

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O Impacto da ADSE na Sustentabilidade do SNS: Estudo de Consultas Médicas e Partos entre 2019 e 2023

Pedro Filipe Costa Barreto Borges

Mestrado em Administração Pública

Orientador:

Doutor David Ferraz, Professor Associado,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**O Impacto da ADSE na Sustentabilidade do SNS: Estudo de Consultas Médicas e Partos
entre 2019 e 2023**

Pedro Filipe Costa Barreto Borges

Mestrado em Administração Pública

Orientador:

Doutor David Ferraz, Professor Associado,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2025

Agradecimentos

A todos os que participaram nesta viagem, que apesar de curta, foi bastante intensa.

À minha esposa e aos meus filhos, principalmente, por todo o apoio, compreensão e paciência.

Aos meus colegas de turma, ainda que o contato tenha sido fugaz.

À ADSE, minha presente entidade patronal, por todo o apoio, paciência e dados dispensados, sem os quais não teria sido possível elaborar o presente estudo, nomeadamente à Dra. Maria Manuela Faria, Dra. Teresa Martins, Dra. Tânia Lima, Dra. Sónia Henriques e Dra. Catarina Leitão.

Ao Professor Doutor David Ferraz, pelo apoio, orientação e ajuda em momentos menos lúcidos.

Por todos os momentos que não o foram.

Resumo

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português foi criado em 1979. Por outro lado, A “Assistência na Doença aos Servidores do Estado” (ADSE), o maior subsistema público de saúde em Portugal, remonta a 1963. Ao invés de se instituir um sistema universal público que absorvesse todos os subsistemas públicos, optou-se pela sua coexistência, ambos com financiamento pelo Estado através de impostos numa fase inicial. Este estudo analisa, entre 2019 e 2023, o papel da ADSE na sustentabilidade, capacidade, eficiência e eficácia do SNS, com foco nas áreas de consultas médicas e partos. Pretende-se avaliar se a ADSE tem desempenhado um papel relevante no alívio da pressão sobre o SNS, se a sua ausência poderia originar estrangimentos na prestação destes serviços, e se tal cenário implicaria um acréscimo significativo na necessidade de financiamento do sistema público. Adicionalmente, procura-se determinar se os custos médios por paciente e os resultados obtidos nestas valências evidenciam maior eficiência e eficácia na ADSE em comparação com o SNS. A análise baseia-se exclusivamente em dados oficiais disponibilizados por ambas as entidades, permitindo uma avaliação empírica rigorosa do impacto da ADSE na sustentabilidade do SNS. Importa, contudo, reconhecer limitações relevantes: diferenças de casemix entre populações e os distintos incentivos existentes nos dois sistemas impedem uma inferência direta sobre eficácia clínica ou qualidade assistencial.

Palavras-Chave: Estado do Bem-Estar; Serviço Nacional de Saúde; ADSE; Sistemas de Saúde Públicos

FOS/OCDE: 5.6 Ciência Política - Administração Pública; 5.2 Economia e Gestão Economia da Saúde

Classificação JEL: I18, H51, H83

Abstract

The Portuguese National Health Service (SNS) was created in 1979. On the other hand the “Health Assistance Scheme for State Employees” (ADSE), the largest public health subsystem in Portugal, dates back to 1963. Instead of establishing a universal system that absorbed all public subsystems, policymakers opted for their coexistence, with both initially financed by the State through taxation. This study analyses, between 2019 and 2023, the role of the ADSE in the sustainability, capacity, efficiency, and effectiveness of the SNS, focusing on medical consultations and childbirth. It aims to assess whether ADSE has played a relevant role in relieving pressure on the SNS, whether its absence could generate disruptions in service provision, and whether such a scenario would imply a significant increase in the financing needs of the public system. Additionally, it examines whether average patient costs and outcomes in these areas suggest greater efficiency and effectiveness in ADSE compared to the SNS. The analysis relies exclusively on official data provided by both entities, allowing for a rigorous empirical assessment of ADSE’s impact on the sustainability of the SNS. Nonetheless, important limitations must be acknowledged: casemix differences between populations and distinct incentive structures across the two systems preclude any direct inference about clinical effectiveness or quality of care.

Keywords: Welfare State, National Health System, ADSE, Public Health Systems

FOS/OCDE: 5.6: Political Science - Public Administration; 5.2 - Economics & Health Economic Management

JEL Classification: I18, H51, H83

Índice	
Resumo	i
Abstract	iii
Introdução	1
Capítulo 1 . Estado-Providência ou Estado do Bem-Estar	3
1.1. Conceitos e Origens	3
1.2. Modelos de Estado-Providência	6
Capítulo 2 . Saúde em Portugal – A ADSE e o Sistema Nacional de Saúde	11
2.1. Evolução Histórica da Saúde em Portugal.....	11
2.2. ADSE	16
Capítulo 3 . Do Desenho da Investigação aos Resultados	23
3.1. Metodologia.....	23
3.2. Documentos consultados	24
3.3. Métodos de recolha de dados.....	25
3.4. Técnicas/métodos de processamento de dados	31
3.5. Considerações finais sobre o processo de recolha	32
Capítulo 4 . Apresentação, Interpretação e Discussão de Resultados	33
4.1. Considerações iniciais	33
4.2. Análise, Interpretação e Discussão de Resultados	34
4.3. Conclusões parciais	39
Conclusão	39
Bibliografia	41
Anexos	47

Índice de Quadros

Quadro 2.1. Evolução dos Descontos dos Beneficiários para a ADSE.....	19
Quadro 3.1. Nível de Impacto da ADSE na Sustentabilidade do SNS	24
Quadro 3.2. Valor de Referência por Consulta (2023):.....	28
Quadro 4.1. Médias das valências em estudo 2019-2023 (Outputs SPSS).....	33
Quadro 4.2. Testes estatísticos. Resultados 2019-2023 (Outputs SPSS)	34

Índice de Anexos

Anexo A. Quantidades e Custos Médios de Consultas ADSE e SNS.....	47
Anexo B. Quantidades e Custos Médios de Partos Total ADSE e SNS.\.....	47
Anexo C. Percentagem de TMRG Ultrapassada em consultas de especialidade no 2º semestre de cada ano em estudo	48
Anexo D. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	49
Anexo E. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	49
Anexo F. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023	49
Anexo G. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	50
Anexo H. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	50
Anexo I. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	50
Anexo J. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	51
Anexo K. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023	51
Anexo L. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.....	51
Anexo M. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Custo Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023 (HL).....	52
Anexo N. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Consultas ADSE e SNS 2019 - 2023.....	52
Anexo O. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Consultas ADSE e SNS entre 2019 e 2023	52
Anexo P. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Simples Consultas ADSE e SNS 2019 - 2023.....	53
Anexo Q. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS entre 2019-2023.....	53
Anexo R. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Total Consultas ADSE e SNS 2019-2023	53
Anexo S. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS entre 2019-2023.....	54

Anexo T. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023 (HL).....	54
Anexo U. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023.....	54
Anexo V. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023.....	55
Anexo W. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023	55
Anexo X. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023.....	56
Anexo Y. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023.....	56
Anexo Z. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023	56
Anexo AA. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023	57
Anexo BB. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Partos (total) ADSE e SNS entre 2019-2023.....	57
Anexo CC. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023	58
Anexo DD. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS entre 2019-2023	58
Anexo EE. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Partos Total ADSE e SNS 2019-2023 (HL)	58
Anexo FF. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023 (HL).....	59
Anexo GG. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023.....	60
Anexo HH. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023	60
Anexo II. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023	60
Anexo JJ. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023.....	61
Anexo KK. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023	61

Anexo LL. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023	61
Anexo MM. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Partos (Total) ADSE e SNS 2019 - 2023	62
Anexo NN. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS entre 2019-2023	62
Anexo OO. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Custo-Médio Partos (Total) ADSE e SNS 2019-2023	62
Anexo PP. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Cesarianas ADSE e SNS 2019 - 2023	63
Anexo QQ. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio de Cesarianas ADSE e SNS entre 2019-2023 ...	63
Anexo RR. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Custo-Médio Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023	63
Anexo SS. Autorização para disponibilização de dados pela. Presidente da ADSE Sra. Dra. Manuela Faria	64
Anexo TT. Execução Orçamental ADSE 2023	65
Anexo UU. Declaração de Não Conflito de Interesses	66
Anexo VV. Curriculum Vitae	67

Lista de abreviaturas/siglas

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado

CM – Custo Médio

CMT – Custo Médio Total

CMS – Custo Médio Simples

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

DGA – Direção Geral da Assistência

DGCH – Direcção-Geral das Construções Hospitalares

DGS – Direção Geral de Saúde

EP – Estado Providência

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

GO – Ginecologia-Obstetrícia

JEL – Journal of Economic Literature

OE – Orçamento de Estado

NGP – Nova Gestão Pública

PLANAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TC – Tribunal de Contas

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Introdução

O Estado-Providência (EP) constitui um dos pilares fundamentais das sociedades ocidentais contemporâneas, englobando diferentes áreas de intervenção pública, entre as quais, a Saúde. A configuração concreta destes sistemas varia entre países, refletindo trajetórias históricas, culturais e políticas distintas, quer no modelo de cobertura, quer no respetivo financiamento. No caso português, a evolução da saúde pública foi particularmente tardia devido ao contexto político do Estado Novo, sendo apenas a partir da segunda metade da década de 1970 que se iniciou a consolidação de um sistema universal (apesar da existência prévia de algumas instituições com funções assistenciais).

Portugal apresenta, assim, um modelo singular: a coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979 e tendencialmente gratuito, financiado através de impostos, com uma rede de subsistemas públicos e privados de saúde, bem como seguros complementares, financiados pelos seus beneficiários. Entre estes, a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores do Estado), assume um papel de destaque, abrangendo mais de 10% da população nacional. Criada em 1963, antes da institucionalização do SNS, a ADSE foi inicialmente financiada pelo Estado, tendo evoluído para um modelo em que os custos são suportados integralmente pelos seus beneficiários, ainda que sob gestão pública. Este percurso histórico faz com que o SNS nunca tenha existido sem a presença paralela da ADSE.

Apesar de existir produção académica e institucional em torno da sustentabilidade da ADSE (Morgado, 2015; Dias, 2017; Caetano, 2018), incluindo a publicação de relatórios oficiais de sustentabilidade (PLANAPP, 2024) ou comparação com seguros privados (Cunha, 2016; Fonseca, 2023), permanece escassa a evidência empírica relativa à relação entre este subsistema e a sustentabilidade do próprio SNS. É precisamente esse o foco do presente estudo. O facto de ser funcionário da instituição, na carreira de técnico superior também foi pertinente na escolha da área e do tema do trabalho.

A análise incide sobre duas valências em concreto, selecionadas pela sua relevância: as consultas médicas, pela sua elevada expressão no volume anual de atos, e os partos, pela situação crítica dos serviços de ginecologia e obstetrícia, frequentemente sujeitos a constrangimentos de recursos humanos que se traduzem em encerramentos periódicos (fins-de-semana, férias).

Então, no presente estudo, entre 2019 e 2023, procurou-se avaliar de que forma a ADSE contribuiu para a capacidade, a eficiência e a eficácia do SNS, numa lógica de

sustentabilidade, em particular através da comparação de volumes, custos e potenciais efeitos sobre a pressão da procura.

Para tal, a dissertação inicia-se com uma contextualização histórica do Estado-Providência e da evolução do sistema de saúde em Portugal, incluindo a ADSE, prossegue com a apresentação dos dados e metodologia adotados e culmina numa análise estatística orientada para testar empiricamente as hipóteses formuladas, procurando assim oferecer um contributo para a reflexão sobre o papel da ADSE na sustentabilidade do SNS.

Capítulo 1 . Estado-Providência ou Estado do Bem-Estar

Despite enduring strains, welfare states persist, fueled by entrenched institutional norms and a growing public demand for social security. Yet, the erosion of post-war welfare consensus and legitimacy crises underscore the pivotal role of public attitudes towards welfare in shaping its trajectory (Guo & Gong, 2024).

No presente capítulo será apresentado o contexto histórico da gênese do Estado-Providência (EP). Serão também apresentados os diversos modelos debatidos na esfera académica.

1.1. Conceitos e Origens

A um determinado conjunto de políticas públicas sociais foi atribuída a denominação de “bem-estar” ou “providência”. Aos Estados que procuraram praticar este tipo de políticas, foi atribuída a denominação de *Estado de Bem-Estar* ou *Estado-Providência*. De acordo com Titmuss (1963 in Vazquez, 2007), as primeiras políticas públicas de “providência” surgem em resposta ao fenómeno da *Industrialização*, que alterou as dinâmicas socioculturais e económicas da altura, criando então “necessidades” que até ao momento não existiam, uma vez que todo “*bem-estar*” era maioritariamente garantido pela família e comunidade. Para o autor, a Industrialização implementa um sentimento de individualismo que fomenta a competitividade, incompatível com o espírito de entreajuda. Consequentemente, as garantias de bem-estar e proteção que os seios familiares e comunitários providenciavam, passaram a ser incluídas na esfera do Estado. De acordo com Vazquez (2007), a teoria de Titmuss é “curta” para descrever a existência de modelos diferentes de EP, já que países que passaram pelo mesmo processo de Industrialização resultaram em modelos de EP diferentes. Então, para o autor, à medida que as necessidades do indivíduo¹ se iam expandindo, a esfera de ação do Estado seguia o mesmo caminho. Em termos práticos, trata-se de um conjunto de políticas que surgem no contexto da expansão democrática e económica do final do século XIX do mundo ocidental e da necessidade de segurança socioeconómica perante todas as mudanças² que nesse período se deram (Flora P.& Heidenheimer A., 1990). No seguimento da linha de pensamento de Titmuss, Esping-Andersen (1990) adiciona o conceito das (luta de) classes sociais como outro fator de expansão do EP – Esta dinâmica seria crucial para a sua classificação dos modelos de EP, que será abordada mais tarde.

¹ Por exemplo: Invalidez, enfermidades, desemprego, entre outros.

² Divisão do trabalho, expansão dos mercados, abandono dos modelos tradicionais de segurança (família e comunidades).

De acordo com Caetano, M. (2018):

(...) a expressão de Estado de Bem-Estar colhe origens no termo alemão “wohlfabrstaat”³ utilizado por Bismark nas reformas que introduz em 1883 e que incorporava a ideia de transformação das funções do Estado moderno (...) no sentido de assunção de maiores responsabilidades na provisão e garantia do bem-estar dos cidadãos (...).

Para procurar estabelecer uma base de discussão, verifica-se que aparenta existir uma definição “base” tida como aceite para a definição do EP em si, e que tem vindo a ser expandida, ou seja, “um mosaico, diversa na forma e no produto” (Barr N. 1987). Para Esping-Andersen (1990), Mozzicafreddo (1992), Marshall & Bottomore (1992), Room (1979) e Manning (1998) (in Alexandre H. & Martins M. 2009), o EP:

(...) tem como objetivo essencial prover o bem-estar e a proteção dos seus cidadãos e cidadãs, numa perspetiva de equidade, integração e justiça social (...) [com] fundamentos e resultados intimamente relacionados com o desenvolvimento dos direitos de cidadania social e com os sistemas institucionais, dependendo também dos modelos económicos e dimensões sociais, como o papel dos indivíduos, as características do mercado de trabalho, a organização da família e a capacidade da sociedade civil, moldando igualmente, e em consequência, suas políticas sociais.

O dicionário de Oxford define o EP de forma similar, adicionando que o apoio deverá ser focado nos cidadãos com “necessidades”⁴. A definição de Titmuss (1963), segue a mesma linha orientadora, argumentando que as sociedades, como o conjunto de várias individualidades, têm diversas “necessidades”, sendo a principal a sua “sobrevivência”. Cimentando-se durante a longa expansão económica do pós 2º Guerra Mundial, Briggs A. (1961) já havia definido o EP como um “Estado em que o poder é utilizado de forma deliberada (através de políticas e administração) para modificar e guiar (contrabalançar) as forças do Mercado de modo que: a) os cidadãos tenham um meio de subsistência mínimo, independentemente do seu valor no mercado ou títulos de propriedade; b) se possa eliminar, no máximo possível, o sentimento de insegurança resultante de situações inesperadas como doença e desemprego, bem como situações previsíveis como a velhice; c) se garanta que todos os cidadãos, independentemente da sua classe ou estatuto social têm o mesmo nível de acesso aos serviços de apoio social, quando necessário.

Esping-Andersen G. (1990), autor cuja obra vai ter preponderância mais adiante, mais tarde definiu o EP como, (e parafraseando), como a responsabilidade do Estado

³ Traduzido para “Estado do Bem-Estar”.

