



ROSA AMÉLIA PRATAS TEIXEIRA

## O FUTURO DA ADSE AUTOSSUSTENTABILIDADE DO SUBSISTEMA

Relatório de Estágio para cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do grau de mestre em Economia, na especialidade de Economia Financeira e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

JULHO 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA





FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# O FUTURO DA ADSE

AUTOSSUSTENTABILIDADE DO SUBSISTEMA

---

Rosa Amélia Pratas Teixeira

*Relatório de Estágio para cumprimento dos requisitos  
necessários para obtenção do grau de mestre em Economia,  
na especialidade de Economia Financeira e apresentado à  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*

**Orientador Académico:** Professora Doutora Carlota Quintal

**Supervisor Profissional:** Dr. Rogério Matos

**Agradecimento Especial:** Doutor Ricardo Viegas

COIMBRA - 2014



---

## ***Agradecimentos***

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional e por fazerem de mim o que sou hoje.

À minha irmã, pelo amor, companhia e por ser a melhor.

À minha família pelo carinho e preocupação.

Às minhas amigas, pela ajuda, alegria e companhia em todos os momentos.

Aos meus colegas, pela experiência vivida.

A toda a equipa ADSE, pela oportunidade, conhecimentos transmitidos e forma como me acolheram e integraram.

À minha orientadora Professora Doutora Carlota Quintal e ao meu “coorientador”, o Doutor Ricardo Viegas, por todo o conhecimento, compreensão, motivação e disponibilidade, essenciais para a elaboração deste Relatório de Estágio.

Agradeço, igualmente, ao Dr. Rogério, pela sua supervisão no âmbito do meu estágio na ADSE.

À Professora Doutora Adelaide Duarte por todo o conhecimento, motivação e disponibilidade.

Ao Dr. Miguel Laranjeira por todo o seu conhecimento e experiência dentro do departamento financeiro da ADSE.

À Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, pela formação de qualidade.



---

## **Resumo**

No âmbito do Mestrado em Economia Financeira da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, foi realizado um Estágio Curricular no organismo integrado no Ministério das Finanças e da Administração Pública na Direção-Geral De Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, geralmente conhecido pela sigla ADSE, no período compreendido entre 10 de Fevereiro e 31 de Maio de 2014, na área Financeira da Entidade.

Os objetivos deste trabalho prendem-se (1) com o esclarecimento do intenso debate a que se tem assistido acerca da sustentabilidade económica e financeira da entidade pública ADSE; (2) comparar o subsistema com os benefícios de um Seguro Privado de Saúde (SPS) e (3) avaliar o grau de satisfação dos seus beneficiários tendo em conta diversos fatores exógenos.

As principais conclusões retiradas suportam a sustentabilidade económico-financeira do subsistema à luz do quadro de financiamento e de captação de receitas atuais da Entidade, demonstrando, de igual modo vantagens importantes para os seus beneficiários comparativamente aos benefícios potenciais advindos da subscrição de um SPS. Contudo, a viabilidade e a existência do Organismo com as suas vantagens comparativas atuais, no médio prazo, não é clara, atendendo a condicionantes internas e externas de natureza política, económica e demográfica. Estas implicações serão avaliadas e discutidas no final do presente trabalho.

**Palavras-Chave:** ADSE, Ministério das Finanças, Sustentabilidade, Seguro Privado de Saúde, Satisfação.





---

## ***Abstract***

Within the scope of the Master's Degree in Financial Economics of the Faculty of Economics of the University of Coimbra, a curricular internship was performed in the integrated entity of the Ministry of Finances and Public Administration, within the General Directorate of Social Protection of Employees in Public Functions, generally known as ADSE, during the period between February, 10<sup>th</sup> and May, 31<sup>st</sup> 2014, in the entity's financial department.

The objectives of this work are (1) to shed light on the ongoing intensive debate on the economic and financial sustainability of the public entity ADSE; (2) to compare the subsystem's benefits with those of a Private Health Insurance (SPS) and (3) to evaluate the degree of satisfaction of its beneficiaries, considering various exogenous factors.

The general conclusions support the financial and economic sustainability of the subsystem, in light of the entity's current funding and revenue collection, revealing, likewise, important advantages to its beneficiaries comparatively to the benefits arising from the subscription of a SPS. However, the entity's existence and viability, with its current comparative advantages, are not clear in the medium term, due to internal and external political, economic and demographic constraints. These implications will be assessed and discussed in the final part of the current work.

**Keywords:** ADSE, Ministry of Finance, Sustainability, Private Health Insurance, Satisfaction.



---

## Lista de Siglas/ Acrónimos

1. ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
2. ADSE – Direção-Geral De Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
3. APHP - Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
4. BCE – Banco Central Europeu
5. DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
6. EE – Entidade Empregadora
7. FMI – Fundo Monetário Internacional
8. FP – Funcionários Públicos
9. IRS - Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares
10. OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
11. OE – Orçamento de Estado
12. PIDDAC - Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
13. SAD – Serviços de Assistência na Doença das Forças Policiais
14. SNS – Serviço Nacional de Saúde
15. SPS – Seguro Privado de Saúde
16. UE – União Europeia



---

# Índice

AGRADECIMENTOS .....	III
RESUMO .....	V
ABSTRACT .....	VII
LISTA DE SIGLAS/ ACRÓNIMOS.....	IX
ÍNDICE .....	11
INTRODUÇÃO .....	15
<b>1. ADSE.....</b>	<b>21</b>
1.1 DESIGNAÇÃO .....	21
1.2 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	22
1.3 ÁREAS DE FINANCIAMENTO .....	24
<b>2. OS DESAFIOS DO SUBSISTEMA.....</b>	<b>27</b>
2.1 ESTADO REDUZ DESPESAS COM A SAÚDE EM PORTUGAL.....	27
2.2 DEBATE EM TORNO DA ADSE .....	29
2.2.1 Perspetivas sobre o Subsistema.....	31
2.3 SUSTENTABILIDADE .....	33
2.3.1 Despesa.....	35
2.3.2 Financiamento .....	39
<b>3. ADSE E SPS UMA ANÁLISE COMPARADA .....</b>	<b>49</b>
3.1 METODOLOGIA .....	49
3.2 ADSE VS SEGURO PRIVADO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE PERFIL COMPARATIVO.....	50
3.2.1 Comparação entre diferentes Seguros Privados de Saúde – SPS.....	52
3.2.2 ADSE vs SPS.....	54

3.3	PERCEÇÃO DE BENEFÍCIOS E SATISFAÇÃO.....	57
3.3.1	Resultados.....	60
<b>4.</b>	<b>DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES: A SUSTENTABILIDADE DA ADSE .....</b>	<b>69</b>
4.1	CONCLUSÃO .....	69
4.2	LIMITAÇÕES.....	72
4.3	SUMÁRIO DE CONCLUSÕES.....	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
	ANEXOS.....	83
	ANEXO I: QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E DE PERCEÇÃO DE BENEFÍCIOS DA ADSE.....	85
	ANEXO II: LIBERTY SEGUROS (28 ANOS) /LIBERTY SEGUROS (45 ANOS).....	90
	ANEXO III: OCIDENTAL SEGUROS 28 ANOS/LIBERTY SEGUROS 28 ANOS .....	93
	ANEXO IV: LIBERTY SEGUROS EM DIFERENTES OPÇÕES.....	96
	ANEXO V: BREVE COMPARAÇÃO ENTRE SNS, SPS E ADSE .....	99







---

## Introdução

Terminada a componente académica do Mestrado em Economia Financeira, e perante a opção colocada entre percurso científico ou profissional, foi escolhida a segunda, uma vez que seria, por um lado, uma oportunidade para ter a primeira experiência no mercado de trabalho, e, por outro, uma ocasião para conhecer alguns dos procedimentos inerentes ao dia-a-dia das organizações e ao seu funcionamento.

Neste âmbito, realizou-se um estágio curricular na Direção-Geral De Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas – ADSE, na Praça de Alvalade em Lisboa. É neste contexto que se insere este relatório de estágio sobre o futuro e autossustentabilidade da ADSE.

Numa altura em que a crise económico-financeira se faz sentir de forma bastante acentuada e com as condições de vida cada vez mais difíceis para a população em geral, o aumento de 2,5% para 3,5 % da contribuição dos beneficiários para a ADSE tem sido alvo de intenso debate. Deste modo, e atendendo à natureza do contexto económico-financeiro sumariamente descrito, vários autores vêm colocar em causa a permanência dos beneficiários neste subsistema assim como a própria existência do subsistema de saúde ADSE.

A verdade é que o comportamento dos indivíduos é influenciado pelas componentes de cada seguro, conclusão que tem sido suportada por diversos trabalhos empíricos. Barros et al., (2008) estimaram o impacto da ADSE no número de consultas médicas, número de análises ao sangue e urina e na probabilidade de consultas de estomatologia até pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Concluíram que, de uma maneira geral, o impacto da ADSE é claramente positivo. Para a amostra total analisada, e em particular no grupo de indivíduos com ADSE, verificou-se um aumento de 6% no número de consultas médicas, um aumento de 15,8% no número de análises ao sangue e à urina e um aumento de 7% na probabilidade de consultarem um estomatologista pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Os mesmos autores acrescentam ainda que o efeito no grupo de indivíduos com ADSE apresentou uma maior expressão na classe jovem (entre os 18-30 anos), onde se verificou um aumento de

21,3% no número de consultas médicas, um aumento de 30% no número de análises ao sangue e à urina e um aumento de 11,6% na probabilidade de consultarem um estomatologista pela menos uma vez nos últimos 12 meses. (Barros et al., 2008)

Assumindo que os indivíduos alteram o seu comportamento, e que esse comportamento não é passível de ser completamente controlado pelas entidades seguradoras, estas adotam alguns mecanismos para evitar a situação de risco moral. Assim sendo, as entidades seguradoras podem utilizar uma rede de prestadores, aplicar copagamentos (pagamentos por parte do consumidor, no ato do consumo), excluir determinados serviços, exigir uma autorização prévia para os serviços e até impor uma cobertura máxima nos consumos, entre outras. Com o estudo realizado pretende-se analisar as condições oferecidas pelos Seguros de Saúde Privados (SPS) e compreender o grau em que as suas matrizes de copagamento poderão resultar, na prática, numa renúncia à ADSE. O segundo nível de análise presente neste estudo visa complementar a avaliação da sustentabilidade do subsistema ADSE com dados comportamentais, uma vez que, face à legitimidade e importância do debate em curso, torna-se necessário compreender as posições expressas pela população, as quais, em última análise, contribuem de forma significativa para as posições e decisões políticas em torno dos órgãos de ação pública.

Adicionalmente, este relatório visa aferir se os objetivos propostos no Memorando de Entendimento 2011, assinado pelo Estado Português e pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, referentes à autossustentabilidade financeira da entidade ADSE são passíveis de ser atingidos.

Assim sendo, o presente trabalho reveste-se de uma utilidade social particular, na medida em que se presta a analisar as componentes relevantes do organismo ADSE. Ao facultar informações importantes acerca dos beneficiários do organismo ADSE bem como ao estabelecer grelhas de leitura comparativas com os seus concorrentes indiretos, contribui, ainda que modestamente, para clarificar o debate em torno da existência e manutenção desta entidade pública.





***Enquadramento  
Contextual***



---

# 1. ADSE

## 1.1 DESIGNAÇÃO

ADSE é a sigla para 'Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado', designação inicial atribuída ao organismo em 1963. A designação foi alterada em 1980 para "Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, tendo sido recentemente alterada para Direção-Geral De Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

Este organismo constitui-se como um serviço integrado do Ministério das Finanças e da Administração Pública, dotado de autonomia administrativa, que tem a responsabilidade de gerir o sistema de proteção social aos trabalhadores do sector público administrativo.

A Direção-Geral assegura o financiamento de despesas relacionadas com a saúde, em conformidade com o previsto no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro. Não tem qualquer responsabilidade na gestão da prestação de cuidados de saúde, nem contrata esta prestação.

A ADSE comparticipa, nos encargos com cuidados de saúde, nas percentagens e nos montantes estabelecidos por lei e constantes das tabelas em vigor, publicadas em Diário da República, II Série.

A ADSE tem **como missão** central assegurar aos trabalhadores da Administração Pública e seus familiares o acesso efetivo à proteção social no âmbito dos cuidados de saúde e prestar apoio aos beneficiários, nomeadamente quando se encontrem numa situação de grave e continuada carência económica. (Ministério das Finanças, 2013)

## 1.2 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA

- 1963** - Foi fundada a ADSE, que teve como escopo inicial “colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas”. (Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de Abril de 1963).
- 1972** - Alargamento do âmbito de aplicação pessoal, abrangendo sucessivamente: trabalhadores dos organismos autónomos, pessoal dos corpos administrativos (Autarquias Locais), aposentados, cônjuges e filhos.
- 1979** - Foi criado o desconto de 0,5% a aplicar nos vencimentos dos funcionários e agentes da administração pública central, regional e local ficando isentos os funcionários e agentes aposentado (Lei n.º 21-A/79 de 25 de Junho e Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 30 de Junho).  
Foi instituído o desconto obrigatório para a ADSE (Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 18 de Outubro).  
Foi criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, com origens em 1971 e aprofundado até 1974, data a partir da qual a política da saúde regista adicais e progressivas modificações, até ao direito reconhecido na Constituição da República que “todos têm direito à saúde” (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro).  
1980 Aprovou-se a transformação da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado na atual Direção-Geral, embora mantendo a sigla “ADSE” (Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 Outubro).
- 1981** - Foi fixado em 1% o desconto obrigatório nos vencimentos dos funcionários e agentes dos serviços do Estado, beneficiários da ADSE (Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de Maio).
- 1988** - Foi viabilizada a inscrição dos docentes do ensino não superior na ADSE, desde que inscritos na CGA e celebrado acordo (Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de Setembro).  
Instituiu mecanismos de controlo da doença, que se concretizam na verificação domiciliária e na intervenção de uma junta médica, após o funcionário atingir o limite de 60 dias consecutivos de ausência ao serviço (Decreto-Lei n.º 497/88, de 30 de Dezembro e do Decreto Regulamentar n.º 41/90, de 29 de Novembro)
- 2001** - Foi atribuída à Direção-Geral a responsabilidade pelo pagamento do subsídio de acompanhante e o do complemento por dependência aos subscritores da Caixa Geral de Aposentações que sofram de doença do foro oncológico ou paramiloidose familiar (Decreto-Lei n.º 173/2001, de 31 de Maio).



**2005** - São introduzidas algumas novas regras no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro:

- Concede aos beneficiários titulares da ADSE, o direito de opção pela inscrição em sistema de assistência, desde que em situação de matrimónio ou viva em união de facto com beneficiário titular de outro subsistema;
- Equipara a ADSE a entidade administradora das receitas provenientes do desconto obrigatório, previsto no Decreto-Lei n.º 125/81, de 23 de Maio;
- Estabelece o carácter facultativo da inscrição e a possibilidade de renúncia, com carácter definitivo a essa inscrição, para funcionários e agentes que iniciem funções a partir de 1 de Janeiro de 2006.

**2006** - Fixa o desconto em 1,5% calculado sobre o valor da remuneração base dos beneficiários titulares no ativo e em 1% sobre o valor das pensões de aposentação e reforma dos beneficiários em tais situações. Portaria n.º 701/2006, de 13 de Julho, regulamenta o procedimento de inscrição na ADSE, como beneficiários familiares, das pessoas que vivam em união de facto com o beneficiário titular.

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

**2008** - No quadro da reestruturação da Administração Pública, a ADSE adota um novo logótipo (Portaria n.º 271/2008, de 29 de Janeiro).



**Figura 1:** Evolução logotipo ADSE

**Fonte:** Ministério das Finanças (2013)

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

**2010** - É subscrito o memorando de entendimento pelos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Saúde, da Defesa Nacional e da Administração Interna, com o objetivo de eliminar as relações financeiras entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a Direção-Geral De Proteção Social aos Trabalhadores

em Funções Públicas (ADSE), o Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA), os Serviços de Assistência na Doença (SAD) da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP). O Orçamento do Estado passa a financiar diretamente as Entidades que constituem o SNS. Com a lei do Orçamento de Estado para 2011 (Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro) foi alterado o DL 118/83 para instituir uma contribuição da ADSE de 2,5%, a suportar pelas Entidades Empregadoras, enquanto serviços integrados e autónomos.

