetivação do pagamento.</p>



Ponto do Relatório	11.7-B e C - Dívida do desconto
Factos suscetíveis de integrar infrações financeiras	Sancionamento de uma prática que implicou a não entrega de receitas à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
Montante	Montante da não entrega: € 6.145.973.
Normas legais violadas	Normas sobre a cobrança e entrega de receitas: Art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, conjugado com os art.º 46º e 3º do mesmo diploma, na redação vigente desde a Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, tendo o art.º 46º sido alterado, sem impacto na análise da matéria, pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.
Tipo de responsabilidade financeira	Reintegratória - art.º 60º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, e relativamente aos membros do Governo art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933 (sancionamento de uma prática que implicou a não entrega de receitas em prejuízo da ADSE-DG) Montante a reintegrar (até 31 de dezembro de 2013): € 6.145.973 Sancionatória - art.º 65º, n.º 1, al. a), n.ºs 2 a 9, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (violação de normas sobre a cobrança e entrega de receitas). Valor mínimo da multa aplicável: € 2.550,00 (25 UC *€ 102).
Eventuais responsáveis - identificação nominal -	Responsabilidade financeira reintegratória , cfr art.ºs 61º a 64º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, e relativamente aos membros do Governo art.º 36º do Decreto n.º 22257, de 25 de fevereiro de 1933: Secretário de Estado da Saúde XIX Governo Constitucional <i>Manuel Ferreira Teixeira</i> Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento XIX Governo Constitucional <i>Hélder Manuel Gomes dos Reis</i> Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas <i>Carlos José Liberato Batista</i> Responsabilidade financeira sancionatória , cfr. art.ºs 61º, 62º e 67º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto: Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas <i>Carlos José Liberato Batista</i>
Elementos de prova	Cópia do Memorando de Entendimento celebrado em 29 de setembro de 2015 e <i>email</i> de 3 de novembro de 2015 do Diretor Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas. Prova recolhida no âmbito do Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção: informação sobre os montantes dos descontos não entregues e sobre a despesa do regime livre com aposentados que a Administração Regional suportou sendo a mesma encargo da Direção-Geral da ADSE

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by several horizontal strokes.



Anexo 12 – Nota de Emolumentos

Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 25/2015 – Audit	
		Relatório nº /2016 – 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	389		€ 34 344,8194
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 34 344,8194
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)



APÊNDICE

Contributos do Painel de Peritos

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by several horizontal strokes.



Ap. 1 - Adalberto Campos Fernandes

1. Contributo escrito em resposta à matriz

Auditoria ao Sistema de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas | ADSE

1. Dimensão e Base de Quotizados

1.1. Alargamento à generalidade dos cidadãos portugueses

A opção pelo alargamento da base contributiva da ADSE, à generalidade dos cidadãos portugueses, deverá ser precedida por uma reflexão estratégica sobre o sistema de saúde português, o papel do Serviço Nacional de Saúde (SNS) bem como a natureza da combinação entre os setores - público, privado e social. Esta reflexão deverá ter em conta a observação dos princípios constitucionalmente definidos: acesso universal, cobertura geral e gratuitidade tendencial, no momento de utilização tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos de modo a prevenir as desigualdades e a promover a equidade.

A manterem-se os princípios constitucionalmente consagrados subsistirá a responsabilidade individual obrigatória e solidária de financiamento do SNS, através da coleta fiscal, pelo que a coexistência de outros sistemas de financiamento deverá assumir uma natureza voluntária, de livre adesão ou renúncia e, por consequência, dependente da opção individual.

No quadro dos pressupostos anteriormente referidos o alargamento da ADSE à generalidade dos cidadãos portugueses poderá ser considerado, com vantagem para a sustentabilidade do sistema, se forem tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Autonomia administrativa e financeira da ADSE face ao Orçamento de Estado (OE);
- ii. Revisão do modelo de proteção estabelecido através da incorporação de mecanismos de análise e de gestão de risco individual e de grupo, adotando práticas atuariais e modelos preditivos de natureza epidemiológica, económica e social;
- iii. Introdução de mecanismos de articulação com o SNS com o objetivo de melhor a eficiência global do sistema contribuindo para a respetiva sustentabilidade económica e financeira e para a melhoria dos resultados em saúde;
- iv. Introdução de um diferencial de direitos - em termos de acesso, coberturas, contribuições e copagamentos - que permitam salvaguardar os princípios fundacionais da ADSE no que diz respeito à especificidade “da proteção social dos trabalhadores em funções públicas”.

1.2. Alargamento parcial (condições de acesso baseadas em critérios como o vínculo à administração pública ou qualidade de familiar versus condições que traduzam uma relação de custo-benefício quantificável para a sustentabilidade da ADSE como por exemplo a idade, condições pré-existentes, etc.)

O alargamento parcial encontra-se subentendido no ponto 1.1. ii) ... “revisão do modelo de proteção estabelecido através da incorporação de mecanismos de análise e de gestão de risco individual e de grupo, adotando práticas atuariais e modelos preditivos de natureza epidemiológica, económica e social”. Neste sentido a opção pelo alargamento à generalidade dos cidadãos portugueses deveria prevalecer uma vez que os critérios de categorização enunciados para o alargamento parcial se encontram incorporados nos critérios de gestão de risco.

Neste enquadramento o alargamento da ADSE à generalidade dos cidadãos portugueses poderia ser justificado à luz dos seguintes quesitos:

- i. Garantia pública da salvaguarda garantia constitucional de proteção na saúde (artigo 64º da Constituição da República) através do SNS a todos os cidadãos independentemente da sua condição social e económica;



- ii. Adesão voluntária a regimes complementares de proteção social (ADSE, seguros voluntários, associações mutualistas) por parte de todos os cidadãos em regime de livre adesão ou renúncia dependente apenas da opção individual;
- iii. Admissibilidade da introdução de critérios de natureza epidemiológica, atuarial e económica tendo em vista a adequada gestão de risco que garanta a sustentabilidade a médio e longo prazo da ADSE e a conseqüente capacidade de solvabilidade face aos compromissos assumidos em termos de cobertura de riscos;

1.3. Possibilidade de readmissão após renúncia

Os critérios a definir para garantir a possibilidade de **readmissão após renúncia** deverão estar alinhados com o modelo a definir de gestão do risco. Em todo o caso deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Diferenciação de regimes para trabalhadores em funções públicas - titulares, cônjuges, filhos, ascendentes, enteados, tutelados, netos, uniões de facto, filhos equiparados, enteados equiparados, tutelados equiparados - e outros beneficiários não trabalhadores em funções públicas;
- ii. A readmissão após renúncia, em ambas as situações, deverá ser garantida com restrições ou sem restrições em função dos factos que a determinaram e das condições em que é solicitada a sua concretização;

1.4. Renúncia de quotizados de escalões mais elevados: degradação da base *per capita*

A **renúncia de quotizados de escalões** mais elevados representa um problema sério de mutualização do risco não apenas na vertente da sustentabilidade económica e financeira as também pelo desequilíbrio na estrutura da população coberta e conseqüentemente dos padrões de distribuição da morbilidade e da mortalidade da população coberta. Para fazer face a esta vulnerabilidade deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Revisão dos critérios atualmente existentes relativamente ao regime de contribuições das entidades empregadoras, dos descontos e dos reembolsos;
- ii. Ajustamento do nível de quotizações mais elevadas ao nível de benefícios garantidos eliminando o risco moral mas garantindo, ao mesmo tempo, competitividade dos encargos exigíveis com os sistemas de financiamento privado (seguros voluntários de saúde);

1.5. Sem alargamento, risco de diminuição do universo de quotizados pela redução do número de funcionários públicos

Este risco existe comportando, a médio prazo, uma elevada probabilidade de ocorrência tanto no que se refere à diminuição do número absoluto de quotizados como pelas alterações internas da composição da população coberta em termos demográficos com uma forte acentuação do seu nível de envelhecimento e do conseqüente agravamento do risco atuarial. Para fazer face a esta vulnerabilidade deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Alargamento do perímetro e do âmbito dos quotizados (titulares, ascendentes e descendentes) em como abrindo a ADSE à generalidade dos cidadãos portugueses introduzindo mecanismos consistentes de diluição do risco;
- ii. Associar às medidas de acréscimo de rendimentos (aumento da população coberta) medidas de desenho técnico no plano de benefícios, de controlo dos custos e da qualidade e de deteção e luta contra a fraude;

1.6. Risco de concorrência do mercado de seguros de saúde



O risco de concorrência do mercado de seguros de saúde existe fundamentalmente nos quotizados com **descontos mais elevados resultantes de um maior nível de rendimentos**. Na prática este risco tenderá a acentuar-se nos casos em que o desconto mensal se aproxima ou ultrapassa o valor médio do prémio comercial dos seguros voluntários de saúde. Há que referir, contudo, que este risco poderá ser mitigado através de uma estratégia de comunicação adequada na medida em que ele se baseia numa perceção errada da relação entre valor de prémio e desconto mensal para a ADSE.

Com efeito, o simples mapeamento na relação comparada de gastos (prémio versus desconto) e de benefícios demonstra **uma clara desvantagem dos seguros voluntários de saúde** tendo em conta as fortes restrições no acesso e nas coberturas (plafonds, pré-existências, exclusões gerais, períodos de carência, temporalidade dos contratos e limites de idade para permanecer no seguro para além dos agravamentos do valor do prémio por indexação à idade e ao risco atribuído).

1.7. Aumento da idade média dos quotizados: risco de aumento insustentável dos custos da ADSE

O risco associado ao aumento da **idade média** dos quotizados agravar-se-á se não for sendo feita, de forma continuada, a renovação geracional necessária à manutenção de um **equilíbrio entre ativos e aposentados numa estrutura demográfica estável em termos de idade média** contrariando a tendência da última década (2004-2014) em que a idade média evoluiu de 38,25 para 45,66 anos.

Sendo previsível a estabilização do ritmo de recrutamento de trabalhadores em funções públicas nos próximos anos mais reforçada fica a necessidade de abertura à generalidade dos cidadãos portugueses no sentido de conjugar dimensão da população mutualizada, renovação dos quotizados e dinâmica demográfica suscetível de manter níveis adequados à gestão de risco da idade média.

2. Mecanismos de solidariedade existentes no sistema são sustentáveis a prazo: (beneficiários que não suportam o pagamento do desconto: beneficiários titulares isentos considerando o valor da sua pensão de reforma ou de aposentação e beneficiários familiares)

Os mecanismos de solidariedade existentes deverão ser revistos à luz da natureza solidária e mutualista da ADSE. A minimização do impacto financeiro deste tipo de mecanismos deverá passar pela implementação de mecanismos de partilha ou transferência de risco - autosseguro, resseguro - ou pela constituição de reservas em sede de fundos de capitalização próprios que permitam provisionar este tipo de riscos e garantir a sua cobertura.

3. Financiamento da ADSE

3.1. Sustentável sem a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos

A sustentabilidade da ADSE poderá estar comprometida, a médio e a longo prazo, se se mantiverem os pressupostos atuais, a estrutura demográfica, o regime de contribuições e de descontos, o plano de benefícios e de coberturas bem como os regimes de aquisição de serviços e de reembolso de despesas. Para fazer face a esta vulnerabilidade deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- Alargamento da ADSE à generalidade da população portuguesa;**
- Revisão do modelo de contribuições e de descontos** atualmente existente no que se refere aos trabalhadores em funções públicas;
- Redefinição do plano de benefícios e de coberturas** introduzindo mecanismos de *managed care*, de gestão integrada da doença crónica, de promoção da saúde e de prevenção da doença (modelo *Kaysers Permanente*);



- iv. Revisão profunda do modelo existente de aquisição de serviços a prestadores de cuidados de saúde bem como dos critérios definidos para o reembolso de despesas;

3.2. É plausível a reintrodução do financiamento público

Tendo em conta as restrições orçamentais previsíveis para os próximos anos **a reintrodução do financiamento público não se afigura plausível nem desejável**. Para além do constrangimento orçamental persiste a ideia do Estado, através do financiamento público, prover garantias díspares aos cidadãos no que respeita à proteção na saúde. Para além destes aspetos deverá ser referido o risco de desvio de recursos do financiamento público para utilização privada. Estes aspetos foram tidos em conta no Programa de Assistência Externa Financeira (PAEF) constando do Memorando de Entendimento (MoU) acordado entre o Estado português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

4. Variáveis de sustentabilidade: taxa de desconto, diminuição dos níveis de serviço, controle de utilização, alargamento da base de quotizados entre outras

A **sustentabilidade da ADSE** apenas poderá ser garantida se forem tomadas medidas que garantam um alinhamento prolongado no tempo entre a captação e provisão de fundos, ao longo do tempo, a maturidade da população coberta em termos de características económicas, sociais e demográficas, idade média, índice de envelhecimento, padrão de morbilidade, gestão ativa da relação entre oferta e procura, articulação com o SNS e adequação da participação financeira dos quotizados ao perfil de acesso e de utilização dos cuidados de saúde.

5. Propriedade dos descontos e rentabilização de excedentes: unidade de tesouraria do Estado versus investimento dos excedentes de tesouraria (a ADSE não pode atualmente investir os excedentes gerados)

A ADSE deverá ter **autonomia administrativa e financeira** de modo a poder controlar com eficácia as determinantes internas e externas da sua sustentabilidade económica e financeira. Para fazer face a este objetivo deverão ser tidos em conta os seguintes quesitos:

- i. Independência total dos recursos públicos em termos financeiros;
- ii. Alteração do seu estatuto de modo a prosseguir os fins de autonomia técnica, financeira, de planeamento e de gestão;
- iii. Evolução para um modelo de natureza associativa e mutualista;
- iv. Envolvimento dos parceiros sociais no processo de transformação da ADSE;
- v. Introdução de mecanismos de gestão operacional e técnica de natureza especializada e profissional;
- vi. Introdução de um fator de sustentabilidade indexado à sinistralidade no sentido de ajustar diferencialmente, em termos anuais, o valor das contribuições e dos descontos;
- vii. Prever a constituição de um Fundo de Reserva suscetível de garantir responsabilidades futuras ou riscos emergentes;
- viii. Permitir a utilização parcial dos excedentes, em valor percentual a quantificar anualmente, em investimento na modernização dos processos e na melhoria do desempenho operacional;

6. Segundo o posicionamento orgânico:

- 6.1. Na estrutura da Administração Pública (administração direta - por exemplo Direção-Geral, Instituto Público, Empresa Pública autónoma, Associação Pública)

Pelas razões anteriormente aduzidas a **ADSE deverá ser retirada do perímetro público ao nível orçamental devendo evoluir para uma natureza de direito associativo e cariz**



mutualista. Esta evolução permitirá salvaguardar os impactos orçamentais na despesa pública, a médio e a longo prazo, bem como retirar do estado a responsabilidade (ainda que parcial) pelo financiamento com recursos públicos de uma segunda cobertura paralela e competidora do SNS.

6.2. Fora da estrutura da Administração Pública (mutualidade, associação privada)

A ADSE deverá ser evoluir para uma natureza de direito associativo e cariz mutualista com envolvimento dos parceiros sociais (sindicatos, associações socioprofissionais entre outros). A estrutura a criar deverá assumir, no plano do direito, os princípios gerais definidos para a criação e funcionamento deste tipo de entidades sem prejuízo do estabelecimento de acordos especializados de natureza técnica e profissional destinados a promover a gestão eficiente, equilibrada e transparente dos recursos financeiros.