⁴ <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=welfare+state>

de assegurar a comodidade básica de bem-estar para os seus cidadãos. Para este autor, o EP passou a existir devido a 3 fatores: a) natureza da mobilização de classes; b) estrutura de alianças políticas e de classe; c) legado histórico da institucionalização do regime, (in Fialho J.,2018). Madureira C. (2020), considerando não só o que já havia sido avançado por Esping-Andersen (1990) e Pereira (2012) define EP como um conjunto de políticas de redistribuição de recursos em diversas áreas, incluindo a Saúde.

Relativamente às origens, é difícil definir uma data concreta para o “início” do Estado Providência (De Swaan, 1988, in Pierson, 1991) uma vez que, historicamente, os Estados foram implementando, gradual e naturalmente, medidas sociais. No entanto, Pierson (1991), procura encontrar indicadores “palpáveis” para iniciar a discussão, chegando a três características distintas que ajudam a balizar um período histórico para a criação do EP: a) primeira introdução de Seguros Sociais⁵ – ainda que bastante menos ambiciosos que os modelos atuais, já anteriormente se tinha verificado que a incapacidade de sustento devido a algumas situações como a velhice ou doença afeta negativamente (o desenvolvimento) as sociedades (de mercado) industrializadas; b) extensão da cidadania – No seguimento da implementação das políticas de seguro social, o Estado ganha responsabilidades extra, uma vez que estas se tornam um “direito adquirido”; c) crescimento da Despesa Pública – a implementação de políticas de providência, naturalmente, aumenta o nível da despesa pública (levando ao aumento dos impostos).

De acordo com Caetano M. (2018), os modelos de EP são complexos, resultando de “(...) um longo processo de estruturação e de interação de uma série de fatores (...)”. Ao analisá-los, devemos ter em conta o contexto histórico dos países que implementaram as políticas de bem-estar para entender as suas principais diferenças. Uma vez que os limites das políticas são estabelecidos no seio das próprias sociedades e com base no desenvolvimento das suas próprias culturas em eventos estruturais ou com forte impacto (como guerras), os EP não são todos “iguais” na sua génese e nas suas ações, apesar de poderem ter presente alguns traços comuns. Esta diversidade tem sido o foco de diversos autores ao longo das últimas décadas. De seguida são dispostos os mais pertinentes para o foco do presente estudo.

⁵ Medidas que servem para substituir o rendimento em situações de incapacidade ou similar (Bal. R 1961).

1.2. Modelos de Estado-Providência

1.2.1 - Modelo de Esping-Andersen (1990):

Gøsta Esping-Andersen (EA), em 1990, na sua obra “*The Three Worlds of Welfare Capitalism*”, procura dar o seu contributo relativamente ao contexto da criação do EP, após uma introdução compreensiva, que abordou também as origens e a definição. O autor ganhou notoriedade neste campo não só devido à primeira abordagem à sistematização diversos países em modelos, mas também por procurar retirar o foco da percentagem de despesas sociais relativamente ao PIB como métrica de avaliação dos diferentes EP.

De acordo com o autor:

By scoring welfare states on spending, we assume that all spending counts equally. But some (...) spend a large share on benefits to privileged civil servants (...) other spend disproportionately on means-tested social assistance. (...) some nations spend enormous sums on fiscal welfare in the form of tax privileges to private insurance plans that mainly benefit the middle classes (...) but these tax expenditures do not show up on expenditure accounts (...).

Então, para o autor, diferentes países apresentam formas distintas de conceção e execução de políticas de bem-estar, desde assistência social com base de prova de necessidade, funcionalismo público (com bastantes privilégios) ou através de benefícios fiscais, que acabam por não ser contabilizados diretamente nas contas públicas como despesa social.

Conceito de *Desmercadorização*: Previamente a avançar com os modelos do autor, deve-se definir o que este entende como desmercadorização e a forma como a usa para diferenciar os clusters de países. De acordo com EA (1990. In Zimmerman C. e Silva M. 2009), a desmercadorização mede o “(...) grau em que indivíduos podem manter um nível de vida tolerável, independentemente da obrigação de participarem no mercado de trabalho”.

Além do nível de desmercadorização, considerando também a qualidade dos direitos sociais, estratificação social e a relação entre Estado, mercado e família, o autor agrupou “mundo” em três modelos distintos de EP:

Liberal – Desmercadorização Baixa ou considerada Residual. Assistência conforme necessidade e mediante prova de rendimentos (e poupanças) prévia, sendo que a aquisição de direitos, modestos, é restritiva e com conotação “negativa”. O Estado

garante o “mínimo” e/ou subsidia esquemas privados de benefícios (por exemplo, seguros), com o objetivo de fortalecer o mercado. Países que servem como exemplo principal: Estados Unidos da América, Canadá e Austrália.

Conservador/Corporativista/Continental – Desmercadorização moderada. Procura-se a preservação do estatuto, ou seja, manter o nível de vida já previamente adquirido, com recurso a contribuições regulares (“descontos”) para manter o sistema em funcionamento, procurando-se a preservação dos estatutos já adquiridos. Países que servem como exemplo principal: Áustria, França, Alemanha e Itália.

Social-Democrata/Escandinavo – Desmercadorização elevada. Universalista, na medida em que garante os direitos não só aos desfavorecidos, mas também aos empregados, resultando na sua aplicação também á classe média. Ao contrário de caso do modelo conservador, procura-se, logo á partida, dar apoio ao contexto familiar, ao invés de “esperar pela sua exaustão”. Transferências e apoio social para crianças, desfavorecidos e idosos. Nas palavras do autor *“All benefit; all are dependent; and all will presumably feel obliged to pay”*, ou seja, trata-se de um serviço universal, de todos, para todos, sustentado por todos. Países que servem como exemplo principal: Escandinávia (Dinamarca, Suécia, Noruega).

No entanto, devemos ter em conta que, o autor reconhece, logo após a sua exposição, que não existem casos puros. Ou seja, nenhum país pode ser considerado como tendo características de um único modelo⁶.

1.2.2 - Modelo de Ferrera M. (1993 e 1996):

Ferrera M., um dos primeiros críticos da obra de Esping-Andersen, argumenta que os países do Sul da Europa deveriam ter o seu próprio modelo, uma vez que apresentavam várias especificidades estruturais que os destacavam dos restantes países do modelo Continental ou Conservador, onde haviam sido incluídos. O autor apresenta também uma nova métrica para classificar os diferentes países, com base na cobertura das políticas sociais – Modelo Ocupacional (puro ou misto) e Modelo Universalista (puro ou misto). Ferrera proporia mais tarde, em 1996, a tal nova categorização, a adicionar ao modelo que já havia sido teorizado por Esping-Andersen o modelo de EP do “Sul da Europa” (Caetano M. 2018). De acordo com Ferrera:

In sum: the South European welfare state is characterized by a peculiar mode of political functioning which distinguishes it not only from the highly homogeneous, standardized and

⁶ O autor dá como exemplo o “New Deal”, um pacote de medidas implementadas nos EUA. Para o autor, apesar de o país estar enquadrado no modelo Liberal, a tipologia das medidas enquadrar-se-ia mais no que é entendido como modelo Social-Democrata.

universalistic welfare states of northern Europe, but also from the more fragmented continental systems” (Ferrera M. 1996).

Nos países do “Sul da Europa” – Itália, Espanha e Portugal, aos quais o autor adiciona a Grécia devido às suas similaridades neste tema em particular, encontram-se as seguintes semelhanças em termos de políticas sociais: *a)* sistemas de saúde de carácter (quase) Beveridgiano (universalistas) que abrangem toda a população independente da empregabilidade ou contributos prévios de classe profissional. O universalismo surge na instituição da Saúde como direito básico dos cidadãos através das próprias constituições; *b)* sistemas de “manutenção de rendimentos” ocupacionais ou de carácter corporativista, com proteção forte a certos grupos profissionais, como os funcionários públicos, mas fraco para os desempregados ou trabalhadores por conta própria ou não empregados. No entanto, o “nível de corporativismo” dos benefícios varia entre os países em análise. Existe também a questão do apoio familiar como forma de colmatar a falta de apoio do Estado - quem não tem acesso a uma rede de apoio familiar nem se encontra num dos “esquemas” de trabalho privilegiado, fica completamente excluído dos apoios disponíveis; *c)* clientelismo e baixa penetração do Estado, ou seja, incapacidade deste de implementar as suas políticas sem “interferências externas”. Os países estão “altamente vulneráveis” à pressão e manipulação partidária bem como de outros atores, como os sindicatos ou outras associações. Acaba-se por criar e implementar políticas de bem-estar para garantir votos no próximo ciclo eleitoral ao invés de procurar resolver uma lacuna social (o autor dá o exemplo da agricultura no sul de Itália).

1.2.3 - Modelo de Bonoli G. (1997):

De acordo com Bonoli G. (1997), grande parte da literatura sobre políticas sociais comparadas focava-se em classificar os regimes de Estado-Providência apenas com base na quantidade de prestações sociais ou na tipologia dos benefícios. Para o autor, essa abordagem era limitada, defendendo então uma análise mais completa que considerasse simultaneamente a forma de cobertura e o volume da despesa social. Dessa forma, Bonoli retoma a distinção clássica entre modelos Bismarckianos e Beveridgianos, relacionando-os com Esping-Andersen (1990). O modelo Bismarckiano⁷ assenta em seguros sociais contributivos, associados ao emprego, com o objetivo de manter o nível de vida dos trabalhadores, sendo equiparável ao modelo Conservador.

⁷ Baseado nas políticas de Otto Von Bismark (1815 – 1898), Chanceler do Império Alemão entre 1871 e 1890.

Já o modelo Beveridgiano⁸ caracteriza-se pela universalidade, financiada por impostos, visando prevenir a pobreza, em linha com o modelo Social-Democrata.

Para além desta diferenciação, Bonoli acrescenta uma segunda dimensão: o nível de despesa social (percentagem do PIB). O cruzamento das duas variáveis (modelo e despesa) origina quatro categorias distintas:

- *Beveridgiano* de elevada despesa: cobertura universal abrangente, como nos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia);

- *Beveridgiano* de baixa despesa: cobertura universal mais limitada, frequentemente dependente de condições de recursos, como no Reino Unido e na Irlanda;

- *Bismarckiano* de elevada despesa: cobertura contributiva robusta, presente em países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Alemanha e França;

- *Bismarckiano* de baixa despesa: cobertura contributiva menos abrangente, onde a família desempenha um papel central no apoio social, categoria que inclui os países do sul da Europa, como Itália, Espanha, Grécia, Suíça e Portugal.

O autor reconhece, contudo, que alguns casos apresentam características híbridas, como o Luxemburgo, a Itália ou o Reino Unido, reforçando que outros fatores – como a redistribuição, o papel da família ou a posição das mulheres – também podem influenciar a configuração do Estado-Providência.

1.3 – O futuro do Estado-Providência

Se, numa primeira instância, a crise de 2008 "(...) *acentuou o esgotamento do Estado Social e a problemática do aumento das despesas do Estado. (...)*" (Santos F.2018), a crise da epidemia de 2019 já foi abordada de outra forma, com os Estados a responder positiva e assertivamente com o objetivo de suprir as necessidades das suas populações (Sirovátka T. et al. 2024).

No futuro, os Estados, continuarão a enfrentar diversas pressões que poderão pôr em causa a providência de apoios sociais. Não obstante futuras crises financeiras que poderão ser presenciadas no futuro, Fialho J. (2018), agrupa o que os diversos investigadores indicam como desafios ao futuro do EP, quer internos, quer externos: *a)* competição no âmbito de impostos, na medida em que existe competição entre os Estados para atrair negócios (que permitem a cobrança de impostos) (interno); *b)* envelhecimento das populações, com esperança média de vida cada vez mais elevada

⁸ Baseado no Relatório de William Beveridge (1879-1963), publicado em 1942.

e menores taxas de natalidade (interno); c) taxas de divórcio cada vez mais elevadas (interno). Afeta as dinâmicas familiares; d) crescente integração financeira global (externo); e) problemas globais, entre os quais o aquecimento global e novos desafios pandémicos ou relacionados com a saúde (externo); f) perda de influência económica da Europa, comparativamente com os Estado Unidos da América e outros países emergentes no panorama atual (externo). Ainda segundo o autor, o EP encontra-se, de momento numa encruzilhada, à medida que o dinamismo do “mundo global” se desenrola e o desafio deve ser abordado de forma estratégica, mesmo que se tenham de tomar algumas ações menos “bem vistas” politicamente

Terminou-se então, com base na contribuição de diversos autores, o século XX com a divisão do EP em várias categorias ou modelos - Corporativista, Social-Democrata, Liberal e Sul da Europa, alicerçada em conceitos que continuam a ser debatidos atualmente (Rálaigh, C. 2025).

Capítulo 2 . Saúde em Portugal – A ADSE e o Sistema Nacional de Saúde

2.1. Evolução Histórica da Saúde em Portugal

2.1.1 - Estado Novo

Entre 1933 e 1974 Portugal teve um regime político autoritário, que ficou conhecido como o “Estado Novo”. Durante grande parte deste período, por convicção política, o papel do Estado no que diz respeito à “previdência” cingia-se apenas à fiscalização deste tipo de atividades, que dividiam em 4 tipos de instituições: caixas sindicais, do povo de pescadores; caixas de reforma; associações de socorros mútuos e previdência dos funcionários públicos (Varela et al.2016). Se previamente, no séc. XIX, os esforços em Saúde eram levados a cabo pelas “misericórdias, os asilos e hospitais” e “(...) existiam apenas políticas focalizadas (...) e não universais (...)” (Varela et al. 2016), foi durante este regime que foram criadas diversas iterações de providência em saúde, como a assistência, por parte das câmaras municipais “dos tratamentos de doentes pobres em hospitais” em situações de (Decreto-Lei nº 23348, de 13 de dezembro de 1933):

(...) fracturas, os de esmagamentos e outros semelhantes, em casos de perigo de vida e de moléstia infecto-contagiosa” de modo a “[não se] chegar à deshumanidade de não dar entrada nos hospitais a pessoas acometidas de doenças que põem em perigo a sua vida ou a saúde pública.

O decreto clarifica o que o legislador entendia como “doente pobre”:

(...) os indivíduos que vivam exclusivamente do seu trabalho, se dêle auferirem apenas o indispensável para a sua manutenção, e bem assim as pessoas a seu cargo, se nem uns nem outros tiverem cônjuge, ascendente ou descendente com bens suficientes para fazer face às despesas do tratamento.

Já havia sido também criado, em 1931, a “Direção-Geral da Assistência”⁹ (DGA), revelando desde logo a intenção do Estado em colocar-se apenas num papel de coordenador ou regulador da assistência, ao invés de procurar a assistência direta. Seria reforçado, em 1944, pela Lei nº 1998 de 15 de maio – uma espécie de lei de bases da assistência social. Na “base I” do capítulo I revela-se o principal objetivo:

A assistência social propõe-se valer aos males e deficiências dos indivíduos, sobretudo pela melhoria das suas condições morais, económicas ou sanitárias dos seus agrupamentos naturais, e para esse efeito organiza, coordena e assegura o exercício.

⁹ Decreto 20285, de 7 de setembro de 1931

Entre diversos artigos e projetos de leis, destacam-se os seguintes outros marcos na saúde durante este período político, introduzidas através de conjuntos de medidas concretos – as Fases de Fomento das Políticas:

Na primeira fase, entre 1940 e 1958, foi desde logo criado o “Subsecretariado de Estado da Assistência Social”, ligado ao Ministério do Interior, que já estava encarregue da pasta da Saúde através da Direção Geral da Saúde (DGS) e que seria considerado, por alguns, o responsável pelo “primeiro grande ciclo saúde” (Varela et. al. 2016) que se viria a materializar em 1941 através do Decreto-Lei 31666 de 22 de Novembro, onde se estabeleciam 4 grupos distintos de “maiores necessidades sociais”. São eles, de acordo com o disposto no nº 1:

a) assistência à vida no seu nascimento e primeira infância (consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis); b) a sua formação e preparação física, intelectual e moral (preventórios, colónias de férias, orfanatos e dispensários infantis); c) defesa da vida ameaçada por infeções físicas, mentais ou morais (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração); d) assistência à vida *deminuída* pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues).