**2011** - A partir de 1 de Janeiro de 2011, as entidades responsáveis pelo processamento de remunerações e pensões passam a entregar as verbas retidas aos beneficiários titulares, diretamente à ADSE. Em 17 de Maio de 2011, o Estado Português subscreve com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo monetário Internacional (FMI) o Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, que visa a concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal. Este Memorando vem determinar, ao nível da área da Política Orçamental, a redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD) diminuindo a comparticipação da Entidade Empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com o objetivo de alcançar um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas. Prevê-se, assim, que o custo global orçamental dos sistemas atuais – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Forças Policiais) – será reduzido

(Ministério das Finanças, 2013)

### **1.3 ÁREAS DE FINANCIAMENTO**

O financiamento da ADSE pode ser agrupado em três áreas: o regime convencionado, o regime livre e os medicamentos.

Os dois primeiros regimes, convencionado e livre, salvaguardam o direito de livre escolha do beneficiário, não tendo a Direção-Geral qualquer responsabilidade na afetação da procura dos beneficiários aos prestadores.

O regime convencionado constitui uma modalidade de acesso a cuidados de saúde regulada por acordos celebrados com prestadores, onde previamente se estabelecem os cuidados de saúde abrangidos, as regras a cumprir, o preço a praticar e o copagamento do beneficiário.

No regime livre, o acesso aos cuidados de saúde tem como contrapartida o financiamento da totalidade da despesa pelo próprio beneficiário, o qual será posteriormente reembolsado de parte ou da totalidade do respetivo valor pela Direção-Geral, ou pelas entidades empregadoras integradas na Administração Local e nas Regiões Autónomas.

Desde 2010, as entidades prestadoras do Serviço Nacional de Saúde deixaram de emitir faturação pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários da ADSE, depois do Memorando de Entendimento subscrito pelos Ministros da Saúde, da Defesa, da Administração Interna e das Finanças.

Com o regime de financiamento direto do SNS, subjacente àquele memorando e refletido na Lei do Orçamento de Estado para 2011, as farmácias só faturam à Direção-Geral as comparticipações dos medicamentos dispensados a beneficiários da ADSE quando prescritos por médicos no exercício de atividades privadas e fora do âmbito do SNS.

A despesa com os medicamentos prescritos e dispensados a beneficiários da ADSE, mediante prescrição emitida no âmbito de qualquer estabelecimento integrado ou ao serviço do SNS, a qualquer título, é financeiramente assumida pelo Ministério da Saúde.

Os beneficiários da ADSE porque mantêm o seu estatuto de utente do SNS estão sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras, estando também abrangidos pelo regime de isenção das mesmas.

O acesso aos cuidados de saúde no âmbito do regime de benefícios da ADSE exige o cofinanciamento do beneficiário: (1) preço fixado no regime convencionado (2) parte da despesa que não é reembolsada no regime livre.



---

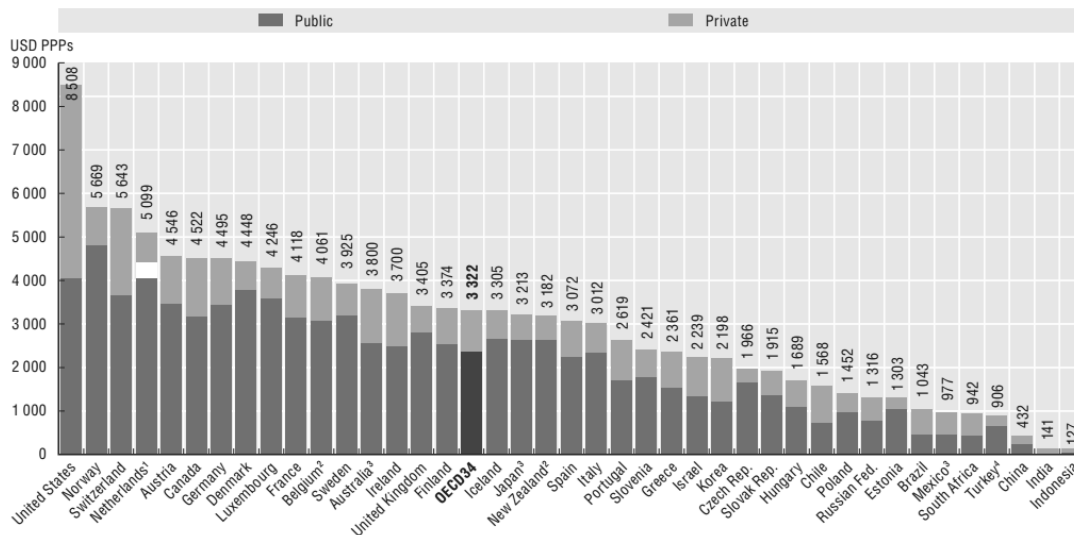
## 2. Os Desafios do Subsistema

### 2.1 ESTADO REDUZ DESPESAS COM A SAÚDE EM PORTUGAL

Tal como sucede com a maioria dos países desenvolvidos, o sector da saúde em Portugal tem sofrido uma expansão, com o total das despesas com a saúde a corresponderem, em 2011, a 10,2% do PIB, acima da média dos países da OCDE (9,3%). Contudo, em termos de gastos de saúde *per capita*, os números são inferiores aos da média da OCDE (2619 US dólares por pessoa, comparativamente aos 3322 US dólares por pessoa). Entre 2000 e 2009, o crescimento médio anual nas despesas de saúde *per capita*, em termos reais, foi de 1,8%, caindo para -2,2% entre 2009 e 2011 (OCDE, 2013).

Ademais, em 2014, as transferências do Orçamento do Estado para o SNS serão apenas de 7.582,1 milhões €, ou seja, menos 300,4 milhões € do que as de 2013 (7.882,5 milhões €), o que representa apenas mais 223,2 milhões € do que os juros pagos só pelo Estado, que atingirão 7.358,9 milhões € em 2014, os quais crescem todos os anos enquanto as transferências do OE para o SNS diminuem. Se dividirmos o que irá ser transferido do OE para o SNS em 2014 pela população portuguesa obtém-se um valor por habitante de 715€ (Rosa, 2014).

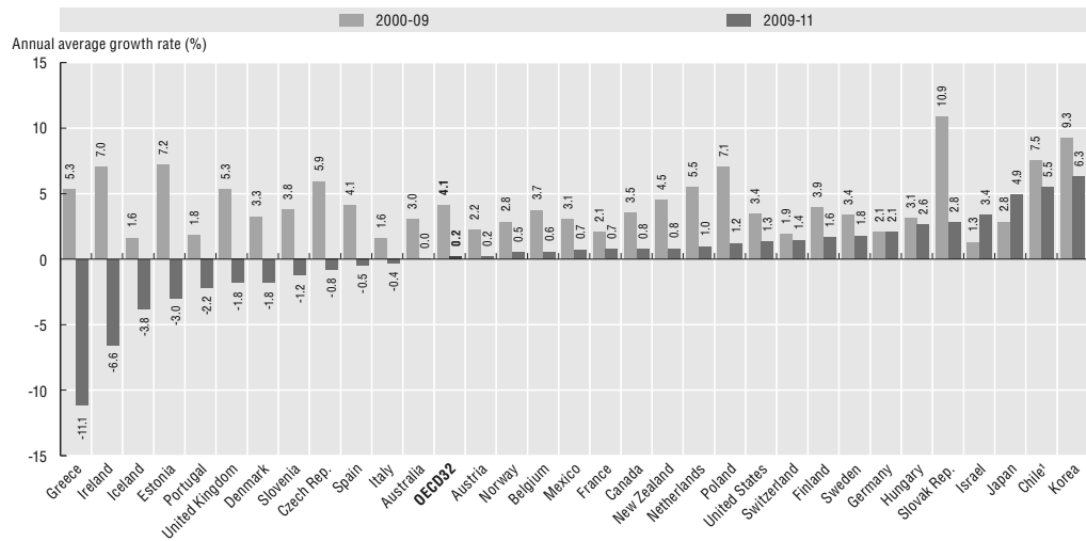
Comparemos este valor com os da figura seguinte, retirada da publicação da OCDE *Health at a glance – 2013*



**Figura 2:** Despesas de saúde per capita, 2011 (ou ano mais próximo)

**Fonte:** OCDE *Health at a glance – 2013*

Em 2011, como mostra a Figura 2, Portugal era dos países onde os gastos públicos com a saúde por habitante eram inferiores à média dos países da OCDE (em US dólares por pessoa representavam apenas 70,5% da capitação média dos países da OCDE). E desde 2011, as reduções na saúde têm sido significativas. Segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República, aquando do debate do OE-2014, entre 2011 e 2014, a despesa do Estado com a saúde dos portugueses (não apenas com o SNS) diminuirá de 9.170,6 milhões de euros para 8.336,9 milhões de euros, ou seja, reduz-se 833,7 milhões de euros em valores nominais, porque em termos reais a redução será mais expressiva. Apesar do que foi dito, uma parte substancial destes subsistemas é financiado pelos próprios utilizadores (Rosa, 2014).



**Figura 3:** Taxa anual média de crescimento das despesas de saúde per capita, em termos reais, 2000-2011.

**Fonte:** OCDE Health at a glance – 2013

## 2.2 DEBATE EM TORNO DA ADSE

Recentemente, a ADSE voltou ao palco da atenção mediática (Beleza, 2014). A evolução da ADSE não é um assunto simples, politicamente mas também tecnicamente. Algumas das críticas apontadas à sua existência, assentam na ideia de que esta presta um serviço a apenas alguns funcionários públicos, isto porque persiste a ideia que tais subsistemas são um privilégio e que a sua liquidação trará mais igualdade no acesso à saúde (Barros, 2013a).

Contudo, de acordo com os dados disponíveis, as despesas da ADSE não acrescem a despesa do SNS, antes substituem o esforço financeiro do Ministério da Saúde, com a vantagem adicional de aliviar o recurso ao financiamento exclusivo através das receitas fiscais. (Ministério das Finanças, 2013)

A ADSE, abrangia, em 2013, segundo o seu Plano de Atividades do mesmo ano, 1.332.666 portugueses (trabalhadores e aposentados da Função Pública e respetivos familiares). Os subsistemas de saúde ADM e SAD abrangem, respetivamente, os militares (32.367) e as forças de segurança (43.049), os reformados destas forças (cerca de 64.000) e respetivos familiares (mais de 140.000), o que somados aos da ADSE, ultrapassam os 1,6 milhões de portugueses. De acordo com autores como

Rosa (2014), estes subsistemas prestam serviços de saúde a 1,6 milhões de portugueses, permitindo um alívio do SNS com conseqüente canalização de recursos para os restantes portugueses. Este autor afirma que as implicações da eliminação destes subsistemas para o SNS refletir-se-ão negativamente, de forma severa, nos cuidados de saúde dos 1,6 milhões de portugueses, através do aumento significativo das listas e os tempos de espera, a insuficiência de profissionais de saúde, de medicamentos e de consumíveis, entre outras, nas unidades de saúde. O autor considera ainda que, em termos financeiros, são subsistemas com reduzidos encargos para o Estado (Rosa, 2014).

Existem muitos comentários em torno da ADSE, sendo importante salientar que o trabalhador privado desconta 11% do seu salário para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, dos quais 10% são para o Fundo Nacional de Pensões e 1% para o Fundo de Garantia Salarial e para o Fundo de Desemprego (Fernandes, 2013).

Os funcionários públicos descontam 2,5% do seu salário bruto para a ADSE, um subsistema de saúde sem fins lucrativos, e 11% para a Caixa Geral de Aposentações. Assim, o funcionário público desconta 13,5% do seu salário, face aos 11% do trabalhador privado. Se forem considerados os descontos equiparados para os mesmos fins, ou seja, 11% para a reforma, conclui-se que o funcionário público não só desconta para ter um subsistema de saúde que lhe permita alguma qualidade na área da saúde, como ajuda a suportar os encargos com o SNS (Fernandes, 2013).

A ADSE tem sido alvo de críticas, por um lado pela ideia de que é um privilégio para os funcionários públicos, e por outro, por garantir com dinheiro dos contribuintes a subsistência dos grupos privados de saúde. De facto, a ADSE é um dos mais importantes financiadores do setor privado de saúde: segundo a própria Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), a ADSE transferiu para os hospitais, clínicas e laboratórios privados 492 milhões de euros em 2011, último ano para o qual existem dados disponíveis. Em paralelo, com o aumento das taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços privados registaram um número crescente de utentes: em 2012, o número de atendimentos rondou os dois milhões, um aumento de 250 mil face a 2011 (Azenha, 2013).

As transferências da ADSE, com mais de 1,3 milhões de beneficiários, para o sector privado, são uma consequência de os beneficiários desse regime recorrerem aos serviços dos hospitais, clínicas e laboratórios privados: segundo a APHP, do total transferido em 2011, 172 milhões de euros são relativos a pagamentos do Estado, 222 milhões de euros de descontos dos beneficiários e 98 milhões de euros de copagamentos dos mesmos beneficiários (Azenha, 2013).



### 2.2.1 Perspetivas sobre o Subsistema

O debate em torno deste tema resulta das várias perspetivas sobre o papel e futuro da ADSE.

A APHP, presidida por Teófilo Leite, alega que, "se a ADSE acabasse, o SNS teria de assegurar os serviços/cuidados de saúde que hoje são pagos, no valor mínimo de 492 milhões de euros". E remata: "O impacto líquido mínimo no Orçamento de Estado seria assim de 320 milhões de euros" (Azenha, 2013). Alternativamente, o bastonário da Ordem dos Médicos faz uma análise diferente, alegando que "O Estado coloca em causa a sustentabilidade do SNS ao desviar financiamento público para o sector privado, garantindo a sustentabilidade financeira desse sector privado", colocando a questão "Por que razão o Estado não usa esse dinheiro [da ADSE] para melhorar a sustentabilidade do SNS?" (Azenha, 2013).

Por outro lado, quem aponta virtudes ao subsistema, destaca a sua importância como benefício com o qual se podia acenar aos trabalhadores do sector público, na sua eficiência e no dinheiro que o Serviço Nacional de Saúde pouparia com os doentes que optariam pelos cuidados de saúde privados.

Elementos governativos, tais como o secretário de Estado da Saúde, Manuel Teixeira, alegam que suprimir a ADSE nunca foi planeado, reconhecendo, por exemplo, que "isso resultaria, a curto prazo, no aumento das listas de espera do SNS" (Santos, 2014).

Este dirigente entende, igualmente, que num cenário de fim da ADSE o Serviço Nacional de Saúde (SNS) poderia "manter na sua esfera parte ou a totalidade dessas convenções ou acordos". Contudo, o mesmo afirma que não será essa a linha seguida pela estrutura dirigente, em virtude da determinação em "preservar algumas virtualidades" do subsistema, ainda que sem dar continuidade à dupla cobertura que existia (Santos, 2014). Mais ainda, afirma que "a vantagem da ADSE é constituir-se como um 'germe' de seguro público de saúde, garantindo liberdade de escolha ao beneficiário relativamente ao prestador de cuidados de saúde". Este quadro governativo alega que o atual orçamento do subsistema é suficiente para as necessidades dos mais de 1,3 milhões de beneficiários (Santos, 2014).

Para quadros como o médico e gestor Adalberto Campos Fernandes, "a questão da existência da ADSE deixa de fazer sentido no momento em que esta já se autofinancia". "O que não fazia sentido era o Estado patrocinar através do seu dinheiro dois tipos de acesso, proporcionando que uma população tivesse uma dupla cobertura" (Santos, 2014). Este agente de Saúde Pública considera que a opção pelo fim seria "insensível e irresponsável", já que "as pessoas veem a ADSE como um benefício perante a desvalorização do SNS e haveria mais um sentimento de perda". Quanto

aos privados, o autor contrapõe que “dizem não precisar da ADSE, mas não abdicam dela (Santos, 2014).