7. Modelos de participação dos quotizados na gestão da ADSE e no controlo financeiro

Tendo em conta a natureza da ADSE e a dimensão dos recursos financeiros sob gestão torna-se essencial que os mecanismos de gestão e de controlo interno bem como de avaliação e de auditoria interna e externa sejam muito robustos e possuam uma natureza multifocal. Neste sentido, os órgãos formais de governo institucional deverão prever uma participação ativa dos quotizados na monitorização e na avaliação do desempenho devendo igualmente reforçar os mecanismos de avaliação externa e independente.

8. Risco de falta de interesse e exigência dos quotizados em relação à ADSE

Este risco será fortemente minimizado se os quotizados percecionarem a ADSE como um benefício custo-efetivo face às necessidades de cobertura complementar das suas necessidades na proteção na saúde.

9. Existem riscos de instrumentalização da ADSE pelo Estado mesmo com a ADSE financiada a 100% por dinheiros privados

Esse risco será substancialmente minimizado se a independência financeira se verificar e se os órgãos de governo institucional da ADSE puderem garantir uma total autonomia face aos poderes públicos.

10. Tutela:

- 10.1. Ministério da Saúde DL n.º 152/2015 de 07 de Agosto? Outro Ministério? Tutela conjunta?
- 10.2. Ausência de tutela?
- 10.3. A existir qual o papel da tutela?

A ADSE não deverá estar sob a tutela do Estado.

11. No atual enquadramento jurídico e face à utilização não remunerada dos excedentes gerados pelo Estado o desconto dos quotizados tem natureza tributária podendo ser considerado um imposto? Dois custos de oportunidade: um referente à remuneração dos excedentes, outro referente à indisponibilidade da liquidez.

Do ponto de vista jurídico e fiscal parecem não existir dúvidas de que, nas atuais circunstâncias de utilização não remunerada dos excedentes gerados pelo Estado, o desconto dos quotizados assume natureza tributária podendo ser considerado um imposto.

12. Relação entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde: são concorrenciais? Qual o impacto da ADSE no SNS (acesso a cuidados de saúde e custos)? Qual a repartição da responsabilidade por encargos?

Ao longo das últimas décadas a relação entre o SNS e os subsistemas de saúde públicos tem sido pouco eficiente. A existência de duplas e triplas coberturas, com base⁵⁷ em financiamento público, contribuiu para desequilibrar as relações entre a oferta e a procura gerando inequidade no acesso e ineficiência no desempenho das unidades públicas que integram o SNS.

Do ponto de vista formal o Estado está obrigado a garantir a cobertura geral, o acesso universal e a gratuidade tendencial, no momento da utilização a todos os cidadãos. Neste sentido **o financiamento público deverá convergir para o cumprimento integral do imperativo constitucional tratando, de igual forma, a generalidade dos cidadãos.**

A persistência de subsistemas públicos introduziu regimes diferenciados no acesso e circulação dos utentes no sistema de saúde determinando a coexistência de condições diferenciadas promotoras das desigualdades em saúde.

O Estado deverá perseguir um modelo de equidade através do financiamento público da despesa em saúde separando com clareza as funções de regulador, financiador e prestador. Do ponto de vista prático todos os cidadãos contribuem para o financiamento público da saúde tendo, por consequência, a legítima expectativa de aceder a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil face às suas necessidades em saúde.

Os subsistemas de saúde públicos deverão evoluir para um regime de total autonomia e independência financeira assumindo um relevante papel de complementaridade do SNS no quadro de um sistema misto. Não sendo realizável nenhum mecanismo de *opting out* cumprirá ao Estado, através do OE, garantir o financiamento público indispensável ao cumprimento das suas responsabilidades na proteção da saúde de todos os cidadãos. Tal significa que em Portugal não existem sistemas alternativos ao SNS comportando-se os subsistemas de saúde públicos e privados bem como os seguros voluntários de saúde como respostas complementares de adesão individual, livre e voluntária.

No que se diz respeito especificamente à relação entre a ADSE e o SNS justificar-se-á pela relevância da primeira o **estabelecimento de mecanismos de articulação e de cooperação que permitam gerar sinergias ao nível das respostas e da intervenção em saúde.**

13. Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados

Em função dos aspetos referidos nos pontos anteriores quanto à evolução recomendada para a ADSE resulta que **o tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados deverá ser o mesmo aplicado à generalidade dos cidadãos no que diz respeito à categorização das despesas e ao regime fiscal de benefícios ou deduções aplicáveis em sede de IRS.**

14. Criação do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (Decreto-Lei n.º 154/2015 de 07 de Agosto): Compatível com o financiamento privado do sistema? Benefícios? Perda de autonomia? Contaminação de ineficiências dos outros subsistemas na ADSE? Justifica-se uma participação paritária apesar da superioridade da ADSE em termos de dimensão e eficiência?

A evolução para um modelo de financiamento privado comprometerá a inclusão da ADSE nesta estrutura. Em qualquer dos casos a existência de um organismo de caráter consultivo destinado à partilha de experiências, troca de informações e discussão das boas práticas poderá fazer sentido. Entre outros aspetos este tipo de estrutura poderá contribuir para **uma maior exigência nos modelos de aquisição de serviços e de contratualização ou convenção com entidades externas melhorando a eficácia no controlo de custos e de qualidade.**



15. Revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional pelo financiamento do sistema (reembolsos diretos aos quotizados no âmbito do regime livre e reembolsos à ADSE no âmbito do regime convencionado)

A alteração do estatuto da ADSE implicará a revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional no financiamento do sistema.

16. Descontos dos quotizados retidos e não entregues à ADSE por organismos das Regiões Autónomas e dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde: como resolver o problema sem prejuízo para todos os quotizados

Esta questão afigura-se complexa e tem perdurado no tempo não apenas na relação específica com a ADSE mas também no que se refere à relação entre o SNS e os SRS pelo que poderá ser necessária **uma intervenção central de natureza política envolvendo o governo da República e os governos das Regiões Autónomas.**

17. A atividade de controlo de faltas dos seus quotizados, exercida pela ADSE, é compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados

A mudança do paradigma institucional e organizacional da ADSE tornará necessária uma **gestão operacional com elevado grau de desempenho.** A criação de um regulamento claro dos direitos e deveres dos quotizados tornará naturalmente exequível o controlo sobre o exercício efetivo desses mesmos direitos e deveres.

18. A relação existente com a Autoridade Tributária: a autenticação no acesso à ADSE Direta é compatível com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados/contribuintes

A relação com a Autoridade Tributária dos quotizados da ADSE independentemente dos meios de relação utilizados deverá ser aprofundada no que se refere à garantia de cumprimento das obrigações fiscais e, simultaneamente, simplificada no que se refere à desmaterialização dos procedimentos e do cumprimento das obrigações fiscais.

19. Promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados responsabilizando-os pela entrega do desconto e atualização da situação e dados pessoais alterando a atual intervenção das entidades públicas empregadoras

A relação direta entre a ADSE e os quotizados responsabilizando-os pela entrega do desconto e atualização da situação profissional e dos dados pessoais alterando a atual intervenção das entidades públicas empregadoras não representa um constrangimento para a transformação do seu estatuto e natureza. Neste contexto, será indispensável **a gestão ativa dos quotizados ao nível da relação direta mas também da confirmação de dados junto da administração fiscal e da segurança social.**



2. Memorando reunião

Assunto: Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção (Proc.º n.º 25/2015 - Audit). Painel de peritos - realização de reuniões individuais com o Conselheiro Relator e a equipa de auditoria.

Local da reunião: Tribunal de Contas

Data e hora: 22.10.2015, 15:30 horas

Perito: Dr. Adalberto Campos Fernandes

Temas abordados – de carácter geral

1. A ADSE no sistema de saúde português

Desde 1979, ano da criação do Serviço Nacional de Saúde, que o financiamento da ADSE pelo Estado se constitui num elemento de discussão política tendo em conta a questão de dupla cobertura com financiamento público.

A ADSE foi criada em 1963 tendo como objetivo prestar cuidados de saúde aos servidores do Estado, a ADSE era financiada por este.

Quando em 1979 se passou para um modelo universalista, de origem Beveridgiana, devia ter sido resolvido esta sobreposição de utilização do financiamento público para garantir duplas coberturas.

Em Portugal existe um modelo universal de prestação de cuidados de saúde (que é um modelo “pré-pago”, através do pagamento dos impostos) desenhado na base da solidariedade social (os mais ricos protegem os mais pobres, os mais jovens protegem os mais velhos, os saudáveis protegem os doentes).

O facto de o Estado garantir duplas e triplas coberturas no financiamento de cuidados de saúde foi também questionado pelos representantes do Fundo Monetário Internacional, da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu aquando da preparação do Programa de Assistência Financeira ao Estado Português, que entendiam que a ADSE devia sair da esfera da Administração Pública e ser dinamizada pela sociedade civil.

A existência de um modelo de sistemas paralelos/alternativos de prestação de cuidados de saúde à generalidade da população portuguesa, mantendo um SNS financiado diretamente pelo Estado e uma ADSE financiada parcialmente por este, através do pagamento de uma capitação por utente abrangido, é um sistema que, além de incrementar despesa pública compromete os princípios constitucionais.

2. Deduções fiscais da despesa com saúde (questão 46)

As deduções fiscais da despesa com saúde são um fator de regressividade num sistema fiscal que se pretende progressivo, distributivo de riqueza, pois permitem um maior abatimento no imposto a pagar pelos contribuintes que mais ganham.



Por outro lado, as deduções fiscais constituem um incentivo ao consumo de cuidados de saúde prestados pelo setor privado da saúde e podem aumentar a despesa pública em saúde, via perda de receita fiscal²⁷⁷, sem que isso beneficie os cidadãos com menores rendimentos.

Ou seja, as deduções não contribuem para a equidade no financiamento da saúde: beneficiam os cidadãos com mais recursos financeiros e pouco beneficiam aqueles que, embora realizando despesas de saúde, são isentos declarativos, i.e., os cidadãos cujos rendimentos, por serem baixos, não são coletáveis.

As deduções são ainda suscetíveis de abusos/fraude, por exemplo a inclusão indevida de despesas com cirurgias estéticas.

A perda de receita originada pela dedução fiscal de despesas com saúde (antes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, ascendia a cerca de € 600 milhões) devia ser transformada em despesa direta com saúde, por exemplo, com o alargamento do cheque-dentista (que custa ao SNS cerca de € 16 milhões/ano).

Discorda do argumento, favorável à manutenção da dedução fiscal de despesa com saúde, de que quando um cidadão recorre ao setor privado está a diminuir a pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde em termos de acesso e de custos. Um modelo universalista, baseado no SNS, tem de ter recursos para responder às necessidades dos cidadãos. O custo da afetação de recursos a este fim é elevado, sendo prejudicado por ineficiências que têm também origem em medidas adotadas pelo Estado, como as deduções fiscais, que incentivam a concorrência na prestação de cuidados.

É, pois, sensível afirmar que o aumento da oferta privada não apresenta riscos para o setor público, porque o risco existe:

- O recurso ao setor privado não liberta o Estado da totalidade dos encargos: por exemplo, a prescrição de medicamentos que é feita nesse setor é comparticipada pelo Estado;
- Neste âmbito existe, ainda, o risco de fraude na prescrição.
- E também o risco de concorrência entre os setores público e privado, que conduz a uma desnatação do primeiro.
 - Por um lado, pela concorrência por recursos humanos qualificados;
 - Por outro, pelas situações de conflitos de interesse entre os setores público e privado (em acumulação de funções), que pode criar condições para o aumento das listas de espera no setor público. Por exemplo, um hospital público faz 12 cirurgias às cataratas numa semana, produção é feita numa tarde num hospital privado. E num privado não é mais barato: uma cirurgia à catarata custa entre € 900 e € 1300, quando no SNS, tendo por referência os custos (diretos e indiretos) do Hospital público se aproximam dos € 180. Se o Instituto de Oftalmologia Gama Pinto fosse um Centro de Responsabilidade Integrada com incentivos, resolveria em poucos meses o problema das listas de espera a sul do Tejo. Acresce, ainda, que a formação inicial e contínua é feita no setor público e a partilha beneficia os privados.
- Existe ainda o risco do aumento da oferta privada gerar indução da procura, sem contribuir para a diminuição dos preços praticados.

²⁷⁷ Em Portugal, cerca de 50% da receita fiscal que se perde com despesas com saúde refere-se a despesa com medicamentos e outros produtos de saúde, a restante metade respeita a serviços e produtos de estomatologia e a consultas médicas.

Acresce ainda que, ao nível da OCDE, os sistemas de saúde que se têm revelado mais eficientes na utilização dos recursos públicos são os de origem *beveridgiana*. Os *bismarkianos*, como o francês, são mais caros e ineficientes.

Nos países escandinavos (Suécia, Noruega, Finlândia) cerca de 10% da despesa com saúde é despesa privada (“*out-of-pocket*”). Em Portugal, um país com menos recursos, cerca de 32% da despesa em saúde é privada, podendo ser objeto, até determinados limites, de dedução à coleta fiscal. Porém, não lhe parece legítimo utilizar estas deduções para corrigir os efeitos da elevada despesa privada, sendo mais correto investir os recursos afetos às deduções fiscais em políticas que diminuam essa despesa.

Deste modo, o Estado deve financiar as despesas com saúde por uma única via: pelo Orçamento do Estado/SNS, transferindo os subsistemas públicos progressivamente para o domínio privado (associações mutualistas) e promovendo a separação entre os setores público e privado.

Não se deve induzir duplas e triplas coberturas que incentivam um aumento da despesa de saúde privada e oneram, indiretamente, o setor público: cerca de 32% da despesa em saúde é *out-of-pocket*.

Os paradoxos do sistema de saúde atual têm como resultado a sobreutilização de cuidados de saúde, pelos cidadãos com mais recursos (fortemente consumidores), e a subutilização desses cuidados por parte da população com menos recursos (fortemente excluídos).

O Estado, relativamente à oferta de cuidados no setor privado, devia assumir um papel neutro, de regulador, e garantir que a expansão do mesmo não é feita à custa dos recursos públicos.

O problema do funcionamento do sistema público de saúde é a organização do trabalho no setor público. Considerando o rácio n.º de médicos, Portugal encontra-se no 1º decil dos países da OCDE, ou seja tem um dos melhores rácios. Neste momento existe o risco de excesso de médicos. O que sucede é que existem dificuldades em gerir esta massa de trabalhadores, com diferentes regimes de trabalho. Acresce ainda a má dispersão de profissionais: por exemplo, o Centro Hospitalar de Lisboa Central dispõe de 90 anestesiológicos, quando precisaria de 30, se os mesmos não estivessem dispersos por vários edifícios. O SNS fica ainda fragilizado com a possibilidade dos profissionais poderem acumular funções com o setor privado.

Para facilitar a gestão dos profissionais, os contratos entre os mesmos e o Estado deviam ser regionais (com as ARS), reservando-se o Estado a prerrogativa de mobilizar profissionais para os hospitais mais carenciados. Se os hospitais públicos tivessem autonomia e mecanismos de gestão mais flexível o problema da falta de médicos tenderia a ser muito atenuado.

Temas abordados – questões concretas

3. Relação direta entre os quotizados e a ADSE (questões 1-3)

Deve haver uma relação biunívoca entre o pagamento atempado da quota e o direito aos benefícios da ADSE, devendo-se estabelecer uma relação direta entre a ADSE e os quotizados como a existente entre as seguradoras e os titulares dos seguros, o que minimizaria o risco de retenção inapropriada dos descontos.



