



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

# Os Fatores Determinantes de Sustentabilidade do Subsistema de Saúde ADSE

Miguel José da Costa Caetano

Mestrado em Administração Pública

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Administração Pública

Orientação:

Professora Doutora Maria Asensio Menchero, Professora Associada Convidada do ISCTE-  
Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

setembro, 2018



## **Resumo**

O trabalho realizado tem como objetivo a compreensão dos debates políticos e sociais e dos fatores endógenos e exógenos que marcam a história, evolução e sustentabilidade da ADSE. As perspetivas analisadas passaram pelo enquadramento das políticas do Estado de bem-estar nos modelos teóricos vigentes, abordando as especificidades dos países do sul da Europa. Posteriormente a análise centrou-se na realidade portuguesa, na fragmentação das políticas de saúde e do Sistema Nacional de Saúde, analisando-se os elementos distintivos do subsistema de saúde ADSE. Para compreender os elementos fulcrais para a continuidade, sistematizaram-se os contributos do debate público de âmbito político, grupos de interesse e sociedade civil, ao redor de quatro grandes hipóteses de investigação, o contexto político e económico, o papel dos beneficiários, a nova gestão pública e questão da equidade que se estabelece no acesso à saúde. Para auxílio da análise utilizaram-se abordagens aos conceitos de *blame avoidance*, utilização de crises económicas como oportunidade de reforma e retração do Estado de bem-estar. Concluindo-se que a temática em redor da ADSE é complexa e multidimensional, envolvendo elementos de política social, política de saúde e política financeira do Estado, entre outros. Esta realidade origina o debate em torno da ADSE no espaço político e público, com impacto no modelo de funcionamento do SNS, reforçado com reformas significativas momentos de confluência de crise económica e financiamento do Estado, condições políticas adequadas e intervenção de instituições nacionais e internacionais.

**Palavras-Chave:** ADSE, Sustentabilidade, Subsistema; Estado de bem-estar

## **Abstract**

The work-project intended to understand the political and social debates and the endogenous and exogenous factors that mark the history, evolution and sustainability of the ADSE. The perspectives analysed underwent an initial framework of welfare state policies in the current theoretical models, addressing the specificities of the southern European countries. Subsequently the analysis focused on the Portuguese reality, the fragmentation of its health policies and the National Health System, analysing the distinctive elements of the health subsystem ADSE. In order to understand the key elements for the continuity, the contributions of the political debate, interest groups and civil society were systematized, around hypotheses of investigation, like the political and economic context, the role of beneficiaries, the new public management, the issue of equity in the health services access. To support this analysis were used approaches to the concepts of blame avoidance, use of economic crises as an opportunity and retraction of the welfare state. It is concluded that the analysis of the ADSE is complex and multidimensional, involving elements of social policy, health policy and financial policy of the State, among others. This reality leads debate about ADSE in political and public arena, with an impact on the NHS model, reinforced with reforms at the time of confluence of economic crisis and/or public finances crisis, political conditions and intervention of national and international institutions.

**Keywords:** ADSE, Sustainability, Subsystem; Welfare state

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – ESTADO DE BEM-ESTAR, MODELOS E A REALIDADE NACIONAL</b> .....	<b>3</b>
1.1 Enquadramento teórico dos modelos de Estado de bem-estar .....	3
1.1.1 O conceito de Estado de bem-estar.....	3
1.1.2 Sistematização dos modelos de Esping-Andersen.....	5
1.1.3 Crítica da sistematização dos modelos de Esping-Andersen.....	7
1.1.4 Sistematização dos modelos: A abordagem aos países da Europa do Sul.....	8
1.1.5 Reforma do Estado de bem-estar.....	12
1.2 Estado de bem-estar em Portugal e as políticas de saúde.....	13
1.2.1 Enquadramento geral.....	13
1.2.2 As políticas de saúde .....	13
1.2.3 A Saúde no regime democrático.....	15
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO III – OS SUBSISTEMAS DE SAÚDE, A ADSE E SEU ENQUADRAMENTO</b> .....	<b>23</b>
3.1 O Papel dos subsistemas no Sistema Nacional de Saúde .....	23
3.1.1 Os subsistemas públicos de saúde .....	23
3.2 Caracterização da ADSE.....	24
3.2.1 A ADSE e o seu regime de benefícios.....	24
3.2.2 História institucional e administrativa .....	26
3.2.3 Universo de beneficiários .....	31
<b>CAPÍTULO IV – ANÁLISE EMPÍRICA: FATORES DETERMINANTES DE SUSTENTABILIDADE</b> .....	<b>35</b>
4.1 Hipótese 1 – O contexto político e económico na continuidade da ADSE .....	41
4.2 Hipótese 2 – Co-responsabilização dos beneficiários da ADSE .....	51
4.2.1 Universo de beneficiários .....	51
4.2.2 Financiamento e gestão.....	54
4.3 Hipótese 3 – O impacto da equidade na sustentabilidade da ADSE .....	63
4.4 Hipótese 4 – O impacto da relação concorrencial do SNS na sustentabilidade .....	66
4.4.1 SNS <i>versus</i> ADSE <i>versus</i> Seguros Privados – âmbito e cobertura .....	66
4.4.2 Princípios de Nova Gestão Pública no SNS .....	68
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>73</b>

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>77</b>
<b>FONTES</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>I</b>
A. Número de beneficiários 2000 – 2016: valores absolutos .....	I
B. Número de beneficiários 2000 – 2016: valores relativos .....	I
C. Distribuição etária dos beneficiários 2010 – 2016: valores absolutos por faixa etária .....	II
D. Distribuição etária dos beneficiários 2010 – 2016: valores relativos por faixa etária.....	II
E. Compilação de legislação da ADSE.....	III
F. Orientações do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica entre Portugal e a Comissão Tripartida CE, BCE e FMI, relativas ao funcionamento da ADSE ..	VIII
G. Resultados eleitorais de representantes de Beneficiários do Conselho Geral da ADSE I.P.....	X

## **Índice de Quadros**

Quadro 4.1 Evolução do número de beneficiários.....	52
---	----

## **Índice de Figuras**

Figura 4.1 Evolução das taxas de contribuição.....	54
Figura 4.2 Representação gráfica do subsistema.....	68

## **Glossário de Siglas**

ADM – Assistência na Doença aos Militares

ADSE – Assistência na Doença dos Servidores Cíveis do Estado; Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

APHP – Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

BE – Bloco de Esquerda

BCE – Banco Central Europeu

CDS-PP – Centro Democrático Social-Partido Popular

CRP – Constituição da República Portuguesa

CGA – Caixa Geral de Aposentações

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

MS – Ministério da Saúde

PS – Partido Socialista

PSD – Partido Social Democrata

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMC – Organização Mundial para o Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAN – Pessoas, Animais e Natureza

PIB – Produto Interno Bruto

PCP – Partido Comunista Português

PEV – Partido Ecologista “Os Verdes”

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

SAD/GNR – Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

SAD/PSP – Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TC – Tribunal Constitucional





## INTRODUÇÃO

As problemáticas do setor da saúde ganham relevo com o desenvolvimento industrial, avanços científicos e desenvolvimento das políticas sociais. Os Estados, tendo as condições técnicas, populacionais e económicas para conseguir intervir nesta problemática, integram-na como prioridade e aprofundam as ligações de proximidade aos seus cidadãos. De facto, o século XX marca um desenvolvimento técnico impar nos conhecimentos médicos, democratização do acesso, exigência e necessidade de cuidados de saúde básico e proteção contra doenças epidémicas por parte das populações. A evolução das políticas sociais leva à criação nas sociedades ocidentais de Estados de bem-estar, que promoveriam e elevariam as condições de vida dos indivíduos e onde as preocupações com a saúde são um importante elemento.

Os cuidados de saúde em Portugal têm evoluído de forma disforme e fracionada. O momento decisivo é a constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, contudo, o Estado Português manteve a existência de subsistemas de saúde públicos como o das Forças Armadas, Ministério da Justiça e em especial o dos trabalhadores em funções públicas, a ADSE. A Assistência na Doença aos Servidores do Estado foi criada em 1963, antes do próprio Serviço Nacional de Saúde com o propósito de “colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas”. Desta forma, o Estado providenciava cuidados de saúde numa lógica corporativa, mas que promovia a iniquidade e instituía desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Este subsistema assegura o financiamento (integralmente ou em copagamento) dos cuidados de saúde realizados aos beneficiários fora dos serviços do SNS. Desde a sua institucionalização, diversas alterações foram sendo implementadas, desde a tutela, às condições de acesso e ao seu financiamento. No ano de 2017, é concretizada a transformação em Instituto público, com a respetiva autonomia administrativa e financeira, encerrando um longo debate com importantes questões, mas sendo decisivamente marcado pela problemática da sustentabilidade e de compromissos de austeridade no âmbito do programa de assistência financeira da *Troika*.

A investigação sobre a realidade do subsistema tem-se centrado na lógica de financiamento e sustentabilidade financeira, alienando perspetivas que poderiam conceder uma visão mais abrangente e que permitisse compreender como um esquema de financiamento de cuidados de saúde transversalmente criticado é também transversalmente defendido, ignorando orientações ideológicas e afastado do debate público e de análises mais profundas. O subsistema é utilizado em lutas partidárias internas e externas, sindicais e ideológicas na formulação do sistema de saúde, onde os diversos atores possuem um papel importante, desde os decisores políticos, aos beneficiários, intelectuais, grupos empresariais de saúde e médicos.

Interessa compreender que fatores ou dinâmicas tem permitido que a ADSE perdure no regime democrático e numa realidade social e de políticas de saúde, em condições muito diferentes daquelas

onde foi criada. A compreensão destes elementos permitirá elucidar sobre o percurso de futuro e as bases de sustentação do subsistema. Numa observação inicial é inegável o impacto da ADSE no bem-estar dos funcionários públicos e seus agregados familiares, mas também na organização do sistema de saúde e nas políticas de saúde do país.

# **CAPÍTULO I – ESTADO DE BEM-ESTAR, MODELOS E A REALIDADE NACIONAL**

## **1.1 Enquadramento teórico dos modelos de Estado de bem-estar**

### **1.1.1 O conceito de Estado de bem-estar**

Na visão Hobbesiana o Estado não existe, não sendo mais que uma construção humana que corporiza os interesses individuais mais fundamentais, como uma ficção que vive, sendo personificada pelo governo e sustentada pela responsabilidade coletiva (Silva 2013). Mantendo alguma distância das conceptualizações no campo da história das ideias políticas, pode ser assumido, que de facto, o Estado é uma realidade fundamental na vida em sociedade sendo uma realidade histórica mutável e em permanente redefinição. Os cidadãos revestem o Estado de uma ascendência sobre os interesses particulares e esta legitimação, de máxima amplitude, é materializada pelo cumprimento de expectativas de proteção, segurança, bem-estar económico e social (educação, saúde e proteção social) que não exige legitimamente de nenhuma outra organização ou entidade.

O Estado liberal constitucional no século XIX, priorizou os imperativos económicos, garantindo os direitos civis e de propriedade que serviriam de base à expansão do capitalismo industrial e económico, o que acarretou vastas alterações no tecido social dos Estados. A industrialização, o desenvolvimento capitalista, o crescimento de centros urbanos e o crescimento demográfico trouxeram ganhos financeiros e de produtividade, mas origina um desenraizamento social da economia, a diluição das formas tradicionais de solidariedade (redes familiares, ligações feudais, caridades e mutualidades) e condições de trabalho e de vida muito duras para as classes populares. Politicamente a formação e necessidade de legitimação de Estados-Nação na Europa, num contexto de alguma estabilidade acarretou mudanças também importantes, com um ímpeto de secularização (as organizações religiosas eram cruciais nas políticas de assistência) e a expansão da democracia de massas e dos direitos civis, onde a questão social ganha alguma centralidade, nacionalizando e politizando as responsabilidades sociais do Estado, criando um instrumento de manipulação.

Segundo Marshall (1949), a conquista de direitos civis, possibilitou o cumprimento dos direitos políticos e culmina na obtenção de direitos sociais, ou seja, na persecução de um mínimo de bem-estar. A criação de um Estado de bem-estar que corporiza esta evolução e ambição possui uma matriz europeia decorrente da evolução económica e política capitalista, mas a definição conceptual e de origem criou alguma disputa. A expressão Estado de bem-estar colhe origens no termo alemão “Wohlfahrstaat” utilizado por Bismarck nas reformas que introduz em 1883 e que incorporava a ideia de transformação das funções do Estado moderno (anteriormente ligadas apenas à soberania interna e externa) no sentido de assunção de maiores responsabilidades na provisão e garantia do bem-estar dos

cidadãos. A disseminação do conceito e expressão resulta da utilização em inglês do “Welfare State”<sup>1</sup> introduzida como contraponto ao “Power State” que caracterizava a ambição militar alemã durante a 2ª grande guerra mundial.

Apesar de alguma discussão, conceptualmente foram elaboradas definições mais ou menos equivalentes e com características transversais aos contributos académicos, assim, segundo Asa Biggs (1969) “Um Estado de bem estar é um Estado no qual o poder organizado é utilizado deliberadamente (através da política e administração) para alterar o poder das forças de mercado pelo menos em três dimensões: primeiro, garantindo aos indivíduos e famílias um rendimento mínimo independente do valor de mercado do seu trabalho ou da sua propriedade; segundo, diminuindo a exposição à insegurança e o risco face a algumas contingências sociais (doença, velhice e desemprego); terceiro, assegurando a todos os cidadãos sem discriminação de classe social ou status, a oferta, de acordo com os melhores padrões possíveis, de serviços sociais.” O que pressupõe uma transferência da responsabilidade no garantir de bem-estar económico e social do conjunto da sociedade para o Estado, passando o risco a ser socializado ou partilhado, e ainda a institucionalização de um conjunto de políticas sistémicas e permanentes de intervenção, com políticas sociais e instrumentos vocacionados para responder aos riscos sociais clássicos. Assim, o Estado de bem-estar deveria ser constituído por uma rede de mínimos sociais que protegeriam todos os cidadãos em caso de risco ou necessidade; daria resposta aos riscos sociais clássicos com a ligação à participação no mercado de trabalho; asseguraria um conjunto de serviços sociais aos indivíduos e famílias.

Intui-se desta conceção de bem-estar que o Estado desenvolveria uma ação cada vez mais interventiva na sociedade, assentando na noção de cidadania social em que o princípio da estabilidade económica se associaria a imperativos de justiça social e legitimidade democrática.

As primeiras políticas de seguro social eram modestas (aos padrões atuais) mas conheceram uma implementação e desenvolvimento em larga escala no final do século XIX sendo que nos anos 20 do século XX, em alguns países europeus, a despesa social já representava cerca de 3% do PIB, enquadrando uma tendência intervencionista constante e tendencialmente infinita de persecução de objetivos gerais, como a justiça social. A expansão da abrangência do Estado de bem-estar acontece decisivamente no pós Segunda Guerra Mundial, de facto a proteção social já fazia parte dos objetivos de guerra e dos aliados, mas as condições apresentaram-se como ideais: os *trinta gloriosos anos*, caracterizados por um crescimento económico impar (industrialização e construção de infraestruturas; pleno emprego masculino; *baby boom*), um compromisso de classes (trabalho, mercado, e Estado concertados em políticas sociais, estabilidade e coesão política), ausência de conflitos militares e competição de blocos políticos (capitalismo *versus* comunismo). As medidas de alargamento e expansão surgem neste período em áreas como a saúde, educação e habitação social.

---

<sup>1</sup> Arcebispo Temple (1881-1944) na obra *Christianity and Social Order* (1942)

As décadas de 70 e 80 marcam uma inversão e alteração político-institucional desta tendência, os choques petrolíferos (1973 e 1979) enquadram um processo de abrandamento económico e crise financeira, que marca um período de retração e uma maior pressão económica sobre o Estado. Politicamente a ascensão de Margareth Thatcher (1979) e Ronald Reagan (1983) assinala a inflexão política e o final do compromisso entre solidariedade social e acumulação capitalista. A retração neoliberal não conduziu a um desmantelamento do Estado de bem-estar, existindo sim uma reorientação dos princípios. O Estado passa a ser essencialmente um regulador, onde o primado da provisão pública evolui para um *mix* entre público e privado (onde a gestão seria mais eficiente, mas financiado pelo Estado) abrindo as políticas sociais a uma pluralidade de atores (ONGs, fundações, mutualidades, cooperativas e associações). Conduziu ainda a uma reestruturação dos sistemas de substituição de rendimentos (Segurança Social com critérios de atribuição de apoios limitados; aumento da idade das reformas; introdução de tetos máximos e limitações) e a incentivar a promoção de políticas de estímulo ao emprego.

No final dos anos 80 o Estado de bem-estar inicia uma nova fase, marcada por uma estratégia de investimento social, onde a integração europeia e a globalização promovem e facilitam uma convergência de políticas e uma mudança de prioridades com ênfase nas problemáticas do emprego e envelhecimento, assim como novas pressões sociais endógenas, que com a crise financeira internacional de 2007 se agravam e acentuam o discurso de reestruturação e sustentabilidade sistémica.

### **1.1.2 Sistematização dos modelos de Esping-Andersen**

O debate e produção científica sobre o Estado de bem-estar baseava-se numa abordagem tradicional de enquadramento, comparação e classificação dos países, de acordo com os níveis de despesa pública em percentagem do PIB ou com a configuração institucional das políticas. Mas a problemática da comparação de políticas sociais e as propostas difusas de tipos ideais de organização do Estado Social persistia, centrada nos efeitos da despesa e no modo como o Estado de bem-estar é efetivado.

A obra de Gøsta Esping-Andersen<sup>2</sup>, *The three worlds of welfare capitalism* (1990), propõe uma agregação em modelos que tentam especificar ou tipificar as principais formas como o modelo de Estado de bem-estar tem sido influenciado em diversos países de matriz ocidental, à luz do critério: em que medida o Estado de bem-estar foi concebido e atua para substituir o mercado, ou pelo contrário, para o apoiar, baseando-se na premissa de oposição entre Estado de bem-estar e mercado, onde os direitos e políticas sociais são uma conquista das classes operárias face ao interesse do capital e entidades patronais. Com a publicação da obra de Esping-Andersen existe uma sintetização da discussão e a criação de uma estrutura teórica específica que permite uma tipificação ou organização em modelos que provoca uma acesa discussão científica que persiste. Esta análise, parte de conceitos como a desmercadorização (Polanyie 1944), cidadania social (Marshall 1950) e modelos típicos de

---

<sup>2</sup> Sociólogo Dinamarquês

política social (Titnuss 1974), baseando-se teoricamente na influência da escola de *Power Resources Theory*,<sup>3</sup> na elaboração de uma perspectiva comparativa e geral na definição de Estado de bem-estar. A tipificação realizada orienta-se em três princípios teóricos que possibilitam a agregação de indicadores:

- Os efeitos da cidadania social na posição do indivíduo perante o mercado de trabalho.
- O sistema de estratificação que daí resulta.
- A relação que se estabelece entre Estado, Família e Mercado na provisão social.

Como já referido, um dos conceitos fundamentais na proposta de tipificação de modelos é o de desmercadorização, entendida como “o grau segundo qual é possível aos indivíduos/famílias manterem um nível de vida socialmente aceitável, independentemente da participação no mercado, o que permite aferir a existência ou não de supremacia na relação mercadorizadora, resultado da participação dos indivíduos no mercado de trabalho” (Esping-Andersen 1990). Segundo o autor, a evolução e desenvolvimento dos Estados de bem-estar são diferentes respostas a pressões com vista a promover a desmercadorização, ou seja, a capacidade de enfraquecer a relação mercadorizadora entre o indivíduo e o mercado. É neste enquadramento teórico que são identificados e tipificados três modelos de Estado de bem-estar: O Liberal, o Social-democrata e o Corporativo.

No modelo Liberal ou Anglo-saxónico, é concedida prioridade ao crescimento económico e caracteriza-se por uma reduzida desmercadorização, seguindo uma lógica de dominação do mercado e iniciativa privada. As prestações sociais estariam condicionadas pelo nível de rendimentos dos beneficiários e são promovidos esquemas de proteção e assistência de fins privados (em áreas como as pensões e saúde), diferenciando assim o acesso ao bem-estar. Estados Unidos, Austrália, Irlanda ou o Reino Unido, são exemplos de países onde este modelo é aplicado.

Numa lógica oposta, é caracterizado o modelo Social-democrata ou Escandinavo, onde a prioridade é concedida à redistribuição, com uma elevada desmercadorização, onde o Estado substitui tanto quanto possível o mercado e é o principal garante da realização de direitos sociais. Numa lógica de Estado Social fortemente promotor de políticas universalistas, igualitárias e solidárias que tenta suprir não só as necessidades básicas, mas garantir o mais alto nível de vida, o bem-estar, a segurança e o pleno emprego. Como exemplo deste modelo são identificados países como a Noruega, Suécia e Finlândia.

O terceiro modelo identificado pelo autor é designado por Conservador, Corporativo ou Continental, onde a tónica é colocada na coesão social, com uma desmercadorização moderada, encontrando-se num meio caminho entre os modelos anteriormente referidos, ou seja, não sendo puramente redistributivo ou liberal, mas baseando-se em valores corporativos, de valorização do estatuto profissional e num quadro ideológico de matriz católica, onde os direitos sociais apoiam e sustentam algumas classes corporativas e os grupos mais desfavorecidos. Apesar de apresentarem

---

<sup>3</sup> *Power resources theory* foi desenvolvida nos anos 80 pelo sociologista sueco Walter Korpi

elevada despesa social, esta não é igualitária, mas sim estratificada e centrada em grupos específicos (como exemplo os funcionários públicos). O Estado de bem-estar está também construído em redor do conceito de família patriarcal, como unidade básica social fundamental. Como exemplo desse modelo são identificados países como a Alemanha, França, Áustria, Bélgica e Holanda.

Na conceção inicial, Esping-Andersen refere especificamente sobre os modelos existentes nos países do sul da Europa, e entre os quais pode ser enquadrado o caso português, considerando que os mesmos representavam versões pouco desenvolvidas do modelo corporativo ou continental, pois existiam elementos coincidentes com este modelo. Na realidade o modelo corporativo não se enquadrava numa lógica de conquista de direitos como idealizado por Marshall, mas sim na tentativa de Estados de matriz mais autoritária conterem esse processo de conquista, de forma a abrandar a mobilização do movimento operário, e incrementando a lealdade dos funcionários públicos a um poder central. Era ainda partilhada a influência da doutrina social católica e da importância da família e laços comunitários na sociedade, onde a tradição ocupa um lugar importante e mantém os laços pré-industriais, pode-se assim afirmar-se que o modelo corporativo não pretende sequer a desmercadorização dos indivíduos, mas a preservação de formas existentes de solidariedade e bem-estar, sendo o Estado um garante da estabilidade e segurança (Goodin 1999) para a coesão social. Consequência do papel da Igreja e tradição, é a prática do princípio da subsidiariedade, ou seja, o Estado não trata todos por igual, lida de uma forma corporativa/setorial ou de acordo com o status dos grupos ou indivíduos. Desta forma, o Estado só intervém como garante último de intervenção e não como um conjunto de responsabilidades bem definidas, permitindo que as redes comunitárias e a Igreja sejam as redes primárias de apoio social, apoio esse que se centra no homem adulto que permite a subsistência da família, identificando estas sociedades como patriarcais e com os laços sociais focados no trabalho, remetendo o papel feminino para o garante de bem-estar familiar, com a sua ligação à sociedade a ser mediada pelo homem.

Nesse sentido, Esping-Andersen identifica este sistema como dualista, onde os insiders estão firmemente protegidos (os homens adultos, com relações de trabalho formais e duradoras e algumas categorias profissionais específicas) e os outsiders (sem carreira contributiva ou num mercado informal de trabalho; promove taxas de desemprego elevadas em grupos excluídos, como as mulheres e os jovens) não têm proteção ou beneficiam de uma reduzida assistência social.

Estas características, que de facto estavam presentes nos países do sul da Europa, conduziram ao enquadramento teórico destes países como versões periféricas ou atrasadas dos sistemas característicos dos países de capitalismo avançado da Europa Continental, enquadramento esse que conduzirá a um vasto debate.

### **1.1.3 Crítica da sistematização dos modelos de Esping-Andersen**

O trabalho conceptual de Esping-Andersen permite o debate científico na abordagem à tipificação do Estado de bem-estar. Contudo, alguns autores identificam limitações ou vícios na análise e posterior

categorização. Assim Lewis (1992) refere um preconceito de secundarização de género, já que o foco da análise está no trabalho assalariado e que o mesmo é tradicionalmente de cariz masculino (homem ganha-pão), sendo o espaço feminino o do trabalho não assalariado no espaço familiar e que permite a libertação do homem desse espaço, limitação que se fosse enquadrada poderia alterar a definição do modelo. Neste sentido, também é criticada a ausência do papel da família enquanto elemento de garantia do bem-estar na elaboração dos modelos, e Esping-Andersen reconhecendo essa limitação, introduz posteriormente o conceito de desfamiliarização, ou seja, as formas como as políticas públicas autonomizam os indivíduos face à família, o modo como estes têm capacidade de maximizar recursos independente das reciprocidades familiares ou conjugais.

Outra crítica comum ao trabalho de Esping-Andersen é a sua etnocentricidade de matriz escandinava. De facto, a conceptualização baseava-se na já referida Escola de *Power Resources* que tem uma identificação e aplicabilidade centrada na realidade escandinava, limitando a compreensão do desenvolvimento do Estado de bem-estar em outras regiões. Também o conceito central de desmercadorização está assente nos mecanismos de substituição de rendimentos (Segurança Social) características da realidade escandinava, o que negligencia outras dimensões tão ou mais complexas e diversas (como por exemplo o mercado informal de trabalho, família, questões de género). Uma outra crítica remete para alguma incapacidade dos modelos de refletir a diversidade dos países que o compõem, de acordo com a pertinência e os critérios utilizados por Esping-Andersen, que sublinham mais as semelhanças do que as diferenças. É também neste contexto que surge a crítica pela classificação e pouca relevância dedicada ao estudo dos Estados da Europa do Sul, onde mais que uma diferença de grau, deverá ser considerada uma diferença de tipo. Castles (1995) considera que é um ignorar da realidade destes países e que esta diversidade e especificidade provém de características de evolução diferenciadas dos restantes modelos.

Outros autores (Kasza 2002, Bannick e Hoogenboom 2007) contestam inclusive a conceção de Estado de bem-estar refletida por Esping-Andersen, argumentado que os Estados implementam e desenvolvem frequentemente políticas sociais incoerentes e contraditórias que vão construindo o Estado Social em vez de um conjunto de políticas coerentes (o que origina problemas na classificação de países e pode dar origem aos novos modelos ou modelos híbridos).

#### **1.1.4 Sistematização dos modelos: A abordagem aos países da Europa do Sul**

Os modelos de Estado de bem-estar são o resultado de um longo processo de estruturação e de interação de uma série de fatores, sendo também necessário atenção particular aos contextos históricos onde as políticas sociais se desenvolvem. O agrupar de países em redor de modelos, deve consequentemente originar um agrupar de processos sociopolíticos comuns e nesse sentido os países do sul da Europa têm aspetos distintos dos restantes países do modelo Continental ou Corporativo (Silva 2002), que não provêm exclusivamente de uma realidade geográfica. Mas como já referido, de um paralelismo das estruturas sociopolíticas assim como dos processos de desenvolvimentos. São



identificados três níveis de elementos comuns entre Espanha, Grécia, Itália e Portugal, com implicação no desenvolvimento e opções do Estado de bem-estar (Malfekis 1995; Sapelli 1995; Given 1995).

Em primeira instância, os fatores físicos: o clima mediterrâneo ameno, costas marítimas largas, inexistência de rios navegáveis e poucas reservas de carvão e ferro, são elementos que caracterizam a geografia destes países. Estes atributos que marcam um afastamento de crescimento da agricultura intensiva e modernizada, o que numa primeira fase evita o êxodo rural, com taxas de emprego agrícola elevadas (posteriormente com o desenvolvimento económico, existe uma passagem direta da mão de obra para o setor dos serviços, esta transição gera posteriormente taxas de desemprego elevadas). A ausência de recursos minerais essenciais para a industrialização condiciona em grande medida o desenvolvimento industrial e social. A topografia exigente e a necessidade de construir vias de comunicação internas, condiciona severamente o comércio interno e os fluxos populacionais, e politicamente dificulta a penetração e presença do Estado central, originando a assunção de responsabilidades das instituições religiosas e tradicionais.

Seguidamente, identificam-se também fatores histórico-políticos: a influência do papel da religião é um traço distintivo destes países, na maioria destas realidades não houve impacto relevante da reforma protestante, existindo uma homogeneidade religiosa e uma ligação umbilical entre Estado e Igreja, que retarda processos de secularização e dota as instituições religiosas de um papel persistente de subsidiariedade na produção de bem-estar social. A Igreja Católica sempre teve um papel determinante nas políticas de assistência social, educação e saúde. Flora (1986) regista que a Igreja manteve instituições de bem-estar autónomas até ao século XX nestes países, impedindo ou condicionando a construção de um Estado de bem-estar nacional, a centralização do Estado e da cidadania, e até perseverando, recebendo fundos do Estado para estas tarefas e mantendo a sua independência em relação ao poder político. Um verdadeiro compromisso entre Estado e Igreja na partilha das funções de proteção social (Ehibhaus e Manow 2001).

Também a evolução de processos políticos foi semelhante entre estes países e distintos do resto da Europa, identificando-se três fases: assim, a conquista de direitos e poder iniciou-se com a burguesia e a ascensão do parlamentarismo (a burguesia controla as instituições parlamentares e o poder político da Igreja diminuiu ou foi hostilizado; as classes populares foram excluídas do processo político e generalizaram-se esquemas de clientelismo e caciquismo como forma de influência social e distribuição arbitrária de benesses sociais), havendo tentativas de modernizar e secularizar as políticas sociais e romper com o papel da Igreja, mas levando as elites políticas a afastarem-se do país real (identificável em Portugal como o período da primeira república). Segue-se um período de governos autoritários de extrema-direita, que ascende com base nos valores da lei e ordem, “pacificadora” da sociedade, e que limita as liberdades políticas e civis adquiridas, centrando-se em elementos estabilizadores da sociedade como as corporações e instituições enraizadas, como a Igreja; estes regimes limitaram as anteriores tentativas de secularização e modernização económica e social, centrando-se nos laços corporativos estabilizadores. As políticas sociais neste período são marcadas

pela subsidiariedade de instituições de caridade e mutualistas, pela posição central da família patriarcal e por esquemas de substituição de rendimentos e sobre proteção de algumas corporações. A terceira fase de evolução comum, é marcada pela democratização e posterior adesão às Comunidades Europeias (no caso Italiano logo após o pós-guerra, os restantes países da Europa do Sul ainda esperam a degradação e queda dos regimes autoritários). O período pós ditatorial revelou-se bastante ambicioso em termos sociais, seja pelo argumento de que o aumento de intervenção social se deveu à predominância das forças políticas de esquerda, seja pela lógica de maximização de reivindicações causadas pela exclusão da modernização da sociedade e das correntes políticas oprimidas ou libertação de forças reprimidas (Castels 1993). Desta forma, as despesas sociais cresceram significativamente, facilitando a consolidação e consensualização democrática. Mozzicafredo (1992) considera que no caso nacional as políticas sociais foram essenciais na resolução do processo revolucionário e passagem à normalidade democrática.

Em último lugar fatores sociais: O Estado de bem-estar foi implantado e desenvolvido num período contraciclo, ou seja, num contexto económico global recessivo, que prejudica e deixa marcas decisivas no desenvolvimento de políticas sociais, levando algumas promessas a ser adiadas. Iniciou-se desta forma um duplo processo, o de modernização e o de consolidação democrática (Malefakis 1995), não existindo a substituição das estruturas tradicionais, mas um enquadramento e compatibilização. Machado e Castro (1998) definem a estrutura social de Portugal, como um cruzamento singular de traços de modernidade e de afastamento dessa mesma modernidade.

É baseado nestes elementos que Ferrera (1996) e outros autores se centram na compreensão da realidade do Estado de bem-estar na Europa do Sul, pois “os ingredientes do caminho seguido pela Europa do Sul para a modernização, oferecem uma base explicativa para os traços distintivos das suas políticas sociais” (Ferrera 1996), afastando-se do modelo continental se este não se adaptasse às suas estruturas tradicionais e focando-se em tradições, valores e peculiaridades. A conclusão é de que existirá uma possibilidade de se conceptualizar um novo modelo de bem-estar e adicionar aos inicialmente definidos e conceptualizados por Esping-Andersen, sendo necessário ferramentas para realmente compreender estes países e evitar a postura mais etnocêntrica ou discriminatória que os definiam como Estados atrasados ou periféricos em relação aos modelos.

