



Cuidados de

Saúde da Visão

**Estudo para a Universalização de Cuidados de
Saúde da Visão em Portugal**

Estudo realizado por solicitação da
Associação de Profissionais Licenciados de Optometria

Janeiro de 2019

Alexandre Lourenço | Pedro Pita Barros



Cuidados de

Saúde da Visão

*Universalização
de Cuidados de
Saúde da Visão*

1 Estudo sobre o acesso a cuidados de saúde da visão em Portugal, através da análise do percurso do doente na utilização de serviços de saúde.

2 Propostas de melhoria através do desenvolvimento de diferentes cenários. e seu impacto financeiro.



Índice

ÍNDICE	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE TABELAS.....	4
LISTA DE ABREVIATURAS	5
SUMÁRIO EXECUTIVO	6
INTRODUÇÃO	7
SAÚDE DA VISÃO EM PORTUGAL	8
ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DA VISÃO	12
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	14
Estrangulamento 1.....	15
Estrangulamento 2.....	15
Estrangulamento 3.....	17
Estrangulamento 4.....	17
Estrangulamento 5.....	18
O PERCURSO ALTERNATIVO AO SNS.....	21
A ADSE.....	22
Consulta de oftalmologia.....	23
Tratamento oftálmico não cirúrgico/correção.....	24
Tratamento oftálmico cirúrgico.....	26
LIMITAÇÕES DAS PROPOSTAS PARA MELHORIA DO ACESSO	27
A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	31
Médicos oftalmologistas.....	32
Optometristas.....	35
Ortoptistas.....	38
A PROTEÇÃO FINANCEIRA NA AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.....	40
CENÁRIOS DE EVOLUÇÃO	43
CENÁRIO A - STATUS QUO.....	43
CENÁRIO B - REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA DO OPTOMETRISTA.....	44
CENÁRIO C - REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA E INTEGRAÇÃO DOS OPTOMETRISTAS NO SNS.....	44
PROTEÇÃO FINANCEIRA À AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.....	46
RECOMENDAÇÕES	47
BIBLIOGRAFIA	50
Anexo I – Número de oftalmologistas a exercer em Países da OCDE, 2010.....	52
Anexo II – Número de oftalmologistas por 100.000 habitantes a exercer em Países da UE e Noruega, 2008-2015.....	52

Índice de figuras

FIGURA 1. PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM 15 OU MAIS ANOS COM DIFICULDADE EM VER, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2014.	8
FIGURA 2. DISTÚRBIOS PRIORITÁRIOS DE ACORDO COM A CENSV (2018).	9
FIGURA 3. PREVALÊNCIA DA CEGUEIRA E PERDA DA VISÃO MODERADA E GRAVE NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 50 ANOS.	8
FIGURA 4. CUSTOS DEVIDO A PERDAS DE PRODUTIVIDADE POR CEGUEIRA E PERDA DA VISÃO MODERADA E GRAVE NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 50 ANOS.	11
FIGURA 5- PERCURSO DO DOENTE NO SNS.	15
FIGURA 6. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE RASTREIOS DE RETINOPATIA DIABÉTICA.	16
FIGURA 7. PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO QUE ENFRENTA DESPESAS CATASTRÓFICAS, OU DE EMPOBRECIMENTOS COM PAGAMENTOS DIRETOS DE ACORDO COM OS QUINTIS DE RENDIMENTO.	18
FIGURA 8. ATIVIDADE CIRÚRGICA NA ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA ENTRE 2015 E 2017.	19
FIGURA 9. TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA ENTRE 2015 E 2017.	19
FIGURA 10. MEDIANA E PERCENTIL 90 DE TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA: INSTITUIÇÃO COM TEMPO DE ESPERA MAIS REDUZIDO E INSTITUIÇÃO COM TEMPO DE ESPERA MAIS DILATADO, 2016.	20
FIGURA 11. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS DE CATARATAS EM PORTUGAL, 2008-2015.	20
FIGURA 12. CIRURGIA DAS CATARATAS EM 2016 OU ANO MAIS RECENTE.	21
FIGURA 13. PERCURSO DO DOENTE COMO ALTERNATIVA ÀS BARREIRAS AO ACESSO COLOCADAS NO SNS.	22
FIGURA 14- PERCURSO DO DOENTE NA ADSE.	23
FIGURA 15. CONSULTAS MÉDICAS NO SETOR CONVENCIONADO DA ADSE, DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADES, 2015.	23
FIGURA 16. PRINCIPAIS VALÊNCIAS DA MEDICINA, DESPESA VERSUS NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS - 2015.	24
FIGURA 17. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE CIRURGIA.	26
FIGURA 18. MODELO DE ORGANIZAÇÃO ESTRATÉGICA PROPOSTO PELA CENSV (2018).	28
FIGURA 19. EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA OS PABOS.	30
FIGURA 20. SINOPSE DAS PROPOSTAS PARA A ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A SAÚDE DA VISÃO.	31
FIGURA 21. OFTALMOLOGISTAS POR 20 000 HABITANTES EM PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA E NORUEGA EM 2015 OU ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL.	34
FIGURA 22. ANÁLISE À NECESSIDADE DE MÉDICOS PARA RESPONDER À LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA DE OFTALMOLOGIA EM 2016.	35
FIGURA 25. PERCURSO DO DOENTE COM A INTEGRAÇÃO DE OPTOMETRISTAS.	38
FIGURA 24. PERCURSO DO DOENTE COM INTERVENÇÃO DO OPTOMETRISTA COMO “TRIADOR” DAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA.	38

Índice de tabelas

TABELA 1. INDICADORES DE ATIVIDADE DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIAIS DE OFTALMOLOGIA, 2013 A 2015.	25
TABELA 2. ENCARGOS EM LENTES E ARMAÇÕES, E RESPECTIVOS BENEFICIÁRIOS DA ADSE, 2013 A 2016.	25
TABELA 3. ENCARGOS COM AS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS DOS OLHOS E ANEXOS OCULARES FINANCEIRAMENTE MAIS REPRESENTATIVAS NO REGIME LIVRE, 2013 A 2016.	26
TABELA 4. NÚMERO DE OFTALMOLOGISTAS REGISTADOS NA ORDEM DOS MÉDICOS E A EXERCER FUNÇÕES NO SNS EM 2004 E 2017.	32
TABELA 5. NÚMERO DE ORTOPTISTAS A EXERCER EM PAÍSES DA UE E NORUEGA E RATIO POR OFTALMOLOGISTA.	39
TABELA 6. ESTIMATIVAS DE CUSTOS DO ALARGAMENTO DOS MODELOS DE REEMBOLSOS SEGUIDOS PELA ADSE E BAS NA AQUISIÇÃO DE LENTES E ARMAÇÕES.	42
TABELA 7. COMPARATIVO ENTRE A ESTIMATIVA DO IMPACTO FINANCEIRO DA CONTRATAÇÃO PROGRESSIVA DE OPTOMETRISTAS E INSTALAÇÃO DE PABO COMO PREVISTO NA ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE DA VISÃO.	45

Lista de Abreviaturas

ACeS	- Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	- Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADSE	- Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P.
APLO	- Associação de Profissionais Licenciados de Optometria
BSA	- Benefícios Adicionais de Saúde
CENSV	- Comissão da Estratégia Nacional para a Saúde da Visão
CSI	- Complemento Solidário do Idoso
DMI	- Degenescência Macular da Idade
ERS	- Entidade Reguladora da Saúde
ETC	- Equivalente tempo complete
IAS	- Indexante de Apoios Sociais
IOC	- <i>International Council for Ophtalmology</i>
LIC	- Lista de inscritos para cirurgia
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
MS	- Ministério da Saúde
OCE	- <i>Orthoptistes de la Communauté Européenne</i>
OM	- Ordem dos Médicos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OMS-Europa	- Organização Mundial de Saúde – Escritório Regional Europeu
PCPSV	- Plataforma de cuidados primários de saúde visual
PNSV	- Plano Nacional de Saúde da Visão
PRO	- Ponto de Rastreio Oftalmológico
PABO	- Pontos de Avaliação Básica em Oftalmologia
PIU6oGM	- Pontos de Intervenção Única aos 60 anos
RNEHR-O	- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Oftalmologia
RD	- Retinopatia Diabética
RSI	- Rendimento Social de Inserção
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SPMS	- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TE	- Tempo de espera
TMRG	- Tempo Máximo de Resposta Garantida
TSDT	- Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UE	- União Europeia

Sumário Executivo

A visão influencia a maneira como cada um se relaciona e se integra na sociedade, tendo um impacto em muitas outras áreas, como na educação e no emprego. Ao longo do ciclo de vida, a visão afeta o desenvolvimento cognitivo infantil, a saúde mental, percursos profissionais e pessoais e a capacidade funcional em idosos. Estima-se que, anualmente, a perda de produtividade dos portugueses com mais de 50 anos vítimas de cegueira ou perda de visão moderada e grave, tenha um impacto anual entre 203 e 722 milhões de euros.

Em Portugal, o acesso universal a cuidados de saúde da visão está longe de estar assegurado. A falta de cobertura dos programas de rastreio e posterior acesso a consulta de oftalmologia (e.g. em média um doente com diagnóstico positivo de retinopatia diabética espera em média 267 dias por consulta de oftalmologia), os dilatados tempos de espera para consulta de oftalmologia (mediana de tempo de espera de 6 meses para consulta), a deterioração dos tempos para cirurgia (entre 2015 e 2017, a mediana de tempo de espera para cirurgia aumentou em 23,2%) e os pagamentos diretos na aquisição de lentes e armações, obriga as famílias a percursos alternativos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes percursos podem obrigar a custos acrescidos através da medicina privada ou a óticas comerciais, onde os colaboradores exercem sem regulação profissional específica.

O aumento da prevalência de várias doenças oculares associadas ao envelhecimento da população (e.g. catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade), a alteração dos estilos de vida, o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas (e.g. diabetes e retinopatia diabética), necessidade de acompanhamento e tratamentos crónicos, vêm colocar uma pressão crescente sobre o sistema de saúde. O documento “Estratégia Nacional de Saúde da Visão” apesar de procurar responder aos problemas identificados, não apresenta respostas claras para a sua resolução, por não abordar de forma integrada a equipa de saúde visual conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e seguida por uma larga maioria dos países desenvolvidos.

De forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde da visão são apresentadas recomendações concretas: **1. Regulamentar a profissão de optometrista; 2. Implementar projetos piloto de integração de optometristas ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS. 3. Aumentar a população coberta pelos modelos de reembolsos à aquisição de lentes e armações.**

Introdução

A visão desempenha um papel crítico na saúde individual, sendo um fator essencial para se alcançar uma boa qualidade de vida. Efetivamente, a visão influencia a maneira como cada um se relaciona e se integra na sociedade, tendo um impacto em muitas outras áreas, como na educação e no emprego. Ao longo do ciclo de vida, a visão afeta o desenvolvimento cognitivo infantil, a saúde mental, percursos profissionais e pessoais e a capacidade funcional em idosos.

O plano de ação global de saúde da visão 2014-19 tem como principal objetivo assegurar a universalidade da saúde da visão através de cinco princípios e abordagens: acesso universal e equidade, direitos humanos, prática baseada na evidência, uma abordagem do ciclo de vida e empoderamento de pessoas com perda de visão (WHO 2013).

O presente relatório oferece uma abordagem geral e imparcial sobre a prestação de cuidados de saúde da visão em Portugal e apresenta uma agenda para a sua evolução, de forma a assegurar o acesso universal a cuidados de saúde da visão em condições compatíveis com os recursos disponíveis. Para tal, iniciamos a análise por uma breve caracterização do impacto epidemiológico e económico dos distúrbios da visão em Portugal. De forma a caracterizar o acesso a cuidados de saúde da visão, aplicamos uma análise sistémica ao percurso do cidadão no sistema de saúde com o objetivo de identificar os estrangulamentos ao acesso no Serviço Nacional de Saúde (SNS), instrumento central para garantia do princípio de acesso universal. A utilização de coberturas complementares está dependente da incapacidade de resposta clínica e não clínica do SNS. Assim, analisamos a atividade do Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE) nesta área.

Com o intuito de maximizar a utilidade do presente estudo, analisamos a proposta de Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (CENSV 2018) e apresentamos propostas concretas de evolução do modelo proposto.

De forma a complementar esta proposta, são apresentadas alternativas de evolução considerando: A) Manter a situação atual; B) Regulamentação específica do optometrista; e C) Regulamentação específica e integração do optometrista no SNS. A comparação das alternativas é realizada com base nos objetivos do Serviço Nacional de Saúde, e na forma de melhor os alcançar face às restrições, de recursos e legais, existentes.

Saúde da visão em Portugal

O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, realizado em 2014, revelou que mais de dois milhões de portugueses são atingidos por dificuldades em ver, sendo as mulheres mais afetadas (27,5%) que os homens (18,3%). A percentagem de pessoas com dificuldades em ver aumenta com a idade: cerca de 9% até aos 34 anos, 14% entre 35 e 44 anos, 30 a 32% entre 45 e 74 anos, e superior a 40% para idades mais avançadas (INSA 2016).

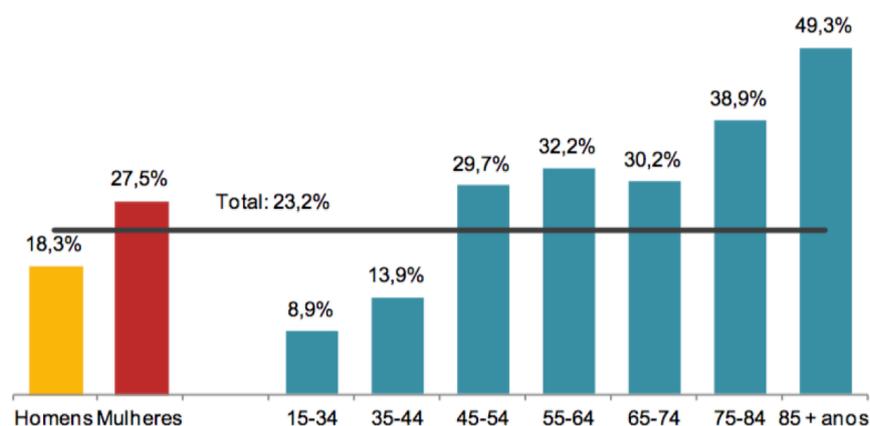


Figura 1. Proporção da população com 15 ou mais anos com dificuldade em ver, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014.

Fonte: INSA (2016)

Um estudo, realizado por Bourne et al. (2014), estima que entre os adultos com mais de 50 anos, mais de 260 mil (6,2%) portugueses sofram de perda da visão moderada e grave e cerca de 42 mil (1,0%) sofram de cegueira.

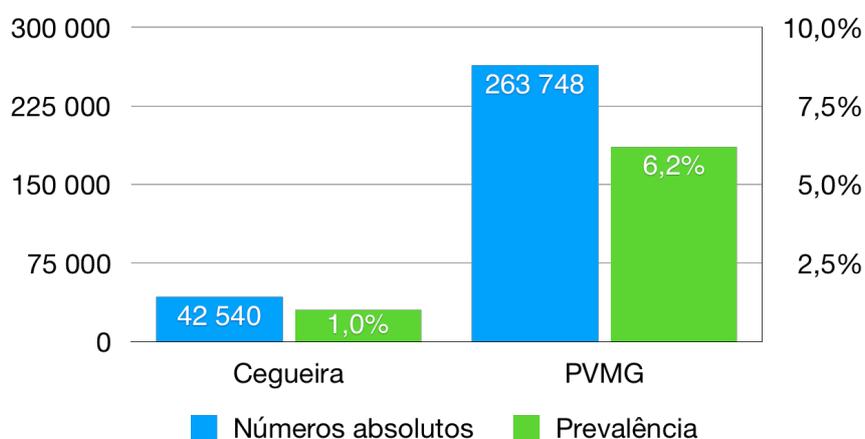


Figura 2. Prevalência da cegueira e perda da visão moderada e grave na população com mais de 50 anos.

Fonte: Elaboração própria baseada em Bourne et al. (2014)

Em termos de distúrbios mais relevantes, a Estratégia Nacional para a Saúde da Visão estabelece os seguintes grupos: 1) Erros refrativos – disfunção visual sem cegueira; 2) Ambliopia; 3) Diabetes Ocular; 4) Catarata; 5) Glaucoma; 6) Degenerescência Macular da Idade (DMI); 7) Disfunção Visual de Causa Neurológica; e 8) Doença visual da prematuridade (CENSV 2018).