Pode haver, no entanto, um acordo entre o quotizado e o Estado (empregador) para que o pagamento da quota seja feito através de desconto no vencimento. Quanto aos trabalhadores não públicos, em caso de alargamento à generalidade da população, o pagamento deveria basear-se no débito direto em conta.

A utilização dos benefícios devia estar condicionada à entrega atempada do desconto: com 30 dias de incumprimento os direitos deveriam ser suspensos e ao fim de um prazo (por exemplo de 6 meses) sem que se verificasse a regularização da situação de incumprimento daria lugar à sua exclusão como beneficiário da ADSE.

A quota deve ser considerada, do ponto de vista da gestão da ADSE como um proveito resultante da prestação de serviços aos seus quotizados e não como uma taxa/imposto. Esta perspetiva (contabilização como taxa/imposto) prejudica a *accountability*.

4. Estabelecimento de mecanismos de articulação entre a ADSE e o SNS (questões 4 e 44)

Devem ser estabelecidos mecanismos de articulação da ADSE com o SNS, no sentido de melhorar a eficiência global do sistema, contribuindo para a respetiva sustentabilidade económica e financeira e para a melhoria dos resultados em saúde, designadamente:

- Uniformização de critérios e protocolos clínicos.
Não faz sentido que o Estado não aprove um medicamento por ser não ser efetivo e que o mesmo venha a ser pago pela ADSE.
A ADSE deve planear a sua atividade de acordo com a informação de que dispõe do SNS, para não incentivar mecanismos de concorrência negativa.
- Concertação em matéria de luta contra a fraude, que se estima valer 10% da despesa com saúde, a ventilação de margens, a opacidade dos preços (a faturação fraudulenta na ADSE é significativa, os preços são baixos e por isso podem induzir a fraude). Quando fosse detetada uma prática fraudulenta, para além da punição (já de si fraca) devida, a fraude devia ser publicitada para as entidades reguladoras atuarem.
- Alinhamento com o Plano Nacional de Saúde;
- Alinhamento com as boas práticas e *guidelines* do SNS;
- Tornar a sua operação mais complementar, por exemplo contratualizando com o setor público ou com os centros de referência do SNS a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados, como os oncológicos, que deixariam de ser abrangidos pelo Regime Livre.

Esta articulação deve ser voluntária, decorrer das necessidades de gestão da ADSE. Existindo, essa articulação promoveria uma maior eficiência da ADSE e criaria sinergias que favoreceriam quer a ADSE quer o SNS.

5. Alargamento à generalidade da população – diferencial de direitos entre os trabalhadores em funções públicas e a generalidade da população (questões 6 a 10)

Em caso de alargamento à generalidade da população, os trabalhadores da Administração Pública, que já se encontram na ADSE, deviam beneficiar de um diferencial positivo de direitos (em termos de acesso, coberturas, contribuições e copagamentos). Esta discriminação positiva pretende manter o espírito fundacional da ADSE (dignificar a condição de trabalhador da Administração Pública). A discriminação seria uma maneira de persuadir os atuais quotizados da virtude do alargamento, encarando este alargamento como um instrumento de sustentabilidade a longo prazo.



A entrada de novos trabalhadores da Administração pública já obedeceria às regras de entrada dos cidadãos em geral.

Quanto ao argumento de que este diferencial podia desincentivar a entrada de novos trabalhadores e dos cidadãos em geral e colocaria uns cidadãos a financiar os outros, considera-se que, sendo um risco essa perspetiva, a mesma não impediria o alargamento, que estima poder atingir mais 1 milhão de quotizados (para além dos atuais cerca de 800 mil)

Logo, o alargamento é essencial para, com a entrada de população mais jovem, combater o envelhecimento da atual população da ADSE, aumentar o financiamento do sistema, aumentar a mutualização do risco e diminuir o risco e, conseqüentemente, garantir a sustentabilidade da ADSE a médio-longo prazo.

No entanto, a entrada de novos trabalhadores da Administração Pública e de cidadãos não integrados na Administração Pública deve obedecer a critérios atuariais e de análise do perfil de risco, bem como associar o prémio à necessidade de promoção da saúde.

6. Alargamento parcial e âmbito do estudo atuarial promovido pela ADSE (questão 11)

A restrição da ADSE aos trabalhadores do setor público não beneficia a sustentabilidade da ADSE, sendo antes benéfica ao mercado dos seguros voluntários de saúde (que não querem a ADSE a invadir o seu “espaço”) e aos prestadores privados de cuidados de saúde, que têm interesse em que a ADSE permaneça na esfera pública, de modo a garantir o financiamento do Estado, caso este se venha a revelar necessário.

Num estudo atuarial, afastar à partida um cenário como o do alargamento à generalidade da população é tecnicamente errado: no estudo devem-se incluir todos os cenários possíveis e só depois, tendo em conta os resultados decidir o objeto do alargamento.

7. Renúncia dos quotizados de escalões mais elevados (questão 14)

A renúncia dos quotizados dos escalões mais elevados pode desequilibrar a estrutura da população coberta e conseqüentemente dos padrões de distribuição da morbilidade e da mortalidade, dado que, em regra, as pessoas com mais rendimentos são mais saudáveis, apresentando menores riscos de saúde.

Para manter e atrair estas pessoas para o sistema a carteira de serviços tem de ser competitiva e atrativa, carecendo de uma gestão profissional em ambiente de mercado. Com o alargamento, a ADSE teria capacidade de, pela dimensão da carteira de quotizados, ter prémios mais baixos.

8. Implementação de mecanismos de partilha ou transferência de risco através do “autosseguro, e resseguro” (questão 23, mas aplicável aos riscos em geral)

O resseguro consiste na transferência de riscos da atividade para uma entidade seguradora.

Aumentando a população da ADSE em mais um milhão, o que seria possível se a mesma fosse alargada à generalidade da população, a ADSE adquiriria uma dimensão relevante e tornar-se-ia atrativa para o mercado de seguros de grandes riscos, como é o mercado ressegurador.



Trata-se de uma solução simples, mas politicamente mais sensível. Em alternativa existe o autosseguro que tem a mesma função do resseguro, mas é feito através da constituição de fundos de garantia e de reserva.

9. Revisão dos critérios atualmente existentes relativamente ao regime de contribuições das entidades empregadoras, dos descontos e dos reembolsos (questões 15 a 17, 24 a 29, 34)

Deve ser totalmente eliminada a contribuição pública para o sistema, mas é aceitável (e daí a referencia na resposta inicial a “contribuições de entidades empregadoras”) que, caso a ADSE se abra ao mercado em geral, se preveja a possibilidade de uma entidade empregadora privada pagar parte ou a totalidade do prémio relativo aos respetivos trabalhadores, como atualmente acontece com alguns seguros de grupo.

Relativamente à possibilidade de introdução de limites máximos de desconto, os mesmos podem ser prescindíveis se se conseguir ajustar as quotizações ao nível de benefícios garantidos, i.e, se quem ganha mais perceber as vantagens da ADSE, não vai renunciar à mesma.

Quanto à existência de beneficiários familiares que não pagam nada, tais benefícios não devem ser mantidos: todos têm que pagar para beneficiar do sistema mesmo que seja um valor menor (vide tb ponto 13).

Quanto à revisão do regime de reembolsos, um exemplo a experiência do sistema de saúde SAMS: os beneficiários familiares não têm os mesmos direitos/benefícios que os titulares. Como o sistema é simultaneamente prestador e financiador, pode-se “calibrar” as necessidades ao financiamento, por exemplo incentivando a utilização dos cuidados prestados diretamente pelo sistema, estabelecendo *caps* de comparticipação quando os cuidados são prestados por prestadores externos (o limite máximo de comparticipação é o custo interno, sendo que a comparticipação paga é sempre inferior à que seria suportada pelo SAMS se a prestação fosse feita pelos próprios serviços).

Transpondo esta realidade para a ADSE, esta deve utilizar o copagamento/reembolso para penalizar a “má” procura e incentivar a “boa” procura.

A ADSE deve facultar aos quotizados um extrato de benefícios (como a Médis e o SAMS (My SAMS)), que pode estar *on-line*, contendo de um lado as contribuições/descontos dos quotizados e do outro os seus benefícios. Sendo essa relação mais transparente, o risco moral fica assim controlado.

10. Regime de aquisição de serviços e reembolsos (questão 30)

As regras relativas aos contratos com os prestadores convencionados deviam prever mecanismos de punição mais severos para situações de fraude graves. Para além de eventuais consequências penais, devia haver uma penalização através da publicitação da situação.

Do ponto de vista de uma maior eficiência do sistema, a ADSE devia implementar mecanismos de prevenção da doença, posicionar-se como uma entidade promotora da saúde. Por exemplo um mecanismo de promoção da saúde seria o estabelecimento de um plano de prevenção por quotizado que, em caso de cumprimento, obteria um prémio sobre o valor do desconto/quota.

Quanto ao regime de reembolsos, ver ponto 9.



11. Posicionamento orgânico da ADSE (questões 37-42)

Considera que a ADSE terá sido integrada no Ministério da Saúde porque:

- o setor privado não vê com bons olhos a saída da ADSE da esfera do Estado, de modo a que este possa “supletivamente” garantir eventuais necessidades de financiamento do mesmo;
- os sindicatos não querem que a ADSE saia da esfera do Estado, considerando o interesse da ADSE em matéria de concertação social;
- dado o objeto da atividade da ADSE, há um maior conhecimento acumulado no Ministério da Saúde do que Ministério das Finanças;
- se pretende a harmonização dos preços do setor convencionado (da ADSE e do SNS) e de critérios de controlo sobre a prestação, o que é uma vantagem;
- a integração da ADSE e dos seus excedentes na saúde, pode constituir uma “almofada” orçamental nas contas deste setor. Os excedentes, enquanto se verificarem, terão efeitos positivos na consolidação de contas da saúde.

Não lhe parece no entanto que haja conflito de interesses com o Ministério da Saúde e o SNS. A existência da ADSE é útil ao SNS e tecnicamente a mesma é complementar ao SNS e não alternativa ao mesmo.

Porém, a manutenção na esfera do Estado, mesmo que sob a forma de uma entidade com autonomia financeira, como um Instituto Público, deve subordinar-se à seguinte questão - o que defende mais o interesse público?

- Sustentar a ADSE e manter o risco orçamental, que existe, caso se mantenha na esfera pública? *Ou*
- Autonomizar a ADSE, transformando-a numa mútua?

Sendo sua opinião que é esta segunda opção que mais salvaguarda o interesse público, transferindo o risco de financiamento da ADSE para os próprios quotizados.

A transformação deve, pois, ser transformada numa associação mutualista com um órgão supervisor com poderes de tutela administrativa sobre a gestão e uma ação de fiscalização concomitante, onde estariam representantes dos quotizados/sindicatos e se possível de uma entidade independente, como o Tribunal de Contas (se este pudesse) ou a Entidade Reguladora da Saúde. Com órgãos de gestão existiriam ainda um “Chairman”, um Conselho de Administração e um órgão diretivo, sendo este que asseguraria a gestão profissional.

Nesta entidade seria essencial a constituição de um Fundo de Reserva para investimento anual (v.g. em sistemas de informação, desenvolvimento de processos) e de excedentes para capitalização interna.

Sobre a participação da ADSE no Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde, tratando-se de um órgão de coordenação, a ideia parece-lhe boa à partida. Os sistemas de saúde que participam no Colégio têm um histórico de fraude e desperdício que ascende a dezenas de milhões de euros. O Colégio pode promover sinergias nesta área, através da partilha de boas práticas e de informação. Também vê como positiva a uniformização de preços e tabelas dos regimes convencionados. Porém, ressalva: fora da esfera da Administração Pública não faz sentido a participação da ADSE numa estrutura como o Colégio de Governo.

12. Concorrência entre ADSE e seguros voluntários de saúde (questões 20 a 21)



Embora atualmente os seguros de saúde apresentem diversas desvantagens face ao plano de benefícios da ADSE e esta tenha, no futuro, que continuar a ser mais “generosa” e ampla em matéria de coberturas do que aqueles, a ADSE, para ser viável, terá de colocar algumas limitações típicas dos seguros voluntários de saúde.

Caso uma seguradora tivesse 1,3 milhões de segurados, a mesma podia disponibilizar vantagens que hoje só a ADSE disponibiliza.

13. Existência de beneficiários titulares isentos (questões 25 e 26)

A manutenção de isenções deste tipo deve ser uma decisão da associação mutualista. Existem mutualidades francesas que têm este tipo de benefícios.

Porém, para manter este tipo de benefícios é necessário aumentar a capacidade de gerar fundos que os cubram, garantindo a solvabilidade técnica da carteira de benefícios.

Deste modo pode fixar um fator de sustentabilidade, com base na sinistralidade, e um *base-line* de custos anuais (por exemplo € 700 milhões/ano) e implementar medidas que promovam a eficiência técnica do sistema:

- Negociar os preços das prestações de serviços;
- Controlar a comparticipação dos quotizados;
- Comprometer os quotizados/beneficiários com os bons comportamentos, indexando por exemplo o risco individual à taxa de inflação do setor da saúde;
- Implementar medidas de prevenção da fraude;
- Constituir um fundo de reserva;
- Aplicar um fator de sustentabilidade: se custos abaixo do mesmo, ADSE devolve prémio (por exemplo, no ano seguinte desconto de 3,2% em vez de 3,5%).

14. “Plafonamento” da despesa, pela introdução de um “orçamento anual” por beneficiário

O plafonamento individual é tecnicamente complicado. As companhias de seguros fazem-no por produto, não por segurado. O plafonamento, a existir, teria de ser transversal, por área, igual para todos. Não individual, por beneficiário.

15. Sobre a rentabilização dos excedentes (questão 33)

A rentabilização dos excedentes não deve estar sujeita ao princípio da unidade de tesouraria.

16. Relações entre a ADSE e as Administrações Regionais da Madeira e dos Açores

Concorda com a recomendação do Relatório do Tribunal de Contas no sentido da suspensão dos direitos dos beneficiários trabalhadores das Administrações Regionais enquanto os descontos dos mesmos forem retidos pelas Administrações Regionais e não entregues à ADSE, no sentido de acelerar a solução e não prejudicar a sustentabilidade da ADSE: trata-se, no seu entender, da aplicação do princípio da caducidade do benefício (ver ponto 3).



Relativamente ao Memorando celebrado em 29 de setembro entre representantes do Governo da República, e o Diretor-Geral da ADSE e representantes do Governo Regional da Madeira, sabe que o mesmo foi celebrado, mas não conhece o documento.

Porém, tendo sido informado pelos interlocutores do TC sobre o teor e o pagamento pela ADSE da dívida ao Serviço Regional da Saúde da Madeira por serviços prestados aos beneficiários da ADSE, com recurso ao saldo de gerência de 2014, sem que a ADSE receba, desde 2010, financiamento público para o efeito, referiu que este pagamento resulta de uma opção política e que está a ser indevidamente utilizado dinheiro dos quotizados para financiar o Serviço Regional de Saúde.

Recordou que em 2015 a ADSE ainda dispõe de financiamento público, embora residual, pelo que seria mais transparente que fosse o Estado, através do Orçamento do Estado e da DGO, a financiar diretamente estes encargos.

Na hipótese de, no futuro, a ADSE continuar a financiar serviços prestados por entidades do Serviço Regional de Saúde, entende que isso consubstanciará, também, uma utilização indevida dos descontos dos quotizados.