Ferrera (1996/97) realiza o levantamento das características específicas dos Estados de bem-estar dos países do sul da Europa e identifica como elementos relevantes:

- Proteção social dualista (sobrepoteção de setores centrais no trabalho e descara outros na periferia)
- Tradições bismarkianas<sup>4</sup> na Segurança Social e Beveridgenana<sup>5</sup> na saúde
- Fatores políticos e organizacionais ou corporativos nas políticas distributivas
- Papel das formas de solidariedade tradicionais relevantes e complexas

---

<sup>4</sup> De inspiração em Otto Von Bismark (1815-1898), estadista alemão e as suas políticas de proteção social.

<sup>5</sup> De inspiração em William Beveridge (1879-1963), economista e reformista inglês.

Na área da substituição de rendimentos (através da Segurança Social) funciona em esquemas bismarkianos, ou seja, com base na estrutura contributiva ocupacional, como no modelo corporativo e caracteriza-se por ser dualista, pois alterna a proteção elevada de alguns grupos e dos trabalhadores com vínculos estáveis e uma proteção insuficiente de quem vive com vínculos a prazo ou no mercado informal, sendo que Ferrera identifica-os como uma versão extrema do modelo centrado em transferências. São sistemas repletos de regras e regulação e a proteção de alguns grupos corporativos (como a Função Pública), sendo que se verifica uma utilização instrumentalista do sistema pelas forças políticas, que reforça as tendências clientelistas (Ferrera 1996), estimulando esquemas de patrocínio ou “apadrinhamento” de indivíduos que consigam garantir apoio ou suporte em zonas mais pobres. Já os sistemas de saúde são implantados numa universalista, gratuita e financiada através de impostos.

Relativamente ao mercado de trabalho, o caso português destoa dos restantes países europeus, com taxas de desemprego persistentemente reduzidas, taxas de emprego superiores à média das Comunidades Europeias e um emprego feminino com taxas elevadas. Já Itália, Espanha e Grécia apresentam desempenhos medíocres nestas áreas. Castels (1995) argumenta que “menos pessoas trabalham ou procuram trabalho nos países de matriz católica e dos que o fazem, menos o encontram”. Existem traços comuns no mercado de trabalho, em especial a segmentação interna do mercado, que se centra na figura do homem ganha-pão, conduzindo grupos como as mulheres e os jovens para o desemprego ou para setores precários ou com baixos salários, num ambiente dominado pela cultura corporativista, que alimenta a existência do referido mercado informal. As causas deste desemprego devem-se também à almofada que os esquemas bismarkianos de superação de riscos de trabalho permitem e que muitas vezes são pervertidos; Industrialização débil e tardia que é agravada por um êxodo rural não enquadrado no setor industrial e um setor de trabalho informal que é também a manifestação de um Estado mais fraco.

Na dimensão familiar existem também pontos comuns e distintivos destes países, com a existência de agregados familiares maiores em comparação com os restantes países (mas numa tendência de decrescer); Com os jovens a permanecer na habitação parental até mais tarde; e com uma tendência de dinamismo familiar incrementada pela melhoria das condições de vida familiares (mais nupcialidade e uma diminuição da idade média do casamento e maior fertilidade) e uma transformação de valores (maior igualdade entre os cônjuges e valorização do indivíduo) numa compatibilização entre tradição e modernidade. Tradicionalmente, o espaço familiar tem uma função de redistribuição de rendimentos e o papel feminino no seio familiar centra-se em trabalho não remunerado e de apoio a crianças e idosos, o que limita o acesso ao mercado de trabalho. Os esquemas de benefícios sociais e substituição de rendimentos baseia-se no rendimento individual e não familiar e as políticas sociais de apoio à família são pouco desenvolvidas, reproduzindo a ideia de que a fonte provedora de bem-estar central é a família: Assim, apesar de a família ser o elemento central, as políticas familiares caracterizam-se por ser passivas e sem uma afetação relevante de recursos públicos, a solidariedade familiar é simultaneamente a explicação e o resultado desta política (Flaquer 2000)

As contribuições de Ferrera e outros autores reforçam que a análise de Esping-Andersen é um instrumento importante de análise sobre o Estado de bem-estar, mas apesar de permitir estabelecer características e elementos de comparação revela limitação na compreensão de aspetos específicos de cada país onde é essencial sensibilidade para compreendermos casos específicos e as tendências opostas, como acontece no caso dos países do sul da Europa. A perceção é que a diferença destes países na problemática dos modelos de Estados de bem-estar não é de grau, mas de tipo, sendo limitadoras, as teorias que defendiam que estes países viviam um atraso em relação a outros modelos. A análise e perspectiva mais vasta e abrangente reflete que apesar de partilhar alguns elementos e instrumentos, os papéis fundamentais dos elementos do Estado de bem-estar: Família, Estado e Mercado são diferenciados nos países da Europa do Sul.

### **1.1.5 Reforma do Estado de bem-estar**

No âmbito das reformas do Estado de bem-estar existiram muitas e rápidas evoluções nos últimos anos, sendo que um conjunto significativo das democracias ocidentais reformou todo o seu sistema ou pelo menos importantes componentes do mesmo, situação facilitada ou promovida pelas sucessivas crises (como exemplos as crises do *subprime* e da dívida soberana) ou condições económicas desfavoráveis (degradação dos indicadores comerciais e económicos com o desenvolvimento de economias periféricas e abrandamento do crescimento) permitindo a abertura de uma janela de oportunidade à classe política no poder para efetuar fortes alterações nas políticas sociais que em períodos estáveis enfrentariam uma forte contestação, oposição e óbvias consequências eleitorais. Estas mudanças e opções, num contexto de restrição económica e domínio de um certo paradigma da austeridade e disciplina das contas públicas (em especial na União Europeia) significam a realização de difíceis escolhas na distribuição e alocação de recursos económicos escassos (Jensen e Mortensen 2014; Van Kerbergen e Vis 2014).

As reformas do Estado de bem-estar são consideradas institucionalmente complexas devido a fatores como a *path dependence* e a presença de forças de bloqueio das reformas (Pierson 1994;2001). Pierson (1996; 2001) identifica que a implantação e desenvolvimento de políticas sociais é fortemente dependente de rumo ou orientação, a *path dependence*, e uma vez implantadas é de extrema complexidade a sua reversão ou retração, porque as organizações e os indivíduos adaptam-se a condições e processos, tornando os custos de uma possível mudança, mesmo que para formas mais eficientes ou justas, maiores que os custos de continuidade, originando uma ausência de incentivo à iniciativa política e uma escassez de alterações num contexto de normalidade económica e social, sem condicionalismos ou acontecimentos extraordinários.

## **1.2 Estado de bem-estar em Portugal e as políticas de saúde**

### **1.2.1 Enquadramento geral**

Em Portugal existem políticas avulsas de cariz social até meados do século XX. De facto, o suprir de algumas necessidades sociais seria um dos intentos do regime republicano, não apenas numa perspetiva de promoção social, mas essencialmente, de legitimação política e apoio popular. Contudo, questões de instabilidade e dificuldades económicas contribuem para o fracasso ou limitação de aplicação de medidas sociais ou criação de um Estado de bem-estar no país, acabando também por condenar todo o regime republicano. O regime ditatorial que se segue baseia-se em traços corporativistas e assistencialistas que priorizam o regresso da matriz eclesiástica e a proteção de alguns grupos profissionais, intervindo o Estado apenas em casos de crise extrema e com medidas também elas avulsas. Ainda no período do Estado Novo alguns avanços mais coerentes que se aproximam de uma construção de um Estado de bem-estar, apenas se manifestam na década de 60 e constituem uma lógica de resposta a alguma revolta social que surge, a insatisfação pelo despontar do conflito militar colonial e procurando re-legitimar o regime político, basearam-se contudo em políticas assistencialistas orientadas para grupos sociais específicos (Lucerna 1982), cujo exemplo é a criação em 1963 da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, a ADSE. Esta abordagem corporativista e geradora de iniquidades no acesso ao apoio social foi uma das razões impulsionadoras do lançamento da construção de um Estado de bem-estar no pós-1974, com impacto até à atualidade. Paradoxalmente o país inicia esta construção social com um sistema de saúde universal, gratuito e unificado numa conjuntura económica internacional adversa e com a ascensão de modelos de atuação estatal de lógica neoliberal e de retração do papel do Estado na sociedade. Esta implantação de matriz universalista, gratuita e financiada pelos impostos, plasmada na constituição de 1976 rompe com tradição ocupacional da provisão da saúde. Contudo, a cobertura corporativista não foi eliminada, mantendo benefícios a alguns grupos profissionais (trabalhadores públicos da administração central direta e indireta, militares, polícias, funcionários do ministério da justiça) e uma maior liberdade de escolha no acesso, ficando os mais pobres exclusivamente dependentes do SNS (Pereirinha 1992).

Autores como Machado e Costa (1998), sugeriam que o país era uma sociedade com uma modernidade inacabada, também Boaventura Sousa Santos (1985), argumentava que desde os anos 80 o modelo de relação Estado / Sociedade colocava o país numa posição de semiperiferia em termos internacionais. Contudo, para efeitos do presente trabalho, a relevância e análise dos modelos de Estados de bem-estar de Esping-Andersen e todo o debate sobre as especificidades dos países do sul da Europa, permite compreender as opções do caminho prosseguido na nossa realidade.

### **1.2.2 As políticas de saúde**

Apesar de Portugal ser considerado um Estado-Nação solidificado e possuir um controlo total do seu território, tradicionalmente a provisão de cuidados de saúde estavam concentradas quase em exclusivo

nas ordens religiosas e corporações profissionais. Eram em especial as Misericórdias, que com a sua dispersão e proximidade dos núcleos populacionais, mais se aproximava do conceito moderno de uma “rede de serviços de saúde”. A situação no início do século XX era de elevados valores nas dimensões da mortalidade (universal e infantil), mau desempenho de outros indicadores (como por exemplo a esperança média de vida) e fragilidade epidémica, decorrentes não só da falta de conhecimentos médicos, mas também da pouca relevância e atenção que o poder político lhe atribuía.

A pressão pública vai caminhando num crescendo com a implantação da monarquia parlamentar, mas só em 1901 é estabelecida a primeira reforma que apresenta pretensões de reorganizar a “saúde pública” e o setor religioso de assistência, baseando-se nos sistemas mais desenvolvidos da época, o britânico<sup>6</sup> e o alemão. Contudo a maioria das opções seguidas não se destinava a uma política pública integrada, mas a dar resposta a episódios epidémicos específicos. Apesar de ter surgido já num período de agitação constitucional, importantes medidas são desenvolvidas: criação do Instituto Central de Higiene (educação, formação e investigação em saúde pública); desenvolvimento de formações em medicina e engenharia sanitária; criação de autoridades de saúde desconcentradas; centralização das regulamentações sobre as unidades de cuidados existentes; aposta na formação e profissionalização no setor.

No instável regime republicano a questão da saúde pública assumia a sua importância, era também encarada como mais um instrumento que o regime promotor de uma rutura de sistema político poderia instrumentalizar para solidificar o seu apoio e legitimação junto das populações. A importância como símbolo de mudança foi minada pelo referido problema da instabilidade política do regime implantado e pelas fortes restrições económicas que condenaram os avanços no setor e em último reduto, todo o regime. A questão ganha também relevância devido à política de laicidade agressiva desenvolvida para com a Igreja Católica, que no setor da saúde era o maior provedor de cuidados em especial das populações mais pobres. Assim, qualquer mudança de regime não poderia descurar a ocupação destas tarefas com forte impacto social.

A Constituição Republicana de 1911 consagra o direito à assistência pública<sup>7</sup>, mas não à saúde pública, a problemática continuava a ser percecionada pelos decisores como a necessidade de garantir a provisão de cuidados básicos às populações economicamente mais débeis e não como uma política universal, facto que transparecia na distinção entre assistência e saúde, mantendo os traços da influência de religiosidade piedosa de proteção aos mais pobres. Com elevadas expectativas, transcritas para os programas políticos dos governos da época, esperava-se a implantação de uma política coerente e efetiva, existindo indicadores positivos dessa possibilidade com a introdução de algumas medidas, mas os avanços na área da saúde foram bastante ténues refletindo-se numa variação mínima dos indicadores de saúde e bem-estar da população portuguesa. O período que medeia os anos de 1926

---

<sup>6</sup> The 1875 Public Health Act provided Britain with the most extensive public health system in the world [http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/victorian\\_medicine\\_01.shtml](http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/victorian_medicine_01.shtml)

<sup>7</sup> Artº 29.º – *É reconhecido o direito à assistência pública.*

e 1933 foi marcado por uma ditadura de matriz militar, que faz perdurar o período de instabilidade política e insuficiência económica, e as políticas sociais não sofrem alterações significativas

O longo regime ditatorial de 1933 a 1974, “concede”, pela primeira vez no século, um período de estabilização política e social e um recentrar do poder e capacidade de intervenção do Estado, que permite a opção pela direção nas políticas públicas da saúde dos portugueses. Esta estabilidade não se traduz na criação de um serviço de saúde universal ou em escala nacional com a coordenação estatal. Na realidade existe uma recuperação da ligação aos cuidadores de saúde de matriz religiosa; as Misericórdias, e a promoção de uma visão corporativista na saúde, onde cada corporação ou grupo económico devia prover a elevação dos cuidados de saúde dos seus membros do nível elementar ou mesmo inexistente onde se encontravam. Os elementos constitucionais não faziam ainda menção à questão da saúde pública, mantendo as referências aos conceitos de assistência e caridade piedosa como elementos essenciais na ajuda aos mais pobres e desfavorecidos, sendo o papel do Estado de apenas complementar ou mediar. Em 1958, é finalmente criado o Ministério da Saúde e Assistência, e em 1968, o Estatuto Hospitalar, que permite a uniformização do funcionamento do setor, nas mãos das estruturas religiosas e corporativas. Contudo, apesar de algumas corporações profissionais terem desenvolvidos os seus subsistemas de saúde, a maioria da população não beneficiava do acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A década de 60 é de uma aparente mudança, impulsionada por crescimento económico e industrial e a adesão do país à EFTA<sup>8</sup>, sendo aprovadas algumas leis no setor<sup>9</sup>, e criando em 1963, a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), o subsistema de saúde para os funcionários públicos. Os cuidados de saúde são insipientes, o Estado remetia-se a ser um interveniente secundário e os diversos subsistemas e suas ineficiências e autonomia criavam severas iniquidades sociais e diferenciação no acesso.

### **1.2.3 A Saúde no regime democrático**

A revolução de 1974 cria a rutura com o passado em diversos setores entre os quais o da saúde. O programa do primeiro governo provisório<sup>10</sup> declara já a intenção de criar um sistema de saúde universal e concede também muita importância aos temas sociais e de bem-estar. Os primeiros passos foram sendo dados no sentido de regular a gestão das unidades de saúde e recuperar o papel de centralidade e controlo estatal nas unidades de saúde entregues no passado aos privados e misericórdias e repensar a organização administrativa e de cuidados de médicos locais, de responsabilidade estatal. A constituição de 1976 consagra a saúde como um direito universal e que “o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e

---

<sup>8</sup> European Free Trade Association, Portugal foi um dos membros fundadores em 1960

<sup>9</sup> Lei sobre saúde pública e assistência em 1963

<sup>10</sup> Ponto 5, alínea g) Lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos;

gratuito”<sup>11</sup>, cabendo ao Estado a principal responsabilidade de prover a garantia plasmada na constituição, numa lógica de democratização social.

Em 1979 é criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>12</sup>, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. É operacionalizada numa matriz de características do modelo Beveridgeano, ou seja, é maioritariamente pelo financiamento através dos impostos, sendo pela via do Orçamento do Estado que se estabelecem as verbas que serão alocadas ao setor da saúde. É uma forma de financiamento de gestão e prestação pública, tendo tendencialmente um uso universal e equitativo. O entendimento entre as forças políticas foi transversal e concretizou-se a criação de um serviço de saúde centralizado, universal e gratuito, o que acarretou um necessário elevado investimento público e comprometimento político. Nos anos que se seguiram à sua institucionalização o mesmo foi sendo aprofundado e apesar de algumas necessidades de contenção financeira por desequilíbrios orçamentais, crise financeira e programas de resgate, o SNS foi sempre alargando a sua dimensão, abrangência e qualidade de cuidados de saúde.

A tendência de centralização na iniciativa estatal é alterada com a exposição do país ao sistema internacional e à adesão à Comunidade Europeia. De facto, a mutação das teorias administrativas promovia agora uma abordagem mais gestionária e abertura a uma parceria com o setor privado. As consequências desta mudança materializam-se numa abordagem às políticas de saúde que promovem a autonomia de gestão como por exemplo, a transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE), desenvolvimento de práticas de controlo de despesa para promoção da eficiência e eficácia de recursos...

De facto, o sistema de saúde foi maturando e a sua cobertura e gratuidade permitiram uma notável melhoria dos indicadores de saúde que em poucos anos colocam a situação nacional ao nível dos países ocidentais. Após esta fase de crescimento e sucessos, o setor da saúde passa a focar-se em problemáticas “modernas” e algumas lacunas do sistema: problemática dos cuidados paliativos;

---

<sup>11</sup> CRP de 1976 - Artigo 64.º - (Saúde)

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;

c) Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos;

d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;

e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

<sup>12</sup> Lei 56/79 de 15 de setembro



cuidados de saúde a uma crescente população idosa; aumento de listas de esperas e falta de profissionais no setor.

O período que se estende desde o início do século até à atualidade pode ser caracterizado como de reorganização e sustentabilização do setor. O Estado, por questões orçamentais de fundo, foi obrigado a prosseguir uma política transversal de redução de custos, economia de recursos e maximização da eficiência e eficácia. No ano de 2003 é criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) com o objetivo de que “a intervenção de uma entidade reguladora setorial para o sistema de saúde no que respeita a situações de participação ou cooperação de entidades privadas ou sociais no âmbito do serviço público de saúde, cabe, igualmente, determinar a sua intervenção no âmbito de outras formas institucionais de organização do serviço público de saúde, ou mesmo para além dele, com inclusão dos setores privado e social da área da saúde”<sup>13</sup>. Uma outra medida marcante foi implantada em 2005, o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), que abrangeu também o setor da saúde e concretizou-se no encerramento e concentração de serviços de proximidade, no aumento das taxas moderadoras de acesso aos cuidados de saúde e levou a um desinvestimento com exceção de alguns programas específicos considerados cruciais no setor. Outras questões têm dominado o setor, desde logo o incremento da escassez de profissionais de saúde que leva o Estado a recorrer a programas de incentivo, ao adiamento de reformas dos profissionais e à contratualização de médicos e instituições privadas para realizar atos em substituição do SNS.

Todas estas problemáticas agravaram-se após 2010. O memorando de entendimento assinado com a *Troika* em 2011 devido a uma crise da dívida soberana portuguesa e um forte desequilíbrio nas contas públicas, conduz a um novo conjunto de medidas restritivas que reforça a orientação para a redução de custos e desinvestimento. Assim a nova fusão e reorganização de serviços de saúde conduz a uma centralização em unidades de escala superior (aumentando a distância/tempo médio de acesso das populações aos cuidados de saúde); aumento de taxas moderadoras (para financiar e moderar os acessos); limitação na prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Esta política restritiva, num contexto de insatisfação social e pioria das condições de vida, traduziu-se em impactos com alguma significância nos indicadores de saúde e bem-estar dos cidadãos.

O caminho de Portugal no setor da saúde evoluiu de um sistema baseado na assistência e caridade herdada da matriz religiosa e cultural, com enfoque na oferta de serviços por parte do setor privado, para um sistema universal centrado no Estado que se assume como um Estado Providência de democratização social. A criação do SNS foi o elemento central da mudança, sendo que as alterações culturais, políticas e económicas reabilitam o papel dos prestadores privados. A estabilidade política da democracia e os seus intentos de desenvolvimento e desígnio de criação de um sistema universal, abrangente e gratuito, conduzem a avanços significativos dos indicadores de saúde da população,

---

<sup>13</sup> Decreto-Lei 309/2003 de 10 de dezembro

mantendo, contudo, a existência de subsistemas que numa lógica essencialmente corporativa, mantém a desigualdade no acesso e são uma importante força de financiamento do setor não estatal na saúde.

## CAPÍTULO II – METODOLOGIA

No presente estudo é analisado o subsistema ADSE, que possui no ano de 2016 cerca de 1,2 milhões de beneficiários, representando um impacto de cerca de 538 milhões de euros da participação deste subsistema no volume de negócio da saúde privada em Portugal. Desta forma, analisar problemáticas desta realidade e sua evolução detém uma significativa relevância, não apenas pelo seu impacto económico, mas também por permitir uma redução de pressão sobre o SNS e na prestação pública de cuidados de saúde em Portugal, sendo também percecionada como um dos fatores de bem-estar, diferenciação e satisfação dos trabalhadores da em funções públicas. Nos últimos anos a problemática do financiamento e o questionamento da própria existência da ADSE converteram-se em problemáticas discutidas e abordadas não apenas por questões práticas, mas também no âmbito de grandes reformas na Administração Pública e sua política laboral, assim como do Estado de bem-estar, sem contudo, apresentar uma significativa profundidade.

No trabalho-projeto realizado, a complexidade e abrangência do fenómeno estudado originaram uma pesquisa inicial exploratória das diversas dimensões existentes. Não existindo uma análise complexa e pluridimensional no passado, a forma pretendida para o desenvolvimento das questões foi através de um método descritivo que permitiu inferir razões explicativas sobre a sustentabilidade da ADSE.

Desta forma, pretende-se responder à pergunta de investigação principal: “Quais são os principais elementos dos debates políticos sobre a sustentabilidade e a continuidade ou não dos subsistemas de saúde, especificamente a ADSE?”.

Tendo em conta estes aspetos, pretende-se, neste trabalho-projeto analisar a evolução e futuro da ADSE, I.P. percecionando a sua organização e formas de governação. Será uma análise integrada no contexto da evolução das reformas da Administração Pública e do desenvolvimento do Estado de bem-estar, tendo como elementos de influência as restrições orçamentais (sustentabilidade e intervenção da *Troika*), a exigência de um novo serviço público, os recursos humanos técnicos escassos, a dinâmica social, a evolução do Estado Social e o combate político-ideológico. Desta forma poderá ser analisada a questão da continuidade não numa perspetiva eminentemente financeira, mas, essencialmente, institucional e de adequação à realidade nacional.

São objetivos específicos deste trabalho:

- Identificar as principais reformas introduzidas na ADSE desde o 25 de abril até à atualidade.
- Analisar os principais debates políticos, refletindo sobre as diferentes visões de cada grupo parlamentar.
- Compreender os fatores endógenos e exógenos que condicionaram e facilitaram as reformas de continuidade realizadas.
- Refletir sobre a atualidade e continuidade da ADSE.

Depois de definidos o objeto de estudo, a problemática, a pergunta de investigação e os objetivos, é necessário explicar as variáveis que esclarecem ou não a problemática, pois qualquer problema que se investigue necessita de ter conhecimento das variáveis e do sistema onde se inserem. A variável dependente do Trabalho-projeto é crucial, dependendo dos procedimentos de investigação, ligados diretamente às respostas que se procuram, sendo influenciada em função das restantes variáveis, ou seja, a continuidade do subsistema ADSE. Nos últimos anos a existência e continuidade financeira e institucional do subsistema foi debatida, permanecendo a problemática de como um sistema perdura e pode responder às necessidades presentes e futuras, utilizando assim os conceitos de sustentabilidade ou continuidade. Ambos os conceitos pretendem representar a possibilidade de existência e relevância não apenas numa dimensão económica, mas também organizacional, no contexto da Administração Pública e nomeadamente no setor da saúde.

Nas leituras e abordagens sobre a problemática do subsistema de saúde, os mais diversos elementos encontram-se dispersos ou dissimulados em diversas argumentações. Desta forma, o trabalho realizado analisou muitos dos elementos e contributos das entidades oficiais (ERS, Tribunal de Contas, legislação, diversos estudos), mas recolhendo ainda, contributos de artigos de opinião, entrevistas, e notícias de jornal, sendo vincada a inexistência de estudos abrangentes sobre a matéria, dada a tendência dominante de realização de análises com carácter meramente economicista, e, por outro lado, a dificuldade associada à falta de informação, ou da disponibilização de informação parcial e redutora. Na recolha e abordagem da temática tendo como orientação a pergunta de investigação, considerou-se a agregação dos elementos significativos que influenciam direta ou indiretamente a variável dependente, ou seja, a continuidade da ADSE.

As variáveis independentes identificadas e analisadas são aquelas, cuja variação influencia nos valores e tendência a variável dependente, representando fatores determinantes para determinado resultado, causa ou consequência. A análise das hipóteses permitirá aferir se cada uma das mesmas tem um impacto ou influência negativa, positiva ou mesmo nula. Desta forma, para a presente análise, foram consideradas as seguintes variáveis independentes: As crises políticas e económicas, ou seja, o papel dos partidos políticos, das suas intervenções ou decisões e a posição ideológica sobre o subsistema, assim como os problemas económicos e as mudanças em momentos de rutura ou acalmia financeira de forma a compreender se a estabilidade política e económicas contribuem para a sua continuidade; o papel da co-responsabilização dos beneficiários, isto é, a influência na sustentabilidade do seu perfil, financiamento, abordando ainda a transformação da sua participação junto da gestão; a questão da equidade, ou seja, como os problemas de acesso/oferta não harmonizados e desequilibrados têm influenciado a ADSE e como a iniquidade de acesso ao SNS promove a sua sustentabilidade; e ainda a relação concorrencial dentro do sistema de saúde e de que forma o subsistema pode sentir ameaças ou prosperar na sua sustentabilidade quando colocado em competição de recursos, financiamento ou população com o SNS e os seguros privados.

Com base nas variáveis independentes, são elaboradas hipóteses de investigação ao redor das quais se procura compreender como e em que medida existe impacto e influência em relação à variável dependente:

**H1** – O contexto político e económico tem um impacto na continuidade da ADSE?

**H2** – Uma maior co-responsabilização dos beneficiários na ADSE, promove a sua sustentabilidade?

**H3** – A promoção da equidade no interior do subsistema promove a sua continuidade?

**H4** – A aplicação de princípios de nova gestão pública no SNS promove a fragmentação na prestação de cuidados de saúde e a sustentabilidade do subsistema?

O trabalho de projeto estrutura-se de forma a realizar uma abordagem abrangente da problemática, abordando posteriormente o objeto e realizando a análise empírica que permita analisar as possíveis respostas da pergunta de investigação principal. Desta forma, o Capítulo I realiza uma abordagem concetual ao conceito teórico do Estado de bem-estar, e em especial os pressupostos teóricos que o conhecimento académico dedicou à abordagem específica dos países da Europa do Sul. Partindo desta abordagem, é de crucial relevância para a análise compreender a realidade do Estado de bem-estar em Portugal e dentro do mesmo, das políticas de saúde, o espaço de atuação da ADSE. Estas políticas de saúde desenvolveram-se sem precedentes no regime democrático mas acomodaram a realidade do subsistema de saúde para os funcionários públicos.

No Capítulo II é apresentada a pertinência do trabalho-projeto, a pergunta de investigação principal, os objetivos e a metodologia utilizada. É identificada a variável dependente, ou seja, a continuidade do subsistema ADSE e as variáveis independentes, ao redor das quais são construídas hipóteses de investigação para posterior análise empírica.

No Capítulo III é realizada uma caracterização não apenas dos subsistemas de saúde na realidade portuguesa mas, fundamentalmente a análise retrospectiva do enquadramento institucional e da evolução da organização e do enquadramento legal, posteriormente caracterizando a ADSE, e identificando os aspetos basilares e definidores da sua missão, objetivos, acesso e ação.

No Capítulo IV é concretizada a análise empírica das variáveis independentes, constituídas em hipóteses de investigação, segundo o enquadramento teórico que estrutura o presente trabalho, face aos objetivos definidos: Teorias de *Blame Avoidance* e as Teorias de utilização das crises económicas como oportunidade na reforma do Estado de Bem-estar; a Nova Gestão Pública e os princípios de eficiência, eficácia e concorrência em saúde; e a Equidade na Saúde. Para cada hipótese irá ser procurado sistematizar os elementos considerados relevantes para a promoção ou degradação da continuidade da ADSE. Contudo, a escolha das hipóteses não exclui a possível importância de outros determinantes que podem e deverão ser abordados em futuras análises, devido à complexidade da problemática.

Concluir-se-á com a consideração dos diversos elementos recolhidos e contributos para a sustentabilidade da ADSE e apresentação de recomendações, tendo como base também os estudos

realizados e a análise efetuada, elencando opções para o futuro do organismo abordando as escolhas ou medidas possíveis, mas privilegiando as que possam contribuir para a maximização da satisfação dos seus beneficiários e que contribuam para a sustentabilidade organizacional da ADSE.

## **CAPÍTULO III – OS SUBSISTEMAS DE SAÚDE, A ADSE E SEU ENQUADRAMENTO**

### **3.1 O Papel dos subsistemas no Sistema Nacional de Saúde**

#### **3.1.1 Os subsistemas públicos de saúde**

A introdução do Estado de bem-estar ocorreu, como referenciado, com atraso significativo comparativamente à maioria dos países europeus, encontrando-se a sociedade portuguesa num contexto de restrição de direitos e liberdades políticas e cívicas vigentes durante o regime salazarista e promotor de uma matriz corporativa e opressiva.

Pode-se afirmar que o subsistema de saúde ADSE é um elemento inicial do Estado Providência. Criada em 1963<sup>14</sup> em pleno Estado Novo, a Assistência na Doença aos Servidores do Estado tinha como objetivo o garantir de uma assistência na doença aos seus beneficiários, que até então apenas era assegurada em casos de tuberculose ou acidentes de trabalho. Antes de surgir este subsistema de saúde público, algumas empresas do setor privado já asseguravam esquemas de benefícios de assistência na doença aos seus trabalhadores. Assim, inicialmente, a ADSE visava a proteção na doença a todos os servidores civis do Estado, prevendo-se que os mesmos benefícios fossem alargados aos agregados familiares. Como consequência, a composição do universo de beneficiários foi evoluindo até aos dias de hoje, englobando desde os trabalhadores da função pública no ativo e aposentados e respetivos familiares até a docentes do ensino superior privado e cooperativo.

Com o fim do Estado Novo, em 1974, procedeu-se à edificação de um regime democrático e à consequente aprovação da Constituição da República Portuguesa, em 1976, na qual o direito à proteção da saúde é consagrado no artigo 64º como elemento basilar de um Estado de bem-estar em rutura com o passado. Em 1979, este direito foi concretizado, através da Lei do Serviço Nacional de Saúde<sup>15</sup>, com a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, de cobertura generalizada e gratuito. O Estado comprometia-se a garantir a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, o direito à cobertura em termos de financiamento e prestação de cuidados de saúde. Mas para além do SNS, os cidadãos poderiam beneficiar de níveis de seguro adicionais e cumulativos das despesas com cuidados de saúde. No que diz respeito aos subsistemas de saúde públicos, estes “continuaram a cobrir uma variedade de funcionários públicos e privados” oferecendo “uma grande escolha de prestação do que estava disponível no âmbito do SNS” (Asensio, 2008). Em 1989, dez anos após a criação do SNS, a segunda revisão constitucional<sup>16</sup> consagra agora um SNS “tendencialmente gratuito”, através da introdução de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde. A criação do SNS passou a assegurar o princípio da universalidade no acesso a cuidados de

---

<sup>14</sup> Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril

<sup>15</sup> Lei n.º 56/79, de 15 de setembro

<sup>16</sup> Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho

saúde sendo, portanto, expectável que os sistemas de saúde existentes antes da criação do SNS não transitassem para o novo regime, como é o caso da ADSE. Contudo, essa transição não ocorreu, tornando o sistema de saúde português complexo até aos dias de hoje, pois “apesar de Portugal ter aprovado uma lei estabelecendo um serviço nacional de saúde em 1979, as falhas de implementação resultaram na criação de um modelo de cuidados de saúde que permaneceu distante das provisões legais” (Cabiedes e Guillén, 2001). Na atualidade o sistema de saúde português baseia-se em três camadas sobrepostas, mas diferenciadas: Serviço Nacional de Saúde, Subsistemas de saúde públicos (nos quais está integrada a ADSE) e o Setor Privado (Cabiedes e Guillén, 2001).