Ou seja, através deste decreto-lei, as necessidades da população relativamente à saúde ganham uma nova importância na esfera do executivo. Em 1942, pelo Decreto-Lei 32255, de 12 de setembro, são reorganizados os serviços da Misericórdia de Lisboa, com o objetivo também de replicar as alterações para as outras Casas¹⁰. A Casa de Lisboa, no preambulo era “(...) considerada *“como que a mãe de todas as outras que há nas cidades e vilas de Portugal”*. De notar que, com esta reorganização, as Misericórdias mantinham “(...) *a sua personalidade jurídica e a autonomia administrativa dos seus rendimentos e consagrado o respeito tradicional (...)*”. Em 1958, surge uma das primeiras grandes mudanças no panorama da Saúde em Portugal: A criação do Ministério da Saúde e da Assistência, através do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. Deve-se referir que até à data, todas as atividades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde (maioritariamente regulamentação) estavam a cargo do Ministério do Interior. A Saúde passaria a ter o seu próprio ministério, mais tarde, em 1973, através do Decreto-Lei 584/73, de 6 de novembro.

Mais tarde, no ano de 1963, pelo Decreto-Lei 45002, era criada a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), organismo que será abordado no

¹⁰ Nº 2 – “Oportuno se afigura definir o sentido de uma reforma da Misericórdia de Lisboa, e possivelmente das suas pares (...)”.

presente trabalho, como resposta do Estado às necessidades de saúde dos seus funcionários, que até ao momento apenas tinham direito às parcas medidas universais de prevenção, principalmente relacionadas com a tuberculose (Decreto-Lei 40365, de 29 de outubro). Conforme já mencionado anteriormente, em 1935 (e 1937) foram reconhecidos direitos a “caixas de previdência” de diversas organizações profissionais, que tinham como objetivo providenciar a oportunidade de assistência aos seus membros através de seguros de seguros sociais (Lei 1884 de 16 de março de 1935). Em 1968, através de dois decretos-lei - 48357, de 27 de abril e 48358, de 27 de abril, é abordada a gestão e o estatuto hospitalar. O Decreto-Lei 48357, de 27 de abril, por seu lado, “aprova e publica o Estatuto Hospitalar, no seguimento, de acordo com o legislador, de outros projetos legislativos, como a “Lei de Organização Hospitalar (Lei 2011 de 2 de abril de 1946, que, por exemplo, logo disposto na sua “Base I”, dividia a organização dos hospitais em “zonas, regiões e sub-regiões”. Em cada zona deveria haver um hospital central; em cada região, um hospital regional e um hospital sub-regional, em cada sub-região – Base II). No Decreto-Lei 48358, de 27 de abril (1968), por seu lado “aprova o Regulamento Geral dos Hospitais”. No artº. 1, classifica-se os hospitais da seguinte forma:

Os hospitais são serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectiva de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

No art.º 10, definem-se os serviços hospitalares, dividindo-se em “assistência” (ação médica, farmacêuticos, enfermagem, sociais) ou “apoio geral” (administrativos, aprovisionamento, instalações e equipamentos, gerais).

Em 1971 através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, implementa-se os centros de saúde que teriam como principal objetivo a prestação de cuidados primários de saúde. Através da alínea l) do artigo 30º, dá-se um passo importante para o estabelecimento do que, mais tarde, seria a Saúde em Portugal:

l) Organizar, com a Direcção-Geral das Construções Hospitalares, e sem prejuízo, quanto a esta, do disposto no Decreto-Lei n.º 41497, de 31 de Dezembro de 1957, aplicável por força do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 130/71, de 6 de Abril, os planos gerais de obras de construção, adaptação e equipamento das unidades hospitalares dos concelhos, tendo em vista o seu funcionamento coordenado com as actividades dos centros de saúde;

Através do Decreto-Lei 584/73, de 6 de novembro, o Ministério da Saúde surge pela primeira vez isoladamente, abandonando a denominação da “Assistência”. De acordo

com o disposto no documento legislativo, a este ministério “compete (...) a orientação dos serviços médicos das instituições de previdência social”.

2.1.2 - Pós 25 de Abril – Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Em 1974 aconteceria um evento em Portugal que alterava o panorama político – a “Revolução de 25 de Abril” e o fim do Estado Novo. Dois anos mais tarde, através da Constituição Portuguesa de 1976, o direito à Saúde ganhou uma nova abordagem - no nº 2 do artigo 64º. Encontra-se disposto que o “direito à proteção da é realizado pela criação de um Serviço Nacional de Saúde universal (SNS), geral e gratuito (...). Em 1989, numa das revisões constitucionais que viriam a acontecer nos anos seguintes, o SNS, que, por esta altura já existia há cerca de 10 anos, deixaria de “ser gratuito”, passando o legislador a procurar um serviço “tendencialmente gratuito” (art.º. 36). A primeira iteração do SNS português surgiria então em 1979, através da Lei 56/79, de 15 de setembro, também conhecida como a “Lei Arnaud”, em nome do Ministro dos Assuntos Sociais. É o instrumento criado pelo Estado para assegurar o direito à proteção da saúde nos termos da constituição (sns.gov.pt). Portanto, ao contrário do que havia sido o padrão nos 50 anos anteriores, agora, o Estado assumia um papel ativo na promoção da saúde, bem como procurar garantir mecanismos de prevenção, criando uma ferramenta dotada de autonomia financeira e administrativa¹¹. Em 1990, 4 anos após a entrada de Portugal na União Europeia, através da Lei 48/90, de 24 de agosto, é criada a “Lei de Bases da Saúde”. Além de introduzir, pela primeira vez, taxas moderadoras¹², com esta lei, *“a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”* (ponto 1, Base I). Entre 1995 e 2001 procurou-se reformar o SNS nos termos da Nova Gestão Pública (NGP) (Observatório Português do Sistema de Saúde. 2006; Sousa P. 2009). Em 1998, através do DL 97/98, de 18 de abril, procura-se obter mais eficiência em termos de gastos na saúde, e cria-se o “regime de celebração de convenções” entre o SNS e os prestadores privados – “[estabelecendo]:

(...) um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde. Trata-se de uma ferramenta que ainda se encontra em vigor atualmente e será crítica para solução metodológica do presente trabalho.

¹¹ Desde 1982 com o decreto-lei 357/82, de 6 de setembro, para dinamizar a aplicação as medidas tomadas

¹² Seguindo a alteração de um SNS de “gratuito” para “tendencialmente gratuito”. Alterado pela Lei 27/2002, de 8 de novembro e pelo DL 37/2022, de 27 de maio.

Em 1999, através do Decreto-Lei 157/99, de 10 de maio, são criados os centros de saúde de terceira geração. O processo de reforma da gestão pública nacional continua também nos anos seguintes, estabelecendo-se um novo regime de gestão hospitalar em 2002, através da Lei 27/2002, de 8 de novembro. Na alínea b) do n.º 1 do art.º 2, passaram a existir hospitais públicos de natureza empresarial¹³. Em 2003, é criada a rede de cuidados de saúde primários (decreto-lei 60/2003, de 1 de abril), que deve funcionar em articulação com a rede hospitalar e de cuidados continuados, trazendo um novo “nível” à prestação de cuidados de saúde nacional. Em 2005, no seguimento das alterações ao regime de gestão hospitalar, os hospitais S.A. são transformados em E.P.E. – Entidades Públicas Empresariais, através do Decreto-lei 93/2005, de 7 de junho. O objetivo seria continuar a melhorar o desempenho do SNS, dotando agora os hospitais E.P.E. de uma autonomia que os anteriores não tinham, na procura da eficiência e eficácia hospitalar. Em 2008, de modo a promover e reforçar a estabilidade dos cuidados primários, criam-se os agrupamentos de centros de saúde do SNS, os “ACES”, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Para promover a eficiência, estes agrupamentos foram dotados de autonomia administrativa e várias unidades funcionais de modo a prestar os cuidados de saúde primários às populações (preâmbulo do DL). Mais tarde, em 2015, através da Portaria 340/2015, de 8 de outubro regulamenta-se a Lei de Base dos Cuidados Paliativos, que havia sido criada em 2012, através da Lei 52/2021, de 5 de setembro. No ano seguinte é criado o Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto-Lei 49/2016. Trata-se de um órgão consultivo do Governo “*representativo dos interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde*” e deve dar orientações tendo em conta as melhores práticas no âmbito de saúde. Em 2024, pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro, são extintas as Administrações Regionais de Saúde, reforçando o papel centralizado do SNS, através da sua direção executiva. Com a extinção, deverá:

(...) resultar um modelo organizacional reforçado e mais eficaz, melhor ajustado à diversidade territorial e capaz de garantir a adequada prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

Enquanto o SNS evoluía, adaptando-se as necessidades do período, os subsistemas de saúde também seguiam o seu próprio trajeto.

Em 2021, de acordo com a entidade pública Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública (PLANAPP), disposto no “Relatório de Sustentabilidade Financeira da ADSE” (2024), o SNS era

¹³ Transformaram-se 36 estabelecimentos hospitalares em 31 sociedades anónimas (preâmbulo Decreto-lei 93/2005, de 7 de junho).

então “financiado através de mecanismo de proteção financeira (...) e pagamentos diretos realizados pelas famílias aos prestadores de cuidados de saúde”, além de impostos. O SNS também é composto por diversos subsistemas de saúde, públicos ou privados, bem como seguros de saúde privados. Nesse ano, apenas 3% do total da despesa em saúde correspondia aos subsistemas públicos, com destaque para a ADSE, responsável pela maioria desse valor.

Em 2022, no seguimento de pedido do Bastonário da Ordem dos Médicos, Silva et al, efetuaram um estudo demográfico relativamente aos especialistas de Ginecologia-Obstetrícia (GO) entre 2017 e 2018. Apesar de ter sido concluído, nos anos em estudo não existia carência imediata de recursos humanos, foi deixado o alerta, com base nos dados disponíveis (retirados do INE e com recursos a questionários) para o futuro – 66% dos especialistas têm mais de 55 anos e cerca de 85% dos especialistas com menos de 40 anos são do sexo feminino (Silva et al, 2022). No caso dos especialistas com mais 55 anos é relevante o facto de poderem solicitar para não serem integrados em serviços de urgência; no caso das especialistas do sexo feminino com menos de 40 anos, encontram-se em idade fértil, aumentando-se a incidências de ausência por licença de maternidade. Durante o período em estudo, revelando-se ainda atualmente, existiram diversas urgências de GO públicas fechadas, causando fortes constrangimentos à população principalmente durante os meses do verão. Estes constrangimentos estão relacionados com a falta de recursos humanos para completar as escalas de urgências, optando-se pelo encerramento do serviço para segurança dos utentes, que são reencaminhados para outros hospitais.

Um dos fatores que contribui para a escolha do local do parto foi a preocupação com a qualidade e controlo dos cuidados prestados, que se percebe superior no privado (Afonso V. 2019). Com a degradação do serviço público, esta perceção tem tendência a agravar-se. Afonso V. (2019) apurou a evolução dos partos no privado nos anos de 2000 e 2015. Houve um acréscimo de 8%, de 6% para 14% do total dos partos realizados em Portugal. A tendência continuou a revelar-se nos anos seguintes, atingindo cerca de 20% em 2024 (ERS.2025).

2.2. ADSE

2.2.1 – Evolução Histórica da ADSE

No preâmbulo do Decreto-Lei 45002, de 27 de abril de 1963, o legislador declara que existe atraso na previdência de cuidados de saúde aos funcionários do Estado. É com esta premissa, que através do documento o Estado cria a “Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado” - a ADSE inicialmente apenas para os beneficiários de

serviços da Administração Central do Estado. O objetivo era providenciar cuidados de saúde que outras profissões, privadas, já tinham acesso através de seguros privados. Através deste organismo e recorrendo a prestadores privados, o Estado procurava providenciar assistência médica e cirúrgica, através de várias valências, desde consultas a internamentos (nº 1 do artº. 4). Através do art.º 12, é mencionado que os beneficiários também serão responsáveis por parte dos custos dos cuidados de saúde, à semelhança dos outros seguros, sendo este peso decidido conforme o vencimento. Em 1964, através do Decreto-Lei 45688, de 27 de abril é publicado o regulamento da ADSE. Trata-se de um documento que expande e especifica o que já havia sido disposto na lei mencionada anteriormente. De notar que a prestação de cuidados estava circunscrita à área de residência, com algumas exceções. De acordo com o artº. 12, as participações seriam mais tarde descontadas no vencimento.

De acordo com Caetano M. (2018), existiram, ao longo dos tempos, diversas alterações ao organismo que incidiram em 3 eixos:

- a) “a concessão, alargamento e eliminação de benefícios;
- b) o funcionamento, financiamento e orgânica da ADSE;
- c) e as relações do subsistema com o Serviço Nacional de Saúde”.

Em 1980, o organismo é transformado na Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, através do Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro com o objetivo de “(...) *dotá-lo[s] dos meios materiais e humanos necessários e suficientes à prossecução, de modo adequado, dos seus objetivos*”, uma vez que se previa atingir 1 600 000 beneficiários no final desse ano. Mais uma vez, reforça-se e enumera-se os beneficiários abrangidos (alínea a) art.º 3):

Nos cuidados de saúde, o pessoal civil do Estado, na atividade ou aposentado, e seus familiares, incluindo o dos organismos dotados de autonomia administrativa, financeiramente autónomos ou a eles equiparados, e o pessoal das autarquias locais e, bem assim, o de outras entidades que a lei já contempla ou venha a contemplar.

Em 1985, através do Decreto-lei n.º 327/85 de 8 de agosto, dá-se uma expansão de beneficiários, passando-se a incluir também os docentes do ensino superior, privado ou cooperativo (art.º 5 com base no art.º 1), seguindo-se mais tarde, em 1988, através Decreto-lei n.º 321/88 de 22 de setembro, os docentes do ensino não superior. Em 2004, surge a tabela do Regime Livre, documento que ainda se encontra em vigor atualmente. De notar que até 2005, a pertença à ADSE (e respetivo desconto) era obrigatória para todos os funcionários do Estado que fossem contemplados. Neste ano, através do

Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, “É afastada a obrigatoriedade de inscrição na ADSE dos *funcionários e agentes* que a partir de 1 de Janeiro de 2006 ficam abrangidos pelo regime geral da segurança social, reconhecendo-lhes, porém, essa possibilidade em regime facultativo”. Ou seja, os funcionários passaram a poder escolher se queriam ser beneficiários da ADSE, uma vez que já contribuía, através de impostos, para o SNS. Foi também permitida também a inscrição de cônjuges em união de facto e os descendentes poderem continuar a ter direitos até aos 26 anos, desde que se encontrem a estudar e sem trabalho remunerado. Em 2010, através do OE de Estado desse ano, foi dada a possibilidade aos beneficiários para renunciar os seus benefícios, com carácter definitivo.

No seguimento de recomendação do Tribunal de Contas (TC), em 2016, seria criada a Comissão de Reforma da ADSE, através do Despacho n.º 3177- A/2016, de 1 de março, com o objetivo de contemplar “(...) *a revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro da Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), de acordo com o previsto no Programa do Governo e, tendo em conta, as Recomendações do Tribunal de Contas*”. Trata-se de uma alteração no seguimento das conclusões da Comissão de Revisão que tinha como objetivo assegurar a sustentabilidade do organismo com uma gestão técnica profissional e eficiente, procurando responder às preocupações e recomendações do TC. Os trabalhos resultariam na transformação da ADSE em Instituto Público, que aconteceria em 2017, através do Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, ganhando a denominação de Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P. (ADSE, I.P.). Passaria a ser “(...) *um instituto público de regime especial e de gestão participada, nos termos da lei e do presente Decreto-Lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio*” (art. º1), com “*jurisdição sobre todo o território nacional, com sede em Lisboa* (art. º2). Para este “novo” organismo foi atribuída a seguinte missão – “(...) assegurar a proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação” (art. º3, nº1). Nesta primeira iteração, ADSE seria tutelada pelo Ministério das Finanças e Ministério da Saúde (art. º8). Mais tarde, em 2019, “trocaria” o segundo pelo Ministério da Modernização do Estado e da Administração Pública (Decreto-Lei n.º 169-B/2019, de 3 de dezembro art.º 21, nº 6). Em 2020, a ADSE receberia um novo fluxo de beneficiários, proveniente da regularização dos trabalhadores precários do Estado, seguido de outro, em 2024, dos funcionários dos Hospitais E.P.E. com contrato individual de trabalho. Os funcionários das autarquias locais, já beneficiários, deixaram de “interagir” a ADSE através da sua entidade patronal, que cativava os descontos para mais tarde transferir para a ADSE

passando a fazê-lo diretamente. Esta tendência teria início já em 2018 com o mesmo procedimento, mas para beneficiários e organismos das regiões autónomas.