Ap. 2 - Eugénio Rosa

1. Contributo escrito em resposta à matriz

RESPOSTAS ÀS QUESTÕES CONSTANTES DA MATRIZ. É A MINHA OPINIÃO PESSOAL SOBRE AS QUESTÕES COLOCADAS, PORTANTO APENAS ME RESPONSABILIZAM

- 1.1- Defendo que o âmbito da ADSE devia abranger todos os trabalhadores e respetivos familiares do setor público (Administrações Públicas e Empresas Públicas)
- 1.2- Não devia haver possibilidades de readmissão após renúncia fundamentalmente para evitar utilizações abusivas e comportamentos oportunistas (não pertencer à ADSE nas fases em que os custos da saúde são baixos, e inscrever-se nas fases em que são elevados)
- 1.3- A quotização devia ser feita com base na remuneração ou pensão total e não parcial. Não devia ser introduzido qualquer plafonamento A ADSE assenta também no princípio da solidariedade, embora na atribuição da isenção devia-se ter em conta o rendimento per-capita familiar
- 2.1 Em relação a este ponto a minha opinião consta já do ponto 1.3, nomeadamente no que se refere às isenções. Tenho receio também que elas possam incentivar a utilização excessiva dos serviços, por isso seria uma questão que devia ser estudada com base em dados concretos
- 3.1. Para garantir a sustentabilidade da ADSE defendo que não deviam ser introduzidos limites aos descontos (a ADSE assenta no princípio da solidariedade interprofissional e intergeracional: de cada um segundo o seu rendimento) e devia ser garantido uma comparticipação pública. E esta tem a seguinte justificação. Atualmente a ADSE abrange cerca de 1.3000.000 trabalhadores e familiares. Estes portugueses se não tivessem a ADSE, a maioria deles recorreriam ao SNS aumentando a sobrecarga deste e os custos. A existência da ADSE, que é a meu ver, uma entidade complementar do SNS, fornecendo à população que abrange um serviço que, pela CR, ela têm direito, liberta o SNS de uma parcela dos seus custos e evita ainda uma maior degradação por insuficiências deste. E na resolução deste problema que é da responsabilidade do SNS os beneficiários, para além dos impostos que pagam como qualquer português, ainda participam com uma parcela importante das despesas. É por todas estas razões que defendo uma comparticipação pública.
4. Uma das formas de controlo da despesa seria atribuir a cada beneficiário um orçamento anual, que naturalmente variava de acordo a idade e perfil de saúde, que ele conhecia e geria, embora as situações imprevisíveis pudessem ser analisadas .
5. A propriedade dos excedentes devia ser da ADSE que devia ter competência para os investir em benefício dos seus associados.



- 6 e 7.** A ADSE devia-se transformar-se num Instituto Público, com direção do Estado, mas com uma forte fiscalização dos utentes que deviam estar representados, pelos sindicatos, num órgão interno de supervisão com poderes efetivos de supervisão. Um dos problemas mais graves que tem atualmente a ADSE é a ausência total de qualquer controlo por parte dos utentes, e esta situação é mais grave quando a totalidade do seu financiamento compete a eles. Atualmente não existe qualquer transparência na ADSE para os utentes. O conselho consultivo, que não tem poderes, em que participam os sindicatos já não se reúne há mais de 3 anos. Deixou de ser convocado e não foi dada qualquer justificação. Uma situação semelhante à que se verifica na Segurança Social, violando a própria CR. Na ADSE não existe qualquer controlo por quem financia em relação aos contratos e convenções firmadas, assim como do conteúdo dos serviços que as integram.
- 9.** Penso que existe esse risco. A confirmar está o facto do Estado ter aumentado sem qualquer justificação a taxa de desconto para 3,5%, agravando as condições de vida dos trabalhadores da Função Pública e dos aposentados, com mais um corte nos seus rendimentos, quando se sabia à partida que isso iria provocar um elevado excedente, como aconteceu, que serviu para reduzir o défice e que não se sabe como está a ser ou vai ser utilizado. Na altura em que foi decidido pelo governo o aumento do desconto para 3,5%, participei com assessor dos sindicatos da Função Pública da Frente Comum numa reunião com o SE da Administração Pública onde foi tratada essa questão, e confrontei-o com o caráter excessivo do aumento, tendo recebido a resposta de que era “uma imposição da troika”.
- 10.** Defendo uma tutela do Ministério das Finanças e não da Saúde, mas nunca única deste, pois se isso acontecer (a situação atual) pode levar a uma instrumentalização da ADSE para resolver problemas do setor de saúde.
- 11.** Penso que a taxa de desconto não é um imposto, mas sim uma taxa pois tem como contrapartida obrigatória a prestação de um serviço pela ADSE. Por isso qualquer eventual excedente devia ser utilizado apenas sem benefício dos associados da ADSE.
- 12.** A relação entre a ADSE e o SNS devia ser de complementar e nunca de concorrência. De acordo com a CR os beneficiários da ADSE, como portugueses, têm também direito ao SNS. A existência da ADSE liberta o SNS de uma parte desses serviços e desses custos. É por esta razão que defendo que a ADSE devia ser comparticipada pelo Estado pelas “poupanças” que ela determina para o SNS, embora não em valores que incentivassem a substituição do SNS pela ADSE. O SNS não devia compensar a ADSE por serviços que o SNS não fornece aos seus utentes.
- 13.** A questão que se poderá colocar aqui é que se não haverá uma dupla dedução: dedução do desconto no IRS, e depois dedução das despesas pagas com esses descontos no IRS. Fazendo a análise no lado da tributação conclui-se que os trabalhadores abrangidos pela ADSE suportam as despesas com saúde numa percentagem superior à dos outros portugueses, pois para além de pagar os impostos para pagar o SNS tem de suportar um desconto para ADSE, que liberta o SNS de parte dos seus encargos, e a dedução das despesas de saúde é igual à dos restantes portugueses. É por



- terem uma situação desigual que defendo que ambas as despesas suportadas pelos utentes da ADSE devem ser dedutíveis no IRS.
14. Não vejo inconveniente na proposta contida neste ponto, deste tenha apenas como funções a troca de informação e eventual coordenação mas sem qualquer interferência na gestão de cada sistema, e nunca numa fusão de natureza financeira em que uns subsistemas poderiam financiar outros, e sempre com grande participação dos representantes dos utentes, nomeadamente através dos sindicatos da Função Pública.
 - 15 e 16. A semelhança do que acontece com os serviços públicos, os descontos feitos nas remunerações e pensões dos trabalhadores deviam ser entregues direta e imediatamente à ADSE, e nunca deviam ficar na gestão da Administração Local e Regional. O encontro de contas, de despesas pagas pela Administração Local e Regional, devia ser feita à posteriori entre a ADSE e estas administrações, e nunca os descontos deviam ficar retidos por elas, o que dá origem à situação que se conhece e a uma utilização abusiva dos descontos dos trabalhadores para outros fins.
 17. A meu ver o controlo das faltas não devia ser feita pela ADSE, mas sim pelas entidades a que pertencem os trabalhadores.
 18. Devia ser da mesma natureza que existe na Segurança Social
 19. Penso que se devia promover a relação direta entre a ADSE e o quotizado mas não deve ser excluído o seu controlo com base em dados obrigatoriamente fornecidos pelas entidades públicas empregadoras.

Eugénio Rosa

2. Memorando reunião

Assunto: Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção (Proc.º n.º 25/2015 - Audit). Painel de peritos - realização de reuniões individuais com o Conselheiro Relator e a equipa de auditoria.

Local da reunião: Tribunal de Contas

Data e hora: 23.10.2015, 15:30 horas

Perito: Dr. Eugénio Rosa

Temas abordados

1. Relação entre a ADSE e os quotizados (questão 19)

A ADSE não presta serviços de saúde diretamente, mas através de convenções. Pelo contrário, o SNS tem uma estrutura própria de prestação de cuidados de saúde. No fundo a ADSE obtém meios para contratualizar serviços a prestar.



Neste sentido a relação entre a ADSE e os quotizados deve ser apenas: pago a quota, tenho direito a serviços. **É uma relação sinalagmática.**

Relativamente à recomendação do relatório de auditoria no sentido de se exigir uma autorização expressa do quotizado para a entidade empregadora realizar o desconto, acha que o beneficiário quando se inscreve na ADSE está a aceitar esse procedimento. Acrescentou que, em sua opinião, os funcionários públicos sempre quiseram estar na ADSE. Reconhece, porém, que a autorização expressa do quotizado é relevante para que fique claro que o desconto é dos quotizados e que este não é similar aos impostos constantes do recibo de vencimento.

A quota suportada pelos quotizados deve ser considerada uma taxa pois, ao contrário dos impostos que são coercivos, os quotizados/beneficiários da ADSE podem renunciar, deixando de pagar a quota. Entende, ainda, que para a maioria dos trabalhadores ser quotizado da ADSE é um benefício.

Criticou o facto do conselho consultivo não ter poderes nenhuns e mesmo assim não ser convocado há 3 anos.

Em sua opinião, e de acordo com a informação a que teve acesso à data das negociações com a “TROIKA”, o aumento da taxa de desconto teve como objetivo a redução do défice, foi uma justificação para uma decisão imediata do Governo.

Relativamente aos excedentes, e tendo em conta a sua utilização para outros fins, **o que representa uma clara violação dos seus objetivos,** entende que nestes termos o desconto dos quotizados **deve dar origem a uma dívida do Estado à ADSE.** No entanto, o Primeiro-Ministro referiu que o saldo seria utilizado em despesa da ADSE de anos futuros. Esclareceu que de facto avançaram para os 3,5% sem justificação técnica, apenas sabiam que aquele valor seria suficiente para substituir a parte ainda subsidiada pelo Estado e ainda criaria um excedente.

Considera, no entanto, que existe o risco de uma utilização abusiva dos excedentes e, conseqüentemente, o risco dos excedentes desaparecerem. O facto de os excedentes serem utilizados pelo Estado sem serem remunerados constitui, por si, uma utilização abusiva.

2. Descontos dos quotizados retidos e não entregues à ADSE por organismos das Regiões Autónomas (questão 16)

O desconto feito ao beneficiário destina-se a ser entregue diretamente à ADSE, a retenção desse valor pelas entidades empregadoras é um ato ilegal. No entanto, não concorda com a suspensão dos direitos destes quotizados porque esse valor foi descontado na sua remuneração. O problema deve ser resolvido entre a ADSE e o Governo Regional. Não acha correto utilizar os trabalhadores para resolver um problema do estado de direito.

Existe o exemplo da Segurança Social: o trabalhador não perde direitos por os descontos não terem sido entregues pela entidade empregadora, desde que prove que as retenções lhe foram feitas.

Relativamente aos pagamentos efetuados pela ADSE, no âmbito do recente memorando, relativos a serviços de saúde prestados aos cidadãos portugueses, beneficiários da ADSE, com verbas relativas aos quotizados do continente, discorda dos mesmos, considerando que há aqui um problema de fundo que se consubstancia na utilização dos excedentes como um imposto **indevido.**



Todos os utentes têm direito ao SNS/Serviço Regional de Saúde. O serviço prestado pelo SNS aos beneficiários da ADSE enquadram-se neste direito constitucional, foi este direito que justificou as transferências do Estado para a ADSE e da ADSE para o SNS.

Pelo contrário, devia ser quantificado o valor dos cuidados que deviam ser prestados pelo SNS/SRS e que afinal foram prestados pela ADSE, libertando capacidade nos sistemas públicos. O beneficiário paga o benefício do acesso, mas que o Estado deve pagar o restante, a substituição do SNS/SRS. Contudo o SNS não pode pagar tudo o que a ADSE disponibiliza.

Questionado sobre os motivos porque a ADSE estava no pacote das negociações salariais, esclareceu que o valor do desconto para a ADSE influenciava o vencimento líquido a receber mas tinha uma importante contrapartida: ser beneficiário da ADSE, que sempre foi muito valorizado pelos trabalhadores. Concluiu que de facto a ADSE é um benefício para os trabalhadores mas é um benefício pago por eles.

Não concorda que os serviços prestados aos utentes (beneficiários da ADSE) da Madeira pelos SRS sejam pagos com dinheiro dos quotizados do continente, igualmente não concorda com uma eventual convenção da ADSE com o SRS. Acha absurdo que os quotizados do continente paguem futuramente os SRS mesmo através de convenções, dado que o SRS é um direito constitucional.

Ainda a este respeito, considera uma “utilização abusiva” e um “confisco”, a utilização de dinheiros privados para resolver um problema público, **já que representa a utilização dos descontos feitos pelos trabalhadores para a ADSE para financiar o SNS que deve ser financiado pelo Estado com base em impostos..**

Reconheceu que efetivamente a ADSE apenas começou a agitar os sindicatos aquando do aumento da taxa para 3,5%.

Quanto à possibilidade de autonomização administrativa e financeira da ADSE nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, considera que seria uma solução preferível à utilização dos trabalhadores para resolver a situação, nomeadamente pela suspensão dos direitos. Considera no entanto que é uma solução que não interessa aos Governos Regionais **e também viola o princípio em que assente a ADSE, ou seja, na solidariedade entre todos os trabalhadores da Função Pública.**

3. Dimensão e base de quotizados – alargamento (Questão1)

A ADSE é sustentável com o alargamento aos trabalhadores da Administração e empresas públicas. O alargamento da ADSE a todos os cidadãos originaria o risco de degradação da ADSE, por ser mais difícil de ser gerido.

No entanto confrontado com o argumento de que, segundo as regras dos grandes números, o alargamento a pessoas novas, reduzindo a idade média, reduzindo o custo médio e aumentando a receita poderia contribuir para uma redução da taxa de desconto, admite aquele alargamento com introdução de condicionantes e regras para seleccionar as entradas, **no entanto uma solução desta natureza resulta apenas de uma preocupação financeira que não deve ser apenas a dominante.**

Os trabalhadores quando entram na ADSE têm obrigação de conhecer os estatutos. Em sua opinião quando o pagamento é zero as pessoas tendem a utilizar mais.

Questionado sobre se a quota descesse para 2,5%, ainda continuaria a ser sustentável sem alargamento, referiu que em tempos fez contas e concluiu que com uma taxa de 2,5% ainda seria sustentável sem esse alargamento, com 1,5% só o seria com financiamento público.

Ainda a este respeito acrescentou que uma das diferenças entre os seguros privados e a ADSE é que as seguradoras têm fins lucrativos e que nas convenções falha o controlo e é para aí que saem milhões.

Ainda a propósito do alargamento à generalidade dos cidadãos acrescentou que a ligação dos trabalhadores à ADSE é uma questão cultural e que para além disso esse alargamento é uma incógnita, só realmente mediante estudos para implementação de regras é que será viável.

Confrontado com a hipótese da atribuição de um diferencial de direitos para os novos potenciais quotizados, referiu que seria complicado gerir utentes de primeira e utentes de segunda.

Quanto ao excedente gerado pelo aumento, desnecessário, da taxa de desconto para 3,5%, admite a sua devolução aos quotizados da ADSE ou, em alternativa, a sua utilização em benefício dos quotizados (por exemplo, melhorando o esquema de benefícios), mas nem pensar em utilizar esse excedente para pagar aos SRS.

Relativamente à questão sobre se a ADSE restrita a trabalhadores da Administração Pública, a diminuição do número de quotizados da ADSE não tornaria a ADSE insustentável a médio-longo prazo, respondeu que a garantia da sustentabilidade também passa pelo ajustamento dos serviços ao financiamento, e voltou a referir que não concorda com limites máximos nem mínimos de desconto, mas sim na contribuição de acordo com a capacidade contributiva.