No âmbito dos subsistemas de saúde públicos, estes asseguram prestações de saúde a um determinado conjunto de cidadãos, em virtude da sua profissão, e/ou participam financeiramente os respetivos encargos, sendo que a adesão a estes, para alguns beneficiários, possui um caráter obrigatório, independentemente de estarem no ativo ou aposentados (ERS, 2011). O acesso aos benefícios dos subsistemas de saúde públicos está sujeito a uma contribuição calculada em função do rendimento auferido. Atualmente, existem em Portugal os seguintes subsistemas de saúde públicos:

- **ADSE** (Instituto Público, que de forma genérica, providencia assistência na doença aos trabalhadores civis do Estado).
- **ADM** (Assistência na Doença aos Militares), que resulta da fusão de três subsistemas de saúde públicos específicos das Forças Armadas: a Assistência na Doença aos Militares do Exército-ADME, a Assistência na Doença aos Militares da Armada-ADMA; e a Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea-ADMFA.
- **SAD/GNR e SAD/PSP** (Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública).

Todos os beneficiários dos subsistemas de saúde públicos supramencionados têm direito à prestação de um conjunto de cuidados de saúde, dentro ou fora da rede de prestadores com os quais os seus subsistemas de saúde públicos têm acordos ou convenções sendo que, no caso específico da ADM, acresce o facto de também possuir estabelecimentos próprios, como os hospitais militares, em virtude das necessidades específicas próprias das Forças Armadas. Funcionando numa lógica contributiva, a ADSE assegura o financiamento de cuidados de saúde aos seus beneficiários através de contratos estabelecidos com prestadores públicos e privados (as chamadas convenções) ou, quando estes não existem, reembolsa ao beneficiário uma percentagem das despesas que teve numa determinada instituição de saúde contra a entrega de elementos comprovativos.

## **3.2 Caracterização da ADSE**

### **3.2.1 A ADSE e o seu regime de benefícios**

O Estado oferece aos seus servidores, desde 1963, um serviço de assistência na doença, a Assistência na Doença dos Servidores Civis do Estado. Apesar de a partir de 1979, o Estado assegurar a todos os



cidadãos acesso a um Serviço Nacional de Saúde universal e tendencialmente gratuito, é mantida a ADSE para os seus funcionários. Atualmente, enquadra-se juridicamente como um instituto público de regime especial e de gestão participada, integrado na administração indireta do Estado, com dupla tutela do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, dotado de autonomia administrativa e financeira, com património próprio, depois de ter estado enquadrada na estrutura do Ministério das Finanças e mais recentemente no Ministério da Saúde. A ADSE é um serviço dotado de autonomia administrativa ao qual compete gerir o sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas.

De acordo com o previsto legalmente, o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE, I.P.) tem por missão assegurar a proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Como definido na sua lei orgânica, concretiza as seguintes atribuições:

- Organizar, implementar, gerir e controlar o sistema de benefícios de saúde dos seus beneficiários.
- Celebrar os acordos, convenções, contratos e protocolos que interessem ao desempenho da sua missão e acompanhar o cumprimento dos mesmos.
- Administrar as receitas no respeito pelo princípio da boa administração.
- Desenvolver e implementar mecanismos de controlo inerentes à atribuição de benefícios.
- Aplicar aos beneficiários as sanções previstas na lei quando se detetem infrações às normas e regulamentos da ADSE, I. P..
- Proceder à gestão dos benefícios a aplicar no domínio da proteção social dos seus beneficiários.
- Desenvolver e implementar mecanismos de combate à fraude.

É competência da ADSE, financiar as despesas com cuidados de saúde dos funcionários públicos a nível de tratamento, reabilitação e vigilância da saúde. É também da sua responsabilidade participar na verificação da doença, através de visitas domiciliárias e das juntas médicas. O financiamento das despesas com cuidados de saúde é realizado em três modalidades díspares.

O Regime Convencionado, que consiste numa forma de acesso dos beneficiários da ADSE a cuidados de saúde, baseada numa rede de prestadores que celebram um acordo/convenção com a ADSE, e que está associado a um conjunto de regras de funcionamento, tais como os cuidados de saúde abrangidos, os preços a praticar ou o copagamento do beneficiário. Neste regime é apenas cobrado um copagamento ao beneficiário no momento da prestação do cuidado de saúde, sendo o remanescente enviado para participação da ADSE, ou seja, o desconto é imediato. Este regime engloba as seguintes valências: a) Consultas, b) Medicina Dentária, c) Medicina Física e de Reabilitação, d) Análises Clínicas, e) Anatomia Patológica, f) Imagiologia (técnicas de diagnóstico:

Raios-X, Ecografia, TAC e Ressonância Magnética), g) Medicina Nuclear, h) Medicina, i) Cirurgia, j) Radioterapia, k) Psiquiatria.

O Regime Livre, permite aos beneficiários o acesso à prestação de cuidados de saúde que não estão englobados na rede de prestadores do Regime Convencionado. Este foi o esquema inicial de funcionamento do subsistema, neste caso, o financiamento dos cuidados de saúde é da inteira responsabilidade do beneficiário sendo, posteriormente, reembolsado em parte ou na totalidade pela ADSE ou pelas entidades empregadoras integradas nas Administrações Local e Regional, segundo as regras e tabelas em vigor, que fixam limites para o montante máximo a reembolsar, contra a entrega de recibos e receitas médicas justificativas da despesa. Este regime não prevê o estabelecimento de regras contratuais entre as entidades e a ADSE, sendo publicados os valores a participar e limites em Diário da República, englobando um leque de valências mais alargado do que o Regime Convencionado, estando a sua tabela de cuidados de saúde organizada pelas seguintes áreas<sup>17</sup> : a) Medicina, b) Cirurgia, c) Análises, d) Imagiologia e Medicina Nuclear, e) Medicina Física e de Reabilitação, f) Estomatologia, g) Próteses Estomatológicas, h) Meios de Correção e Compensação, i) Complemento em Internamento, j) Complemento em Ambulatório, k) Testes Colorimétricos, l) Tratamentos Termiais, m) Aposentadoria, n) Transportes, o) Lares e Apoio Domiciliário, p) Enfermagem, q) Estrangeiro/Missão Oficial, r) Situações Específicas, s) Diversos.

E a Participação medicamentosa, sendo que os medicamentos dispensados nas farmácias aos beneficiários usufruem do regime de participação estabelecido para os utentes do SNS.

### **3.2.2 História institucional e administrativa**

Para uma melhor análise da atual situação da ADSE e suas problemáticas é necessário conhecer o seu percurso histórico. A criação do subsistema é anterior ao aparecimento do Serviço Nacional de Saúde. Constitui uma primeira cobertura de seguro de saúde para os funcionários públicos, ao mesmo tempo que desempenha o papel de complemento salarial, sendo que à data, trabalhadores dos diversos setores ou empresas, beneficiavam de sistemas de assistência na doença por iniciativa das respetivas empresas. A ADSE tem uma significativa longevidade na gestão de um regime de benefícios para os trabalhadores que exercem funções públicas, assumindo ainda responsabilidades na verificação da doença destes trabalhadores. Ao nível das alterações legais e de funcionamento, as mesmas, até ao ano de 2017, decorrem no âmbito de três grandes eixos: a concessão, alargamento e eliminação de benefícios; o funcionamento, financiamento e orgânica da ADSE; e as relações do subsistema com o Serviço Nacional de Saúde.

A Assistência na Doença dos Servidores Cíveis do Estado, centrando-se numa lógica essencialmente corporativista marca um passo tímido no estabelecimento de Estado de bem-estar. O Estado, numa realidade onde não existe um sistema de saúde generalizado e universal, garante apenas uma cobertura básica a nível da tuberculose e acidentes de trabalho. A criação de um subsistema de

---

<sup>17</sup> Despacho nº 8738/2004, de 3 de maio

saúde permitiria “colmatar a situação desfavorável em que se encontram os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas”<sup>18</sup> que usufruíam de sistemas próprios de matriz corporativa ou de grandes grupos empresariais. Desta forma, o diploma de criação da ADSE estabelece um sistema de proteção na doença que inclui a assistência médica e cirúrgica, enfermagem e medicamentos. Este suporte social seria completado pela restante ação social que permitiria reduzir os impactos sociais das problemáticas da saúde e incapacidade temporária ou permanente. Aquando da sua criação e posterior regulamentação estava já contemplada a vontade de um alargamento futuro dos beneficiários, que incluísse também os membros do agregado familiar numa ótica de benefício totalmente financiado pelo orçamento estatal e sem contribuição dos beneficiários.

No ano de 1964, é regulamentada a criação e estabelecimento de instrumentos da ADSE<sup>19</sup> e legislados os direitos e deveres dos beneficiários, além de abordar aspetos mais operacionais como o modelo de prestação da assistência, a inscrição dos médicos convencionados e a competência e composição da administração. Nesta fase inicial o sistema concede benefícios apenas aos funcionários no ativo nos serviços da administração central, sendo que até 1972 o sistema foi sendo progressivamente alargado aos trabalhadores dos organismos autónomos, da administração local, aposentados, cônjuges e dependentes.

Em 1979 é introduzido o desconto de 0,5% relativo aos vencimentos dos funcionários públicos<sup>20</sup>, sendo concedida isenção aos aposentados. A institucionalização deste desconto decorre numa fase de criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, que vem concretizar as ambições de cobertura social e saúde num Estado de bem-estar mais efetivo que motivou a insatisfação social e política passada e posterior revolução democrática. A política de saúde assume assim destaque no período pós-revolucionário, sendo também em 1979 marcante para a instituição do imperativo constitucional do direito à saúde a criação do Serviço Nacional de Saúde<sup>21</sup>. O Estado democrático, não desmantelando nesta fase a ADSE ou diluindo os seus benefícios no serviço nacional de saúde, assume como entidade patronal um regime de benefícios para os seus funcionários, separando esta atribuição da que lhe competia na organização e desenvolvimento do SNS.

Em 1980 é aprovada a transformação em Direção Geral da Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, com o estatuto de organismo central de proteção social da administração pública, ficando encarregue de coordenar todos os benefícios oferecidos à data, nas áreas dos cuidados de saúde e encargos familiares, mantendo a marca/sigla ADSE. Esta modificação é justificada pelo crescimento rápido do número de beneficiários, assim como uma forma de coordenação e unificação que de futuro “conduziria à integração deste sistema no regime geral de proteção social”<sup>22</sup> admitindo-se desta forma a convergência dos sistemas de segurança social e proteção na saúde dos funcionários

---

<sup>18</sup> Decreto-lei n.º 45002 de 27 de abril 1963

<sup>19</sup> Decreto-lei n.º 45688 de 27 de abril 1964

<sup>20</sup> Decreto-lei n.º 183-L/80 de 09 de junho

<sup>21</sup> Lei 56/79 de 15 de setembro

<sup>22</sup> Decreto lei 476/80 de 15 de outubro

públicos com o regime geral existente. Também a missão organizacional foi modificada, devendo a ADSE “assegurar a proteção dos seus beneficiários nos domínios da proteção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação e proceder à verificação do direito aos encargos de família e seu registo, bem como intervir a favor do beneficiário no caso de eventos de carácter geral e típico que tenham como consequência uma alteração desfavorável do equilíbrio entre as necessidades e os meios que dispõe para as satisfazer”<sup>23</sup>.

Os problemas orçamentais e o aumento de custos com o subsistema, promovem novas medidas de reforço financeiro. Desta forma, em 1981 é aumentado o desconto obrigatório no vencimento dos funcionários beneficiários da ADSE, cifrando-se agora em 1%. Em 1983 é reajustada a estrutura orgânica e competências da Direção-geral<sup>24</sup>, definido também o funcionamento e esquema de benefícios<sup>25</sup>. Em 1985 é legalmente viabilizada a inscrição dos docentes do ensino superior, privado e cooperativo, desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações, e pós celebração de acordo com a ADSE<sup>26</sup>. Em 1987 foram aprovadas as tabelas de preços a aplicar pelo SNS aos subsistemas, cujos beneficiários a ele recorressem<sup>27</sup>. Em 1988, ao abrigo das mesmas condições do alargamento de 1983, é permitida a inscrição de docentes do ensino não superior<sup>28</sup>. Neste mesmo ano existe o alargamento da atividade da ADSE à verificação da doença dos funcionários e agentes da administração pública<sup>29</sup>, sendo instituídos mecanismos do controlo da doença, como a verificação domiciliária e intervenção de junta médica, caso o funcionário atinja o limite de dias de ausência ao serviço previstos nos casos de doença natural ou acidente de trabalho.

Em 1993, uma nova alteração de fundo ocorre no setor da saúde quando da publicação da Lei de Bases da Saúde<sup>30</sup> e no âmbito do novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde são corresponsabilizados pelo SNS pelos encargos resultantes da sua prestação de cuidados aos seus beneficiários (art.º 23 e 31). No ano de 2005 o esquema de benefícios e funcionamento da Direção-geral são modificados<sup>31</sup>, desta forma, e pela primeira vez, os beneficiários titulares da ADSE passam a ter direito de opção pela inscrição e é contemplada a possibilidade de renúncia à inscrição, com carácter definitivo, para os trabalhadores que iniciarem funções após o dia 01 de janeiro de 2006. É ainda consagrado o direito de opção pela inscrição em outro sistema de assistência, desde que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com o beneficiário titular de outro subsistema de saúde (com efeitos recíprocos nos restantes subsistemas de saúde), a ADSE é equiparada a entidade administradora das receitas provenientes do desconto obrigatório no âmbito do PRACE.

---

<sup>23</sup> Decreto-lei n.º 476/80 de 15 de outubro

<sup>24</sup> Decreto-lei n.º 115/83 de 24 de fevereiro

<sup>25</sup> Decreto-lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro

<sup>26</sup> Decreto-lei n.º 327/85 de 8 de agosto

<sup>27</sup> Portaria n.º 918/88 de 22 de setembro

<sup>28</sup> Decreto-lei n.º 321/88 de 22 de setembro

<sup>29</sup> Decreto-lei n.º 497/88 de 30 de dezembro e decreto regulamentar n.º 41/90 de 29 de novembro

<sup>30</sup> Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de janeiro

<sup>31</sup> Decreto-lei n.º 234/05 de 30 de setembro

Em 2006, o valor do desconto obrigatório é aumentado para 1,5% no caso dos trabalhadores no ativo e 1% para os pensionistas, sendo também neste ano, atualizados os valores da prestação de cuidados de saúde do SNS aos beneficiários dos subsistemas de saúde. Após 2007 o valor dos descontos passa a constituir receita própria da ADSE<sup>32</sup>, verificando-se ainda uma reestruturação interna no funcionamento organizacional e missão de verificação da doença e juntas médicas, na continuação do PRACE para permitir a conformação dos subsistemas e a eficácia e eficiência na administração das receitas. O ano de 2008 continua o percurso já iniciado, a imagem da ADSE é atualizada, mas mantida a marca/sigla, sendo também permitido o alargamento do esquema de benefícios à generalidade de trabalhadores que exerçam funções públicas, independentemente da modalidade de constituição de relações jurídicas de emprego público<sup>33</sup>, sendo ainda alargada a idade limite de permanência e inscrição dos descendentes maiores até à conclusão de mestrado ou doutoramento, acompanhando a evolução académica e reestruturação do sistema de ensino superior. Em 2009 uma nova atualização da tabela do SNS tem forte impacto no orçamento do subsistema.

No ano de 2010 é subscrito um memorando de entendimento pelos Ministros das Finanças e Administração Pública, Defesa Nacional, Saúde e Administração Interna, com o objetivo de eliminar as relações financeiras entre o Serviço Nacional de Saúde e os subsistemas públicos de saúde. É também permitido aos beneficiários titulares com inscrição anterior a 01 de janeiro de 2006 a possibilidade de renunciar à inscrição na ADSE<sup>34</sup>, com carácter definitivo. Na problemática do financiamento, é introduzido o desconto das entidades empregadoras e que se cifra nos 2,5%<sup>35</sup>.

No ano de 2011 é renomeada como Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas<sup>36</sup> e é estabelecido que as verbas resultantes das contribuições passariam a ser entregues diretamente à ADSE pelos respetivos serviços de remunerações ou pensões. Ainda no mesmo ano, na sequência de uma crise de dívida soberana, o Estado Português procura a concessão de assistência financeira, tendo assinado o Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades da Política Económica com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional (17 de maio de 2011). O Memorando promove, ao nível da política orçamental, alterações profundas nos subsistemas de saúde, com a redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD) diminuindo a participação da entidade empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde. Ao nível das medidas orçamentais estruturais, no domínio da saúde, estabelece 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 subsistemas será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em

---

<sup>32</sup> Lei 53 - D/2006 de 29 de dezembro

<sup>33</sup> Lei 64-A/2008 de 31 de dezembro

<sup>34</sup> Lei 3-B/2010 de 28 de abril

<sup>35</sup> A contribuição das entidades empregadoras não era exigida às entidades que integravam a Administração Local e Regional, à caixa Geral de Aposentações ou Centro Nacional de Pensões.

<sup>36</sup> Decreto-lei 117/2011 de 15 de setembro

todos os níveis das administrações públicas. Seguir-se-ão reduções adicionais a taxas semelhantes nos anos subsequentes, com vista a que os subsistemas 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 no âmbito dos benefícios da saúde.

Neste contexto é instituído que os encargos com as prestações de cuidados de saúde, realizada por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, passem a ser suportados pelo orçamento do SNS, no ano de 2012<sup>37</sup> e que as pensões de aposentação e reforma dos beneficiários titulares, estejam abrangidas pelo desconto de 1,5%, quando o seu montante for superior aos valor correspondente à retribuição mínima mensal garantida, sendo que se da aplicação da percentagem resultar pensão de valor inferior, esta fica isenta de desconto. Esta tendência de aumento da taxa de desconto é reforçada em 2013<sup>38</sup>, com a alteração e fixação da taxa em 2,5% (sendo aplicada a taxa de 2,25% até ao final do ano de 2013 transitoriamente) e redução da taxa para a contribuição da entidade empregadora para 1,25%. Este aumento é realizado também para os beneficiários titulares com pensões de aposentação e reforma, observando a isenção nos casos anteriormente previstos. Esta alteração legislativa permite ainda que os trabalhadores que cessem, por mutuo acordo, a relação jurídica de emprego público na modalidade de nomeação definitiva ou contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, pudessem optar por manter a inscrição na ADSE (financiando através do devido desconto), desde que assim o declarem no acordo de cessação do contrato<sup>39</sup>.

No ano de 2014 o valor do desconto sobre a remuneração base dos beneficiários titulares sofre um novo aumento, cifrando-se nos 3,5%, valor que é também aplicado aos beneficiários titulares com pensões de reforma e aposentação. A receita proveniente dos descontos fica consignada ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus beneficiários no domínio da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Em 2015 a ADSE é transferida para a tutela do Ministério da Saúde<sup>40</sup> e é criado o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de saúde como órgão coordenador que tem como missão a promoção e reforço da articulação com os subsistemas públicos de saúde, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos e promovendo também uma melhor articulação e harmonização entre estas entidades e o SNS. A ADSE foi ainda dotada de competências de verificação de doença e de junta médica para docentes ou familiares que queiram a instrução de pedidos de mobilidade<sup>41</sup>.

Uma alteração de fundo decorre em 2016, consequência de um debate e da intervenção do Tribunal de Contas, assim como das questões de sustentabilidade que serão abordadas posteriormente,

---

<sup>37</sup> Lei 62-B/2011 – Orçamento de Estado

<sup>38</sup> Decreto-lei n.º 105/2013 de 30 junho

<sup>39</sup> Decreto-lei n.º 161/2013

<sup>40</sup> Decreto-lei n.º 152/2015 de 7 de agosto

<sup>41</sup> Despacho n.º 4773/2015, de 24 de abril

mas que originam a criação de reforma do modelo ADSE<sup>42</sup>, cujo objetivo passava pela recolha de contributos, análise e proposta de um novo modelo jurídico e de gestão que sustentasse uma mudança pelo poder político. O relatório preliminar foi apresentado a 01 de junho de 2016 e culmina na aprovação a 15 de dezembro do mesmo ano, com a criação do Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P. (ADSE, I.P.), de gestão participada, que sucede assim, a partir de 1 de janeiro de 2017 à Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas. A 09 de janeiro de 2017 é publicada a Lei Orgânica do Instituto<sup>43</sup>, e em 19 de setembro decorrem as eleições para o preenchimento dos lugares destinados aos representantes dos beneficiários no Conselho Geral e de Supervisão do Instituto.

### 3.2.3 Universo de beneficiários

O subsistema de saúde Público ADSE é de carácter profissional, tendo como beneficiários os funcionários públicos, possibilitando ainda o acesso condicional aos seus familiares. O número do universo de beneficiários faz com que seja o maior subsistema de saúde público nacional em termos de representatividade pelo que, importa apresentar a caracterização e condições de acesso dos beneficiários. Os beneficiários dividem-se em dois grandes grupos, os beneficiários titulares e os familiares. O atual conceito e requisitos aos beneficiários da ADSE é resultado de alterações, evoluções e alargamento ao longo dos anos, estando legalmente previstas todas as situações de acesso<sup>44</sup>. Relativamente aos beneficiários titulares, pertencem a este grupo:

- Trabalhadores com relação jurídica de emprego público da administração central, regional e local, e não beneficiem, como titulares, de outro sistema de saúde integrado na Administração Pública.
- Pessoal docente do ensino particular e cooperativo, desde que para o efeito seja celebrado um acordo entre a entidade empregadora e a ADSE, I.P.
- Aposentados que não sejam abrangidos por qualquer outro sistema de saúde integrado na Administração Pública.
- Outro pessoal que a lei contemple<sup>45</sup>.

A inscrição como beneficiários titulares da ADSE na condição de aposentados, está prevista para os cidadãos que quando exerceram funções, dispuseram de um vínculo jurídico de emprego público, nomeadamente detivessem a qualidade de funcionário ou agente e à data em que exerceram

---

<sup>42</sup> Despacho n.º 3177-A/2016, de 1 de março

<sup>43</sup> Decreto-lei n.º 7/2017 de 9 janeiro

<sup>44</sup> Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 90/98, de 14 de abril, 279/99, de 26 de julho, e 234/2005, de 30 de dezembro, pelas Leis n.ºs 53-D/2006, de 29 de dezembro, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 55-A/2010, de 31 de dezembro, 64-B/2011, de 30 de dezembro, e Lei n.º 30/2014, de 19 de maio e pelos Decretos- Lei n.º 105/2013, de 30 de julho e 161/2013, de 22 de novembro, Portaria n.º 701/2006, de 13 de julho; Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro; Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

<sup>45</sup> Alíneas c) e d) do artigo 3.º do decreto-lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro.

funções, existisse dispositivo legal que lhes permitisse serem inscritos na ADSE como beneficiário titular no ativo e tivesse exercido esse direito.

Os beneficiários titulares da ADSE que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiário titulares dos restantes subsistemas (ADM, SAD/GNR ou SAD/PSP) têm o direito de opção pela inscrição nesse subsistema como beneficiários extraordinários na ADSE. Esta condição poderá ser perdida em caso de: divórcio, separação judicial de pessoas e bens, dissolução da união de facto, perda ou suspensão da qualidade de beneficiário titular por parte do respetivo cônjuge ou pessoa com quem viviam em união de facto, perda da qualidade de funcionário ou agente e renúncia à inscrição. Como beneficiários familiares podem ser inscritos:

- Cônjuge
  - De beneficiário titular no ativo ou aposentado.
  - No caso de sobrevivivo, enquanto mantiver a viuvez.
- Pessoa com quem o beneficiário titular esteja em união de facto
  - Há mais de dois anos.
  - No caso de sobrevivivo, enquanto não contrair casamento ou nova união de facto.
- Descendentes (filhos e enteados do beneficiário titular) e equiparados a descendentes (netos, tutelados, adotados e menores confiados por via judicial ou administrativa ao beneficiário titular, ao seu cônjuge ou à pessoa que com ele viva em união de facto)
  - Menores de idade.
  - Até aos 26 anos de idade, desde que frequentem cursos de nível médio ou superior
  - Se sofrerem, à data da maioridade, de incapacidade total e permanente ou de doença prolongada que obstem à angariação de meios de subsistência.
- Ascendentes e equiparados do beneficiário titular, a cargo do mesmo e com:
  - Rendimentos próprios mensais inferiores a 60% da remuneração mínima mensal garantida, se se tratar de um só ascendente.
  - Rendimentos próprios mensais inferiores à remuneração mínima mensal garantida, se se tratar de um casal de ascendentes.

Os beneficiários familiares não podem estar abrangidos, em resultado do exercício de atividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória, enquanto se mantiver essa situação, não podendo igualmente estar inscrito noutra subsistema de saúde público.

Esta formulação responde a uma evolução temporal, sendo que inicialmente apenas estaria contemplado o acesso à inscrição na ADSE de funcionários e agentes no ativo da Administração Central. Até 1972 foram admitidos como beneficiários, os trabalhadores da Administração Local, os dependentes e os aposentados, representando desta forma um crescimento gradual que é reforçado com o alargamento em 1985 da possibilidade de inscrição dos docentes do ensino superior, privado e cooperativo, desde que possuíssem uma inscrição na Caixa Geral de Aposentações e após celebração de acordo com a ADSE. Em 1988 é novamente alargada a possibilidade de inscrição, com a



consagração do direito aos docentes do ensino não superior, desde que cumpram pressupostos semelhantes aos previstos para os docentes do ensino superior.

O crescimento do universo de beneficiários encontrava-se reforçado pela obrigatoriedade de inscrição dos funcionários públicos na Caixa Geral de Aposentações e ADSE, completada com a impossibilidade de renúncia à ADSE dos beneficiários titulares. Esta obrigatoriedade é apenas retirada em 2006, com a possibilitação de escolha e renúncia contemplada legalmente para os trabalhadores que iniciassem uma relação jurídica de emprego público após essa data, no seguimento de uma forte alteração legislativa dos vínculos e carreiras na Administração Pública<sup>46</sup>. Apenas em 2011, a possibilidade de renúncia ao subsistema é alargada aos restantes beneficiários e titulares, com efeitos definitivos, já no âmbito de alterações provocadas pela Crise da Dívida Soberana, consubstanciada no Memorando de Entendimento com a *Troika* e consequentes medidas de austeridade<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Decreto-Lei n.º 234/2005, de

<sup>47</sup> Lei 55-A/2010



## **CAPÍTULO IV – ANÁLISE EMPÍRICA: FATORES DETERMINANTES DE SUSTENTABILIDADE**

### **ADSE: Contexto político, princípios de eficiência e equidade no acesso à saúde**

A problemática que envolve a ADSE é abordada preferencialmente pela vertente económica e de financiamento, omitindo importantes debates, questões e opções fundamentais que foram surgindo no cenário político de forma arbitral, acarretando poucas alterações de fundo até ao ano de 2016. De facto, o setor da saúde e o debate sobre as opções e rumo das políticas do setor são uma importante componente da evolução do Estado de bem-estar europeu, um importante fator de luta política e uma preocupação crescente do eleitorado. A nível europeu, este setor tem aumentado o seu peso na despesa pública devido a uma evolução social e a importantes fatores de incremento da procura, como o envelhecimento populacional, o crescimento do rendimento e conseqüente consumo de bens de saúde, a maior educação e consciencialização para os cuidados de saúde, e também fatores de incremento de oferta como maior oferta dos seguros privados de saúde, a inovação tecnológica, o financiamento de novas técnicas e produtos, o aumento de meios e de qualidade dos recursos materiais e humanos na prestação de cuidados de saúde.

É na intersecção de dinâmicas que o subsistema de saúde se encontra: o contexto político e económico, as políticas de gestão pública, a maior responsabilização dos beneficiários e os princípios de equidade no acesso à saúde. Mas que variáveis influenciam a continuidade do subsistema de saúde, e que impacto terão, em termos de sustentabilidade no futuro?

Na elaboração do trabalho-projeto e desenvolvimento da questão de investigação, pretendeu-se analisar temáticas e propostas que se tornassem hipóteses de investigação. Assim, foram identificadas quatro grandes hipóteses, que não encerram a complexidade do fenómeno abordado, mas que podem desenvolver o conhecimento sobre a temática.

### **O contexto político e económico como condicionante da margem de manobra política: o papel do *Blame Avoidance***

Existem muitos estudos que tentam identificar como os atores políticos e governantes conseguem ultrapassar estas barreiras e promovem a reforma do Estado de bem-estar, sendo uma das principais assunções que as estratégias políticas são cruciais para realizar a reforma do Estado de bem-estar (Vis 2013). As estratégias políticas podem ser entendidas como as ponderações de atores políticos em relação com os seus fins, influenciado pelos meios e o ambiente social, que se referem a mais do que uma situação concreta (Welzelburger 2011). Numa perspetiva motivacional política, Weaver (1983) indica três grandes tipos de estratégias subjacentes a decisões de retração de políticas: procura do reconhecimento do crédito e do desempenho positivo; políticas positivas/boas (aplicação de uma política porque é intrinsecamente correta para quem a aplica, independentemente dos resultados eleitorais) e a *blame avoidance*, sendo que esta é estratégia que normalmente se sobrepõem às outras,

pois os indivíduos são adversos a qualquer tipo de perda de benefícios (Kelemen 1991). A *blame avoidance* consiste na utilização de instrumentos que os governos e restantes atores políticos, no âmbito da retração de políticas públicas (como no caso da reforma do Estado de bem-estar), utilizam para evitar qualquer possível acusação moral ou culpa política, de forma a reduzir o impacto e reflexos eleitorais das suas decisões impopulares.

Tradicionalmente a investigação académica considerava como verdadeira a premissa de que qualquer reforma com características de retração ou perda de cobertura do Estado de bem-estar acarretava perigos eleitorais e de opinião pública para os partidos políticos (Vis 2013), contudo diversos outros fatores parecem condicionar esta perceção, como a dependência do ciclo político e dos partidos que realizam estas medidas e a sua ideologia política (Armingeon e Giger 2008), podendo ser ainda observável que a dimensão dos impactos eleitorais pode variar no espectro partidário e ideológico (Giger e Nelson 2011), sendo mais forte o impacto nos partidos com um historial de construção ou participação ativa no desenvolvimento do estado social e políticas sociais fortes. Uma importante linha de abordagem a esta problemática tem também verificado uma prática de reivindicação de crédito ou sucesso pela aplicação de medidas de retração, podendo até obter sucessos eleitorais, pois em situações de especiais dificuldades e crise socioeconómica, as políticas de retração são uma estratégia racional na perspetiva de procura de votos (Bonoli 2012). Ainda assim, mesmo tendo em consideração esta lógica racional, que coloca a sociedade e os cidadãos numa disponibilidade e mentalidade de aceitação de perdas/redução, e em que os cidadãos estão mais suscetíveis a aceitar as reformas (Vis e Van Kersbergen 2007, Vis 2013), os atores políticos têm ainda de convencer os cidadãos de que medidas em concreto devem ser implantadas e com que razão, levando assim os atores políticos a recorrer novamente a instrumentos de *blame avoidance*, através manipulação de procedimentos, perceções e de *Pay-offs*.

Se os governos e decisores alcançarem o enquadramento das reformas como um meio essencial de superar os problemas económicos, podem conseguir um maior apoio público ou pelo menos uma menos contestação (Davidson e Marx 2012) e assim, muitos dos governos nos países em crise utilizaram o enquadramento macroeconómico e a pressão internacional como oportunidade para implantar planos de reforma no setor da saúde, apesar de a investigação sobre esta problemática identificar que as reformas em alguns setores do Estado de bem-estar são eleitoralmente importantes ou punitivas, como o caso da saúde, utilizando como recurso, como instrumentos de *blame avoidance*. Têm existido diversas categorizações das estratégias/instrumentos de *blame avoidance* (Pierson 1994; Hood 2011; Wenzelburger 2011; Van Kersbergen e Vis 2014) e alguns autores (Pal e Weaver 2003) identificam três grandes tipos de instrumentos de *blame avoidance*. A aplicação desta estratégia é diversa, podendo utilizar a manipulação de procedimentos, que se foca na utilização da arquitetura institucional, ou seja, em organizações e instituições externas ao poder político, para onde são transferidas as responsabilidades ou culpa das medidas, difundindo e deslocando a culpa, pressão eleitoral e foco da opinião pública, esta é uma oportunidade que muitos dos atores políticos não

desperdiça. Os instrumentos de manipulação de percepção, são referidos por diversos autores que a sua utilização é mais fácil e eficaz quando a situação socioeconómica é grave (Vis 2009, Vis 2013), pois pode permitir convencer os cidadãos que diversas medidas são importantes para inverter ou minimizar esta realidade complexa. Nos instrumentos de manipulação dos *pay-offs* é procurado manipular a incidência dos ganhos e perdas nos grupos afetados pelas reformas e retração, devendo os governos centrar as medidas e cortes em grupos menos suscetíveis de se mobilizar politicamente (Bonoli e Parlier 2009) ou capazes de obter apoio generalizado na sociedade, explorando as fraturas sociais existentes. Contudo não é de fácil aplicação, pois não é simples escolher o grupo que numa perspetiva de impacto eleitoral, melhor (ou com menor impacto generalizado) pode sofrer o encaixe do impacto dos cortes. É necessário ainda, ter em consideração a fase do ciclo político, pois diversos estudos comprovam que nos períodos pós eleitorais se verifica um “estado de graça” em que os impactos das políticas de retração são minimizados, já nos períodos finais das legislaturas, ou no período imediatamente anterior a eleições, o peso é maior pois os eleitores tendem-se a recordar com maior impacto das políticas mais recentes (Fernandez 2012).