2.2.2 – Progressão de descontos dos beneficiários

No seguimento do OE de 1979 (Lei n.º 21-A/79, de 25 de Junho), nomeadamente o art.º 32, surge a primeira contribuição dos beneficiários para ADSE – O Estado estava a autorizado a “reter” 0,5% do vencimento, recebendo legislação própria através do Decreto-lei 183-L/80, de 9 de Junho; o desconto duplicaria, para 1% para os beneficiários no ativo, em 1981, através do Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, de modo a controlar as despesas; em 2007, no seguimento do art.º 46º da Lei 53-D/2006, de 29 de dezembro, o desconto passaria para 1,5% para os titulares no ativo e 1% para os aposentados, com aumentos anuais de 0.1% até atingir os 1.5%; em 2013, através do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, são implementadas novas alterações às contribuições, com o intuito de promover a autossustentabilidade do organismo, o contributo dos beneficiários aumenta para 2,25% (com algumas restrições para pensionistas com rendimentos inferiores ao RMMG, que já haviam visto o contributo aumentar para 1,5% em 2011). As entidades veriam o seu contributo a ser reduzido para 1,25%, comparativamente a 2,5%. Em 2014, chega-se ao nível atual de contribuição – 3,5%, totalmente financiado pelos beneficiários (art.º 46 da Lei n.º 30/2014, de 19 de maio), descontado sob 14 vencimentos anuais. Resumindo:

Quadro 2.1. Evolução dos Descontos dos Beneficiários para a ADSE

Ano	1979	1981	2007	2013	2014
Desconto (%)	0.5	1	1.5/1	2.25	2.5 e 3.5

Elaboração Própria. Fonte: Legislação.

A introdução do 0,5% revela a intenção do legislador para que fosse utilizado um modelo misto de comparticipação. Atualmente, com 3,5% ao encargo do beneficiário estamos perante um modelo de autofinanciamento, reforçando a sustentabilidade e o papel dos beneficiários na sua gestão, além da introdução do Conselho Geral de Supervisão.

2.2.3 – Atualidade

Em 2023 a ADSE contava com 1 318 848 beneficiários¹⁴ (Relatório de Atividades de 2023. Publicado em 2024), não contabilizando ainda os beneficiários das entidades E.P.E. que seriam adicionados em 2024. Do total, 943 954 são titulares (DL 118/83, de 25 de fevereiro e atualizações) e os restantes seus dependentes (dependentes da elegibilidade do titular). Cerca de 32,5% dos beneficiários encontravam-se entre 43 e 64 anos, mas a idade média situava-se nos 42 anos. Mais de metade dos beneficiários (659 570) pertence ou pertencia a uma entidade da Administração Central, sendo que quantidade similar se situava em Lisboa (294 962) ou no Porto (202 257), áreas geográficas onde se encontra a densidade mais elevada de prestadores convencionados. No ano de 2023, a ADSE contabilizou 806 804 244€ de receita, a maioria (746 091 83€) de contribuições de beneficiários, que descontam 3,5% do seu vencimento, conforme mencionado no ponto 2.2.2 (Relatório Atividades 2023. Quadro 30, rubrica R07). Analisando o restante quadro de execução orçamental (anexo NN), verifica-se que não existem valores na rubrica de “Transferência”, o que indica que a ADSE se financia exclusivamente através da sua atividade de negócio, não requerendo transferências da tutela para prosseguir com a atividade. Poder-se-á inferir, numa sem análise posterior, que a sua existência retira pressão financeira do Estado no campo da Saúde, pelo facto de também providenciar cuidados que não terão de ser realizados através do SNS. Atualmente, continua a ser enquadrada juridicamente como Instituto Público, mantendo a sigla ADSE, IP, sendo de momento tutelada pelo Ministério de Estado e das Finanças (Plano Atividades 2025).

Para prosseguir com a sua missão – “Assegurar a proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação”, a ADSE utiliza principalmente duas formas de providenciar acesso a cuidados de saúde aos seus beneficiários¹⁵:

*Regime Convencionado*¹⁶: Através de uma rede de prestadores convencionados, que cobram os cuidados de saúde base numa tabela convencionada (última versão de julho 2025). Nestes casos, o beneficiário e a ADSE comportam parte do custo total, com percentagem variável (o chamado copagamento).

¹⁴ Disponível em https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2025/03/Relatorio-de-Atividades-2023_V_final_18_04_2024.pdf. Com base na tabela 7, pág. 25. Até ao momento ainda não se encontra disponível o Relatório relativo ao ano de 2024.

¹⁵ À semelhança de seguros ou planos privados de saúde, como por exemplo, a “Médis”, que oferece as mesmas opções. In: <https://www.medis.pt/seguros-de-saude/saude-medis/>

¹⁶ A maioria da atividade da ADSE acontece através do Regime Convencionado – Relatório de Atividades 2023.

Regime Livre: Reembolso de cuidados médicos realizados fora da rede de prestadores convencionados. A ADSE reembolsa os atos com base no disposto na tabela do Regime Livre - Despacho nº 8738/2004, de 3 de maio.

2.2.4 – O Futuro da ADSE

De acordo com o “*Estudo sobre a Sustentabilidade Financeira da ADSE – Sumário Executivo*”, documento publicado em 2024, com base em diversos fatores como demografia, custos operacionais da ADSE ou atualizações no vencimento, entre outros, estima-se “que o equilíbrio financeiro seja atingido em 2041”. Ou seja, até 2041, a ADSE deverá continuar a apresentar excedente orçamental. No entanto, esta previsão não tinha em conta a introdução das regras 65 e seguintes da subtabela de cirurgia, presentes na versão de 1 de fevereiro de 2025 da tabela do Regime Convencionado, onde é introduzido o código 75000 - “EXCEDENTE DO COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO”, “aplicado quando o copagamento do beneficiário é superior a 500€ por episódio cirúrgico, sendo esse o valor máximo pago pelo beneficiário” (regra 65). Em termos práticos, significa que o encargo da ADSE, no caso dos episódios cirúrgicos, aumenta quando comparado com a versão anterior da tabela, ao contrário do que se verifica no caso dos beneficiários, que passam a pagar no máximo por diversos códigos relacionados com os episódios cirúrgicos. Uma vez que estas alterações não foram contempladas no estudo de sustentabilidade da PLANAPP, poderá existir um impacto extra, não previsto, podendo por causa as contas futuras da ADSE.

2.3 - Conclusões sobre a ADSE e o SNS

No seguimento do capítulo anterior, relativamente ao Estado Providência, podemos verificar que o SNS segue um modelo Beveridgiano, ou seja, universal e financiado por impostos. No entanto, sobram ainda algumas “práticas” do passado – os subsistemas públicos, que por seu lado, funcionam numa lógica do modelo Bismarckiano, com condições de acesso dependentes do emprego (neste caso, público). No presente, bem como no futuro, deparamo-nos com novos desafios, que devem ser abordados não só mediante os objetivos já instituídos, mas também tendo em conta os recursos disponíveis e previstos. Se, numa situação de pandemia, os Estados, maioritariamente, responderam positivamente, nas suas possibilidades ao desafio, deve-se agora ter em conta “o aumento da esperança de vida, envelhecimento progressivo da população, maior incidência e prevalência de doenças crónicas (...)” (Sousa P. 2009), bem como a evolução das técnicas de saúde (e os medicamentos) na elaboração de políticas de saúde e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, apesar de existir debate constante, perspetiva-se a continuação deste modelo de saúde híbrido, com

nuances tanto Bismarckianas como Beveridgianas. É importante também sublinhar que a ADSE sempre existiu em simultâneo com o SNS pelo nunca foi possível ou pertinente comparar concretamente um antes e um depois.

Capítulo 3 . Do Desenho da Investigação aos Resultados

3.1. Metodologia

3.1.1 – Nota introdutória

O presente trabalho adota uma metodologia de investigação *quantitativa*, focada em dados numéricos, com recurso a métodos e ferramentas estatísticas e bases de dados oficiais; *descritiva*, na medida em que se vai apresentar os factos com base nos dados atualmente disponíveis, não procurando, adicionar material extra ao objeto de estudo; *exploratória*, com o objetivo de se procurar apurar se existe uma influência de uma entidade na outra. Irá incidir sobre uma amostra reduzida e com alguns pressupostos que serão claramente expostos e explicados; e *avaliativa* dos custos tarifários e da pressão de procura sobre o SNS, com especial enfoque no papel desempenhado pela ADSE.

Não se trata, por conseguinte, de um estudo de eficácia clínica nem de causalidade, mas sim de uma análise comparativa baseada em séries temporais curtas (2019 - 2023).

3.1.2 – Questão de investigação

A questão de investigação ficou definida como “*Em que medida a ADSE reduziu a pressão sobre o SNS relativamente a consultas e partos entre 2019 e 2023?*” e originou a elaboração das seguintes hipóteses:

Hipóteses:

- H1 – A ADSE aliviou “fortemente” a pressão sobre o SNS nos casos das consultas e dos partos (ver quadro 3.1);
- H2 – A inexistência da ADSE faria com que a prestação de consultas e/ou partos entrasse em rutura (entendida como agravamento de incumprimentos nos TMRG no caso das consultas e agravamento de constrangimentos nos partos);
- H3 – A inexistência da ADSE faria com que as consultas e os partos aumentassem a necessidade de financiamento num valor igual ou superior a 5%;
- H4 – Os custos médios nas consultas e nos partos por paciente são mais eficientes na ADSE em comparação com o SNS;
- H5 – As consultas e partos por paciente são mais eficazes na ADSE em comparação com o SNS.

Onde:

Quadro 3.1. Nível de Impacto da ADSE na Sustentabilidade do SNS

Quota ADSE	≤ 5%	>5%; <15%	≥ 15%
Nível	Fraco	Moderado	Forte

Elaboração própria.

Optou-se por uma classificação em três níveis (fraco, moderado, forte), seguindo o critério do professor/orientador, por se tratar de uma medida de fácil leitura e com sentido substantivo na gestão em saúde. Escalas mais refinadas (ex.: tempos de espera em urgências) poderiam enriquecer a análise, mas ultrapassam o âmbito do presente estudo.

3.2. Documentos consultados

Além dos documentos mencionados de seguida, foram também obtidos dados diretamente da ADSE através de email, conforme descrito no presente capítulo.

3.2.1 – ADSE

3.2.1.1 – Tabela do Regime Convencionado – Documento publicado no site da ADSE¹⁷ que inclui códigos e designações dos cuidados, atos e apoios que são financiados ou comparticipados pela ADSE. Existe uma rede de prestadores convencionados que deverão cumprir as regras na tabela se quiserem manter a convenção. A cada ato é atribuído um código e respetiva designação e apresentado o valor do encargo tanto da ADSE como do beneficiário. A partir de setembro de 2021 os preços passaram a ser considerados “máximos” e não fixos (Regra Geral 6). A tabela do Regime Convencionado é atualizada regularmente para adicionar novos códigos e/ou atualizar valores.

3.2.1.2 – Tabela do Regime Livre - A tabela de Regime Livre da ADSE é um documento publicado através do Despacho n.º 8738/2004 (2.ª série), de 3 de maio. Trata-se de um regime que permite ao beneficiário a escolha de prestadores, normalmente fora da rede de convencionados, para a realização dos cuidados de saúde. A ADSE reembolsa o ato com base na percentagem ou preço máximo estipulado, após codificação com base nas regras da tabela.

¹⁷ <https://www2.adse.pt/sou-beneficiario/documentos-uteis/>

3.2.2 – SNS

3.2.2.1 – Termos de Referência ACSS – Documentos publicados anualmente pela ACSS e mais tarde pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS)¹⁸, que vêm “definir os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS” (DE-SNS. 2024) com o objetivo de assegurar a utilização eficiente, equitativa, transparente e sustentável de recursos públicos bem como o alinhamento das entidades publicas prestadores de cuidados de saúde com a política nacional nesta área. A contratualização tem por base tanto a explicitação do financiamento atribuído como dos resultados esperados, de forma transparente. Em termos práticos, trata-se um de documento que, para determinado ano, estipula os valores a transferir pelo Estado para uma entidade contratualizada (por ato ou conjunto de atos realizados).

3.2.2.2 – Tabelas de Preços das Instituições e Serviços do SNS - Documento publicado através da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que estabelece os regulamentos e os preços a praticar pelas instituições e serviços integrados no SNS. O documento define os valores aplicáveis tanto à atividade regular contratualizada como à produção adicional, cobrindo atos clínicos, hospitalares, urgência, ambulatório, internamento e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Tem como objetivo uniformizar preços, regular a faturação dos atos clínicos, apoiar o processo de contratualização e monitorização do desempenho das entidades prestadoras, promovendo equidade, transparência e eficiência na utilização dos recursos do SNS.

3.2.2.3 – Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) – Documento que:

Define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (art.º 1).

3.3. Métodos de recolha de dados

Foram recolhidos dados relativos tanto à quantidade como ao custo médio de consultas e partos, por ano, entre 2019 e 2023 a partir de fontes oficiais, através de bases de dados, documentos/relatórios públicos e/ou disponibilizados pelas entidades após requisição por email. No caso da ADSE, foram consultados os Relatórios de Atividade, Tabelas da Convenção e Regime Livre e foram solicitados (e disponibilizados) dados

¹⁸ Despacho n.º 12745/2022, de 3 de novembro

através de email relativamente aos partos e cesarianas¹⁹, para os respetivos anos; no caso do SNS, também foram solicitados dados à ACSS relativamente aos custos médios dos atos, sem sucesso, tendo sido “reencaminhado” para os “Termos de Referência de Contratualização” e tabela de Convenção do SNS (Portaria 207/2017) pela responsável.

A partir da versão do mês de setembro de 2021, os valores dispostos na tabela do Regime Convencionado passaram a ser considerados “preços máximos”²⁰ ao invés de fixos. No entanto, os prestadores faturam, por norma, o preço máximo tabelado, uma vez que não existem incentivos para redução de valores faturados. Foram também consultados os dados disponíveis no site transparencia.sns.gov.pt relativamente às quantidades. Conforme já mencionado anteriormente, a ADSE “presta os seus serviços” através de dois regimes – Convencionado e Livre, onde comparticipa parte do custo dos atos realizados nos prestadores convencionados previamente, pagando o beneficiário apenas a sua parte (comparticipação), ou reembolsa os atos pagos na totalidade, com base numa tabela, respetivamente.

A apresentação dos resultados distingue não só entre parto vaginal e cesariana, para ambas as entidades, mas também, mas os custos médios das consultas no SNS.

Tanto no caso da ADSE como no caso do SNS serão abordados os números totais, não sendo efetuada a distinção entre a especialidade das consultas - será abordado o total, por ano.

3.3.1 Consultas Médicas (anexo A):

3.3.1.1 – Quantidades de Consultas na ADSE:

No caso da ADSE, as quantidades das consultas foram obtidas através dos relatórios de atividade dos respetivos anos, disponíveis em “www2.adse.pt/instrumentos-de-gestao/”. O documento contém as quantidades de consultas comparticipadas ou reembolsadas através do Regime Convencionado e do Regime Livre, respetivamente. O documento disponibiliza, de forma direta, tanto a quantidade como o valor total pago por este tipo de atos, também em ambos os regimes. Para manter a coerência do estudo, não foram contabilizadas as consultas de urgência, denominadas de “AMP – Atendimento Médico Permanente” que se encontram destacadas no documento. No

¹⁹ Autorização disposta no Anexo SS

²⁰ Regra 6, da subtabela de Regras Gerais.

caso do Regime Livre, devido à codificação (apenas Consulta Médica - 110 ou de Psiquiatria - 120), foram utilizados os valores totais, não sendo possível distinguir as urgências.

3.3.1.2 – Quantidades de Consulta SNS:

No caso das consultas do SNS, foi consultado o site “transparencia.sns.gov.pt”. Trata-se de uma base de dados pública, na qual os dados são apresentados por unidade de prestação de cuidados de saúde (ou seja, por hospital ou centro de saúde), por mês e por ano. De acordo com o que se encontra disponível nas especificações do site, a fonte principal é a ACSS. Foram retirados os dados relativos aos anos em estudo, com base no disposto no mês de dezembro de cada ano, uma vez que as tabelas dispõem os dados de forma cumulativa.

3.3.1.3 – Custo Médio Consulta ADSE

Apesar de, através dos relatórios de atividade dos respetivos anos, ser possível obter o custo total real da entidade em participações e reembolsos de consultas, dada a impossibilidade de obter o valor total despendido em consultas em entidades do SNS, abdicou-se do valor médio concreto de modo a ser possível equiparar o cálculo dos custos médios entre as duas entidades. Optou-se pelo valor médio por consulta com base nos valores tabelados, sem o valor do código de AMP. As médias foram calculadas por ano (anexo A), sendo consultadas todas as tabelas em vigor durante o período em estudo, sem contabilizar o valor dos AMP²¹.

