

Cuidados de Saúde Oral

Universalização

Alexandre Lourenço | Pedro Pita Barros



Abril de 2016

Estudo realizado por solicitação da Ordem dos Médicos Dentistas

Índice

ÍNDICE	2
LISTA DE TABELAS	3
LISTA DE FIGURAS	3
LISTA DE ABREVIATURAS	4
SUMÁRIO EXECUTIVO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL	8
2.1 EVOLUÇÃO DO SISTEMA	8
2.2 A RESPOSTA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	10
2.3 A COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO	13
2.4 O PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL	14
2.5 OS BENEFÍCIOS ADICIONAIS DE SAÚDE	17
2.6 A ADSE	18
3. ANÁLISE AO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DO SISTEMA	21
3.1 PROTEÇÃO FINANCEIRA E JUSTIÇA CONTRIBUTIVA	21
3.2 RESPOSTA ÀS EXPECTATIVAS DAS PESSOAS	24
3.3 ESTADO DE SAÚDE E A EQUIDADE EM SAÚDE	25
4. OUTROS MODELOS DE PRESTAÇÃO E FINANCIAMENTO	33
SISTEMAS DE SAÚDE FINANCIADOS COM BASE EM IMPOSTOS GERAIS	33
SISTEMAS DE SAÚDE FINANCIADOS COM BASE EM SEGURO SOCIAL	34
5. CENÁRIOS DE EVOLUÇÃO	37
5.1 CENÁRIO A: <i>STATUS QUO</i>	38
5.2 CENÁRIO B: AUMENTAR COBERTURA PÚBLICA ATRAVÉS DE PRESTAÇÃO PÚBLICA	39
5.3 CENÁRIO C: AUMENTAR COBERTURA PÚBLICA ATRAVÉS DE PRESTAÇÃO PRIVADA	41
ALARGAMENTO PROGRESSIVO DO CHEQUE-DENTISTA	41
REDE DE PRESTADORES PRIVADOS COM ACORDO COM O SNS	46
MODELO DE REEMBOLSO	47
5.4 CENÁRIO D: AUMENTAR COBERTURA PRIVADA (SEGURO) ATRAVÉS DE PRESTAÇÃO PRIVADA	48
6. PROPOSTA REDE NACIONAL DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL	49
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO-PILOTO	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
BIBLIOGRAFIA	59

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista	15
Tabela 2. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO	16
Tabela 3. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO.....	16
Tabela 4. Indicadores de Saúde Oral entre 2006 e 2013.....	17
Tabela 5. Estimativa do impacto financeiro da contratação progressiva de médicos dentistas, assumindo um encargo médio anual de 28.000 euros por médico dentista	40
Tabela 6. População com mais de 65 anos residente em Portugal Continental em 2014.....	44
Tabela 7. Estimativa de desdentados totais por grupo etário e percentagem de desdentados totais entre a população residente do respetivo grupo etário, em 2005/6	44
Tabela 8. Estimativa do impacto financeiro de diferentes propostas de alargamento do PNPSO.....	46
Tabela 9. Estimativa do impacto financeiro da aplicação do regime convencionado por parte do SNS.....	47
Tabela 10. Estimativa do impacto financeiro da aplicação do regime livre da ADSE por parte do SNS.....	48