Considerando as abordagens às teorias de *blame avoidance* compreende-se que as mudanças ou alterações ao *status quo* do Estado de bem-estar e a questão de direitos adquiridos decorra em momentos críticos, ou seja, em curtas fases de fluxos institucionais causados por eventos extraordinários, como as crises económicas ou políticas (ou a conjugação das duas) que criam impacto na realidade e direitos estabelecidos e criam um novo rumo nas políticas (Pierson 2004; Cappacia e Keleman 2007), verificando-se nos contextos onde se procuram implementar fortes retrações do Estado de bem-estar, a mudança induzida pela oportunidade causada por momentos críticos, é um fenómeno abrangentemente estudado.

A tendência e proeminência da utilização política das crises económicas para a introdução de medidas e cortes eleitoralmente impopulares, ressurge nas diversas pressões sobre as políticas sociais em que o contexto da crise está dominado pelo paradigma de política económica de austeridade (Boin et al 2009). Diversos estudos que consideraram os países que tiveram nos últimos anos, programas de assistência por instituições internacionais, demonstram a existência de condicionalismos externos e a criação de compromissos obrigatórios que vinculam os governos (memorandos, planos de ação, resoluções comuns...), mas que facilitam a utilização da crise como janela de oportunidade para a reforma do Estado de bem-estar (Arnigeon 2012; McCashin 2016; Moury e Standing 2011). O sucesso desta instrumentalização da crise como oportunidade pode estar dependente de dois importantes fatores (Asensio e Popic 2018), por um lado a questão do risco associado à reforma, ou seja, as reformas implicam uma alteração da atribuição de benefícios, influenciando diretamente os grupos que recebem e em que quantidade (Pierson 1996, Esping-Anderson e Meyles 2011), podendo originar uma forte perda de apoio por parte dos grupos afetados pelas reformas com impactos eleitorais, mas na situação de crise generalizada, os governos podem estar mais dispostos a realizar reformas impopulares, já que apesar de afetar alguns grupos específicos, podem ser minorados ou

melhorados os impactos gerais da crise e assim alcançar uma forte base de apoio transversal importante e ainda conseguir reivindicar mérito pelas suas ações, aceitando o perigo de aplicar reformas impopulares (Vis 2007).

Outro importante fator complementar baseia-se na exploração da janela de oportunidade pela presença e intervenção de organizações internacionais de matriz financeira, técnica e política que atuam, normalmente como financiadores e elementos de estabilização económica em caso de crise, procurando em contrapartida pelo seu auxílio, mais do que a reparação financeira, a implantação de políticas sobre o funcionamento da economia e sobre a despesa relativa ao funcionamento do Estado e com impactos diretos no financiamento do Estado de bem-estar. A existência da influência externa sobre as políticas públicas pode ser identificada como um processo de transferência, ou seja, um processo em que o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos, instituições e outros elementos num tempo e lugar, são utilizados no desenvolvimento dos mesmos elementos noutra tempo e lugar (Dobowitz e Marsh 1996). Na realidade dos Estados-Membro da União Europeia, ganha destaque a utilização deste ator como elemento central nestas estratégias, seja num processo de passagem de responsabilidades seja de transferência, estendendo-se depois a muitas das organizações internacionais da área financeira ou diversos organismos como o BCE, o FMI, a OMC, que assumem o papel expiatório das culpas partidárias nacionais permitindo avançar com as agendas político-partidárias (Graziano et al 2011) no contexto de uma prática de *blame avoidance*. Esta estratégia foi acentuada e reforçada nos países que requereram intervenção internacional com objetivos de ajuda económica, e em países em que este apoio foi obtido com o compromisso de implantar reformas específicas, com fortes impactos nas políticas sociais, como foi o caso de Portugal. Deve ser também considerado neste contexto o conceito de europeização, definido como a emergência e o desenvolvimento a nível europeu das diversas estruturas de governação (Rise et al 2001; Radaelli 2004), existindo europeização quando a lógica dos atores políticos nacionais se altera, ou seja, os elementos de formulação de políticas da EU se torna num “quadro de referência” cognitiva e normativa (Radaelli 2004).

As estratégias exploração das janelas de oportunidade com práticas de *blame avoidance* que utilizam a presença e intervenção de organizações internacionais, permitem a transferência de responsabilidades do governo e partido para um ator externo que acarreta com a culpa caso exista falhanço ou efeitos negativos das reformas implantadas, mas simultaneamente, retira alguma capacidade e soberania decisiva à elaboração de políticas públicas. Complementar a estes fatores, a transferência pode ser realizada não só apenas a um nível vertical (para a União Europeia e outras Organizações Internacionais) mas também num patamar horizontal (para outras organizações, instituições ou processos nacionais, como órgãos de justiça, outros órgãos de soberania, processos de negociação, organizações sindicais, empresas...), ou transferindo não a responsabilidade de uma decisão, mas passar a culpa em vez disso (Weave 1986), como a tática useira de afirmar que a culpa de determinada situação ou decisão é do partido ou governo antecessor.

A abordagem a estes conceitos permite um enquadramento mais concreto e abrangente do debate político e mudanças no subsistema ADSE, devendo assim, para cada fase, ser conhecida a realidade do contexto político e económico que influencia as tomadas de decisões e estratégias de acondicionamento de alteração ou retração do Estado de bem-estar.

### **Modelos de eficácia, eficiência e concorrência no âmbito da Nova Gestão Pública**

No modelo da Nova Gestão Pública, existe uma promoção da gestão profissional, eficiência e persecução de objetivos de desempenho, ênfase nos resultados, fragmentação das grandes entidades administrativas, competência entre organismos públicos/agências, adoção de práticas de gestão privada, mais eficiência e eficácia. Um importante paradigma desta escola, relevante para o presente estudo centra-se na primazia do mercado, ou seja, tudo o que é público é ineficiente, e assim o objetivo seria privatizar todos os serviços e atividades que podem ser providas pelo mercado. Nos serviços que restem, deve-se introduzir a concorrência entre organismos e recorrer à contratação externa de serviços e à criação de taxas de utilização aos cidadãos. Os cidadãos devem ser encarados como clientes, como na lógica privada. Esta alteração não significa o abandono do Estado das políticas sociais, de providência, mas ceder o monopólio da execução das mesmas, o Estado torna-se um consumidor e financiador e as agências e privados executam. Este desmantelamento da administração pública centra a ênfase nos *outputs* e resultados. Esta nova forma de gestão caracteriza-se por algumas práticas: Agencificação do aparelho administrativo, transformando organismos da administração direta do Estado em organismos com autonomia administrativa e financeira; Procura de qualidade nos serviços, com a reorientação dos processos e procedimentos para a satisfação dos cidadãos, agora vistos como “clientes”, procurando incrementar a eficiência, eficácia e reduzindo custos; Privatização, de bens e tarefas consideradas como acessórias para o mercado e entidades privadas; Estado que condicione ao mínimo a sua intervenção no funcionamento do mercado, apenas como regulador;

Assim, até ao término da primeira década do século XXI, a Administração Pública realizou uma transição para os princípios teóricos da Nova Gestão Pública, seja na sua forma de funcionamento administrativo, organização, gestão de recursos humanos ou relação com os cidadãos. Alguns autores como Rocha e Araújo (2008) identificam algumas limitações deste processo na realidade nacional, referindo que a proximidade e envolvimento do cidadão com a Administração ficaram aquém do esperado, seja pelo abrandamento da promoção desta alteração pela Administração Pública, seja pela ausência de uma sociedade civil ativa e uma consciência de cidadania da população.

No setor da saúde, os argumentos em torno da eficiência e sustentabilidade financeira do SNS, conduziram a uma reforma do sistema público de saúde assente num movimento de privatização dos cuidados de saúde e da gestão das unidades de saúde. A discussão em Portugal centra-se em três princípios fundamentais (Lima 2015). O primeiro apresenta a saúde como não sendo um bem público, pelo que deverá ser aplicado o princípio do utilizador-pagador, com o acesso gratuito reservado aos que não podem pagar (Amaral, 2011). O segundo concretiza-se na aplicação da teoria do custo-

benefício à prestação dos cuidados, em que se avalia até onde deve o Estado investir para ter um retorno em termos de resultado. Por fim, o terceiro princípio defende que a sustentabilidade financeira dos sistemas públicos depende do Estado social deixar de ser baseado no acesso universal e gratuito, passando a gratuidade a ser reservada apenas para os mais vulneráveis e com menos rendimentos.

### **Equidade em saúde**

A questão da equidade relaciona-se com a justiça, envolvendo uma dimensão ética relacionada com a distribuição de algo, de acordo com as necessidades, é um conceito relativo, inspirado nas contribuições teóricas de John Rawls. A equidade é um princípio estruturante de organização de recursos para a saúde, procurando a promoção da igualdade de acesso a todos os cidadãos, para deste modo atingir um nível igual de saúde entre os diferentes grupos da sociedade (Nunes e Rego 2002)

A problemática da equidade em saúde é um tema moral e com uma dimensão ética. Refere-se a diferenças que são consideradas desnecessárias e evitáveis, mas são adicionalmente consideradas desvantajosas e injustas (Whitehead 2000). A equidade deve ser julgada de acordo com o contexto e com a situação geral da sociedade que se analisa e tem efeitos na mortalidade, doença e bem-estar. As situações de iniquidade na saúde são definidas como a existência de diferenças sistemáticas na saúde, que podem ser evitadas por uma adequada intervenção das políticas públicas e que assim são consideradas desvantajosas e injustas. Contudo, podem dividir-se as diferenças em não evitáveis (não refletindo problemas de equidade) e as evitáveis, que podem ter problemas de iniquidade associadas. Assim, uma diferenciação pode tornar-se uma iniquidade se não existir um motivo pertinente que explique a discriminação negativa de um indivíduo em detrimento de outro. O inverso é igualmente verificado, tornando-se numa desigualdade

As iniquidades em saúde têm origem nos determinantes sociais da saúde e no seu acesso aos cuidados de saúde. A utilização dos cuidados de saúde é influenciada por fatores de predisposição, como a educação, cultura, ocupação, e redes sociais e familiares. Estes por sua vez, influenciam as atitudes e valores perante a saúde, os quais podem condicionar a subsequente perceção de necessidade e utilização. Existem ainda fatores capacitantes, como a existência de meios necessários para o indivíduo aceder aos serviços de saúde (rendimento, local de residência, etc.), e assim efetivar a utilização dos mesmos. As características dos indivíduos e do sistema de prestação vão condicionar a utilização dos cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos determinantes da saúde, estando relacionado com os determinantes sociais e características do sistema de prestação de cuidados de saúde, que no seu conjunto influenciam a utilização dos mesmos. O conceito de acesso aos cuidados de saúde é definido (OMS 2004) como a possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades (temporais, geográficas e financeiras), de modo a alcançarem ganhos em saúde. O acesso a cuidados de saúde está diretamente relacionado com a oferta ou disponibilidade de cuidados. Existindo oferta adequada, a população tem oportunidade de utilizar os serviços, podendo



afirmar-se que existe acesso aos cuidados de saúde. No entanto, o acesso efetivo a cuidados de saúde depende também de eventuais barreiras à utilização apropriada dos mesmos, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais. O acesso a cuidados de saúde é assim a oportunidade para que os indivíduos atinjam o seu potencial de saúde e, como tal, deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais existentes na sociedade.

A equidade é um importante objetivo das políticas de saúde dos países, eliminando as diferenças sistemáticas a qualquer nível e promovendo o acesso adequado aos cuidados de saúde e a uma melhoria dos indicadores de saúde.

#### **4.1 Hipótese 1 – O contexto político e económico na continuidade da ADSE**

A ponderação desta hipótese prossegue a observação e análise dos fatores económicos e políticos nas alterações do Estado de bem-estar e reformas do subsistema de saúde ADSE. Como identificado na literatura (Vis e Van Kersbergen 2007, Vis 2013), as crises económicas possibilitam o aparecimento de oportunidades ou janelas “extraordinárias” onde as decisões políticas ganham um novo enquadramento, urgência e impacto eleitoral. O papel da política é o de debater e tomar decisões de acordo, não apenas com as necessidades do contexto, mas tendo em observância o futuro e, integrando no seio da sua ação diversos outros fatores importantes para a presente análise, como as questões ideológicas, necessidades eleitorais, satisfação de grupos de interesse e satisfação das necessidades da sociedade.

Em Portugal, a operacionalização do Serviço Nacional de Saúde foi amplamente debatido e ideologicamente, recebeu a aprovação inicial dos partidos de matriz mais à esquerda no espectro partidário (Partido Socialista e Partido Comunista Português) e foi rejeitada pelo centro-direita (Partido Social Democrata e CDS)<sup>48</sup>, sendo que até à década de 90 do século passado, o país manifestou a mesma tendência internacional de crescimento de gastos com a saúde, situação que foi facilitada por uma política de despesa e desenvolvimento expansionista do Estado que resultou da adesão às comunidades europeias<sup>49</sup> e às necessidades de desenvolvimento do país a diversos níveis básicos. Contudo, este crescimento foi obtido através do reforço do financiamento privado e da diminuição da despesa pública, o que representa uma evolução única e sem paralelo nos países da OCDE e UE (Miguel e Costa 1997), e um afastamento do Estado do financiamento dos cuidados de saúde e uma pressão adicional sobre os orçamentos familiares. A grande alteração do paradigma acontece com a Lei de Bases da Saúde<sup>50</sup> e a promulgação do Estatuto do SNS<sup>51</sup> onde existe uma estimulação e promoção do papel do setor privado e social como complementar ao SNS, sendo que

---

<sup>48</sup> Votação Final global do projeto de lei 157/1 sobre as bases gerais do Serviço Nacional de Saúde. Submetido à votação, foi aprovado com votos a favor do PS, do PCP, da UDP e do Deputado independente Brás Pinto e com os votos contra do PSD, do CDS e dos Deputados independentes sociais-democratas.

<sup>49</sup> Adesão a 01 de janeiro de 1986, candidatura apresentada em 1977 e com programas de ajuda financeira pré-adesão após 1980.

<sup>50</sup> Lei 48/90 de 24 de agosto

<sup>51</sup> Decreto-lei 11/93 de 15 de janeiro

alguns autores defendem que esta tendência se deve à presença no poder, por longos períodos temporais, de governos conservadores do Partido Social Democrata (Cabiedes e Guilherme 2001).

A ADSE, apesar de questionada por governos dos diversos espectros políticos, persistiu sem alterações profundas realizadas por exclusiva iniciativa política, já que apesar de se centrar na prática no financiamento de cuidados de saúde, a sua dimensão e criação tem como principal sustentáculo a introdução de um instrumento de suporte aos funcionários públicos e suas famílias, à data do seu estabelecimento, com objetivos político-ideológicos de defesa do regime ditatorial (Leal da Costa, 2018). A transição para a democracia e construção do edifício de Estado de bem-estar não eliminou as “reliquias” que eram os diversos subsistemas de saúde ou concretizou a integração da oferta de todos os cuidados de saúde no espectro do SNS. As razões desta manutenção, apesar de poderem ser identificados objetivos políticos de não acarretar a perda de regalias, e ser assim um fator de insatisfação, promovendo a manutenção da fidelidade, apoio e estabilidade dentro das estruturas estatais que realizaram a transição para um novo regime, centraram-se na incapacidade e ausência de condições e recursos para integração no SNS, pois “Quando o SNS foi criado, não havia condições para integrar com garantias de qualidade de prestação do serviço, os funcionários públicos no novo sistema universal, daí que a ADSE tenha subsistido com carácter temporário” como defendido por António Arnaut<sup>52</sup>. Apesar de “a ideia ser acabar por realizar a integração, e é assim que deve ser. O alargamento e crescimento da ADSE é contra o movimento da história, de assegurar a igualdade entre todos os cidadãos nos cuidados de saúde” (Dinis 2016), a referida integração nunca foi realizada, coexistindo desta forma um sistema paralelo, que tenta minorar as fragilidades do SNS.

A presença da ADSE na arena do debate político ganha importância em 1978, num contexto de debate e edificação do SNS, verificam-se e ganham destaque os problemas relativos ao financiamento, onde se observa um aumento valor de despesa com o subsistema que atinge níveis cerca de sete vezes superiores a 1970 (Campos *et al* 1980), tornando-se premente a necessidade de reforço orçamental e saneamento financeiro<sup>53</sup>. Assim, no âmbito do Debate Parlamentar de 18 de janeiro de 1979, a deputada Zita Seabra (PSD) refere que “(...) nós sabemos como a ADSE custa caro ao Estado”. Como consequência destas necessidades, a solução passou pela implantação da contribuição dos beneficiários, que era inexistente até ao momento. Esta problemática é revisitada em 1985, no debate parlamentar de 22 de janeiro, o deputado João Amaral (PCP) identifica que “a despesa prevista para a ADSE no orçamento aumenta cerca de 20%”. Contudo, estes são apenas sinais iniciais e não demonstram relevantes alterações políticas, abordando apenas o problema do financiamento, e não se debruçando sobre a existência em simultâneo de dois modelos de financiamento e prestação de cuidados de saúde dentro da esfera orçamental, um de financiamento exclusivo por impostos, de oferta universal, generalizado e tendencialmente gratuito, ou seja, de matriz Beveridgeana e um de carácter de

---

<sup>52</sup> António Arnaut (1936-2018) Ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional (1978), responsável pelo Despacho ministerial de 20 de julho de 1978, o “Despacho Arnaut” que antecipa e influencia a criação do SNS em 1979

<sup>53</sup> Decreto-lei 324/78 de 8 de setembro

seguro social e corporativo, com uma contribuição direta (mas reduzida) dos beneficiários e com transferências do Orçamento de Estado e com recursos a prestadores do setor privado e social, ou seja de matriz Bismarkiana.

No início dos anos 2000 a questão do financiamento ressurgiu já com maior relevância, enquadrada agora numa tendência de contenção de custos na Administração Pública. É implementado o Programa de Redução da Despesa Pública em 2001 com o objetivo de alcançar o equilíbrio orçamental no ano de 2004, sendo que as medidas relacionadas com os subsistemas públicos de saúde centravam-se no reforço do controlo de despesas (Gil 2001). Contudo estas medidas ainda não recolhem apoio político alargado, apesar de algumas propostas de um grupo de estudo ligado ao PSD<sup>54</sup> propor uma descida dos encargos do Orçamento de Estado com a ADSE em cerca de 20% no âmbito de uma política de contenção de custos, não sendo apresentadas medidas concretas de efetivação de tais intenções. Oficialmente, a proposta do Governo do PS de redução de verbas destinadas à ADSE, traz a reação negativa do PSD, manifestadas nas palavras de Manuela Ferreira Leite, que considera tal situação como problemática, pois o subsistema é um forte devedor ao SNS e deve assim ser evitada a redução de despesa, pois implicará um subfinanciamento indireto ao SNS. Ainda neste período, o Bloco de Esquerda<sup>55</sup> (BE) propunha uma nova Lei de Bases da Saúde em que deveria ser realizada a aproximação da ADSE ao sistema universal onde todos contribuem de acordo com o seu rendimento e beneficiam de acordo com as suas necessidades, procurando uma unificação futura com o SNS, mas que não deveria ser realizada no momento, pois “nivelaria por baixo a prestação de cuidados de saúde”<sup>56</sup>.

A conjuntura política e económica nacional desde 1974 (foco do Estado e elites políticas no desenvolvimento de todo o Estado de bem-estar, desenvolvimento económico e de infraestruturas básicas) e dominada pelo crescimento económico e melhoria generalizada dos indicadores de desenvolvimento que conduzem o país a uma convergência europeia, a problemática dos subsistemas estava afastada das prioridades políticas, sendo compreensível a escassez de debate ou discussão pública sobre o fracionamento do sistema de saúde. Ao longo do espectro partidário a ADSE representava um tema relativamente consensual, os partidos de matriz de esquerda promoviam a manutenção por razões de poder sindical e defesa de direitos adquiridos, apesar da contradição com a defesa do SNS. Os partidos de matriz liberal, veem nesta questão a problemática dos custos e financiamento mas também a abertura à entrada dos prestadores privados numa realidade estatizante como era a saúde, acabando por cooperar e promover a sustentabilidade do subsistema.

Intervir numa temática complexa, podendo acarretar a insatisfação e consequências eleitorais junto dos funcionários públicos num período de relativa prosperidade, parece afastar os ímpetus reformistas da situação da ADSE.

---

<sup>54</sup> Instituto Francisco Sá Carneiro

<sup>55</sup> Conseguiu representação partidária em 1999 pela primeira vez

<sup>56</sup> Projeto de Lei n.º 433/VIII

Se desde o ano 2000 o país entrou numa fase de estagnação económica<sup>57</sup>, os impactos estendem-se ao ciclo e debate político. Em 2002, o foco é recentrado na necessidade de travar níveis excessivos de consumo e despesa, tendo sido o país colocado a nível europeu em Procedimento de Correção de Défice Excessivo, sendo obrigado à respetiva consolidação orçamental. A situação política apresenta-se também com uma relevante instabilidade verificando-se a alternância no poder de governos PS e PSD (em coligação com o CDS)<sup>58</sup> e chegando a 2005, o país encontra-se em nova encruzilhada económica e com a problemática do défice público. A obtenção da flexibilização do procedimento por défice excessivo pelo Governo do PS, permite uma correção das contas públicas num maior período de tempo do que estava previsto inicialmente, sendo possível ao Governo e maioria parlamentar avançar com reformas profundas e definitivas no âmbito da despesa e não apenas pontuais como anteriormente aconteceu. Após 2007 o país enfrenta uma nova crise, desta vez no âmbito de uma crise global a que uma pequena e exposta economia não consegue resistir. Ainda mal refeito da saída da crise, o país enfrenta em 2011 a crise da dívida soberana, baseada na acumulação da dívida (pública e privada) a que os credores internacionais foram apertando o cerco e aumentando os juros até alcançar níveis in comportáveis, tornando o financiamento externo muito difícil e caro e levando as contas públicas a uma situação de quase rutura. É neste contexto de atribulada complexidade económica que o subsistema de saúde ADSE sofre pela primeira vez alterações significativas. Em 2005, a problemática do défice excessivo conduz a medidas no âmbito de reforço da sustentabilidade das contas públicas que leva à reestruturação dos diferentes subsistemas de saúde públicos, sendo promovida a convergência com a ADSE, com a sua integração e extinção, e em 2006 aumentada a contribuição dos beneficiários para o subsistema, com a defesa desta alteração pela ausência de aumentos durante vários anos, o progressivo envelhecimento dos beneficiários e consequente aumento de custos.

A nível político, os debates mais relevantes decorrem da criação em 2006 da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde<sup>59</sup>, que elabora um relatório sobre o financiamento de todo o setor e recomenda a retirada do espaço orçamental dos subsistemas de saúde públicos, apresentando como soluções para este objetivo, a eliminação ou autossustentabilidade financeira. O relatório aborda ainda as problemáticas da pressão e aumento de custos na ADSE, que apresentava níveis superiores ao SNS, criticando a ausência de decisões e vontade política que nunca concretizou a integração do subsistema no SNS e a permanência de financiamento por via das contas públicas, criando fenómenos de iniquidade, dupla cobertura pública e acesso privilegiado dos funcionários públicos a cuidados de saúde. É também criticada a crescente abrangência dos critérios

---

<sup>57</sup> Fatores como a adaptação à moeda única e a perda de instrumentos de política monetária, pacotes financeiros e abertura do mercado comum e posterior adesão dos países da Europa de Leste; e ascensão das economias de baixo custo e utilização intensiva de mão-de-obra (China e Índia) são alguns dos fatores que explicam a estagnação económica.

<sup>58</sup> XIV a XVII governos constitucionais

<sup>59</sup> Criada por Despacho conjunto do Ministro das Finanças e Saúde a 13 de março de 2006

de acesso ao estatuto de beneficiário da ADSE e as fortes possibilidades de dificuldade de controlo de custos por via do envelhecimento dos beneficiários e maior consumo de cuidados de saúde. A comissão menciona mais uma vez a dicotomia que envolve esta problemática, de matriz política, com impactos no foco de análise, se remetida à iniquidade e acesso privilegiado corporativo a cuidados de saúde, no âmbito das políticas de saúde, ou à relação laboral do Estado com os seus trabalhadores e os seus direitos adquiridos, centrando-se na contenção de despesas e equilíbrio orçamental.

Como referido, o relatório propõe a saída do espaço orçamental da ADSE, de forma a direcionar financiamento para o SNS (apesar de reconhecer que não seria suficiente para resolver o problema de financiamento do SNS) ou a sua extinção, admitindo que tal situação acarretará problemas de aceitação por parte dos beneficiários, pois são um grupo restrito e homogéneo, e que apesar do reforço do acesso em equidade do direito à saúde e persecução de fins públicos pelo Estado sair reforçado, eventualmente o princípio da segurança jurídica dos trabalhadores<sup>60</sup> poderia ser colocado em causa, mas que este debate não deveria impedir medidas como a transição da inscrição para um esquema não obrigatório e as referidas opções de fundo pelo autofinanciamento ou extinção. Assim, 200 páginas depois, construídos cerca de 10 cenários para responder aos problemas de financiamento do Sistema Nacional de Saúde, identificadas as problemáticas, pela primeira vez a ADSE era confrontada como uma perspetiva de reforma, fortalecida pela posição reforçada de poder que o partido no governo, o PS, com uma maioria absoluta, possuía. Mas os conflitos ideológicos internos impediram qualquer tipo de avanço, pois confrontavam-se forças que defendiam a aplicação do relatório e suas conclusões e outras que as contestavam e mostravam a sua oposição. O relatório apresentou também algumas lacunas, pois apesar de adiantar medidas, não previu ou indicou metas intermédias e não apresentou um horizonte temporal para implementação, retirando um fator de pressão, emergência ou obrigatoriedade moral e política na concretização.

A nível parlamentar, as intervenções mais destacadas decorrem no debate parlamentar de 04 de junho de 2007, em que a deputada Zita Seabra (PSD) propõe, como alternativa ao SNS, a generalização e universalização do sistema ADSE pois “(...) o PSD considera que a única forma de garantir a salvaguarda do SNS e a universalidade do direito à saúde dos portugueses, é geri-lo (ao SNS) como está a ser gerida a ADSE” ao que o Ministro da Saúde, Correia de Campos responde que “não se faz política com medidas improvisadas e serôdias, como essa de destruir o SNS e substituindo-o por uma gigantesca ADSE”. As condições de estabilidade governativa e política, os *inputs* de um conjunto de peritos externos ao poder político e a saída da crise económica e ambiente de reforma do Estado de bem-estar criaram uma janela de oportunidade para a alteração das condições que envolviam a ADSE. Também o caminho para uma autossuficiência parecia estar a ser desenvolvido, através da redução da despesa e da introdução de possibilidade de renúncia ao subsistema aos funcionários que entram após 2007, congregando-se com o estabelecimento do fim das relações

---

<sup>60</sup> “são inconstitucionais as afetações retroativas de situações individuais constituídas no passado e constitucionalmente estabilizadas e consolidadas definitivamente na esfera jurídica dos interessados”

financeiras entre o SNS e os subsistemas, o ajuste de alguns benefícios que passam a ser financiados em exclusivo pelo SNS e a introdução da contribuição das entidades empregadoras, eram alguns dos sinais da mudança, mas existiram simultaneamente problemas de estabilidade governativa, seja com a realização de eleições legislativas de 2009 que deixa o PS num Governo com suporte minoritário da Assembleia da República, seja pela substituição de Ministros (Ministro da Saúde) e Secretários de Estado diretamente relacionados com esta problemática. Neste sentido são de destacar também as declarações do Ministro das Finanças, Teixeira dos Santos que considera a ADSE como um elemento importante na atratividade para o exercício das funções públicas em especial para os quadros qualificados.

O Governo minoritário saído das eleições legislativas de 2009 e liderado pelo PS, no seu programa de governo referia que, “de forma a promover a equidade, devem os subsistemas públicos de saúde evoluir para modelos de autossuficiência” e “ser equacionada a revisão de benefícios fiscais em matérias de despesas de saúde, contribuindo para reduzir as desigualdades” mas a realidade reformista, após a saída da crise económica caminhava para nova crise, agora na área da dívida soberana, tendo sido o Governo obrigado a apresentar diversos planos de estabilidade e crescimento e medidas de austeridade. A rejeição de um quarto plano (PEC IV) na Assembleia da República abre uma nova crise política e uma procura urgente de financiamento a ser negociada entre alguns partidos políticos e três organismos internacionais, dando origem à chamada *Troika* e à assinatura de um Memorando de Entendimento que prevê uma mudança decisiva nos subsistemas de saúde públicos.

Esta primeira grande janela de oportunidade não foi aproveitada para uma reforma profunda no subsistema, apesar das referidas alterações mas com uma matriz superficial, não apenas pela referida instabilidade governativa ou pelas divisões e dicotomias ideológicas dentro do partido do poder, o PS, mas também pela sua permeabilidade a alguns dos *stakeholders*, fundamentais para a sua importância sindical e concordância histórica de defensor do Estado de bem-estar (não correndo o risco de consequências eleitorais por ser acusado de o desmantelar ou atingir os direitos adquiridos). Apesar dos diversos problemas macroeconómicos, a pressão internacional era distante, ou não muito impositiva, o que tornava difícil utilizar instrumentos de transferência de responsabilidades para agentes externos. A nível de uma transferência de responsabilidades internas, o PS tinha estado no poder durante alguns anos, seria difícil transferir para o antecessor e no patamar de outras instituições nacionais. Apenas a Comissão criada se pronunciou e defendeu alterações, mas não possuía peso ou legitimidade política para ser utilizada como elemento expiatório e acarretar com responsabilidades e culpa. Assim, a situação assemelha-se a novo consenso político, apesar de tentativas do PS, cuja divisão interna em relação à ADSE é mais vincada, os restantes partidos mantêm, por razões diferenciadas o apoio (ou facilitam) à continuidade da ADSE. Seja por motivos sindicais e eleitorais (PCP e PS), por promoção do papel do sector privado (PS e PSD) ou por ambicionar a mudança de sistema de saúde e implementação de um seguro de saúde público (CDS-PP).

As principais alterações na primeira década do século, decorrem da urgência da situação financeira. O subsistema necessita de alterar o paradigma de funcionamento, reforçando as suas fontes de receita, com o aumento da contribuição, e diminuindo os custos, com a eliminação de relações financeiras com o SNS e a introdução da possibilidade de renúncia. A pressão financeira sobre o Estado e financiamento do SNS, leva a Comissão a defender a saída da esfera orçamental da ADSE, ou a sua extinção.