3.3.1.4 – Custo Médio Consultas SNS

Os dados obtidos são relativos apenas a consultas externas dos hospitais, ou seja, casos em que existe efetivamente consulta marcada no calendário e consultas realizadas nos centros de saúde. Não se contempla as consultas de urgência e as consultas realizadas durante o internamento, pelo que os valores reais poderão ser superiores. Para apurar o custo médio por consulta no SNS foi necessário recorrer aos “Termos de Referência” para contratualização de cuidados de saúde no SNS, na ausência de resposta concreta por parte da ACSS. Trata-se de um documento onde se “estabelecem os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados

²¹ Versões de abril 2018, setembro 2021 e janeiro 2022.

de saúde no SNS” (ACSS.2024). Neste documento encontram-se presente os valores pagos pelo SNS aos hospitais, com as respetivas considerações e regras. Não foi possível obter os valores pagos por consulta nos cuidados de saúde primário, pelo que, para estes, se irão assumir os valores dos termos de referência hospitalares.

A entidade responsável dividiu os diversos centros hospitalares em diversos grupos (entre A e G + *Psiquiátricos*), tendo atribuído depois um valor pago por consulta a cada. Os centros hospitalares foram agrupados por com base na “heterogénea tipologia de serviços” (ACSS.2024). O valor pago por consulta varia com base nos grupos:

Quadro 3.2. Valor de Referência por Consulta (2023):

Grupo	A	B	C	D	E	F	G	Psiquiátricos
Preço (€)	42	45	49	76	79	118	124	109

Elaboração própria. Fonte: Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2023.2022. ACSS.

Uma vez que, na ADSE, o valor por especialidade está tabelado e apresenta valores aproximados por tipo de consulta, foi necessário efetuar uma distinção no cálculo da média do custo por consulta do SNS - Serão apresentados 2 valores distintos, com e sem os grupos com valor mais elevado, devido às suas especificidades. Optou-se por destacar os grupos F – hospitais oncológicos de referência; G – Hospital Rovisco Pais, especializado em ambulatório de Medicina Física e de Reabilitação; e os Hospitais Psiquiátricos, devido ao valor superior contratualizado por consulta²², comparativamente aos restantes hospitais, conforme disposto na tabela 3.2. Os dados serão apresentados como custo médio total e custo médio simples (sem o grupo F, G e Psiquiátricos)²³. Deve-se, no entanto, ter em conta outra situação mencionada nos Termos de Referência, face à indisponibilidade dos dados do valor total pago por consultas no SNS: “(...) incentiva-se pela via do financiamento a adoção de soluções locais que contribuam para a melhoria dos tempos de resposta, pelo que as primeiras consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários através do SIGA, terão o seu preço majorado em 10%, no ano de 2022” (ACSS.2024). Ou seja, cumpre esclarecer que se trata de valores de referência e poderão não corresponder ao valor real.

²² Também devido às especialidades e especificidades, com incidência mínima ou nula nos Cuidados de Saúde Primários.

²³ Anexo A.

3.3.2 - Partos (anexo B):

3.3.2.1 - Quantidade Partos ADSE:

Para obter o nº de partos comparticipados ou reembolsados pela ADSE, foi necessário solicitar os dados à entidade. O pedido foi realizado diretamente à Exma. Sra. Dra. Presidente do Conselho Diretivo, Maria Manuela Martins, tendo sido disponibilizados, mais tarde através de email, por um colaborador da instituição após autorização superior²⁴. Os partos no Regime Convencionado são comparticipados através de códigos de preço fechado onde já estão incluídas as diárias. Foram disponibilizadas as quantidades, por ano, de cada um dos códigos, obtendo assim o valor total. Relativamente ao Regime Livre, também foram obtidos os dados por ano e por quantidade. Os dados são apresentados na totalidade, à semelhança das consultas. De acordo com os dados da tabela da Convenção e do Regime Livre, os partos apresentam as seguintes tipologias: Eutócico, Distócico e Cesariana (com adicional para gemelar no Regime Convencionado e diferenciação desta no Regime Livre²⁵).

3.3.2.2 – Quantidade Partos SNS:

A quantidade de partos realizados no SNS foi obtida de forma similar ao caso das consultas – através do site transparência.sns.gov.pt. A mesma confirmação de apresentação de dados de forma cumulativa também se aplica a esta situação, tendo sido considerado também o mês de dezembro, de cada unidade hospitalar, por ano em estudo (Anexo A). Não se podem efetuar inferências relativamente aos dados apurados, uma vez que no caso do SNS, existe um programa de incentivo para a redução do nº de cesarianas, com compensação financeira para os hospitais que reduzam os custos. No caso da ADSE não existe nenhum programa específico para a redução deste tipo de procedimento, pelo que os prestadores deverão atuar conforme a necessidade e vontade de ambas as partes.

²⁴ Os dados foram retirados da base de dados interna da ADSE, pesquisados com base nos respetivos códigos das tabelas de Regime Convencionado e Regime Livre e os anos em estudo. Foram apenas selecionadas situações em que os atos foram efetivamente pagos (“Aceite”, no caso do Regime Convencionado e “Pago”, no caso do Regime Livre).

²⁵ Normal, com Histerectomia total ou sub-total

3.3.2.3 – Custo Médio Partos ADSE

A ADSE disponibilizou, após contato por email, os valores totais reembolsados e/ou compartilhados relativamente aos partos²⁶ no período em estudo. No entanto, para se equiparar as médias entre as duas entidades, optou-se por analisar uma média derivada através dos valores disponíveis na tabela do Regime Convencionado e uma média do valor dos atos reembolsados através do Regime Livre²⁷. Foi realizada uma média tanto para os partos no total como para apenas as cesarianas, por ano, que depois foi utilizado para se obter a média final. Do Regime Convencionado, foram utilizados os valores de todas as tipologias de parto menos o adicional “gemelar” por não ser equiparável à tabela do SNS, com base nos dados obtidos (180€ por gemelar). No caso do Regime Convencionado, uma cesariana contempla todos os honorários, consumos, medicamentos e internamento durante três dias, tanto para a mãe como para o recém-nascido; no caso das outras tipologias, a única diferença é a quantidade de diárias, que são duas. Os prestadores podem faturar diárias extra, antes ou depois do período incluído; no caso do Regime Livre, os atos são codificados (pela ADSE) à linha (honorários, consumos, entre outros).

3.3.2.4 – Custo Médio Partos SNS

Mesmo após diversos contatos, não foi possível obter o valor concreto total despendido pelo SNS em partos nos respetivos anos, pelo que foi necessário recorrer às “Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde”, publicadas através da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho. Uma vez que não houve forma de chegar a um valor médio concreto despendido por parto, e de modo a equiparar a recolha e obtenção do valor médio com os dados da ADSE, foram escolhidos os valores dispostos na tabela “GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério”, utilizando-se os valores médios para os partos no total e apenas das cesarianas, considerando todos os níveis de severidade apresentados. Para se obter estes valores médios, foi acedida a versão mais recente da tabela de 2017, através dos links disponíveis no site do Diário da República²⁸. Uma vez que a tabela se encontrou em vigor durante todo o período do estudo, sem atualizações, os valores mantiveram-se constantes durante os 5 anos em

²⁶ Teria sido possível obter uma média real do valor pago por parto nesta entidade

²⁷ Com base nos dados disponibilizados. Ao contrário de no caso do Regime Convencionado, os partos não funcionam como preço fechado no Regime Livre, ou seja, cada valência é codificada individualmente, pelo que não se consegue obter um valor concreto por unidade

²⁸ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157>

estudo. Cumpre também esclarecer que foram apenas utilizados os valores diretamente relacionados com as denominações de parto ou cesariana, uma vez que existem diversas linhas que poderão estar relacionadas com o procedimento/episódio dos partos (para manter a coerência e equivalência com os valores obtidos através das tabelas da ADSE).

3.4. Técnicas/métodos de processamento de dados

Dada a curta série temporal (2019–2023), os testes paramétricos apresentam limitações de poder estatístico, tendo-se recorrido ao teste *T de Student*, ao teste de *Wilcoxon* e ao Estimador *Hodges-Lehmann* de modo a assegurar maior validade dos resultados (em contextos de amostras pequenas e sem garantia de normalidade). Privilegiou-se a interpretação substantiva das diferenças em termos de custos e procura, em detrimento de uma leitura centrada apenas nos valores de p .

3.4.1 - Teste *T de Student* - Teste estatístico paramétrico usado para determinar se há uma diferença significativa entre as médias de duas amostras independentes. Esse teste é adequado para dados contínuos e é amplamente utilizado em muitas áreas, incluindo “ciências sociais, medicina, negócios e engenharia”. Trata-se de uma ferramenta estatística eficaz mesmo se as suposições do teste não forem completamente atendidas.

3.4.2 – Teste *T de Wilcoxon* – Método não-paramétrico para comparação de duas amostras pareadas. Utilizado em amostras sem o tamanho necessário para o Teste *T de Student*. Neste caso, o teste de *Wilcoxon* será utilizado como complemento ao teste *t*, assegurando que os resultados não são apenas produto de pressupostos estatísticos de normalidade e homogeneidade de variâncias. Ao recorrer também a esta técnica estatística, garante-se uma dupla abordagem à análise dos dados.

3.4.3 – Estimador de *Hodges-Lehmann* – Estimador não paramétrico de medição de medianas, associado ao teste *Wilcoxon*.

Foi utilizado o *Excel* para organização dos dados recolhidos e o programa *IBM SPSS* para realização do teste *T de Student* e do teste *T Wilcoxon*.

3.5. Considerações finais sobre o processo de recolha

As valências em estudo poderão não revelar a totalidade dos encargos extra que o SNS teria caso a ADSE fosse extinta. Por exemplo, uma consulta poderá resultar num tratamento prolongado, internamento ou procedimento cirúrgico dispendioso. O mesmo para o caso dos partos, que acaba por “adicionar” outro beneficiário ao sistema, podendo gerar gastos futuros, não contabilizados. Também as outras valências poderiam pesar no total do financiamento do SNS, podendo dar-se o caso de agravamento de incumprimentos já existentes decorrentes do aumento da procura. Para se poder apurar, de forma mais abrangente, o impacto possível da ADSE SNS seria benéfico efetuar, como complemento, um estudo qualitativo aos atuais beneficiários da ADSE, questionando se, caso a ADSE fosse extinta, iriam depender totalmente do SNS ou iriam aderir a um plano ou seguro de saúde, de forma a colmatar o apoio perdido.

Neste caso, seria também útil apurar as diferenças entre um seguro privado e ADSE de modo a verificar se existiria perda de qualidade de cuidados de saúde. De acordo com Kullberg et al (2025), em Inglaterra, um dos principais motivos para a recorrer a seguros privados comparativamente ao serviço público foi o tempo de espera na marcação de atos, que era reduzido, quando comparado. No caso da ADSE, alguns prestadores de saúde apresentam menos vagas quando comparado com os seguros privados, que praticam valores mais elevados (colocaria a ADSE num “meio termo” entre esta e o SNS, uma vez que o tempo de espera seria sempre inferior ao serviço público). Foram utilizados diversos pressupostos para se conseguir obter valores concretos para avançar com a análise - tiveram também de ser adaptados valores reais de uma entidade de modo a poderem ser equivalentes com os da outra entidade, na qual não foi possível obter dados concretos.

Os testes estatísticos foram realizados com base nos dados dos Anexos A e B e serão apresentados no capítulo seguinte.

Sendo funcionário da instituição, declara-se que ADSE apenas disponibilizou os dados, não tendo promovido ou interferido com a definição, análise e interpretação de resultados (anexo UU).

Capítulo 4 . Apresentação, Interpretação e Discussão de Resultados

4.1. Considerações iniciais

Devido ao número reduzido de anos em estudo, o poder estatístico dos dados apresentados é muito baixo e a suposição de normalidade não é possível de verificar. Por este motivo, o valor de “p” apresentado na tabela 4.2 é informativo e não decisivo, mas será incluído na análise. Também deverá ter-se em consideração que a análise foi realizada com base nos valores publicados e com base em vários pressupostos já descritos anteriormente.

A análise preliminar das séries indica que (Anexos A e B):

Consultas: Mantiveram-se relativamente estáveis, com queda em 2020 devido à pandemia e recuperação subsequente; custo-médio na ADSE estável; SNS calculado a partir de tabelas oficiais, com pequenas variações entre grupos hospitalares.

Partos: Tendência semelhante, com ligeiro decréscimo em 2020 e recuperação nos anos seguintes; cesarianas mais frequentes na ADSE (76%) que no SNS (29%);

4.1.2. Apresentação de resultados

Quadro 4.1. Médias das valências em estudo 2019-2023 (Outputs SPSS)

Valência	Média ADSE	Média SNS	Diferença Média ²⁹	Proporção Quota ADSE (%) ³⁰
Consultas (n)	3 290 862	14 883 372,2	-11 592 455.2	22 18,11
Partos (n)	1657	66 790	- 65 133	2,5 2,4
Cesarianas (n)	1201	20 434	- 19 233	5,9 5,5
CMT Consultas (€)	17,76	75,45	- 57, 69€	23,54
CMS ³¹ Consultas (€)	17,76	54, 44	- 36,68	32,62
CM Partos (€)	1626,29	2039,04	- 520,75	20,25
CM Cesarianas (€)	1602,56	2040,05	- 1237, 94	21,45

Elaboração própria. Fonte: Dados obtidos e relatórios de atividade ADSE, Transparência GOV e Tabela Convenção SNS, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes (€) dos respetivos anos. Deflator: IPC Total

²⁹ ADSE - SNS

³⁰ ADSE(n)+SNS(n) | ADSE(n) / (ADSE(n)+SNS(n)); Diferença direta nos custos-médios.

³¹ CMT/S – Custo Médio Total/Simples

Quadro 4.2. Testes estatísticos. Resultados 2019-2023 (Outputs SPSS)

Valência	Diferença Média (t)	IC 95% t	t	r	P (T test)	Z/p(Wilcoxon)	HL ³² Diferença Mediana	IC 95% HL
Consultas (n)	- 11 592 455,20	- 12 052 599,21 - 11 132 311,19	- 69,94	0,918	< 0,001	2,023 0,43	11 593 395,5	11 123 702 11 981 360
Partos Total (n)	- 65 133,40	- 69 681,51 - 60 585,28	- 39,76	- 0,767	< 0,001	2,023 0,43	64 722,500	61 414 70 611
Cesarianas (n)	- 19 233,60	- 20 321,41 -18 142,78	- 48,95	0,92	< 0,001	2,023 0,43	19 170	17 916 20 181
CMT Consultas (€)	- 57,69	- 61,87 - 53,51	- 38,31	0,62	< 0,001	2,023 0,43	57,530	52,680 61,900
CMS Consultas (€)	- 36,67	- 39,88 -33,46	- 31,72	0,623	< 0,001	2,023 0,43	36,450	32,900 39,850
CM Partos Total (€)	- 520,75	-565,26 -476,24	- 32,48	0,973	< 0,001	2,023 0,43	517,885	473,970 560,450
CM Cesarianas (€)	- 1237,93	- 1 602,90 - 872,96	- 9,41	-	< 0,001	2,023 0,43	1 022,360	1 022,36 1 732,100

Elaboração própria. Fonte: Dados obtidos e relatórios de atividade ADSE, Transparência GOV e Tabela Convenção SNS, Termos de Referência ACSS dos anos em estudo. Valores a preços constantes (€) dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

4.2. Análise, Interpretação e Discussão de Resultados

Reforçando-se o que já se havia exposto no ponto 3.3, considerado o reduzido número de pontos temporais (2019–2023), os testes utilizados apresentam poder estatístico limitado, sendo os valores de p apresentados apenas indicativos. A análise deve, por isso, centrar-se nos intervalos de confiança e nas medidas de efeito, que permitem avaliar a magnitude e relevância substantiva das diferenças observadas. Os resultados do teste de Wilcoxon, apresentados no quadro 4.2, deverão fornecer uma alternativa viável em contextos de amostras pequenas e distribuição não normal, apoiados pelos resultados do teste Hodges-Lehmann.

Analisando os resultados dos testes *T de Student*, *Wilcoxon* e *Estimador Hodges-Lehmann* (tabela 4.2), é possível apurar que ambas as entidades se comportam de forma similar, ou seja, quando uma das valências aumenta numa das entidades, a outra

³² HL = Teste Hodges Lehmann

comporta-se da mesma forma, à exceção de no caso da quantidade de partos (com base na correlação).