Por outro lado, autores como o economista Álvaro Almeida, observam que “o facto de [alguém] desistir da ADSE ser uma decisão irrevogável é o fator que faz com que as pessoas não saiam” perante o permanente “cenário de incerteza”. Nos últimos dois anos foram pouco mais de 700 pessoas a sair (Santos, 2014). O autor foca as vantagens: “É preciso lembrar que se a ADSE acabasse os encargos do SNS subiriam entre 5% e 10%, o que corresponderia a mais 300 ou 400 milhões de euros. Os centros de saúde e hospitais entrariam em colapso, até porque a ADSE é mais eficiente por pagar preços mais baixos e ter de ser o prestador a adaptar-se” (Santos, 2014). Outros autores destacam ainda que o sistema é também atrativo para alguns clínicos que trabalham no privado, já que a ADSE não exclui as patologias mais graves e os médicos podem assim ver casos mais complexos do que os que chegam pelos seguros. “A ADSE é o único seguro que segue a lógica dos impostos e em que há uma redistribuição dos mais ricos para os mais pobres e dos mais saudáveis para os mais doentes” (Santos, 2014).

José Mendes Ribeiro, economista e coordenador do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, alega que os descontos dos beneficiários não deveriam ultrapassar os 2,5%, defendendo que “o Estado deveria assumir uma componente do que é prestado a estas pessoas, que também pagam os seus impostos”. O autor afirma que da despesa global da ADSE, que se ficou pelos 457 milhões de euros em 2012, é necessário descontar os cuidados e medicamentos que o SNS teria de prestar de todas as formas, considerando que, retirada essa verba, sem contar com internamentos no sector público, “a despesa da ADSE seria de 170 milhões de euros, não muito diferente das contribuições só da entidade patronal” (Santos, 2014)

De acordo com Barros (2013b), nas despesas da ADSE “não entram os custos que os seus beneficiários têm no SNS, pelo que não se podem comparar os dois sistemas”, afirmando ainda que “a ADSE tinha uma população regra geral mais saudável, mais educada e com maior rendimento que a população coberta apenas pelo SNS”, o que também contribui para os resultados”.

Perante um cenário em que se equaciona a decomposição do sistema, o autor adianta vários cenários: “Se a ADSE terminar, a procura de cuidados de saúde que é coberta irá dividir-se em três grupos: procura que deixa de se verificar por redução de facilidade de acesso (e que não era provavelmente toda necessária); procura que se vai continuar a dirigir ao sector privado (em regime de pagamento direto ou cobertura por seguro), e procura que se vai dirigir aos prestadores do SNS.” Para a

última hipótese, o autor afirma que “nada impede que o SNS contrate no sector privado a prestação que necessitar, mesmo que seja por um período de ajustamento” (Barros, 2013 b).

Porém, num estudo publicado em Janeiro, o economista Eugénio Rosa, apesar de defender o interesse da ADSE para o negócio dos privados, faz uma análise na qual sugere que dividindo a contribuição pública anual pelos utilizadores, se obtém um valor de 102 euros por cada beneficiário, o que, segundo o mesmo autor, demonstra que “a maior parte da despesa é paga pelos próprios beneficiários, o que poupa dinheiro ao Estado”. O autor afirma que se se multiplicar os aproximadamente 700 euros anuais a que cada cidadão teria direito no SNS, por via dos seus impostos, o Estado teria de transferir mais de 950 milhões de euros para a ADSE, um valor muito acima dos atuais 136 milhões de euros (Rosa, 2014).

### **2.3 SUSTENTABILIDADE**

Este debate em torno da ADSE tem sido de carácter intensivo e para muitos críticos a solução passa pela sua autossustentabilidade, ou seja, o subsistema se financiar exclusivamente com receitas próprias sem recorrer a transferências do Orçamento de Estado.

Atendendo a dificuldades de financiamento externo, o Estado Português, subscreveu com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo monetário Internacional (FMI), em 17 de Maio de 2011, o Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, que visava a concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal (Ministério das Finanças, 2013).

Este Memorando vem estabelecer nas Medidas Orçamentais Estruturais, mais concretamente na Saúde, que “com o objetivo de alcançar um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas, o custo global orçamental dos sistemas atuais – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Forças Policiais) – será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Seguir-se-ão reduções adicionais a taxas semelhantes nos anos subsequentes, com vista a que os sistemas se financiem por si próprios até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através do decréscimo das contribuições da Entidade Empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde” (União Europeia & Banco Central Europeu, 2011).

Deste modo, o principal objetivo estratégico da ADSE é atingir a autossustentabilidade financeira, ou seja, realizar uma atividade cujo financiamento seja assegurado exclusivamente pelas receitas próprias geradas pelas retenções às remunerações e pensões dos trabalhadores e aposentados, vulgarmente reconhecido pelo “desconto”.

Este ajustamento, de acordo com o Memorando de Entendimento, deverá ser atingido aumentando as contribuições dos beneficiários e reduzindo, ou pelo menos redefinindo, o tipo e abrangência das coberturas fornecidas, sendo de destacar que a ADSE é financiada essencialmente por duas fontes: Orçamento do Estado, por via dos descontos das entidades da administração pública empregadoras dos trabalhadores, e, em paralelo, pelas contribuições dos beneficiários (ativos e aposentados), que realizam descontos de acordo com os respetivos vencimentos (Barros, 2013a).

Foi esta a linha seguida pelo Governo, que decidiu aumentar os descontos dos trabalhadores para este sistema para os 3,5% já em Março de 2014, quando em 2013 a verba estava nos 2,5%.

“Na ocasião, o Governo referiu, em comunicado, que “esta alteração visa que os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde sejam autofinanciáveis, isto é, assentes nas contribuições dos seus beneficiários, e tem por pressuposto o seu carácter voluntário, para onde evoluirão também o ADM [para os militares] e os SAD [para PSP e GNR]” (Agência Lusa, 2014).

A entidade patronal continua a descontar 2,5% a título excecional neste ano, e metade desta percentagem vai reverter para o Ministério das Finanças. No memorando da Troika, o objetivo era tornar o sistema totalmente dependente dos descontos dos beneficiários em 2016, mas com o chumbo por parte do Tribunal Constitucional da convergência das pensões, o Governo decidiu antecipar a meta para poder retirar mais rapidamente as verbas públicas (Santos, 2014).

Dentro deste contexto para a redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas, a Proposta de Orçamento do Estado 2013 declara que “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)” (Ministério das Finanças, 2013.) sendo esse montante determinado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. Ou seja, do desconto da entidade empregadora de 2,5%, metade reverte para o Ministério das Finanças.

A transferência de parte da receita cobrada por conta da contribuição da entidade empregadora terá como contrapartida a transferência das despesas que deverão ser

assumidas pelo SNS. É neste contexto que os encargos com medicamentos adquiridos nas farmácias poderão ser suportados pelo Ministério da Saúde (Ministério das Finanças, 2013).

Este facto tem como consequência que nos custos previstos para 2013 não se apresentem valores para os medicamentos/farmácias (*vide* Tabela 1). Este processo de transferência estará muito determinado pelas entidades que passarão a assumir as despesas (Ministério das Finanças, 2013).

**Tabela 1: Evolução dos custos (Unid. milhões de euros) Medicamentos**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Medicamentos (Farmácias)</b>	170,1	179,1	176,1	174,7	180,2	184,8	200,4	91,6	73,3	-

*Fonte: Elaboração própria com base no Plano de Atividades ADSE, 2013*

### **2.3.1 Despesa**

A despesa paga em 2012 foi significativamente inferior ao valor assumido em 2011, menos cerca de 100 milhões de euros (*vide* Tabela 2). Parte significativa da despesa paga esteve relacionada com os prestadores convencionados. Este menor esforço financeiro resultou também da antecipação do pagamento da faturação dos prestadores convencionados, ainda em 2011 (Ministério das Finanças, 2012).

Tabela 2: Evolução da despesa paga (Unid. milhões de euros)

	2009	2010	2011	2012
SNS	420,6	49,9	-	-
Regime convencionado	213,1	190,8	318,1	238,2
Medicamentos	184,8	200,4	91,6	73,6
Regime Livre	114,4	119,1	140,7	138,2
Despesas de Administração	9,1	8,8	8,9	7,6
<b>Total</b>	<b>942</b>	<b>569</b>	<b>559</b>	<b>458</b>

Fonte: Adaptado do Plano de Atividades ADSE, 2013

Importa recordar que, em 2011, a Direção-Geral já tinha restringido o recurso às transferências do Orçamento de Estado a uma verba mínima, e, em 2012, garantiu o financiamento da sua atividade sem o recurso a estas transferências. Assim, a Direção-Geral cobra a totalidade das suas receitas próprias, uma característica própria das entidades que gozam de autonomia financeira, como pode ser observado na Figura 4 (Ministério das Finanças, 2012):

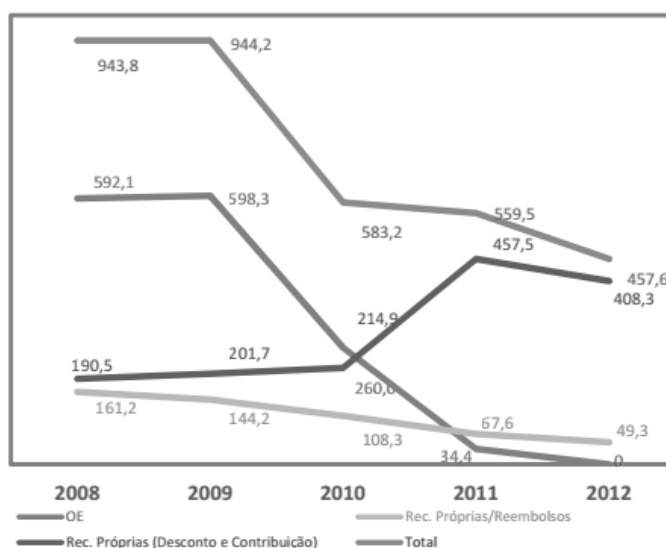


Figura 4: Evolução das fontes de financiamento (Unid. milhões de euros)

Fonte: Relatório de Atividades ADSE, 2012

Os valores da cobrança de receitas próprias em 2012 sofreram uma quebra devido às restrições remuneratórias relacionadas com os subsídios de Natal e férias.

Será de relembrar que o contributo financeiro do beneficiário não se reduz aos valores cobrados a título de desconto. Também são de considerar as verbas que não podem ser objeto de registo contabilístico na Direção-Geral, designadamente (*vide*. Figura 5):

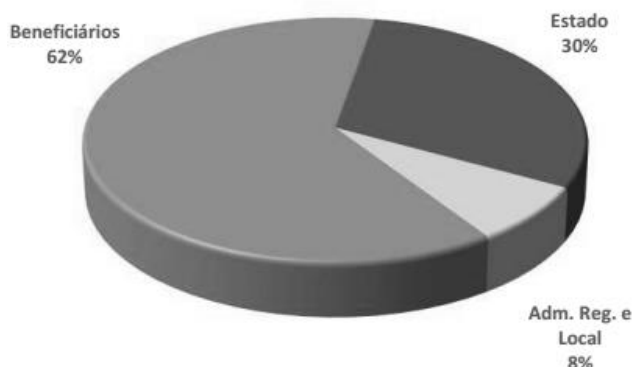
- a) o copagamento no acesso ao regime convencionado que poderá rondar os 50 milhões de euros;
- b) a despesa não reembolsada pela ADSE, no âmbito do regime livre, por exceder os valores limite previstos na tabela. (Ministério das Finanças, 2012)



**Figura 5:** Financiamento da prestação de cuidados de saúde, pela Direção-Geral e beneficiários

**Fonte:** Relatório de Atividades ADSE, 2012

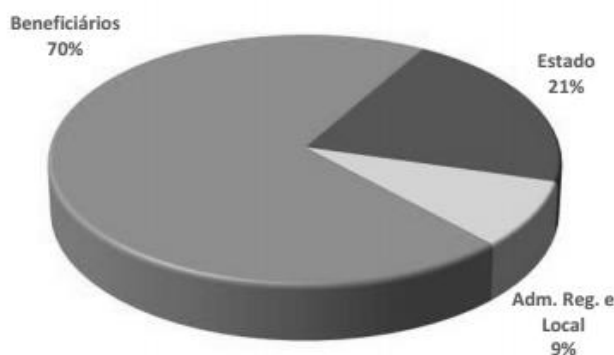
Tomando por base esta realidade financeira, é possível afirmar que, em 2012, a contribuição financeira dos beneficiários já representava mais de 60% (Ministério das Finanças, 2012).



**Figura 6:** Distribuição das fontes de financiamento

**Fonte:** Relatório de Atividades ADSE, 2012

Tendo por base o relatório de atividades da ADSE de 2012, para compreender o impacto destes encargos na distribuição relativa das fontes de financiamento, consideremos as despesas pagas às farmácias. As comparticipações dos medicamentos foram definidas pelo Ministério da Saúde, tendo sido estabelecidas para aplicar à generalidade dos utentes. Deste modo, a situação de beneficiário não influencia o acesso, nem os montantes da comparticipação. De facto, a situação de beneficiário da ADSE apenas determinava a responsabilidade da Direção-Geral em proceder ao pagamento da respetiva faturação das farmácias. Ora, se excluirmos os compromissos financeiros com as farmácias, assumidos pela Direção-Geral, e deduzido o seu valor da contribuição da Entidade Empregadora na distribuição das fontes de financiamento, a contribuição do beneficiário passaria a 70%, *vide* Figura 7 (Ministério das Finanças, 2012).



**Figura 7:** Distribuição das fontes de financiamento, excluída a faturação das farmácias

**Fonte:** Relatório de Atividades ADSE, 2012



Olhando com atenção para as seguintes dotações orçamentais: (*vide* Tabela 3)

**Tabela 3: Dotações orçamentais (Unid. milhões de euros)**

Fontes de Financiamento	2009	2010	2011	2012	2013
Transferência da OE	598,3	260	34,4	-	-
Receitas Próprias	345,5	323,2	525,1	489,6	474,6
PIDDAC	0,4	0,3	0,2	-	-
<b>Total</b>	<b>944,2</b>	<b>583,5</b>	<b>559,7</b>	<b>489,6</b>	<b>474,6</b>

*Fonte: Adaptado do Plano de Atividades ADSE, 2013*

### **2.3.2 Financiamento**

O valor mensal das receitas provenientes do desconto dos beneficiários ronda os 17,9 milhões de euros e o da contribuição da Entidade Empregadora cerca de 16,3 milhões de euros. (Ministério das Finanças, 2013)

Tendo em atenção a seguinte evolução da receita própria prevista para 2013 (*vide* Tabela 4), pode-se observar uma redução da receita face ao ano anterior (2012). Isto deve-se à redução da receita proveniente dos reembolsos, no valor de 21.57 milhões de euros. Prevê-se assim, para 2013, cerca de 474.6 milhões de euros de receitas próprias.

Tabela 4: Evolução da receita anual (Unid. milhões de euros)

Receita	2012	2013
Descontos dos beneficiários para a ADSE	226,35	232,7
<b>Contribuições das Entidades Empregadoras:</b>		
ADSE	211,56	105,95
SNS	-	105,95
Reembolsos	51,57	30
<b>Total</b>	<b>489,6</b>	<del>474,6</del>

Fonte: Adaptado do Plano de Atividades ADSE, 2013

$$368.5 = 474.5 - 105.95$$

Consequentemente, as receitas próprias a cobrar pela ADSE apenas se destinarão a financiar as despesas com saúde, através da Direção-Geral, até ao valor de 369 milhões de euros, que será a subtração entre metade da contribuição da Entidade Empregadora (211,56 milhões de euros) e a receita própria prevista de 474,6 milhões de euros. Desta forma, “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)”. (Assembleia da República, 2012).

Esta transferência de uma parte das receitas próprias da ADSE pressupõe a transferência de parte das despesas para o SNS que correspondem às suas efetivas responsabilidades. Estes procedimentos integram-se no âmbito das medidas inscritas no Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, com o intuito de obter a autossustentabilidade financeira da ADSE. (Ministério das Finanças, 2013)

Como pode ser avaliado (*vide* Tabela 5), os encargos com a saúde, assumidos pela Direção-Geral, têm vindo a ajustar-se a uma estrutura onde o financiamento dos beneficiários tem acentuado a sua representatividade.