O novo impulso na alteração da situação estabelecida ocorre no seguimento de um novo contexto em 2011. Os saldos orçamentais deficitários e uma elevada dívida pública criam um grave problema de sustentabilidade das contas públicas, em que as avaliações cada vez menos positivas das agências de Rating<sup>61</sup> e os receios dos investidores sobre a dívida pública alimentam uma situação de rutura orçamental. O Governo do PS procura apoio político para aplicar mais medidas de austeridade, mas todo este conturbado processo termina na demissão do XVIII Governo Constitucional liderado por José Sócrates e marcação de eleições. A emergência do problema e proximidade de um processo eleitoral produzem uma negociação bilateral entre representantes de algumas forças partidária (PS, PSD e CDS) com uma *Troika* de instituições internacionais, a Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, que atingem uma ajuda cifrada em 78 biliões de Euros, assinando um Memorando de Entendimento que inclui um pacote de medidas de reforma e redução dos gastos e dívida pública. No campo dos subsistemas de saúde as medidas propostas pelos peritos da *Troika* estavam em linha com as propostas apresentadas no relatório da comissão em 2007, ou seja, os subsistemas de saúde devem ser autossuficientes, sendo proposta a observação de planos de redução progressivos de contribuição estatal. Em 2012 as transferências deveriam reduzir-se em 30% e 20% em 2013, com uma contínua progressão até à obtenção da autossuficiência no ano de 2016, sendo que essas reduções e equilíbrios seriam alcançados com a redução e posterior eliminação das contribuições das entidades e ajustes importantes nos esquemas de benefícios oferecidos.

Apesar desta proclamação, o Programa de Governo do PSD e CDS não refere concretamente a ADSE no seu leque de medidas, e as primeiras alterações vão no sentido de aumentar a percentagem das contribuições suportada pelos beneficiários e de clarificar as relações financeiras e responsabilidade da ADSE pelo acesso dos seus beneficiários ao SNS (as despesas deviam ser de exclusiva responsabilidade do SNS, pois os beneficiários são contribuintes e financiadores do SNS como os restantes cidadãos, devendo assim a ADSE ser libertada desse custo). Em 2013 o FMI coloca ênfase na necessidade de se eliminar o desperdício com a fragmentação do sistema de saúde<sup>62</sup>, referindo que existiriam “maiores ganhos com a plena integração no SNS dos subsistemas de saúde”, e nesse mesmo ano o Governo elabora um guião com orientações para uma reforma do Estado em que defende que “devia ser preparada e instituída a gestão coordenada da ADSE com o SNS”.

---

<sup>61</sup> Agências de notação financeira, classificam e qualificam produtos financeiros de empresas e países segundo um grau de risco de não pagamento dos seus créditos no prazo previsto.

<sup>62</sup> *Rethinking the State select expenditures reform options* (2013), FMI, Departamento de Assuntos Fiscais.

Maior polémica política surge em 2013 com as declarações de Álvaro Bezeira, médico e coordenador para a área da saúde do PS, que em entrevista afirma que “Vamos acabar com a ADSE para acabar com a injustiça (...) o acesso à saúde não é igual para todos” e que “é um sistema único na Europa e é injusto, os funcionários públicos têm acesso a cuidados de saúde privados e é uma possibilidade que nem todos têm”. O impacto destas declarações foi transversal, o argumento de que o Governo PSD estava a ir além da *Troika* era agora utilizado contra o PS e nesse mesmo dia Carlos Zorrinho, líder parlamentar do PS, vem afirmar que as declarações são “opiniões pessoais de Álvaro Bezeira e que o PS não pretende extinguir a ADSE”. Francisco Louça, ex-líder do BE declara em relação a esta polémica que “A questão foi logo aproveitada por alguns setores da direita radical, que apresentaram uma nova-velha sugestão: acabe-se antes com o SNS e substitua-se por um sistema de seguro privado de saúde. (...) pior que neste momento se pode fazer à qualidade do serviço universal de saúde seria acabar com a ADSE, fazendo uma nivelção por baixo e não uma convergência pela qualidade, porque assim só se garantiria que ficaria tudo pior para todos. (...) o PS, o PSD e o CDS querem apressar esse fim (da ADSE). E percebe-se bem porque é que toda esquerda que defende o SNS se lhes deve opor com firmeza, tanto porque não embarca na demagogia populista contra o funcionário público, como porque quer um sistema que seja gerido para garantir a melhoria e não a degradação de serviços de saúde.”

O caminho de diminuição da despesa e aumento da receita prosseguido na gestão da ADSE tem uma nova realidade no ano de 2014. Neste ano, o Tribunal Constitucional analisa a constitucionalidade de uma lei que previa uma convergência entre sistemas de pensões da Caixa Geral de Aposentações e do sistema de Segurança Social a pedido do PCP/PEV, cuja declaração de inconstitucionalidade leva o Governo a prosseguir novas medidas de redução da despesa, sendo que uma das mesmas consistiu no aumento das taxas de contribuição dos beneficiários da ADSE para 3,5%. O Governo responsabiliza a decisão do Tribunal Constitucional pela sua opção de recurso, que leva a ADSE a tornar-se autossuficiente financeira logo em 2014, sem contudo, ser revisto e debatido um novo esquema de benefícios mais numa lógica complementar ao SNS. No debate político, houve a referida contestação da oposição ao aumento da taxa de contribuição, ainda mais pelo facto de a mesma significar novo impacto nos rendimentos dos funcionários públicos e suas famílias, já afetados pelas políticas de congelamento de carreiras e de aumentos salariais. Observando-se também que a ADSE apresentava *superavit* logo no ano de 2014, esta receita poderia estar a ser utilizada pelo Governo para influenciar positivamente as contas públicas e sem garantias do destino desses valores, poderia estar a utilizar os fundos como um imposto encapotado e uma forma de financiamento disfarçada ao Estado.

Pode-se assim observar que a presença e pressão internacionais impuseram a prática de uma reforma de sustentabilidade e uma alteração no estatuto do subsistema, tendo alcançado os objetivos finais previstos, mas não através das formas identificadas e definidas. Os atores políticos utilizando as medidas negociadas como absorvedoras da culpa e da razão das modificações, aproveitam também as



posições do Tribunal Constitucional para avançar e transferir assim responsabilidades. O discurso da oposição em relação a muitas das medidas do Governo que estavam fora das inicialmente previstas no Memorando de Entendimento ou aplicadas de forma diferentes à prevista, foi no sentido de recentrar a responsabilização no Governo, argumentando assim que “estava a ir para lá do que a *Troika*” exigia. O Ministro da Saúde, Paulo Macedo nega esta acusação, de estar a fazer cortes cegos no setor da saúde e nos subsistemas, e o Secretário de Estado da Administração Pública refere que as medidas sobre a ADSE são uma imposição da *Troika* (Rosa 2014). Em resposta, o BE critica novamente o Governo por utilizar o FMI e os mercados internacionais como argumentos de chantagem contra o Estado de bem-estar e os direitos dos funcionários públicos.

Também as auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas em 2015 e 2016 acusam os XIX, XX e XXI Governos constitucionais de sucessivamente adiar reformas sobre o sistema, agravando-se as questões inicialmente sinalizadas e onde foram recomendadas grandes mudanças na ADSE, devendo estar excluída de disputas ideológicas que opõem setor público e privado na prestação de cuidados de saúde.

O programa de assistência da *Troika* abriu uma janela de oportunidade decisiva para as alterações e futuro da ADSE. O Governo mais facilmente realizou medidas impopulares e até as acelerou no âmbito do financiamento, com a justificação de culpa colocada sobre as imposições das organizações internacionais e pressão internacional, sendo que também o aumento da taxa de desconto foi justificado pela necessidade nacional e por “culpa” do chumbo do Tribunal Constitucional a uma proposta de austeridade e reforma apresentada pelo Governo. As condições macroeconómicas permitiram também justificar a urgência e ausência de debate sobre o caminho seguido num primeiro momento. Desta forma, pode-se concluir que as estratégias de *blame avoidance* permitiram um escape e um facilitador de reformas, seja pelo alinhamento das reformas à pressão internacional (Popic e Asensio 2018), pela intervenção de entidade como o Tribunal Constitucional e pela transferência de responsabilidades para o anterior Governo pela situação macroeconómica do país. Popic e Asensio (2018) referem ainda o reduzido risco das mudanças pois afetavam um grupo circunscrito da população, de facto, e apesar de terem sofrido medidas de austeridade, de congelamento de carreiras e diversas implicações salariais, o fato de a ADSE ser encarada por vezes como um privilégio dos funcionários públicos retira riscos eleitorais ao Governo.

Os resultados das eleições legislativas de 2015 dão primeiramente origem a um Governo em coligação PSD/CDS, mas que com o chumbo do seu programa de Governo, cai, sendo o PS convidado a formar Governo após garantir o apoio parlamentar do PCP/PEV, BE (mantendo-se o PAN numa relativa proximidade), sendo que o programa de governo do XXI constitucional prevê “a mutualização progressiva da ADSE abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus

beneficiários, pensionistas e familiares” em linha com as recomendações do Tribunal de Contas<sup>63</sup>. Em condições políticas favoráveis e com a carga da responsabilização sobre o Tribunal de Contas, com o suporte especializado do estudo pedido à ERS sobre a reestruturação da ADSE, o Governo avança para a criação de uma comissão para estudar e propor a reforma da ADSE e linhas futuras, declarando a mesma que à data a situação é de baixo risco para o Estado, devido à autossuficiência, mas que esta reforma será para evitar riscos futuros para o Orçamento do Estado.

O Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, declara no parlamento<sup>64</sup> que a solução jurídica encontrada é “uma solução a médio prazo (...) uma vez que não houve condições nem parceiros” para avançar para a hipótese de ser criada uma associação mutualista”. O Governo coloca também em discussão pública para análise dos cidadãos e sociedade civil, o projeto-lei que iria substituir o enquadramento legislativo da ADSE. Também no seguimento das reflexões e dos estudos realizados, o Governo do PS apresenta a intenção de alargamento da ADSE, oportunidade para nova confrontação política. O PS declara que pretende realizar um “alargamento responsável e mínimo”, aproveitando o CDS-PP por Assunção Cristas para propor o alargamento da ADSE a todos sem exceção. A deputada Mariana Mortágua do BE declara o apoio ao alargamento a alguns grupos mas que se deve “desenvolver o SNS ao ponto de não ser preciso nenhum subsistema de saúde. Mas a passagem deve ser gradual: se o Estado acabasse com a ADSE eram mais 1,2 milhões de pessoas a entrarem no SNS, e o Serviço Nacional de Saúde explodiria”. O antigo membro do BE, Daniel Oliveira acusa “PS, BE e PCP de eleitoralismo e de estarem a abrir a porta ao “sonho da direita” de esvaziar o Serviço Nacional de Saúde”.

O período pós-*Troika* permitiu concretizar janela de oportunidade de reestruturação da ADSE. O XXI Governo constitucional liderado pelo PS encontrou uma situação já em andamento e facilitada pelas intervenções não só dos organismos internacionais e pela sustentabilidade da ADSE, mas também pela entrada na discussão do Tribunal de Contas, que assume a responsabilidade de apontar algumas medidas e caminhos para o subsistema, assim como a Entidade Reguladora da Saúde. Apesar de estarem previstas as mudanças no programa de Governo, foi reforçado este dispersar de culpas e responsabilidades, pois o modelo ADSE é alvo de uma proposta de reforma por uma Comissão sem um controlo político direto e é até colocada em discussão pública as propostas de reforma, atingindo-se uma completa reforma do subsistema quase sem qualquer sinal de implicações político-eleitorais ou convulsão social.

No que se refere à primeira hipótese sobre o papel das do contexto político e económico, observa-se que a ADSE não representa uma problemática político-ideológica de simples abordagem. Apesar de uma defesa dos princípios de igualdade e da promoção de um sistema de saúde

---

<sup>63</sup> A proposta da Coligação PSD/CDS previa no seu programa eleitoral às eleições de 2015 para a ADSE por sua vez: reconfigurar o modelo de governação da ADSE, atribuindo-lhe crescente autonomia, alargando o seu âmbito a outros trabalhadores, designadamente aos em regime de contrato individual de trabalho na Administração Pública, com regras que preservem a sua sustentabilidade;

<sup>64</sup> Debate Parlamentar de 27 de setembro de 2017

eminentemente público, os partidos de matriz mais centro/esquerda sempre mantiveram divisões internas na defesa ou rejeição da ADSE, mantendo um jogo de equilíbrios que pondera grandemente a defesa dos direitos laborais de um grupo corporativo importante, com impactos eleitorais e influência sindical. Nos partidos mais liberais e mesmo no interior do PS, existem algumas fações que defendem o papel do setor privado na saúde, sendo o subsistema um dos principais financiadores, e representando ainda um exemplo prático de prestação de cuidados de saúde, de matriz bismarkiana e ideologicamente díspar da realidade e para onde o modelo existente poderia evoluir. Podendo assim afirmar-se que existe uma concordância tácita que não varia em função de momentos de crise política e que permite a sustentabilidade da ADSE. Neste sentido, o papel da dimensão económica sempre se revelou importante no condicionamento da ação política. Se num período de prosperidade a problemática não era sequer ponderada, os primeiros choques orçamentais da adesão à moeda única centram o debate na questão do financiamento do SNS e dos subsistemas, mas apenas produzindo alterações significativas com as políticas de austeridade no âmbito da crise de 2011.

Desta forma, o poder político, tem prolongado o *status quo*, não criando ou fomentando debates, mas aproveitando as janelas de oportunidade para implementar mudanças e transferir responsabilidades em estratégias de *blame avoidance* para agentes internacionais, nacionais ou partidários. Pode-se afirmar que as crises económicas têm representado um fator determinante na ameaça à continuidade do Subsistema.

## **4.2 Hipótese 2 – Co-responsabilização dos beneficiários da ADSE**

Os beneficiários são o elemento fulcral da sustentabilidade do subsistema, sendo numa fase inicial apenas destinatários da missão e das ações, foram modificando a sua posição e enquadramento em face da introdução e evolução da taxa de contribuição, tornando-se os únicos financiadores do subsistema em 2014 e assegurando a sustentabilidade a médio prazo do subsistema. A análise de diversas variáveis relativas ao papel, caracterização e contribuição dos beneficiários, são importantes para a abordagem da problemática da continuidade e sustentabilidade. Devem ser consideradas no desenvolvimento desta hipótese não apenas as questões quantitativas, relativas à evolução de número e perfil etário, mas ainda a evolução da taxa de desconto e o progressivo reposicionamento para uma maior intervenção e participação nas opções de gestão da ADSE.

### **4.2.1 Universo de beneficiários**

Quando analisados os dados disponíveis sobre o universo de beneficiários, diversas ilações ou tendências podem ser identificadas. De facto, existe um evidente crescimento do número de beneficiários até ao ano de 1986 de forma ininterrupta e exponencial, atingindo no referido ano o número máximo de beneficiários registados, com cerca de 1.741.753 beneficiários (que correspondia a cerca de 17% da população nacional à data), esta tendência causada pela já mencionada inclusão de novos beneficiários e seus familiares. A tendência de crescimento é interrompida no ano de 1987 e de

forma abrupta, devendo-se tal variação à aprovação de tabelas de preços a aplicar pelo SNS aos beneficiários dos subsistemas de saúde que a ele recorressem<sup>65</sup>, originando a renúncia de direitos de muitos beneficiários familiares.

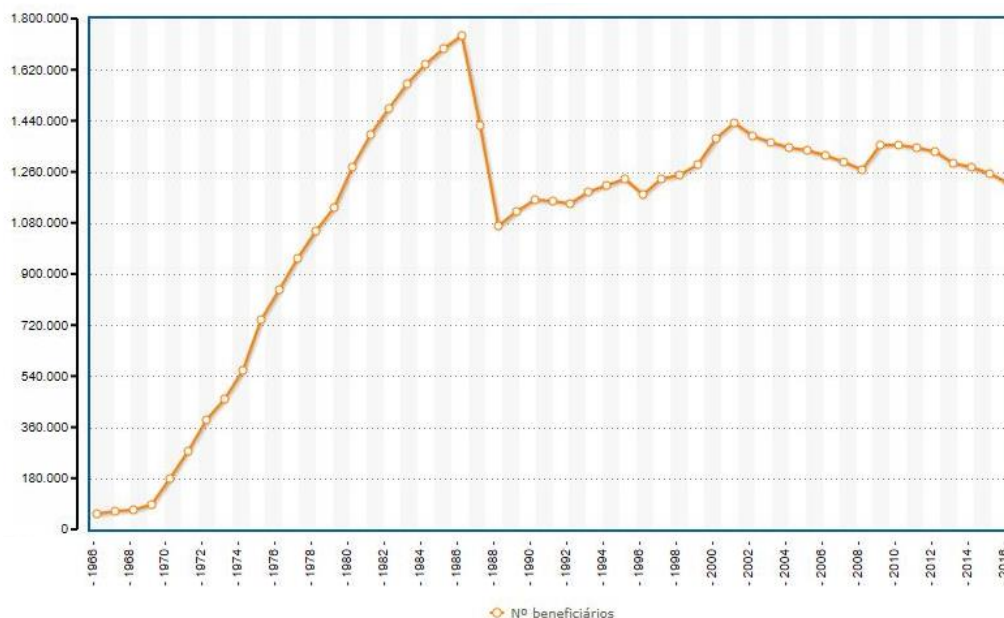


Figura 4.1 - Representação gráfica da Evolução no número de beneficiários. Fonte: ADSE I.P, via PORDATA

Após 1987 a trajetória é de novo crescimento, apresentando, contudo, taxas mais modestas até ao ano de 2001, ano em que a tendência inicia a sua inversão, passando a um decréscimo anual, ainda que moderado, do universo de beneficiários da ADSE (apenas com interrupções pontuais em 2009 e 2010). Esta alteração na evolução pode encontrar elementos justificativos e que são identificados, no crescimento dos contratos a termo e menores renovações dos mesmos na Administração Pública, na contenção de admissões de trabalhadores na Administração Pública, com impactos significativos na renovação da estrutura etária, verificada no congelamento de entradas no subsistema de beneficiários titulares, grande redução de admissões de beneficiários dependentes e a saída de beneficiários dependentes que atingem a maioridade. É também reconhecido pelo subsistema que os seus processos e métodos sofreram uma modernização e melhoria na eficácia, o que traz impactos positivos no controlo, gestão e registo de saída de beneficiários.

Também na análise de outras características do universo de beneficiários são reforçados algumas das problemáticas de sustentabilidade e financiamento. Entre 2000 e 2016 o peso dos beneficiários titulares é reforçado, passando de 59,9% para cerca de 68%, sendo que para esta alteração muito contribui o decréscimo dos beneficiários descendentes. Também é de grande importância a alteração que se verifica dentro dos beneficiários titulares, onde os aposentados passam de um peso de 14,5% em 2000 para cerca de 26,8% em 2016, inversamente, os titulares no ativo

<sup>65</sup> Portaria 918/87 de 02 de setembro

descem de uma percentagem de 45,4% para 41,2% e, considerando que ao momento da aposentação há um corte do rendimento disponível pela forma de cálculo das reformas, sérios impactos ao financiamento do subsistema são identificados. Reforçando este caminho, a caracterização dos beneficiários pela sua faixa etária tem demonstrado uma tendência de crescimento nos beneficiários com idades acima dos 50 anos e um decréscimo generalizado nas faixas etárias até aos 50 anos e em especial nas que se encontram entre os 30 e 50 anos, fruto das restrições no acesso à Administração Pública.

Existem ainda fatores externos que têm influenciado esta dimensão, sendo de mencionar o congelamento das admissões na Administração Pública que tem contribuído para a forte diminuição na entrada de novos beneficiários titulares ou uma restritiva política de substituição das saídas, agravando ainda mais os problemas dos perfis e da pirâmide etária dos beneficiários, com fortes impactos nos custos do sistema, já que a análise aos gastos da ADSE demonstra, que os gastos per capita acompanham o aumento da idade, situação para a qual não existem medidas concretas a ser tomadas e são transversais a muitas áreas da sociedade portuguesa. Também neste sentido a ADSE tem recebido recomendações para a sua abertura a outros tipos de contrato dentro da esfera estatal, como o caso dos contratos individuais de trabalho ou os bombeiros profissionais, que de acordo com os estudos trariam uma importante renovação etária e contributos para a sustentabilidade a médio prazo. Também têm produzido efeitos negativos, os programas de rescisões por mútuo acordo, a proliferação dos contratos a termo e a não renovação e contratos em áreas de elevada utilização de recursos humanos, como a educação ou saúde.

Ainda segundo a ADSE, I.P. outros fatores mais generalistas e administrativos provocam a redução do número de beneficiários, como a perda de direitos dos descendentes maiores, o cancelamento de direitos pela não entrega do desconto, o óbito, a eliminação de direitos vitalícios para beneficiário titulares (apenas após 2015), a atualização e o cruzamento das bases de dados e listas de entidades sobre os detalhes dos trabalhadores (em especial a complexa relação com as regiões autónomas).

Em relação a um dos elementos que apresentava ser de maior risco, ou seja, a possibilidade de renúncia, o subsistema reconhece apenas um impacto marginal, sem quaisquer consequências de relevo na dimensão do universo de beneficiários e com um decréscimo anual de pedidos desde a introdução desta possibilidade. De facto, esta abertura conduz a que o subsistema fique obrigado a comprovar as suas vantagens comparativas com os seguros de saúde privados que foram sendo cada vez mais utilizados na sociedade como complemento ao SNS. Políticas de monitorização, contenção de custos, resposta aos beneficiários, modernização seja de imagem ou de métodos têm sido colocadas no passado recente do subsistema como desafios a enfrentar.

#### 4.2.2 Financiamento e gestão

Paralelamente à problemática de alargamento e alterações legais, outra dimensão crucial relacionada com os beneficiários refere-se à questão dos custos. Apesar de, aquando da criação do subsistema, não estarem previstos custos e ter sido desenvolvido com a justificação da melhoria das condições de vida e eliminação de desigualdades entre os trabalhadores do setor público versus setor privado, assumindo a forma de benefício laboral e corporativo, o rápido crescimento do universo de inscritos e dos custos dos cuidados de saúde, fez disparar as necessidades orçamentais da ADSE, tendo sido objeto de diversos saneamentos financeiros e reforço do orçamento, promovendo ainda a opção política de refletir este custo no vencimento dos trabalhadores, com a introdução um desconto baseado numa percentagem fixa sobre o vencimento e que culmina com o valor de 3,5% em 2013.

Ano	Contribuição dos beneficiários e Legislação	Entidades empregadoras
1979	0,5% sobre o vencimento de funcionários e agentes da administração pública, regional e local (artigo 32.º da Lei n.º 21-A/79 de 25 de junho e art.º 10 do Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 30 de junho). Aposentados isentos.	
1981	1% Decreto-lei n.º 125/81, de 27 de maio.	
2007	1,5% para os beneficiários titulares no ativo e 1% sobre o valor das pensões de aposentação e reforma. Para os beneficiários titulares aposentados, implementado um aumento gradual anual de 0,1 % até atingir a percentagem dos funcionários ativos, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2007 (lei n.º 53-D/2006, de 29 de setembro).	
2011	Introdução da contribuição a suportar pelas entidades empregadoras da administração central (art.º 163 da lei n.º 55-A/2010). Valor inicial de 2,5 %.	2,5%
2012	Pensões de aposentação e reforma dos beneficiários titulares ficam sujeitas ao desconto de 1,5% quando o seu montante seja superior ao valor correspondente à retribuição mínima garantida (art.º 195 da lei 64-B/2011).	
2013	2,25% entre 1 de agosto e 31 de dezembro de 2013 e 2,5% após 1 de janeiro de 2014 para funcionários no ativo e pensões de aposentação e reforma (decreto-lei n.º 105/2013, de 30 de julho).	1,25%
2014	3,5% após 20 de maio 2014 (lei n.º 30/2014, de 19 de maio). As pensões com valor igual ou inferior à retribuição mínima mensal garantida estão isentas.	

Quadro 4.1 - Evolução das taxas de contribuição. Elaboração própria com base nos dados de ADSE I.P.

O aumento da taxa de desconto em simultâneo com a abertura da possibilidade de renúncia ao subsistema (inicialmente para as novas adesões, mas posteriormente alargada a todos os beneficiários) materializa-se em impactos diretos no número de beneficiários. Assim, como a auditoria de 2015 realizada pelo Tribunal de Contas e o estudo da Entidade Reguladora da Saúde concluem, a subida para a percentagem de desconto mais elevada, levou a um aumento das renúncias à ADSE, em especial dos beneficiários com perfis de contribuição mais elevados e mais novos, que são considerados contribuintes líquidos do sistema e que encontram no setor dos seguros privados opções com custos mais reduzidos, e que tem fortes efeitos na sustentabilidade da ADSE.

De facto, a questão do financiamento da ADSE marca indelevelmente o debate em redor da sua existência, em especial em momentos de crise financeira e retração económica que obrigam a cortes no Orçamento de Estado e a escolhas políticas. Até 2006, como já abordado, o ruído foi minimizado pela ausência de momentos de rutura nas políticas de saúde, mas o relatório da comissão para o financiamento do sistema de saúde emite fortes recomendações que defendem a saída da ADSE da esfera orçamental,

As medidas elencadas no Memorando de Entendimento com a *Troika* em 2011 retomam, novamente o enfoque da saída dos subsistemas da esfera orçamental, eliminação das relações financeiras com o Serviço Nacional de Saúde e sustentabilidade futura, sendo a forma prevista para a sustentabilização do subsistema baseada em dois vetores: um aumento das contribuições dos beneficiários e um ajuste no esquema de benefícios. As condições políticas do país levam a que logo em 2014 o Governo avance para um aumento significativo da taxa de desconto de forma a tornar a ADSE autofinanciada. A subida da taxa de desconto para os 3,5% significa o transferir para os beneficiários as taxas que estavam ao seu encargo e das entidades empregadoras, sem qualquer estudo publicado sobre o impacto e efeitos na sustentabilidade. Esta situação conduz a excedentes orçamentais na ADSE e a recomendações do Tribunal de Contas que assinala que a criação destes excedentes estava a ser utilizada para artificialmente melhorar as contas públicas. Recomenda assim, que o subsistema deveria sair da administração direta do Estado de forma a obter autonomia administrativa e financeira e a respeitar o princípio da propriedade dos descontos pelos beneficiários, a sua aplicação para os fins que foram recolhidos e a utilização dos excedentes, exortando ainda que fosse realizado finalmente um estudo com enfoque em questões técnicas e na sustentabilidade económica em vez de serem implantadas medidas políticas avulsas.

Apenas no ano de 2015 surgem elementos que permitem refletir sobre o futuro e sustentabilidade da ADSE, tendo sido encomendado pelo subsistema, uma análise à evolução futura, à consultora *Tower Watson* e tendo um dos *stakeholder*, a APHP financiado também um estudo da *Porto Business School*. Ambas as análises procuravam analisar a sustentabilidade do subsistema,

sendo o estudo da *Tower Watson* centrado nos possíveis efeitos do alargamento dos beneficiários<sup>66</sup> e na aferição da estrutura de despesas e receitas e sustentabilidade demográfica, económica e financeira do universo de beneficiários a um horizonte temporal de 10 anos. O estudo parte das premissas introduzidas em 2014 com influência das políticas de austeridade, de que a ADSE deve ser autossustentável. É referido que um dos principais problemas é o facto de a ADSE não conseguir controlar a receita, pois a política laboral e de salários em que incide os descontos é de responsabilidade governativa, assim num panorama de redução de funcionários públicos e congelamento de salários e pensões os efeitos são diretos, havendo apenas controlo no campo da despesa, onde se percebe uma transição de importância do regime livre para o convencionado. A análise efetuada realiza uma contextualização dos indicadores relativos aos beneficiários, despesas e receitas do subsistema, passando posteriormente, na análise aos perfis dos possíveis grupos a possibilitar o acesso, a concluir que a hipótese mais favorável seria o acesso dos trabalhadores do setor público empresarial, onde os restantes grupos propostos significariam acréscimos a riscos de sustentabilidade, mas estando sempre dependente da idade média dos possíveis novos beneficiários, pois quanto mais baixa, maior a contribuição líquida para uma situação de sustentabilidade. Na análise de sustentabilidade, considerando o universo de beneficiários à data e num horizonte temporal de 10 anos, e de acordo com as regras de reposição de trabalhadores em funções públicas, os riscos para o subsistema ainda são maiores, com alguns dos piores cenários projetados apresentarem o ano de 2021 como já de esgotamento dos recursos totais da ADSE (receita anual e excedentes acumulados) e situação de falência e rutura.

O estudo de Almeida *et al*<sup>67</sup> centra-se na análise da sustentabilidade, mas ainda nos fatores que acarretam mais valor para os beneficiários e para o Sistema Nacional de Saúde. São identificados importantes fatores organizacionais que influenciam sustentabilidade como a não criação de condições para o aumento do número de renúncias (por exemplo o aumento da taxa de desconto), o controlo da despesa, a capitalização dos excedentes financeiros para financiar défices futuros. São elaborados diversos cenários onde as questões sobre o alargamento e renúncias dos beneficiários são abordadas onde se apresentam diversos momentos de rutura de excedentes e sustentabilidade. Neste estudo é grandemente abordada uma das maiores preocupações com o subsistema, a saída dos beneficiários com maiores contribuições líquidas. Desta forma, os autores reconhecem que a forma de cálculo da contribuição com base numa taxa fixa sobre o salário, origina uma forte discrepância de valores, que por um lado estimula a solidariedade social entre os beneficiários e intergeracional, mas pode induzir aos contribuintes mais relevantes a inexistência de vantagens em comparação com um seguro privado

---

<sup>66</sup> Foram considerados para uma possível adesão e respetivo impacto: os cônjuges com outro sistema de segurança social obrigatória; os trabalhadores do setor público empresarial; os filhos dos titulares ou equiparados até aos 30 anos.

<sup>67</sup> O estudo de Almeida *et al* é financiado por um dos mais importantes *stakeholders*, a APHP, mas cujas conclusões incidem principalmente na questão da sustentabilidade com foco no controlo e redução da despesa, ou seja, na receita dos associados da APHP.



ou um défice elevado na relação contribuição vs benefícios, ou seja, um problema de proporcionalidade e sustentabilidade. Neste sentido, o estudo analisa também a comparação de vantagens e custos com os seguros privados e conclui que apesar dos aumentos sucessivos nas taxas de contribuição, a ADSE apresenta mais vantagens que os planos de seguro privados, em especial aos beneficiários dos centros urbanos e ao abrigo do regime convencionado, pois o poder negocial da ADSE é maior no estabelecimento das convenções. Na questão da sustentabilidade, ou seja, na capacidade das receitas financiarem as despesas, verifica-se que as despesas com cuidados de saúde na ADSE tem aumentado a ritmos superiores ao da restante despesa com cuidados de saúde em Portugal, mas que a evolução depende de alguns fatores exógenos, tais como a evolução demográfica da população, o acesso à Administração Pública e a política salarial, o aumento do rendimento das famílias (que leva a mais consumo e preocupação com a saúde), a inovação do setor, a doença de *baumol*<sup>68</sup> e a alteração do sistema e das políticas de saúde. Nesse sentido, a ADSE deve centrar-se em alguns aspetos que lhe permitam controlar a sua sustentabilidade, pois só o controlo da despesa pode assegurar a sustentabilidade a longo prazo, sendo referido que como não possui intervenção no processo clínico, também não possui meios para contrariar as pressões para aumento da despesa, apenas estando centrada no financiamento e tendo como único instrumento a negociação das tabelas de preços. De facto, a atualização da tabela de preços tem sido atualizada para se uniformizar com os preços do SNS e suas convenções, mas poderia ser utilizada para incentivar ou desincentivar alguns atos, com a variação de preços. O estudo propõe assim que a ADSE possa adotar um sistema de pagamentos prospetivo, com base em preços fechados/pacotes ou por capitação, que criem incompatibilidades com atos desnecessários e valores máximos, de forma a incentivar a eficiência e eficácia e significar um forte controlo e redução da despesa. A nível da receita é feita a proposta de estabelecer limites máximos individuais de valores de contribuição, que pudessem ser suficientemente baixos para reduzir as renúncias, mas suficientemente altos para não colocar em causa o financiamento. Apesar do número de renúncias ser reduzido, o que comprova que os beneficiários ainda reconhecem valor à ADSE, deve ser tido em consideração com a evolução económica e com possíveis tentativas de incremento das taxas de desconto a criação dos limites máximos. A conclusão geral apresentada é que a ADSE é um sistema único, mesmo no panorama internacional e que se deve afirmar como subsistema complementar ao SNS afastando-se de alguns cuidados de saúde e serviços que ainda presta ao Estado, atuando principalmente sobre a contenção da despesa e centrando-se nos benefícios marginais para poder justificar a contribuição e que existem desde a sua criação, como a liberdade de escolha, mais e melhor, com maior qualidade e rapidez de acesso a cuidados de saúde.