4.2.1 – Quantidades (H1; H2)

Relativamente à quantidade de consultas, a diferença média é elevada (-11 592 455,20; IC 95%: -12 052 599,21; -11 132 311,19; o IC não inclui zero), consistente e estatisticamente significativa com base no resultado do teste T ($t = -69,947$; $p < 0,001$), mas sem significância no caso do teste de Wilcoxon ($z = 2,023$; $p = 0,43$) com cerca de -11,6M de consultas a menos no caso da ADSE (quadro 4.2) Recorrendo ao estimador de Hodges-Lehmann (HL), verifica-se uma diferença robusta de 11,59 milhões de consultas (IC95%: 11,12M; 11,98M). Com uma média apurada de cerca de 3.3M de consultas anuais (quadro 4.1; Anexo A), a inexistência da ADSE resultaria num aumento de cerca de 20% no volume deste tipo de atos para o SNS, cerca de um quinto do total. Com base no estabelecido no quadro 3.1, poder-se-á afirmar que a quantidade de consultas da ADSE, a serem adicionadas ao volume médio destas valências no SNS, poderá ter um impacto considerado “Forte” (ou seja, superior a 15%).

No caso dos partos no total, a diferença média obtida foi de -65 133 unidades (IC 95% não inclui zero) entre as duas entidades, revelando-se uma incidência consideravelmente superior deste tipo de atos no SNS (quadros 4.1 e 4.2), com uma diferença é estatisticamente significativa no caso do teste T ($t = -39,76$; $p < 0,001$), mas sem significância no caso do teste de Wilcoxon ($Z = 2,023$; $p = 0,43$). Com base no estimador de HL, verifica-se uma diferença mediana robusta de 64 722 partos (IC95%: 61414; 70611). A quantidade de partos realizados recorrendo à ADSE corresponde a apenas cerca de 2,5% dos partos realizados em entidades do SNS (Quadro 4.1; Anexo A), revelando um impacto que, numa primeira instância, se revela mínimo em caso de absorção dos atos da ADSE. Com base no quadro 3.1, poder-se-á considerar o impacto “Fraco”. No entanto, face à situação atual do SNS no caso da especialidade de GO, a percentagem, apesar de mínima ou fraca, poderá ter um impacto real consideravelmente superior ao estimado.

Especificamente no caso das cesarianas, a percentagem duplica comparativamente aos partos no geral, atingindo-se cerca de 6%. A diferença média é de -19 233 atos (IC95% não inclui 0), estatisticamente significativa no caso do teste T ($t = -48,95$; $p < 0,001$; IC não inclui zero), mas sem significância no caso do teste de Wilcoxon ($z = 2,023$; $p = 0,43$). Novamente, o estimador de HL apontou para uma diferença típica robusta de 19 170 cesarianas (IC95%: 17 916; 20 181). Este resultado (duplicação de incidências) poderá estar relacionado com os esforços do SNS para reduzir o nº de

cesarianas, com programas que não existem no privado e consequentemente sentidos na ADSE. O impacto revela-se “Moderado” com base no quadro 3.1, (mas pouco acima do limite do intervalo), relativamente às quantidades, sem considerar as dificuldades atuais do SNS neste tipo de especialidades. A diferença entre as médias mantém-se estatisticamente consistente.

Entendendo-se “rutura” (H2) como o agravamento de incumprimentos já existentes nos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no caso das consultas e agravamento dos constrangimentos atuais no caso dos partos, e com base nos relatórios da ERS entre 2019 e 2023, verificou-se que, *à priori*, uma média de 43% de primeiras consultas hospitalares foram realizadas fora do prazo legalmente estabelecido (no SNS), variando entre 38,7% (2019) e 59,2% (2023)³³. Embora os TMRG sejam respeitantes apenas às primeiras consultas hospitalares pedidas pelos cuidados de saúde primários (este estudo inclui também consultas nos centros de saúde), estes valores constituem um indicador objetivo da pressão sobre o sistema, ainda que não vinculativo. Assim, a eventual absorção da procura atualmente dirigida à ADSE (cerca de +20% de consultas face ao volume do SNS) tenderia, à partida, a agravar incumprimentos já sistemáticos. O agravamento deverá ser mais sentido em especialidades onde os incumprimentos já ultrapassam de forma consistente o limiar de 50% (ex.: cardiologia e oncologia, ERS 2020–2023).

Em síntese, a análise às quantidades evidencia que, no caso das consultas, o contributo da ADSE corresponde a cerca de 20% do volume médio anual do SNS, valor classificado como de impacto “Forte” e que justifica investigações futuras já desagregadas por especialidade, sobretudo naquelas em que os TMRG já apresentam incumprimentos no período em estudo (por exemplo, cardiologia, com mais de 80% de consultas fora do prazo em 2020, segundo dados da ERS). No caso dos partos, as diferenças quantitativas não permitem antever um agravamento com base apenas no volume (impacto “Fraco” e “Moderado”). Contudo, dado tratar-se de um ato clínico de natureza única, de elevada complexidade e com forte dependência de recursos humanos especializados, a sua análise não pode ser efetuada unicamente à luz dos TMRG, mas sim integrada no contexto mais amplo da capacidade assistencial dos hospitais, mais concretamente das especialidades de GO.

³³ Anexo C

4.2.2 – Custos Médios e Eficiência (H3; H4)

Os valores utilizados que deram origem às médias apresentadas dizem respeito a preços máximos (na ADSE a partir de setembro de 2021), sendo que se assumiu que as entidades intervenientes cobraram o valor máximo possível (Anexo A; quadro 4.1). Relativamente ao *Custo-Médio Simples* (CMS) das consultas, a diferença é estatisticamente significativa e consistente no caso do Teste T ($t = -31,712$; $p < 0,001$; o IC não inclui zero), novamente sem significância no caso do teste de Wilcoxon ($Z = 2,023$; $p = 0,43$). O estimador de HL apontou para uma diferença típica robusta de 36,45€ (IC95%: 32,90€; 39,85€), enquanto apresenta uma correlação moderada ($r = 0,62$), observando-se a diferença média de -36,67€ (IC95% não inclui 0) entre as entidades (quadro 4.2), com a ADSE a praticar valores mais reduzidos comparativamente com o SNS. Tendo em conta a diferença entre os custos médios por consulta nos dois sistemas, é possível estimar que, caso o SNS tivesse de assumir o volume de consultas atualmente coberto pela ADSE, isso implicaria um aumento na despesa pública de cerca €180 milhões por ano³⁴. Estimando, também com base nos dados obtidos, que o investimento anual do SNS nesta área ronda, em média, os 810 milhões de euros, este acréscimo corresponderia a cerca de 22% de crescimento no esforço financeiro necessário. Face a estes valores, concluiu-se que o impacto seria quatro vezes superior ao limiar de 5% estabelecido na hipótese 3, permitindo a sua confirmação com base nos dados disponíveis. No caso do *Custo-Médio Total* (CMT), apesar de diferença média superior, perto do dobro – 57,69, o impacto continuaria a ser de cerca de 22% (quadro 4.2), confirmando-se também a H3. Continua-se com uma diferença estatisticamente significativa e consistente ($t = -38,31$; $p < 0,001$; o IC não inclui zero), mas sem significância no caso do teste de Wilcoxon ($Z = 2,023$; $p = 0,43$), novamente consistente com base nos resultados do estimador de HL, no valor de 57,53€ (IC95%: 52,68€; 61,90€). Considerando o conceito de eficiência como a capacidade de obter mais output com o menor uso de recursos, na ADSE, com base nos dados disponíveis, pode-se considerar que os custos médios por consulta por utente/paciente são mais eficientes que no SNS, validando-se também a hipótese 4. No caso dos partos no total, com base nos dados dos quadros 4.1 e 4.2, verifica-se uma diferença média de -520,75€, estatisticamente significativa e consistente ($t = -32,48$; $p < 0,001$), sem significância no caso de Wilcoxon ($Z = 2,023$; $p = 0,43$), pode-se também afirmar que a ADSE é mais eficiente que o SNS, com diferenças de custo médio de -520,75€ respondendo à H4, reforçado por um estimador de HL de 517,88€ (IC95%: 473,97€; 560,65€). Então, se o SNS absorvesse os partos da SNS, teria um acréscimo de cerca

³⁴ Quantidade ADSE x Custo-Médio SNS

de 3,38M€, em média por ano, claramente inferior aos 136M€ despendidos pelo SNS - cerca de 2,5%. Ou seja, não se valida a H3, mas a situação é afirmativa no caso da H4. No caso das cesarianas, existe um aumento nos resultados obtidos. Ora, com base nos dados dos quadros 4.1 e 4.2, verifica-se também uma diferença média de -1 237,93€ ; IC 95%: -1602,90; -872,96), estatisticamente significativa e consistente ($t = -9,41$; $p < 0,001$), sem significância no caso de Wilcoxon ($Z = 2,023$; $p = 0,43$), pode-se também afirmar que a ADSE é mais eficiente que o SNS, com diferenças de custo médio de -1237,93€ respondendo à H4, reforçado por um estimador de HL de 1022,36€ (IC95%: 1022,36€; 1732,10€). Com uma diferença de custo médio de ser do dobro, no caso das cesarianas, a percentagem sobe para cerca de 6%, validando-se tanto a H3 como a H4.

Resumindo, com base nos dados recolhidos, a inexistência da ADSE resultaria no aumento no do financiamento do SNS em mais de 5% no caso das consultas (cerca de 20%) e cesarianas (cerca de 6%), mas não no caso dos partos (2,56%). Relativamente aos custos-médios, valida-se a Hipótese 4 em todas as valências em estudo.

Uma vez que foram adotados os pressupostos mencionados anteriormente, não se pode afirmar com precisão que a ADSE pratica preços mais eficientes que os do SNS. A título de curiosidade, se considerarmos os dados do ano de 2023 (anexo A), no caso da ADSE, foram realizadas 3 327 554 consultas entre ambos os regimes. Conforme já mencionado anteriormente, recorrendo ao Relatório de Atividade da entidade, é possível obter os custos por valência, por ano, na ADSE. Com base na página 34 deste documento e no anexo A, verifica-se que a ADSE despendeu efetivamente 78 546 164M€ para realizar 3 716 406 consultas, resultando no custo médio efetivo, por consulta, de 21,13€. Comparando com os dados do quadro 4.1 e 4.2, é possível verificar que o custo médio (ambos) por consulta obtido é superior ao que se obteve com base os pressupostos já mencionados anteriores em cerca de 4€. Assumindo e extrapolando este valor, sem alteração nos custos e quantidades das consultas no SNS, ainda seria possível verificar tanto a hipótese 3 como a 4 – resultaria num aumento de financiamento em mais de 5% e o custo médio continua inferior, com 21,13€ vs. 54,44€ ou 75,45€.

4.2.3 – Eficácia (H5)

Recorrendo aos dados disponibilizados, não foi possível analisar a hipótese 5. Ao, considerar que o conceito de eficácia “(...) reporta à relação entre os objetivos e os fins (...)” (Viana, 2010, in Ferreira M. 2012), não temos como chegar a essa conclusão apenas com os dados disponíveis.

Podemos, no entanto, ter em conta as seguintes considerações: a) com base nos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), no segundo semestre de 2022,

46% das consultas das primeiras consultas de oncologia foram realizadas fora do prazo previsto, enquanto, no caso das consultas de cardiologia, o prazo foi ultrapassado em 89% dos casos (ERS. 2023). Tendo sido as consultas efetivamente realizadas, ainda que fora do TMRG, terá sido o SNS ineficaz ou apenas ineficiente? *b)* uma vez que na ADSE os beneficiários tiveram, em média, o triplo das consultas por ano comparativamente ao SNS, poder-se-á inferir que a ADSE consegue ser mais eficaz no acesso às consultas médicas, mas que necessitam de existir três consultas para tratar um caso que no SNS foi resolvido com apenas uma. Ou terá o SNS sido incapaz de dar o acompanhamento necessário aos seus utentes, pondo em risco o seu tratamento?

4.3. Conclusões parciais

Em suma, os resultados confirmam parcialmente a H1 (consultas), são inconclusivos na H2, confirmam parcialmente H3 (consultas e cesarianas), validam H4 em todos os casos e deixam a H5 em aberto, carecendo de mais dados e abordagens metodológicas.

Conclusão

O presente estudo procurou constituir uma primeira abordagem à análise da coexistência e das sinergias entre a ADSE e o SNS. O facto de a ADSE, um subsistema público, ter sido criado previamente ao SNS, torna-a um caso único no panorama internacional. As comparações são ainda dificultadas pelo facto de a literatura disponível ser centrada sobretudo na relação entre seguros privados e sistemas públicos, na ótica de satisfação dos utilizadores ou na sustentabilidade do subsistema.

Com base nos dados obtidos e analisados entre 2019 e 2023, concluiu-se que a ADSE contribuiu para aliviar a pressão sobre o SNS, não obstante a utilização de certos pressupostos, situando-se entre fraco e forte consoante a valência considerada. No caso das consultas, a ADSE representaria cerca de 20% adicionais face ao volume do SNS, impacto classificado como “Forte”, ainda que insuficiente para aferir que alteraria a sustentabilidade global do sistema. Já no caso dos partos, o contributo da ADSE é quantitativamente reduzido, embora a especificidade clínica da obstetrícia e os constrangimentos atuais do SNS nesta área possam conferir-lhe um peso relativo superior ao sugerido pelos números absolutos. Assim, a hipótese de alívio de pressão (H1) confirmou-se apenas parcialmente. No que respeita à Hipótese 2, verificou-se que entre 2019 e 2023, em média 43% das primeiras consultas hospitalares foram realizadas fora do prazo legal, o que significa que a absorção da atividade atualmente coberta pela ADSE tenderia, pela lógica, a intensificar este incumprimento, sobretudo em especialidades críticas como cardiologia ou oncologia (ou seja agravamento de incumprimentos já sistemáticos), apenas com base na soma das quantidades médias.

No caso dos partos, apesar de ter incidência reduzida, tendo em conta o estado atual ao nível das urgências hospitalares, poderá existir aumento dos constrangimentos. Relativamente ao impacto financeiro (H3), verificou-se, no caso das consultas a absorção pela ADSE representaria um aumento superior ao limiar de 5% da despesa do SNS. Já no caso dos partos, embora os custos médios sejam mais elevados no SNS, o peso relativo da ADSE no volume total é demasiado reduzido para atingir esse limiar, ao contrário do caso das cesarianas, que ultrapassam o limite por um ponto percentual. A hipótese de eficiência (H4) confirmou-se em todas as valências estudadas, uma vez que os custos médios por ato se revelaram consistentemente inferiores na ADSE, (tendo em conta os pressupostos metodológicos adotados). Por fim, a hipótese relativa à eficácia (H5) não pode ser testada diretamente, embora os dados apontem para uma maior frequência de consultas por beneficiário na ADSE, aspeto que carece de investigação futura para ser devidamente validado. Deve-se, no entanto, ter em conta que os resultados não deverão ser interpretados como uma equivalência direta entre as duas, sendo apenas uma comparação económico-financeira.

Este estudo enfrentou diversas limitações, desde logo pela indisponibilidade de dados detalhados do SNS e pela necessidade de recorrer a pressupostos no cálculo de custos médios, o que poderá ter condicionado parte das conclusões. O foco em apenas duas valências - consultas e partos (apesar de relevantes) não permite extrapolação automática para o conjunto da atividade, e a curta série temporal considerada (2019-2023) constitui outra limitação relevante, sobretudo porque inclui dois anos fortemente condicionados pela pandemia da COVID-19, que reduziu a atividade assistencial em ambos os sistemas. Acresce ainda que as diferenças de *casemix* e de incentivos entre ADSE e SNS, particularmente na área da obstetrícia (incentivos para redução de cesarianas no SNS), não puderam ser controladas e poderão explicar parte das diferenças observadas. Apesar destas limitações, a consistência entre os testes aplicados (*t de Student*, *Wilcoxon* e *Hodges-Lehmann*) reforça a validade substantiva dos resultados.

Recomenda-se que estudos futuros aprofundem a análise por especialidades clínicas e impacto financeiro detalhado, complementando com estudos qualitativos que permitam compreender melhor a perceção dos beneficiários e profissionais de saúde. Sugere-se também estudos exploratórios ao modelo de gestão da ADSE de forma a avaliar em que medida o Governo influencia a eficiência, a sustentabilidade e a autonomia estratégica deste subsistema. Trata-se, então, de um caso muito específico no panorama internacional que poderá ser interessante aprofundar.