Os erros refrativos (e.g. miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia) são a causa mais comum de disfunção visual em todas as idades, estimando-se que mais de 50% de toda a população seja portadora de um erro refrativo (Hashemi et al. 2018). Neste sentido, os erros refrativos são um *importante problema de saúde pública, que terá de ser tido em consideração no desenho de uma estratégia nacional de saúde da visão* (CENSV 2018).

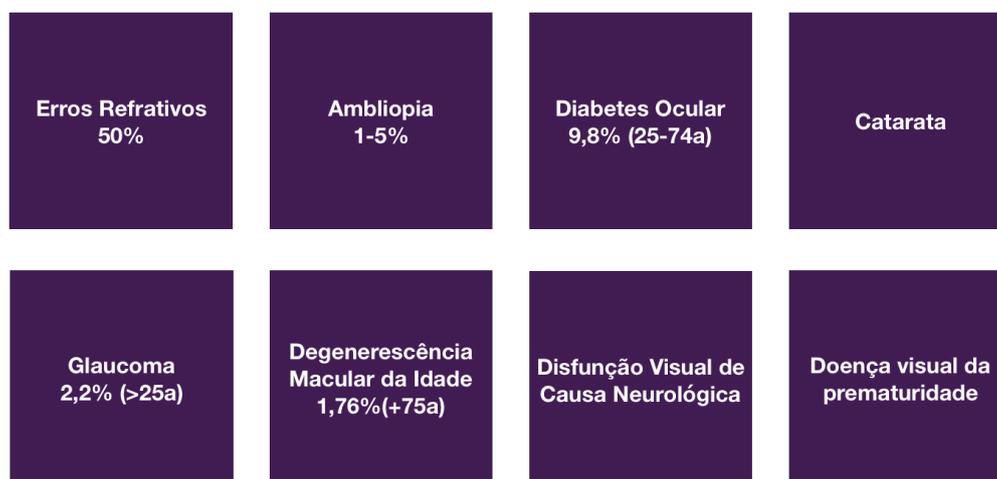


Figura 3. Distúrbios prioritários de acordo com a CENSV (2018).

A **ambliopia** afeta nos países em desenvolvimento entre 1 e 5% da população (Preslan and Novak 1998; Webber and Wood 2005), sendo assim considerada também uma prioridade de saúde pública. Os três grandes grupos de patologias que podem provocar ambliopia são o estrabismo, a anisometropia e a privação de estímulos luminosos.

A **diabetes** atinge 9,8% da população entre os 25 e os 74 anos (DGS 2017), estimando-se que a doença atinja cerca de 760 mil pessoas em Portugal. A **retinopatia diabética** (RD) é uma das principais complicações da diabetes e é uma das principais responsáveis de cegueira evitável nos adultos. Em Portugal, o estudo RETINODIAB que consistiu na avaliação do programa de rastreio da RD na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo aferiu a prevalência nesta população-alvo (52 739 doentes). Globalmente, a RD foi detetada em 8 584 doentes

(16,3%) (Dutra Medeiros et al. 2015). Garantir a cobertura nacional do rastreio da RD tem sido uma prioridade para os Programas Nacionais da Diabetes e da Saúde da Visão.

A **catarata** é uma doença crónica, irreversível, que pode ser definida como a diminuição da acuidade visual provocada pela opacificação do cristalino, sendo uma das principais causas de diminuição da visão e a maior causa de cegueira evitável nos países desenvolvidos. Esta é uma doença multifatorial associada a idade, predisposição genética, sexo feminino, diabetes mellitus, fármacos, tabaco e exposição ambiental aos UV. Os últimos dados disponíveis para Portugal revelam uma prevalência de cataratas de 10,0% na população com idade superior a 25 anos. Neste estudo foram as mulheres (12,0%), os indivíduos mais idosos (45,4%) e os com nível de instrução mais baixo (19,8%) que apresentaram maior percentagem indivíduos a referirem esta patologia (Branco, Gomes, and Nunes 2006). Devido ao crescente aumento do número de cirurgias de cataratas realizadas, a CENSV (2018) define que *é necessário definir uma estratégia para lidar com a pressão crescente sobre os serviços de saúde que esta patologia condiciona.*

O **glaucoma** é a causa mais frequente de cegueira irreversível nos países desenvolvidos. Os dados disponíveis para Portugal revelam uma prevalência de 2,2% de glaucoma acima dos 25 anos (Branco, Gomes, and Nunes 2006). Em linha com outros estudos europeus, um estudo prospetivo de coorte (Gutenberg Health Study) realizado na Alemanha revelou uma prevalência de 1,44% na população entre os 35 e 74 anos de idade (Hohn et al. 2018). A nível global estima-se uma prevalência de 3,54% numa população entre os 40 e os 80 anos (Tham et al. 2014). É consensual que o risco relativo de glaucoma aumenta com a idade (Hennis et al. 2009; Hohn et al. 2018). A CENSV (2018) reconhece que as características da doença não preenchem os critérios necessários para rastreio de base populacional, apostando numa intervenção inovadora de avaliação única aos 60 anos, de todos os cidadãos, para despiste de doença ou fatores de risco para glaucoma. Sendo inovadora, não são conhecidas quaisquer análises de custo-efetividade da implementação desta estratégia.

A **degenerescência macular da idade** (DMI) é a principal causa de cegueira irreversível nos países desenvolvidos entre as pessoas com mais de 50 anos (Kocur and Resnikoff 2002). Em Portugal, a forma precoce da DMI afeta 15,53% da população com mais de 55 anos, e a forma tardia afeta 0,67% (Cachulo Mda et al. 2015). A forma exsudativa ou neovascular representa

0,44% e a forma atrófica 0,27%. A prevalência aumenta com a idade e após os 75 anos verifica-se um aumento da prevalência (1,13% para a DMI exsudativa e 0,63% para a atrófica) (Cachulo Mda et al. 2015). O glaucoma é tratável, essencialmente de forma farmacológica, evitando a perda de visão. A DMI não preenche critérios para rastreio de base populacional. Assim, a proposta da CENSV (2018) passa por uma intervenção única a todos os cidadãos aos 60 anos, com a realização de retinografia ao nível dos cuidados de saúde primários. Não são conhecidas quaisquer análises de custo-efetividade da implementação desta estratégia.

A esta carga epidemiológica associa-se o impacto socioeconómico. Perto de 300 mil portugueses com mais de 50 anos sofrem de cegueira ou perda de visão moderada e grave. Através de diferentes metodologias, estima-se que, em Portugal, a perda de produtividade nesta população tenha um impacto anual entre 203 e 722 milhões de euros. Anualmente, as perdas associadas apenas à cegueira variam entre 74 e 185 milhões de euros. Por sua vez, a redução de produtividade associada à perda moderada e grave da visão varia entre 130 e os 555 milhões de euros (Chakravarthy et al. 2017).

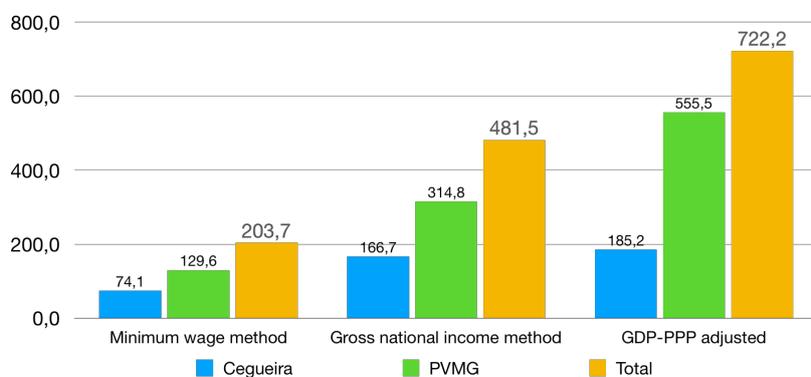


Figura 4. Custos devido a perdas de produtividade por cegueira e perda da visão moderada e grave na população com mais de 50 anos.

Fonte: Elaboração própria baseada em Chakravarthy et al. (2017)

Acesso a cuidados de saúde da visão

Os sistemas de saúde têm-se desenvolvido especificamente para permitir que as pessoas usufruam dos serviços de saúde de acordo com as suas necessidades, protegendo-os contra as consequências financeiras adversas de pagamento de cuidados de saúde dos quais se desconhece, à partida, o momento e montante de necessidade. Esta meta agora é amplamente conhecida como Cobertura Universal de Saúde (UHC, *Universal Health Coverage*). Foi esta a motivação para os sistemas de seguros de saúde sociais, ou os serviços nacionais de saúde, se desenvolverem na Europa e nas recentes reformas nos EUA, agora coloquialmente conhecidas como *Obama Care*.

A cobertura universal de saúde tem como objetivo que todas as pessoas obtenham os cuidados de saúde de que precisam sem correrem riscos financeiros por meio de pagamentos diretos incomportáveis (World Health Organization 2010). Este conceito abarca a cobertura a bons serviços de saúde - da promoção da saúde à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos - bem como a cobertura com uma forma de proteção contra riscos financeiros. Uma terceira característica é a universalidade - a cobertura deve ser para todos. Embora muitos países estejam longe de alcançar cobertura universal de saúde, todos os países podem tomar medidas nesse sentido (Kutzin 2013; World Health Organization 2010). Melhorar o acesso é um desses passos.

O acesso universal a cuidados de saúde é a oportunidade ou a capacidade das pessoas para receberem os cuidados de saúde de que necessitam, encontrando-se protegidas contra riscos financeiros. Assim, a cobertura universal de saúde não é possível sem acesso universal (Evans, Hsu, and Boerma 2013).

O acesso tem três dimensões (Penchansky and Thomas 1981; Shengelia et al. 2005; Tanahashi 1978):

- **Acessibilidade física.** Disponibilidade de bons serviços de saúde a uma distância razoável daqueles que deles precisam e do horário de funcionamento, sistemas de agendamento e outros aspetos da organização e prestação de serviços que permitem às pessoas obter cuidados quando necessitam.
- **Acessibilidade financeira.** Capacidade das pessoas para pagar os cuidados de saúde sem dificuldades financeiras. Considera não apenas o custo dos cuidados de saúde, mas também os custos indiretos e de oportunidade (por exemplo, os custos de transporte para e a partir

do prestador e de tempo fora do trabalho). A acessibilidade é influenciada pelo sistema de financiamento do sistema saúde e pelo rendimento familiar.

- **Aceitabilidade.** Captura a vontade das pessoas para procurar cuidados de saúde. A aceitabilidade é baixa quando os doentes percebem que os serviços são ineficazes ou quando fatores sociais e culturais, como a linguagem, a idade, o género, a etnia ou a religião do profissional de saúde, os desencorajam a procurar serviços.

É reconhecido que, as deficiências de cobertura dos sistemas de proteção (e.g. SNS, subsistemas públicos e privados, seguros privados) são responsáveis pelo recurso aos pagamentos diretos, limitadores da acessibilidade financeira. Com efeito, as famílias podem ser confrontadas com despesas catastróficas de saúde¹ no acesso aos serviços. Fundamentalmente, a garantia que as pessoas não vão sofrer dificuldades financeiras na sequência da utilização de serviços de saúde é uma componente fundamental para a cobertura universal, reconhecendo-se que os sistemas de saúde não só devem melhorar a saúde, mas também devem garantir que esta melhoria não é prejudicial para os aspetos de vida usual não-saúde. O conceito de proteção financeira, ou, inversamente, a ausência de um risco de dificuldades financeiras, tem sido o foco de interesse para os economistas e investigadores, tal como medir a capacidade de um sistema de saúde para proteger as pessoas contra dificuldades financeiras associadas ao pagamento de serviços de saúde tornou-se uma questão importante.

Neste sentido, a análise sobre o acesso a cuidados de saúde da visão dissecou o modelo de cuidados estabelecido para o SNS de forma a identificar as diferentes barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Importa ainda analisar a utilização de cuidados de saúde da visão ao nível das coberturas complementares. Sendo o SNS de acesso universal, a utilização de outras coberturas está diretamente dependente da sua capacidade de resposta clínica e não clínica. Uma maior utilização das coberturas adicionais está intimamente relacionada com as barreiras ao acesso colocadas no SNS. Assim, analisamos a utilização dos cuidados ao nível da ADSE (subsistema público mais representativo).

Em Portugal, o acesso a cuidados de saúde é maioritariamente assegurado pelo SNS. Em 2016, os hospitais públicos asseguraram 64% do total de 19,4 milhões de consultas médicas externas nos

¹ Entende-se por despesas catastróficas em saúde, todas as despesas a partir do ponto em que os pagamentos diretos são de tal forma altos em relação aos recursos disponíveis que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários Saksena, P., J. Hsu, and D.B. Evans. 2014. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 11: e1001701.

hospitais e 73% do total de cirurgias (INE 2018b). Em relação à especialidade de oftalmologia, 63% das consultas e 72,3% das cirurgias são realizadas no SNS (INE 2018b). O SNS também subcontrata atividade a hospitais privados, incluindo cirurgias oftalmológicas através da emissão de cheques cirurgia sempre que é atingido 75% do tempo máximo de resposta garantida. Em 2016, 27% da receita dos hospitais privados era assegurada pelo SNS e pelos Serviços Regionais de Saúde. Os hospitais privados são ainda financiados pelos subsistemas públicos, sendo a ADSE o subsistema mais representativo. Em 2016, estes subsistemas asseguravam 22% da receita dos hospitais privados. O maior contribuinte dos hospitais privados é utilizador individual dos serviços (36%) através de pagamentos diretos. Os seguros de saúde privados têm um peso bastante mais reduzido (9%).

Serviço Nacional de Saúde

O SNS é constituído como serviço de acesso universal (todos os residentes em Portugal são abrangidos), geral (todos os serviços são cobertos em princípio, e desde que tragam benefício para os cidadãos) e tendencialmente gratuito (o utilizador pode ser chamado a contribuir financeiramente, nomeadamente em cuidados de saúde que resultam da sua iniciativa). O atual SNS adota uma estrutura assente em níveis diferenciados de prestação de cuidados que devem articular-se entre si e que, por isso, na base de uma pirâmide hierarquizada consideraram-se níveis primários, para evoluírem sucessivamente para os níveis secundários ou hospitalares e continuados. Os cuidados de saúde da visão estão concentrados ao nível das unidades hospitalares, através dos serviços de oftalmologia, não existindo uma resposta específica ao nível dos cuidados de saúde primários.

Assim, no SNS, um cidadão com necessidade de cuidados de saúde da visão tem dois percursos de acesso: 1) através do seu médico de família que em caso de necessidade fará a sua referenciação para o serviço de oftalmologia do hospital; ou 2) em caso de necessidade imperativa, através do serviço de urgência hospitalar. Neste último caso, o doente pode aceder a um serviço de urgência polivalente (único com presença de oftalmologista) ou ser referenciado através de outro serviço de urgência para esta tipologia de urgência. Qualquer serviço de urgência pode referenciar o doente para uma consulta externa de oftalmologia.

Existem três resultados comuns após uma consulta de oftalmologia: 1) alta da consulta; 2) prescrição/recomendação para tratamento não cirúrgico/correção; ou 3) recomendação para cirurgia.

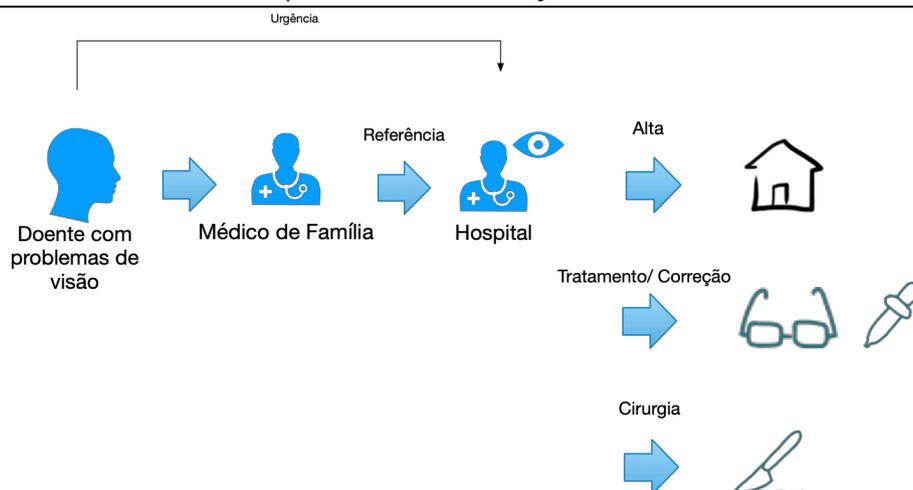


Figura 5- Percurso do doente no SNS.