A intervenção dos beneficiários na gestão, é abordada inicialmente em 2015 no âmbito da realização da auditoria<sup>69</sup> do Tribunal de Contas sobre a ADSE, que pretendia avaliar a eficácia,

---

<sup>68</sup> Aumento de custos com os recursos humanos no setor, consequência da melhoria generalizada a nível salarial na sociedade

<sup>69</sup> Relatório 12/2015, 2º secção

eficiência e economia de gestão, enquadrada na perspectiva de sustentabilidade financeira. Reconhecendo que o subsistema se encontrava numa encruzilhada onde se previam alterações na organização e modelo de gestão, a auditoria reconhece que até 2013, com a existência de uma forte dependência do financiamento público “o Estado exerceu a gestão estratégica e financeira da ADSE, utilizando-a para prosseguir fins públicos associados às funções sociais do Estado”, mas que com o financiamento no momento em análise assente em exclusivo nos descontos dos beneficiários, não é compatível com a conceção da ADSE como subsistema de saúde, mas como um sistema externo e complementar ao SNS, pois é financiado com fundos privados “afetos a fins privados e alheios ao Estado”. Complementarmente à questão da transição do modelo de financiamento, o Tribunal de Contas critica o aumento da taxa de desconto que apesar de ter em conta elementos de restrição da política orçamental do Estado, não considerou as necessidades de gestão da ADSE, a sustentabilidade a curto ou médio prazo (não existiram estudos para avaliar o impacto e necessidade da real taxa de desconto), nem avançou no ajustamento do esquema de benefícios como previsto. São identificados ainda um importante conjunto de problemáticas e recomendações onde se destacam a necessidade de integração dos beneficiários na gestão, a atribuição do poder de decisão de forma proporcional aos contributos, a revisão da missão e objetivos “para que não se confundam com o exercício de funções que competem ao Estado” ou a autonomia de gestão administrativa e financeira.

No ano de 2016, o Tribunal de Contas apresenta os resultados de uma auditoria de seguimento em que se afirma que “quase nenhuma das recomendações formuladas foram prosseguidas” acusando os XIX, XX e XXI governos constitucionais de sucessivamente adiar reformas sobre o sistema, agravando-se as questões inicialmente apresentadas em 2015 pelo fato de se terem utilizado parte dos excedentes que são propriedade dos beneficiários para financiar o SNS da Região Autónoma da Madeira, e que os beneficiários financiadores únicos do sistema, estão afastados das decisões sobre o seu futuro, reforçando a necessidade de existir um debate e discussão sobre o futuro da ADSE com papel determinante para os seus beneficiários, pois na presente situação a ADSE não é um benefício concedido pelo Estado aos seus trabalhadores, mas uma cobertura complementar de cuidados de saúde, pago pelos seus quotizados, devendo assim estar excluída de disputas ideológicas que opõem setor público e privado na prestação de cuidados de saúde.

No início do ano de 2016 o Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, solicita um estudo junto da Entidade Reguladora da Saúde que marca a atualidade e alteração do subsistema, respondendo assim às recomendações do Tribunal de Contas e ao Programa do XXI Governo Constitucional de mutualização e alargamento do subsistema. O Estudo identifica as alterações que podem vir a marcar a ADSE, pois existiu uma alteração demográfica, com a redução e envelhecimento do perfil de beneficiários, havendo também a possibilidade de renúncia, e vivendo num novo paradigma de financiamento, com a criação de excedentes e com a origem do financiamento a ser de exclusiva responsabilidade dos descontos dos beneficiários. O objetivo do estudo foi o de analisar os

diversos modelos jurídicos de organização e governação que pudessem enquadrar as alterações ao funcionamento e estrutura do subsistema que o Governo queria implantar.

São analisadas as principais problemáticas sobre a ADSE, reconhecendo que são questões complexas e heterogéneas e que são quase sempre discutidas apenas de forma parcial. O relatório identifica e sintetiza num documento, a multiplicidade de questões: a questão da equidade entre funcionários públicos e o resto da população no acesso a cuidados de saúde; a equidade entre trabalhadores na Administração Pública (há trabalhadores na administração pública com o acesso vedado à ADSE, como por exemplo os que possuem um vínculo de Contrato Individual de Trabalho); o impacto da ADSE no consumo de cuidados de saúde; a relação entre o SNS e a ADSE; a dupla tributação dos beneficiários da ADSE, entre outras. A questão do alargamento a novos beneficiários como forma de prolongar e solidificar a sustentabilidade é também refletida, analisando os estudos académicos de sustentabilidade produzidos em 2015, mas o Estudo da ERS manifesta preocupações, recomendando ao invés, uma reestruturação do sistema na relação com os beneficiários que passe inicialmente por criar mecanismos de contenção de saídas e reingresso de beneficiários, maior controlo no crescimento da despesa, a utilização dos excedentes financeiros para reinvestimento, a entrada de grupos com beneficiários que representem a chegada de contribuintes líquidos para o sistema e sem impactos negativos na idade média dos beneficiários, a criação de um quadro legal compatível com o seu funcionamento. Na análise aos modelos de governação legalmente admissíveis, são tomadas em consideração as referidas recomendações do Tribunal de Contas de a ADSE possuir a propriedade plena dos descontos dos beneficiários, pois são de origem privada e estão consignados para os fins que foram criados e recolhidos, a autonomia do sistema relativamente aos objetivos governamentais de contexto e a participação dos beneficiários na gestão estratégica e controlo financeiro.

No seguimento de um esforço reformista, em fevereiro de 2016<sup>70</sup> o Ministro da Saúde cria, a Comissão de Reforma do Modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado, recorrendo a especialistas em diversas áreas, que utilizando os diversos elementos produzidos por múltiplas entidades e à sua especialização, iriam construir uma proposta de projeto de enquadramento e regulação, revendo o modelo institucional, estatutário e financeiro. Os membros da Comissão para a reforma da ADSE consideram a necessidade que o enquadramento do contexto da ADSE na revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro deva ser como parte das relações laborais do Estado com os seus trabalhadores, e não como um problema de organização do sistema de saúde. Esta visão tem implicações importantes, refletidas ao longo do relatório e geradora de posições e opções muitas vezes opostas. Ao contextualizar o papel da ADSE no campo das relações laborais, o Estado não se poderia retirar completamente do acompanhamento do funcionamento da ADSE, mas a solução

---

<sup>70</sup> Despacho n.º 3177- A/2016

encontrada para um novo modelo da ADSE deveria desejavelmente eliminar o risco da necessidade de financiamento orçamental, conforme o percurso e recomendações do Tribunal de Contas.

O modelo institucional e jurídico a ser adotado deveria reservar ao Estado um papel de acompanhamento e monitorização da ADSE, respeitando um conjunto de princípios referentes à Natureza, Missão, Atribuições, Responsabilidade do Estado, Princípios de Governo, Relação entre a ADSE e o Estado, Transparência, Mecanismos de Sustentabilidade e Governo Societário. Estes princípios resultam numa responsabilidade do Estado no acompanhamento do funcionamento da ADSE, mas sem intervenção direta na gestão executiva e sem responsabilidade financeira sobre essa gestão “Os princípios propostos suscitam um equilíbrio entre a administração e gestão com participação dos associados e a confiança na robustez institucional do modelo adotado”.

Algumas das recomendações da comissão de reforma apontavam para o caminho de constituição de uma associação mutualista, mas de facto a fraca experiência deste tipo de organizações e a referida contextualização da ADSE no campo das relações laborais também elencadas pela comissão, necessitando de se criar legislação inovadora e manter a responsabilidade do Estado, levam o Governo a prosseguir na constituição de um Instituto público de Regime especial e Gestão Participada. Podem ser ponderadas diversas questões sobre esta solução como, se o reconhecimento da predominância da questão da relação laboral, que implica que o Estado não se afaste da ADSE, mantendo, contudo, um papel de gestor de recursos cuja propriedade não é sua, qual o papel do estado em momentos de rutura, como por exemplo, problemas de sustentabilidade futura. O Estado não terá responsabilidades legais de financiamento, mas não terá por seu lado, responsabilidades de gestão? Ou a culpa recairá nesse momento apenas sobre os beneficiários (conceito vago ou propositadamente deixado vago?). Também neste processo não deixa de ser estranho que se tenha ponderado e reivindicado a intervenção dos beneficiários na gestão e que os perigos de constituição de uma mútua estavam por exemplo na captura do controlo por pequenos grupos (Rosa 2016), mas que os lugares dos representantes dos beneficiários não estivessem em perigo de captura de organizações sindicais e grupos específicos de funcionários.

A 1 de Janeiro de 2017 a ADSE é constituída com o estatuto de Instituto Público<sup>71</sup> integrado na administração indireta do Estado, e dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, com uma orgânica diferenciada do passado.: O Conselho Diretivo (Presidente e dois vogais, órgão executivo e de gestão, realizando a ligação entre os membros do Governo e o conselho geral) e o Conselho Geral e de Supervisão (órgão de acompanhamento, controlo, consulta e participação na definição das linhas gerais de atuação), que além da presença de elementos: indicados pelos Ministérios das Finanças e da Saúde (6), organizações sindicais e aposentados da administração pública (5), poder local (2), destina quatro lugares a representantes eleitos por sufrágio universal e direto dos beneficiários titulares.

---

<sup>71</sup> Decreto-Lei n.º 7/2017, 1 de 9 de janeiro

Esta alteração<sup>72</sup> permite na prática de gestão, a saída da esfera orçamental e a possibilidade de utilizar os excedentes e capitalizá-los em opções de investimento que possam ser mais rentáveis do que a situação de estagnação do passado, apesar de um controlo e poder decisório ainda em mãos governativas. A transição permitiria a tão mencionada participação dos beneficiários (e não apenas de organizações representativas) pela primeira vez desde a sua criação e financiamento, apesar de ter existido a preocupação por enquadrar todas as principais forças sindicais e reivindicativas da Administração Pública.

Após algumas dificuldades de elaboração, organização e consenso, é marcado um ato eletivo e aberta a entrega de listas organizadas para preenchimento dos lugares em Conselho Geral que representam os beneficiários. Não deixa de ser significativo e desafiante a realização de um ato eletivo com um universo de votantes tão amplo numa esfera não política, podendo até observar que apesar da diminuta atenção mediática, este foi o mais amplo procedimento eletivo realizado no país que não no campo político local, regional, nacional ou europeu. As eleições decorreram no dia 19 de setembro de 2017 e estiveram a sufrágio sete listas, tendo a votação registado 18.421 votos, um valor manifestamente reduzido. As listas não possuíam uma declaração ou organização formal, mas na realidade representam os sindicatos e organizações de aposentados mais relevantes da sociedade e alguns grupos específicos, frustrando o defendido em 2015 pelo Tribunal de Contas: “A participação de todos os quotizados da ADSE deve ser garantida, através de organizações que os representem, e não através de organizações sindicais, que não representam necessariamente os quotizados.”.

Este processo eletivo, pela capacidade de mobilização, organização e recursos ao dispor das referidas forças sindicais já bem solidificadas, acaba por muito facilmente afastar os beneficiários sem uma capacidade instalada e que não se reveem, seja na representação sindical, seja nos interesses das organizações de aposentados, condicionando e deturpando um processo eletivo inovador, transformado num ato sancionatório entre forças instaladas. Possuindo estes *stakeholders* lugares atribuídos no Conselho Geral numa perspetiva de enquadramento das suas ambições, a abertura deste processo eleitoral, originalmente destinado a representantes dos beneficiários, o mesmo acabou por facilitar e permitir o reforço do peso das forças sindicais e um controlo muito maior sobre este órgão, suas atribuições e futuro da ADSE, podendo ainda ser “utilizada” como um novo peão nas negociações e lutas político-sindicais.

Paralelamente a este processo, o novo estatuto da ADSE acarretou na prática e na tentativa de gestão diversas alterações, como a mudança e modernização da imagem institucional, mantendo o peso da sigla ADSE, o desenvolvimento de uma estratégia de maior aproximação aos beneficiários que implicou por exemplo o desdobramento dos espaços de atendimento em Lisboa e a abertura de uma loja na cidade do Porto, o reforço da relação e comunicação por meios digitais com a introdução de um cartão digital do beneficiário e o lançamento de uma aplicação para *smartphones*, a MyAdse,

---

<sup>72</sup> Aprovação em Conselho de Ministros a 15 de dezembro de 2016

melhoria dos meios de comunicação com o reforço da comunicação institucional por *newsletter* e correio eletrônico e ainda uma transferência de métodos de faturação na relação com os prestadores para a desmaterialização através da faturação online. Estas evoluções mais do que modernizar e rejuvenescer uma organização que sofreu diversas e severas mutações em poucos anos, aparenta concentrar-se em objetivos de reestruturação das relações com os beneficiários (modernizando-as e agilizando-as), e dos beneficiários com a ADSE, focando mais a atenção numa lógica de serviço.

A tentativa de mudança de paradigma junto dos beneficiários parece apresentar-se como difícil, pois nas imagens cognitivas a ADSE é um “serviço do Estado” e não algo mais próximo a um esquema de seguro privado, não aparentando existir a consciencialização de finitude ou sustentabilidade, assim como um sentimento de pertença da ADSE aos beneficiários por via de serem os financiadores exclusivos, mantendo até a ADSE funções que deveriam competir ao Estado, de verificação de doença no âmbito do seu esquema de segurança social, ou mantendo situações de isenção de pagamento de beneficiários que se compreende numa política estatal, mas não num Instituto Público com gestão autónoma. A sustentabilidade e futuro como parte das escolhas, esquema de benefícios e disponibilidade para o financiamento dos beneficiários é uma matéria que não entrou vincadamente no debate público e permanece afastada das preocupações dos beneficiários.

Na análise da relação da hipótese que considera a co-responsabilização dos beneficiários com a variável da sustentabilidade, o seu papel como grupo de interesse, financiador e utilizador apresenta-se como essencial na continuidade. A pressão realizada e a utilização das alterações ao subsistema como elemento negocial na política laboral da Administração Pública permitem a permanente relevância da ADSE, sendo que, simultaneamente, os beneficiários foram assumindo responsabilidades de financiamento cada vez mais relevantes e fulcrais, culminando na presente situação de financiadores únicos. Esta realidade origina uma tendência nas reformas propostas de defesa, de uma maior intervenção deste grupo junto da gestão e na definição de opções futuras. Contudo, a transformação jurídica da ADSE em Instituto Público limitou a influência de decisão dos beneficiários e obriga a uma transição para uma nova realidade que deverá acarretar uma consciencialização e sentimento de pertença de recursos que tornem os beneficiários em promotores ativos de eliminação dos riscos da atividade (denúncia de fraude, moderação no consumo de cuidados de saúde...), uma desestatização da perceção pessoal e coletiva sobre o subsistema. Outro importante elemento que terá forte impacto na continuidade futura, centra-se na evolução do perfil etário dos beneficiários e respetivas consequências. O envelhecimento e a crescente importância do grupo dos aposentados, reduz a receita da ADSE e coloca forte pressão nos custos, e sem qualquer alargamento que cause efeito nestas dimensões, existem fortes ameaças ao financiamento e será colocada em causa, a breve prazo, a continuidade do subsistema.

### 4.3 Hipótese 3 – O impacto da equidade na sustentabilidade da ADSE

A problemática da equidade relativa ao subsistema ADSE pode ser analisada em diversas vertentes, sendo consistentemente, um dos elementos de maior fricção e crítica ao subsistema e à fundamentação da sua continuidade. Recentemente, a saída da esfera orçamental do financiamento, afasta algumas das questões relativas à questão da iniquidade com os restantes cidadãos, destacando outras dimensões da iniquidade que se constituem como importantes elementos a analisar. A equidade em saúde é um valor que pode ser definido pela “ausência de disparidades sistemáticas na área da saúde entre grupos que têm diferentes níveis de vantagens ou desvantagens sociais, ou seja, têm posições diferentes numa hierarquia social”. Entre os grupos sociais menos privilegiados estão, por exemplo, pessoas mais pobres, grupos raciais, étnicos ou religiosos e residentes em áreas rurais (Braveman & Gruskin, 2003). Desta forma, a análise da presente hipótese pondera como a ausência ou existência de disparidades tem impacto na continuidade e sustentabilidade da ADSE e em que medida.

A problemática da equidade está presente mesmo entre trabalhadores em funções públicas. A legislação que prevê os possíveis beneficiários da ADSE consolidou uma exclusão política e legislativa dos trabalhadores do setor público do Estado com Contrato Individual de Trabalho. Desta forma não basta ser trabalhador do Estado para ter acesso à ADSE, gerando-se situações de discriminação que em alguns organismos, fruto das revisões legislativas sobre o regime de vínculos na Administração Pública, acontece na mesma estrutura orgânica pela natureza do vínculo se revestir de naturezas diferentes. De facto, é de difícil perceção as motivações da imobilidade legal na definição de elegibilidade de beneficiários, quando a legislação laboral do Estado apresenta importantes evoluções. A resolução deste problema de iniquidade, como já abordado na hipótese relativa ao papel dos beneficiários, poderá possibilitar um importante reforço na sustentabilidade financeira do subsistema e tem sido prosseguido por vontade política após 2016.

Na análise da problemática da equidade dos beneficiários da ADSE no acesso a cuidados de saúde em relação ao resto da população, esta apresenta-se como a questão mais debatida e historicamente problemática em termos de iniquidade. A ADSE é considerada um *fringe benefit* que permite vantagens aos seus beneficiários e que está vedada aos restantes cidadãos, como a possibilidade de escolha do prestador de cuidados de saúde, uma maior rapidez no acesso e um reembolso de algumas despesas. Sobre este tema Gomes Canotilho e Vital Moreira (2007) afirmam que devido à gratuidade e universalidade do SNS existe “(...) uma forte dúvida sobre a legitimidade constitucional de sistemas públicos complementares de natureza contributiva obrigatória, como a ADSE ...) centrados sobre esquemas de prestações convencionadas com entidades privadas, ou em soluções de reembolso de despesas de aquisição de cuidados de saúde livremente escolhidos no setor privado”. Vital Moreira<sup>73</sup> ainda manifestando a sua opinião sobre a temática, em 2006 defende a extinção da ADSE, argumentando que é constitucionalmente problemática, um resquício

---

<sup>73</sup> Professor universitário, juriconsulto, constitucionalista e político português (ligado politicamente ao PCP e posteriormente ao PS)

corporativista do passado, representando uma situação anómala num sistema democrático baseado em serviços públicos universais como previsto constitucionalmente e que devia ter sido eliminado por representar um esquema alternativo ou suplementar. Considera ainda que não aparenta ser uma obrigação do Estado para com os seus trabalhadores, pois caso existisse, devia abranger todos os trabalhadores da administração pública, independentemente do seu vínculo (e não apenas os contratos de trabalho em funções públicas), sendo que a única obrigação constitucional do Estado na área da saúde é a que está plasmada na constituição: criar e manter o SNS para todos os cidadãos e não em criar esquemas alternativos para os seus trabalhadores. Critica o peso financeiro para o Estado, elencando outras problemáticas como: custos administrativos e de funcionamento onerosos; incentivo ao consumo supérfluo de cuidados de saúde; incentivo à fraude; dívidas da ADSE ao SNS; que o SNS não poupa grandemente por ter cidadãos a obter cuidados de saúde nos prestadores privados; e que a ADSE e os restantes subsistemas ocultam o real custo global da saúde para o Estado por estarem dispersos pelos diversos ministérios. Por fim, defende que é socialmente injusta, pois representa uma regalia dos trabalhadores em funções públicas em relação aos trabalhadores do setor privado, pois os cidadãos apenas têm acesso ao SNS e com menos vantagens no acesso à saúde do que os beneficiários da ADSE e pelo financiamento por impostos gerais desta regalia ou vantagem. Estando o país numa crise económica e apesar de a eliminação da ADSE representar uma poupança orçamental, a principal questão debate-se com a existência de um regime diferenciado exclusivo e de acesso restrito em paralelo com o SNS, propondo assim a extinção da ADSE, permitindo que os trabalhadores públicos possam subscrever planos de saúde privados, mas tendo como referência um serviço universal, generalizado e tendencialmente gratuito, num caminho semelhante ao percorrido pelos regimes de segurança social dos funcionários públicos. Coloca ainda a hipótese de manter a ADSE, mas transformando-a num sistema facultativo de saúde suplementar, exclusivamente contributivo, como um seguro de saúde gerido pelo Estado. E que poderia contratualizar a sua gestão. Este alargamento devia também ser estendido a todos os regimes de trabalho da Administração Pública e serem elevadas as contribuições na procura da autossuficiência financeira. Revisitando a problemática da ADSE em 2015, e reconhecendo que os problemas orçamentais levaram a mudanças importantes como o fim da obrigatoriedade e possibilidade de renúncia ao subsistema e o aumento da taxa de desconto até à autossuficiência, mas que a breve prazo podem ressurgir problemas de sustentabilidade pela saída dos contribuintes mais ricos. Finalizando com “passa a prosseguir exclusivamente fins privados, alheios ao Estado”, sendo financiada por “fundos privados”. Não compreendendo que continue na esfera pública e a ser gerida pelo Estado devendo privatizar o sistema, retirá-lo das contas públicas e” entregar a sua gestão aos interessados, em autogestão mutualista ou noutro sistema concertado com os beneficiários”. (Moreira, 2015). Ciclicamente, surgem na sociedade pedidos de democratização e alargamento da ADSE e que a mesma é um privilégio sem justificação, apesar do esvaziamento pela questão do financiamento por estar fora do Orçamento de Estado, surgem petições e artigos de opinião que seguem esta argumentação, confundindo-se, contudo, com a questão da luta ideológica na



organização do sistema de saúde e com a problemática do financiamento e insuficiência do SNS. De facto, a fragmentação do sistema de saúde é promovida não devido à oferta de subsistemas específicos ou seguros de saúde, mas pela existência de um serviço de saúde público implantado com diversas limitações, seja no tipo de cuidados que oferece, seja na resposta adequada às populações. Desta forma é compreensível alguns dos sentimentos de desconfiança na sociedade em relação à ADSE, pois percebem que os seus beneficiários podem usufruir de médico dentista, consultas de especialidade, reembolso em produtos de saúde específicos que o SNS não oferece ou oferece em termos muito limitados e força os cidadãos a consumirem produtos privados com custos dispendiosos. Outra percepção é que o acesso ao sector privado pelos beneficiários elimina alguns dos maiores problemas dos cidadãos de acesso ao SNS, como as listas de espera ou os elevados tempos de espera para cuidados de urgência ou ambulatório, reforçado ainda com acesso a condições de conforto e serviço com um foco e maior respeito pela figura do “cliente pagador” do que do “cidadão”.

Outro elemento da problemática da equidade verifica-se no acesso ao SNS pelos beneficiários da ADSE, alvo de um parecer da ERS em 2015. De facto, verificava-se (verifica-se) dificuldades dos utentes SNS e cumulativamente ADSE, em ter acesso à rede de convenções, às isenções de taxas moderadoras e comparticipação de produtos de saúde como os restantes utentes do SNS. A ERS declara que o beneficiário ADSE deverá ser tratado em igualdade com os demais utentes do SNS, usufruindo dos mesmos direitos e deveres, de forma a beneficiar do direito constitucional de acesso a cuidados de saúde, sendo também financiadores, via impostos, como os demais cidadãos do SNS: Também o Tribunal de Contas em 2015 recomenda ao MS a supressão da identificação nos sistemas informáticos do número de beneficiário da ADSE, pois a mesma não deve ter qualquer fim, e que o MS deve “clarificar que os quotizados da ADSE e de outros subsistemas públicos de saúde são utentes do SNS não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos restantes utentes, quer quanto ao acesso quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo SNS”.

Outra vertente da equidade pode ser abordada pela existente dentro do subsistema ADSE. Existe uma iniquidade identificada na oferta do setor convencionado devido a uma concentração nas grandes cidades do litoral dos prestadores, assim, uma parte significativa dos beneficiários tem de recorrer a cuidados de saúde em locais distantes da sua área de residência, enquanto a maior parte pode escolher entre uma oferta variada e concorrencial vigente nos grandes centros urbanos. De facto, a ADSE não apresenta um plano estruturado e estratégico de alargamento da sua rede de convencionado de acordo com as necessidades dos beneficiários, nem os processos conducentes ao estabelecimento de convenções são totalmente transparentes, como o Tribunal de Contas e a ERS declaram. Contudo, o subsistema apresenta fortes mecanismos de solidariedade intergeracional e interprofissional que representa um forte elemento de equidade entre os beneficiários. O facto das contribuições se basearem numa taxa fixa que incide sobre o rendimento variável, não exigindo

pagamentos extra do aos grupos etários mais velhos e maiores consumidores de cuidados de saúde, permite uma situação de igualdade com justiça.

Na consideração da hipótese do impacto da equidade, verifica-se uma multidimensionalidade conceptual do fenómeno, em que representa risco a questão da diferenciação e ineficiente cobertura e oferta de serviços no setor convencionado e a inexistência de um plano orientador de alargamento das convenções, que cria assimetrias no acesso. Também os diversos conflitos sentidos pelos beneficiários no acesso ao SNS poderão ter efeitos negativos no subsistema, mas a maior questão poderá advir da consideração de iniquidade existente no acesso a cuidados de saúde entre os beneficiários da ADSE e a restante população. Apesar de algum esvaziamento da questão, pela saída do financiamento da esfera estatal, futuros problemas financeiros e lutas político-ideológicas podem conduzir a uma maior ponderação e avanços na transformação do subsistema, generalizando-o, desmantelando-o ou extinguindo-o. Contudo, as problemáticas de maior importância nesta vertente devem ser resolvidas dentro do SNS, a fragmentação dos cuidados de saúde apresenta-se como uma responsabilidade política de implantação de um sistema incompleto e subfinanciado, qual seria a realidade do SNS se assumisse as responsabilidades dos cuidados de saúde de todos os beneficiários dos subsistemas? Ainda na consideração da hipótese, verifica-se que a resolução de questões de equidade com os restantes vínculos jurídicos da Administração Pública e respetivo alargamento, pode contribuir decisivamente para uma situação de sustentabilidade financeira e organizacional, caso cumpridos alguns pressupostos definidos em diversos estudos, ao nível das idades e perfis remuneratórios.

#### **4.4 Hipótese 4 – O impacto da relação concorrencial do SNS na sustentabilidade**

##### **4.4.1 SNS *versus* ADSE *versus* Seguros Privados – âmbito e cobertura**

O Serviço Nacional de Saúde e o edifício de sistema de saúde proveniente da Lei de bases do setor tem permitido o crescimento da oferta dos planos de seguros de saúde privados conjugada com a abertura da possibilidade de renúncia à ADSE. Tem constituído uma possibilidade ou alternativa que pode conduzir a um questionamento das razões de manutenção do subsistema e uma tentação aos beneficiários titulares de optar por um produto similar, com mais qualidade e, muitas vezes, a um valor mais reduzido que o pago por via da contribuição mensal.

Na realidade, os seguros de saúde privados funcionam de forma similar aos regimes existentes na ADSE, podendo ter exclusivamente um regime convencionado, livre ou misto, sendo que a grande maioria dos consumidores destes produtos escolhe as duas últimas opções.

Os seguros de saúde e a ADSE partilham alguns elementos distintivos em relação ao SNS, como a liberdade de escolha, a maior rapidez e possibilidade de receber condições de internamento de maior conforto. A ADSE assemelha-se na prática um seguro de saúde privado de regime misto, pois permite o acesso a uma rede de prestadores convencionada e uma possibilidade de escolha de outros prestadores e ser reembolsado dos custos com os seus cuidados de saúde. Mas as semelhanças

reduzem-se a estes elementos, apesar de moldes semelhantes de funcionamento, o subsistema permite o alargamento dos benefícios aos dependentes sem custos, esquemas de isenção de beneficiários sem proteção social, baseia-se numa contribuição percentagem fixa do vencimento (não tendo em consideração a idade ou fatores de risco que fazem variar o valor do prémio de seguro). Outra importante diferença é a inexistência de limites de idade para iniciar a pertença ao subsistema ou a não penalização dos valores de desconto com base na idade, sendo que os seguros de saúde possibilitam a não renovação ou a anulação em casos de elevadas taxas de sinistralidade individual, situação que não ocorre na ADSE. Nos seguros existe o instrumento de limite de capital seguro, que no subsistema é reduzido a montantes máximos por ato ou o englobamento de preços de cuidados de saúde em pacotes e algumas limitações no número de alguns atos.

No seu funcionamento, os seguros funcionam com base em autorizações prévias em especial nos atos mais caros, sendo que apenas na atualidade e em face de necessidades de restrição financeira, instrumentos de autorização prévia estejam a ser introduzidas na ADSE, sendo que no passado já efetuava algum controlo num conjunto de cirurgias ou tratamentos que necessitam de justificação específica, como cirurgias que possam ter uma componente do foro estético. Outro instrumento cuja utilização é comum nos seguros privados é os períodos de carência (que podem ser de 90 dias até a 2 anos) ou as exclusões (como por razões de doenças preexistentes ou cuidados não cobertos). No subsistema, a limitação de cuidados de saúde com base temporal apenas acontece em casos específicos da medicina dentária, já as exclusões ou limites são reduzidos.

De facto, tanto os seguros de saúde como a ADSE oferecem cuidados de saúde que o Serviço Nacional de Saúde também oferece, permitindo um benefício aos seus utilizadores comparativamente aos restantes cidadãos, contudo, nestas áreas são substitutos imperfeitos e as relações entre estas modalidades de acesso a cuidados de saúde é contraditória, pois “Quanto maior e melhor for o funcionamento do SNS, menor o valor acrescentado que os seguros ou a ADSE podem proporcionar nestes domínios. Na mesma lógica, quanto maior for a convergência das condições de funcionamento da ADSE relativamente ao SNS, menor será o interesse em contribuir para o subsistema por parte dos titulares” (Almeida *et al*, 2015)

Já os cuidados de saúde/cobertura oferecidos que complementam o oferecido pelo SNS, a substituição é mais eficaz, pois existem áreas do SNS onde as coberturas são reduzidas ou mesmo inexistentes e que permitem aos beneficiários compreender as vantagens e relevância destes produtos e do subsistema. De referir os cuidados de estomatologia como exemplo de cuidados onde o SNS tem uma fraca cobertura e onde os beneficiários dos restantes regimes procuram cuidados de saúde. Pode-se assim considerar a ADSE mais ampla no tipo e quantidade de cuidados de saúde, mais permissiva e facilitadora, com um custo mais estável para os beneficiários, sem limitações relevantes (seja na idade de acesso ou de limite de cobertura, ou nos cuidados de saúde) e oferecendo mais condições que os produtos de matriz de seguradora privada.

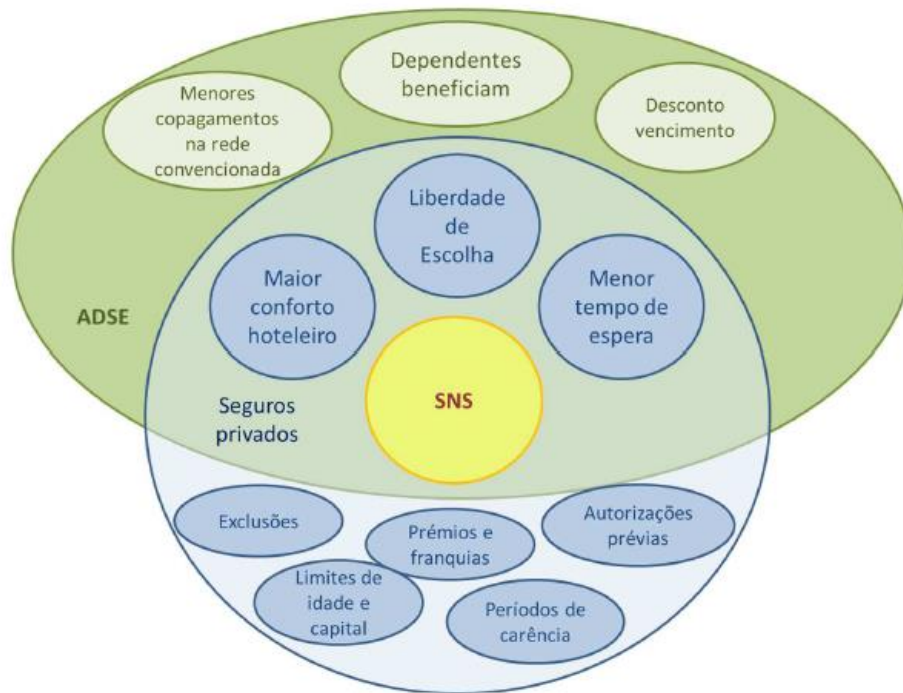


Figura 4.2 - Representação gráfica dos subsistemas; Fonte: Almeida et al., 2015

As condições e coberturas da ADSE fazem com que possua condições únicas, significando um complemento em relação ao SNS. Tem de assegurar vantagens e benefícios aos seus beneficiários que justifique o desconto mensal que estão obrigados a descontar. Os maiores benefícios reconhecidos ao subsistema: liberdade de escolha de prestador e maior qualidade e rapidez no acesso a cuidados de saúde tem funcionado como importante diferenciação do SNS, assim como a possibilidade de aceder a muitos cuidados de saúde e produtos que estão ausentes do SNS. Deve ser tido em consideração ainda que os seguros privados têm um objetivo eminentemente comercial ao contrário da ADSE que utiliza premissas de solidariedade interprofissional (todos pagam a mesma percentagem sobre o seu rendimento e tem os mesmos direitos) e intergeracional (as contribuições são iguais, apesar os gastos aumentarem com a idade) (Rosa 2016). Relativamente aos seguros privados, a diferenciação é reforçada pela maior abrangência (maior oferta de prestadores) e generosidade (sem limite de idade, beneficiários dependentes sem custos), estando também mais exposta a riscos de fraude e abusos na sua utilização pelos beneficiários e prestadores, o que torna a sua gestão muito exigente.