Bibliografia

- Afonso V. (2019). *Fatores que influenciam a tomada de decisão na escolha de um hospital público ou hospital privado para o parto*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Alestalo M. & Uusitalo, H. 1986. *Growth to Limits: The western European welfare states since World War II*. Berlin/New York, De Gruyter. European University Institute. Series C: Political and Social Sciences, 6 1/4
- Alexandre H. & Martins M. (2009). *Características do modelo português de providência de bem-estar como factor de fragilidade económica e social dos/as cidadãos/ãs e famílias, numa perspectiva de género*. 7º Congresso Nacional da Administração Pública. Lisboa. <http://journals.openedition.org/lerhistoria/6408>.
<https://doi.org/10.4000/lerhistoria.6408>
- Almeida S. (2017). *A saúde no estado novo de Salazar (1933-1968) políticas, sistemas e estruturas*. Lisboa. Universidade de Lisboa – Faculdade de Letras
- Barr, N. (2012). *The Economics of the Welfare State*. Oxford. Oxford University Press 5th Edition.
- Béland, D., Dinan, S., Rocco, P., & Waddan, A. (2021). *Social policy responses to COVID-19 in Canada and the United States: Explaining policy variations between two liberal welfare state regimes*. *Social Policy & Administration*. 55(2), 280–294. <https://doi.org/10.1111/spol.12656>
- Barreto B. (1935). *Medicina Social: Necessidade e urgência da sua organização em Portugal*. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol., p. 137.
- Bonoli G. 1997. *Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach*. *Jnl Soc.Pol.*, 26, 351-372. Reino Unido. Cambridge University Press.
- Briggs, A. (1961). *The Welfare State in Historical Perspective*. *European Journal of Sociology / Volume 2 / Issue 02 / December 1961*, pp 221 258.
DOI: 10.1017/S0003975600000412
- Caetano M. (2018). *Os Fatores Determinantes de Sustentabilidade do Subsistema de Saúde ADSE*. Lisboa. ISCTE-IUL.
<http://hdl.handle.net/10071/18561>
- Cantillon, B., Seeleib-Kaiser, M., & Van der Veen, R. (2021). *The COVID-19 crisis and policy responses by continental European welfare states*. *Social Policy & Administration*, 55(2), 326–338.
<https://doi.org/10.1111/spol.12715>
- Castles, F. (2004). *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*. Oxford. Oxford University Press.
- Decreto nº 28321, de 27 de dezembro. Diário do Governo n.º 300/1937, Série I de 1937-12-27.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/28321-443525>
- Decreto-Lei 48358, de 27 de Abril. Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 1968-04-27, páginas 612 – 626.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/48358-1968-274640>
- Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 6/2017, Série I de 2017-01-09, páginas 328 – 332.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/7-2017-105726273>
- Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de agosto. Diário da República n.º 187/1996, Série I-A de 1996-08-13, páginas 2503 – 2505.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/135-1996-405373>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22, páginas 1182 – 1189.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro. Diário do Governo n.º 247/1945, Série I de 1945-11-07, páginas 899 – 922.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35108-1945-466238>

Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio. Diário da República n.º 103/2022, Série I de 2022-05-27, páginas 3 – 4. Presidência do Conselho de Ministros.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27, páginas 1406 – 1434. Ministério da Saúde e Assistência.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>

Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto. Diário da República n.º 161/2016, Série I de 2016-08-23, páginas 2848 – 2851.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/49-2016-75170443>

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, páginas 5 – 52.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro. Diário da República n.º 173/2024, Série I de 2024-09-06.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2024-887091776>

Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro. Diário do Governo n.º 259/1973, 1º Suplemento, Série I de 1973-11-06, páginas 2120-(1) a 2120-(1). Presidência do Conselho
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/584-1973-358116>

Decreto-Lei n.º 95/2005, de 7 de junho. Diário da República n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/95-2005-227414>

DL n.º 97/98, de 18 de abril. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 91/1998, Série I-A de 1998-04-18, páginas 1709 – 1711.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1998-174849>

DECRETO-LEI n.º. 23348. Diário do Governo, Série I. 284 (1933-12-13). DECRETO-LEI n.º. 23348. Diário do Governo, Série I. 284 (1933-12-13).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/23348-1933-326565>

Decreto-Lei n.º 169-B/2019, de 3 de dezembro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 232/2019, 1º Suplemento, Série I de 2019-12-03, páginas 12-(2) a 12-(46).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/169-b-2019-126869983>

Despacho n.º 8738/2004 (2.ª série), de 3 de maio. Ministério das Finanças - Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento. Diário da República n.º 103/2004, Série II de 2004-05-03, páginas 6771 – 6839.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8738-2004-1681045>

Despacho n.º 12745/2022, de 3 de novembro. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República n.º 212/2022, Série II de 2022-11-03, páginas 108 – 109.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12745-2022-202986398>

ERS (2020). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no sns – 1.º e 2.º semestres de 2019*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
<https://www.ers.pt/media/zsphxh2w/im-tempos-de-espera-no-sns-1-sem-2022.pdf>

ERS (2021). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no sns no ano de 2021*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
https://www.ers.pt/media/mjlal5gi/im-tempos-de-espera-no-sns_2021.pdf

ERS (2021). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no sns no ano de 2020*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
https://www.ers.pt/media/em2finqm/im-tempos-de-espera-no-sns_2020.pdf

ERS. (2023). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no sns – 2.º semestre de 2022*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisoao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/monitoriza%C3%A7%C3%A3o-sobre-tempos-de-espera-no-sns-no-2%C2%BA-semestre-de-2022/>

- ERS (2024). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no sns no 2.º semestre de 2023*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informa%C3%A7%C3%A3o-de-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-sobre-tempos-de-espera-no-sns-2%C2%BA-semester-2023/>
- ERS. (2025). *Acesso e atividades dos prestadores de cuidados de saúde de obstetria – Partos. Monitorização de 7 de Agosto de 2025*. Porto. Entidade Reguladora da Saúde.
<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-acesso-e-atividade-dos-prestadores-de-cuidados-de-saude-de-obstetricia-partos-jul-25/>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey. Princeton University Press
- Ferreira M. 2012. *Contributo para a eficácia, eficiência e qualidade de processos na administração pública*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.
- Ferrera, M. (1996). *The “Southern Model” of Welfare in Social Europe*. Journal of European Social Policy 1996; 6; 17. Italy.
 DOI: 10.1177/095892879600600102.
- Fialho, J. (2018). *Estados (quase) sociais: Desafios prospetivos para o modelo social europeu*. Évora. Revista Café com Sociologia. v.7, n.1 | pp. 73-89 | jan./abr., 2018 |
 ISSN: 2317-0352
- Flora P. & Heidenheimer A. (1990). *The Development of Welfare States in Europe and America*. Londres & New Brunswick. Transaction Publishers.
- Governo de Portugal. *História do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. (Acedido a 20/04/2025).
<https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>
- Graça L. (2015). *História e memória da saúde pública*. Lisboa. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
 DOI: 10.1016/j.rpsp.2015.11.001
- Greve B. et al. (2020). Nordic welfare states—still standing or changed by the COVID-19 crisis? Dinamarca. John Wiley & Sons Ltd. Soc Policy Adm. 2021;55:295–311.
 DOI: 10.1111/spol.12675Soc
- Guo Y, Gong T (2024) *The impact of tax burden on welfare attitudes: Micro evidence from welfare states*. PLoS ONE 19(11): e0311047.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311047>
- Huber, E. – Stephens, J. D. (2001). *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago. University of Chicago Press.
- Instituto Nacional de Estatística. 2021. *Estatísticas da Despesa Pública 1995-2020*. Informação à Comunicação Social.
- Lei 2011, de 2 de Abril de 1946. Diário do Governo n.º 70/1946, Série I de 1946-04-02. Presidência da República - Secretaria
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2011-1946-339424>
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08, páginas 7150 – 7154. Assembleia da República.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, páginas 5119 – 5124. Assembleia da República
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro. Assembleia da República. Diário da República n.º 249/2006, 4º Suplemento, Série I de 2006-12-29, páginas 8626-(390) a 8626-(393).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/53-d-2006-197491>

- Llorente R. (2009). *O Estado-Providência e modelo social europeu no século xxi. Que possibilidades?* Salamanca. [ULL-ISSSL] IS, n. 35 (2009).
- Madureira C. (2020). *A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente*. *Ler História* [Online], 76 | 2020, posto online no dia 30 junho 2020,
- Moreia A. & Hick R. (2021). *COVID-19, the Great Recession and social policy: Is this time different?* Lisboa & Cardiff. *Soc Policy Adm.* 2021;55:261–279.
DOI: 10.1111/spol.12679
- Moreira, A., León, M., Coda Moscarola, F., & Roumpakis, A. (2021). *In the eye of the storm ... again! Social policy responses to COVID-19 in southern Europe*. *Social Policy & Administration*, 55(2), 339–357.
<https://doi.org/10.1111/spol.12681>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Evolução do sistema de saúde*.
<https://opss.pt/node/141>. Consultado em 02/05/2025.
- OCDE.2020. *Social Expenditure (SOCX) Update 2020*.
<https://web.archive.oecd.org/temp/2024-06-24/63248-expenditure.html>
- Orosz A. (2017). *Development of welfare state theory: a review of the literature*. Hungria. PRO PUBLICO BONO – Magyar Közigazgatás, 2017/2, 176–191.
- Oxford English Dictionary -Definição de Estado Providência -
<https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=welfare+state>
- PLANAPP. (2024). *Sustentabilidade Financeira da ADSE. Sumário Executivo*.
https://planapp.gov.pt/wp-content/uploads/2024/01/PlanAPP_Estudo-da-Sustentabilidade-Financeira-da-ADSE_SumarioExecutivo-1.pdf
- Pereira da Silva et al. (2022). *Características Demográficas e Profissionais dos Especialistas em Ginecologia-Obstetrícia Registados em Portugal: Necessidades, Recursos e Desafios*. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Pág. 343.
- Pierson C. (1991). *Beyond the Welfare State?: The New Political Economy of Welfare*. Pensilvânia. Pennsylvania State University Press.
<https://philpapers.org/rec/PIEBTW>
- Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Saúde. *Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04*, páginas 2204 – 2209.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>.
- Quadagno J. et al. (2015). *The Welfare State in Comparative Perspective*. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. John Wiley and sons.
- Rálaigh, C. (2025). *Some contradictions of the welfare state: Revisited*. *Critical Social Policy* 1–18. Dublin.
DOI: 10.1177/02610183241305557
- Ribeiro D. (2018). *Políticas de Saúde no Período do Estado Novo (1933-1974)*. Porto. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Rocha, J. (2014). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Lisboa, INA editora.
- RODRIGUES, António Lopes – *Assistência pública e assistência particular*. In *Congresso Da União Nacional – I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 188.
- Santos F. (2018). *A Crise do Estado Social: a desconstrução do pensamento de um Estado Prestador na Proteção Social, no âmbito do Rendimento de Inserção Social, a partir do Século XXI*. Coimbra. Universidade de Coimbra
- Santos T. (2024). *A Evolução do Estado-Providência e a sua Sustentabilidade*. Aveiro/Argentina. Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território, Centro de Investigación GOVCOPP, Portugal/Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Sirovátka T. et al. (2024). *Emergency welfare states in action: Social policy adaptations to COVID-19 in the Czechia, Hungary and Slovakia*. *República Checa. Soc Policy Adm.* 2024;58:93 –107.
DOI: 10.1111/spol.12945

- SOUSA, Paulino. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. *Acta Paul Enferm.* 2009, vol. 22, pp. 884-894.
- Titmuss R. (1958). *Essays on the "Welfare State"*. Unwin University Books. London. George Allen and Unwin Ltd.
- Varela, R. et al. (2016). *História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias. Evolução do Esforço Médico no SNS depois do "Memorando de Entendimento" Formas e Consequências da Privatização do National Health Service (Reino Unido)*. Lisboa. Universidade Nova.
- Vazquez D. (2007). *Modelos de classificação do Welfare State: As Tipologias de Titmuss e Esping-Andersen*. Pensamento Real. Ano X – Nº 21/2007. Santos.
- Wilensky H. (1974). *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*. California. University of California.
- Zimmerman C. e Silva M. (2009). *O princípio da desmercantilização nas políticas sociais*. Caderno CRH, Salvador, v. 22, n 56, p. 345-358.
<https://doi.org/10.1590/S0103-49792009000200010>

Anexos

Consultas:

Anexo A. Quantidades e Custos Médios de Consultas ADSE e SNS.

Ano	ADSE		SNS		
	Quantidade	Custo Médio (€)	Quantidade	Custo Médio Total (€)	Custo Médio Simples (€)
2019	3 327 554	16,70	14 627 453	69,38	49,60
2020	2 676 824	16,70	13 800 526	75,88	54,80
2021	3 206 098	18,71	15 187 458	75,88	54,80
2022	3 527 428	18,35	15 197 851	75,88	54,80
2023	3 716 406	18,35	15 603 298	80,25	58,20
Média	3 290 862	17,76	14 883 317,2	75,45	54,44

Fontes: Tabelas ADSE, Relatórios de Atividade ADSE, Termos de Referência ACSS, Transparencia.sns.gov.pt. Valores a preços constantes dos respetivos anos. Deflador: IPC Total.

Partos/Cesarianas:

Anexo B. Quantidades e Custos Médios de Partos Total ADSE e SNS.1

Ano	ADSE				SNS			
	Total Partos	Custo Médio (€)	Cesarianas	Custo Médio Cesarianas €	Total Partos	Custo Médio (€)	Cesarianas	Custo Médio Cesarianas €
2019	1 390	1 478,59	1 056	1571,18	72 001	2 039,04	21 237	2840, 50
2020	1 349	1 565,07	969	1818,14	68 147	2 039,04	20 139	2840, 50
2021	1 757	1 505,46	1 236	1703,23	63 171	2 039,04	19 152	2840, 50
2022	1 878	1 766,72	1 348	1108,40	64 525	2 039,04	20 377	2840, 50
2023	1 909	1 815,59	1 394	1811,86	66 106	2 039,04	21 266	2840, 50
Média	1 657	1 626,29	1 201	1602,56	66 790	2 039,04	20 434	2840, 50

Fontes: Dados Obtidos e Tabelas ADSE, Tabela Prestadores Convencionados SNS, Transparencia.sns.gov.pt. Valores a preços constantes dos respetivos anos. Deflador: IPC Total.

Anexo C. Percentagem de TMRG Ultrapassada em consultas de especialidade no 2º semestre de cada ano em estudo

Ano	2019	2020	2021	2022	2023
> TMRG ³⁵ (%)	38,7	49,7	24,6	43,4	59,2

Fonte: Relatórios “Monitorização sobre tempos de espera no SNS 2019-2023. ERS.

³⁵ Dados relativos ao segundo semestre de cada ano

Outputs SPSS

Consultas

Teste T Quantidade Consultas:

Anexo D. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		Teste de amostras emparelhadas							Significância	
		Diferenças emparelhadas			95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	Inferior	Superior				
Par 1	Quantidade_ADSE - Quantidade_SNS	-11592455,20	370586,57665	165731,35539	-12052599,21	-11132311,19	-69,947	4	<,001	<,001

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Anexo E. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		Correlações de amostras emparelhadas			
		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	Quantidade_ADSE & Quantidade_SNS	5	,918	,014	,028

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Anexo F. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		Tamanhos de efeitos de amostras em pares				
		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%		
				Inferior	Superior	
Par 1	Quantidade_ADSE - Quantidade_SNS	d de Cohen	370586,57665	-31,281	-52,227	-10,863
		Correção de Hedges	464461,39561	-24,959	-41,671	-8,667

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Teste T Custo Médio Simples Consultas:

Anexo G. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.

		Teste de amostras emparelhadas						Significância		
		Diferenças emparelhadas				t	df	Unilateral p	Bilateral p	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença					
					Inferior	Superior				
Par 1	CM_Consultas_ADSE - CMS_Consulta_SNS	-36,67800	2,58625	1,15660	-39,88925	-33,46675	-31,712	4	<,001	<,001

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo H. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	CM_Consultas_ADSE & CMS_Consulta_SNS	5	,623	,131	,262

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo I. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		Tamanhos de efeitos de amostras em pares				
		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%		
				Inferior	Superior	
Par 1	CM_Consultas_ADSE - CMS_Consulta_SNS	d de Cohen	2,58625	-14,182	-23,705	-4,884
		Correção de Hedges	3,24138	-11,316	-18,914	-3,897

- a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.
 O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.
 A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total

Teste T Custo Medio Total Consultas:

Anexo J. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

		Teste de amostras emparelhadas							Significância	
		Diferenças emparelhadas			95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	Inferior	Superior				
Par 1	CM_Consultas_ADSE - CMT_Consultas_SNS	-57,69200	3,36676	1,50566	-61,87238	-53,51162	-38,317	4	<,001	<,001

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos.

Deflator: IPC Total

Anexo K. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	CM_Consultas_ADSE & CMT_Consultas_SNS	5	,621	,132	,263

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos.

Deflator: IPC Total

Anexo L. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023.

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%		
				Inferior	Superior	
Par 1	CM_Consultas_ADSE - CMT_Consultas_SNS	d de Cohen	3,36676	-17,136	-28,629	-5,921
		Correção de Hedges	4,21961	-13,672	-22,843	-4,724

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos.

Deflator: IPC Total.