Apesar deste percurso não estar formalizado, representa um modelo generalizado em todo o SNS. Contudo, ao longo deste percurso existem várias barreiras que limitam, impedindo ou retardando, o acesso do doente a cuidados de saúde da visão.

Estrangulamento 1

Limitada cobertura de médicos de família. O SNS assume que o ponto de acesso primordial é o médico de família. Contudo, pelo menos 711 mil utentes do SNS não têm médico de família atribuído (Ministério da Saúde 2018a), limitando o acesso às prestações de saúde, desde o diagnóstico, referenciação e tratamento.

Estrangulamento 2

A aposta na deteção precoce é insuficiente. Tal como em outras áreas, a aposta na saúde visual passa pela deteção precoce de problemas da visão, através de rastreios oportunistas em idades pediátricas ou em populações mais vulneráveis.

Existem dois programas desenvolvidos a nível nacional: 1) Diagnóstico sistemático e tratamento da Retinopatia Diabética (RD); e 2) Rastreio de Saúde da Visão Infantil (RSVI) para o risco de ambliopia (2 e 4 anos).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes (PND) tem apostado na melhoria e no aumento do acesso dos doentes ao rastreio da RD – uma das principais complicações da diabetes e uma das grandes responsáveis de cegueira evitável nos adultos. Em 2017, foi realizado rastreio em 198.400 doentes, o que traduz um crescimento de 25%, face ao ano anterior. Este foi o número mais alto de doentes rastreados para a RD, e em três anos, o número de utentes rastreados mais do que duplicou.

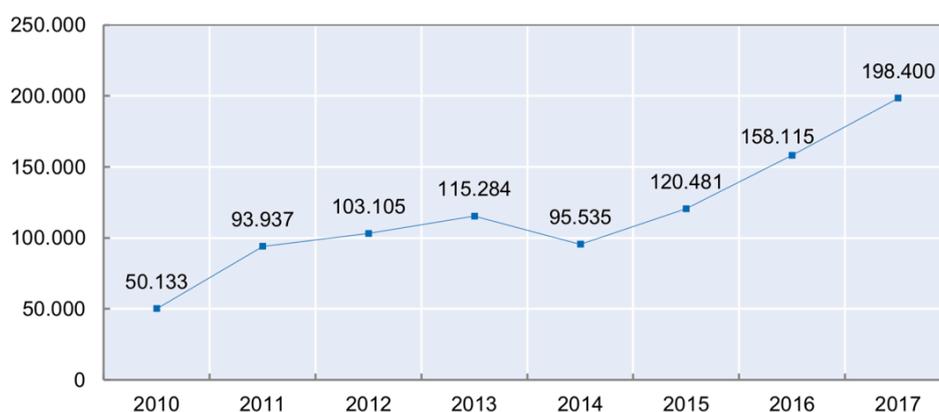


Figura 6. Evolução do número de rastreios de retinopatia diabética.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

Apesar deste esforço, considerando uma prevalência de 9,8% da diabetes (DGS 2017), entre os 25 e os 74 anos, podemos deduzir que, **apenas cerca de um quarto da população alvo teve acesso ao programa de rastreio**. Ao considerarmos que 5% dos rastreios resultou num resultado positivo, podemos extrapolar para a população não rastreada que **cerca de 28 mil doentes sofrem de retinopatia diabética, mas não estão corretamente diagnosticados**. Igualmente preocupante é o tempo de espera para uma consulta de oftalmologia após um resultado positivo no rastreio: em média, **um doente espera 267 dias por uma consulta de oftalmologia em 2017**. Entre 2016 e 2017, verificou-se a deterioração deste tempo de espera em 29,2% (mais 78 dias de espera). Como reconhece a CENSV (2018) (...) *Estes tempos de resposta são inaceitáveis, tendo em conta os objetivos do rastreio e a importância de uma resposta célere e em tempo útil para a patologia em causa (...)*.

Integrado na atualização do Plano Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), através do Despacho n.º 5868-B/2016, de 2 de maio, o Ministério da Saúde determinou a implementação do Rastreio de Saúde da Visão Infantil (RSVI) para o risco de ambliopia (2 e 4 anos) nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto. Esta decisão foi baseada no projeto-piloto de rastreio realizado às crianças com 2 anos e repetido aos 4 anos, implementado pela ARS Norte, em estreita colaboração com o Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos e com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, contando com a participação de 6 hospitais da região. Entretanto, o projeto foi, entretanto, alargado faseadamente a 12 ACES da Região de Saúde Norte. Em 2017, o rastreio abrangeu cerca de 15 mil crianças, tendo tido uma taxa de adesão de 71% e referência hospitalar de 8,8% (Ministério da Saúde 2018a). Infelizmente, não é conhecido tempo de espera para a consulta hospitalar de oftalmologia. Está previsto que este programa seja alargado a todo o Continente durante o ano de 2019. Os resultados são demonstrativos da necessidade de

desenvolver os cuidados de saúde da visão ao nível dos cuidados de saúde primários, demonstrando as dificuldades do atual modelo de prestação de cuidados do SNS.

Apesar de tudo, a abordagem assumida pelo RSVI (2 e 4 anos) não é consensual a nível internacional (Solebo, Cumberland, and Rahi 2015). É mesmo sugerido que o rastreio com idade entre 4 e 5 anos (por exemplo, na entrada na escola) confere mais benefícios e aborda a desigualdade no acesso ao tratamento oportuno. O rastreio em idades mais jovens está associado a um aumento do risco de resultados falso-positivos e a idades mais avançadas com resultados fracos em crianças com ambliopia moderada a grave (Solebo, Cumberland e Rahi 2015).

Estrangulamento 3

Forte restrição do acesso a consulta de especialidade de oftalmologia. Em 2016 verificaram-se 313 941 pedidos de consulta de oftalmologia por partes dos médicos de família, tendo sido realizadas 234 463 consultas hospitalares e ficado 181 824 doentes sem qualquer consulta. Em 2017, verificou-se um crescimento dos pedidos de consulta em 4% para 327 431 pedidos. Apesar deste ligeiro crescimento, verificou-se um forte crescimento dos pedidos por concluir para 233 228 – crescimento de 28%. Assim, **o tempo de espera para consulta de oftalmologia aumentou de 171 dias (5,7 meses), em 2016, para 180 dias (6 meses) em 2017** (Ministério da Saúde 2018a). Este tempo de espera varia entre os diferentes hospitais, podendo um doente esperar 783 dias (2 anos e 2 meses) no Centro Hospitalar do Oeste, 510 dias (1 ano e 5 meses) no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, 460 dias (1 ano e 3 meses) no Hospital de Chaves. **Apenas 53,5% das consultas realizadas respeitam o tempo máximo de resposta garantida (TMRG)**. Esta é mesmo a **segunda especialidade com piores resultados em termos de cumprimento do TMRG**, sendo apenas ultrapassada pela Dermato-Venerologia (48,0% das consultas realizadas dentro do TMRG).

Estrangulamento 4

Falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte das populações com menor rendimento. O SNS não cobre as despesas com óculos e lentes de contacto para a generalidade dos cidadãos. Em Portugal, uma grande fatia do financiamento das despesas de saúde são asseguradas pelas famílias – 27,8% (INE 2018a), colocando uma substancial parte da população sujeitas a despesas catastróficas de saúde. Em 2010, perto de um terço do segmento de 20% da população com menor rendimento enfrentava despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos relacionados com cuidados de saúde. Perto de 50% das despesas diretas referiam-se a medicamentos, 15% a prestações de saúde em ambulatório e 9% a dispositivos e

equipamentos médicos (INE 2012). Entre estes dispositivos e equipamentos encontram-se lentes e armações. Apesar de não existirem dados concretos sobre as barreiras financeiras na aquisição de lentes e armações, é altamente provável que os cidadãos com menores rendimentos enfrentem fortes barreiras financeiras na sua aquisição. Alguns estudos têm vindo a recomendar o desenvolvimento de mecanismos que permitam não só reduzir as despesas privadas familiares, mas também evitar expor os grupos especialmente vulneráveis a estes efeitos (nomeadamente, crianças, pessoas com deficiência e pessoas que sofrem de doenças crónicas) (Borges 2013; Kronenberg and Barros 2014).

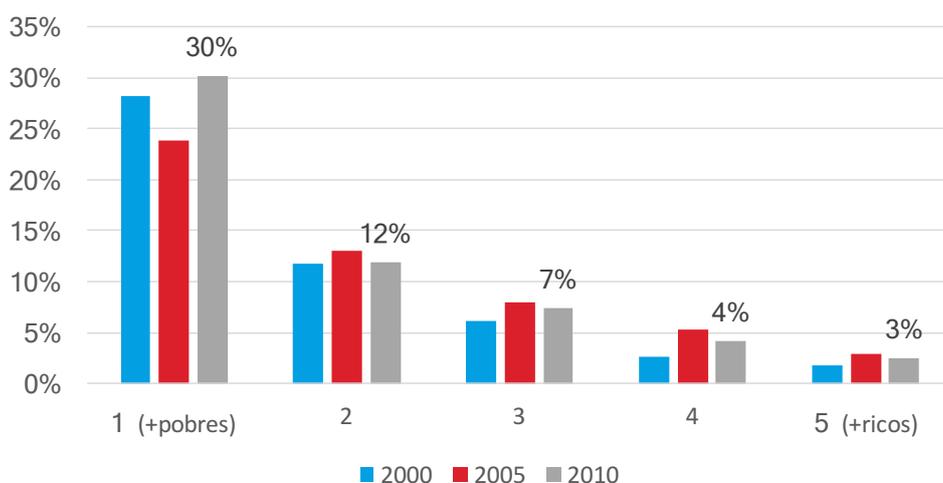


Figura 7. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimentos com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento.

Fonte: INE (2015) – Elaboração Própria

O regime de benefícios adicionais de saúde (BAS) permite, aos beneficiários do complemento solidário para idosos (CSI), a comparticipação de 75% da despesa na aquisição de lentes e armações até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos. O CSI é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de Segurança Social, ou seja, 66 anos e 4 meses e residentes em Portugal. Contudo, em 2017, em 175 306 beneficiários do CSI, apenas 3 053 (1,7%) pediram o reembolso ao nível de despesa com a aquisição de lentes e armações, totalizando 278 075,10€ (Ministério da Saúde 2018a). A falta de informação e o facto deste benefício ser realizado através de reembolso podem explicar esta subutilização.

Estrangulamento 5

Deterioração dos tempos de espera para cirurgia e variabilidade regional. O número de doentes inscritos para cirurgia oftalmológica tem vindo a crescer (crescimento de 20,0% entre 2015 e 2017),

tal como o número de doentes operados (crescimento de 20,6% entre 2015 e 2017). Contudo, o número de doentes a aguardar cirurgia tem vindo a aumentar (crescimento de 34,7% entre 2015 e 2017), tal como os tempos de espera (Figura 8).

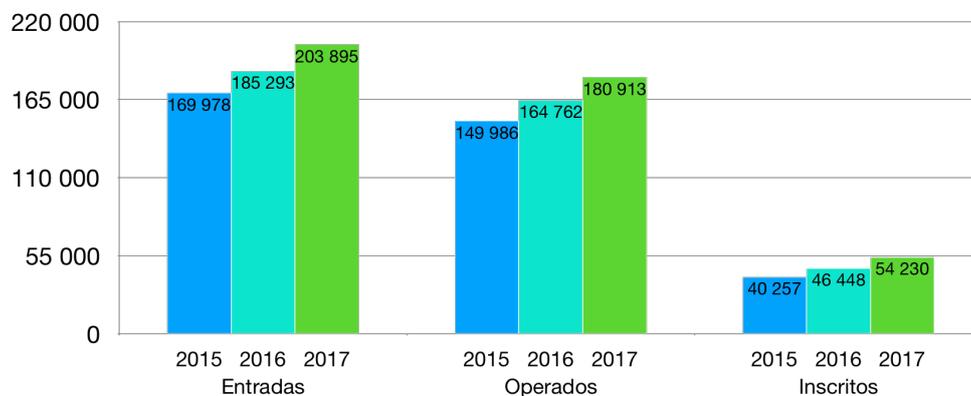


Figura 8. Atividade cirúrgica na especialidade de oftalmologia entre 2015 e 2017.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

No final de 2017, existiam 54 230 doentes a aguardar cirurgia, sendo que a mediana de tempo de espera era de 2,87 meses. **Entre 2015 e 2017 verificou-se uma deterioração da mediana dos tempos de espera em 23,2%**, e da média de tempo de espera em 10,3% (Figura 9).

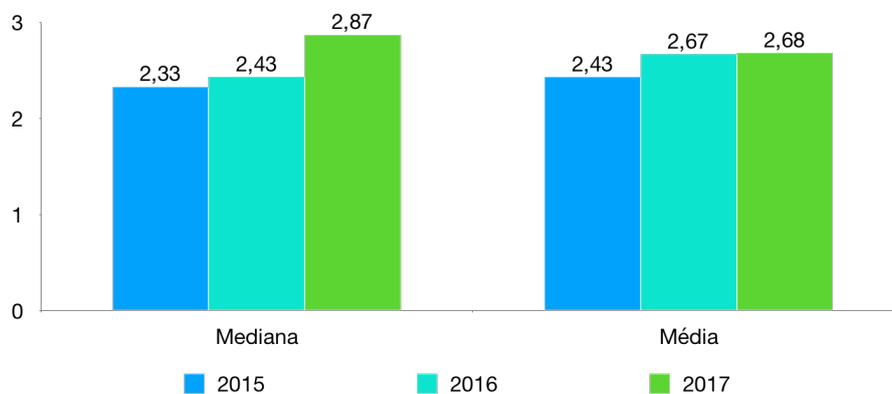


Figura 9. Tempo de espera para cirurgia oftalmológica entre 2015 e 2017.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

Ao analisarmos dos dados de 2016, verificamos mesmo que 10% dos doentes esperavam perto 7 meses por uma cirurgia. Num dos hospitais do SNS este tempo de espera subiu para 15,7 meses e a mediana de tempo de espera subiu para 5,7 meses, demonstrando desigualdades regionais no acesso à cirurgia oftalmológica (Figura 10).

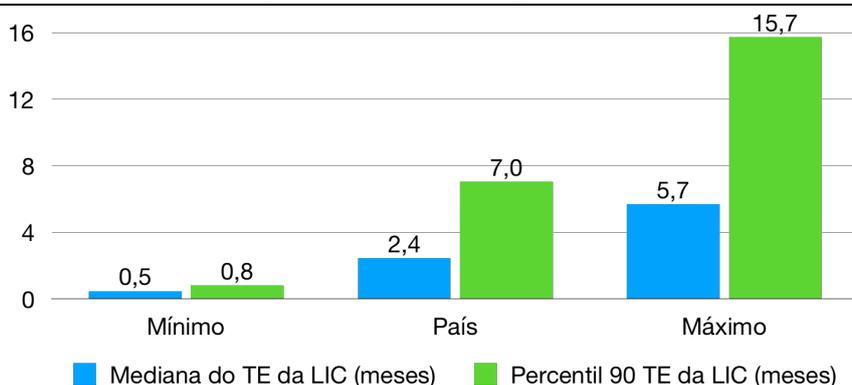


Figura 10. Mediana e percentil 90 de tempo de espera para cirurgia oftalmológica: instituição com tempo de espera mais reduzido e instituição com tempo de espera mais dilatado, 2016.

Fonte: Ministério da Saúde (2018a)

O envelhecimento populacional vai conduzir a uma maior procura na área cirúrgica oftalmológica. O número de cirurgias de catarata aumentou de 14 226 em 1993 para 146 958 em 2015 (último ano com dados disponíveis) (DGS 2016). Como reconhece a DGS (2016), *uma vez que as assimetrias do acesso aos cuidados de saúde oftalmológica no País fazem manter ainda um segmento significativo de doentes por tratar e, como a evolução das indicações, da segurança e dos resultados torna previsível o crescimento continuado das taxas de cirurgia de catarata, o futuro colocará seguramente o desafio de cumprir as expectativas crescentes destes doentes.*

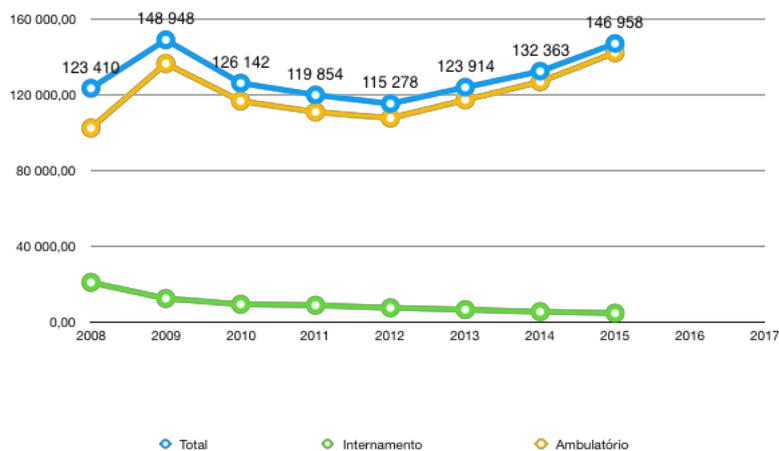


Figura 11. Evolução do número de cirurgias de cataratas em Portugal, 2008-2015.