#### 4.4.2 Princípios de Nova Gestão Pública no SNS

A problemática da concorrência no setor da saúde é largamente debatida e fortemente polarizada (Goddard 2015). Os polos desse debate variam entre as posições que defendem que não deveria existir competição em saúde, pois o foco são os doentes e não há preocupações financeiras (Pollock 2011) e posições que defendem que a competição é um instrumento que permite promover a eficiência, eficácia e qualidade, com efeitos positivos nos indicadores de saúde.

Analisando as premissas iniciais do SNS pode ser verificado que este nunca foi totalmente implantado e muitas das políticas têm desviado o sistema dos seus objetivos iniciais (Oliveira e Pinto

2005), o que acarreta um conjunto de importantes problemas e dicotomias em questões fulcrais como a cobertura, meios e financiamento. A expansão e definição do SNS decorre até meados dos anos 80, um período demasiado longo (Mozzicafreddo 2000), com origem nas lutas internas entre o Estado e o sistema corporativo bastante enraizado na sociedade (em particular a classe médica). Apesar de uma debilidade estrutural, nomeadamente em termos financeiros e no âmbito de coberturas, a construção do SNS foi-se consolidando. As alterações legislativas promovidas em 1990 e 1993 transformam o rumo do Sistema de Saúde Português (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002), a saúde passa a ser uma responsabilidade não exclusiva do Estado. Ao Estado cabia, cada vez mais, o apoio e fiscalização da atividade privada na área da saúde. As iniciativas sociais e privadas são chamadas a intervir e a desempenhar um papel complementar importante na prestação dos cuidados de saúde. O sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados: o SNS; os subsistemas de saúde públicos de apoio; e as entidades privadas com acordo com o SNS, configurando-se como um sistema misto. Esta mudança é entendida como uma alteração da fronteira entre o público e o privado, cujo objetivo central residia em conter a despesa mas sem deixar de garantir o acesso à prestação de cuidados (Saltman, 1994)., ou seja, o efeito da concorrência traria impactos na questão de custos. Estas alterações no sistema de saúde até meados dos anos 90, coincidem com a presença no poder de governos conservadores<sup>74</sup> e consagram o papel do setor privado e social na saúde, estando a ADSE e restantes subsistemas públicos como importante financiador destes setores, em linha com a política prosseguida na área da saúde.

O período que decorre entre 1995 e 2002, apresenta uma nova política centrada em novas formas de gestão e organização dos hospitais. Apesar de se verificar um retomar ideológico do SNS (Simões e Dias 2009), com o abandono doutrinal do princípio de ‘mais mercado’ no sistema de saúde, é introduzida uma nova forma de gestão com a incorporação dos princípios do privado, do mercado e do lucro no sistema público e na gestão dos hospitais de forma a resolver as dificuldades que do setor da saúde: o financiamento do SNS e o aumento das listas de espera nas consultas e prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, procurou-se aumentar a eficiência e eficácia no SNS.

Desta forma, os problemas de financiamento criam debates e confrontação do SNS com os subsistemas. O Conselho de Ministros cria em 1996 o Conselho de Reflexão sobre a Saúde<sup>75</sup> onde pretendia que fossem apresentadas propostas de possíveis reformas no setor, e que diagnostica a crise generalizada dos sistemas de saúde que “oscilam em atribuir responsabilidade ao Estado ou entregar a responsabilidade ao cidadão”. Também a Associação Portuguesa da Economia da Saúde refere que “os subsistemas são organizações que vivem nas franjas do SNS, efetuando uma discriminação, pois remetem os casos mais graves clinicamente para o SNS. São uma herança do passado, não é uma situação desejável e deve ser alterada” (1997). Outro sinal público é revelado em 1998 no relatório da

---

<sup>74</sup> X, XI e XII Governos Constitucionais (1985 a 1995) do PSD e liderados por Aníbal Cavaco Silva

<sup>75</sup> Resolução do Conselho de Ministros 13/96 de 8 de fevereiro

OCDE<sup>76</sup> onde se refere que “os subsistemas em Portugal são um fator de perturbação e desgaste do Sistema de saúde”. Em 1999 no âmbito de um debate na Semana da Saúde promovido pela Universidade de Coimbra, Artur Morais Vaz<sup>77</sup> defende a “redução do papel do Estado enquanto prestador direto de cuidados de saúde, o que deveria passar pela clarificação do relacionamento do SNS, subsistemas e seguros, de forma a acabar com as situações de duplas ou triplas coberturas”.

A discussão sobre a sustentabilidade do SNS foi-se fortalecendo, as limitações orçamentais significaram a necessidade de concentrar o financiamento no SNS, e propostas de redução de financiamento da ADSE, mas além da insatisfação dos beneficiários com esta possibilidade, também os profissionais de saúde viam nestas medidas uma ameaça às suas práticas de conciliação de vínculos públicos e serviço no setor privado, sendo mais benéfica a confusão. As empresas e instituições do setor privado e social de saúde, que tinham beneficiado de uma forte expansão, opunham-se à possibilidade de perder uma fonte de receita fulcral. Após 2005, assiste-se ao desenvolvimento de uma política que aposta no alargamento e modernização do SNS. Mantendo o processo de empresarialização e a concorrência entre os prestadores públicos e privados. Reflexo de uma tendência geral de eficácia, eficiência e lógicas de funcionamento privado, tendo implícita a ideia de superioridade de gestão do setor privado (Correia, 2009). O cenário de crise económica, após 2010, reforça os imperativos de financeiros e de eficiência, inserindo as lógicas da maximização dos recursos e de um menor peso do Estado, em nome da redução da despesa pública. Continuando a defesa da ideia de que a privatização e a prestação de serviços de saúde de organizações privadas é mais eficiente e adequada.

Com esta análise, compreende-se a manutenção da ADSE como um sistema externo ao SNS mas que causa um impacto que alivia os seus custos e enquadra-se na promoção da lógica concorrencial que se estendeu às diversas áreas do Estado de bem-estar. Estando o debate político refém de lógicas de *blame avoidance* a muitos níveis, em especial nos últimos anos, das lógicas de intervenção externa e estado de necessidade, um forte debate foi alimentado pelos diversos *stakeholders* do processo, personalidades e interessados. Os representantes sindicais defendem a manutenção do subsistema, como inegociável. Teófilo Leite (2013), presidente da APHP classifica o subsistema como “a maior seguradora do país e com uma longa experiência de negociação e contratualização”, apresentando vantagens em relação a um sistema inteiramente público, pois permite a liberdade de escolha, responsabilização dos utentes nas escolhas, potenciador do mercado e concorrência e ainda isento de investimento estatal, considerando que deve ser “expandida a todos os portugueses e traria poupanças orçamentais”.

Na classe médica as posições são também defensoras da criação de uma nova realidade, José Manuel Silva (2014), bastonário da ordem dos Médicos defende a existência de espaço para um serviço público e privado, com direito de opção, devendo ser mantida a ADSE. António Lúcio

---

<sup>76</sup> OCDE (1998), *OCDE Health Data 98: Comparação de sistemas de saúde de 29 países*. Paris. OCDE

<sup>77</sup> Administrador Hospitalar

Baptista, médico, alerta que o fim da ADSE poderia comprometer as metas orçamentais da *Troika* para a saúde, pois os impactos orçamentais de custos na saúde são maiores que o custo de financiamento do Estado ao Subsistema. Defende uma abertura da ADSE como alternativa de sistema ao SNS pela liberdade de escolha, que pode promover a confiança nos serviços de saúde, o aparecimento e instituições de excelência e com impactos positivos nos custos dos cuidados de saúde, pois a concorrência melhora a relação custo/benefício, cria valor e qualidade. Contudo, devem ser considerados os interesses de classe, que procura que uma possível competição aberta entre sector público e privado valorize os profissionais a nível salarial, de estatuto e influência, sendo que a situação atual da ADSE permite já algumas dessas intenções. No campo da economia da saúde e administradores hospitalares, José Mendes Ribeiro, (2010 e 2015) defende que se deve “acabar com o SNS e alargar a ADSE, ou um sistema similar, a toda a população, seguindo as regras adotadas pela ADSE, e permitindo aos funcionários escolher, a cada momento, onde querem ser tratados, suportando estes a diferença, em locais onde os custos são superiores que a comparticipação. Em 2015, Adalberto de Campos Fernandes<sup>78</sup> declara que se deveria alarga o subsistema à generalidade da população portuguesa, e rever-se o modelo de contribuições e descontos, redefinindo o plano de benefícios e coberturas. Também Pedro Pita Barros é favorável a um alargamento à população em geral, declarando que este é a melhor garantia de sustentabilidade para a ADSE, desde que baseado em condições coerentes, as quais garantam uma relação custo-benefício positiva (idade, género, condições pré-existentes, remuneração média dos interessados). António Ferreira (2012), Presidente do conselho de administração do Hospital de São João, defende o fim da ADSE pois o Estado está a retirar fundos e a impor restrições ao SNS para benefício e financiamento das instituições privadas, pois o subsistema não era sustentável e estava fortemente dependente do Estado, sendo que os beneficiários recebem um serviço “extraordinariamente superior” ao que pagam. Contudo o discurso e debate estavam marcados não por uma lógica de reforma ou de modificação da realidade e enquadramento do subsistema, mas apenas por uma dicotomia entre a extinção ou manutenção da ADSE. Em 2016 também António Arnaut, eminente figura do PS demonstra desconfiança com os objetivos políticos de um possível alargamento da ADSE, proclamando-se “contra o alargamento da ADSE” pois significa que “de uma forma sub-reptícia e matreira se vai privatizando a saúde” e “é uma forma ardilosa de enfraquecer o SNS e torná-lo apenas num sistema para os pobres”. No mesmo ano Vital Moreira declara que “(...) antes, como agora, o problema da ADSE consiste em saber se faz sentido, política e constitucionalmente, a existência de um serviço público de saúde contributivo paralelo ao SNS, tanto mais que o sucesso daquele depende das insuficiências deste.”. Já o economista Eugénio Rosa considera que “A ADSE não provoca uma corrosão significativa ao SNS (...) tem aliviado a pressão sobre o SNS à custa de uma prestação suplementar paga pelos beneficiários”.

---

<sup>78</sup> Adalberto de Campos Fernandes foi ouvido como perito pelo Tribunal de Contas, sendo posteriormente nomeado Ministro da Saúde do XXI Governo Constitucional.

Contudo o debate sobre a problemática da concorrência pode significar uma alteração mais profunda, com impactos na prestação de cuidados de saúde. A existência de um seguro de saúde público generalizado esvaziaria o SNS (e a sua implementação teria de ser em moldes diferentes da contribuição com lógica de solidariedade profissional e geracional da ADSE, pois as regras e práticas de remuneração são diferentes entre setor público e privado). A utilização de argumentos pró-ADSE ou pró-SNS baseia-se em conceitos de eficiência e eficácia, redução de custos e listas de esperas, saúde universal ou separada entre ricos e pobres e liberdade de escolha, de forma a defender ou definir as virtudes de dois esquemas muito diferentes. Esta discussão remete ao conflito ideológico do financiamento baseado em impostos, onde o Estado é o executor e provedor dos cuidados de saúde de forma universal e tendencialmente gratuita, de matriz *beveridgena* e que foi implantado no nosso país no regime democrático, *versus* o regime de matriz *bismarkiana* onde o Estado financia os cuidados de saúde, numa lógica de prestação que possibilita o aparecimento e destaque das instituições privadas e do setor social. Os diversos agentes têm defendido a opção que ideologicamente ou por benefícios se apresenta como mais vantajosa, ou a que mantém situações dúbias que permitam a manutenção das suas regalias. De facto, apesar das intervenções, não há estudos significativos ou fiáveis que possam ter estudado o impacto do alargamento ou extinção da ADSE ou a substituição do modelo de cuidados de saúde, baseando-se as afirmações em premissas teóricas válidas, mas sem validação prática ou sem uma análise realista e imparcial das vantagens e desvantagens destas profundas alterações.

Pode-se inferir que, na abordagem à hipótese que considera a aplicação de princípios de a relação concorrencial dentro do sistema de saúde com o SNS e os seguros privados, podem ser identificados forças de conflito e continuidade da ADSE. Se numa dimensão teórica, o conflito ideológico com o SNS pode conduzir a fortes alterações, modificação do subsistema e esquema de benefícios, numa dimensão prática, o subsistema aparenta possuir valor para as políticas públicas de saúde, permitindo redirecionar cuidados de saúde e retirando pressão na procura à atividade do SNS, sem qualquer investimento estatal. Contudo, esta dinâmica acarreta um estímulo voluntário do setor privado e social da saúde, que pressiona e concorre com o SNS por recursos humanos e por um reconhecimento público que procure influenciar os perfis de consumo de cuidados de saúde dos cidadãos, reclamando um papel cada vez mais decisivo e economicamente lucrativo no sistema de saúde, e ambicionando uma transição para um sistema público que os inclua como prestadores.



## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do Estado de bem-estar representou uma alteração nas expectativas e na realidade social das sociedades ocidentais. As suas características e implementação foram alvo de uma abrangente análise académica, reconhecendo-se as particularidades dos sistemas dos países do sul da Europa, onde o caso português e a construção de um sistema nacional de saúde reforça e exemplifica as diversas peculiaridades e contradições existentes.

O setor das políticas de saúde possui elementos distintivos próprios, lidando e influenciando diretamente a sobrevivência, qualidade de vida, a segurança e o bem-estar das populações, equilibrando-se numa luta incessante entre recursos e necessidades, inserida numa constante triangulação de fatores de financiamento, acesso e qualidade.

Em Portugal existe a perduração de um sistema dualista na área dos cuidados de saúde, com a criação democrática de um SNS universal, generalizado, tendencialmente gratuito, financiado por impostos em que o Estado é o fornecedor de cuidados de saúde. Esta estrutura coexiste com um subsistema de matriz corporativa, a ADSE, financiado inicialmente pelo Estado mas realizando uma transição para um financiamento exclusivamente de fins privados, que recorre ao setor privado e social e cria fenómenos de iniquidade de acesso e dupla cobertura, representa uma contradição complexa, com a criação de importantes questões morais e constitucionais.

De facto, a continuidade do subsistema ADSE deve ser refletida e ponderada de uma forma abrangente, procurando compreender o caminho percorrido e o futuro desta realidade original. A análise, após o enquadramento teórico e das políticas de saúde, procurou elencar a evolução legal e organizacional, de forma a poder responder à pergunta de investigação com hipóteses consideradas relevantes, e que permitissem perceber a sua contribuição ou não para a continuidade do passado e para o futuro do subsistema.

A ponderação da continuidade e sustentabilidade da ADSE como variável dependente proporcionou a abordagem a diversas variáveis independentes, com a finalidade de ser compreendido se as mesmas teriam impacto e em que dimensão. Desta forma, a recolha e observação de elementos permitiu compreender algumas relações importantes e que podem facilitar a compreensão sobre o fenómeno estudado. Na abordagem aos impactos das crises política e económicas, verifica-se que podem contribuir simultaneamente de forma positiva e ameaçadora para a sustentabilidade, observando-se que a ausência de debate sobre a temática e o conflito no interior e entre os partidos, parece construir um consenso alargado de suporte à ADSE, promove um impacto positivo na sustentabilidade, já a questão económica tem promovido a reestruturação, pois posiciona-se como uma forte ameaça à sustentabilidade.

Referente ao papel dos beneficiários, a sua maior co-responsabilização no financiamento tem contribuído de forma fulcral para a continuidade do subsistema, mas verificam-se impactos negativos devido ao envelhecimento do perfil etário dos beneficiários. O envelhecimento e a crescente importância do grupo dos aposentados, reduz a receita da ADSE, colocando pressão nos custos,

reforçando as fortes ameaças ao financiamento e colocado em causa a continuidade do subsistema, sendo abordada a questão do alargamento a outros grupos. Ainda na análise desta hipótese, apesar da transformação jurídica da ADSE em Instituto Público limitar a influência dos beneficiários na decisão e gestão, como inicialmente previsto, o novo enquadramento jurídico poderá ter impactos positivos na continuidade, forçando uma mudança de paradigma que possa tornar os beneficiários em promotores ativos de eliminação dos riscos da atividade e de poupança, uma desestatização da perceção pessoal e coletiva sobre o subsistema.

Na abordagem ao impacto da hipótese equidade, verifica-se alguma limitação na comprovação dos impactos na sustentabilidade. Assim, os possíveis alargamentos a outras relações jurídicas laborais dentro da Administração Pública, podem acarretar benefícios orçamentais para o subsistema, da mesma forma que a promoção de uma rede de oferta adaptada aos beneficiários e uma adequada distribuição geográfica irá reforçar a permanência e a valorização do subsistema. A ausência de discriminação dos beneficiários no SNS também permitirá que alguns cuidados de saúde possam ser realizados em instituições públicas e assim permitir uma poupança líquida ao subsistema, contudo, esta dimensão contribuirá decisivamente apenas na dimensão de financiamento. Finalmente a perceção de falta de equidade com os restantes cidadãos ameaçou e pode ameaçar a subsistência da ADSE, podendo acarretar a generalização/alargamento ou a extinção do subsistema e representando uma “ferida aberta” na sociedade. Apesar de teoricamente, perder significância com o financiamento privado do subsistema, permanece uma certa desconfiança, preconceito e inveja.

Por fim, na verificação do impacto da hipótese que considera a aplicação de princípios de nova gestão pública ao SNS na sustentabilidade e a relação concorrencial entre o SNS e ADSE, comprova-se que tem contribuído para a sustentabilidade da ADSE. De facto, o SNS cuja implantação e oferta foi realizada de forma incompleta, tem reforçado a permanência e financiamento de um subsistema de saúde que concede aos beneficiários acesso a cuidados que o SNS não oferece ou oferece de forma deficitária. Permite recorrer a hospitais do setor privado, ter acesso financiado a tratamentos inovadores e contornar outras problemáticas como os elevados tempos de espera ou mesmo o conforto e qualidade material dos equipamentos. Como diversos autores referem, quanto mais fortes forem as dificuldades do SNS mais sucesso e possibilidade de continuidade terá a ADSE (e os seguros privados). Relativamente à comparação com os seguros privados, todos os especialistas não hesitam em qualificar a ADSE como mais vantajosa, e apesar do aumento das contribuições, a fuga de beneficiários para o sistema de cobertura complementar privado foi reduzida, fortalecendo o papel do subsistema no sistema de saúde. O percurso no SNS foi também na diminuição do financiamento estatal e assim abrir espaço aos prestadores privados, e ao funcionamento de um subsistema que lhe retira custos e possibilita uma maior satisfação sem um investimento estatal significativo.

No âmbito da análise, podem ser elencadas algumas recomendações que, apesar de teóricas e abrangentes, poderiam contribuir para a situação do subsistema. Em primeiro lugar, deveria ser clarificado perante a sociedade e beneficiários, qual a natureza da ADSE, pois apesar de ser

considerada um elemento de política laboral do Estado e gerida sob a sua tutela, é integralmente financiada pelos beneficiários e inclui ainda alguns elementos de política social do Estado. Poderia assim, neste contexto, ser considerada a reintrodução de contribuição da entidade empregadora, mesmo que num valor simbólico de forma a promover uma consistência na abordagem. Outro importante elemento passaria pelo ajustamento do esquema de benefícios, ou seja, promover uma oferta que seja mais complementar ao SNS e não substituta, pois a existência da ADSE está a facilitar o desinvestimento no SNS, e introduzir medidas de racionalidade de consumo de cuidados de saúde, promovendo simultaneamente a consciencialização da finitude orçamental. É ainda recomendável que a ADSE avalie e publicite as necessidades dos seus beneficiários, de forma a criar uma rede de convenções de forma estruturada e respeitadora do território e desenvolva estratégias de alargamento na esfera estatal de forma a promover a sua sustentabilidade, criando ainda instrumentos de atração, como tetos de contribuição máxima, possibilidade de reingresso, maiores benefícios fiscais para os beneficiários mais novos ou com valores de contribuição mais altos. Finalmente, deve ser reforçada a política de modernização e reposicionamento da ADSE, de forma a alterar a sua imagem junto dos beneficiários (transição de “direito” para “serviço pago”) e da sociedade, onde ainda é encarada numa dimensão de preconceito para com os funcionários públicos.

No geral, a ADSE apresenta-se como um sistema único, sem comparação com os seguros privados ou com sistemas semelhantes a nível internacional e que, apesar de situações de dupla cobertura ou geradoras de ineficiências, permite um bem-estar social e alivia um muito pressionado SNS, o que acalenta a sua perduração. Muitas das problemáticas sobre a existência destes subsistemas corporativos que promovem o sector privado, são promovidos ou agravados por razões de conflito e ineficiência política e económica que originam um SNS sem uma oferta adequada e que não oferece respostas a tempo e na qualidade necessária aos seus cidadãos.

Após a consideração das hipóteses abordadas no presente trabalho, percebe-se que em cada uma das análises existem elementos promotores e dissuasores para a continuidade ou sustentabilidade do subsistema. Contudo, no geral, as decisões e os impactos têm encaminhado o subsistema para a perduração e manutenção. As problemáticas em redor do subsistema ADSE caracterizam-se por uma multidisciplinidade abrangente e complexa, que facilita a continuidade em termos mais ou menos constantes do subsistema e das suas premissas. Com a continuidade e evolução das problemáticas, novos desafios irão surgir a breve prazo, pois as questões do financiamento e esquema de benefícios não se encontram decisivamente resolvidas.

As condicionantes e contestação do investimento no sector da saúde e o modelo de políticas públicas da saúde, no âmbito do Estado de bem-estar e da evolução demográfica da sociedade apresentam-se como um dos problemas das sociedades ocidentais no séc. ° XXI, e que tem tanto de importante como de sensível e complexo.



## BIBLIOGRAFIA

- ADSE (2016). Relatórios de Atividades de 2012 a 2016. Lisboa: ADSE. Disponível em: <https://www2.adse.pt/institucional/instrumentos-de-gestao/?showmenu=1> , (Consultado em Janeiro 2018).
- Almeida, Á. *Et al* (2015). ADSE: Que Futuro? Porto: Porto Business School. Disponível em: [https://planetasoares.com/wp-content/uploads/2016/06/ADSE-Final\\_Marco.pdf](https://planetasoares.com/wp-content/uploads/2016/06/ADSE-Final_Marco.pdf) , (Consultado em abril 2018).
- Teixeira, Rosa Amélia Pratas (2014), O Futuro da ADSE: Autossustentabilidade do Subsistema, Relatório de Estágio do Mestrado em Economia, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/27488/1/Tese\\_Mestrado\\_Rosa%20Teixeira\\_2014.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/27488/1/Tese_Mestrado_Rosa%20Teixeira_2014.pdf) (Consultado em setembro de 2017).
- Arcanjo, M. (2009). “*Regimes and Reform of Welfare State: the Classification of ten European Countries in 1990 and 2006*”, ISEG/UTL, Department of Economics, WP34. Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp342009.pdf> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Asensio, Maria (2008) “The debate on health in Portugal: Governance of Health Care and the welfare modernization Agenda”, comunicação apresentada na Second Biennial Conference of the standing Group on Regulation an Governance, Universidade de Utrecht, 5 a 7 de junho de 2008, Utrecht. Disponível em: <http://repap.ina.pt/handle/10782/631>, (Consultado em abril de 2018).
- Morgado, Baganha, M, Ribeiro, j. e Pires, S. (2002), “O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional”, Centro de Estudos Socais da Universidade de Coimbra, Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/32721> . (Consultado em abril de 2018).
- Bannink, D. and Hoogenboom, M. (2007) “Hidden change: disaggregation of welfare state regimes for greater insight into welfare change”, *Journal of European Social Policy*, 17 (1): 19-32.
- Barros, P. P. e Simões, J.A. (2007), *Health Care Systems in Transition - Portugal*, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde. Disponível em: [http://old.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Portugal\\_2007.pdf](http://old.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Portugal_2007.pdf) , (Consultado em abril de 2018).
- Bonoli, G. (2005). *The Politics of the New Social Policies. Providing Coverage Against New Social Risks in Mature Welfare States*. *Policy & Politics*, 33, 431-450.
- Braveman, P. and Gruskin, S. (2003) *Defining Equity in Health*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 254-258. <https://jech.bmj.com/content/57/4/254>
- Cabiedes, Laura e Ana Guillén (2001), “Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe”, *Social Science & Medicine*, (Online), pp. 1205-1217. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600002409>, (Consultado em abril de 2018).
- Campos, António , et al (1981), “Gastos Públicos com a Saúde em Portugal (1970-1978) ”, *Análise Social*, (Online), XVII, (65), pp. 67-104 Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223998158E8dMC1kw5Bp92MG4.pdf>
- Castles, F. (1993). *Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Aldershot: Hants.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- Catalão, F. e Cruz, N. (2010). “Medidas para reduzir a despesa pública”. Instituto Francisco Sá Carneiro. Lisboa. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/>, (Consultado em maio de 2018).
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). Relatório final, Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf> , (Consultado em junho de 2018).

- Correia de Campos, A., Giraldes, M., Moura-Theias, M. E Almeida, M. (1981). *Gastos Públicos com a Saúde em Portugal (1970-1978)*, *Análise Social*, Vol. XVII,
- Correia de Campos, A. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina
- Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 83-103. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/350> (Consultado em junho de 2018).
- Cunha, M. (2016). *ADSE vs. Seguros Privados: A escolha entre o projeto de investimento mais rentável. Trabalho-Projeto para Mestrado em Matemática Aplicada à Economia e Gestão*. Lisboa, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/25936> (Consultado em agosto de 2018).
- Demmke, C. (2005). “Are civil servants different because they are civil servants?”. Luxemburgo. Instituto Europeu de Administração Pública. Disponível em: <https://www.dgaep.gov.pt/media/0601010000/lux/civilservantsdifferent.pdf> , (Consultado em abril de 2018).
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Estudo sobre a reestruturação da ADSE*. Porto. Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp342009.pdf> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde*. Disponível em: [https://www.ers.pt/pages/73?news\\_id=1117](https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1117) (Consultado em maio de 2018).
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional da Saúde*. Disponível em: [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=12](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=12) (Consultado em junho de 2018).
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford, Polity Press.
- Ferreira, Maria Isabel (2015), *O subsistema de saúde público: percurso das políticas públicas rumo a um modelo de autossustentabilidade financeira (2005-2015)*, Dissertação do Mestrado em Políticas Públicas, Lisboa, ISCTE-IUL. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/10600> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Ferrera, M. , coord (2005). “*Welfare State Reform in Southern Europe. Fighting poverty and social exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece*”. London/New York. Routledge, Disponível em: <http://hdl.handle.net/1814/22663> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Ferrera, M. (1996) “The ‘Southern’ Model of Welfare State in Social Europe”, *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37.
- Flaquer, L. (2000). *Family Policy and Welfare State in Southern Europe*. Working paper 185. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques I Socials. <http://www.recercat.net/bitstream/2072/1280/1/ICPS185.pdf> (Consultado em junho de 2018).
- Flora, P., and A. J. Heidenheimer (1982). *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Goddard, M. (2015). Competition in health care: good, bad or ugly? *International Journal Health Policy Manag.* 2015;4: 567–569. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556571/> (Consultado em maio de 2018).
- Gil, F. (2001) “As 50 medidas do Programa de Redução da Despesa Pública”. Disponível em: [https://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/as\\_50\\_medidas\\_do\\_programa\\_de\\_reducao\\_da\\_despesa\\_publica\\_act](https://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/as_50_medidas_do_programa_de_reducao_da_despesa_publica_act) (Consultado em junho de 2018).
- Graziano et al (2011). *The EU and the Domestic Politics of Welfare State Reforms*. Londres. Palgrave Macmillan UK
- Kasza, G. J. (2002) “The Illusion of Welfare ‘Regimes’”, *Journal of Social Policy*, 31 (2): 271-87.

- Kersbergen Van, K. and P. Manow (eds.). (2009). Religion, Class Coalitions and Welfare States. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leão, Carla & Rodrigues, Teresa (2015). “State and Health (1900 - 2013). Political stability and resources”, Journal Hygiea Internationalis volume 12, nº 1, A special issue on Public Health in Portugal: Past and Future Disponível em: <https://doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.1612> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. Journal of European Social Policy, 2:3, 159-173. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/toc/esp/2/3>
- Lourtie, P. (2011). Portugal no contexto da Crise do Euro. Revista de Relações Internacionais – Dezembro de 2011. IPRI. Lisboa. Disponível em: [http://www.ipri.pt/images/publicacoes/revista\\_ri/pdf/ri32/n32a05.pdf](http://www.ipri.pt/images/publicacoes/revista_ri/pdf/ri32/n32a05.pdf) , (Consultado em maio de 2018).
- Maneca Lima, T. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. Res Net Health. 1, e-1-11. Disponível em <https://journals.ipleiria.pt/index.php/rnhealth/article/view/61> (Consultado em junho de 2018).
- Martin, C. (2015). “Southern Welfare States: Configuration of the Welfare Balance between State and the Family”. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01179541/document> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Moreira, V. (2015) ADSE. Blog [https://causa\\_nossa.blogspot.com/2015/07/adse.html65](https://causa_nossa.blogspot.com/2015/07/adse.html65): 67-104. (Consultado em junho de 2018).
- Mozzicafreddo, J (2000). Estado-providência em Portugal. Oeiras: Celta Editora.
- Nunes, R. & Rego, G. (2002). Prioridades na Saúde (2ª. Ed.). Lisboa: Editora McGraw-hill
- Políticas de Saúde 2011 – 2015 (2015). Ministério da Saúde. Lisboa
- Pereirinha, J. (1995) 'Poverty and Social Exclusion in Portugal: a general overview of situations, processes and policies', Družboslovne razprave, 11, 169-182.
- Pierson, P. (1994). Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press
- Pierson, P. (2001) “Post-industrial pressure on the mature welfare states” in P. Pierson (ed.), The New Politics of the Welfare State, Oxford, Oxford University Press.
- Polanyi, K. (1957 [1944]). The Great Transformation: The Political and Economic Origins of our Time. Boston: Beacon Press.
- Pollock A, Macfarlane A, Kirkwood G. et al. (2011). No evidence that patient choice in the NHS saves lives. Lancet.
- Popic T., Devitt, C. e Asensio, M.(2018), Healthcare Reforms in Portugal and Ireland in the Context of Crisis, artigo no prelo.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2015). O Futuro do Sistema de Saúde Português - "Saúde 2015". Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Saltman, R. B. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. European Journal of Public Health, 4(4), 287-293.
- Saúde Militar, Que Futuro? (2014). Seminário da Saúde Militar. Associação de Oficiais das Forças Armadas. Lisboa. Disponível em: [http://aofa.pt/wp-content/uploads/2017/06/33\\_0054.pdf](http://aofa.pt/wp-content/uploads/2017/06/33_0054.pdf) , (Consultado em abril de 2018).
- Setor Privado da Saúde em Portugal. (2017). Versão Executiva. Augusto Mateus e Associados, sociedade de consultores, Lda. Disponível em: [http://www.aphp-pt.org/pdf/Estudo-Sector\\_Privado\\_da\\_Sa%C3%BAde\\_em\\_Portugal.pdf](http://www.aphp-pt.org/pdf/Estudo-Sector_Privado_da_Sa%C3%BAde_em_Portugal.pdf) , (Consultado em maio de 2018).