Teste Hodges-Lehmann Custo-Médio Consultas

Anexo M. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Custo Médio Total de Consultas ADSE e SNS 2019-2023 (HL)

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre CM_Consultas_ADSE e CMT_Consultas_SNS.	57,530	52,680	61,900

Fontes: Tabelas ADSE, Termos de Referência ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos.
Deflator: IPC Total.

Teste Wilcoxon Quantidade de Consultas:

Anexo N. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Consultas ADSE e SNS 2019 - 2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre Quantidade_Consultas_ADSE e Quantidade_Consultas_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Anexo O. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Consultas ADSE e SNS entre 2019 e 2023

Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon	
N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Teste Wilcoxon Custo-Médio Simples Consultas:

Anexo P. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Simples Consultas ADSE e SNS 2019 - 2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre CM_Consultas_ADSE e CMS_Consulta_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Termos de Referência 2019-2023 ACSS e Tabelas da Convenção e Regime Livre ADSE. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo Q. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio Simples de Consultas ADSE e SNS entre

Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon

N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

2019-2023

Fonte: Termos de Referência 2019-2023 ACSS e Tabelas da Convenção e Regime Livre ADSE. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste Wilcoxon Custo-Médio Total Consultas:

Anexo R. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Total Consultas ADSE e SNS 2019-2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre CM_Consultas_ADSE e CMT_Consultas_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Termos de Referência 2019-2023 ACSS e Tabelas da Convenção e Regime Livre ADSE. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo S. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio Total de Consultas ADSE e SNS entre 2019-

Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon

N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

2023

Fonte: Termos de Referência 2019-2023 ACSS e Tabelas da Convenção e Regime Livre ADSE. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste Hodges-Lehmann Quantidade Consultas

Anexo T. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Consultas ADSE e SNS 2019-2023 (HL)

Sumarização de intervalo de confiança

Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre Quantidade_Consultas_ADSE e Quantidade_Consultas_SNS.	11593395,500	11123702,000	11981360,000

Fonte: Relatório de Atividades ADSE 2019-2023, Transparência GOV.

Partos

Teste T Quantidade de Partos (Total):

Anexo U. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023

Teste de amostras emparelhadas										
Diferenças emparelhadas										
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Significância	
					Inferior	Superior			Unilateral p	Bilateral p
Par 1	Quantidade_Partos_ADSE - Quantidade_Partos_SNS	-65133,40000	3662,92101	1638,10807	-69681,51714	-60585,28286	-39,761	4	<,001	<,001

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV.

Anexo V. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023

Correlações de amostras emparelhadas

	N	Correlação	Significância	
			Unilateral p	Bilateral p
Par 1 Quantidade_Partos_ADSE & Quantidade_Partos_SNS	5	-,767	,065	,130

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV.

Anexo W. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Quantidade de Partos ADSE e SNS 2019-2023

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

Par 1	Quantidade_Partos_ADSE - Quantidade_Partos_SNS	Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
	d de Cohen	3662,92101	-17,782	-29,707	-6,147
	Correção de Hedges	4590,79068	-14,188	-23,702	-4,905

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Teste T Quantidade Cesarianas:

Anexo X. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Teste de amostras emparelhadas										
Diferenças emparelhadas										
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Significância	
					Inferior	Superior			Unilateral p	Bilateral p
Par 1	Quantidade_Cesarianas_A DSE - Quantidade_Cesarianas_SNS	-19233,60000	878,50686	392,88021	-20324,41034	-18142,78966	-48,955	4	<,001	<,001

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Anexo Y. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	Quantidade_Cesarianas_A DSE & Quantidade_Cesarianas_SNS	5	,092	,441	,883

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Anexo Z. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Par 1	Quantidade_Cesarianas_A DSE - Quantidade_Cesarianas_SNS	d de Cohen	878,50686	-21,894	-36,564
		Correção de Hedges	1101,04507	-17,468	-29,174

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Teste Wilcoxon Quantidade de Partos (total):

Anexo AA. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre Quantidade_Partos_ADSE e Quantidade_Partos_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.
b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Anexo BB. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Partos (total) ADSE e SNS entre 2019-2023

Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	
Quantidade_Partos_ADSE, Quantidade_Partos_SNS	
Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon	
N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV Teste Wilcoxon Quantidade de Cesarianas

Anexo CC. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Quantidade Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre Quantidade_Cesarianas_ADSE e Quantidade_Cesarianas_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.
b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Anexo DD. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS entre 2019-2023

Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	
Quantidade_Cesarianas_ADSE, Quantidade_Cesarianas_SNS	
Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon	
N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Teste Hodges-Lehmann Quantidade Partos (Total):

Anexo EE. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Partos Total ADSE e SNS 2019-2023 (HL)

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre Quantidade_Partos_ADSE e Quantidade_Partos_SNS.	64722,500	61414,000	70611,000

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Teste Hodges-Lehmann Quantidade Cesarianas (Total):

Anexo FF. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Confiança Quantidade de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023 (HL)

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre Quantidade_Cesarianas_ADSE e Quantidade_Cesarianas_SNS.	19170,000	17916,000	20181,000

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Transparência GOV

Teste T Custo-Médio Partos (total):

Anexo GG. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023

		Teste de amostras emparelhadas							Significância	
		Diferenças emparelhadas								
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	CM_Partos_ADSE - CM_Partos_SNS	-520,75400	35,84558	16,03063	-565,26216	-476,24584	-32,485	4	<,001	<,001

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo HH. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	CM_Partos_ADSE & CM_Partos_SNS	5	,973	,003	,005

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo II. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS 2019-2023

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Par 1	CM_Partos_ADSE - CM_Partos_SNS	d de Cohen	35,84558	-14,528	-5,006
		Correção de Hedges	44,92577	-11,591	-3,994

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste T Custo Médio Cesarianas

Anexo JJ. Teste T - Teste Amostras Emparelhadas Custo Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

		Teste de amostras emparelhadas							Significância	
		Diferenças emparelhadas								
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	CM_Cesarianas_ADSE - CM_Cesarianas_SNS	-1237,93800	293,93642	131,45236	-1602,90828	-872,96772	-9,417	4	<.001	<.001

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo KK. Teste T - Correlações de amostras emparelhadas Custo Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	CM_Cesarianas_ADSE & CM_Cesarianas_SNS	5	.	.	.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo LL. Teste T - Tamanhos de efeitos de amostras em pares do Custo-Médio de Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%		
				Inferior	Superior	
Par 1	CM_Cesarianas_ADSE - CM_Cesarianas_SNS	d de Cohen	293,93642	-4,212	-7,144	-1,299
		Correção de Hedges	368,39468	-3,360	-5,700	-1,036

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste Wilcoxon Custo-Médio de Partos (total)

Anexo MM. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Partos (Total) ADSE e SNS 2019 - 2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre CM_Partos_ADSE e CM_Partos_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.
b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Dados obtidos ADSE. Termos de Referência para Contratualização 2019-2023. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo NN. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio de Partos (total) ADSE e SNS entre 2019-2023

Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	
CM_Partos_ADSE, CM_Partos_SNS	
Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon	
N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste Hodges-Lehmann Custo-Médio Partos (total)

Anexo OO. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Custo-Médio Partos (Total) ADSE e SNS 2019-2023

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre CM_Partos_ADSE e CM_Partos_SNS.	517,885	473,970	560,450

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Teste Wilcoxon Custo-Médio de Cesarianas

Anexo PP. Teste Wilcoxon - Sumarização de Teste de Hipótese Custo-Médio Cesarianas ADSE e SNS 2019 - 2023

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre CM_Cesarianas_ADSE e CM_Cesarianas_SNS é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	,043	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.
b. A significância assintótica é exibida.

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo QQ. Teste Wilcoxon - Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon para Custo-Médio de Cesarianas ADSE e SNS entre 2019-2023

Amostras Relacionadas de Resumo de Teste de Posto Sinalizado de Wilcoxon	
N total	5
Estatística de teste	15,000
Erro padrão	3,708
Estatística de Teste Padronizado	2,023
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,043

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

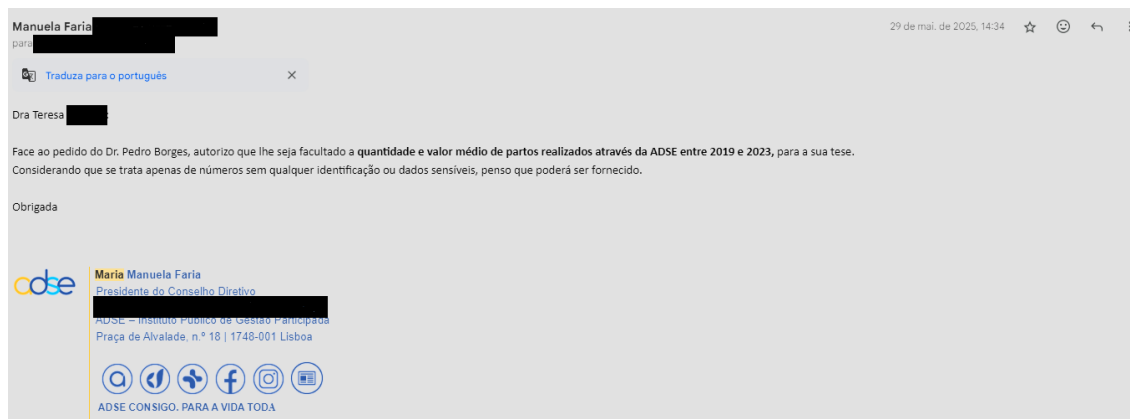
Teste Hodges-Lehmann Custo-Médio Cesarianas

Anexo RR. Teste Hodges-Lehmann - Sumarização de Intervalo de Custo-Médio Cesarianas ADSE e SNS 2019-2023

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre CM_Cesarianas_ADSE e CM_Cesarianas_SNS.	1148,980	1022,360	1732,100

Fonte: Dados dispensados pela ADSE, Termos de Referência Contratualização. ACSS. Valores a preços constantes dos respectivos anos. Deflator: IPC Total.

Anexo SS. Autorização para disponibilização de dados pela. Presidente da ADSE Sra. Dra. Manuela Faria



Fonte: Gmail

Anexo TT. Execução Orçamental ADSE 2023

Quadro 30 - Execução Orçamental

Classificação Económica	Rubrica	Anos				Variação 2022/2023 (%)
		2020	2021	2022	2023	
		Execução	Execução	Execução	Execução	
RECEITA						
R03	CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA SOCIAL, CGA E ADSE	4 775 228 €	4 446 272 €	4 782 929 €	5 328 803 €	11,4%
R04	TAXAS, MULTAS E OUTRAS PENALIDADES	2 986 €	2 811 €	11 569 €	21 799 €	88,4%
R05	RENDIMENTOS DA PROPRIEDADE	6 055 000 €	12 005 000 €	660 828 €	1 407 142 €	112,9%
R06	TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	164 000 €	- €	- €	- €	
R07	VENDA DE BENS E SERVIÇOS CORRENTES	671 986 863 €	714 377 056 €	752 153 184 €	799 916 453 €	6,4%
	Contribuições beneficiários	623 783 061 €	667 904 127 €	702 536 193 €	746 091 835 €	6,2%
	Outras vendas de bens e serviços	48 203 801 €	46 472 929 €	49 616 991 €	53 824 618 €	8,5%
R10	TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL	- €	- €	- €	- €	
R15	REPOSIÇÕES NÃO ABATIDAS NOS PAGAMENTOS	374 €	20 842 €	21 761 €	130 047 €	497,6%
	Receita efetiva	682 984 451 €	730 851 981 €	757 630 271 €	806 804 244 €	6,5%
DESPESA						
D01	DESPESAS COM O PESSOAL	5 880 019 €	6 131 960 €	6 125 857 €	6 591 656 €	7,6%
D0101	REMUNERACOES CERTAS E PERMANENTES	4 680 553 €	4 981 083 €	4 976 733 €	5 359 753 €	7,7%
D0102	ABONOS VARIÁVEIS OU EVENTUAIS	148 094 €	129 993 €	143 284 €	151 408 €	5,7%
D0103	SEGURANCA SOCIAL	1 049 214 €	1 020 885 €	1 005 839 €	1 080 495 €	7,4%
D02	AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS CORRENTES	534 661 390 €	558 079 363 €	611 979 885 €	636 480 615 €	4,0%
D0201	AQUISIÇÃO DE BENS	90 627 €	57 642 €	71 965 €	76 819 €	6,7%
D0202	AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS	534 570 764 €	558 021 721 €	611 907 920 €	636 403 797 €	4,0%
D020223C000	Regime Convencionado	375 212 106 €	405 837 430 €	438 375 180 €	447 142 988 €	2,0%
D020223F000	Farmácias	- €	- €	- €	- €	
D020223L000	Regime Livre	156 700 733 €	149 458 182 €	170 239 674 €	186 127 950 €	9,3%
D0202	Outros Serviços	2 657 925 €	2 726 110 €	3 293 066 €	3 132 859 €	-4,9%
D04	TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	- €	5 343 €	19 178 €	10 031 €	-47,7%
D06	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	1 643 764 €	3 111 227 €	271 154 €	660 413 €	143,6%
D07	AQUISIÇÃO DE BENS DE CAPITAL	1 096 535 €	1 095 803 €	1 514 577 €	1 117 919 €	-26,2%
	Despesa efetiva	543 281 708 €	568 423 697 €	619 910 651 €	644 860 634 €	4,0%
	Saldo (Receita efetiva - Despesa efetiva)	139 702 743 €	162 428 284 €	137 719 620 €	161 943 610 €	17,6%

Anexo UU. Declaração de Não Conflito de Interesses

Declaração de Não Conflito de Interesses

Eu, Pedro Filipe da Costa Barreto Borges, funcionário da ADSE desde 2017 e aluno de 2º ano de Mestrado em Administração Pública no ISCTE, desde 2024, declaro para os devidos efeitos que:

Apesar de ter solicitado e recebido dados junto da minha entidade patronal, a ADSE não exerceu qualquer influência ou interferência na forma como os referidos dados foram tratados, analisados ou apresentados no âmbito do meu trabalho académico.

Mais declaro que não existe qualquer conflito de interesses que possa comprometer a isenção, integridade ou imparcialidade do presente trabalho.

Seixal, 26 de setembro de 2025

Assinado por: **Pedro Filipe da Costa Barreto Borges**
Num. de Identificação: 13046225
Data: 2025.09.26 13:47:00+01'00'

Assinatura



Anexo VV. Curriculum Vitae

Informação Pessoal



Pedro Filipe Costa Barreto Borges



Paio-Pires, Seixal



Sexo Masculino | Nascimento 10 Junho 1986 | Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Março 2017 – Presente –

Técnico Superior da Administração Pública Portuguesa

ADSE – Instituto Público de Gestão Partilhada
Análise e conferência de faturação;
Elaboração de estudos estatísticos.

Março 2009 – Março 2016

Assistente Operacional de Farmácia Hospitalar

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa (Portugal)

Verão 2010

Assistente de Call Center Outbound

MEO
Validação chamadas/vendas

Outubro 2009 – Outubro
2009

Vendedor de loja

Inditex (Zara), Seixal (Portugal)
Moda Unisexo

Março 2010 – Março 2010

Distribuidor/Entregas ao Domicílio

Telepizza, Seixal (Portugal)
Distribuição alimentar (pizza e gastronomia italiana)

Outubro 2005 – Janeiro
2009

Servente de Armazém

Giovanni Galli (Roupa), Seixal (Portugal)
- Recepção e distribuição de roupa e acessórios;

FORMAÇÃO

Abril 2015 - Fevereiro 2016

Curso de Estudos Avançados em Gestão Pública

INA – Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas

Setembro 2010 – Junho

Licenciatura em Administração Pública e Políticas do Território

EQF level 4

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa (Portugal)

Geral:

- Geografia, Administração Pública, Tomada de Decisões Públicas, Ambiente.

Ocupacional:

Lingua Materna(s)

Português - O curso de Administração Pública e Políticas do Território foi criado com o objectivo de formar especialistas para o Governo Central, Regional e Local, para organizações cuja missão seja definir e implementar políticas públicas relacionadas com o território.

Outras linguas(s)

	- Tomada de decisões na generalidade das situações públicas				WRITING
	Listening	Reading	Spoken interaction	Spoken production	
English	C1	C1	C1	C1	C1

Levels: A1/A2: Basic user - B1/B2: Independent user - C1/C2: Proficient user
[Common European Framework of Reference for Languages](#)

Aptidões Pessoais

Aptidões Comunicacionais

Boas aptidões de comunicação formal e casual.

Aptidões relacionadas com o trabalho

Excelentes capacidades de organização; orientação para os resultados; dinamismo; resiliência

Aptidões de Informática

Excelentes aptidões na ótica do utilizador - Office, Internet, etc.