Fonte: Eurostat (2017) - Elaboração própria

Contudo, entre os países acompanhados pelo Eurostat, Portugal é o país com maior número de cirurgias de cataratas realizadas por 100 000 habitantes pelo menos desde 2008 (ano de início da série) – muito acima da média dos países da UE. Será importante compreender se este nível de atividade é totalmente justificado epidemiologicamente, e mesmo o que poderá justificar tão elevada carga de doença. Será ainda importante verificar a adequabilidade destas intervenções cirúrgicas e, se necessário, rever as indicações para esta cirurgia e os incentivos existentes no

sistema. Como reconhece a OECD (2017), em vários países verificamos uma sobre utilização de cuidados, colocando em causa a segurança do doente, impedindo outros doentes de receber cuidados adequados e desperdiçando recursos do sistema de saúde. Se for este o caso, os recursos utilizados indevidamente podem ser utilizados na redução dos tempos de espera para outros doentes.

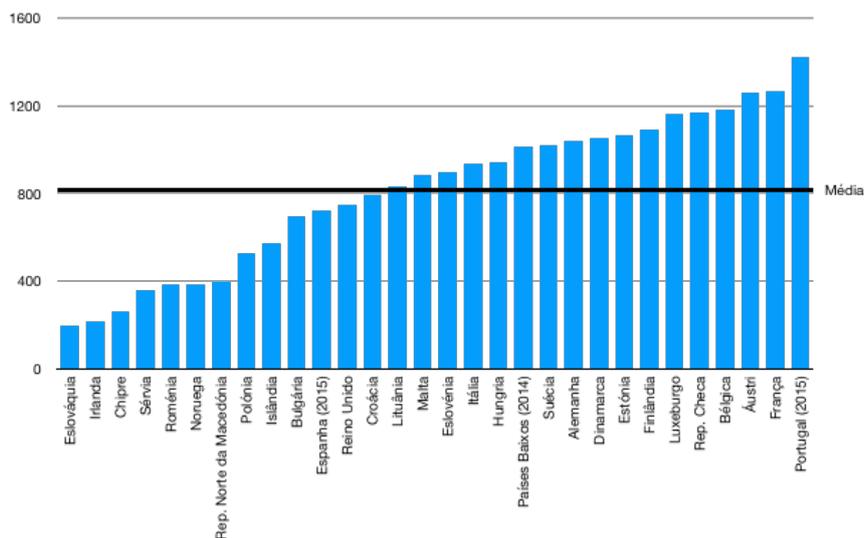


Figura 12. Cirurgia das cataratas em 2016 ou ano mais recente.

Fonte: Eurostat (2017) - Elaboração própria

O percurso alternativo ao SNS

Face às barreiras ao acesso colocadas no SNS, os doentes são muitas vezes obrigados a optar pelo setor privado, incorrendo em pagamentos diretos. com fortes implicações em termos de barreiras económicas ao acesso como descrito anteriormente. Um doente sem coberturas de seguro de saúde adicionais e com necessidades de cuidados de saúde da visão pode assim ser obrigado a recorrer diretamente à medicina privada (i.e. consulta de oftalmologia), onde, se não tiver qualquer cobertura voluntária (e.g. seguro privado de saúde), enfrentará as barreiras financeiras colocadas por pagamentos diretos. Pode ainda recorrer diretamente a uma ótica comercial. Aí poderá ter acesso a serviços de optometria e serviços de contactologia. Os serviços de optometria englobam cuidados em visão e sistema visual, que incluem refração e prescrição, deteção/diagnóstico e acompanhamento/tratamento de doenças oculares e a reabilitação/tratamento de condições do sistema visual. Contudo, a atual ausência de regulamentação específica do acesso e prática clínica da profissão de optometrista permite o acesso ao seu exercício por parte de pessoas cujas qualificações e habilitações podem não ser adequadas a um a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança. Sem a devida

regulamentação, não é assegurada a qualidade neste serviço disponibilizado pelas óticas comerciais. Por outro lado, a inexistência de regulamentação não impede o conflito de interesses entre o exercício da profissão e o interesse comercial da ótica. Mais uma vez, o cidadão pode estar sujeito a um risco de serviços de saúde inadequados e a encargos financeiros desnecessários, nomeadamente por indução de procura. Ora, este percurso alternativo ao SNS, não assegura o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, conduzindo a despesas em saúde prescindíveis.

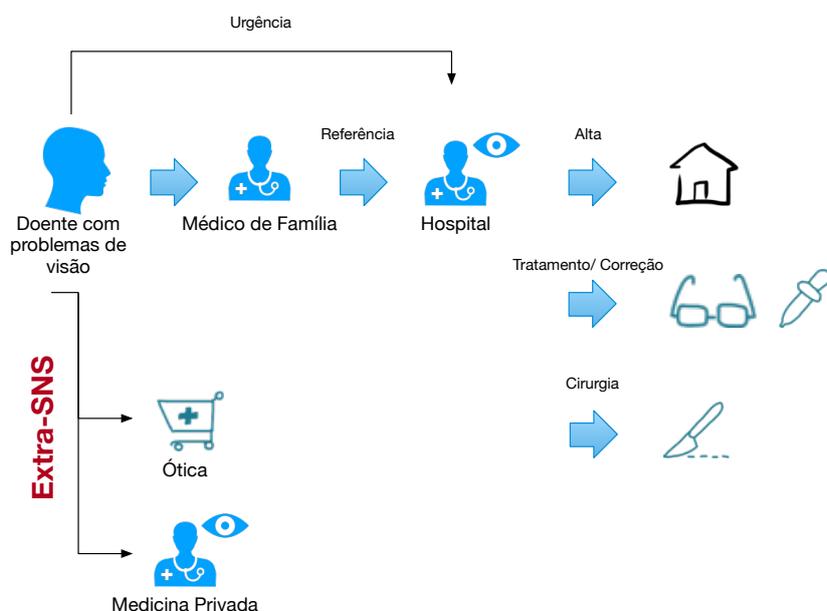
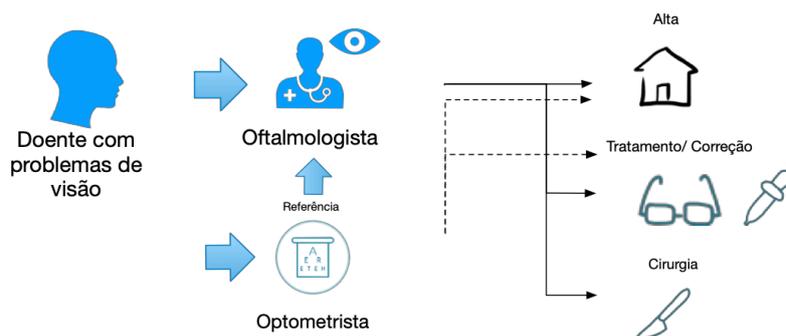


Figura 13. Percurso do doente como alternativa às barreiras ao acesso colocadas no SNS.

A ADSE

A ADSE corresponde a uma cobertura complementar ao SNS e financia os cuidados de saúde utilizados pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde. No final de 2016, a ADSE contava com 1 222 809 beneficiários (ADSE 2017). O esquema de benefícios da ADSE encontra-se regulamentado e inclui cuidados de saúde da visão. Os beneficiários podem recorrer a uma rede prestadora convencionada (regime convencionado) ou optam por prestadores independentes (regime livre) através do reembolso das despesas.



Consulta de oftalmologia

Os beneficiários da ADSE com necessidade de cuidados de saúde da visão podem recorrer diretamente a uma consulta no médico especialista em oftalmologia. Em 2015, existiam 208 prestadores convencionados que ofereciam consultas de oftalmologia, sendo esta a segunda especialidade mais procurada logo a seguir à medicina geral e familiar (Figura 15) (ADSE 2016). No âmbito da rede convencionada, o beneficiário assegura um copagamento de 3,99€ e a ADSE remunera o prestador em 14,47€ (ADSE 2018).

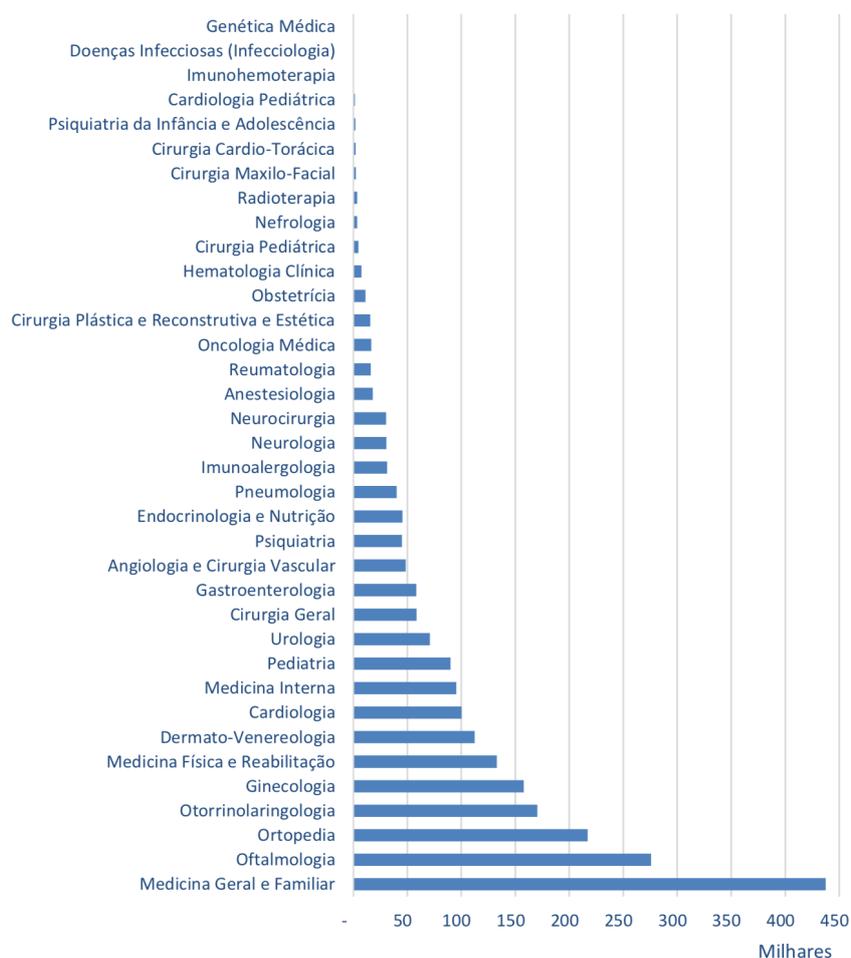


Figura 15. Consultas médicas no setor convencionado da ADSE, distribuição por especialidades, 2015

Fonte: ADSE (2016)

Em termos de procura por número de beneficiários e em termos de despesa, a oftalmologia é também a segunda especialidade mais relevante (Figura 16).

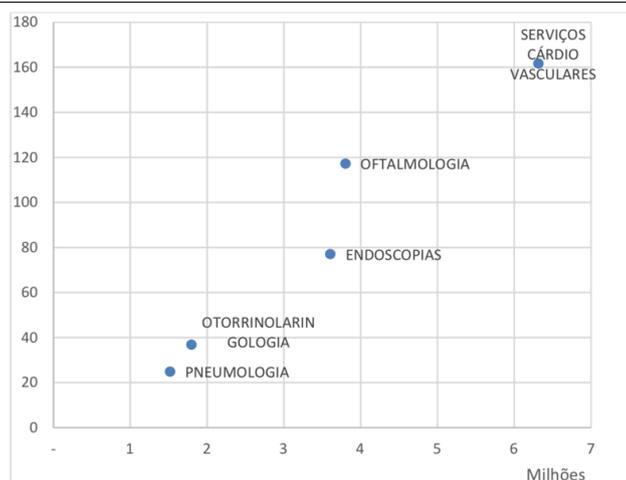


Figura 16. Principais valências da medicina, despesa versus número de beneficiários - 2015

Fonte: ADSE (2016)

Em 2015, a rede convencionada da ADSE tinha prestadores de oftalmologia nos distritos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Vila Real. Os distritos da Guarda e Viseu apenas tinham um prestador. Contudo, o beneficiário pode sempre recorrer a qualquer médico oftalmologista fora da rede, solicitando posteriormente o reembolso da despesa incorrida até um máximo de 20,45€ (ADSE 2004).

Tal como no SNS, existem três resultados comuns após uma consulta de oftalmologia: 1) alta da consulta; 2) prescrição/recomendação para tratamento não cirúrgico/correção; ou 3) recomendação para cirurgia. A nossa análise foca-se nos últimos dois pontos.

Tratamento oftálmico não cirúrgico/correção

Serviços médicos especiais de oftalmologia

Em 2015, existiam 192 prestadores convencionados em serviços médicos especiais de oftalmologia. Recorreram a estes tratamentos perto de 120 000 beneficiários, observando-se um crescimento da procura face aos últimos anos (Tabela 1). A exploração oftalmoscópica direta e indireta, a avaliação da visão binocular e do equilíbrio oculomotor, e o laser oftalmológico estão entre os atos com maior representatividade entre serviços médicos especiais da ADSE, respetivamente 3.º, 5.º, 10.º (ADSE 2017).

Tabela 1. Indicadores de atividade de serviços médicos especiais de oftalmologia, 2013 a 2015.

	2013	2014	2015
Número de Atos	246 590	297 083	315 684
Número de beneficiários	94 128	108 212	117 203
Número de atos por beneficiário	2,62	2,75	2,69
Faturação (€)	€3.516.466,57	€4.091.241,91	€3.804.674,40
Despesa média por beneficiário (€)	€37,36	€37,81	€32,46
Despesa média por ato (€)	€14,26	€13,77	€12,05

Fonte: ADSE (2016) – elaboração própria.

Correção

Ao contrário do SNS, a ADSE financia a todos os seus beneficiários a aquisição de “*meios de correção e compensação*” através de reembolso (parcial) da despesa incorrida. Historicamente, os reembolsos com as aquisições de “*meios de correção e compensação*” representam cerca de 30% do valor dos reembolsos do regime livre. Estes valores justificam-se, maioritariamente, pela aquisição de lentes e armações que sempre representaram o maior encargo financeiro do regime livre e, em 2016, envolveram 174 193 beneficiários.

Tabela 2. Encargos em lentes e armações, e respetivos beneficiários da ADSE, 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Lentes	€21.500.000	€21.200.000	€21.200.000	n.d.
Armações	€7.800.000	€7.800.000	€7.800.000	n.d.
Beneficiários	n.d.	n.d.	169 703	174 193
Custo médio	n.d.	n.d.	€170,89	n.d.

Fonte: ADSE (2016), ADSE (2017)– elaboração própria.

A ADSE reembolsa até 80% do custo aquisição de armações/aros num máximo de 61,55€, limitando as aquisições a um máximo de duas durante 3 anos. No caso de lentes, os beneficiários também são reembolsados até 80%, mas até um máximo de 51,33€, limitando a aquisição a oito durante 3 anos. Também ao contrário do SNS, a ADSE aplica este reembolso caso este seja requisitado por um optometrista legalmente habilitado ou prescrito por um oftalmologista. A ADSE reconhece o papel do optometrista na sua oferta de cuidados de saúde da visão. Assim, o beneficiário da ADSE tem acesso ao reembolso da aquisição de lentes e armações através de consulta com um optometrista, não sendo necessário ter uma consulta de oftalmologia. Ao contrário de outras

estruturas do Ministério da Saúde, a ADSE reconhece o papel do optometrista como parte do modelo de cuidados de saúde da visão.

Tratamento oftálmico cirúrgico

Em 2015 e 2016, a rede convencionada da ADSE assegurou cuidados cirúrgicos a mais de 14 mil e 15 mil beneficiários, respetivamente. Como pode ser verificado pela Figura 17, a cirurgia dos olhos e anexos oculares é a segunda comum, sendo apenas suplantada pela cirurgia geral. A cirurgia oftalmológica é mesmo a área com maior despesa em cuidados cirúrgicos convencionados da ADSE.