- Silva, S. (2009). Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português. Associação Portuguesa de Seguradores. Lisboa. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/aps-ss/>. (Consultado em abril de 2018).
- Silva, P. A. (2002). “O Modelo de Welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito”. Lisboa. Revista Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 38, 2002, pp. 25-59. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/382> (Consultado em fevereiro de 2018).
- Silva, F.C. (2013), coord. “Os portugueses e o Estado-Providência: uma perspectiva comparada”. Lisboa, ICS. Imprensa de Ciências Sociais, 2013
- Simões, J. & Dias, A. (2009). A governação em saúde em Portugal e a saúde nas políticas. Linhas de Saúde, 1, 7-10.
- Titmuss, R. (1974). Social Policy. An Introduction. London: Allen & Unwin.
- Tribunal de Contas (2015), Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas. Relatório n.º 12/2015 – 2ª secção. Disponível em: [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel012-2015-2s.shtm](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel012-2015-2s.shtm). (Consultado em janeiro de 2018).
- Tribunal de Contas (2016), Auditoria de seguimento das recomendações formuladas no Relatório n.º 12/2015 – 2ª secção. Relatório n.º 8/2015 – 2ª secção. Disponível em: [https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2016/2s/rel008-2016-2s.shtm](https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2016/2s/rel008-2016-2s.shtm) (Consultado em janeiro de 2018).
- Van Kersbergen, K. (2002). The politics of welfare state reform. Swiss Political Science Review 8(2): 1–19.
- Van Kersbergen, K., Vis, B. and Hemerijck, A. (2014). The great recession and welfare state reform: Is retrenchment really the only game left in town?. Social Policy & Administration, 48(7), 883-904.
- Vis, B. (2009). Governments and unpopular social policy reform: Biting the bullet or steering clear?. European Journal of Political Research, 48(1), 31-57.
- Vis, B. and van Kersbergen, K. (2007). Why and how do political actors pursue risky reforms?. Journal of Theoretical Politics, 19(2), 153-172.
- Vis, B. (2013). Avoiding Blame or Claiming Credit? On the (Changed?) Role of Political Strategies in Welfare State Reform. Amesterdão. Paper ECPR General Conference, Panel ‘Political Strategy, Political Leadership and the Politics of Welfare State Reform’, 4-7 September 2013, Bordeaux, France. Disponível em: [http://barbaravis.nl/Vis\\_ECPR.pdf](http://barbaravis.nl/Vis_ECPR.pdf) (Consultado em agosto de 2018).
- Whitehead, M. (2000). The Concepts and Principles of Equity and Health. Health Promotion International, 6, 217-228. Disponível em: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf). (Consultado em junho de 2018).

### **Notícias de Imprensa:**

- Abecassis, Raquel (21 de outubro de 2012). Administrador do S. João defende “extinção imediata da ADSE”. Obtido a 10 de agosto de 2018, de Renascença: [http://rr.sapo.pt/informacao\\_detalhe.aspx?fid=191&did=83324](http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=191&did=83324)
- Amaral, L. M. (2011). O futuro do Estado Social: o caso da saúde. Publico, 8 de maio de 2011. Disponível em: <https://www.publico.pt/2011/05/08/jornal/o-futuro-do-estado-social-o-caso-da-saude-22004277> (consultado em março de 2018).
- Barros, P. P. (3 de janeiro de 2014). Sair da ADSE é possível!?! Obtido a 12 de julho de 2018, de Momentos Económicos: <https://momentoseconomicos.wordpress.com/2014/01/03/adse-nova-taxa-decontribuicao-e-saida/>
- Borja-Santos, Romana (16 de fevereiro de 2014). “Ministério assume que fim da ADSE levaria a aumento das listas de espera no SNS”. Obtido a 15 de maio de 2018, Público online: <https://www.publico.pt/2014/02/16/sociedade/noticia/ministerio-assume-que-fim-da-adse-levaria-a-aumento->



[das-listas-de-espera-no-sns-1623848](#) Cabral, M. V. (18 de junho de 2016). Começo e fim da ADSE. Obtido em 13 de julho de 2018, de Observador: <http://observador.pt/opiniao/comeco-e-fim-da-adse/>

Carvalho, José Carlos (15 de outubro de 2014). “Este país não é sustentável”. Obtido a 15 de maio de 2018, Visão online: <http://visao.sapo.pt/actualidade/portugal/este-pais-nao-e-sustentavel=f798367>

Sem Autor (26 de abril de 2013). ADSE garante um terço dos clientes dos hospitais privados. Obtido a 15 de maio de 2018, de Sol online: <https://sol.sapo.pt/noticia/73788>

Dinis, Rita (17 de março de 2016). “Alargamento da ADSE. Um “sonho” da direita puxado pela esquerda”. Obtido a 1 de setembro, Observador: <https://observador.pt/2016/03/17/alargamento-da-adse-um-sonho-da-direita-puxado-pela-esquerda/>

Louça, Francisco (31 de janeiro de 2013). “O memorando, os memorandistas e a sua estratégia de privatização da ADSE”. Obtido a 20 de agosto, Esquerdas.net: <https://www.esquerda.net/opiniao/o-memorando-os-memorandistas-e-sua-estrat%C3%A9gia-de-privatiza%C3%A7%C3%A3o-da-adse/26519>

Meireles, Ana (15 de janeiro de 2013). Ex-ministra Ana Jorge defende reformulação da ADSE. Obtido a 15 de maio de 2018, DN Online: <https://www.dn.pt/politica/interior/ex-ministra-ana-jorge-defende-reformulacao-da-adse-2995276.html?id=2995276>

Pinto, Sónia Peres (28 de maio de 2008). Teixeira dos Santos defende manutenção da ADSE. Obtido a 15 de maio de 2018, de TVI24: <http://www.tvi24.iol.pt/portugal/europa/teixeira-dos-santos-defende-manutencao-da-adse>

Leal da Costa, Fernando (31 de janeiro de 2018). ADSE com futuro? Obtido a 16 de maio de 2018, Observador: <https://observador.pt/opiniao/adse-com-futuro/>

**Sites:**

<https://www2.adse.pt/>

<http://debates.parlamento.pt/>

<http://www.pgdlisboa.pt/home.php>

<https://www.eugeniorosa.com/>

<https://momentoseconomicos.wordpress.com/>

## **FONTES**

Decreto-lei 476/80 de 15 de outubro

Decreto-lei 11/93 de 15 de janeiro

Decreto-lei 117/2011 de 15 de setembro

Decreto-lei 309/2003 de 10 de dezembro

Decreto-lei 324/78 de 8 de setembro

Decreto-lei n.º 105/2013 de 30 junho

Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de janeiro

Decreto-lei n.º 115/83 de 24 de fevereiro

Decreto-lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro

Decreto-lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 90/98, de 14 de abril, 279/99, de 26 de julho, e 234/2005, de 30 de dezembro, pelas Leis n.ºs 53-D/2006, de 29 de dezembro, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 55-A/2010, de 31 de dezembro, 64-B/2011, de 30 de dezembro, e Lei n.º 30/2014, de 19 de maio e pelos Decretos- Lei n.º 105/2013, de 30 de julho e 161/2013, de 22 de novembro, Portaria n.º 701/2006, de 13 de julho; Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro; Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

Decreto-lei n.º 152/2015 de 7 de agosto

Decreto-lei n.º 161/2013 de 22 de novembro

Decreto-lei n.º 183-L/80 de 09 de junho

Decreto-lei n.º 234/05 de 30 de setembro

Decreto-lei n.º 321/88 de 22 de setembro

Decreto-lei n.º 327/85 de 8 de agosto

Decreto-lei n.º 45002 de 27 de abril 1963

Decreto-lei n.º 45688 de 27 de abril 1964

Decreto-lei n.º 476/80 de 15 de outubro

Decreto-lei n.º 497/88 de 30 de dezembro e decreto regulamentar nº 41/90 de 29 de novembro

Decreto-lei n.º 7/2007 de 9 janeiro

Despacho n.º 3177-A/2016, de 1 de março

Despacho n.º 4773/2015, de 24 de abril

Despacho n.º 8738/2004, de 3 de maio

Lei 3-B/2010 de 28 de abril

Lei 48/90 de 24 de agosto

Lei 53 -D/2006 de 29 de dezembro

Lei 55-A/2010 de 31 de dezembro

Lei 56/79 de 15 de setembro

Lei 62-b/2011 – Orçamento de Estado

Lei 64-A/2008 de 31 de dezembro

Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho

Lei 56/79, de 15 de setembro

Portaria 918/87 de 02 de setembro

Portaria 918/88 de 22 de setembro

Resolução do Conselho de Ministros 13/96 de 8 de fevereiro



## ANEXOS

### A. Número de beneficiários 2000 – 2016: valores absolutos

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Titulares</b>	<b>823 605</b>	<b>853 842</b>	<b>867 303</b>	<b>858 225</b>	<b>861 982</b>	<b>863 382</b>	<b>854 341</b>	<b>846 835</b>	<b>831 721</b>	<b>884 168</b>	<b>888 638</b>	<b>897 933</b>	<b>880 896</b>	<b>854 816</b>	<b>850 744</b>	<b>847 281</b>	<b>831 407</b>
Ativos	624,871	644,453	644,277	632,209	615,924	605,178	585,291	572,260	556,779	591,043	581,097	568,833	544,006	523,234	508,100	503,379	503,602
Aposentados	198,734	209,389	223,026	226,016	246,058	258,204	269,050	274,575	274,942	293,125	307,537	329,100	336,890	331,582	342,644	343,902	327,805
<b>Familiares</b>	<b>552 089</b>	<b>578 302</b>	<b>517 142</b>	<b>506 543</b>	<b>483 035</b>	<b>473 333</b>	<b>462 851</b>	<b>449 101</b>	<b>437 901</b>	<b>469 104</b>	<b>468 194</b>	<b>447 457</b>	<b>452 581</b>	<b>436 000</b>	<b>424 612</b>	<b>406 966</b>	<b>391 402</b>
Descendentes	477,975	504,044	443,387	435,658	414,864	406,429	400,488	387,866	377,679	407,896	407,032	381,177	386,859	372,390	361,078	352,236	343,948
Conjuges	72,933	73,089	72,629	69,795	67,067	65,822	61,290	60,138	59,098	60,007	59,893	63,938	63,357	61,279	61,184	52,960	45,642
Ascendentes	1.181	1.169	1.126	1.090	1.104	1.082	1.055	1.034	1.035	1.032	1.039	1.978	1.944	1.857	1.786	1.222	1.246
Unões de Facto							18	63	89	169	230	364	421	474	564	548	566
	1 375 694	1 432 144	1 384 445	1 364 768	1 345 017	1 336 715	1 317 192	1 295 936	1 269 622	1 353 272	1 356 832	1 345 390	1 333 477	1 290 816	1 275 356	1 254 247	1 222 809

### B. Número de beneficiários 2000 – 2016: valores relativos

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Varição 2000-2016
<b>Titulares</b>	<b>59,9%</b>	<b>59,6%</b>	<b>62,6%</b>	<b>62,9%</b>	<b>64,1%</b>	<b>64,6%</b>	<b>64,9%</b>	<b>65,3%</b>	<b>65,5%</b>	<b>65,4%</b>	<b>65,5%</b>	<b>66,7%</b>	<b>66,1%</b>	<b>66,2%</b>	<b>66,7%</b>	<b>67,6%</b>	<b>68,0%</b>	<b>8,10%</b>
Ativos	45,40%	45,00%	46,50%	46,30%	45,80%	45,30%	44,40%	44,10%	43,90%	43,70%	42,80%	42,40%	40,80%	40,50%	39,80%	40,20%	41,20%	<b>4,20%</b>
Aposentados	14,50%	14,60%	16,10%	16,60%	18,30%	19,30%	20,43%	21,20%	21,70%	21,70%	22,70%	25,30%	25,30%	26,70%	26,90%	27,40%	26,80%	<b>12,30%</b>
<b>Familiares</b>	<b>40,1%</b>	<b>40,4%</b>	<b>37,4%</b>	<b>37,1%</b>	<b>35,9%</b>	<b>35,4%</b>	<b>35,1%</b>	<b>34,7%</b>	<b>34,5%</b>	<b>34,6%</b>	<b>34,5%</b>	<b>33,3%</b>	<b>33,9%</b>	<b>33,8%</b>	<b>33,3%</b>	<b>32,4%</b>	<b>32,0%</b>	<b>8,10%</b>
Descendentes	34,74%	35,20%	32,00%	32,00%	30,84%	30,40%	30,40%	29,90%	29,80%	30,10%	30,00%	28,30%	29,00%	28,85%	28,30%	28,10%	28,10%	<b>6,64%</b>
Cônjuges	5,30%	5,10%	5,25%	5,12%	5,00%	4,90%	4,65%	6,64%	4,65%	4,43%	4,40%	4,80%	4,75%	4,75%	4,80%	4,20%	3,70%	<b>1,60%</b>
Ascendentes	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,15%	0,15%	0,14%	0,14%	0,10%	0,15%	<b>0,07%</b>
Unões de Facto							0,001%	0,004%	0,007%	0,01%	0,02%	0,03%	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%	0,05%	<b>0,05%</b>

C. Distribuição etária dos beneficiários 2010 – 2016: valores absolutos por faixa etária

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-19		314,989	320,734	306,030	280,518	271,484	262,743
19-29		78,727	79,078	76,125	85,185	85,247	85,774
30-39		128,235	121,946	105,398	80,140	68,645	59,422
40-49		194,431	192,177	186,112	176,813	172,069	168,995
50-59		234,780	233,295	230,491	223,975	219,482	213,960
60-69		195,223	194,279	199,482	213,560	217,010	217,269
70-79		116,255	115,105	114,781	127,499	132,774	133,117
80 e +		82,750	76,863	72,397	87,666	87,526	81,529
		1345,390	1333,477	1290,816	1275,356	1254,237	1222,809

D. Distribuição etária dos beneficiários 2010 – 2016: valores relativos por faixa etária

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-19		23,41%	24,04%	23,71%	22,00%	21,65%	21,49%
19-29		5,85%	5,93%	5,90%	6,68%	6,80%	7,01%
30-39		9,53%	9,61%	8,17%	6,28%	5,47%	4,86%
40-49		14,45%	14,41%	14,42%	13,86%	13,72%	13,82%
50-59		17,45%	17,49%	17,86%	17,56%	17,49%	17,50%
60-69		14,51%	14,56%	15,45%	16,75%	17,30%	17,77%
70-79		8,64%	8,63%	8,89%	10,00%	10,59%	10,88%
80 e +		6,15%	5,76%	5,61%	6,87%	6,98%	6,67%

Fonte Anexos 1 a 4: Elaboração Própria com base nos relatórios de atividades 2010-2016 da ADSE I.P.

E. Compilação de legislação da ADSE

Ano	Diploma	Temática
1963	Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril	Cria a Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE).
1964	Decreto-Lei n.º 45688, de 27 de abril	Regulamenta o diploma que criou a ADSE
1969	Decreto-Lei n.º 49313, de 23 de outubro	Considerado aplicável aos servidores das autarquias locais os benefícios da assistência na doença, nos mesmos termos que aos servidores civis do Estado.
1973	Decreto-Lei n.º 372/73, de 24 de julho	Torna extensivos os benefícios da ADSE aos serventuários das autarquias locais
1974	Decreto-Lei n.º 71/74, de 28 de fevereiro	Torna extensivos os benefícios da ADSE ao pessoal dos organismos consultivos e dependentes do Ministério do Ultramar e aos funcionários do ultramar aposentados ou desligados do serviço para efeitos de aposentação
1977	Decreto-Lei n.º 33/77, de 25 de janeiro	Permite a inscrição na ADSE dos cônjuges e outros familiares de funcionários falecidos
1978	Decreto-Lei n.º 324/78, de 8 de novembro	Estabelece medidas destinadas ao saneamento financeiro da ADSE.
1979	Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho (aprovou o Orçamento Geral do Estado para 1979)	Determina a contribuição de 0,5% nos vencimentos dos funcionários e agentes da AP Central, Regional e Local e dos institutos públicos beneficiários da ADSE, ficando isentos os funcionários e agentes aposentados.
	Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 30 de junho (Põe o Orçamento do Estado em Execução)	Vencimentos dos Funcionários e agentes de todos os serviços do Estado, beneficiários da ADSE, ficam sujeitos à contribuição de 0,5% a partir de 1 de janeiro de 1980.
	Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (Serviço Nacional de Saúde)	Os beneficiários de esquemas de proteção na doença privativos de setor de atividades ou de estratos profissionais determinados integrar-se-ão, na parte referente a cuidados de saúde, no esquema de prestações do SNS, à medida que a sua estrutura entre em funcionamento nos respetivos distritos.
1980	Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho	Institucionaliza a contribuição para a ADSE, ficando isentos de contribuição os funcionários em situação de aposentação; Determinado que o valor das contribuições constituísse receita do Estado, desde que os encargos com a proteção na doença fossem suportados pela ADSE.
	Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de	Transforma a <i>Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado</i> em <i>Direção-Geral de Proteção Social aos</i>

	outubro	<i>Funcionários e Agentes da Administração Pública</i> , mantendo a sigla “ADSE”.
	Decreto-Lei n.º 394/80, de 25 de setembro	Transfere para a ADSE a competência atribuída em matéria de assistência na doença aos servidores das ex-províncias aposentados ou desligados do serviço.
1981	Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio	Fixa em 1%, a contribuição obrigatória nos vencimentos dos funcionários e agentes dos serviços do Estado, beneficiários da ADSE.
1984	Decreto-Lei n.º 68/84, de 27 de fevereiro	Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS, nos serviços oficiais de saúde e aos beneficiários da ADSE, de acordo com o esquema próprio.
1985	Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de agosto	Viabiliza a inscrição dos docentes do ensino superior, privado e cooperativo na ADSE, mediante acordo.
1986	Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março	Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao SNS por parte dos beneficiários dos subsistemas de saúde.
1987	Portaria n.º 918/87 de, 2 de dezembro	Aprova as tabelas de preços a praticar pelo SNS em relação a todos os subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram, bem como a quaisquer entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento.
1988	Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro	Viabilizada a inscrição dos docentes do ensino não superior na ADSE, desde que inscritos na CGA e celebrado acordo.
	Decreto-Lei n.º 497/88, de 30 dezembro	Alargada a atividade à verificação da doença dos funcionários e agentes da AP, complementada pela intervenção de junta médica que funciona na dependência da ADSE.
1990	Lei n.º 48/90 de, 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde)	Os serviços e estabelecimentos do SNS podem cobrar o pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras, a inscrever nos seus orçamentos próprios.
1993	Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (Estatuto do SNS)	A responsabilidade pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS, para além do Estado pertence também aos subsistemas de saúde.
	Portaria n.º 720/93, de 6 de agosto	Fixados os preços a aplicar pelo SNS a todos os subsistemas de saúde.
1997	Lei n.º 23/97, de 2 de julho	Os funcionários e agentes das freguesias gozam dos benefícios concedidos pela ADSE nos mesmos que o pessoal da Administração Central do Estado
2005	Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho	Aprova um conjunto de medidas para a consolidação das contas públicas e o crescimento económico: impõe a reestruturação dos subsistemas de saúde- aproximação ao regime da ADSE.
	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 seja cônjuge ou viva em união de facto com beneficiário titular de outro subsistema; Modificação no quadro de

		beneficiários familiares e equiparados; estabelecido 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.
	Decreto-Lei n.º 212/2005, de 9 de dezembro	Estabelece o regime jurídico do subsistema de saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSJM), procedendo-se a uma transição de beneficiários deste subsistema de saúde para a ADSE.
2006	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.
	Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro	Altera a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da AP para 1,5%. Os aposentados passam a descontar 1% sendo que a cada ano aumenta 0,1%
2007	Decreto regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março	Reestruturação da ADSE: redefinidas a missão, as atribuições e o tipo de organização interna da ADSE.
2008	Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro (Lei do Orçamento do Estado para 2009)	Concede o alargamento do âmbito de aplicação do esquema de benefícios da ADSE à generalidade dos trabalhadores que exerçam funções públicas (independentemente do regime contratual); concedido, ainda, a inscrição e manutenção de inscrição de descendentes maiores estudantes como beneficiários familiares, de modo a ajustar-se à nova organização do ensino superior.
2009	Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro	Aprova a atualização das tabelas de preços a praticar pelo SNS e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram (ADSE e Sistemas de Assistência na Doença).
2010	Memorando de Entendimento pelos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Saúde, da Defesa Nacional e da Administração Interna (janeiro de 2010)	Com o objetivo de eliminar as relações financeiras entre o SNS e a ADSE, e outros subsistemas de saúde públicos. (Entidades prestadoras do SNS deixaram de emitir faturação pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários da ADSE)
	Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (Lei do Orçamento de Estado para 2010)	Decorrente do novo regime de financiamento direto do SNS a qualidade de “terceiro responsável” da ADSE relativamente aos seus beneficiários, atendidos nos estabelecimentos do SNS ou por este contratualizados, sofreu uma alteração significativa; todos os beneficiários titulares da ADSE incluindo os inscritos anteriormente a 1 de janeiro passaram a poder renunciar à sua inscrição, sendo esta definitiva
	Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro	Instituí uma contribuição para a ADSE de 2,5%, a suportar pelas Entidades Empregadoras.
2011	Decreto-Lei n.º 11/2011, de 21 de	Extinção do subsistema de saúde da justiça e integração dos seus beneficiários no subsistema ADSE.



	janeiro	
	Memorando de Entendimento entre os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde sobre os encargos dos beneficiários da ADSE na RNCCI (25 de fevereiro de 2011)	A faturação de cuidados continuados prestados a beneficiários da ADSE em qualquer estabelecimento da RNCCI ou ao serviço do SNS, a qualquer título, passou a ser assumida pelos Serviços do Ministério da Saúde, nos mesmos termos da faturação de cuidados prestados aos demais beneficiários do SNS.
	Memorando de Entendimento Sobre as Condiçionalidades de Política Económica (17 de maio de 2011)	Redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas, incluindo a ADSE; Autofinanciamento dos subsistemas de saúde públicos até 2016: Diminuição da contribuição da entidade empregadora e ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.
	Decreto-Lei n. °117/2011, de 15 de dezembro (Lei Orgânica do Ministério das Finanças)	ADSE rebatizada de “Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas”.
	Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Lei do Orçamento do Estado para 2012)	Os encargos com as prestações de cuidados de saúde, realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, passaram a ser suportados pelo orçamento do SNS, a partir do dia 1 de janeiro de 2012 (art.º 189.º). Pelo mesmo diploma, os beneficiários titulares aposentados, ficaram sujeitos a uma contribuição de 1,5% para a ADSE, quando o montante das suas pensões de aposentação e de reforma seja superior ao valor correspondente à retribuição mínima mensal garantida, sendo que se da aplicação da referida percentagem resultar pensão de valor inferior esta fica isenta de contribuição (art.º 47º).
2012	Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (Lei do Orçamento de Estado para 2013)	ADSE autorizada a transferir até metade do montante da contribuição da entidade empregadora para o SNS.
2013	Despacho n.º 4631/2013, de 3 de abril	Pagamento das comparticipações do Estado na compra de medicamentos dispensados a beneficiários pela ADSE passa a ser encargo do SNS.
	Lei n.º 51/2013, 24 de julho Decreto-Lei n.º105/2013, de 30 de julho	Fica a ADSE autorizada a transferir a totalidade do montante da contribuição da entidade empregadora para o SNS. Introduzido um aumento progressivo das contribuições a efetuar pelos beneficiários titulares para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde, concretamente da ADSE, ADM e SAD, sendo que de agosto até dezembro a contribuição é 2,25% passando para 2,5% a partir de Janeiro. Alterada a contribuição da Entidade Empregadora para a ADSE, para 1,25%.

	Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de novembro	No âmbito do Programa de Rescisões, os trabalhadores que cessem funções públicas poderão manter a qualidade de beneficiários da ADSE continuando a ficar sujeitos a uma contribuição.
	Lei n.º 83- C/2013, de 31 de dezembro	Transferência de receitas próprias da ADSE até ao limite de 60000000€ para a ACSS no âmbito do acordo para o pagamento pelo SNS dos medicamentos dos beneficiários deste subsistema.
2014	Lei n.º 13/2014, de 14 de março	Metade da receita da contribuição da entidade empregadora passa a reverter a favor dos cofres do Estado
	Lei n.º 30/2014, de 19 de maio	Modifica o valor das contribuições a efetuar pelos beneficiários titulares para a ADSE: a remuneração base dos beneficiários titulares fica sujeita a uma contribuição de 3,5%
	Lei n.º 82-B/2014 de 31 de dezembro (Lei do Orçamento do Estado para 2015)	Revogado o artigo 47º-A do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que diz respeito à contribuição da entidade empregadora. ADSE é integrada no Programa Orçamental do Ministério da Saúde.
2015	Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro	Determinar que seja estudado um modelo de governação transversal à ADSE, ADM e SAD, através da criação de um grupo de trabalho.
	Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto	Transfere a dependência da Direção--Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde
2016	Despacho n.º 3177-A/2016	A criação, na dependência do Secretário de Estado da Saúde, da Comissão de Reforma do modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)
2017	Decreto-Lei n.º 7/2017 de 9 de janeiro	Alteração da natureza jurídica da ADSE, atribuindo-lhe a natureza de instituto público de regime especial

Fonte: Adaptado de ADSE I.P.

F. Orientações do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica entre Portugal e a Comissão Tripartida CE, BCE e FMI, relativas ao funcionamento da ADSE

<p>Memorando Inicial (17 de maio de 2011)</p>	<p>“Reduzir o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde para os trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD) diminuindo a contribuição da entidade empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com poupanças de 100 milhões de euros em 2012”.</p> <p>“Para alcançar um modelo autossustentável nos sistemas de cuidados de saúde para os trabalhadores em funções públicas, o custo orçamental global dos sistemas existentes-ADSE, ADM e SAD- será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Seguir-se-ão novas reduções a um ritmo semelhante nos anos subsequentes para que os sistemas se autofinanciem até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.”</p>
<p>Primeira Atualização (1 de setembro 2011)</p>	<p>“Reduzir o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde para os trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD) diminuindo a contribuição da entidade empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com poupanças de 100 milhões de euros em 2012”.</p> <p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.”</p>
<p>Segunda Atualização (9 de dezembro de 2011)</p>	<p>“Reduzir o custo orçamental global dos sistemas de benefícios de saúde para os trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD)”</p> <p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.”</p>
<p>Terceira Atualização (15 de março de 2012)</p>	<p>“Reduzir o custo orçamental global dos sistemas de benefícios de saúde para os trabalhadores em funções públicas ADSE, ADM e SAD”</p> <p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016. Os custos destes sistemas para o orçamento do Estado serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde. A trajetória de ajustamento será avaliada na quinta revisão.”</p>
<p>Quarta Atualização (27 de junho de 2012)</p>	<p>“Reduzir o custo orçamental global dos sistemas de benefícios de saúde para os trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD)”</p> <p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016. Os custos destes sistemas para o orçamento do Estado serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde. A trajetória de ajustamento será avaliada na quinta revisão.”</p>

<p>Quinta Atualização (14 de outubro de 2012)</p>	<p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016. Os custos destes sistemas para o orçamento do Estado serão reduzidos através da diminuição da contribuição da entidade empregadora para a taxa de 1.25% em 2013 e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.”</p>
<p>Sexta Atualização (20 de dezembro de 2012)</p>	<p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 50% da contribuição da entidade empregadora em 2013 através da transferência de recursos para o SNS em troca da provisão de serviços até ao T4-2012. A taxa de contribuição da entidade empregadora será reduzida para 1.25% em 2014 e será acompanhada por um ajustamento dos benefícios de saúde. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016.”</p>
<p>Sétima Atualização (25 de junho de 2013)</p>	<p>“Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 50% da contribuição da entidade empregadora em 2013 através da transferência de recursos para o SNS em troca da provisão de serviços. A taxa de contribuição da entidade empregadora será reduzida para 1.25% em 2014 e será acompanhada por um ajustamento dos benefícios de saúde. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016.”</p>
<p>Oitava e Nona Atualizações (21 de outubro de 2013)</p>	<p>“Além disso, como parte das medidas horizontais, o aumento das contribuições dos beneficiários para os sistemas de saúde (ADSE, SAD e ADM) irá aumentar a receita em pelo menos 130 milhões de euros.”  “Dada a urgência e volume da poupança necessária no setor da saúde para resolver o largo atraso e limitações orçamentais, os planos para alcançar um modelo autossustentável para os sistemas de cuidados de saúde serão acelerados. O plano atual prevê que o custo orçamental global dos sistemas de cuidados de saúde – ADSE, ADM e SAD - será reduzido em 50% da contribuição da entidade empregadora em 2013 através da transferência de recursos para o SNS em troca da provisão de serviços. A taxa de contribuição da entidade empregadora será reduzida para 1.25% em 2014 e será acompanhada por um ajustamento dos benefícios de saúde. Os sistemas deverão tornar-se autofinanciados até 2016.”</p>
<p>Décima Atualização (27 de janeiro de 2014)</p>	<p>“Além disso, como parte das medidas horizontais, as contribuições dos beneficiários para os sistemas de saúde (ADSE, SAD e ADM) serão aumentadas para uma contribuição de 3,5% (para empregados e aposentados). Esta medida que visa antecipar o autofinanciamento destes esquemas, irá aumentar a receita em 2014 em pelo menos 290 milhões de euros.”  “Os planos para atingir um modelo autossustentável para os esquemas de saúde para os funcionários públicos foram acelerados e estão no caminho correto. A contribuição da entidade empregadora foi efetivamente reduzida para 1,25% a 1 de agosto de 2013 quando a contribuição dos empregados e aposentados foi aumentada para 2,25%. O plano atual prevê que a contribuição da entidade empregadora irá permanecer em 1,25% em 2014 embora no custo orçamental global dos esquemas existentes – ADSE, ADM e SAD– será anulada através da transferência de recursos tanto para o SNS (em troca da provisão de serviços, nomeadamente farmacêuticos) como para o Estado. A contribuição dos empregados e aposentados irá ser ainda aumentada para 3,5% em 2014. Esta medida irá ainda acelerar o processo de autofinanciamento.”</p>
<p>Décima Primeira Atualização (28 de março de 2014)</p>	<p>“Além disso, como parte das medidas horizontais, as contribuições dos beneficiários para os sistemas de saúde (ADSE, SAD e ADM) serão aumentadas para uma contribuição de 3,5% (para empregados e aposentados). Esta medida que visa antecipar o autofinanciamento destes esquemas, irá aumentar a receita em 2014 em pelo menos 260 milhões de euros.”  “Os planos para alcançar um modelo autossustentável para os esquemas de saúde para os funcionários públicos foram acelerados e está no caminho correto. A contribuição dos beneficiários foi aumentada para 3,5% a partir de maio de 2014. O plano atual prevê que a contribuição da entidade empregadora irá permanecer em 1,25% em 2014 embora no custo orçamental global dos esquemas existentes – ADSE, ADM e SAD– será anulada através da transferência de recursos tanto para o SNS (em troca da provisão de serviços,</p>

	nomeadamente farmacêuticos) como para o Estado. A contribuição dos empregados e aposentados irá ser ainda aumentada para 3,5% em 2014. Esta medida irá ainda acelerar o processo de autofinanciamento.”
Décima Segunda Atualização (26 de maio de 2014)	Fim da ajuda externa. Em vez de um mini-memorando, foi publicada uma Carta de Intenções.

Fonte: Morgado, Maria (2015)

G. Resultados eleitorais de representantes de Beneficiários do Conselho Geral da ADSE I.P. de 19 de setembro de 2017

Forma de Voto \ Listas	A (apoiada pelo STE e STI)	B (apoiada pela APRe)	C (apoiada por trabalhadores do poder local)	D	E (apoiada pela UGT)	F (funcionários ADSE)	G (apoiada pela Frente Comum)	TOTAL
Presenciais	411	413	101	44	659	175	868	2671
Correspondência	7	10	2	46	10	4	317	396
Internet	1372	2141	383	359	2467	1148	7130	15000
<b>SOMA</b>	<b>1790</b>	<b>2564</b>	<b>486</b>	<b>449</b>	<b>3136</b>	<b>1327</b>	<b>8315</b>	<b>18067</b>
<b>% TOTAL</b>	<b>9,7%</b>	<b>13,9%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,4%</b>	<b>17%</b>	<b>7,2</b>	<b>45,1%</b>	<b>98,1%</b>
Nulos	187							1,1%
Branco	167							0,9%
<b>TOTAL</b>								<b>100%</b>

Fonte: Rosa, Eugénio (2017)