Sobre o facto de a sua opinião de defesa do não alargamento generalizado ser coincidente com a do Ministro da Saúde esclareceu que efetivamente concorda com o MS nesse ponto mas decerto os motivos não são os mesmos e que compreende a posição do MS.

Fundamentou a sua posição do não alargamento aos cidadãos em geral com as seguintes razões:

- Degradação da qualidade do serviço da ADSE;
- O facto de a sustentabilidade não ser proporcional apenas à dimensão.

Acrescentou que em seu entendimento a diminuição do risco pelo alargamento apenas acontece até determinado ponto.

Quanto à sua opinião de que o Estado se deve manter na ADSE ser coincidente com a dos prestadores privados no mercado da saúde, que pretendem o Estado como fiador do sistema, reafirmou a sua concordância e reforçou que a posição dos Sindicatos é que haja uma maior intervenção dos utentes mas que o Estado não se desligue completamente.

A posição dos Sindicatos é fundamentada no facto de a presença do Estado na ADSE dar mais segurança aos trabalhadores, tornando a gestão mais responsável. Devia, no entanto, haver uma maior intervenção dos trabalhadores, defendendo por isso a figura de Instituto Público com gestão participada para a ADSE.

Quanto à sua sugestão no sentido de ser atribuído a cada beneficiário um orçamento anual, que variaria com a idade e perfil de saúde, especificou que esse instrumento foi implementado noutros



países, por exemplo na Holanda, mesmo ao nível do serviço nacional de saúde. Obriga a pessoa a participar na gestão do valor de que dispõe, corresponsabilizando os próprios utentes com a limitação do orçamento.

Relativamente à sua estimativa de aumento do número de quotizados caso houvesse alargamento do universo de quotizados a todos os cidadãos portugueses, referiu que a ADSE é vista pela população em geral como uma força atrativa muito grande, mesmo os trabalhadores do privado vêm a ADSE como um grande benefício por isso acha, com algum grau de probabilidade, que o número de quotizados duplicaria.

4. Readmissão após renúncia (Questão 1.3)

A este respeito e sem prejuízo das razões apresentadas para afastar a possibilidade de readmissão após renúncia (evitar utilizações abusivas e comportamentos oportunistas), considera que estes constrangimentos podem ser ultrapassados, com a definição de critérios em função da idade, ou com a associação da idade de entrada ao preço a cobrar, por exemplo. Acrescentou que um utente que sempre esteve na ADSE não pode ser tratado da mesma forma que um que **que só entra quando os seus custos de saúde são muito elevados**

Quanto à recomendação do Relatório de Auditoria no sentido da reconstrução da carreira contributiva acha que poderia ser uma solução. Sugeriu ainda uma outra solução: uma quota suplementar baseada no risco.

5. Financiamento da ADSE (Questão 1.4)

Relativamente à base de incidência do desconto dos quotizados, o desconto deve incidir apenas sobre a remuneração base, ou seja, sem qualquer tipo de plafonamento dos descontos.

A propósito da sua opinião no sentido de ser garantida uma comparticipação pública concretizou que essa comparticipação seria feita através de transferências correntes diretamente pelo Orçamento do Estado.

Essa comparticipação seria calculada em função dos serviços de saúde prestados através da ADSE que configuram uma substituição da prestação que devia ser efetuada pelo SNS. Por exemplo, nos tratamentos hospitalares, a comparticipação pública pagaria uma fração do custo, associado à não utilização do SNS, enquanto que o copagamento do beneficiário financiaria a parcela do custo associada à liberdade de escolha e/ou a um acesso mais rápido.

Para esclarecer quais são os serviços que em sua opinião não devem ser compensados pelo SNS deu dois exemplos:

- Por um lado, se em média no SNS cada utente consome 4 a 5 consultas por ano e na ADSE essa média forem de 6 consultas, a comparticipação do SNS para com a ADSE seria o equivalente às 4 ou cinco consultas, ou seja à média de consumos no SNS, quer para consultas de clínica geral e de especialidade ou outros cuidados de saúde. O desconto dos quotizados suportaria o acréscimo de serviços.
- Por outro lado, há serviços que seriam obrigatoriamente realizados no SNS, enquanto que outros só se realizam porque existe oferta privada.

Questionado sobre se no atual contexto económico e político, considerava plausível a reintrodução de uma contribuição do Estado nos moldes que preconiza, respondeu que com um governo de esquerda seria possível, com um governo de direita não.

A este propósito solicitou-se que concretizasse por que razão é que os contribuintes em geral devem financiar um sistema de saúde dos trabalhadores públicos quando os sistemas complementares de que muitos dispõem não são comparticipados pelo Orçamento do Estado, ao que respondeu que, por um lado, quando defende uma comparticipação do Estado está a pensar na poupança que isso significa para o SNS e, por outro, que a ADSE foi criada pelo Estado, que assumiu, perante aqueles utentes, uma responsabilidade.

6. Risco da concorrência do mercado dos seguros de saúde (questão 1.5)

Relativamente à concorrência com o mercado dos seguros de saúde entende que o facto de a quota para a ADSE ultrapassar, nalguns casos, o prémio dos seguros, decorre também do serviço que a ADSE presta, que se diferencia do prestado pelos seguros. Saliu o que os beneficiários, mesmo os mais recentes, valorizam a ADSE não só pelo serviço prestado mas também pelos valores e pela simbologia que lhe está associada, em termos de sentimento de proteção, de toda uma história e de uma cultura de funcionalismo público. O risco da ADSE se alargar a todos os cidadãos em geral pode contribuir para a degradação e diminuição do serviço prestado pela ADSE, também pelos efeitos que pode provocar na sua imagem.

Sobre a viabilidade de a ADSE manter as vantagens do plano de benefícios da ADSE (não tem plafonamentos, pré-existências, situações de exclusão) face aos seguros, acha que a ADSE consegue mantê-las com os 3,5% de desconto considerando que ainda assim é excessivo.

7. Mecanismos de solidariedade existentes no sistema (questão 2)

Sobre os mecanismos de solidariedade existentes no sistema e concretamente quanto à manutenção dos benefícios aos familiares sem qualquer pagamento adicional, considera um custo que terá de ser controlado.

Por outro lado, considera que quanto às situações de isenção de contribuição, por baixos rendimentos, devem ser consultados os quotizados, caso contrário deve ser o Estado a suportar os descontos destes quotizados. A análise da condição de recursos deve abranger o agregado familiar e não apenas o titular.

Discorda, no entanto, da recomendação do relatório de auditoria no sentido da suspensão dos direitos destes beneficiários.

8. Propriedade dos descontos e rentabilização (questão 4)

Apesar de defender a manutenção da ADSE na esfera da Administração Pública, não concorda com a aplicação do princípio da Unidade de Tesouraria à ADSE.

9. Posicionamento orgânico (questão 5)



No quadro atual (sistema financiado apenas pelos descontos) considera que a entidade gestora da ADSE deve estar dentro da Administração Pública como um instituto público de gestão participada. A presença do Estado dá mais segurança aos trabalhadores (vide ponto 3).

Relativamente aos riscos de instrumentalização da ADSE para resolver problemas do setor da saúde, que podem ocorrer na sequência da sua integração no Ministério da Saúde, especificou que inicialmente quando se queria restringir o que a ADSE disponibilizava ao que o SNS disponibilizava isso seria uma instrumentalização. A contribuição do quotizado justifica um tratamento diferenciado.

Outro risco é do da apropriação dos excedentes por parte do Estado.

Não concorda com a integração da ADSE no Ministério da Saúde nem no Ministério que tem a Segurança Social, acha que a ADSE devia estar sob a tutela do Ministério das Finanças, quando muito admitiria a tutela conjunta dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

Sobre a participação no Colégio do Governo não concorda que a ADSE seja misturada com os outros subsistemas (SAD e ADM) porque estes têm situações reais muito diferentes, o financiamento público é maior nestes subsistemas, a sua história e as origens também são muito diferentes. Considera que existe risco de contaminação da ADSE com as ineficiências destes subsistemas. Também não concorda com os poderes de coordenação. Se o Colégio de Governo se limitasse à criação de sinergias nas convenções, através de colaboração, já não veria inconveniente.

10. Modelo de participação dos quotizados (questão 6 e 7)

Quanto à sua sugestão no sentido dos quotizados serem representados através dos sindicatos num órgão interno de supervisão com poderes efetivos de supervisão, concretizou que efetivamente o que tem acontecido, na prática, por exemplo no Conselho Consultivo da CGA, é que as centrais sindicais, que estão representadas, não têm aí poder nenhum. Também no IAFP as centrais participam no Conselho de Administração, aprovando por exemplo Relatórios de Atividade, mas não participam no Conselho Diretivo. Na ADSE a participação terá de ser mais efetiva.

A participação dos quotizados no modelo que preconiza seria através do Conselho de Administração/Diretivo, com nomeação do Estado mediante indicação das Centrais sindicais.

Os quotizados podiam, também, participar, por exemplo, num órgão do tipo Conselho Geral e de Supervisão, com controlo não só a nível estratégico, **mas com poderes efetivos para fiscalizar os atos de gestão.**

Relativamente à representação dos quotizados pelos sindicatos concretizou que os quotizados não sindicalizados seriam representados por associações de trabalhadores.

11. Relação entre a ADSE e o SNS (questão 8)

Na relação entre a ADSE e o SNS encara a ADSE como um complemento e não como concorrente. Os utentes pagam por esse complemento. Considera também que a ADSE não pode substituir o SNS, nem pensar nisso.



12. Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados (questão 13)

Quanto ao tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas acha que tem que haver sempre um limite. Recorda-se que a justificação para o estabelecimento de um limite estava relacionada com o facto de uma parte substancial da despesa fiscal ser relativa a um número muito restrito de pessoas: apenas 10% das pessoas com rendimentos mais elevados representavam 30% da despesa fiscal.

13. Atividade de controlo de faltas (questão 17)

Em sua opinião a ADSE não devia realizar o controlo de faltas dos trabalhadores; considera essa atividade um “policiamento”. Mesmo remunerada essa atividade não devia ser realizada pela ADSE.

14. Relação com a Autoridade Tributária (questão 18)

Relativamente a relação existente com a Autoridade Tributária e na medida em que já tinha referido que esta devia ser da mesma natureza que existe na Segurança Social concretizou que na Segurança Social temos acesso a toda a informação sobre a situação pessoal acedendo com o número da Segurança Social. Assim entende que não faz sentido, na ADSE Direta, utilizar o número de contribuinte.



Ap. 3 - José Mendes Ribeiro

1. Contributo escrito em resposta à matriz

Tribunal de Contas – Auditoria à ADSE

Comentários de José Mendes Ribeiro em 18-10-2015

TEMAS

SUSTENTABILIDADE

1. Dimensão e base de quotizados:

1.1. Alargamento à generalidade dos cidadãos portugueses?

Defendo o alargamento da ADSE à generalidade dos cidadãos, de forma facultativa e voluntária, sob certas regras de entrada e obrigatoriedade de permanência por certo período mínimo. Poderá ser feito de forma gradualista e progressiva fixando um certo plafond anual de entradas para permitir testar operacionalmente o sistema.

Contudo, defendo também, que o seu financiamento não deverá ficar exclusivamente a cargo dos seus quotizados mas deverá incorporar uma dotação capitacional, suportada pelo orçamento do SNS, em função do número de pessoas abrangidas e das novas entradas anuais.

O cálculo dessa capitação, terá como limite superior o custo médio de um doente tratado no sistema hospitalar público (sensivelmente 50% da capitação global do SNS), pressionando por essa via a maior eficiência da rede pública de prestação de cuidados hospitalares.

Os custos de prescrição dos medicamentos em ambulatório, como trave mestra da política pública de saúde, deverão ser suportados exclusivamente pelo SNS.

Em consequência, todos os episódios de acesso à urgência hospitalar ou de internamento de quotizados da ADSE deverão retomar o regime anterior a 2010, devendo cada unidade hospitalar faturar a ADSE pelos respectivos episódios, a partir de uma tabela que venha a ser negociada entre as partes.

Assegura-se por essa via, aquilo que também seria desejável e urgente que ocorresse no próprio SNS, ou seja a separação da função de financiamento da função da prestação de cuidados, uma vez que constituem duas finalidades distintas do SNS e duas intervenções diferentes da presença do Estado no sistema de saúde.

A meu ver, um mecanismo desta natureza, impulsionaria eficazmente a busca de qualidade, a eficiência da aplicação dos dinheiros públicos e a pressão dos operadores públicos para um melhor desempenho.

1.2. **Alargamento parcial:** condições de acesso baseadas em critérios como o vínculo à administração pública ou qualidade de familiar vs. condições que traduzam uma relação custo-benefício quantificável para a sustentabilidade da ADSE, v.g. idade, condições pré-existentes, etc?



Já respondido na questão anterior, ponto 1.1.

1.3. Possibilidade de **readmissão** após renúncia?

Sim, desde que garantido um período mínimo de permanência, conforme sugerido em 1.1.

1.4. **Renúncia de quotizados de escalões mais elevados**: degradação da base *per capita*?

Fixação de um “cap” de contribuição que não desincentive as pessoas de escalões mais elevados a sair.

1.5. Sem alargamento, **risco de diminuição do universo de quotizados pela redução do número de funcionários públicos**?

Já respondido na questão anterior, ponto 1.1.

1.6. Risco da **concorrência do mercado dos seguros de saúde**?

A ADSE poderá ressegurar-se junto do mercado segurador, num formato desigando de “stop loss” para garantir a cobertura dos grandes riscos que possam ameaçar a sua sustentabilidade.

De qualquer forma poderá ser definido e aplicado o princípio do reajustamento das contribuições anuais, tendo em vista a cobertura das prestações dos quotizados.

O mercado de seguros de saúde privado poderá evoluir para uma oferta complementar e mais diferenciada para certos segmentos de coberturas e/ou alargamento da carteira de serviços.

1.7. **Aumento da idade média dos quotizados**: risco de aumento insustentável dos custos da ADSE?

Este risco pode ser gerido através dos mecanismos descritos no ponto 1.6.

2. **Mecanismos de solidariedade existentes no sistema são sustentáveis a prazo**: (quotizados que não suportam o pagamento do desconto: quotizados titulares isentos, considerando o valor da sua pensão de reforma ou aposentação, e quotizados familiares)?

O contrato a estabelecer entre a ADSE e os seus quotizados poderá prever mecanismos de solidariedade específicos para estas situações, em linha com soluções semelhantes encontradas em outras áreas, designadamente através da Segurança Social.

3. **Financiamento da ADSE**:

3.1. Sustentável sem a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos?

Já respondido no ponto 1.1.

3.2. É plausível a reintrodução do financiamento público?

Já respondido no ponto 1.1.

4. **Variáveis da sustentabilidade**: taxa de desconto, diminuição dos níveis de serviço / controlos de utilização, alargamento da base de quotizados, outras.



Já respondido no ponto 1.1.

5. Propriedade dos descontos e rentabilização dos excedentes: Unidade de tesouraria do Estado vs investimento dos excedentes de tesouraria (a ADSE não pode, atualmente, investir os excedentes gerados).

Poderá ser encontrada uma diferente natureza e um novo modelo jurídico institucional para a ADSE, uma vez que a sua autonomia depende essencialmente das contribuições dos seus quotizados. Não se descartaria a aproximação a um modelo de “mútua”, vulgar em outros países europeus, como em França ou na Bélgica.