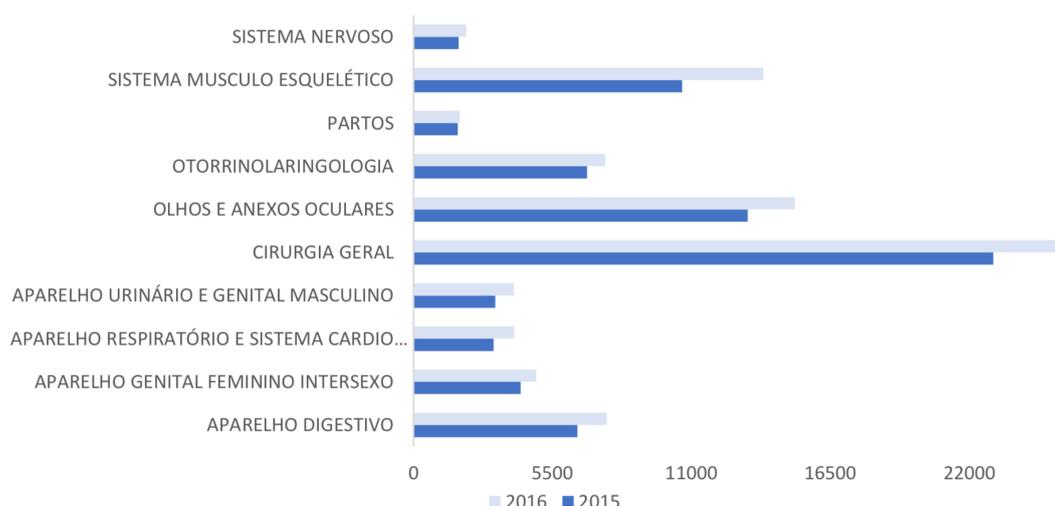


Figura 17. Número de beneficiários por tipo de cirurgia

Fonte: ADSE (2017)

Ao nível do regime livre, a cirurgia oftalmológica mantém a sua preponderância. Os dois atos cirúrgicos do regime livre com maior volume de reembolsos são mesmo desta área. Considerando que, a ADSE tem procurado internalizar o seu regime livre na rede convencionada, a área da oftalmologia tem ainda uma elevada margem para integrar.

Tabela 3. Encargos com as Intervenções cirúrgicas dos olhos e anexos oculares financeiramente mais representativas no regime livre, 2013 a 2016.

Atos da Tabela de Cirurgia	2013	2014	2015	2016
Facoemulsificação do cristalino com implantação de lente intraocular	€696.200	€578.700	€509.400	€485.800
Injeção de substituto de vítreo, via plana (pneumopexia)	€139.100	€200.900	€207.700	€197.300
Laser Yag da retina ou coroideia	€123.100	€119.600	€148.900	€118.800
Topografia Corneana	n.d.	n.d.	€54.300	€50.800

Fonte: ADSE (2016), ADSE (2017)– elaboração própria.

Limitações das propostas para melhoria do acesso

No final do ano de 2016, a DGS (2016) vem apresentar a **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Oftalmologia** (RNEHR-O), entretanto aprovada pelo Governo. Este documento propõe a organização da rede hospitalar em 3 grupos de unidades hospitalares, estabelecendo as suas características e um número mínimo de médicos para cada grupo (em ETC). Assim, as instituições hospitalares são categorizadas em 3 grupos que se distinguem, entre si, pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade, complementaridade e hierarquização da prestação de cuidados. O documento vem reconhecer o défice de oftalmologistas como o maior problema para assegurar o funcionamento da adequado da rede (DGS 2016).

O Ministério da Saúde, através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 1696/2018, de 19 de fevereiro, vem criar a Comissão Nacional com o objetivo de elaborar uma **Estratégia Nacional para a Saúde da Visão**. O documento produzido por esta comissão esteve em discussão pública até 26 de julho de 2018. Até ao momento não existe um documento decorrente da fase de discussão pública, pelo que esta análise é realizada ao documento do conhecimento público (CENSV 2018).

A CENSV (2018) vem identificar prioridades, definir objetivos e propor um modelo conceptual, capazes de resolver insuficiências crónicas e introduzir eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde da visão. Os objetivos passam essencialmente por garantir a efetiva universalidade dos cuidados de saúde visual à população portuguesa (assegurada constitucionalmente mas longe de ser alcançada), melhorando a acessibilidade e garantindo a equidade. Ao nível das insuficiências, o que (...) *fica demonstrado pela análise dos dados disponibilizados pela ACSS é uma evidente deficiência de meios ao nível dos cuidados primários de saúde da visão, capaz de reduzir as dificuldades de acessibilidade às primeiras consultas de Oftalmologia. Trata-se de um constrangimento há muito identificado, e que tende a agravar-se tendo em conta as necessidades crescentes das populações, que resultam de vários fatores. O envelhecimento global da população resultante de melhores cuidados de saúde, aumenta a demografia e a prevalência de várias doenças oculares, como a catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade (DMI); as mudanças dos hábitos de vida e o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas como a diabetes aumentam a prevalência da retinopatia diabética; acresce que estes doentes necessitam de*

vigilância e tratamento durante muitos anos e terão de merecer uma estratégia adequada no âmbito de doença crónica. As necessidades decorrentes de hábitos de vida mais urbanizados, com mais informação e uma crescente preocupação com a saúde visual, são outros aspetos que aumentam as necessidades do SNS ao nível dos cuidados de saúde visual (...). É a partir, deste racional que a proposta da Comissão passa por um forte investimento, e por um alargamento estruturado da oferta, ao nível dos cuidados de saúde primários. Assim, (...) o alargamento e a estruturação da base de oferta de cuidados de saúde visual ao nível dos cuidados de saúde primários terão de ser um alicerce de toda a rede oftalmológica nacional (...). Reconhece-se que a proposta deve ser (...) implementada no tempo, de forma faseada, tendo em conta os recursos humanos disponíveis não apenas no presente, mas também aqueles que previsivelmente estarão disponíveis a curto e médio prazo (...).

Este documento propõe três intervenções estruturais na rede de prestação de cuidados através do desenvolvimento da 1) Plataforma de cuidados primários de saúde visual (PCPSV); 2) Plataforma hospitalar de saúde visual (RNEHR-O) e 3) Urgências de oftalmologia.

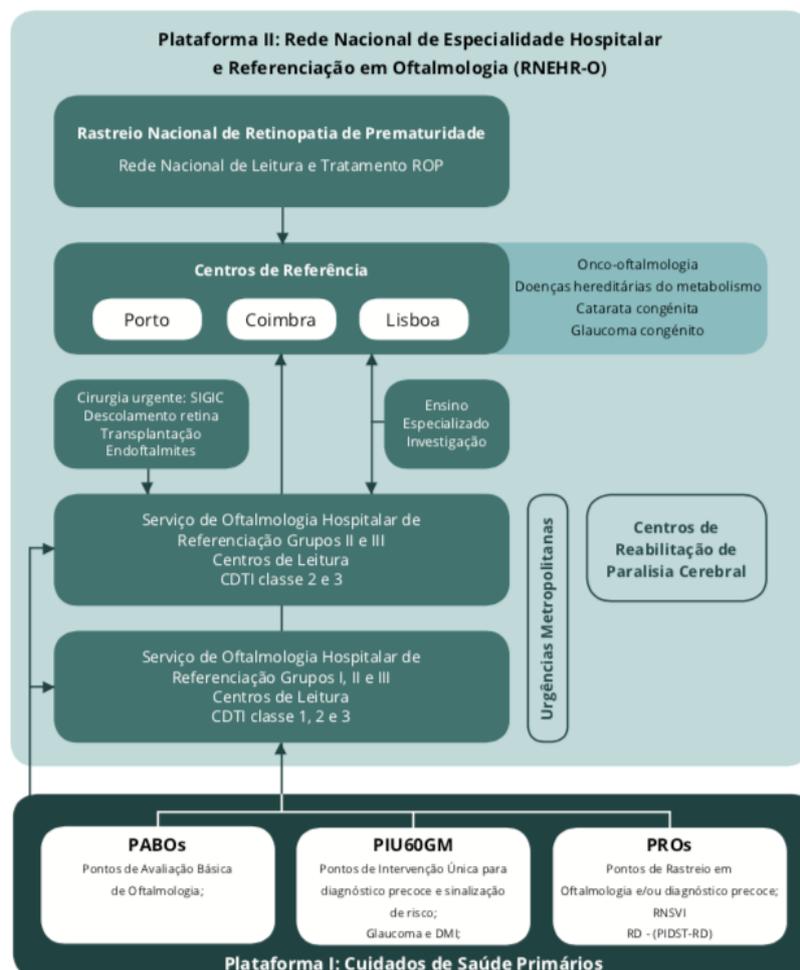


Figura 18. Modelo de organização estratégica proposto pela CENSV (2018).

Fonte: CENSV (2018)

A PCPSV é constituída por:

1. Pontos de Rastreio Oftalmológico (PROs);
2. Pontos de Avaliação Básica em Oftalmologia (PABOs);
3. Pontos de Intervenção Única aos 60 anos (PIU6oGM).

O **PRO** é uma unidade encarregada de garantir o rastreio das duas patologias identificadas, que observam os critérios da OMS para rastreio de base populacional: a ambliopia e a retinopatia diabética. Os recursos humanos destas estruturas, são constituídos exclusivamente por técnicos de diagnóstico e terapêutica (ortoptistas) e/ou enfermeiros; os exames são realizados por estes profissionais e são introduzidos em plataforma informática, que permite a leitura em centros próprios. O objetivo destas unidades é a implementação destes rastreios, com cobertura nacional de pelo menos 80-100% dos ACeS, até ao final de 2020.

O **PABO** corresponde à realização de primeiras consultas de oftalmologia nos cuidados de saúde primários, de forma a aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados mais básicos de saúde visual, de forma a libertar a estrutura da RNEHR-O para, de forma articulada, poder realizar cuidados mais diferenciados, insuscetíveis de serem realizadas ao nível da estrutura dos cuidados de saúde primários (CENSV 2018). Propõe-se que esta estrutura se inicie em forma de piloto até 2020, e progressivamente se expanda aos 61 ACES, até ao ano de 2025. Como reconhece CENSV (2018), esta não é uma ideia nova. A Rede de Referência em Oftalmologia publicada em 2006 já apresentava esta solução (DGS 2007). Contudo, como é afirmado, nunca houve capacidade para a pôr em prática (CENSV 2018). Com efeito, admite-se que, implica a alocação de novos oftalmologistas e novos técnicos de diagnóstico (80 a 90 ortoptistas) à estrutura do SNS, suprimindo globalmente as carências de recursos humanos especializados.

Em termos de equipamento, estima-se que o custo de instalação de cada PABO atinja os 34 980€. Considerando a instalação de 61 PABOs, o investimento poderá atingir os 2 133 780€, distribuídos até 2025 – data prevista para a cobertura nacional.

Ao nível da proposta de implementação percebe-se que, quer os PRO, quer os PABO, são serviços assegurados pelos serviços hospitalares da área de influência. Dado o défice de oftalmologistas e a incapacidade do SNS para reter estes especialistas, não é explicitada a estratégia que permita assegurar o funcionamento destes novos serviços a todo o território continental.

Equipamento para os PABOs	Quantidade	Preço estimado em €
Equipa de observação oftalmológica com elevação motorizada	1	4 000
Lâmpada de fenda com tonómetro de aplanção	1	7 500
Refratómetro automático e tonómetro de não contacto	1	15 100
Projektor de optotipos	1	2 100
Armário de lentes e armação de prova	1	1 700
Frontofocómetro automático	1	2 380
Equipamento de apoio à consulta	1	2 200
Réguas de esquiascopia		
Escala de visão para perto		
Testes de estereopsia		
Testes de visão cromática		
Lente de 3 espelhos		
Lentes 78 D		
Custo total por unidade		34 980

Figura 19. Equipamento necessário para os PABOs.

Fonte: CENSV (2018)

Segundo a CENSV (2018), O **PIU60-GM** é um ponto de diagnóstico precoce aos 60 anos para o Glaucoma e DMI. Consistindo na realização de uma retinografia e de uma medição da tensão ocular com tonómetro de não contacto, a realizar pelos técnicos de diagnóstico e terapêutica nos ACeS, o PIU60-GM corresponde mais a um “rastreamento” aos 60 anos do que propriamente numa nova estrutura. Propõe-se que, a leitura da retinografia e a sua integração com o valor da tensão ocular seja realizada por oftalmologista do hospital de referência ou dos PABOs. É reconhecido que não existem critérios para rastreio de base populacional ou experiências internacionais que permitam aferir o custo efetividade desta intervenção.

Ao nível da rede hospitalar já organizada através da RNEHR-O, a Estratégia propõe a criação prioritária de uma **Rede Nacional de Rastreio e Tratamento de Retinopatia da Prematuridade**, bem como a **reorganização dos serviços de urgência em oftalmologia**.

A estratégia apresentada será globalmente suportada por um sistema de informação a desenvolver pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

A implementação da estratégia decorre até 2025, terminando com a cobertura nacional dos PABO (Figura 20).

Plano estratégico nacional da saúde da visão		
Propostas		Cronograma
Cuidados de saúde primários		
ACeS	Pontos de Rastreio Oftalmológico: RNSVI PIDST-RD	Implementação nacional 2020 Reformulação 2020
	Pontos de Avaliação Básica de Oftalmologia Primeiras consultas	Piloto 2020 Regional 2022 Nacional 2025
	Pontos de Intervenção Única aos 60 anos: RU60GM (glaucoma e DMI)	Acompanha os PABOs
RNEHR-0: articulações		
Grupo II e III	Rastreios: RNSVI e PIDST-RD	2020
	Centros de reabilitação de paralisia cerebral	2018
	Formação especializada em Oftalmologia	Programa atualizado 2018 Publicitação da qualidade
Grupo III	Transplantação de tecidos oculares	DGS/ACSS 2019
	Glaucoma congénito	Normas DGS/ACSS 2018
	Catarata congénita	Normas DGS/ACSS 2018
	Cirurgia de descolamento de retina e endoftalmite	Alargamento do programa atual 2018
	Investigação em Oftalmologia	2020
Centros de Referência: Rede Nacional de Leitura e Referência de Retinopatia da Prematuridade		2019/2020
Urgência de Oftalmologia		2018/2019
Rede de registo e informação		2020
Modelo de Governação da Saúde da Visão		Acompanha a evolução geral das implementações

Figura 20. Sinopse das propostas para a estratégia nacional para a saúde da visão.

Fonte: CENSV (2018)

Apesar de procurar responder aos problemas de acesso do SNS, a proposta de Estratégia Nacional não apresenta respostas claras quanto às barreiras identificadas no acesso a cuidados de saúde da visão, nomeadamente ao forte estrangulamento no 1) acesso à primeira consulta de oftalmologia, 2) à deterioração dos tempos de espera para cirurgia, 3) às desigualdades regionais de acesso, 4) à falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte da população com menores rendimentos.

Sem respostas concretas a estas barreiras, falha-se o objetivo de garantir a universalidade dos cuidados de saúde visual à população portuguesa, melhorando a acessibilidade e garantindo a equidade. As três primeiras barreiras estão intimamente relacionadas com a gestão do SNS sobre os recursos humanos da saúde da visão. A falta de capacidade para pagar lentes e armações por parte da população com menor poder de compra é analisada por forma a aumentar a proteção financeira das Famílias.

A gestão de recursos humanos

A OMS reconhece a existência de três grandes grupos profissionais dentro da saúde da visão: os médicos especialistas em oftalmologia, os optometristas e os técnicos de saúde da visão (WHO 2013). Os oftalmologistas são o principal grupo que presta intervenções médicas e cirúrgicas nos cuidados com os olhos. Num número crescente de países, os optometristas são frequentemente o

primeiro ponto de contato para pessoas com doenças oculares. Dependendo dos países, no grupo dos técnicos da saúde da visão grupo incluem-se óticos, enfermeiros especialistas, ortoptistas, assistentes de oftalmologia e optometria, técnicos de oftalmologia e optometria, terapeutas da visão, técnicos de imagiologia da visão, etc. A OMS reconhece ainda que, é necessário avaliar a disponibilidade da força de trabalho em saúde para formular respostas capazes de fortalecer os sistemas nacionais de saúde (WHO 2013). Analisemos a realidade nacional.