Tabela 5: Evolução da repartição do financiamento (Unid. milhões de euros)

	2011	2012	2013
Estado	337	263	136
Beneficiários	221	226	232

Fonte: Adaptado do Plano de Atividades ADSE, 2013

$$368 = 136 + 232$$

Em 2013, a contribuição do trabalhador poderá representar 63% das despesas assumidas como representado na figura 8 elaborada antes do aumento das contribuições – para 2,5% - que o governo decidiu em 2013 (Decreto-Lei 105/2013 de 30 de Julho). Já 63% da despesa da ADSE era financiada pelos descontos dos trabalhadores e aposentados da Função Pública (232 milhões de euros), cabendo às entidades empregadoras públicas apenas 37% (136 milhões de euros) (Rosa, 2014).

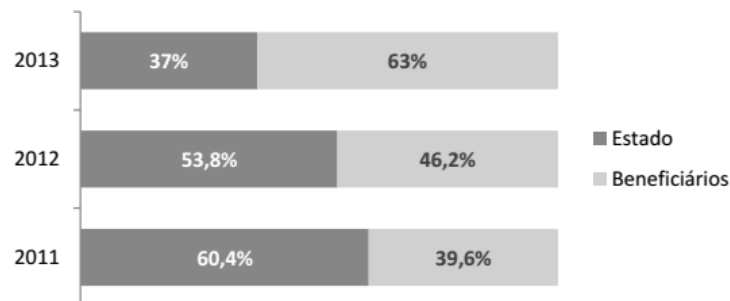


Figura 8: Evolução da repartição do financiamento (Unid. milhões de euros)

Fonte: Relatório de Atividades ADSE, 2012

Este valor põe em evidência que a maior parte (63%) da despesa deste subsistema de saúde é pago pelos próprios beneficiários, sendo que estes beneficiários, que são os trabalhadores e aposentados da Função Pública e respetivos familiares, pagam de igual modo os impostos cobrados pelo Estado Português, os quais também são utilizados no financiamento do SNS.

Desde o fim de 2011, de igual modo de acordo com os dados do Plano de Atividades da ADSE, o Orçamento do Estado deixou de fazer qualquer transferência para a

ADSE. Se se dividir os 136 milhões de euros de contribuições dos serviços públicos empregadores pelo número de beneficiários da ADSE - 1.332.666 – alcança-se um valor por beneficiário de 102€.

Este valor mostra que a participação na despesa da ADSE pelo Estado, através das contribuições dos serviços públicos empregadores, é extremamente reduzida, o que representa, conseqüentemente, uma importante poupança para o Estado. Para suportar esta conclusão, considere-se que se for multiplicado o número de beneficiários da ADSE – 1.332.666 – pela transferência média por habitante do Orçamento do Estado para o SNS – 715€ (indicado inicialmente no estudo de Rosa (2014)) - obtém-se, para 2014, 952,8 milhões de euros. Já a contribuição do Estado em 2013 para a ADSE, conforme consta do Plano de Atividades para 2013, através de contribuições dos serviços públicos empregadores, foi de 136 milhões de euros.

Assim, conclui-se que a existência da ADSE representava, em termos financeiros, uma importante poupança para o Estado, até porque uma parcela muito significativa dos serviços de saúde é paga pelos próprios beneficiários. Efetivamente, como consta do próprio Plano de Atividades da ADSE para 2013, “Em 2013, a contribuição do trabalhador poderá representar 63% das despesas assumidas pela Direção-Geral, sem contar com a sua participação no copagamento e na despesa não reembolsada (regime livre), estando ainda por determinar o montante dos cuidados de saúde que possam constituir responsabilidade do Ministério da Saúde e que têm sido suportados pela ADSE em consequência da lógica do subsistema de saúde” (Ministério das Finanças, 2013).

No 1º semestre de 2013, o desconto para ADSE, para a ADM e SAD era de 1,5%, o que correspondia a um corte nessa percentagem nas remunerações e pensões de valor igual ou superior a um salário (ADSE) ou a 1,5 salário mínimo nacional (ADM e SAD). No caso apenas dos abrangidos pela ADSE (somente para estes foram disponibilizados dados), aquele desconto de 1,5% correspondia a um corte nas remunerações e pensões de 232 milhões de euros, como consta no Plano de Atividades da ADSE para 2013. Portanto, no que respeita à ADSE, o aumento da contribuição de 1,5% para o 3,5% que o governo anunciou, e que consta do projeto de Decreto-Lei 10/2014, o qual altera o Decreto-Lei 118/83, determina, na prática, uma redução do rendimento disponível dos trabalhadores e nas pensões dos aposentados da Função Pública que se estima em mais 309 milhões de euros. Assim, aos 232 milhões de euros correspondentes ao desconto de 1,5% dos ordenados dos beneficiários da ADSE, adiciona-se, com a subida deste para 3,5% (ou seja um aumento de 2%) os referidos 309 milhões de euros. No total, são 541 milhões de euros que, desta forma, o governo cativa das remunerações e pensões dos trabalhadores e aposentados da Função Pública.

Tendo em conta o quadro ilustrado anteriormente e representado em baixo:

**Tabela 6: Evolução da despesa paga (Unid. milhões de euros)**

	2009	2010	2011	2012
<b>SNS</b>	420,6	49,9	-	-
<b>Regime convencionado</b>	213,1	190,8	318,1	238,2
<b>Medicamentos</b>	184,8	200,4	91,6	73,6
<b>Regime Livre</b>	114,4	119,1	140,7	138,2
<b>Despesas de administração (c/ PIDDAC)</b>	9,1	8,8	8,9	7,6
<b>Total</b>	942	569	559,3	457,6

*Fonte: Adaptado do Relatório de Atividades ADSE, 2012*

A despesa paga em 2012 ronda, então, os 457,6 milhões de euros. Por outro lado, estima-se que a ADSE venha a arrecadar 541 milhões de euros, pois, possivelmente, existirão alterações do número de beneficiários face ao aumento dos descontos para 3,5%. Todavia, autores como Manuel Teixeira, citado em Suspiro, (2014) afirmam que o conjunto de benefícios fornecidos pelo subsistema são superiores ao que se está a pedir aos beneficiários, sendo esta tendência crescente. Por isso, o autor alega que as eventuais saídas de beneficiários deste subsistema devido ao aumento das contribuições serão “residuais” (Suspiro, 2014), tal como se prevê a existência de um aumento de aposentados face aos ativos. Assim, subtraindo da receita revista de 541 milhões de euros a despesa de 457,6 milhões de euros, obtém-se um resultado de 84 milhões de euros. Ou seja, sem incluir parte do financiamento que provem das EE atinge-se a total cobertura das despesas do subsistema. Deste modo, pode afirmar-se que a ADSE atingiu a autossustentabilidade financeira, ou seja, realiza uma atividade cujo financiamento é assegurado exclusivamente pelas receitas próprias geradas pelas retenções às remunerações e pensões dos trabalhadores e aposentados, vulgarmente reconhecido por “desconto”.

Somando aos 84 milhões € as contribuições das EE de 68 milhões de euros - metade dos 136 milhões de euros recebidos das EE - a ADSE atinge assim, um *superavit* de 152 milhões de euros.

Um outro ponto importante e que deverá ser tratado é o destino deste *superavit*, o qual se prevê que atinja os 152 milhões de euros. Contudo, de acordo com Ribeiro, "a despesa em 2012 rondou os 457 milhões de euros, mas se descontarmos daí medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e outros cuidados que teriam de ser assegurados de qualquer forma pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), a despesa [da ADSE] fica-se pelos 170 milhões de euros", (Ribeiro, 2014), o que implica um *superavit* na ordem dos 439 milhões de euros. Note-se, todavia que, à luz do artigo 47-A do Decreto – Lei 118/83, se estabelece que as contribuições da entidade empregadoras são " receita própria da ADSE e destina-se ao financiamento do sistema de benefícios assegurados pela ADSE, incluindo os regimes livre e convencional", sendo, deste modo, uma receita consignada que não poderá ter outra aplicação que não seja o financiamento da ADSE.

O autofinanciamento da ADSE significa, na ótica do governo, que o subsistema de saúde dos funcionários e pensionistas do Estado deve ser totalmente e apenas financiado pelos seus beneficiários. Contudo, de acordo com autores como Manuel Teixeira, mesmo que o saldo fique na ADSE, contribui para a consolidação orçamental porque é um excedente (Suspiro, 2014). Tal afirmação é refutada por elementos do governo. Assim, de acordo com o secretário de estado, Hélder Reis, "nem um cêntimo das contribuições será usado para outra coisa que não financiar os subsistemas". O mesmo agente governativo alega ainda que o autofinanciamento é diferente de autossustentabilidade, porque este seria um conceito a longo prazo. Sobre os excedentes que vierem a ser gerados na ADSE, a entidade, cujo modelo de gestão irá sofrer alterações, terá liberdade para os administrar, ampliando cuidados de saúde, expandir a rede ou até rever as taxas cobradas pelos serviços (Suspiro, 2014).

Apesar da perspetiva adotada pelo governo, o discurso do, à data, secretário de Estado da Saúde sugere uma posição oposta.







***Contribuições  
Empíricas***



---

## 3. ADSE e SPS

# Uma análise comparada

### 3.1 METODOLOGIA

Sendo um dos objetivos expressos do presente trabalho o esclarecimento, ainda que parcial, do debate de carácter intensivo que emerge acerca da sustentabilidade económica e financeira da entidade pública ADSE, foi adotada, *a priori*, uma análise em dois níveis, de modo a alargar o âmbito da fundamentação da discussão em torno da viabilidade/sustentabilidade da ADSE.

O primeiro nível, expresso no ponto 3.2, prende-se com uma breve análise comparativa entre a ADSE, o SNS e vários SPS, numa ótica financeira de custos/benéficos para os seus utilizadores/subscritores. Deste modo, procurou-se, através da análise de um conjunto de produtos representativos do mercado, verificar a existência de diferenças entre os custos globais de vários seguros, em diversas faixas etárias, com os custos e as ofertas associadas à ADSE para a mesma população, e compreender o grau em que as suas matrizes de copagamento poderiam resultar numa renúncia à ADSE.

O segundo nível de análise presente neste estudo visa complementar a avaliação da sustentabilidade do subsistema ADSE com dados comportamentais, uma vez que, face à legitimidade e importância do debate em curso, resultante do impacto direto da ação desta entidade na saúde e bem-estar dos seus beneficiários, torna-se necessário compreender as posições expressas pela população, as quais, em última análise, contribuem de forma significativa para as posições e decisões políticas em torno dos aspetos funcionais dos órgãos de ação pública.

Assim, procede-se a um estudo de natureza empírica junto de uma amostra de conveniência. Este trabalho teve como objetivo avaliar, sumariamente, a perceção de benefícios associados à pertença ao subsistema, procurando, numa base observaci-

onal, obter dados que permitam adicionar elementos de clarificação, com um alcance apesar de tudo limitado face à natureza e extensão do estudo, para o debate em torno da subsistência da ADSE, o qual, muitas vezes centrado em questões de natureza teórica, carece de alguma fundamentação objetiva. O método de investigação utilizado consistiu no inquérito, que tem como objetivo a obtenção de informação, de um modo sistemático e estandardizado, acerca de indivíduos, famílias ou entidades organizadas mais amplas, através do questionamento de amostras de indivíduos sistematicamente identificadas (Alferes, 1997; Hill & Hill, 2005).

Sendo o inquérito composto por duas partes, cujo preenchimento era obrigatório para os beneficiários, a sua administração foi contrabalanceada, de modo a eliminar possíveis enviesamentos resultantes de cansaço ou de efeitos de ordem de apresentação. Assim, metade dos beneficiários começou por responder às questões relativas aos dados demográficos e aos itens de avaliação da percepção dos benefícios da ADSE, seguindo-se a resposta à escala de satisfação adaptada para os propósitos do presente estudo (vide Anexo I), tendo a outra metade dos beneficiários seguido a ordem inversa de preenchimento. Saliente-se, ainda, que não se procedeu a qualquer manipulação das variáveis exógenas no presente estudo pelo que a amostra utilizada correspondeu a dois grupos previamente definidos. Todavia, o processo de seleção dentro de cada grupo foi feito com recurso a (1) amostragem bola de neve, i.e., o entrevistador estabeleceu contacto inicial com alguns participantes previamente identificados como membros do grupo que se pretende estudar e estes participantes colocaram o investigador em contacto com outros membros desse grupo e assim sucessivamente; (2) Amostragem de conveniência, i.e., participantes a que o entrevistador teve acesso imediato e direto. Estas características permitem a sua classificação como um estudo não experimental (Kiehl & Bloomquist, 1985).

### **3.2 ADSE VS SEGURO PRIVADO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE PERFIL COMPARATIVO**

O governo aprovou em Conselho de Ministros, no início do mês Janeiro, de 2014 algumas alterações relativas à ADSE. Uma das medidas mais criticadas tem sido o aumento de 2,5% para os 3,5% dos descontos para os subsistemas de saúde dos funcionários públicos, dos militares e dos polícias de modo a garantir a sua autossustentabilidade (Pinto, 2014). Assim, uma das questões que se coloca será a de saber até que ponto é vantajoso para os funcionários públicos manter a sua afetação

a um subsistema de saúde estatal, ou, resumidamente, “Valerá a pena continuar com ADSE?”.

Atualmente, todos os beneficiários da ADSE podem optar por sair do subsistema, sendo essa saída definitiva. Por outro lado, sabe-se que, para ter seguro adicional ao SNS, terá de ser subscrito um seguro comercial.

Uma vez que as contribuições para a ADSE são estabelecidas de acordo com o rendimento, a saída do subsistema das pessoas de maiores rendimentos provocará um desequilíbrio financeiro, na medida em que essas mesmas pessoas sejam contribuintes líquidos (isto é, tenham relativamente pouca utilização) (Barros, 2013b). Com a convergência para a autossustentabilidade da ADSE, o elemento de subsídio ao seguro que é, na prática, o subsistema de saúde, desvanece-se, e a comparação com seguros privados poderá passar a ser mais aliciante para os beneficiários com maiores rendimentos. Contudo, ao contrário dos seguros comerciais, que podem ser realizados anualmente, sair da ADSE significa fazê-lo em definitivo, o que introduz um elemento de contrato intertemporal (unidirecional) na relação dos beneficiários com a ADSE (Barros, 2013b). Assim, as decisões serão mais complexas do que simplesmente comparar a ADSE com seguros comerciais, para um ano de contrato.

Se para funcionários públicos jovens e com rendimento relativamente elevado, o valor do que pagam para a ADSE será provavelmente maior do que pagariam no imediato por um seguro de saúde privado equivalente (i.e., que cubra o que consideram ser as suas principais necessidades de cuidados de saúde durante um ano), a médio-prazo poderá ter diferentes implicações – por exemplo, a cobertura em caso de doença oncológica é mais abrangente na ADSE do que nos seguros de saúde privados, e a saída, hoje, da ADSE impede o usufruto dessa cobertura daqui a 10 ou 20 anos (pois trata-se de uma saída em definitivo). Deste modo, a comparação com os seguros privados tem que ser feita com base numa perspetiva intertemporal mais longa. Esta perspetiva será mais facilmente colocada em idades mais avançadas onde a perceção de doença futura será mais próxima. Por outro lado, se estas idades tiverem, de igual modo, uma correlação positiva com maiores rendimentos, poderá ser menos óbvia a vantagem de sair da ADSE. Pode assim evidenciar-se que a decisão é racionalmente menos óbvia do que parece, e do que provavelmente será discutida publicamente (Barros, 2013b).

### 3.2.1 Comparação entre diferentes Seguros Privados de Saúde – SPS

A Deco Proteste (Associação de Defesa do Consumidor) analisa esta questão usando um leque de seguros tais como: Victoria Saúde, Seguros CA Saúde, Ocidental Saúde Médicis, Zurich Saúde, Liberty Saúde, Allianz Saúde, BES Saúde, Generali Saúde, Popular Seguros, sendo de destacar que os SPS são de variados tipos e diferentes no âmbito das coberturas. Estabelecendo 4 tipos de perfil pré-definido, são eles:

- Homem ou mulher, 28 anos. Hospitalização e consultas de especialidade
- Homem ou mulher, 45 anos. Hospitalização e consultas de especialidade
- Casal de 35 anos, filho de 5 anos. Plano com hospitalização, ambulatório e estomatologia
- Casal de 45 anos, filhos de 17 e 12 anos. Plano com hospitalização, ambulatório, estomatologia e próteses (Deco Proteste, 2014).