MODELO DE GOVERNAÇÃO

6. Segundo o posicionamento orgânico:

6.1. na estrutura da Administração Pública (administração direta- v.g. Direção-Geral, indireta – v.g. - Instituto Público, Empresa Pública; autónoma – v.g. associação pública)?

Respondido no ponto 5. Apesar de não sugerir uma solução concreta diria que a solução a encontrar deve garantir a autonomia e a participação dos seus quotizados na respectiva gestão e supervisão, garantindo a presença do Estado, pela sua qualidade de co- financiador, conforme é proposto no ponto 1.1.

6.2. fora da estrutura da Administração Pública (mutualidade, associação privada)?

Respondido no ponto 5.) e 6.1.)

7. Modelos de **participação dos quotizados** na gestão da ADSE e no controlo financeiro.

Respondido no ponto 5.) e 6.1.)

8. Risco de **falta de interesse e exigência dos quotizados** em relação à ADSE.

A presença do Estado, como é proposto na sua qualidade de co-financeador, minimizará esse risco.

RELAÇÕES COM O ESTADO

9. Existem Riscos de **instrumentalização da ADSE pelo Estado**, mesmo com a ADSE financiada a 100% por dinheiros privados?

Existe esse risco. Contudo, a partir do momento em que este tema se tornou central na sociedade civil e suscita o interesse das estruturas sindicais da administração pública, será previsível a pressão dos seus quotizados para integrarem algumas das estruturas de supervisão, acompanhamento e fiscalização.

10. **Tutela:**

10.1. **Ministério da Saúde** DL n.º 152/2015, de 7 de agosto)? **Outro** Ministério? Tutela **conjunta**?

Concordo com a Tutela do Ministério da Saúde que poderá evoluir para uma tutela mais “suave” após ser encontrada uma diferente natureza e um novo modelo jurídico institucional para a ADSE, que terá consequências no modelo de governação a adoptar.



10.2. **Ausência** de tutela?

Ver Ponto 10.1.

10.3. A existir, qual o **papel da tutela**?

Ver Ponto 10.1.

11. No atual enquadramento jurídico e face à utilização não remunerada dos excedentes gerados, pelo Estado, o **desconto dos quotizados tem natureza tributária**, podendo ser considerado um imposto? **Dois custos de oportunidade**: um referente à remuneração dos excedentes; outro referente à indisponibilidade da liquidez.

Esta situação ficará resolvida através da solução a encontrar para a natureza jurídica da ADSE.

O Estado poderá constituir uma reserva especial que será incorporada na própria ADSE e que permitirá a devolução dos excedentes gerados.

12. **Relação entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde**: são **concorrenciais**? Qual o **impacto da ADSE no SNS**? (acesso a cuidados de saúde e custos) Que repartição da **responsabilidade por encargos**?

Opinião já expressa na resposta ao Ponto 1.1.

13. **Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados**.

Gostaria de ver garantida uma solução simples baseada no seguinte pressuposto: quanto mais os quotizados suportam, menos o Estado é chamado a participar. Em consequência, justificar-se-ia que as contribuições para a ADSE pudessem beneficiar de um enquadramento fiscal mais favorável, seja em sede de benefício fiscal seja mesmo em dedução final à coleta do IRS, como já tem sido sugerido por alguns especialistas em direito fiscal.

14. Criação do **Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde** (Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto): Compatível com o financiamento privado do sistema? Benefícios? Perda de autonomia? Contaminação de ineficiências dos outros subsistemas na ADSE? Justifica-se uma participação paritária, apesar da superioridade da ADSE em termos de dimensão e eficiência?

Do meu ponto de vista, e dado o interesse público, justificar-se-ia uma participação que atente à proporcionalidade da dimensão do agregado de quotizados de cada subsistema.

15. **Revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional pelo financiamento do sistema** (reembolsos diretos aos quotizados no âmbito do regime livre e reembolsos à ADSE no âmbito do regime convencionado)?

Defendo que se aplique uma regra comum e que seja extensível, nos seus princípios e processos a todos os subsistemas públicos.

16. **Descontos dos quotizados retidos, e não entregues à ADSE, por organismos das Regiões Autónomas, e dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde**: como resolver o problema sem prejuízo para de todos os quotizados?



A intervenção do Estado como “clearing house” poderá ser uma solução.

17. A **atividade de controlo de faltas** dos seus quotizados, exercida pela ADSE, é compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados?

Não me parece.

18. A **relação existente com a Autoridade Tributária**: A autenticação no acesso à ADSE Direta é compatível com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados/contribuintes?

Não me parece.

19. Promover a **relação direta entre a ADSE e os quotizados** responsabilizando-os pela entrega do desconto e atualização de situação e dados pessoais, alterando a atual intervenção das entidades públicas empregadoras?

Julgo que não é desejável de momento, especialmente quanto à entrega dos descontos dos quotizados.

18 de outubro de 2015

José Mendes Ribeiro



2. Memorando reunião

Assunto: Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção (Proc.º n.º 25/2015 - Audit). Painel de peritos - realização de reuniões individuais com o Conselheiro Relator e a equipa de auditoria.

Local da reunião: Tribunal de Contas

Data e hora: 23.10.2015, 15:30 horas

Perito: Dr. José Mendes Ribeiro;

Temas abordados

1. A ADSE no sistema de saúde português

Em Portugal temos dois sistemas públicos de Saúde: o SNS e a ADSE, sendo fatores distintivos entre os dois:

- a liberdade de escolha, existente na escolha dos prestadores de cuidados por parte dos beneficiários da ADSE, não existente nos utentes do SNS;
- o custo “per capita”, inferior na ADSE face ao do SNS, apesar de a ADSE ter uma carteira de benefícios mais alargada;
- a não existência de tempos de espera para consultas, exames especiais e cirurgia para os beneficiários da ADSE face ao que se verifica ainda no SNS.

2. Relação entre a ADSE e os quotizados (questão 19)

Sem prejuízo de defender a relação direta entre quotizado e ADSE, entende que os processos atualmente implementados e que estão a funcionar não devem ser perturbados. Acrescentou que as empresas também garantem a entrega das quotizações em relação à Segurança Social, aos Impostos e aos sindicatos.

Os descontos dos quotizados são proveitos da ADSE que devem ser contabilizados em Prestações de serviços. A quota não é um imposto, quando muito será uma taxa apesar de facultativa. Neste caso a taxa é um pagamento por um serviço que lhe é prestado.

3. Descontos dos quotizados retidos e não entregues à ADSE por organismos das Regiões Autónomas

Em rigor temos várias funções do Estado na saúde:

- Financiamento;
- Prestação;
- Regulação

Na ADSE, o Estado desempenhava, até 2010, uma função de financiamento.



Discorda da alteração então ocorrida no estatuto da ADSE, que deixou de receber financiamento do Estado para suportar os encargos decorrentes da utilização dos serviços públicos do SNS pelos seus beneficiários. A transferência do financiamento público para o SNS terá sido baseada no pressuposto de que o SNS é uma porta aberta e tem que atender qualquer cidadão. No entanto esta medida também poderá ter sido motivada por necessidade de “compor” o orçamento do SNS no ano de 2010, face ao descontrolo orçamental do SNS à data.

Quanto aos quotizados da Região Autónoma da Madeira deviam isolar-se 2 momentos:

- O que está para trás (este momento teria que ser tratado baseando-se na manutenção da confiança)
- O futuro

A não entrega dos descontos à ADSE pelas entidades empregadora pode ser tipificado como um crime, tal como acontece quanto às empresas que não entregam ao Estado as retenções que fazem nos respectivos salários. Os direitos dos quotizados deviam ser suspensos, em consequência, embora a responsabilidade pela não entrega dos descontos seja do Governo Regional e não dos quotizados.

O facto de a oferta de cuidados de saúde convencionados na Madeira ser limitada não é motivo suficiente para imputar a ausência de mercado à ADSE. Esta decisão acaba por ser uma instrumentalização da ADSE, traduzindo-se num “duplo roubo” aos seus quotizados.

O caso das Regiões Autónomas acaba por ser uma exceção ao memorando de 2010, não seguindo a orientação global em vigor.

4. Modelo de sistemas alternativos de saúde

Relativamente ao cálculo da capitação que defende que o SNS deve suportar em função do nº de quotizados da ADSE, numa situação de *opting-out* do SNS e da manutenção de dois sistemas em paralelo:

- ✓ A distribuição do orçamento do SNS atribui 52 a 54% do orçamento para financiar os hospitais, 10% para o sector convencionado, 16 a 17% são para medicamentos, o restante vai para cuidados de saúde primários.
- ✓ A ADSE tendo uma rede de convencionados, deveria ser ressarcida de uma parte do custo de cada utente, uma vez que se o utente do SNS custa uma média de € 1000 por ano ao Estado, o SNS deveria transferir cerca de 50% da totalidade desse custo médio para a ADSE como uma capitação, assumindo novamente a ADSE as despesas de tratamento em meio hospitalar dos seus beneficiários, seja na rede pública ou na rede privada.

A capitação seria por pessoa e não por agregado familiar. O SNS é pago por todos os cidadãos através dos impostos pelo que será justo que o SNS participe também, em situação de *opting out*, alguma parte dos custos da prestação dos beneficiários da ADSE

Entende que a política do medicamento é uma política pública transversal a todos os cidadãos, devendo ficar de fora de um *opting out*.

Esta capitação é um *forfait* e serviria para pagar os cuidados de saúde que são hoje responsabilidade do Estado.



O novo sistema com o *opting out* dos beneficiários da ADSE, seria também financiado pelos beneficiários/quotizados que num primeiro momento suportariam um valor simbólico que depois iria aumentando, conforme a diferenciação da ADSE face ao SNS. As situações seriam acomodadas numa forma gradualista e progressiva.

Relativamente à tabela de preços a negociar com o SNS, seria uma negociação global com o SNS e incluiria toda a prestação de cuidados de saúde. Quando, no contributo escrito, se referiu à urgência e ao internamento foi apenas por serem as mais críticas e as que consomem mais recursos.

Os Hospitais públicos têm cada vez mais pressão para terem eficiência porque têm contratos programa com objetivos para cumprir. Com aquelas medidas o SNS teria que competir com o setor privado pela atração de utentes, contribuindo para a melhoria global da qualidade e dos níveis de resposta e de serviço do SNS.

Este mecanismo de competição obrigaria os prestadores públicos a garantirem serviços de qualidade, com melhorias de eficiência e de produtividade. Assim, o modelo em que defende (o financiamento da ADSE incorporar uma dotação capitacional suportada pelo orçamento do SNS) não resultaria numa desnatação do SNS, dando como exemplo o caso da Holanda, assente num modelo de seguro social, que procedeu a uma grande reforma sem desnatar o SNS.

Concretiza que o novo modelo para a ADSE poderia assumir um formato de uma Mútua, fora da administração pública mas com participação do Estado, sem poderes de tutela, apenas com a capacidade para garantir a boa gestão dos dinheiros. Entende que se trata de um processo evolutivo. Em primeiro lugar deve ser acautelada a representação dos quotizados.

Sugere uma Mútua porque esta solução incorpora necessariamente a participação dos quotizados e a regulação de actividade pelo Instituto de Seguros de Portugal. Seria necessária uma gestão profissional.

Relativamente à questão sobre os modelos de capitação já experimentados com os sistemas de saúde SAMS, PT e CTT, acha que nunca houve verdadeiramente uma capitação nesses subsistemas uma vez que a mesma não garantia um verdadeiro *opting out*, era apenas uma pequena compensação pela despesa com medicamentos.

Entende que, no atual contexto, a entrada do Estado como entidade financiadora através da reintrodução da contribuição da entidade empregadora, é injusta para os contribuintes em geral, uma vez que está assumido constitucionalmente o direito à saúde por financiamento através de impostos

Admite, no entanto que fora do mecanismo de *opting out* seja possível a reintrodução da contribuição da entidade empregadora. Não considera, no entanto, o financiamento público como desejável neste contexto, por ser injusto para os contribuintes que não usufruem do sistema. As soluções de financiamento do modelo, nos moldes atuais, sem *opting-out*, devem ser encontradas no seu grupo de quotizados.

Na sua opinião a TROIKA veio com o objetivo de acabar com a ADSE. Considera, no entanto, que a ADSE é um património valorizado pelos utentes e que a sua conceção como um modelo de *opting out* aliviaria, progressivamente a rigidez dos custos fixos do SNS.



5. Dimensão e base de quotizados – alargamento (Questão1)

Considera que a ADSE é sustentável sem o alargamento ao público em geral, no entanto é necessário aumentar a base de quotizados, particularmente nos escalões etários mais jovens, para garantir a sustentabilidade no médio-longo prazo, podendo fazer progressivas extensões aos agregados familiares dos atuais beneficiários. Admite a possibilidade de serem feitos escalões estratificados, por idade e rendimento, para as entradas de novos quotizados, com a possibilidade de ajustamentos conforme a avaliação do risco.

Em sua opinião as razões para o Governo não proceder de imediato ao alargamento ao público em geral prendem -se sobretudo com a proteção do setor segurador, mas entende que o sector segurador poderia oferecer novos produtos e produtos complementares para se diferenciar, como acontece em Espanha, por exemplo Esta solução esteve já em estudo em Portugal há mais de uma dezena de anos, com o então designado Seguro Alternativo de Saúde.

6. Readmissão após renúncia (Questão 1.3)

Quanto à readmissão após renúncia admite essa possibilidade mediante um estudo prévio detalhado dos números para definição e garantia de um período mínimo de permanência. Coloca, também, a hipótese da reconstituição da carreira contributiva.

7. Mecanismos de solidariedade existentes no sistema (questão 2)

Relativamente às soluções semelhantes encontradas na Segurança Social, referidas no contributo escrito, deu como exemplo: em caso de desemprego, não tendo o quotizado capacidade de entregar o desconto, o mesmo era diferido para quando tivesse novamente emprego, onerando as prestações futuras com o valor em falta. Para os casos de desemprego de longa duração não tem qualquer solução, mas admite que nessas situações possa haver uma capitação reforçada do Estado porque o custo já existe no SNS e é independente da condição profissional do utente.

Os mecanismos de solidariedade existentes são situações que, a manterem-se, os quotizados têm que estar preparados para suportar. Senão a ADSE torna-se insustentável, exceto se encontrar formas alternativas de financiamento.

No caso dos beneficiários titulares atualmente isentos, o financiamento dos respetivos benefícios deve ser contabilizado pela ADSE como dívida do Estado.

8. Variáveis de sustentabilidade da ADSE (questão 4)

- Alargamento (é fundamental);
- Encontrar um mecanismo de compensação para os casos que não podem contribuir (exemplo da Segurança Social: o Estado suporta parte dos encargos);
- Gestão profissional;
- Eficiência operacional;
- Investimento na promoção da saúde.

9. Propriedade do desconto e rentabilização dos excedentes (questão 5)



O excedente deve estar na ADSE. Deve ser criada uma figura nas contas da ADSE para reservar esse excedente, por exemplo um Fundo que constituiria um ativo da ADSE para utilização em casos emergentes.

A ADSE deve ser excluída do princípio da unidade de tesouraria. No entanto, a ser utilizado centralmente pelo Estado, o excedente da ADSE deveria ser remunerado.

10. Posicionamento orgânico (questão 6)

No quadro atual (sistema financiado apenas pelos descontos) entende que a ADSE deve estar fora da Administração Pública.

Estando integrada no Estado, entende que deve estar no Ministério da Saúde: as questões mais profundas na ADSE estão mais relacionadas com a saúde do que com as finanças.

