

Exma. Senhora Presidente
Comissão de Assuntos Sociais
Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores
Rua Marcelino Lima
9901-858 Horta

C/C

assuntosparlamentares@alra.pt

N. Refª
SAI-OE/2019/7549

V. Refª
2831
de 24-07-2019

Data
Ponta Delgada, 20 de Agosto de
2019

Assunto: PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 39/XI – QUARTA ALTERAÇÃO AO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 28/99/A, DE 31 DE JULHO, ALTERADO PELO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 2/2007/A, DE 24 DE JANEIRO E PELO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 1/2010/A DE 4 DE JANEIRO – ESTATUTO DO SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES (ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RAA)

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Assuntos Sociais,

Relativamente ao epigrafado, e cf. solicitado, junto se remete pronúncia do Conselho Diretivo Regional desta Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.

Aceite os meus melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo Regional da
Secção Regional da Região Autónoma dos Açores
da Ordem dos Enfermeiros


Eng. Luís Furtado

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA
DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

ARQUIVO

Processo n.º 2349 Proc. n.º 105

Data 01.9.08.20 N.º 39/XI





SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

PRONÚNCIA

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 39/XI – QUARTA ALTERAÇÃO AO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 28/99/A, DE 31 DE JULHO, ALTERADO PELO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 2/2007/A, DE 24 DE JANEIRO E PELO DECRETO LEGISLATIVO REGIONAL N.º 1/2010/A DE 4 DE JANEIRO – ESTATUTO DO SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES (ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RAA)

De acordo com o disposto no número 2 do Artigo 1.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, a Ordem dos Enfermeiros (OE) *"...goza de personalidade jurídica e é independente dos órgãos do Estado, sendo livre e autónoma no âmbito das suas atribuições"*. Ainda no Artigo 1.º, número 3 do referido diploma, a OE *"...é uma pessoa coletiva de direito público, que se rege pela respetiva lei de criação [...] e pelo disposto..."* no seu Estatuto.

Nos termos do seu Estatuto (Artigo 3.º, número 1), a OE *"tem por designio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão"*.

Ao Conselho Diretivo Regional (CDR), entre as diversas atribuições previstas no EOE cabe, para além do mais, *"zelar pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e promover as medidas que considere pertinentes a nível regional"* (alínea r, número 2, Artigo 46.º), bem como *"pronunciar-se sobre todos os assuntos que lhe sejam apresentados, no âmbito das suas competências"* (alínea o, número 2, Artigo 46.º), alicerçando-se a presente pronúncia neste quadro de competências.

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Foi solicitada à Secção Regional da Região Autónoma dos Açores (SRRAA) da OE a apreciação Projeto de Decreto Legislativo Regional n.º 39/XI – Quarta alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A de 4 de janeiro – Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores (Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde na RAA).

Em primeiro lugar, importa referir que a SRRAA defende a afirmação de um Serviço Regional de Saúde (SRS) capaz de proporcionar cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos residentes nos Açores, através de uma estrutura e



SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

funcionamento assentes nos princípios da sustentabilidade, do rigor e da transparência.

Adicionalmente, a SRRAA considera que a adoção de políticas e medidas estruturais com horizontes temporais de médio e longo prazo é fundamental, em detrimento de medidas circunstanciais, influenciadas por calendários eleitorais, que em nada servem os interesses dos cidadãos e das cidadãs residentes na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Por último, a SRRAA julga de extrema importância que os cidadãos residentes nos Açores sintam segurança no SRS, mas também uma distribuição justa, e equitativa, do esforço individual e coletivo, confiando no SRS para uma resposta efetiva e adequada à sua situação de saúde/doença.

2. FUNDAMENTAÇÃO

O Sector da Saúde em Portugal assistiu a uma notável evolução no decurso das últimas quatro décadas.