Para efetuar a presente análise, foram usados dois perfis propostos pela Deco Proteste o de “Homem ou mulher, 28 anos. Hospitalização e consultas de especialidade” e o de “Homem ou mulher de 45 anos. Hospitalização e consultas de especialidade”. Para a presente pesquisa, a análise do perfil de uma pessoa singular possui uma maior relevância quando comparada com a de um casal, dado que os gastos com o seguro privado seriam superiores comparativamente com a ADSE. Este subsistema, independentemente dos dependentes do seu subscritor (cônjuge, descendentes, ascendentes, entre outros) apresenta invariavelmente o mesmo valor a descontar pelo beneficiário.

É de notar que para o perfil de “Homem ou mulher, 28 anos. Hospitalização e consultas de especialidade” o prémio anual varia, no escalão, entre 173,29 euros da Generali e os 789,51 euros da Liberty Seguros. Já para o perfil de “Homem ou mulher, 45 anos. Hospitalização e consultas de especialidade” o prémio anual varia entre 1210,49 euros da Victoria e os 11945,24 euros da mesma seguradora. (Deco Proteste, 2014)

Foram assim elaboradas três amostras tendo por base os dados recolhidos pela Deco. Foram utilizadas aleatoriamente seguradoras com um valor intermédio. Desta forma, foram analisadas as diferentes contribuições asseguradas para cada perfil nos diferentes encargos por cada seguradora.

Para a primeira amostra, recorreu-se à Liberty Seguros (perfil 28 anos) com um prémio anual de 534,76 € e Liberty Seguros (perfil 45 anos) com um prémio anual de 500,23 €, ambas da opção 1 (base + ambulatório + parto). Foram analisados os dois perfis em causa para compreender, por um lado, as diferenças de cobertura para as

diferentes idades dentro da mesma seguradora, e, por outro, entender o modo como a idade influencia a cobertura assegurada pelas entidades.

Verificou-se que para os dois perfis e para a mesma seguradora (*vide* Anexo II), a única diferença significativa é o preço. Um jovem de 28 anos tem um custo superior para o mesmo seguro do que um adulto de 45 anos. Este resultado contraria o comportamento previsto à luz do funcionamento dos mercados. Assim, esperar-se-ia que pessoas mais jovens, à partida com uma menor probabilidade de doença comparativamente a pessoas com idades mais avançadas, pagassem um valor inferior a estas, fruto de um risco mais baixo.

Para a segunda amostra (*vide* Anexo III), recorreu-se à Liberty Seguros e a Generali para o perfil de 28 anos. Assim, foi analisada a diferença entre a sua cobertura para o mesmo perfil (28 anos) entre diferentes seguradoras, com sensivelmente o mesmo preço de seguro.

Observa-se, deste modo, que as coberturas são sensivelmente semelhantes, divergindo no limite anual de Hospitalização, de 15 mil para 20 mil euros, e no copagamento do parto, que varia de 200 para 250 euros, justificando assim a diferença de preço da Ocidental Seguros para a Liberty.

Isto significa que, de seguradora para seguradora, não existem diferenças significativas nos valores encontrados para os perfis em estudo.

Na última amostra do presente ponto (*vide* Anexo IV), foram utilizados os perfis de “Homem ou mulher, 28 anos: Hospitalização e consultas de especialidade” para o mesmo seguro, no caso, o produto da “Liberty Seguros”, com diferentes opções disponíveis, sendo elas a Opção 1 (Base + ambulatório + parto), Opção 2 (Base + ambulatório + parto) e Opção 3 (Base + ambulatório + parto). Verifica-se que o preço aumenta progressivamente para cada uma das opções.

À luz da evidência obtida, pode verificar-se que a única alteração significativa se prende com o limite anual assegurado. Observa-se que a Liberty comparticipa hospitalização em 20, 50 ou 75 mil euros, ambulatórios em 1.000, 2.500 e 5.000 euros e parto em 1.500, 2.000 e 3.000 euros. Estes valores vão crescendo progressivamente à medida que o preço aumenta.

Na assistência ambulatória dentro da rede, a comparticipação é de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames. Já o copagamento das consultas de cuidados primários é de 15€ (medicina geral e familiar, pediatria, ginecologia e oftalmologia) e consultas de especialidade.

Contudo, nenhuma das opções comparticipa o valor das diárias, atos de estomatologia, próteses/ortóteses e medicamentos. Por outro lado, todos possuem um limite

de adesão até aos 64 anos e um limite de permanência até aos 65 anos exceto a 3.ª opção.

### 3.2.2 ADSE vs SPS

Conclui-se que os Funcionários Públicos (FP) descontam para a Segurança Social/SNS bem como para os respetivos subsistemas, o que lhes possibilita o recurso a estabelecimentos de saúde públicos e privados (*vide* Anexo V). Sucede, porém, que o seguro de saúde não se equipara a um subsistema, pelas razões de seguida elencadas:

- O seguro de saúde abrange apenas as pessoas para as quais foram contratadas. Se o agregado familiar for composto por pais e um filho, o valor a pagar acresce a cada um dos elementos. No subsistema de saúde, o funcionário desconta o mesmo valor, sendo solteiro ou casado, com ou sem filhos. Ademais, estes também são abrangidos pelas regalias do subsistema: no caso dos cônjuges enquanto durar legalmente a união, e até à idade de completar o ensino superior, no caso dos descendentes diretos (Azul, 2013).
- O valor do seguro varia de acordo com a idade do subscritor. Uma apólice com as mesmas coberturas não custa o mesmo para um jovem de 20 anos ou um adulto de 45, pois entende-se que quanto maior a idade, maior a probabilidade de acionar o seguro, o que conduz a um incremento no preço. No subsistema é descontada mesma percentagem de salário bruto mensal, independentemente da idade. (Azul, 2013). Todavia, os dados obtidos com a análise comparativa não sustentam, totalmente, esta afirmação no que respeita aos seguros privados, pois constatou-se que para dois perfis, com idades diferentes, um jovem de 28 anos tem um custo superior para o mesmo seguro do que um adulto de 45 anos.
- Os seguros de saúde têm geralmente franquias no sistema de reembolso e períodos de carências, ou seja, as apólices têm uma moratória imposta pela seguradora de, em média, 2 meses, desde a sua subscrição até à sua utilização. Este período pode estender-se até 3 meses para cobrir internamentos, 12 meses para determinadas doenças específicas e 18 meses para cobrir parto, entre outras situações. Assim, se se quiser realizar o parto num estabelecimento de saúde particular, tem de se inscrever o seguro, 9 meses antes de engravidar. Porém, nos subsistemas de saúde tais como ADSE, SAMS, entre outros, tal não se verifica. Aquando da assinatura do contrato de trabalho, mesmo não estando integrado nos quadros, o funcionário pode



usufruir imediatamente de consultas, internamentos, cirurgias, partos, entre outros cuidados de saúde. (Azul, 2013)

- Os seguros de saúde variam de acordo com a apólice contratada, i.e., têm geralmente limites ao tipo de cuidados e plafonamento às quantias gastas anualmente. Como exemplo, um internamento pode ter um limite máximo de 5000 euros. Quando este limite é ultrapassado, o seguro obriga a que o subscritor veja as suas despesas cobertas pelo SNS. O mesmo aplica-se a tratamentos como quimioterapia e afins. Mesmo nestas situações, quando termina o *plafond* garantido pelo seguro, o doente é convidado a ir para o SNS com as implicações resultantes da atribuição de nova equipa médica, novos hospitais, entre outras. Ou seja, os seguros de saúde não são garantidos, podendo ser recusados ou cancelados em qualquer momento. Nos subsistemas de saúde não há limites. Note-se, todavia, que tal não significa a inexistência de custos para o paciente em oposição ao que sucede nos seguros de saúde. Assim, existem, para estas condições clínicas, copagamentos, sendo que, em boa parte das situações, o paciente paga uma percentagem dos custos totais do serviço fornecido. (Azul, 2013)
- Os seguros de saúde não participam medicamentos, contrariamente ao que sucede com os subsistemas de saúde. Quando são comprados medicamentos participados pelo Estado, o detentor de um seguro mantém o recibo de compra para, assim, deduzir o seu valor no pagamento do IRS. No que respeita aos subsistemas de saúde, o recibo de compra de medicamentos é enviado para os serviços centrais, sendo o funcionário posteriormente reembolsado numa percentagem do valor geral, podendo esse reembolso atingir os 100% em várias situações, tais como na compra de medicamentos para doentes oncológicos. (Azul, 2013)
- Os seguros de saúde não cobrem doenças pré-existentes, contrariamente aos subsistemas de saúde.
- O valor do seguro está abrangido por uma política de aceitação prévia por parte da seguradora, i.e., esta entidade do domínio privado não é legalmente forçada a conceder um produto, reservando-se no direito de não concessão de serviço, à semelhança de outras entidades do sector financeiro tais como os bancos. Alguns dos critérios de concessão de serviço passam pela análise do historial clínico do cliente. Como ilustração, um hipertenso paga mais pela mesma apólice comparativamente a um cliente sem historial prévio de doença cardiovascular. (Azul, 2013)
- As seguradoras impõem limite de idade na atribuição dos seus serviços de saúde, sendo que, a partir dos 65 anos, a sua obtenção é bastante dificultada. (Azul, 2013)

- O subsistema da ADSE comparticipa a 100% todos os tratamentos a doentes oncológicos, com paramiloidose e hemofílicos. Mais ainda, o mesmo subsistema reembolsa, em 100%, próteses, comparticipando, de igual modo, a estadia de um utente na maioria dos lares de idosos. (Ministério das Finanças, 2012)

Na prática, sumariamente,

*A ADSE é um seguro de baixo custo para os beneficiários que se compara muito favoravelmente com os seguros privados (Teixeira, 2014).*

A DECO Proteste analisou as alterações aprovadas no subsistema da ADSE e comparou-as com os custos e as coberturas que tem face às ofertas das seguradoras, tendo convergido nas conclusões apresentadas resumidamente no parágrafo anterior (Pinto, 2014). Segundo a DECO "não tem qualquer vantagem em abdicar da ADSE", acrescentando ainda que "a nível da cobertura, um plano privado de saúde apresenta limitações relacionadas, nomeadamente, com exclusões (por exemplo, hemodialise, quimioterapia, fisioterapia), períodos de carência, franquias, limites reduzidos (por exemplo, estomatologia) entre outros" (Pinto, 2014).

A DECO lembra ainda que o seguro de saúde privado tem duração anual pelo que não é garantido que este mantenha a sua cobertura nos anos posteriores à sua subscrição, ou que os seus custos e benefícios se mantenham.

Desse modo, de acordo com a DECO, "os seguros de saúde privados nem deverão ser considerados um produto substituto da ADSE. E, mesmo comparando apenas custos, verificará que ADSE apresenta, em regra, um custo muito inferior aos planos de saúde vendidos no nosso mercado. Por fim, deverá ainda saber que caso renuncie à ADSE não mais poderá voltar a usufruir deste plano", conclui. (Anexo 2)

Relativamente à questão de diminuição dos beneficiários da ADSE devido ao aumento do desconto de 2,5% para 3,5%, o atual secretário de Estado da Saúde considera que este risco "é diminuto" e lembra que "não se tem verificado uma tendência de abandono". Neste sentido, desde que essa possibilidade surgiu, em 2011, apenas 800 pessoas abandonaram o subsistema. (Teixeira, 2014)

*Tudo considerado, 3,5% do salário bruto continuará a ser um preço baixo para a cobertura oferecida pela ADSE (Barros, 2013b).*

### **3.3 PERCEÇÃO DE BENEFÍCIOS E SATISFAÇÃO**

A amostra utilizada no presente estudo é composta por dois grupos de Beneficiários e não Beneficiários, com  $N = 76$  e  $90$ , respetivamente. De referir que foram considerados Beneficiários, participantes que, não sendo titulares da ADSE, são abrangidos pelo subsistema, quer por via conjugal, quer por descendência. A tabela 7 apresenta, de forma sumária, os dados respetivos às variáveis sociodemográficas de cada grupo.

Tabela 7: Dados Sociodemográficos da amostra

VARIÁVEL	BENEFICIÁRIOS (n = 76)		NÃO BENEFICIÁRIOS (n = 90)	
	n	%	n	%
<b>SEXO</b>				
Masculino	18	23,7	35	38,9
Feminino	58	76,3	55	61,1
<b>IDADE</b>				
[ < 26 ]	11	14,5	29	32,2
[ 26-65 ]	65	85,5	61	67,8
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Solteiro	35	46,1	61	67,8
Casado	37	48,7	17	18,9
União de facto	4	5,3	9	10,0
Viúvo	0	0	3	3,3
<b>ACTIVIDADE PROFISSIONAL</b>				
Trabalhador	63	82,9	65	72,2
Estudante	9	11,8	17	18,9
Desempregado	0	0	4	4,4
Reformado/ Aposentado	4	5,3	4	4,4
<b>ESTADO DE SAÚDE</b>				
Muito Bom	14	18,4	29	32,2
Bom	51	67,1	49	54,4
Razoável	9	11,8	12	13,3
Mau	2	2,6	0	
<b>RENDIMENTO</b>				
[ < 150€ ]	8	10,5	16	17,8
[ 151 a 250€ ]	0	0	3	3,3
[ 251 a 350€ ]	0	0	4	4,4
[ 351 a 485€ ]	1	1,3	10	11,1
[ 486 a 700€ ]	1	1,3	25	27,8
[ 701 a 900€ ]	10	13,2	8	8,9
[ 901 a 1200€ ]	24	31,6	13	14,4
[ 1201 a 1500€ ]	20	26,3	5	5,6
[ 1501 a 2000€ ]	6	7,9	2	2,2
[ > 2000€ ]	6	7,9	4	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>		<b>90</b>	

No que respeita à estratégia de análise de dados propriamente dita, deve-se realçar que se realizou, numa primeira fase, a preparação dos dados para a análise através da verificação da existência de erros de inserção e da realização do tratamento dos dados omissos (Tabachnick & Fidell, 2007). Por outro lado, foram compiladas as variáveis endógenas quantitativas a serem utilizadas na análise.

Assim, a variável “Perceção de Benefícios” resultou do somatório de 10 itens/questões destinadas a avaliar a perceção dos benefícios do subsistema ADSE. Estas questões foram selecionadas com base numa análise prévia junto de 5 participantes-piloto, os quais selecionaram as frases que melhor traduziam, para si, de forma direta ou indireta, alguns benefícios gerais do subsistema. Esta variável teve por base uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 = *Discordo Fortemente* e 7 = *Concordo Fortemente* (Questionário Socio-Demográfico e de Perceção de Benefícios da ADSE, apresentado no Anexo I). A análise da matriz de correlações inter-item revelou múltiplos valores iguais ou superiores a  $r = .30$ , providos de significância estatística, sendo que os valores da diagonal da matriz anti-imagem se situaram entre .56 e .77, dando, assim, uma indicação grosseira da viabilidade de utilização dos itens no cálculo final da variável.

No que respeita à variável endógena “Satisfação”, procedeu-se ao somatório dos 17 itens/questões utilizadas num questionário de Satisfação genérico adaptado, tendo por base uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 = *Discordo Fortemente* e 7 = *Concordo Fortemente*, obtendo-se, desse modo, um score geral de satisfação para cada participante. De referir que esta escala era de preenchimento exclusivo dos beneficiários do subsistema, titulares ou descendentes. A análise da matriz de correlações inter-item revelou múltiplos valores iguais ou superiores a  $r = .40$ , providos de significância estatística, sendo que os valores da diagonal da matriz anti-imagem se situaram entre .821 e .960, dando, assim, uma indicação aproximada da viabilidade de utilização dos itens no cálculo final da variável.