Médicos oftalmologistas

A restrição do número de oftalmologistas tem sido apontada como a justificação para os tempos de espera observados no SNS. Atualmente, o Colégio de Oftalmologia da OM identifica 1070 médicos oftalmologistas, sendo que apenas 471 (44%) **trabalham nos hospitais do SNS** (CENSV 2018). O documento Estratégia Nacional para a Saúde da Visão vem ainda dar ênfase às **diferenças regionais verificadas em hospitais do SNS** na disponibilidade de oftalmologistas: 166 na Região Norte, 78 na Região Centro, 200 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 17 na Região do Alentejo e 10 na Região do Algarve.

A Rede de Referenciação de Oftalmologia de 2006 (DGS 2007) divulga a existência de 1 oftalmologista por cada 15 000 habitantes em 2004 (700 oftalmologistas, dos quais 427 a trabalhar em hospitais do SNS), afirmando ser este o rácio ideal segundo a OMS (não é apresentada referência bibliográfica). No mesmo documento é equacionada a possibilidade de 1 oftalmologista por cada 20 000 habitantes. Para atingir este rácio seriam necessários 494 oftalmologistas no SNS – mais 67 especialistas que os existentes há época.

Entre 2004 e 2017 verificou-se um crescimento de 52,9% no número de oftalmologistas inscritos na OM, mas apenas um crescimento de 10,3% do número de oftalmologistas a exercer no SNS – verificando-se uma menor apetência dos oftalmologistas para exercer no setor público: 61% em 2014 *versus* 44% em 2017 (Tabela 4).

Tabela 4. Número de oftalmologistas registados na Ordem dos Médicos e a exercer funções no SNS em 2004 e 2017.

	2004	2017	Var. %
Oftalmologistas	700	1070	52,9%
Oftalmologistas no SNS	427	471	10,3%
% a exercer no SNS	61%	44%	-27,8%

Fonte: CENSV (2018) e

Mais recentemente, a RNEHR-O (DGS 2016) afirma que, “*o ratio aconselhado pelas Autoridades de Saúde Internacionais*” é de 1 Oftalmologista por 20 000 habitantes – também não é apresentada referência bibliográfica, contudo assume-se que este rácio é fruto de um consenso do grupo com base em indicadores internacionais, nomeadamente do Eurostat. A proposta de Estratégia Nacional da Saúde da Visão reabilita este indicador utilizando o mesmo pressuposto.

Em 2010, o *International Council for Ophthalmology* (IOC) recolheu junto de 193 países o número de oftalmologistas. Apenas 67 países responderam quanto aos oftalmologistas que realizam cirurgias, número de oftalmologistas que entram/saem da prática clínica, oftalmologistas a reformar-se e número de internos. Por outro lado, o IOC reconhece ainda que o levantamento não aborda uma parte importante da equipa de saúde da visão, que inclui optometristas, ortoptistas, enfermeiros e técnicos oftalmológicos e outros profissionais, de acordo com a legislação e as necessidades existentes em cada país (Resnikoff et al. 2012). Mesmo assim, se analisarmos apenas os países desenvolvidos (i.e. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, OCDE), verificamos que, a média dos países em 2010 seria de 83 oftalmologistas por cada milhão de habitantes ou 1,7 por cada 20 000 habitantes (ver dados completos no anexo I). Portugal em 2010 teria 70 por cada milhão de habitantes ou 1,4 por cada 20 000 habitantes – valores acima do observado para países como a Noruega (68/milhão de habitantes), Estados Unidos da América (59/milhão de habitantes), Países baixos (54/milhão de habitantes), Reino Unido (49/milhão de habitantes) ou o Canadá (32/ milhão de habitantes). Considerando os dados a 2017, Portugal tem agora 104 oftalmologistas por cada milhão de habitantes ou 2 por cada 20 000 habitantes, acima da média dos países desenvolvidos, mesmo assim ficando aquém de países como a Grécia (178/milhão de habitantes), a Letónia (126/ milhão de habitantes) e a Lituânia (119/ milhão de habitantes).

Dados mais recentes recolhidos pelo Eurostat (2018) comparam o número de oftalmologistas em Países da União Europeia (UE). Através destes dados podemos observar que, em média os países da UE possuem 1,9 oftalmologistas por cada 20 000 habitantes, variando entre a Grécia, com 4,5, e a Irlanda, com 0,9 oftalmologistas por cada 20 000 habitantes. Portugal está um pouco acima desta média (Figura 21). Não existe associação relevante entre o número relativo de oftalmologistas, desenvolvimento económico (i.e. PIB per capita) ou despesa em saúde per capita.

Assim, como é reconhecido pelo IOC não é possível realizar comparações rígidas entre países faltando dados referentes às características dos oftalmologistas e à equipa de saúde da visão

(Resnikoff et al. 2012). Mais, sem considerar este tipo de variáveis não é possível determinar um rácio adequado de oftalmologistas na população.

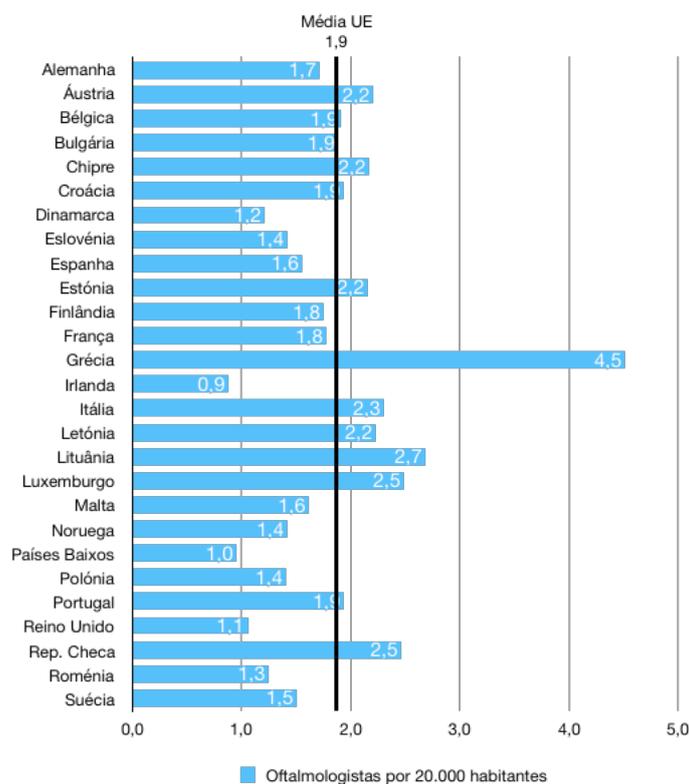


Figura 21. Oftalmologistas por 20 000 habitantes em países da União Europeia e Noruega em 2015 ou último ano disponível.

Fonte: Eurostat (2018) – elaboração própria

Assumindo o rácio 1 oftalmologista para 20 000 habitantes como adequado, a CENSV (2018) estabelece que a rede hospitalar do SNS necessitaria de **502** Oftalmologistas (184 na Região Norte, 90 na Região Centro, 180 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 25 na Região do Alentejo e 23 na Região do Algarve), pelo que atualmente identifica **um défice de cerca de 155 oftalmologistas (40h)** em todo o Continente.

Se por outro lado analisarmos a produtividade dos médicos oftalmologistas na realização de primeiras consultas em 2016, verificamos que em média cada médico realizou 679 primeiras consultas. De forma a dar resposta aos pedidos de consulta não concluídos nesse ano (181 824), mantendo-se a mesma produtividade, seriam necessários mais **268 oftalmologistas (40h)** (Figura 22).

Afigura-se de reduzida probabilidade resolver um défice de 155 ou 268 oftalmologistas no SNS, pelo menos no curto e médio prazo. Dada a atual atratividade do SNS para os oftalmologistas a exercer medicina privada parece pouco provável que estes venham a exercer no setor público. **Por outro lado, o saldo previsível em 2022, entre saídas possíveis (médicos com mais de 60 anos) e**

entradas possíveis (2014-2018), é 48 médicos (CENSV 2018). Muito aquém das necessidades da população e de uma distribuição geográfica equitativa da resposta do SNS – a falta de médicos repercute-se com maior enfoque fora das grandes áreas urbanas.

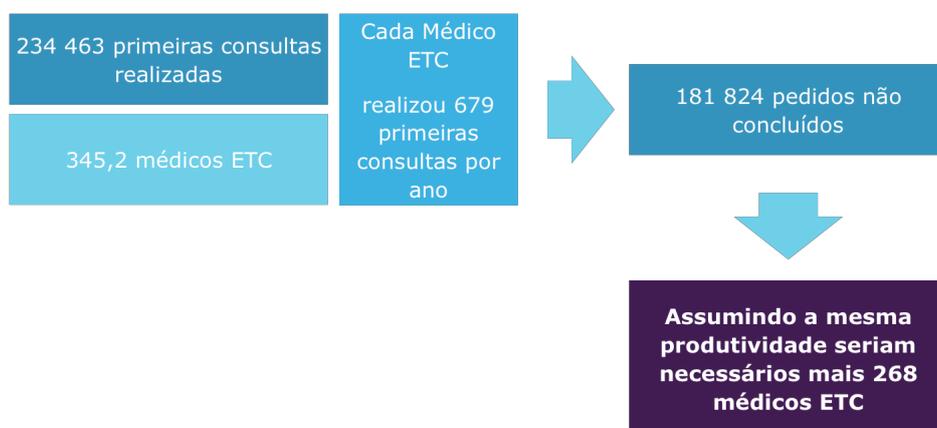


Figura 22. Análise à necessidade de médicos para responder à lista de espera para consulta de oftalmologia em 2016.

Uma hipótese para responder à lista de espera para consulta, poderia passar pela realocação de tempo destes especialistas. A atividade dos oftalmologistas divide-se essencialmente entre atividade de consulta externa, realização de meios complementares de diagnóstico e cirurgia. Como abordado anteriormente, temos observado um aumento dos tempos de espera para cirurgia, pelo que não será desejável realocar tempo dos oftalmologistas para o ambulatório médico, correndo-se o risco de agravar os tempos de espera para cirurgia. Por outro lado, é expectável que, com maior acesso a consulta surjam mais doentes com indicação cirúrgica.

Os PABO pressupõem médicos oftalmologistas a realizar primeiras consultas ao nível dos ACES. Mesmo que até 2022 todos os novos especialistas fossem alocados a esta atividade, seriam insuficientes para cobrir todos os ACES, mesmo assumindo que apenas seriam necessários 1 por ACES.

Optometristas

Num número crescente de países, os optometristas são frequentemente o primeiro ponto de contacto para pessoas com doenças oculares (WHO 2013). Esta profissão é reconhecida em Países como os EUA, Canadá, Países da UE (e.g. Áustria, Chipre, Eslováquia, Espanha, Finlândia, Países Baixos, Hungria, Irlanda, Letónia, Malta, Suécia, República Checa, Reino Unido) e Suíça (European Commission 2015).

Os países com a profissão de optometrista regulada invocam como motivos: 1) proteção da saúde (i.e. Áustria, Bélgica, Chipre, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda,

Itália, Malta, Eslováquia, Espanha, Suécia, Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça), 2) proteção dos consumidores e utilizadores dos serviços (Áustria, Chipre, Croácia República Checa, Finlândia, Alemanha, Itália, Malta, Espanha, Suécia, Liechtenstein, Noruega e Suíça), 3) segurança na rede viária (i.e. Áustria), 4) assegurar mão de obra qualificada, formação, inovação e capacidade de desempenho (i.e. Alemanha), 5) segurança pública (i.e. Islândia), 6) prevenção da fraude (i.e. Noruega) e 7) segurança do doente (i.e. Suécia) (European Commission 2015).

Em Portugal não existe regulamentação do acesso e prática clínica da profissão de Optometrista. Esta ausência de regulamentação permite o acesso ao seu exercício por parte de pessoas cujas qualificações e habilitações são desadequadas, colocando em causa a saúde pública e a prestação de informação enganosa aos cidadãos. Como reconhece a Ordem dos Médicos (2018), *“o grupo dos optometristas é muito heterogéneo em termos curriculares, tendo, na melhor das hipóteses, três anos de formação no total (...) em todo o caso nenhum desses vários planos curriculares tem qualquer formação em saúde, não existe qualquer entidade que possa certificar a qualidade da formação específica e não têm qualquer plano de estágio em entidades certificadas como idóneas”*.

Apesar da inexistência de regulamentação específica, desde 1993 que, as Universidades da Beira Interior e do Minho formam licenciados em Optometria², tendo formado mais de 1500 profissionais, dos quais aproximadamente 1.000 são licenciados pré-Bolonha, até 2010, e 250 são mestres em Optometria. Reconhecendo a limitação enunciada pela OM, a APLO (2017) sugere a devolução da formação em Optometria ao estado pré-Bolonha, com o mestrado integrado em Optometria e Ciência da Visão de 5 anos, adicionado de um estágio clínico obrigatório de duração semestral, em ambiente hospitalar, coorientado por optometristas e oftalmologistas. A idoneidade dos serviços para a formação deveria ser avaliada com uma comissão constituída pela Direcção-Geral da Saúde, APLO e Colégio da Especialidade de Oftalmologia da OM.

Por sua vez, a Entidade Reguladora da Saúde, a quem compete regular a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, exige o registo de gabinetes de Optometria bem como dos Optometristas que lá exercem a sua profissão, sem, contudo, verificar ou exigir a demonstração de competências e habilitações para invocar esse título.

² Atuais planos de estudos em Optometria da Universidade da Beira Interior e Universidade do Minho estão acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior na área da saúde e descritos nos despachos do Ministério da Educação para licenciaturas n.º 9790/2016 e n.º 15393/2009 e para mestrados n.º 9727/2016 e n.º 19883/2008, respetivamente.

Reconhecendo a necessidade de regulamentação desta profissão, a Assembleia da República emitiu duas Resoluções³ neste sentido nos últimos anos.

A definição da estratégia nacional da saúde da visão não considerou a existência de optometristas (CENSV 2018). Genericamente, sendo uma estratégia nacional, devem ser considerados todos aspetos que possam contribuir, positivamente ou negativamente, para os resultados esperados, nomeadamente todos os elementos da força de trabalho. Aliás, como preconizado pela OMS no documento *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*, aprovado por Resolução na Assembleia Mundial de Saúde de 2013 (WHO 2013). Especificamente, a desconsideração dos optometristas no desenvolvimento da estratégia nacional da saúde da visão não é razoável por três motivos:

- 1) A falta de regulação da profissão pode colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados nesta área, interferindo com os objetivos propostos;
- 2) A incapacidade demonstrada para reduzir os tempos de espera excessivos para primeira consulta de espera hospitalar e melhorar os tempos de espera cirúrgicos, obrigam a considerar intervenção do optometrista, a exemplo de outros países, como possível primeiro ponto de contacto;
- 3) O facto da ADSE (organismo do MS) considerar o reembolso das despesas de aquisição de lentes e armações quando requisitada por um optometrista habilitado, não pode ser ignorado por outros organismos do MS, constituindo um exemplo de contexto institucional que permite satisfação de necessidades de saúde.

O enquadramento do optometrista ao nível dos cuidados de saúde primários poderia contribuir para a resolução das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde da visão, tal como sucede em outros países. Efetivamente, a integração do optometrista, enquanto técnico de saúde, do ou em colaboração com o SNS potenciaria o acesso a cuidados de saúde da visão. O seu posicionamento, poderá enquadrar-se como uma prestação de cuidados de saúde primários, permitindo a triagem de situações que requeiram cuidados de saúde diferenciados de oftalmologia, tal como o desenvolvimento dos PRO e PABO. Naturalmente, a sua integração estaria sempre sujeita à coordenação da sua atividade pelos Serviços de Oftalmologia.