Considera que o financiamento da saúde devia estar separado da prestação de cuidados. Não faz sentido a ACSS ter a supervisão da prestação e do financiamento. A ACSS devia estar focada na prestação. O Estado devia ter um instituto financeiro da saúde que concentrava uma dotação para o SNS e para a ADSE, sendo esta um instrumento para prover mais recursos e partilhar e gerir a rede de prestadores convencionados, por exemplo.

Sobre a participação da ADSE no Colégio de Governos dos Subsistemas Públicos de Saúde não vê inconveniente em misturar a ADSE com os restantes subsistemas porque todos vão comprar serviços aos mesmos sítios. Não considera, no entanto, adequada uma participação paritária da ADSE e dos subsistemas públicos dos militares e dos polícias.

11. Modelo de participação dos quotizados (questão 7)

A participação dos quotizados na supervisão da ADSE devia concretizar-se através de representantes dos quotizados, que não têm que ser necessariamente os sindicatos, mas eleitos com base em listas que se apresentam como candidatas perante os quotizados.

A equipa de gestão deve ser profissional. Os quotizados teriam uma participação significativa, com poderes de veto, numa Assembleia geral, por exemplo, e participando num Conselho Fiscal. Veja-se o modelo dos Montepios.

12. Relação entre a ADSE e o SNS (questão 12)

Em sua opinião a ADSE não é concorrencial com o SNS na prestação de cuidados. Não considera que haja fuga de recursos.

13. Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados (questão 13)

No enquadramento atual de complementaridade da ADSE face ao SNS devia-se instituir um benefício fiscal otimizado para tudo o que for despesa da ADSE.



Não deveria haver limites máximos para a dedução de despesas com saúde.

Os descontos para a ADSE e os prémios com seguros de saúde deviam ser deduzidos à coleta, o que criaria mais incentivos à opção por sistemas complementares de saúde, que reduzem os custos fixos do SNS e obrigariam a um novo patamar de eficiência e de qualidade de serviço nos operadores públicos.

Um sistema de *opting out* contribuiria, também, para a redução dos custos fixos do SNS pelo desvio dos utentes para os sistemas alternativos, permitindo eliminar, por exemplo, institutos públicos e ARS.



Ap. 4 - Pedro Pita Barros

1. Contributo escrito em resposta à matriz

1. Dimensão e base de quotizados:

A resposta a estas perguntas têm que ser precedidas de uma questão prévia – qual o papel da ADSE no sistema de saúde português. Claramente, a meu ver, a ADSE não é parte do Serviço Nacional de Saúde. E a primeira decisão é saber se deverá ser integrada no Serviço Nacional de Saúde ou colocada fora do SNS ainda que dentro do sistema de saúde português. A diferença estará depois em quem deve tomar a iniciativa de responder, e com que resposta, às questões abaixo. No caso de ser colocada fora do SNS, deverá ter a natureza de uma mútua que decidirá, por si, se quer ou não e em que formato o deve ser, abrir ao resto da população.

. 1.1. Alargamento à generalidade **dos cidadãos portugueses?**

Sim. Desde que transformada em mútua gerida autonomamente e sem auxílio do Estado.

. 1.2. Alargamento parcial: **condições de acesso baseadas em critérios como o vínculo à administração pública ou qualidade de familiar vs. condições que traduzam uma relação custo-benefício quantificável para a sustentabilidade da ADSE, v.g. idade, condições pré-existentes, etc?**

qualquer abertura a entrada de outros beneficiários terá que lidar com a forma de contribuições que estabeleça, e sendo voluntária é de esperar que as pessoas comparem benefícios com custos que vão ter. Contribuições iguais para todos, como % de rendimento, ou de valor fixo, terão que lidar com incentivos para auto-selecção (os maiores contribuintes líquidos poderão com o tempo ter incentivo a sair).

. 1.3. **Possibilidade de readmissão após renúncia?**

deponderá do valor da contribuição que seja pedido; à partida, se for igual à dos que permaneceram sempre na ADSE será uma forma de incentivar a saída de contribuintes líquidos que procurarão voltar a entrar quando forem beneficiários líquidos, em termos financeiros. A definição de contribuições deverá ser pensada em termos de uma diversificação de risco intertemporal.

. 1.4. Renúncia de quotizados de escalões mais elevados: **degradação da base per capita?**

é um risco que se acentuará com a passagem do tempo, na medida em que os atuais beneficiários, que ficam por inércia em grande medida, forem desaparecendo



- . **1.5. Sem alargamento**, risco de diminuição do universo de quotizados pela redução do número de funcionários **públicos**?

sim, mas sem ser necessariamente risco de falência da ADSE, uma vez que também se reduzem as despesas; aspecto crucial é saber qual a dimensão crítica para a diversificação de risco dentro da adse ser suficiente.

- . **1.6. Risco da** concorrência do mercado dos seguros de saúde?

sim

- . **1.7. Aumento da idade média dos quotizados: risco de aumento insustentável dos custos da ADSE?**

não necessariamente, aumento da idade média significará também progressão nos rendimentos médios, e com contribuições como % desses rendimentos, também aumentam as receitas (e não apenas os custos)

- 2. Mecanismos de solidariedade existentes no sistema são sustentáveis a prazo:**

(beneficiários que não suportam o pagamento do desconto: beneficiários titulares isentos, considerando o valor da sua pensão de reforma ou aposentação, e beneficiários familiares)?

Não é possível responder a esta pergunta com a informação disponível, uma vez que depende do valor que seja atribuído pelos beneficiários a permanecerem na ADSE mesmo sendo contribuintes líquidos.

- 3. Financiamento da ADSE:**

- . **3.1. Sustentável sem a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos?**

o problema da sustentabilidade não tem a ver com limiares, e sim com entradas/saídas de pessoas que sejam beneficiários/contribuintes líquidos. Introduzir limitações desse tipo aproximaria a ADSE do que é feito nos contratos de seguro de saúde comercial.

- . **3.2. É plausível a reintrodução do financiamento público?**

não, de um ponto de vista do sistema de saúde não faz sentido.

- 4. Variáveis da sustentabilidade: taxa de desconto, diminuição dos níveis de serviço / controlos de utilização, alargamento da base de quotizados, outras.**

A sustentabilidade advém de as receitas serem maiores que os custos para a ADSE e ao mesmo tempo os beneficiários encontrarem valor em permanecer, o que significa

que alguns terão de ser contribuintes líquidos. Alterar as variáveis indicadas precisa de ter em conta qual o seu efeito no comportamento dos beneficiários em termos de utilização e em termos de entrada/saída. Por exemplo, alargar a base de quotizados de forma a que incorpore beneficiários líquidos e não contribuintes líquidos só irá complicar a sustentabilidade. Aumentos da taxa de desconto poderão levar a mais saídas (ou não).

5. Propriedade dos descontos e rentabilização dos excedentes: *Unidade de tesouraria do Estado vs investimento dos excedentes de tesouraria (a ADSE não pode, atualmente, investir os excedentes gerados).*

A ADSE deverá comportar-se como uma mútua, investindo os excedentes gerados e caso estes sejam permanentes e acima das flutuações esperadas e da previsão de crescimento das despesas, reduzir a taxa de desconto.

6. Segundo o posicionamento orgânico: 6.1. na estrutura da Administração Pública (*administração direta- v.g. Direção-Geral, indireta – v.g. - Instituto*

Público, Empresa Pública; autónoma – v.g. associação pública)? 6.2. fora da estrutura da Administração Pública (*mutualidade, associação privada*)?

. *Modelos de participação dos quotizados na gestão da ADSE e no controlo financeiro.*

O estado deveria retirar-se da gestão da ADSE, o sistema de seguro público gerido pelo estado é o Serviço Nacional de Saúde. Não faz sentido promover duplas coberturas, e o opting-out (as pessoas escolherem terem ou ADSE ou SNS) não é uma discussão em cima da mesa.

. *Risco de falta de interesse e exigência dos quotizados em relação à ADSE.*

Encontrar gestão profissional, com clarificação da situação de mútua. O exemplo à partida seria o Montepio, mas neste momento não parece o melhor exemplo. Por isso, há que procurar formas inovadoras de Governance. Que até podem passar numa fase inicial por uma estrutura representativa dos beneficiários que fiscaliza uma gestão feita a partir da situação actual.

. *Existem Riscos de instrumentalização da ADSE pelo Estado, mesmo com a ADSE financiada a 100% por dinheiros privados?*

Sim. Qualquer forma de redução dessa instrumentalização pelo estado resulta em actividade privada do estado na gestão de seguro de saúde, o que não será exactamente a vocação do estado, no mínimo, e poderá gerar conflitos com outros papéis do Estado. Exemplo dessa instrumentalização: a transferência de milhões de euros da ADSE para o estado a pretexto dos medicamentos. Só faz sentido para cobrir as despesas de



medicamentos dos beneficiários da ADSE se este sistema fosse um opting out que contratasse esse elemento ao SNS. De outro modo, os beneficiários da ADSE pagam por essa cobertura enquanto cidadãos beneficiários do SNS e pagam depois através das suas contribuições para a ADSE.

- . Tutela: **10.1. Ministério da Saúde DL n.o 152/2015, de 7 de agosto)? Outro Ministério? Tutela conjunta? 10.2. Ausência de tutela? 10.3. A existir, qual o papel da tutela?**

Tutela conjunta, como observadores da gestão da mútua que deve ser a ADSE, e apenas durante uma fase transitória (que pode ir até 10 anos, a pressa aqui pode ser má conselheira)

- . **No atual enquadramento jurídico e face à utilização não remunerada dos excedentes gerados, pelo Estado, o desconto dos quotizados tem natureza tributária, podendo ser considerado um imposto? Dois custos de oportunidade: um referente à remuneração dos excedentes; outro referente à indisponibilidade da liquidez.**

Eu diria mais uma extorsão escondida.

- . Relação entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde: **são concorrenciais? Qual o impacto da ADSE no SNS? (acesso a cuidados de saúde e custos) Que repartição da responsabilidade por encargos?**

Não são concorrenciais no sentido em que o beneficiário não escolhe entre e outro. A cobertura da ADSE coloca o beneficiário na posição de poder optar entre o SNS prestador de cuidados de saúde e outros prestadores de cuidados de saúde. Nesse campo da prestação serão concorrenciais. Não são concorrenciais no elemento de protecção financeiras, funcionando antes como duplicação dessa cobertura,

- . Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados.

A mesma que é dada aos seguros de saúde.

- . **Criação do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (Decreto-Lei n.o 154/2015, de 7 de agosto): Compatível com o financiamento privado do sistema? Benefícios? Perda de autonomia? Contaminação de ineficiências dos outros subsistemas na ADSE? Justifica-se uma participação paritária, apesar da superioridade da ADSE em termos de dimensão e eficiência?**

ADSE deverá ser separada. Serviços médicos militares deverão ser tratados à parte para os militares no activo. Para os restantes deverão ser incluídos na ADSE (não terão



massa crítica para estarem separados)

- . Revisão das responsabilidades atuais das entidades da Administração Local e Regional pelo financiamento do sistema **(reembolsos diretos aos quotizados no âmbito do regime livre e reembolsos à ADSE no âmbito do regime convencional)?**

Retirar completamente do modelo de funcionamento da ADSE esta parte. Evoluindo para uma mútua deverá ter os seus serviços em local próprio.

- . Descontos dos quotizados retidos, e não entregues à ADSE, por organismos das Regiões Autónomas, e dívidas reclamadas pelos Serviços Regionais de Saúde: **como resolver o problema sem prejuízo para de todos os quotizados?**

Encontrar uma solução política e desligar depois desses organismos.

- . **A atividade de controlo de faltas dos seus quotizados, exercida pela ADSE, é compatível com a imagem organizacional da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados?**

Não.

- . **A relação existente com a Autoridade Tributária: A autenticação no acesso à ADSE Direta é compatível com a identidade da ADSE e a sua afirmação como entidade independente, financiada exclusivamente pelos quotizados/contribuintes?**

Sim. O serviço de autenticação pode ser apenas isso, um serviço. Não estará é possivelmente na função da AT ser fornecedora apenas desse serviço.

- . **Promover a relação direta entre a ADSE e os quotizados responsabilizando-os pela entrega do desconto e atualização de situação e dados pessoais, alterando a atual intervenção das entidades públicas empregadoras?**

Sim. Sobretudo se for encarada a possibilidade de abertura a outras populações que não apenas os funcionários públicos.



2. Memorando reunião

Assunto: Auditoria de seguimento de recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 12/2015 – 2ª Secção (Proc.º n.º 25/2015 - Audit). Painel de peritos - realização de reuniões individuais com o Conselheiro Relator e a equipa de auditoria. Prof. Dr. Pedro Pita Barros

Local da reunião: Tribunal de Contas

Data e hora: 04.11.2015, 11:30 horas

Perito: Prof. Dr. Pedro Pita Barros

Temas abordados

1. Relação direta entre a ADSE e os quotizados responsabilizando-os pela entrega do desconto

Os benefícios da ADSE são contrapartida exclusiva da quota entregue não devendo estar dependentes de qualquer outra condição, designadamente da condição de trabalhador público. A partir do momento em que existe o SNS, deixa de fazer sentido a existência de uma ADSE financiada por todos; os quotizados apenas deverão ter direito aos serviços como contrapartida da taxa, não faz sentido o Estado assegurar uma dupla cobertura.

Do ponto de vista contabilístico, o desconto deve ser contabilizado em prestações de serviços, dado que são contribuições semelhantes aos prémios de seguros ou às quotas de uma associação mutualista. As taxas ou impostos cobrados pelo Estado para financiamento de despesas de saúde pressupõem um acesso universal ao serviço prestado (que qualquer pessoa que a pague tem acesso à respetiva contrapartida); não é o caso do desconto da ADSE, que é discriminatório: a ADSE presta serviços apenas a uma parte da população.

2. Retenção dos descontos pelas entidades empregadoras das Regiões Autónomas.

A retenção dos descontos pelas entidades empregadoras é um problema legal. Contudo, se os descontos não são entregues à entidade gestora do sistema, a ADSE, esta não tem que se responsabilizar financeiramente pelas prestações.

Concorda com a recomendação do Relatório de Auditoria n.º12/2015, no sentido de que os direitos dos quotizados cujas quotas não são entregues sejam suspensos enquanto os seus descontos não derem entrada nos cofres da ADSE. Os quotizados devem protestar junto das respetivas entidades empregadoras, que devem funcionar meramente como “caixas registadoras” para efeitos do cálculo e entrega do desconto.

3. Relações financeiras entre ADSE e SRS

Até 2010, a ADSE foi (parcialmente) financiada pelo Orçamento do Estado para pagar o serviço público prestado pelas entidades do SNS e dos SRS aos utentes que eram simultaneamente beneficiários da ADSE, funcionando neste circuito como “caixa registadora”.



Sem financiamento público para o efeito, não há qualquer razão para a ADSE pagar serviços prestados pelo SNS ou pelos SRS, exceto se do ponto de vista da gestão da ADSE for benéfico convencionar com estes uma prestação de serviços diferenciada dos utentes em geral aos seus beneficiários.

Sem esta convenção o desconto está a ser utilizado para um fim que não é o dele: financiamento de despesa pública. Trata-se de uma utilização abusiva do desconto. É fazer política com o desconto dos quotizados da ADSE, pois é uma obrigação constitucional e legal do SNS e dos SRS garantirem a cobertura financeira da prestação de cuidados de saúde, por meios próprios ou através de terceiros com os quais contratam. Assumir estes encargos é um ato de má gestão por parte dos decisores da ADSE, na medida em que obriga a mais contribuições dos restantes beneficiários sem que estes últimos tenham uma contrapartida dessa exigência adicional.