Numa segunda fase, procedeu-se à verificação dos pressupostos estatísticos aplicáveis às técnicas inferências utilizadas, sobretudo as paramétricas. Assim, no que se refere às análises de variância, ANOVA e MANOVA, bem como à análise de correlação bivariada de Pearson e à Regressão Linear Simples foram verificados os pressupostos relativos ao tamanho da amostra, à inexistência de valores extremos (*Outliers*), à presença de normalidade para as variáveis endógenas “Perceção de Benefícios” e “Satisfação”. A escolha da análise de variância univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA) prendeu-se com a necessidade de controlar o erro tipo I, i.e., obter resultados estatisticamente significativos que, na prática, não existem (Pestana & Gageiro, 2008; Tabachnick & Fidell, 2007) Para concluir deve-se referir,

ainda, que as análises estatísticas mencionadas foram executadas através dos programas SPSS 20.0 e Microsoft Excel.

Para as variáveis “Perceção de Benefícios” e “Satisfação” a verificação de valores extremos não identificou qualquer *Outlier* nesta amostra, quer na amostra global, quer distinguindo entre Beneficiários e Não-beneficiários. Os pressupostos estatísticos relativos à normalidade (através do teste Kolmogorov-Smirnov, todos os  $p > .2$ ) e à homocedasticidade não foram também violados nesta amostra, permitindo a realização das análises.

### 3.3.1 Resultados

Um teste *t* de Student tendo em consideração o valor “35”, escolhido pelo facto de ser a posição intermédia da soma da variável “Perceção de Benefícios”, mostrou-se estatisticamente significativo,  $t(165) = 17.9$ ,  $p < .001$ , revelando que os participantes tem uma perceção de benefícios acima do valor médio da escala, com  $M = 45.6$ ,  $DP$ , 7.6. Por outro lado, a mesma análise referente à soma da variável “Satisfação”, assumindo o valor “56”, o qual corresponde ao ponto médio da soma dos valores da escala, mostrou, igualmente, diferenças estatisticamente significativas,  $t(75) = 7.2$ ,  $p < .001$ , as quais permitem afirmar que os beneficiários da ADSE possuem um valor de satisfação médio com a entidade acima do valor previsto para a média da variável, com  $M = 71$ ,  $DP$ , 18.

Uma ANOVA entre-sujeitos, tendo como variáveis exógenas *Beneficiário*, com dois níveis (Beneficiário e Não-Beneficiário) e *Idade*, (2 níveis: Menor do que 26 anos e Maior do que 26 anos) e variável endógena *Perceção de Benefícios*, não revelou diferenças significativas na perceção de benefícios entre Beneficiários e não-Beneficiários,  $F(1, 162) = .056$ ,  $p > .8$ , revelando, contudo, diferenças significativas na variável *Idade*,  $F(1, 162) = 6.2$ ,  $p < .013$ , com os participantes de maior idade a perceberem maiores benefícios relativos ao subsistema. Esta perceção não está relacionada com a variável *Beneficiário*, sendo que a interação entre as variáveis exógenas não se mostrou significativa ( $p > .64$ ) (Fig. 9). Atendendo aos resultados, verifica-se que não existem diferenças entre Beneficiários e não-Beneficiários na perceção de benefícios da ADSE, existindo, todavia, diferenças na perceção de benefício do subsistema entre faixas etárias.

Tabela 8: Valores médios e desvios padrões das variáveis exógenas na variável *Percepção de Benefícios*. O asterisco (\*) designa as variáveis que apresentaram diferenças significativas entre grupos.

Variáveis	Soma de Percepção de Benefícios	
	Média	DP
<i>Beneficiários</i>	46	8,1
<i>Não-Beneficiários</i>	45,3	7,3
<i>Idade*</i>		
[ < 26 anos]	42,9	6,5
[ > 26 anos]	46,5	7,8
<i>SPS*</i>		
Com SPS	42,8	7
Sem SPS	46,5	7,8

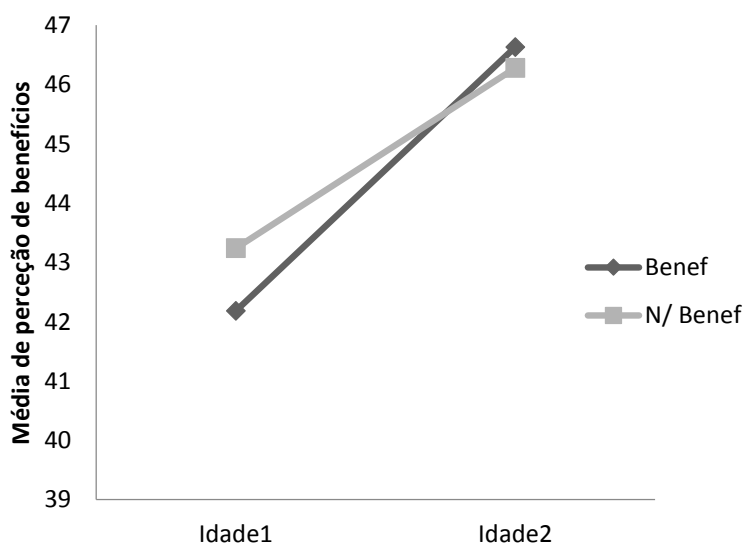
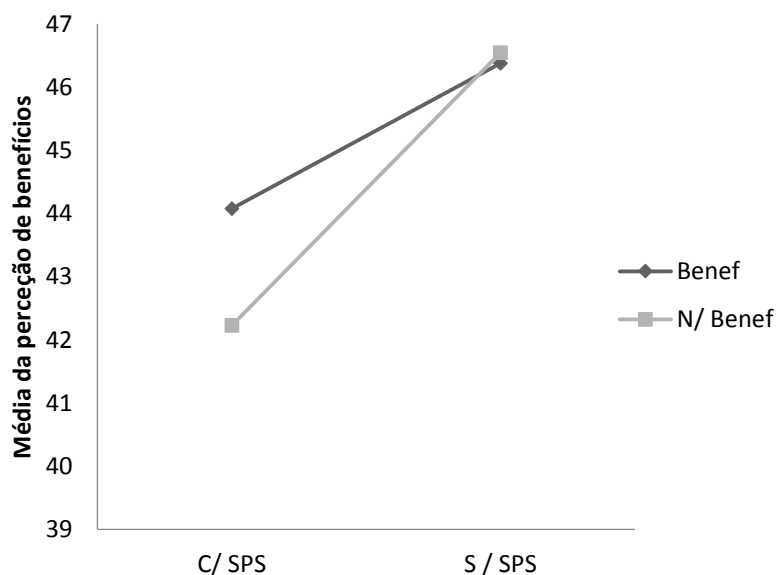


Figura 9: Percepção de benefícios por escalão etário e tipo de beneficiário.

Por outro lado, uma ANOVA entre-sujeitos, tendo como variáveis exógenas *Beneficiário*, com dois níveis (Beneficiário e não-Beneficiário) e *Sexo*, (2 níveis: Masculino e Feminino) e variável endógena *Percepção de Benefícios*, não revelou diferenças significativas na percepção de benefícios quanto ao gênero, (todos os  $p > .18$ ). Contudo, uma ANOVA entre-sujeitos, tendo como variáveis exógenas *Beneficiário*, com dois níveis (Beneficiário e não-Beneficiário) e *SPS*, (2 níveis: com cobertura de SPS e sem cobertura de SPS), e como variável endógena *Percepção de Benefícios*, revelou um efeito estatisticamente significativo da variável *SPS*,  $F(1, 162) = 5.24$ ,  $p < .023$ , sugerindo que os subscritores de SPS percebem um menor benefício da ADSE comparativamente aos não-subscritores (Fig. 10). A interação entre as variáveis exógenas não foi estatisticamente significativa ( $p > .49$ ).

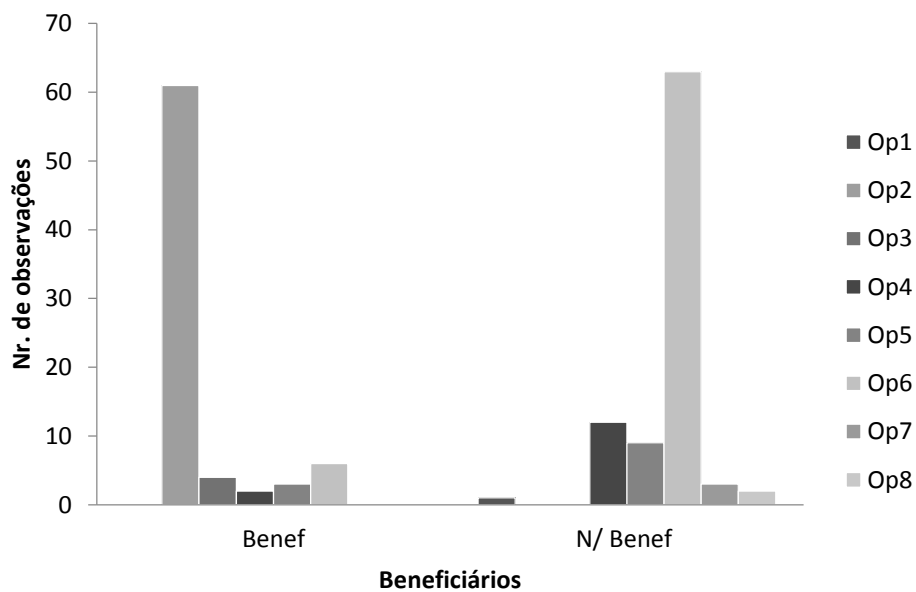


**Figura 10:** Percepção de benefícios por subscrição de SPS e tipo de beneficiário.

Uma vez que a relação entre rendimentos económicos e comportamentos de saúde é frequente na literatura que versa sobre o impacto de variáveis sociodemográficas na saúde (e.g., Pampel, Krueger & Denney, 2010) procurou-se averiguar a existência de uma associação entre a percepção de benefícios da ADSE e os rendimentos, por via de duas regressões lineares simples, considerando como grupos distintos Beneficiários e não-Beneficiários, tendo como variável preditora o *Rendimento* e como variável critério a *Percepção de Benefícios*. Ambas as regressões revelaram ausência de efeitos, com  $F(1, 74) = .175$ ,  $p = .677$ , para o grupo de Beneficiários e  $F(1, 88) = .014$ ,  $p = .91$ , para os não-Beneficiários. Assim, na amostra considerada, não existe qualquer relação entre a percepção de benefício e o rendimento dos participantes.



Para avaliar as diferenças na opinião entre Beneficiários e não-Beneficiários, foi realizado um Qui-quadrado, o qual apresentou um valor altamente significativo,  $\chi^2(7, N = 166) = 128, p < .001$ , revelando a existência de diferenças quanto à frequência de opiniões. Deste modo, os Beneficiários apresentam uma maior frequência de respostas “Tenho ADSE e não vou sair”, ao passo que os não-Beneficiários apresentam um maior número de respostas “Concordo com a existência da ADSE, aberto à população em geral” (Fig. 11). De modo a verificar uma eventual relação entre o *Rendimento*, *Opinião* e *Doença*, observou-se que, no grupo de Beneficiários, a um maior grau de Rendimento, corresponde uma maior frequência da posição “Tenho ADSE e não vou sair”, com  $\chi^2(28, N = 76) = 70, p < .001$ , Kendall's tau-b,  $-.34, p < .005$  (Fig.11). Neste grupo, a relação entre *Rendimento* e *Doença* não foi estatisticamente significativa ( $p = .55$ ). No que se refere ao grupo de não-beneficiários à relação entre o *Rendimento*, *Opinião* e *Doença*, não foram observados quaisquer efeitos significativos (todos os  $p > .11$ ).



**Figura 11:** “Qual a sua situação face à ADSE?” por tipo de beneficiário

Tabela 9: Número de respostas de Beneficiários e Não-Beneficiários à questão “Qual a sua situação face à ADSE?”

		OPINIÃO									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Nº respostas Beneficiários</i>	0	61	4	0	0	2	3	6	0	0	
%	0,00%	80,30%	5,30%	0,00%	0,00%	2,60%	3,90%	7,90%	0,00%	0,00%	
<i>Nº respostas Não-Beneficiários</i>	1	0	0	0	0	12	9	63	3	2	
%	1,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	13,30%	10,00%	70,00%	3,30%	2,20%	

**Legenda:** 1. Optei por não ter ADSE; 2. Tenho ADSE e não vou sair; 3. Tenho ADSE e estou a pensar sair; 4. Já tive ADSE; 5. Perdi o direito; 6. Não concordo com a existência da ADSE; 7. Concordo com a existência da ADSE só para Funcionários Públicos; 8. Concordo com a existência da ADSE, aberto à população em geral; 9./10. Outro

Quanto à relação entre o estado de saúde e o abandono do subsistema, um Qui-quadrado considerando ambas as variáveis não revelou quaisquer diferenças estatisticamente significativas,  $\chi^2(12, N = 76) = 7.9, p = .79$ , não fundamentando uma eventual hipótese sobre diferenças entre o abandono e o estado de saúde.

Por forma a avaliar eventuais diferenças na Percepção de Benefícios e na Satisfação dentro do grupo de Beneficiários, foi realizada uma MANOVA, tendo como variáveis exógenas *Sexo* e *Idade*, e como variáveis endógenas, *Percepção de Benefícios* e *Satisfação*. Esta análise não revelou quaisquer efeitos principais ou interações estatisticamente significativas das variáveis exógenas (todos os  $p > .26$ ). Relativamente a uma eventual associação entre a opinião dos beneficiários e a Satisfação, uma análise de intensidade de relações entre variáveis, *eta* (Pestana & Gajairo, 2008), revelou um valor de .142 para a variável Satisfação, traduzindo-se num *eta*<sup>2</sup> de .02. Desse modo, apenas 2% da variação da variável Satisfação pode ser imputada às diferenças de opinião, refutando, assim, uma eventual relação significativa entre o abandono efetivo do subsistema e a Satisfação.

No que respeita a uma eventual associação entre a percepção de benefícios e a satisfação nos Beneficiários, verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa, ainda que baixa (Pestana & Gajairo, 2008) entre as variáveis *Percepção de Benefícios* e *Satisfação*,  $r = .34, p < .003$ , sendo que, à medida que os Beneficiários percecionam maiores benefícios do subsistema, demonstram, igualmente, uma maior satisfação. Por fim, não foi encontrada qualquer relação entre a Percepção de Benefícios, Satisfação ou o Número de Dependentes Inscritos (todos os  $p > .29$ ).



***Discussão Final  
e Conclusões***



---

## 4. Discussão Final e Conclusões: A Sustentabilidade da ADSE

### 4.1 CONCLUSÃO

O conjunto dos resultados obtidos nos dois estudos empíricos fornece elementos relevantes para o esclarecimento do debate em curso, em torno da sustentabilidade e viabilidade do subsistema de saúde ADSE, com implicações não apenas para a leitura da entidade com base no seu quadro de financiamento e de captação de receitas atuais, o qual apresenta vantagens importantes para os seus beneficiários comparativamente aos benefícios advindos da subscrição de um SPS, como revela, de igual modo, que uma parte representativa da opinião pública, considerando beneficiários e não-beneficiários, tem uma perceção benévola dos benefícios resultantes da ação do subsistema.

Assim, sendo o principal objetivo do organismo a autossustentabilidade financeira, ou seja, realizar uma atividade cujo financiamento seja assegurado exclusivamente pelas receitas próprias geradas pelas retenções às remunerações e pensões dos trabalhadores e aposentados, verifica-se que este foi plenamente atingido, quer pelo volume de contribuições dos seus beneficiários quer pelo Orçamento de Estado, indiretamente, por via dos descontos das entidades da administração pública empregadoras dos trabalhadores. Ademais, verifica-se que este cenário de sustentabilidade é anterior ao aumento percentual da contribuição dos seus beneficiários de 2,5 para 3,5%, pelo que a existência da ADSE representava, em termos financeiros, uma importante poupança para o Estado (e.g., com um *superavit* declarado de 152 milhões de euros), até porque uma parcela muito significativa dos serviços de saúde é paga pelos próprios beneficiários (63%).

Com o primeiro estudo realizado pretendeu-se analisar o mercado de SPS e compreender o grau em que as suas matrizes de copagamento poderiam resultar numa renúncia à ADSE.