Mudanças nas condições de vida das populações, como foi o saneamento básico, melhores habitações e uma melhoria na alimentação, permitiram alcançar melhores condições de vida. Estas alterações conduziram à obtenção de ganhos significativos nos indicadores da saúde da população. Simultaneamente, e no seio do Sistema de Saúde, verificou-se um fortíssimo investimento ao nível dos recursos financeiros, humanos e técnicos disponíveis.

Durante este tempo, Portugal alcançou um notável desenvolvimento do estado de saúde da sua população, apresentando atualmente excelentes resultados em importantes indicadores demográficos, tendência à qual a RAA não é alheia e para a qual é indiscutível o contributo do SRS, apesar da circunstância impar que subjaz ao o seu funcionamento, que decorre da insularidade e da descontinuidade territorial dos Açores.

O acesso à saúde é um direito fundamental – constitucionalmente consagrado – sendo, por tal, fundamental que os cuidados de saúde sejam assegurados com os mais levados níveis de qualidade e segurança, associados, simultaneamente, a uma capacidade de dar uma resposta rápida e eficaz às necessidades de saúde dos açorianos.

Por definição, as taxas moderadoras (TM) correspondem a pagamentos efetuados pelo consumidor no momento da utilização dos serviços de saúde, cuja finalidade última é, em teoria, moderar a procura, reduzindo o consumo excessivo de cuidados (considerando o fenómeno do risco moral). Em todo o caso, reconhece-se que, ao



SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

introduzir um pagamento no momento da utilização, tal pagamento poderá constituir uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde, particularmente nos sectores da população com menor rendimento disponível e, por este via, considerados mais vulneráveis naquilo que ao acesso a cuidados de saúde diz respeito.

O argumento principal, ainda que teórico, para suportar a existência de TM na saúde reside nas especificidades do Setor, em concreto, na incerteza quanto ao momento e ao valor dos cuidados de saúde que cada consumidor necessita. A título de exemplo, é desta incerteza que os seguros de saúde resultam, e cuja inclusão neste enquadramento não deve ser confundida com qualquer pressuposto ideológico, mas sim como um conceito amplo, no sentido da transferência de responsabilidades financeiras para terceiros e a distribuição dos riscos individuais por um coletivo, incluindo-se aqui tanto o seguro público, como o seguro privado.

Em qualquer dos casos, a presença do seguro diminui o preço a pagar pelo consumidor, o que pode motivar uma alteração de comportamentos conduzindo a um aumento da procura de cuidados. Este fenómeno é designado de risco moral, definindo-se nos termos em que duas partes se envolvem num contrato em condições de simetria de informação, mas posteriormente uma delas realiza uma ação, que não é passível de ser escrita num contrato, que influencia o valor da transação (utilização). Neste plano, o risco moral é também denominado por «abuso do segurado», sendo uma forma de comportamento racional já que o utilizador depreende que os seus benefícios são elevados, enquanto os custos de utilização se repartem pelos demais agentes.

A TM surge deste modo como um meio para mitigar as consequências do risco moral, isto é, o pagamento no momento de utilização faz com que a decisão de procurar cuidados tenha em linha de conta (pelo menos, em parte) os custos associados e não só os benefícios, pelo que o consumidor tende a moderar a procura, conduzindo à redução da eventual utilização desnecessária de cuidados.

Em todo o caso é fundamental referir que as TM podem assim penalizar/condicionar, diferentemente, consoante o nível de literacia em saúde do utilizador, mas também consoante o seu nível de rendimentos e, por este via, uma procura pré-existente dos serviços e que se ancora na sua própria condição de saúde/doença. Pese embora a génese das TM esteja assente na moderação da procura, como se referiu, e não no financiamento dos sistemas de saúde, ou, neste caso concreto, de um serviço de saúde, o SRS, em muitos dos países atingidos pela recente crise económica e financeira, assistiu-se ao aumento dos copagamentos por parte dos utilizadores, com relevância, ainda que não particularmente importante, na estrutura de financiamento dos próprios serviços de saúde.



SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

Esta tendência tem sido criticada precisamente por apresentar um fraco potencial para as poupanças, bem como porque a evidência sugere que a predisposição para procurar cuidados por parte de indivíduos com poucos recursos financeiros pode diminuir como consequência do aumento dos copagamentos. Neste contexto, as TM poderão constituir uma barreira ao acesso a cuidados de saúde efetivos e necessários, ferindo os princípios da proporcionalidade dos pagamentos e da igualdade de acesso para igual necessidade.

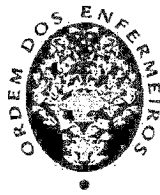
Para contrariar este efeito perverso das TM, criaram-se sistemas de isenções às TM, por forma a procurar a garantia de que exista máxima equidade de acesso aos cuidados de saúde, pela isenção de pagamento de TM nos grupos populacionais mais desfavorecidos/vulneráveis e nos grupos de risco. Os dados mais recentes evidenciam que existe alguma evidência de que as isenções têm um impacto positivo na acessibilidade e que facilitam o diagnóstico e tratamento precoces. Ainda assim, a complexidade em desenvolver políticas de isenções justas, pode provocar o efeito inverso, desvirtuando o carácter regulador das TM e aumentando as desigualdades, pelo que é fundamental a sua contínua melhoria, com revisões periódicas, de modo a acomodar efeitos conjunturais negativos naquilo que é a política de isenções.

Assim, dentro das balizas do rigor, da monitorização rigorosa e com as exceções que protejam os cidadãos mais vulneráveis, as TM não funcionaram como uma barreira importante ao acesso a cuidados de saúde, desencorajando até o recurso a cuidados de saúde quando o seu valor para o cidadão é baixo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao exposto, é entendimento da SRRAA que:

- 3.1. A Constituição da República Portuguesa, al. a) do n.º 2, Art.º 64, permite ao legislador a possibilidade optar pela introdução de taxas moderadoras, ou outras, desde que estas não se constituam uma retribuição/pagamento pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados e/ou vulneráveis aos cuidados de saúde;
- 3.2. A Lei de Bases da Saúde estabelece que a existência de taxas moderadoras tem por princípio completar as medidas de natureza reguladora subjacentes ao uso dos serviços de saúde, devendo obedecer às condições económicas e sociais dos cidadãos (Base XXIV, al. c) e Base XXXIV, n.º 1 e 2);
- 3.3. O Art.º 59 do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores (Lei n.º 2/2009, de 12 de janeiro), dispõe que é competência da



SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores (ALRAA) legislar em matéria de política de saúde;

- 3.4. Estão abrangidos por isenção de pagamento de TM os grupos populacionais mais vulneráveis e/ou desfavorecidos, não apenas numa perspetiva da respetiva disponibilidade financeira, mas também da sua condição/relação para o sector da saúde, e a sociedade em geral, para além das situações em que existe dispensa do pagamento da TM (diferente de isenção);
- 3.5. Considerando o valor reduzido das TM na RAA, comparativamente aos valores praticados no território continental, não se entende que os mesmos introduzam iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, sem prejuízo de ainda poderem ser introduzidas alterações que fomentem uma maior discriminação positiva entre cidadãos (progressividade);
- 3.6. Independentemente da opção política que vier a ser tomada relativa à manutenção, ou não, das TM na RAA, e sem prejuízo das isenções e dispensas em vigor, poderia ser estudada a introdução de progressividade no pagamento das TM, situação em que o conjunto de cidadãos atualmente não isentos com base nos critérios existentes, poderiam pagar uma taxa inferior, ao passo que os cidadãos com maior disponibilidade financeira pagariam uma taxa mais elevada. Chama-se a atenção para a necessidade de, num eventual estudo desta possibilidade, se considerar na equação os custos administrativos de cobrança das TM, dado os mesmos serem fundamentais para a sua viabilidade;
- 3.7. No Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde existe, de facto, informação detalhada sobre esta matéria, sabe-se que as TM não ultrapassam os 2% do orçamento global do SNS. Tendo em consideração os valores de TM praticados na RAA (muito inferiores aos praticados no território continental), também nos Açores, e por analogia, as TM serão apenas uma receita do SRS, ainda que muito reduzida, representando uma pequena fração daquilo que é a suplantação da despesa total do SRS, não se podendo assumir, portanto, como um cofinanciamento dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos;
- 3.8. A eliminação das TM, no limite, poderá levar a que se incorra num incremento do risco moral associado à utilização de cuidados de saúde, cf. se concretizou anteriormente naquilo que é a sua dimensão concetual;
- 3.9. Apesar da evidência disponível no plano Regional ser reduzida, cf. já se referiu, assume-se que as TM representam um valor residual no orçamento global do SRS. Ainda assim, sendo receita, e num cenário em que as mesmas são eliminadas, terá de ser encontrada uma fórmula alternativa de reposição



SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

dos valores atualmente provenientes da cobrança de TM no SRS, sob pena de se agravar o financiamento do sector público da saúde na RAA;

- 3.10. No particular das TM na RAA, deve ser procurada uma solução de equilíbrio que sirva, simultaneamente, os interesses dos cidadãos açorianos, mas também o desígnio de um SRS sustentável, num horizonte temporal de médio e longo;
- 3.11. **Face ao exposto, entende o CDR da SRRAA da OE que o Projeto de Decreto Legislativo Regional n.º 39/XI – Quarta alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A de 4 de janeiro – Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores (Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde na RAA), deverá merecer aprovação por parte da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores apenas se ficar salvaguardado que a receita proveniente da atual cobrança de TM nos serviços públicos de saúde da RAA é compensada, em sede do orçamento do SRS, de modo a que represente um impacto neutro na estrutura total das verbas disponíveis para o SRS.**

4. REFERÊNCIAS

- Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev.* 1963;53:941-973
- Barros P. Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy.* 2012;106:17-22
- Barros PP. *Economia da saúde: conceitos e comportamentos.* Coimbra: Almedina; 2013
- Cavassini A, Lima S, Calderon I, Rudge M. Cost-benefit of hospitalization compared with outpatient care for pregnant women with pregestational and gestational diabetes or with mild hyperglycemia, in Brazil. *São Paulo Med. J. Rev. Paul. Med.* 2012;130:17-26
- Currie J. Child health and mortality. In: Blume L, Durlauf S, editors. *The new Palgrave dictionary of economics.* London: Macmillan; 2008
- Glied S, Smith PC. *The Oxford handbook of health economics.* Oxford: Oxford University Press; 2011

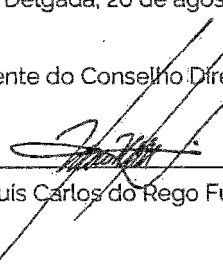


SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
CONSELHO DIRETIVO REGIONAL

- Grossman M. The human capital model of the demand for health. In: Newhouse J, Cutler A, editors. North Holland handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier; 2000
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323-1331
- Krutilová V. Impact of User Fees in Health Care System on Health Care Consumption. *Rev. Econ. Perspect*. 2010;10:113-132
- Manning W, Newhouse J, Duan N, Keeler E, Benjamin B, Leibowitz, et al. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*. 1987;77:251-277
- Mbugua J, Bloom G, Segall M. Impact of user charges on vulnerable groups: The case of Kibwezi in rural Kenya. *Soc. Sci. Med*. 1995;41:829-835
- Pisani S, Leoni O, Manfredi L, D. Bonarrigo, Gambino M, Oria C, Prandini B, Soma R, Banfi F. Use of healthcare services by elderly people in a local health authority in Varese (Italy). *Ig. E Sanità Pubblica*. 2017;63:629-640
- Quaglio GL, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy*. 2013;113:13-19

Ponta Delgada, 20 de agosto de 2019

O Presidente do Conselho Diretivo Regional



(Luis Carlos do Rego Furtado)