Admite-se a celebração de convenções entre a ADSE e os serviços públicos de saúde, se for do interesse da gestão da ADSE (tendo em conta que o Hospital público não está proibido de prestar serviços privados). Tem, no entanto, de haver o cuidado de não se convencionar serviços que caem no âmbito da responsabilidade do financiamento/prestação pública de cuidados de saúde, mas sim prestações que vão para além a esses serviços, por exemplo: maior rapidez no acesso ou utilização de um quarto particular no internamento, ou serviços que o SNS decida excluir mas a ADSE inclui. O ponto central é que os pagamentos da ADSE não devem servir para pagar atividade normal do SNS/SRS.

Nestas situações, a ADSE pode contratar um tratamento privilegiado para os seus beneficiários, tendo de pagar para o efeito. O preço resultaria do diferencial entre o custo do serviço público de saúde (ex. custo da diária de internamento em serviço público) e o custo do serviço privado (ex.: custo da diária de internamento em quarto particular), porque o custo do primeiro é da responsabilidade financeira do SNS/SRS relativamente ao universo dos seus utentes, onde se incluem os beneficiários da ADSE, devendo a ADSE apenas suportar a diferença. O arranjo legal exato poderá ter diferentes formatos.

No entanto, mesmo podendo os serviços públicos exercer atividade privada, o tratamento discriminatório de uma parte dos seus utentes pode suscitar questões de equidade. Tem que ficar claro que o que se convencionava é o que vai além da obrigação de serviço público, ficando claro que os quotizados da ADSE pagam um adicional (o desconto) para ter direito a esse tratamento diferenciado.

Quanto à possibilidade de a ADSE se autonomizar nas Regiões Autónomas, criando-se aqui “ADSEs” locais, entende que isso deve ser uma opção dos quotizados da ADSE que podem eventualmente admitir manter o esquema de benefícios nas Regiões. Se se verificar a cisão, as “ADSEs” locais podem não ter uma escala mínima para serem sustentáveis. Mas reitera que a decisão de manter ou não o esquema de benefícios na Região deve ser dos quotizados, não podendo a ADSE ser um instrumento de política dos Governos, da República ou Regionais. As decisões devem ser dos quotizados.

Quando no contributo escrito defendeu que a ADSE deve “desligar-se” das entidades da Administração Local e Regional quis dizer que, no seu entender, a ADSE deve ser transformada numa associação mutualista e relacionar-se diretamente com os quotizados. Como referido antes, as entidades empregadoras devem funcionar apenas como “caixas registadoras”.



Numa situação em que a ADSE seja autónoma do Estado, por exemplo constituída numa mútua, não o repugna que entidades públicas (designadamente, os Governos Regionais) contratem a ADSE para prestar benefícios adicionais de saúde a determinadas populações. Mas, reforça: ADSE tem que estar fora do âmbito do Estado, ser uma entidade de direito privado, financiada e gerida por privados. Reforçou que a ADSE não deve ser um instrumento de política dos Governos Regionais.

4. Modo de contribuição para o sistema

Um sistema financiado por contribuições iguais para todos, com base numa % de rendimento, ou de valor fixo, (ADSE - % de rendimento), tem de lidar com incentivos para auto-seleção, pois necessariamente os quotizados ponderam os custos e os benefícios que retiram do sistema, tendendo a sair aqueles cuja relação custo/benefício é negativa e a entrar/manter-se no sistema aqueles cuja relação custo/benefício é positiva.

Para evitar a auto-seleção, estes sistemas têm de aliar à contribuição, seja esta baseada em % do rendimento ou em valor fixo, critérios de gestão do risco: idade, género, área geográfica de residência, profissão, sendo que a ADSE tem um sistema de informação que lhe permite introduzir esses critérios. Porém, a introdução destes critérios é politicamente difícil.

Não defende por isso a fixação de limites máximo e mínimo de contribuição que, no seu entender, não resolvem o problema da auto-seleção e aumentam o risco de fraude, designadamente sobre a base de incidência do desconto.

O que é necessário é garantir uma adequada redistribuição de recursos entre saudáveis e doentes, na lógica de seguro. Atualmente a ADSE sustenta-se consideravelmente na redistribuição de rendimentos entre pessoas com mais e menos rendimentos (há alguma redistribuição baseada no risco).

5. Riscos associados à diminuição do número de quotizados da ADSE

Apenas uma situação em que a população associada no sistema ADSE diminua muito, colocando em causa a massa crítica da ADSE, designadamente para a negociação e celebração de convenções, é que será crítica.

Aumentar muito a dimensão de quotizados não traz necessariamente mais benefícios. Tudo depende do que as pessoas estão dispostas a pagar e da utilização que fazem.

Por exemplo, as seguradoras gerem o negócio com base na variedade dos riscos, no entanto (i) têm dificuldade em lidar com riscos catastróficos (v.g. doenças oncológicas) (ii) enfrentam atualmente o problema adicional da doença crónica: quando um segurado passa a ser doente crónico o seu estado de saúde deixa de ser um risco passível de diluição.

A ADSE financia atualmente estas doenças, não porque consiga gerir o risco, mas porque têm sido criadas condições financeiras para que, ainda, o possa fazer (contribuições do Estado; aumento da taxa de desconto). Terá, no entanto, de lidar no futuro com a existência de doentes crónicos, o que poderá passar por modelos que partilhem com os doentes a gestão da própria doença, como forma de reduzir custos e progressão da doença.

Na sua opinião, gerir a heterogeneidade das pessoas/dos riscos não é necessariamente mais fácil quando são muitos. Acresce a referida situação dos doentes crónicos, que eliminam o fator do risco.

Por outro lado, a dimensão não facilita a gestão, dado que a heterogeneidade reduz a capacidade de normalização.

Face ao SNS, a ADSE constitui uma dupla cobertura do cidadão que paga essencialmente o conforto e rapidez no acesso. Mas tal como o sistema está concebido o mesmo não impede um consumo adicional de cuidados sem efeitos para a saúde. Especulando sobre a evolução futura, a prazo pode-se verificar uma pressão no sentido da mudança de comportamentos, por exemplo não permitindo o acesso direto a consultas de especialidade. A despesa por beneficiário terá que ser reduzida.

Referiu ainda que as seguradoras em Portugal funcionam muito nas franjas do risco e no conforto do acesso mais fácil.

O funcionamento da ADSE como sistema alternativo ao SNS é possível, mas não é provável esta evolução da ADSE. O SNS assume atualmente duas responsabilidades: cobertura na proteção financeira da doença e cobertura na prestação de cuidados de saúde, sendo possível conceber, no futuro, a transferência de uma capitação para uma entidade que se substitui ao SNS na prestação dos cuidados de saúde. A ADSE tem atualmente dois papéis: conforto e rapidez (os quotizados compram tempo de acesso), e consumo adicional pelo mais fácil acesso.

6. Aumento da idade média da população de beneficiários

O aumento do número de aposentados é um risco a considerar. Porém, não é líquido que o aumento da idade média se traduza na insustentabilidade da ADSE pelo aumento dos custos médios: é apenas um dos efeitos a considerar.

Não se têm verificado muitas renúncias à ADSE, sendo que quem renuncia pode ser a população mais jovem, de rendimentos médios, dado que os jovens não relevam tanto os riscos de doença e interessa-lhes utilizar o dinheiro, que despendem na ADSE, noutros fins.

Sobre a possibilidade, colocada na reunião, da contribuição dos aposentados se basear na última remuneração enquanto ativo, considera que a mesma não lida com inflação (o valor da pensão é atualizado) e com critérios de risco: continua a não contrariar os incentivos à auto-seleção. E não tendo por referência o rendimento efetivo (a pensão) mas um rendimento superior, a pessoa é mais penalizada, criando-se nos mais saudáveis um incentivo para sair.

7. Mecanismos de solidariedade do sistema – familiares

O titular deve contribuir para o sistema de acordo com o número de familiares que o integram, ou seja, a contribuição deve ser associada ao número de familiares (sobretudo a partir do momento em que o subsistema é integralmente financiado por contribuições dos beneficiários).

8. Mecanismos de solidariedade do sistema – beneficiários titulares isentos, considerando o respetivo rendimento



Se estão isentos com base numa decisão pública, então o ónus da manutenção desta isenção deve ser transferido para o Estado, através dos apoios sociais.

Até agora estes mecanismos de solidariedade do sistema (pontos 7 e 8) não colocavam problemas, porque todo o risco e variabilidade eram absorvidos através da contribuição pública do Estado.

Tecnicamente, concorda com a recomendação do relatório de auditoria, no sentido da suspensão dos direitos destes beneficiários. No entanto, deve ser encontrada uma solução política de transição, dado esta suspensão criar problemas tanto aos agentes políticos como aos beneficiários da ADSE.

9. Introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos

Com a introdução de limiares mínimos e máximos para os descontos a questão do risco não é resolvida, vide ponto 4.

10. Variáveis da sustentabilidade

Refere, no seu contributo escrito, que “alargar a base de quotizados de forma a que incorpore beneficiários líquidos e não contribuintes líquidos só irá complicar a sustentabilidade”, considerando que o alargamento sem condições adicionais que previnam a auto-seleção, fica apenas dependente de quem quer ou não aderir. Para que tal ocorra é necessário condições adicionais: idade, pré-condições, para que fique assegurada uma adequada redistribuição de recursos entre saudáveis e doentes. Ver pontos 4 e 5.

11. Posicionamento orgânico da ADSE

Não concorda com a integração da ADSE no Estado: ADSE devia estar fora da estrutura da Administração Pública e ser gerida pelos quotizados.

A tutela a existir devia ser feita pela entidade que tutela as associações mutualistas.

Quanto à integração da ADSE no Ministério da Saúde discorda da mesma, entendendo que as funções são diferentes: Ministério da Saúde atua como prestador de cuidados e a ADSE é um mecanismo de proteção financeira em caso de doença.

Quem recolhe o financiamento necessário ao SNS não é o MS mas o Ministério das Finanças. Daí a ADSE estar até há pouco tempo na esfera do Ministério das Finanças. É de opinião que a integração da ADSE no MS foi uma decisão política e que a mesma poderá ter tido como objetivo transmitir a ideia de separação clara entre o financiamento da ADSE e o Orçamento do Estado, i.e, terminar a responsabilidade do Ministério das Finanças pelo financiamento da ADSE.

Vê inconvenientes na integração da ADSE no MS. Por exemplo, ADSE pode contratar com quaisquer prestadores de serviços e pode também excluir alguns prestadores. Dentro do MS será difícil à ADSE dizer que apenas contrata com o Hospital x ou y e não contrata com hospitais públicos (que se disponibilizem por exemplo a celebrar convenções que privilegiem os beneficiários da ADSE). Existe o risco de o MS “impor” a celebração de convenções.

A participação da ADSE no Colégio de Governo retira liberdade de gestão à ADSE.



A integração no MS afeta ainda a imagem da ADSE: as pessoas não percebem a diferença entre SNS e ADSE.

O único racional que poderia sustentar a integração da ADSE no MS seria o de este pretender aproveitar a estrutura da ADSE no âmbito da negociação e celebração de convenções para o SNS. Mas isto levaria ao fim da ADSE tal como é hoje. Seria transformá-la num instrumento de negociação do SNS.

12. Participação dos quotizados na gestão da ADSE

Concorda com a recomendação do Tribunal de Contas no sentido de os quotizados participarem nos órgãos de gestão da ADSE, constituindo a maioria dos membros ou tendo direito de veto de modo a disporem de poderes efetivos sobre a gestão estratégica e o controlo financeiro da ADSE, mas refere problemas de mobilização do interesse e organização dos quotizados.

13. Relação entre a ADSE e o Serviço Nacional de Saúde (efeito substitutivo)

Não existe um efeito substitutivo claro do SNS pela ADSE, ou seja não está demonstrado que a existência da ADSE implique uma maior utilização do setor privado da saúde e uma efetiva redução na procura de serviços do SNS, com a consequente redução de custos, pelo que não se sabe se esse efeito é relevante ou não.

Os dados de que dispõe sobre a despesa privada em saúde (e que se disponibilizou a remeter) revelam que aumentou a procura de cuidados de urgência nos hospitais privados por contrapartida da redução da procura de consultas em consultórios e clínicas de pequena dimensão. Não se verificou, em resultado daquele aumento, qualquer redução da procura de serviços de urgência nos hospitais públicos. Ou seja, houve um desvio da procura dentro do setor privado.

Numa referência ao setor público informou que o que se verificou foi uma reconfiguração da procura, com um aumento da procura programada e uma diminuição da procura não programada.

Relativamente ao efeito substitutivo da ADSE (e dos seguros voluntários de saúde) no SNS o que entende é que a consulta que é feita no privado podia não ser feita no SNS se a pessoa dispusesse apenas deste. Ou seja, as pessoas muitas vezes procuram o privado pela facilidade de acesso e porque pagam para utilizar o sistema privado, não porque exista uma necessidade efetiva.

Outro exemplo do que sucede no privado é que num sistema em que o acesso é aberto, a pessoa vai diretamente a um especialista, mais caro, quando por vezes a situação podia ser despistada e resolvida junto de um médico generalista, de forma menos dispendiosa. Deslocando-se ao SNS tal não aconteceria: a pessoa entra no sistema pelo médico de família que faz a avaliação da situação e só se se verificar a necessidade da intervenção de um especialista é que referenciará o doente. Ou seja, existem situações em que as consultas de especialidade não são necessárias, pelo que o recurso às mesmas não tem efeito substitutivo no SNS.

O mesmo efeito verifica-se no recurso aos serviços de urgência dos Hospitais privados: a sua utilização não significa que a alternativa fosse o acesso a um serviço de urgência do SNS, o motivo poderia não o justificar.



14. Tratamento fiscal dos descontos e das despesas suportadas pela ADSE e pelos seus quotizados

As deduções suscitam problemas de equidade e redistribuição da riqueza num sistema fiscal progressivo, ou seja, beneficiam os contribuintes com rendimentos mais elevados e introduzem um forte elemento de regressividade fiscal, designadamente pessoas isentas do pagamento de impostos não beneficiam das mesmas.

Não discute a existência de taxas e limites máximo de dedução de despesa de saúde sem ter em conta as suas consequências na progressividade do sistema fiscal. Acresce que, no seu entender, a despesa privada pode não corresponder à utilização adequada do sistema de saúde (vide ponto 13).

Referiu, ainda, que, com os dados de que dispõe sobre despesa privada em saúde, o que alteraria seriam as deduções de despesa com medicamentos, pois verifica-se um consumo desproporcionado de medicamentos entre pessoas, conforme pertençam a escalões de rendimento mais ou menos desfavorecidos.

15. Exercício da atividade de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas pela ADSE

A ADSE deve deixar de exercer esta atividade, ainda que remunerada pelas entidades empregadoras, pois não faz parte do seu *core business*.

16. Relação existente com a Autoridade Tributária quanto à autenticação no acesso à ADSE Direta

Para o cidadão, é conveniente a uniformização dos acessos e *passwords*, mas a criação de um acesso diferente para a ADSE do utilizado para a Autoridade Tributária contribui para a criação de uma identidade própria da ADSE, designadamente reforçando a ideia de que o desconto não é um imposto. Trata-se de um argumento forte para promover a separação entre a Autoridade Tributária e a ADSE.