Recorrendo a uma análise à Liberty Seguros (perfil 28 anos) com um prémio anual de 534,76 € e Liberty Seguros (perfil 45 anos) com um prémio anual de 500,23 €, tendo por base a opção base + ambulatorio + parto, verificou-se que para os dois perfis e para a mesma seguradora, a única diferença significativa é o preço, resultante do facto de que os seguros são mais procurados por pessoas com idades mais avançadas, mais suscetíveis à doença, comparativamente a pessoas de idades mais baixas. Essa procura altera o preço oferecido neste caso pela Liberty seguros, ou de uma forma geral, de qualquer outra seguradora, pois seguindo uma lógica de mercado de oferta e de procura, a uma maior procura, corresponde, num mercado operante, um preço mais baixo

Utilizando numa segunda amostra, os produtos oferecidos pela Liberty Seguros e a Generali para o perfil de 28 anos, observou-se que as coberturas não apresentam diferença significativas, divergindo no limite anual de Hospitalização, de 15 mil para 20 mil euros, e no copagamento do parto, que varia de 200 para 250 euros, justificando assim a diferença de preço da Ocidental Seguros para a Liberty, mostrando que, de seguradora para seguradora, não existem diferenças significativas nos valores encontrados para os perfis em estudo.

Na última amostra considerada no ponto, foram utilizados os perfis de “Homem ou mulher, 28 anos: Hospitalização e consultas de especialidade” para o mesmo seguro, no caso, o produto da “Liberty Seguros”, com diferentes opções. Verificou-se que o preço aumenta progressivamente para cada uma das opções.

Todavia, nenhuma das opções compartilha valor das diárias, atos de estomatologia, próteses/ortóteses e medicamentos, possuindo, genericamente, um limite de adesão até aos 64 anos e um limite de permanência até aos 65 anos exceto a 3.ª opção.

Os seguros privados de saúde são de variados tipos e diferentes no âmbito das coberturas, apresentando características comuns tais como o facto de serem pagos pelos beneficiários, diretamente ou através de empregadores, abrangerem apenas as pessoas para as quais foram contratados, e, de um modo relevante para a análise em curso, não são garantidos, podendo ser recusados ou cancelados em qualquer momento por decisão das Seguradoras. De igual modo, possuem limites de idade (e.g., até aos 65), de cobertura e plafonamento, sendo a sua renúncia reversível, contrariamente ao que sucede com a entidade ADSE. Desta forma, os seguros de saúde privados, apesar de apresentarem custos superiores aos da ADSE não deverão ser considerados um produto substituto da ADSE.

A perceção de benefícios do subsistema para a amostra utilizada revelou-se bastante positiva, com os valores médios da variável “Perceção de Benefícios” acima do valor médio da escala, ( $p < .001$ ), com  $M = 45.6$ ,  $DP, 7.6$ . Por outro lado, a mesma análise



referente à soma da variável “Satisfação” mostrou, igualmente, diferenças estatisticamente significativas, ( $p < .001$ ) as quais permitem afirmar que os beneficiários da ADSE possuem um valor de satisfação médio com a entidade acima do valor previsto para a média da variável, com  $M = 71$ ,  $DP$ , 18. Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre Beneficiários e não-Beneficiários ( $p = .8$ ), existindo, todavia, diferenças na apreciação dos Benefícios em diferentes idades, com os participantes mais idosos a reconhecerem um maior benefício do subsistema face aos mais jovens, um fenómeno passível de ser explicado pelo facto de os participantes com idades mais altas serem, de igual modo, mais suscetíveis à debilidade física e consequente utilização dos serviços prestados pela entidade ADSE. De igual modo, os participantes com SPS perceberam menores benefícios da parte da ADSE, com  $F(1, 162) = 5.24$ ,  $p < .023$ , um resultado que carece de uma explicação conclusiva, à luz dos dados disponíveis. Contudo, dados da literatura internacional relevante para a análise económica dos fatores ligados à saúde, sugerem que a população coberta por um seguro de saúde privado não confia nos cuidados prestados pelos organismos estatais, em resultado das listas de espera e limitação na escolha dos clínicos à disposição (e.g., Besley et al., 1999; Nolan, 2006). Este fenómeno de desconfiança face aos serviços públicos pode estar na base das diferenças encontradas no presente estudo, sendo necessária, contudo, uma investigação mais aprofundada.

Mais ainda, não foram encontradas relações entre os rendimentos e a perceção de benefícios em Beneficiários e não-Beneficiários (todos os  $p > .68$ ). Todavia, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na opinião de Beneficiários e não-Beneficiários,  $\chi^2(7, N = 166) = 128$ ,  $p < .001$ , revelando a existência de diferenças quanto à frequência de opiniões, com os Beneficiários a apresentarem uma maior frequência de respostas “Tenho ADSE e não vou sair”, ao passo que os não-Beneficiários apresentaram um maior número de respostas “Concordo com a existência da ADSE, aberto à população em geral. Este resultando é congruente com o resultado não significativo da ANOVA no que respeita à ausência de diferenças na perceção de benefícios por parte de Beneficiários e não-Beneficiários, reforçando a ideia de que, contrariamente às teses apresentadas por vários arguentes, a ADSE é percebida, genericamente, como uma mais-valia pela população, quer esta seja beneficiária direta ou não. No que respeita à relação entre o *Rendimento*, *Opinião* e *Doença*, observou-se que, no grupo de Beneficiários, a um maior grau de Rendimento, correspondeu uma maior frequência da posição “Tenho ADSE e não vou sair”, com ( $p < .001$ ), Kendall's tau-b,  $-.34$ ,  $p < .005$ . Neste grupo, a relação entre *Rendimento* e *Doença* não foi estatisticamente significativa ( $p = .55$ ). No que se refere ao grupo de não-beneficiários à relação entre o *Rendimento*, *Opinião* e *Doença*, não foram observados quaisquer efeitos significativos (todos os  $p > .11$ ). Relativamente à relação

entre o estado de saúde e o abandono do subsistema, não foram encontradas diferenças entre a intenção declarada de abandono e o estado de saúde ( $p = .79$ ).

Por último, verificou-se uma associação entre a percepção de benefícios e a satisfação nos Beneficiários, manifestada pela existência de uma correlação estatisticamente significativa, entre as variáveis *Percepção de Benefícios* e *Satisfação*,  $r = .34$ , sugerindo que, à medida que os Beneficiários percebem maiores benefícios do subsistema, demonstram, igualmente, uma maior satisfação, não tendo sido encontrada qualquer relação entre a Percepção de Benefícios, Satisfação e o Número de Dependentes Inscritos (todos os  $p > .29$ ).

## 4.2 LIMITAÇÕES

Os estudos empíricos apresentados e discutidos neste relatório não são obviamente isentos de limitações. Assim, uma das limitações reconhecidas será o reduzido número de seguros de saúde usados na comparação com a ADSE. Sendo um mercado diversificado, com múltiplos agentes, existe uma manifesta dificuldade, face ao tempo disponível e à natureza do trabalho, considerar todas as ofertas equivalentes, o que, na prática, e apesar da amplitude da busca realizada, pode traduzir-se na omissão de seguros com condições mais atrativas comparativamente à ADSE, enfraquecendo a conclusão retirada acerca do menor custo da ADSE para os seus beneficiários. Por outro lado, a não disponibilização, em tempo útil, do relatório de atividades da ADSE de 2013 não permite considerar os impactos resultantes de medidas mais recentes, tais como o aumento de 1,5 para os 2,5%, (atendendo à impossibilidade técnica, no corrente ano, de compilar números para o aumento de 3,5%) e os dados mais recentes de receita e despesa do organismo, tendo sido usados, na presente dissertação, elementos de 2012. Algumas variáveis adicionais correntemente referidas na literatura com impacto para a análise conduzida (e.g., escolaridade), poderiam ter sido consideradas na construção dos questionários. Por último, as conclusões obtidas face à percepção de benefícios e à satisfação tem de ser consideradas com algumas reservas, dada a não validação sistemática das mesmas para a população portuguesa. Ainda assim, tal não impede considerações relativamente a diferenças entre grupos ou a associações entre variáveis, numa lógica de comparação exploratória. A validação para a população portuguesa destes instrumentos, a adaptação de instrumentos internacionais de cálculo, ou, ainda, a utilização de medidas previamente aferidas para a população seriam mais-valias importantes na prossecução deste trabalho.

### **4.3 SUMÁRIO DE CONCLUSÕES**

Em conclusão, o conjunto dos resultados obtidos nos dois estudos empíricos fornece elementos relevantes para o esclarecimento do debate em curso, em torno da sustentabilidade e viabilidade do subsistema de saúde ADSE. Assim sendo, as principais ilações retiradas suportam a sustentabilidade económico-financeira do subsistema à luz do quadro de financiamento e de captação de receitas atuais da entidade, demonstrando, igualmente, vantagens importantes para os seus beneficiários comparativamente aos benefícios advindos da subscrição de um SPS. Mais ainda, conclui-se que uma parte representativa da opinião pública, considerando beneficiários e não beneficiários, tem uma perceção positiva relativamente à ADSE, o que, em última análise, pode contribuir para sua sustentabilidade política e social.



***Referências  
Bibliográficas***



---

## Referências Bibliográficas

- Agência Lusa, (2014, 13 de Março). Sintap defende manutenção da ADSE "ao serviço dos trabalhadores e não do orçamento". *Jornal i*. Disponível em <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/sintap-defende-manutencao-da-adse-ao-servico-dos-trabalhadores-nao-orcamento> [03 de Abril de 2014]
- Agência Lusa, (2014, 20 de Janeiro). Frente Comum acusa governo de querer privatizar a ADSE. *Jornal i*. Disponível em <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/frente-comum-acusa-governo-querer-privatizar-adse> [15 de Fevereiro de 2014]
- Agência Lusa, (2014, 20 de Janeiro). STE acusa Governo de querer "acabar" com a ADSE e contesta aumento dos descontos. *Negócios online*. Disponível em [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/ste\\_acusa\\_governo\\_de\\_querer\\_acabar\\_com\\_a\\_adse\\_e\\_contesta\\_aumento\\_dos\\_descontos.html](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/ste_acusa_governo_de_querer_acabar_com_a_adse_e_contesta_aumento_dos_descontos.html) [15 de Fevereiro de 2014]
- Agência Lusa, (2014, 31 de Janeiro). PS Seguro confronta Passos sobre poupanças com ADSE. *Notícias ao minuto*. Disponível em <http://www.noticiasao minuto.com/politica/167206/seguro-confronta-passos-sobre-poupancas-com-adse> [15 de Fevereiro de 2014]
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento.
- Assembleia da República (2012). Orçamento de estado de 2013. Disponível em <https://m6.ama.pt/docs/LOE2013.pdf> [22 de Fevereiro de 2014]
- Azenha, A. (2013, 30 de Março). Privados ganham 492 milhões com a ADSE, *Correio da Manhã*. Disponível em <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/atualidade/privados-ganham-492-milhoes-com-a-adse> [03 de Maio de 2014]

- Azul, M. (2014, 11 de Maio). Seguro de saúde vs subsistemas de saúde (adse, sams, etc). [Mensagem Web Blog]. Disponível em <http://eumorangoazul.blogspot.pt/2013/05/seguro-de-saude-vs-subsistemas-de-saude.html> [03 de Março de 2014]
- Barómetro (2012, 17 de Novembro). Fim da ADSE: um debate nunca feito. *Jornal de Notícias*. Disponível em [http://www.jn.pt/Barometro/Saude/Interior.aspx?content\\_id=2891475](http://www.jn.pt/Barometro/Saude/Interior.aspx?content_id=2891475) [03 de Março de 2014]
- Barros, P. (2013a). *Economia da Saúde*, 3.ª Edição. Coimbra: Almedina
- Barros, P. (2013, 14 de Janeiro b). ADSE. [Mensagem Web Blog] Disponível em <http://momentoseconomicos.wordpress.com/2013/01/14/adse/> [20 de Fevereiro de 2014]
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: Do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, 72, 155-181.
- Deco Proteste (2014). Seguro de saúde: qual o melhor?. Disponível em <http://www.deco.proteste.pt/saude/seguro-saude/simule-e-poupe/seguro-de-saude> [14 de Março de 2014]
- Deco Proteste (2014). Avaliação a pedido: ADSE ou seguro de saúde?. Disponível em <http://www.deco.proteste.pt/saude/orcamento-familiar/noticia/avaliacao-a-pedido-seguro-de-saude-ou-adse> [14 de Março de 2014]
- Fernandes, A. (2013, 6 de Fevereiro). ADSE –um pequeno esclarecimento a todos os ignorantes (ou pseudo ignorantes) deste país [Mensagem Web Blog]. Disponível em <https://soproleve.wordpress.com/category/adse/> [16 de Março de 2014]
- Fernandes, J.V., Barros, P. & Fernandes, A. C. (2011). *Três Olhares Sobre a Saúde em Portugal*. Lisboa: Principia Editora.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Kiess, H., & Bloomquist, D. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ministério da Saúde (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a saúde. Disponível em [http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS3\\_20-06-20111.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS3_20-06-20111.pdf) [14 de Março de 2014]



- Ministério das Finanças, (2012). Relatório de Atividades de 2012 – ADSE. Disponível em [https://www.adse.pt/document/Relatorio\\_de\\_atividades\\_de\\_2012.pdf](https://www.adse.pt/document/Relatorio_de_atividades_de_2012.pdf) [04 de Janeiro de 2014]
- Ministério das Finanças, (2013). Plano de Atividades de 2013 – ADSE. Disponível em [http://www.adse.pt/DOCUMENT/Plano\\_Actividades\\_2013\\_.pdf](http://www.adse.pt/DOCUMENT/Plano_Actividades_2013_.pdf) [10 de Fevereiro de 2014]
- Nolan, B. (2006). The interaction of Public and Private health Insurance: Ireland as a Case Study. *The Geneva papers*, 31, 633-649.
- Notícias ao minuto. (2014, 21 de Janeiro). ADSE: A pagar-se a si própria desde 2012. *Notícias ao minuto*. Disponível em <http://www.noticiasao minuto.com/economia/161960/adse-a-pagar-se-a-si-propria-desde-2012> [10 de Fevereiro de 2014]
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en) [10 de Fevereiro de 2014]
- Oficial de Justiça. (2014, 23 de Janeiro). A Autossustentabilidade da ADSE Disponível em <http://oficialdejustica.blogs.sapo.pt/a-autossustentabilidade-da-adse-29651> [22 de Março de 2014]
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., and Denney T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.
- Pestana & Gajeiro (2008). *Análise de dados para ciências sociais* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, S. (2014, 21 de Janeiro). Adse vs Seguro de saúde. Veja o que compensa. *Jornal i*. Disponível em <http://www.ionline.pt/artigos/dinheiro-financas-pessoais/adse-vs-seguro-saude-veja-compensa> [22 de Fevereiro de 2014]
- Prophetarum, C. (2013, 26 de Janeiro). O Fim da ADSE: Entrevista a Pedro Pita Barros (economista e professor universitário) [Mensagem Web Blog]. Disponível em <http://movv.org/2013/01/26/o-fim-da-adse-entrevista-a-pedro-pita-barros-economista-e-professor-universitario>. [22 de Fevereiro de 2014]
- Redondo, F. (2010, 01 de Abril). Pela igualdade no acesso aos cuidados de saúde [Mensagem Web Blog]. Disponível em <http://dotecome.blogspot.pt/2010/04/pela-igualdade-no-acesso-aos-cuidados.html> [20 de Fevereiro de 2014]

- Rosa, E. (2014, 19 de Janeiro). A destruição dos subsistemas de saúde, o aumento da degradação do SNS e a criação de mercado para privados. [Mensagem Web Blog] Disponível em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2014/4-2013-adse.pdf> [14 de Março de 2014]
- Santos, R. (2014a, 16 de Fevereiro). Ministério assume que fim da ADSE levaria a aumento das listas de espera no SNS. *Portugal P*. Disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ministerio-assume-que-fim-da-adse-levaria-a-aumento-das-listas-de-espera-no-sns-1623848> [14 de Março de 2014]
- Suspiro, A. (2014, 10 de Abril). Governo insiste. ADSE terá de ser financiada apenas pelos beneficiários. *Jornal i*. Disponível em <http://www.ionline.pt/artigos/dinheiro/governo-insiste-adse-tera-ser-financiada-apenas-pelos-beneficiarios/pag/-1> [14 de Março de 2014]
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5ª Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- União Europeia, Banco Central Europeu (2011). Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de Política Económica: Portugal. Disponível em [https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=service&doc\\_library=CIE01&doc\\_number=000046743&line\\_number=0001&func\\_code=WEB-FULL&service\\_type=MEDIA](https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000046743&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA) [21 de Fevereiro de 2014]





***Anexos***



---

**ANEXO I: Questionário Socio-Demográfico e de perceção de benefícios da ADSE**


Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Mestrado de Economia Financeira  
Relatório de Estágio  
Ano letivo 2013/2014

A **ADSE** (Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores na Função Pública) é um Serviço Integrado do Ministério das Finanças e da Administração Pública, que tem a responsabilidade de gerir o sistema de proteção social aos trabalhadores do setor público administrativo.