³ Resolução n.º 39/2012 e Resolução n.º 92/2013

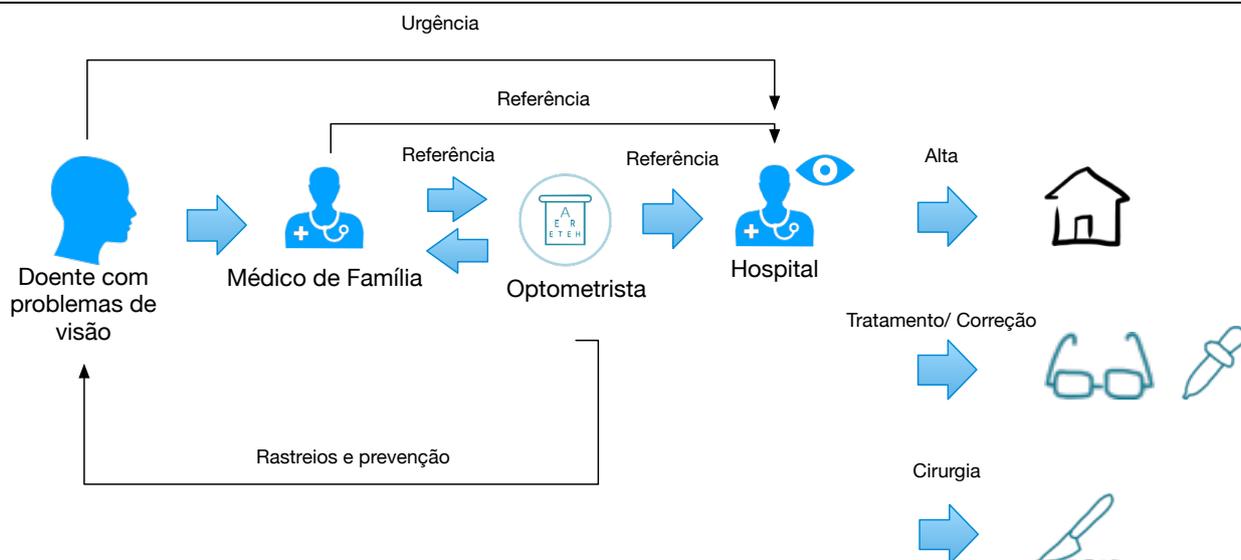


Figura 23. Percurso do doente com a integração de optometristas.

Esta integração pode ser decisiva para a generalização dos programas de rastreio e a redução ou mesmo eliminação dos tempos de espera para consulta de oftalmologia. Se considerarmos que, os optometristas seriam capazes de resolver cerca de 25% dos pedidos e referenciar os 75% restantes para consulta de oftalmologia, estaríamos perante a eliminação dos tempos de espera para consulta de oftalmologia (Figura 24).

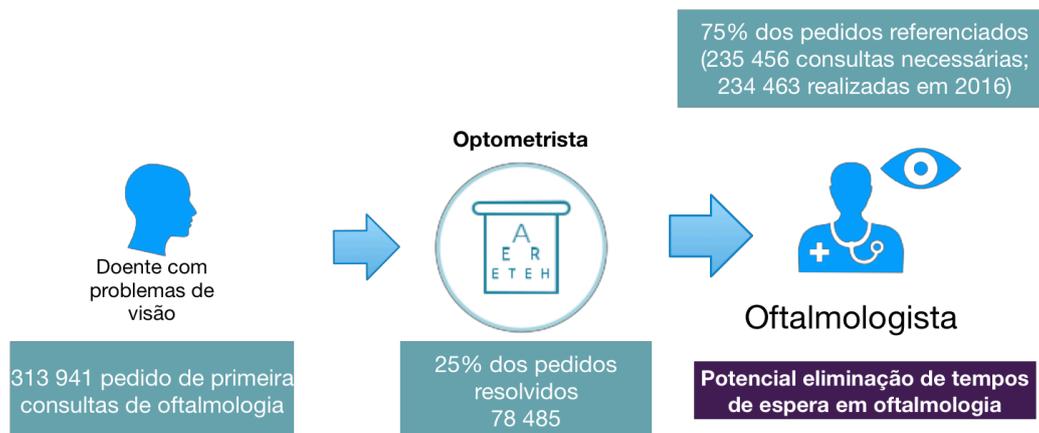


Figura 24. Percurso do doente com intervenção do optometrista como “triador” das consultas de oftalmologia.

NOTA: dados referentes a 2016 considerando uma capacidade de resolução por parte do optometrista em 25%.

Ortoptistas

O Ortoptista é um perito na avaliação da função binocular e do funcionamento visual, da reabilitação dos distúrbios da binocularidade (nomeadamente do estrabismo) e da deficiência visual. Os Ortoptistas pertencem a um grupo de dezoito profissões, designado por Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT). Atualmente, existe apenas uma instituição que ministra o Curso Superior de Ortóptica ao nível do Ensino Superior Politécnico: a Escola Superior

Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal de Tecnologia da Saúde de Lisboa. A formação base é constituída por uma licenciatura de 4 anos (240 ECTS). Todos os profissionais, após a conclusão da sua formação de base, devem requerer a sua Cédula Profissional, junto da ACSS, para que se efetue um reconhecimento oficial das suas habilitações e a profissão possa ser exercida legalmente (D.L. 320/99 de 11 de Agosto).

Segundo a *Orthoptistes de la Communauté Européenne*, existem em Portugal 250 ortoptistas (OCE, 2018). Desses, 207 trabalham no SNS enquadrados na carreira hospitalar de TSDT (CENSV 2018). Existe uma enorme variabilidade no rácio de ortoptistas por oftalmologista e não existem recomendações que definam o rácio de ortoptistas por número de habitantes, demonstrando uma heterogeneidade do exercício e características funcionais nos países onde existem ortoptistas.

Tabela 5. Número de ortoptistas a exercer em Países da UE e Noruega e ratio por oftalmologista.

País	Ortoptistas	Ratio Oftalmologista/Ortoptista
Áustria	225	4,2
Bélgica	80	13,5
Rep. Checa	75	17,3
Dinamarca	14	24,5
França	2309	2,6
Alemanha	2500	2,8
Grécia	3	813,7
Irlanda	20	10,8
Itália	4000	1,8
Luxemburgo	14	5,4
Países Baixos	350	2,3
Noruega	31	11,9
Portugal	250	4,0
Suécia	135	5,4
Suiça	350	2,9
Reino Unido	1385	2,5

Fonte: Eurostat (2018); OCE (2018) – elaboração própria

Em Portugal, a CENSV (2018) reconhece que, atualmente, existe um equilíbrio funcional entre os ortoptistas e os oftalmologistas ao nível dos serviços de oftalmologia hospitalar. Para assegurar o desenvolvimento dos PRO e PABO, sugere-se um rácio de 1 ortoptista por 200 000 habitantes, correspondendo a 80-90 novos ortoptistas; *esse número será suficiente para permitir manter a atividade proposta a esse nível, que consistirá essencialmente em rastreios, e algum apoio residual aos oftalmologistas dos PABO* (CENSV 2018). Ou seja, segundo a CENSV (2018) estes profissionais não poderiam contribuir para a redução dos tempos de espera para consulta uma vez que trabalham em paridade com os médicos oftalmologistas.

A proteção financeira na aquisição de lentes e armações

Conforme descrito anteriormente, o SNS não cobre as despesas com lentes e armações para a generalidade dos cidadãos, mantendo o regime BAS direcionado aos beneficiários do CSI. O BAS permite a comparticipação de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos. O programa mantém uma utilização residual (1,7% em 2017), sendo necessário promover a sua utilização entre os beneficiários do CSI. Em 2017, o custo médio por utilizador do BAS que solicitou reembolso nesta área foi de 91,08€ (Ministério da Saúde 2018a).

Por outro lado, a ADSE reembolsa os seus beneficiários na aquisição de “*meios de correção e compensação*”. A ADSE reembolsa até 80% do custo aquisição de armações/aros até 61,55€, limitando as aquisições a um máximo de duas durante 3 anos. No caso de lentes, os beneficiários também são reembolsados até 80%, mas até um máximo de 51,33€, limitando a aquisição a oito durante 3 anos. Em 2016, a ADSE reembolsou 174 193 beneficiários de um total de 1 222 809 (14,2% dos beneficiários). Em 2016, o custo médio por beneficiário da ADSE que solicitou reembolso nesta área foi de 170,89€ (ADSE 2017).

Em sede IRS, as despesas de saúde com a aquisição de bens e serviços de saúde que sejam isentas de IVA, ou sujeitas à taxa reduzida de 6%, podem ser deduzidas à coleta até um máximo de 15% ou até 1 000€. Contudo, sendo esta dedução aplicada à coleta, o modelo não protege as famílias com menores rendimentos uma vez que estas não pagam IRS. Neste contexto, esta dedução é altamente regressiva e, essencialmente, protege as famílias com maiores rendimentos.

Considerando a proteção financeira na aquisição de lentes e armações, poderá ser equacionado alargamento do modelo da ADSE ou do BAS a populações específicas através das condições de recursos existentes, sem por isso exercerem carga burocrática adicional:

- Utentes do SNS com Insuficiência económica para efeitos de taxas moderadoras

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente. Em 2014, a € 628,83. Em

2017, existiam 2 882 094 utentes identificados nesta categoria (Ministério da Saúde 2018b).

- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)

O RSI é um direito de pessoas ou famílias em situação de carência económica grave. É ainda necessário que cumpram as condições de atribuição e que precisem de apoio para melhorar a sua integração. O valor da prestação depende dos rendimentos médios mensais do agregado. O acesso a esta prestação está, ainda, dependente do valor do património mobiliário do agregado. Em 2017, o número de beneficiários do RSI atingiu o número de 288 065 (MTSS 2018a).

- Bolseiros do ensino superior

A bolsa de estudo é uma prestação pecuniária anual para participação nos encargos com a frequência de um curso ou com a realização de um estágio profissional de carácter obrigatório, atribuída pelo Estado, a fundo perdido, sempre que o agregado familiar em que o estudante se integra não disponha de um nível mínimo adequado de recursos financeiros. A bolsa de estudo é atribuída para um ano letivo completo, salvo as exceções previstas. Para o ano letivo 2017/18 foram deferidos 73 210 pedidos (DGES 2018).

- Titulares com abono de família

O abono de família é uma prestação pecuniária atribuída mensalmente, com o objetivo de compensar os encargos familiares respeitantes ao sustento e educação das crianças e jovens. O rendimento de referência é calculado pela soma do total de rendimentos de cada elemento do agregado familiar a dividir pelo número de crianças e jovens com direito ao abono de família, nesse agregado, acrescido de um. O número de crianças e jovens inclui aqueles que não estejam a receber o abono de família pelo facto do rendimento do agregado familiar ter ultrapassado o limite correspondente ao 4.º escalão (até 15.011,50€ de rendimentos de referência do agregado familiar). Em 2017, existiam 1 211 494 titulares de abono de família (MTSS 2018b).

Para além das condições de recursos, a proteção financeira para a aquisição de lentes e armações pode ser alargada a grupos específicos por escalão etário, considerando o impacto para o desenvolvimento e sucesso escolar das crianças e adolescentes, por exemplo nos escalões: dos aos

4 anos, dos 5 aos 9 anos, 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos. A definição exata destas opções deve obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação.

De forma a formular estas hipóteses, a Tabela 6 apresenta estimativas de custos para a generalização e aplicação aos grupos específicos identificados, assumindo o custo médio dos modelos da ADSE e BAS e uma taxa de utilização de 20% (valor superior às taxas de utilização de qualquer de um dos modelos, constituindo por esse motivo um limite superior à estimativa do efeito). De acordo com as opções seguidas os custos podem variar entre cerca de 334 milhões de euros (cobertura de todos os residentes em Portugal) e 1,3 milhões de euros (apenas cobrindo bolseiros do ensino superior).

Tabela 6. Estimativas de custos do alargamento dos modelos de reembolsos seguidos pela ADSE e BAS na aquisição de lentes e armações.

		Modelo ADSE	Modelo BAS
Custo médio		€170,89	€91,08
Simulação de taxa de utilização	Número de Beneficiários	20,0%	20%
Residentes no continente	9 792 797	€334.698.216	€178.390.632
Rendimento Social de Inserção	288 065	€9.845.486	€5.247.540
Insuficiência económica	2 882 094	€98.504.209	€52.501.708
Titulares com abono de família	1 211 494	€41.406.442	€22.069.199
Bolseiros Ensino superior	73 210	€2.502.171	€1.333.631
0-4 anos	404 837	€13.836.519	€7.374.719
5-9 anos	457 736	€15.644.501	€8.338.355
10-14 anos	487 161	€16.650.189	€8.874.376
15-19 anos	523 962	€17.907.973	€9.544.762

Cenários de Evolução

Os Portugueses para acederem a cuidados de saúde da visão enfrentam fortes barreiras de acessibilidade física e financeira. A OMS-Europa considera para o período 2015-2020 duas prioridades, com vista a fortalecer os sistemas de saúde europeus: 1) transformar os serviços de saúde para enfrentar os desafios da saúde do século XXI; e 2) evoluir para a cobertura universal de saúde para uma Europa livre de empobrecimento pelos pagamentos diretos (WHO-Europe 2015). De forma transversal a estas duas prioridades, a OMS identifica a otimização dos recursos humanos da saúde como uma estratégia chave. Assim, no contexto das tendências demográficas, avanços tecnológicos, padrões epidemiológicos e alterações das necessidades em saúde, os papéis dos profissionais de saúde devem ser reequacionados e a partilha de tarefas otimizada. Estas alterações devem ser acompanhadas por uma progressiva alteração da procura para um modelo de cuidados de saúde centrado nas pessoas e nas suas necessidades.

Considerando os constrangimentos financeiros e limitações de recursos humanos do SNS, é necessário ser cauteloso, mas decidido na abordagem à progressiva cobertura universal dos cuidados de saúde da visão. Com o intuito de ajudar a perceber e a planear as melhores decisões, com vista a aumentar o acesso universal a cuidados de saúde da visão, propõe-se a definição de três cenários:

- A) Cenário A - *Status quo*;
- B) Regulamentação específica do optometrista;
- C) Regulamentação específica e integração dos optometristas no SNS.

Cenário A - *Status quo*

O Cenário A considera a perpetuação das condições e resultados atuais. Mesmo a proposta de Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (CENSV 2018) pode ser enquadrada neste cenário. Efetivamente, não são apresentadas soluções concretas para as questões mais críticas do acesso a cuidados da visão: dilatados tempos de espera para consulta de oftalmologia, a deterioração dos tempos para cirurgia e os pagamentos diretos no acesso à medicina privada e aquisição de lentes e armações.

Este é um cenário bastante plausível, dadas a resistência à entrada de novas profissões no setor da saúde e constrangimentos financeiros existentes. Dado o aumento da prevalência de várias doenças oculares associadas ao envelhecimento da população (e.g. catarata, o glaucoma e a degenerescência macular da idade), a alteração dos estilos de vida, o aumento de sobrevida em doentes com patologias crónicas (e.g. diabetes e retinopatia diabética), a necessidade de acompanhamento e tratamentos crónicos, tendencialmente teremos uma pressão crescente sobre o sistema de saúde e uma deterioração do acesso a cuidados de saúde da visão.

Por outro lado, não seremos capazes de assegurar mão de obra qualificada no acesso a cuidados de saúde da visão ao nível das óticas comerciais, mantendo um risco para a saúde pública de desproteção dos consumidores e utilizadores destes serviços.

Assim, esta não pode ser uma opção racional em termos de política de saúde. A falta de cobertura de cuidados da visão origina diretamente uma menor saúde de parte da população, sendo desproporcionalmente maior nos agregados familiares de menores rendimentos.

Cenário B - Regulamentação específica do optometrista

Tal como em outros países desenvolvidos, a regulamentação específica da profissão do optometrista vem assegurar que os consumidores e utilizadores dos serviços óticos têm acesso a profissionais qualificados vem assegurar o direito à proteção da saúde, aumentar a segurança pública e segurança do doente, e prevenir a fraude. Esta regulamentação deve ser exigente e realizada através da ação conjunta dos Ministérios do Ensino Superior e da Saúde, da Ordem dos Médicos e das Associações Profissionais representativas dos optometristas.

Contudo, tal como no cenário A, este cenário não vem resolver as principais barreiras de acesso aos cuidados de saúde no SNS.

Cenário C - Regulamentação específica e integração dos Optometristas no SNS

O enquadramento do optometrista ao nível dos cuidados de saúde primários pode contribuir para a resolução das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde da visão, tal como sucede em outros países. A integração do optometrista, enquanto técnico de saúde, do ou em colaboração com o SNS potenciará o acesso a cuidados de saúde da visão. O seu posicionamento, poderá enquadrar-se como uma prestação de cuidados de saúde primários, permitindo a triagem de situações que

requeriram cuidados de saúde diferenciados de oftalmologia, tal como o desenvolvimento dos PRO e PABO previstos pela proposta de Estratégia Nacional de Cuidados de Saúde da Visão.

Como demonstrado anteriormente, esta integração pode ser decisiva para a generalização dos programas de rastreio e a redução ou mesmo eliminação dos tempos de espera para consulta oftalmologia (Figura 24).