A **ADSE** financia as despesas realizadas pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde.

O presente trabalho é de natureza académica e visa obter informações relativas ao serviço e aos benefícios por ele prestados. O seu preenchimento é confidencial e de forma alguma os seus dados serão usados para outros propósitos que não os do presente estudo. Agradeço que seja o mais sincero possível na sua resposta. Não existem respostas certas ou erradas às perguntas que lhes forem apresentadas.

**ASSINALE COM UMA CRUZ**

**1. SEXO**

Fem.

Masc.

**2. IDADE**

[ < 26 ]

[ 26-65 ]

[ > 65 ]

**3. ESTADO CIVIL**

Solteiro

Casado

União de facto

Víuvo

**4. SOU BENEFICIÁRIO DA ADSE**

SIM

NÃO

**SE RESPONDEU SIM CONTINUE... SE RESPONDEU NÃO SALTE PARA PERGUNTA 7.**

**5. QUAL A SUA SITUAÇÃO**

Titular

Cônjuge

Descendente

Ascendente ou equiparado

Outra

Qual

**SE É BENEFICIÁRIO TITULAR RESPONDA A SEGUINTE QUESTÃO (CASO CONTRÁRIO SALTE PARA A QUESTÃO SEGUINTE)**

**6. DEPENDENTES INSCRITOS (como beneficiários dos familiares)**

Nenhum	<input type="text"/>		
Cônjuge	<input type="text"/>		
Descendente	<input type="text"/>	→	Número <input type="text"/>
Ascendente ou equiparado	<input type="text"/>	→	Número <input type="text"/>
Outro	<input type="text"/>	Qual <input type="text"/>	→ Número <input type="text"/>

**7. RENDIMENTOS**

Escalão 1	<input type="text"/>	[ < 150€ ]
Escalão 2	<input type="text"/>	[ 151 a 250€ ]
Escalão 3	<input type="text"/>	[ 251 a 350€ ]
Escalão 4	<input type="text"/>	[ 351 a 485€ ]
Escalão 5	<input type="text"/>	[ 486 a 700€ ]
Escalão 6	<input type="text"/>	[ 701 a 900€ ]
Escalão 7	<input type="text"/>	[ 901 a 1200€ ]
Escalão 8	<input type="text"/>	[ 1201 a 1500€ ]
Escalão 9	<input type="text"/>	[ 1501 a 2000€ ]
Escalão 10	<input type="text"/>	[ > 2000€ ]

**8. ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Trabalhador	<input type="text"/>
Estudante	<input type="text"/>
Desempregado	<input type="text"/>
Reformado/ Aposentado	<input type="text"/>

**9. COMO CONSIDERA O SEU ESTADO DE SAÚDE**

Muito Bom	<input type="text"/>
Bom	<input type="text"/>
Razoável	<input type="text"/>
Mau	<input type="text"/>

**10. DOENÇAS**

Nenhuma	<input type="text"/>
Oncológica	<input type="text"/>
Paramiloidose	<input type="text"/>
Hemofílica	<input type="text"/>
Reumatológica	<input type="text"/>
Hepática	<input type="text"/>
Cardio-vascular	<input type="text"/>
Musculo-esquelética	<input type="text"/>





d. Preferia subscrever um seguro da saúde privado a beneficiar do serviço da ADSE.

1	2	3	4	5	6	7

e. Os beneficiários da ADSE têm tratamento privilegiado face aos beneficiários do serviço nacional de saúde (SNS).

1	2	3	4	5	6	7

f. Acho injusto que a ADSE não possa ser subscrita pela população geral.

1	2	3	4	5	6	7

g. Creio que a ADSE presta um melhor serviço do que o SNS.

1	2	3	4	5	6	7

h. A ADSE devia ser completamente integrada no SNS.

1	2	3	4	5	6	7

i. Creio que a ADSE presta um melhor serviço do que um seguro de saúde privado.

1	2	3	4	5	6	7

j. Os benefícios da ADSE são superiores a qualquer subsistema de saúde público e privado.

1	2	3	4	5	6	7

OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO...

SE É BENEFICIÁRIO DA ADSE RESPONDA À SEGUINTE ESCALA DE SATISFAÇÃO

### Escala de satisfação de Beneficiários da ADSE

CLASSIFIQUE DE 1 A 7 AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES

SENDO: 1 – Muito Insatisfeito; 2 - Insatisfeito; 3 – Ligeiramente Insatisfeito; 4 - Nem Insatisfeito/ Nem Satisfeito; 5- Ligeiramente Satisfeito; 6 - Satisfeito; 7 – Muito Satisfeito

Satisfação com...		Grau de Satisfação						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>Imagem global da organização</b>	Desempenho da organização							
	A cortesia dos colaboradores que lidam com os serviços/clientes							
	Flexibilidade e autonomia dos colaboradores para resolver situações invulgares							
	As melhorias implementadas na organização							
<b>Envolvimento e participação</b>	Aferição do índice de satisfação dos serviços/clientes							
	Consulta aos serviços/clientes sobre oportunidades de melhoria dos serviços prestados							
	A possibilidade de utilização de vários canais de comunicação (telefone; e-mail; reuniões)							
	A existência de interlocutores responsáveis pelas relações com os serviços/clientes							
	A participação dos serviços/clientes em reuniões para debater a melhoria dos processos da organização							
<b>Acessibilidade</b>	Informação acessível							
	Meios expeditos na prestação do serviço (ex. uso de e-mail)							
	Atendimento telefónico							
	Atendimento por e-mail							
<b>Produtos e serviços</b>	Satisfação com os serviços prestados							
	Qualidade da informação disponibilizada							
	Tempo de resposta às solicitações							

OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO...

**ANEXO II: Liberty seguros (28 anos) /Liberty Seguros (45 anos)**

	LIBERTY SEGUROS (28 ANOS)	LIBERTY SEGUROS (45 ANOS)
Satisfação global	44%	44%
Preço	€ 534.76	470.58
<b>LIMITES DE IDADE E PERÍODOS DE CARÊNCIA</b>		
Limite de idade/ Adesão	64	64
Limite de idade/ Permanência	(1) 65	(1) 65
Período de carência (dias)/Hospitalização	90	90
Período de carência (dias)/ Ambulatório	60	60
Período de carência (dias)/ Parto	(2) 365	(2) 365
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>		
Limite anual	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)
Copagamento/ Franquia fora da rede	-	-
<b>SUBSÍDIO DIÁRIO</b>		
Valor diário	Não aplicável	Não aplicável
Limite (dias)	Não aplicável	Não aplicável
Franquia (dias)	Não aplicável	Não aplicável
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIA</b>		
Limite anual	(3) € 1.000,00	(3) € 1.000,00
Comparticipação dentro da rede	(4) 90% a 100%	(4) 90% a 100%

Comparticipação fora da rede	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	€ 50,00 anual/ € 15,00 consulta	€ 50,00 anual/ € 15,00 consulta
Copagamento/Franquia fora da rede	€ 50,00 anual	€ 50,00 anual
<b>ESTOMATOLOGIA</b>		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b>		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
<b>MEDICAMENTOS</b>		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Franquia	Não aplicável	Não aplicável
<b>PARTO</b>		
Limite anual	(3)(5) € 1.500,00	(3) (5) € 1.500,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%

Copagamento/ Franquia dentro da rede	€ 200,00	€ 200,00
Copagamento/Franquia fora da rede	-	-
OUTRAS INFORMAÇÕES		
Observações	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;
	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;
	(3) Cobertura opcional;	(3) Cobertura opcional;
	(4) Na rede, comparticipação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;	(4) Na rede, comparticipação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;
	(5) Incluído no capital de hospitalização;	(5) Incluído no capital de hospitalização;

**Fonte:** *Elaboração própria através da base de dados da Deco Proteste*

**ANEXO III: Ocidental seguros 28 anos/Liberty seguros 28 anos**

	OCIDENTAL SEGUROS 28 ANOS	LIBERTY SEGUROS 28 ANOS
Satisfação geral	44%	44%
Preço	€ 500,23	€ 534,76
<b>LIMITES DE IDADE E PERÍODOS DE CARÊNCIA</b>		
Limite de idade/ Adesão	64	64
Limite de idade/ Permanência	(1) 65	(1) 65
Período de carência (dias)/Hospitalização	90	90
Período de carência (dias)/Ambulatório	60	60
Período de carência (dias)/Parto	365	(2) 365
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>		
Limite anual	€15.000,00	€ 20.000,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)
Copagamento/ Franquia fora da rede	-	-
<b>SUBSÍDIO DIÁRIO</b>		
Valor diário	Não aplicável	Não aplicável
Limite (dias)	Não aplicável	Não aplicável
Franquia (dias)	Não aplicável	Não aplicável

ASSISTÊNCIA AMBULATORIA		
Limite anual	(2) € 1.000,00	(3) € 1.000,00
Comparticipação dentro da rede	(3) 90% a 100%	(4) 90% a 100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	€ 50,00 anual/€ 15,00 consulta	€ 50,00 anual/€ 15,00 consulta
Copagamento/ Franquia fora da rede	€ 50,00 anual	€ 50,00 anual
ESTOMATOLOGIA		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
PRÓTESES E ORTÓTESES		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
MEDICAMENTOS		
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável



Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável
Franquia	Não aplicável	Não aplicável
<b>PARTO</b>		
Limite anual	(2)(4) € 1.500,00	(3)(5) € 1.500,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	€ 250,00	€ 200,00
Copagamento/ Franquia fora da rede	-	-
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>		
Observações	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;
	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;
	(3) Cobertura opcional;	(3) Cobertura opcional;
	(4) Na rede, participação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;	(4) Na rede, participação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;
		(5) Incluído no capital de hospitalização;

**Fonte:** Elaboração própria através da base de dados da Deco Proteste

**ANEXO IV: Liberty Seguros em diferentes opções**

	LIBERTY SEGUROS OPÇÃO 1	LIBERTY SEGUROS OPÇÃO 2	LIBERTY SEGUROS OPÇÃO 3
Satisfação Geral	44%	49%	53%
Preço	€ 534,76	€ 589,81	€ 789,51
<b>LIMITES DE IDADE E PERÍODOS DE CARÊNCIA</b>			
Limite de idade/Adesão	64	64	64
Limite de idade/Permanência	(1) 65	(1) 65	-
Período de carência (dias)/Hospitalização	90	90	90
Período de carência (dias)/Ambulatório	60	60	60
Período de carência (dias)/Parto	(2) 365	(2) 365	(1) 365
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>			
Limite anual	€ 20.000,00	€ 50.000,00	(2) € 75.000,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)	10% (mín. € 200,00, máx € 500,00)
Copagamento/Franquia fora da rede	-	-	-
<b>SUBSÍDIO DIÁRIO</b>			
Valor diário	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Limite (dias)	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Franquia (dias)	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA			
Limite anual	(3) € 1.000,00	€ 2.500,00	€ 5.000,00
Comparticipação dentro da rede	(4) 90% a 100%	(3) 90% a 100%	(3) 90% a 100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%	35%
Copagamento/ Franquia dentro da rede	€ 50,00 anual/€ 15,00 consulta	(4) € 15,00	(4) € 15,00
Copagamento/ Franquia fora da rede	€ 50,00 anual	-	-
ESTOMATOLOGIA			
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
PRÓTESES E ORTÓTESES			
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Copagamento/ Franquia fora da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
MEDICAMENTOS			
Limite anual	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Comparticipação dentro da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável

Comparticipação fora da rede	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Franquia	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
<b>PARTO</b>			
Limite anual	(3)(5) € 1.500,00	(5) € 2.000,00	(5) € 3.000,00
Comparticipação dentro da rede	100%	100%	100%
Comparticipação fora da rede	35%	35%	35%
Copagamento/Franquia dentro da rede	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00
Copagamento/Franquia fora da rede	-	-	-
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>			
Observações	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;	(1) Se a subscrição for feita antes dos 55 anos, não tem idade limite de permanência;	(1) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;
	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;	(2) Período de carência também aplicado a tratamento varizes, hérnia discal, hemorroidectomia, amigdalectomia, tratamento apneia do sono...;
	(3) Cobertura opcional;	(3) Cobertura opcional;	(3) Cobertura opcional;
	(4) Na rede, participação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;	(4) Na rede, participação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;	(4) Na rede, participação de 100% em consultas e 90% em tratamentos e exames;
	(5) Incluído no capital de hospitalização;	(5) Incluído no capital de hospitalização;	(5) Incluído no capital de hospitalização;

**Fonte:** Elaboração própria através da base de dados da Deco Proteste

**ANEXO V: Breve comparação entre SNS, SPS e ADSE**

	<b>SNS</b>	<b>SPS</b>	<b>ADSE</b>
<b>Acesso aos serviços do SNS</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Acesso livre à medicina privada</b>	NÃO	SIM (nos seguros com regime Livre)	SIM
<b>Acesso a entidades convencionadas com preços especiais participados</b>	SIM Só para exames, meios de diagnóstico e alguns tratamentos	SIM	SIM Preços sempre inferiores aos de SPS e muitas vezes aos de SNS
<b>Cuidados de oftalmologia e estomatologia</b>	NÃO Com algumas exceções localizadas (Inst. Gama Pinto; regiões autónomas)	SIM Alguns excluem tratamento de miopia, implantes e aparelhos de ortodontia	SIM
<b>Comparticipação em medicamentos</b>	SIM	SIM Em alguns seguros, e com franquia por receita	SIM Incluindo medicamentos estrangeiros
<b>Cuidados médicos no estrangeiro</b>	SIM Só situações muito graves, sem tratamento no país e autorizado por DGS	NÃO (quase nunca) Os que têm, exigem indicação por “junta médica”	SIM Mesmo que por iniciativa própria
<b>Comparticipação em próteses oculares e dentárias</b>	NÃO Raras exceções e valores residuais	SIM Alguns e com limites anuais de quantidade e valor	SIM Com limites anuais
<b>Beneficiários</b>	Todos os portugueses e residentes no país, independente da sua situação	Aqueles para quem seja contratado o seguro	Empregados do Estado ou equiparados (no ativo ou aposentados) Cônjuges (mesmo viúvos) Filhos (até 26 anos) Ascendentes (se sem meios)
<b>Condições especiais de acesso</b>	NÃO	SIM Ter menos de 60 anos Não ter certas doenças	NÃO

<b>Pode terminar o direito ao acesso?</b>	NÃO	SIM Contratualmente aos 65 anos; em qualquer altura por decisão da Seguradora	NÃO
<b>Limites anuais no valor dos cuidados</b>	NÃO	SIM Dependendo do valor segurado	NÃO
<b>Custo direto para o beneficiário</b>	Taxas moderadoras; coparticipação em medicamentos	Prémio anual; franquias; coparticipação em todos os cuidados e aquisições	Contribuição de 3,5% do vencimento (1,25% se aposentado); Coparticipação em alguns cuidados
<b>Financiamento</b>	Orçamento do Estado	Prémios pagos pelos segurados	Orçamento do Estado via indireta i.e., via EE; Contribuição dos beneficiários

*Fonte: Adaptado do Estudo de Rosa Penim Redondo (2010)*