Os custos a contratação de optometristas para o exercício de tarefas previstas nos PABO e PRO dependerá do número de profissionais contratados. Assumindo apenas 1 optometrista por ACeS (número certamente insuficiente para os ACeS com mais população), teremos uma despesa na ordem de 1,342 milhões de euros ano. De forma a realizar a triagem de todas as primeiras consultas de oftalmologia/optometria, conforme previsto anteriormente, cada profissional teria que realizar em média 5 328 consultas ano. Em termos de custo por consulta, o SNS teria custos de 4,10€ por consulta de optometria. A este valor deverá acrescer o custo das consultas hospitalares de oftalmologia resultantes de referênciação – um custo já assumido atualmente pela capacidade instalada a nível hospitalar.

Os custos para a implementação dos PRO/PABO de acordo com a proposta de estratégia para os cuidados da visão são bastante mais elevados. Neste caso, assumindo a contratação de um ortoptista e um médico oftalmologista, os custos ascendem a 3,782 milhões euros – o que implicaria um custo de 11,55€ por cada primeira consulta.

Tabela 7. Comparativo entre a estimativa do impacto financeiro da contratação progressiva de optometristas e instalação de PABO como previsto na Estratégia nacional de saúde da visão.

	PABO (optometrista)	PABO (Oftalmologista+Ortoptista)
1	22 000	62 000
20	440 000	1 240 000
40	880 000	2 480 000
61	1 342 000	3 782 000
80	1 760 000	n.a.
100	2 200 000	n.a.

Proteção financeira à aquisição de lentes e armações

A aquisição de lentes e armações podem representar despesas catastróficas em saúde para os agregados de menores rendimentos. Anteriormente, foram apresentadas hipóteses concretas para o alargamento dos dois modelos atuais de reembolsos à aquisição de lentes e armações (i.e. ADSE, BAS) à totalidade da população ou a grupos de específicos de acordo com condições de recursos existentes ou a grupos específicos por escalão etário. De acordo com as opções seguidas os custos podem variar entre cerca de 334 milhões de euros (se abrangida toda a população) e 1,3 milhões de euros (se considerados unicamente os bolseiros do ensino superior). As opções a seguir devem obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação, com a consideração de grupos a serem cobertos, faseamento do alargamento da cobertura e valores de limite superior na proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e armações.

Recomendações

Em Portugal, o efetivo acesso universal aos cuidados de saúde da visão requer o desenvolvimento de políticas de saúde ativas que permitam reduzir as várias barreiras de acesso a cuidados de qualidade e evitem o empobrecimento por pagamentos diretos na população necessitada. Da análise efetuada, transparecem duas linhas de ação: 1) desenvolvimento de novos serviços no seio do SNS; 2) proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e armações para grupos específicos.

As duas primeiras recomendações têm como objetivo assegurar a universalidade de acesso a cuidados de saúde da visão, mantendo o princípio dos cuidados de saúde primários como ponto primordial de contacto do cidadão com o SNS. O objetivo da última e terceira recomendação é assegurar a proteção financeira, evitando, porém, situações de uso excessivo (face à efetiva necessidade) e de indução da procura (por parte de entidades que comercializem lentes e armações).

Recomendação 1. Regulamentar a profissão de optometrista. Como verificado em outros países europeus, a regulamentação específica da profissão do optometrista é um ponto essencial para assegurar o acesso dos doentes a profissionais qualificados, aumentar a segurança pública e segurança do doente, e prevenir a fraude. Esta regulamentação deve ser exigente e realizada através da ação conjunta dos Ministérios do Ensino Superior e da Saúde, da Ordem dos Médicos e das Associações Profissionais representativas dos optometristas.

Recomendação 2. Implementar projetos piloto de integração de optometristas ao nível dos cuidados de saúde primários do SNS. O desenvolvimento de experiências piloto permitirá estabilizar um modelo de prestação de cuidados de saúde da visão ao nível dos cuidados de saúde primários e avaliar o seu impacto. Estes projetos merecem uma comissão científica de acompanhamento liderada pelos serviços de oftalmologia dos hospitais de referência, de forma a garantir a melhor prestação de cuidados de saúde e a necessária articulação entre níveis de cuidados.

Recomendação 3. Aumentar a população coberta pelos modelos de reembolsos à aquisição de lentes e armações. As opções a seguir devem obedecer a uma análise técnica rigorosa por parte de um grupo de peritos dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Educação, com a consideração de grupos a serem cobertos, faseamento do alargamento da

Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal
cobertura e valores de limite superior na proteção financeira atribuída à aquisição de lentes e
armações.

Bibliografia

- ADSE. 2004. *Tabela de Precos e Regras do Regime Livre*. In *Despacho n° 8738/2004*, edited by G.d.S.r.d.E.d. Orçamento. Lisboa: Diário da República.
- ADSE. 2016. *Relatório de Atividades 2015*. Lisboa: Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.
- ADSE. 2017. *Relatório de Atividades 2016*. Lisboa: Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.
- ADSE. 2018. *Tabela de preços e regras da ADSE, IP | Rede de Parceiros*. Lisboa.
- APLO. 2017. *Proposta para a Regulamentação e integração do optometrista no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Associação de Profissionais Licenciados de Optometria.
- Borges, A.R. 2013. *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: assessing impoverishment, determinants and policy implications*. Lisboa: NOVA School of Business and Economics.
- Bourne, R.R., J.B. Jonas, S.R. Flaxman, J. Keeffe, J. Leasher, K. Naidoo, M.B. Parodi, K. Pesudovs, H. Price, R.A. White, T.Y. Wong, S. Resnikoff, H.R. Taylor, and S. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease. 2014. Prevalence and causes of vision loss in high-income countries and in Eastern and Central Europe: 1990-2010. *Br J Ophthalmol* 98: 629-38.
- Branco, M.J.o., T. Gomes, and B. Nunes. 2006. *ECOS dos Sentidos: Saúde da Visão, em Portugal Continental*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Cachulo Mda, L., C. Lobo, J. Figueira, L. Ribeiro, I. Lains, A. Vieira, S. Nunes, M. Costa, S. Simao, V. Rodrigues, N. Vilhena, J. Cunha-Vaz, and R. Silva. 2015. Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in Portugal: The Coimbra Eye Study - Report 1. *Ophthalmologica* 233: 119-27.
- CENSV. 2018. *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão - Discussão Pública*. Lisboa: Comissão da Estratégia Nacional para a Saúde da Visão.
- Chakravarthy, U., E. Biundo, R.O. Saka, C. Fasser, R. Bourne, and J.-A. Little. 2017. The Economic Impact of Blindness in Europe. *Ophthalmic Epidemiology* 24: 239-47.
- DGES. 2018. *Estatísticas Bolsas de Estudo - 2017-2018 - Síntese Geral*. 07-08-2018 ed. Lisboa: Direção Geral do Ensino Superior.
- DGS. 2007. *Rede de Referência de Oftalmologia*.
- DGS. 2016. *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Oftalmologia*. Lisboa.
- DGS. 2017. *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dutra Medeiros, M., E. Mesquita, A.L. Papoila, V. Genro, and J.F. Raposo. 2015. First diabetic retinopathy prevalence study in Portugal: RETINODIAB Study--evaluation of the screening programme for Lisbon and Tagus Valley region. *Br J Ophthalmol* 99: 1328-33.
- European Commission. 2015. *Mutual evaluation of regulated professions - Overview of the regulatory framework in the retail sector by using the example of opticians*. Brussels.
- Eurostat. 2017. *Surgical operations and procedures | Health in the European Union – facts and figures*. Eurostat.
- Eurostat. 2018. *Physicians by medical speciality - Ophthalmology*. edited by Eurostat: Eurostat.
- Evans, D.B., J. Hsu, and T. Boerma. 2013. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ* 91: 546-A.
- Hashemi, H., A. Fotouhi, A. Yekta, R. Pakzad, H. Ostadimoghaddam, and M. Khabazkhoob. 2018. Global and regional estimates of prevalence of refractive errors: Systematic review and meta-analysis. *J Curr Ophthalmol* 30: 3-22.
- Hennis, A.J., S.Y. Wu, B. Nemesure, L. Hyman, A.P. Schachat, M.C. Leske, and G. Barbados Eye Studies. 2009. Nine-year incidence of visual impairment in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology* 116: 1461-8.
- Hohn, R., S. Nickels, A.K. Schuster, P.S. Wild, T. Munzel, K.J. Lackner, I. Schmidtman, M. Beutel, and N. Pfeiffer. 2018. Prevalence of glaucoma in Germany: results from the Gutenberg Health Study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 256: 1695-702.
- INE. 2012. *Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. 2015. *Inquérito às despesas das famílias - 2000, 2005, 2010*. edited by Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. 2018a. *Conta Satélite da Saúde 2015 - 2017Pe*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- INE. 2018b. Estatísticas da Saúde 2016.
- INSA. 2016. *Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) - Sumário e Considerações Finais*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde - Doutor Ricardo Jorge.
- International Council for Ophthalmology. 2012. Number of Ophthalmologists in Practice and Training Worldwide 2010. Available at <http://www.icoph.org/ophthalmologists-worldwide.html> (2018).
- Kocur, I., and S. Resnikoff. 2002. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol* 86: 716-22.
- Kronenberg, C., and P.P. Barros. 2014. Catastrophic healthcare expenditure – Drivers and protection: The Portuguese case. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 115: 44-51.
- Kutzin, J. 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 91: 602-11.
- Ministério da Saúde. 2018a. *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2017 - Relatório Anual*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. 2018b. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MTSS. 2018a. *Dados anuais de RSI 2004 a 2017*. 20-11-2018 ed. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- MTSS. 2018b. *Dados Anuais Prestações Familiares 2005 a 2017*. 1-02-2018 ed. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- OCE. 2018. Professional survey. Available at <http://euro-orthoptics.com/site/professional-survey/demography/> (accessed 26-11-2018).
- OECD. 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.
- Ordem dos Médicos. 2018. Inclusão de optometristas no SNS representa risco grande para a saúde dos doentes. Available at <https://ordemdosmedicos.pt/inclusao-de-optometristas-no-sns-representa-risco-grande-para-a-saude-dos-doentes/> (2018).
- Penchansky, R., and J.W. Thomas. 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 19: 127-40.
- Preslan, M.W., and A. Novak. 1998. Baltimore Vision Screening Project. Phase 2. *Ophthalmology* 105: 150-3.
- Resnikoff, S., W. Felch, T.M. Gauthier, and B. Spivey. 2012. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200,000 practitioners. *Br J Ophthalmol* 96: 783-7.
- Saksena, P., J. Hsu, and D.B. Evans. 2014. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 11: e1001701.
- Shengelia, B., A. Tandon, O.B. Adams, and C.J. Murray. 2005. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 61: 97-109.
- Solebo, A.L., P.M. Cumberland, and J.S. Rahi. 2015. Whole-population vision screening in children aged 4–5 years to detect amblyopia. *The Lancet* 385: 2308-19.
- Tanahashi, T. 1978. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 56: 295-303.
- Tham, Y.C., X. Li, T.Y. Wong, H.A. Quigley, T. Aung, and C.Y. Cheng. 2014. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 121: 2081-90.
- Webber, A.L., and J. Wood. 2005. Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects and treatment. *Clin Exp Optom* 88: 365-75.
- WHO. 2013. *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*. Geneva: World Health Organization.
- WHO-Europe. 2015. *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness*. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 2010. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Anexo I – Número de oftalmologistas a exercer em Países da OCDE, 2010

País	População	Oftalmologistas por milhão	Total de Oftalmologistas	A entrar na prática clínica	A abandonar a prática clínica	% a realizar cirurgias	Número de Internos	Atualização
Canadá	35,949,709	32	1,137	33	19		172	2012-03
Irlanda	4,700,107	36	170					2012-03
México	125,890,949	43	5,459	150	100	90%	435	2014-03
Chile	17,762,681	45	801					2014-03
Turquia	78,271,472	45	3,550	150	50	90%	600	2013-07
Reino Unido	65,397,080	49	3,200	100	70	90%	700	2012-03
Países Baixos	16,938,499	54	916	22	18	40%	134	2012-03
EUA	319,929,162	59	18,805	440		80%	1,417	2012-04
Itália	59,504,212	68	4,074					2012-03
Noruega	5,199,836	68	351	23	15	57%	72	2012-03
Eslováquia	5,439,318	68	370					2012-03
Portugal	10,418,473	70	734					2012-03
Espanha	46,397,664	71	3,305	160	50	80%	500	2012-03
Eslovénia	2,074,788	76	158					2012-03
Suécia	9,763,565	76	740	35	30	40%	130	2012-03
Dinamarca	5,688,695	79	450	22	19	75%	100	2012-03
Alemanha	81,707,789	81	6,638	230	230	70%	1,300	2012-03
Israel	8,064,547	81	650	10	10	90%	60	2012-03
Bélgica	11,287,940	82	926					2012-03
Luxemburgo	566,741	88	50					2012-03
Suiça	8,319,769	91	758	36	35	65%	120	2012-03
Áustria	8,678,657	92	800	50	20	25%	100	2012-03
Estónia	1,315,321	99	130	4	3	20%	12	2012-03
Islândia	330,243	100	33					2012-03
Finlândia	5,481,966	104	571					2012-03
República Checa	10,603,762	108	1,150	40	38	35%	150	2012-03
França	64,457,201	109	7,000					2012-03
Hungria	9,783,925	109	1,064			37%	240	2012-03
Japão	127,974,958	109	13,911	180	150	50%	1,317	2012-03
Polónia	38,265,226	110	4,219	110	230	8%	581	2012-03
Lituânia	2,931,926	119	350				30	2012-03
Letónia	1,992,663	126	252	2	2	25%	6	2012-03
Grécia	11,217,800	178	2,000	50	30	30%	200	2012-03
Média		83						
Mediana		81						
Portugal (2017)	10 291 027	104	1070		2			2017
Portugal (2017-SNS)	10 291 027	46	471					2017

Fonte: Elaboração própria com base em International Council for Ophtalmology (2012)

Anexo II – Número de oftalmologistas por 100.000 habitantes a exercer em Países da UE e Noruega, 2008-2015

País/ ratio	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alemanha	7,84	7,96	8,03	8,13	8,20	8,35	8,49	8,58
Áustria	9,18	9,32	9,49	9,69	10,09	10,66	10,84	11,03
Bélgica	9,01	8,96	8,90	8,97	9,13	9,26	9,35	9,56
Bulgária	8,07	8,37	8,85	9,23	8,79	9,37	9,18	9,42
Chipre	:	:	:	:	:	:	10,32	10,85
Croácia	:	7,88	8,74	8,72	9,18	9,19	9,58	9,67
Dinamarca	5,50	5,45	5,82	5,89	5,88	5,91	6,08	:
Eslovénia	6,48	6,42	6,74	6,92	6,71	6,80	6,94	7,08
Espanha	:	:	7,61	7,68	7,63	7,70	7,76	7,79
Estónia	8,65	9,10	9,25	9,18	9,30	10,70	10,64	10,80
Finlândia	7,13	7,40	8,35	8,37	8,48	8,60	8,75	:
França	8,85	8,84	8,90	8,91	8,94	8,91	8,92	8,90
Grécia	16,63	17,12	17,29	17,60	18,29	18,70	21,91	22,56
Irlanda	4,45	4,84	5,47	6,51	6,19	5,59	4,40	4,38
Itália	:	10,06	:	:	11,51	11,50	11,52	11,54
Letónia	9,97	9,80	9,81	10,35	10,47	10,58	10,83	11,13
Lituânia	10,09	10,36	10,78	12,57	13,22	13,39	13,44	13,43
Luxemburgo	11,46	11,85	12,23	11,58	11,30	11,23	11,86	12,46
Malta	6,07	6,28	6,26	6,24	6,68	7,09	7,96	8,10
Noruega	7,36	7,41	6,95	6,88	7,09	7,17	7,20	7,11
Países Baixos	4,04	4,10	4,16	4,21	4,44	4,50	4,68	4,75
Polónia	6,71	7,75	6,47	6,30	6,70	6,56	6,97	7,06
Portugal	8,00	8,16	8,32	8,55	8,80	9,21	9,41	9,70
Reino Unido	4,77	5,09	5,34	5,37	5,31	5,31	5,27	5,29
Rep. Checa	11,73	11,77	11,96	12,09	12,26	12,34	:	:
Roménia	4,86	4,84	5,16	4,80	5,66	5,86	5,92	6,26
Suécia	7,36	7,53	7,54	7,57	7,61	7,51	7,53	:
Média UE	8,0	8,3	8,3	8,5	8,8	8,9	9,1	9,5

Fonte: Elaboração própria com base em Eurostat (2018); International Council for Ophtalmology (2012)