Lista de Figuras

Figura 1. Objetivos dos Sistemas de Saúde, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2000.....	6
Figura 2. Estrutura do relatório.....	7
Figura 3. Adequação do número de equipamentos de higiene oral às necessidades da população.....	9
Figura 4. Número de médicas/os dentistas inscritas/os na Ordem dos Médicos Dentistas, por 1.000 habitantes, NUTS III, 2014.....	11
Figura 5. Ratio populacional por médico dentista em Países da União Europeia, 2012/3.....	12
Figura 6. Beneficiários da ADSE com consumo de cuidados de saúde oral	18
Figura 7. Despesa anual da ADSE com cuidados de saúde oral entre 2012 e 2014.....	19
Figura 8. Taxa de utilização anual de cuidados de saúde oral entre os beneficiários da ADSE.....	19
Figura 9. Comparativo de despesa pública em cuidados de saúde oral, 2014	20
Figura 10. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimentos com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento	22
Figura 11. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos.....	23
Figura 12. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento.....	24
Figura 13. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, 2013	26
Figura 14. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem demasiado caros, ou distantes ou com listas de espera, por idade, 2013.....	27
Figura 15. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, por quintil de rendimento, 2013	27
Figura 16. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, por quintil de rendimento, 2013 (detalhe Portugal e UE).....	28
Figura 17. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, muito distantes ou com listas de espera, por nível de escolaridade, 2013.....	28
Figura 18. Percentagem da população adulta com todos os dentes naturais.....	29
Figura 19. Percentagem da população adulta com mais de 65 anos sem dentes.....	30
Figura 20. Incidência ajustada pela idade de cancro do lábio e cavidade oral em homens em 2012.....	30
Figura 21. Mortalidade ajustada pela idade por cancro do lábio e cavidade oral em homens em 2012	31
Figura 22. Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal.....	38
Figura 23. Proposta de carteira mínima de cuidados de saúde oral de proximidade	39
Figura 24. Proporção de residentes que consultaram um técnico de saúde oral no Continente, em 2005/06.....	43
Figura 25. Pacote de elementos a definir para as Unidades de Saúde Oral	51

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
BAS	Benefícios Adicionais de Saúde
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (restaurados)
CSI	Complemento Solidário de Idosos
EU-SILC	<i>European Union - Statistics on Income and Living Conditions</i>
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NHS	<i>National Health Service</i>
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS-E	Organização Mundial de Saúde - Escritório Regional da Europa
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
RNCSO	Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral
RSI	Rendimento Social de Inserção
SISO	Sistema de Informação para a Saúde Oral
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TSS	Técnico Superior de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
USF	Unidade de Saúde Familiar
USO	Unidade de Saúde Oral

Sumário Executivo

Os indicadores de saúde oral em Portugal encontram-se muito abaixo da média europeia. Diferentes fontes de informação apontam para uma mesma realidade: a existência de necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas, que não se encontram satisfeitas, sendo a barreira financeira um dos principais obstáculos, senão mesmo o principal, a uma melhor saúde da população neste campo.

Apesar de existirem recursos humanos qualificados e disponíveis, os portugueses para acederem a cuidados de saúde oral enfrentam fortes barreiras financeiras, pela necessidade de assumirem diretamente os custos dos tratamentos. Não só as famílias com rendimentos mais baixos são afetadas, mas também as de rendimentos mais elevados enfrentam, em vários casos, despesas catastróficas quando acedem a serviços de saúde oral. Pela barreira criada, naturalmente, as famílias com menores rendimentos abstêm-se de aceder a cuidados de saúde oral, colocando-se em causa o seu direito à saúde.

Os aspetos de natureza financeira e proteção na doença são usualmente passíveis de intervenção por parte das políticas de saúde, pelo que tudo aponta para uma margem potencial de melhoria da saúde da população oral. Assim, são analisados quatro cenários de evolução distintos: A) Manter a situação atual; B) Aumentar cobertura pública com prestação pública; C) Aumentar cobertura pública com prestação privada; D) Aumentar a cobertura privada (seguro) com prestação privada. Destes cenários, os que merecem melhor atenção pela sua viabilidade correspondem ao aumento da cobertura pública com prestação pública e com prestação privada, excluindo-se por motivos de garantia do acesso à saúde a perpetuação da situação atual.

Adicionalmente, merece desenvolvimento um esboço de uma futura rede nacional de cuidados de saúde oral, tal como o seu modelo de implementação, monitorização e avaliação.

1. Introdução

As doenças orais continuam a ser um problema importante de saúde pública. Em muitos países desenvolvidos as despesas com o tratamento de doenças orais estão ao nível ou ultrapassam os custos de outras doenças, incluindo cancro, doenças cardiovasculares e a demência (Patel, 2012). Este é um motivo elevado de preocupação, uma vez que as doenças orais são preveníveis.

O presente relatório oferece uma visão geral e imparcial dos cuidados de saúde oral em Portugal e apresenta uma agenda para a sua evolução. Para este efeito é utilizada a matriz conceptual desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Relatório Mundial de Saúde de 2000 (World Health Organization, 2000).

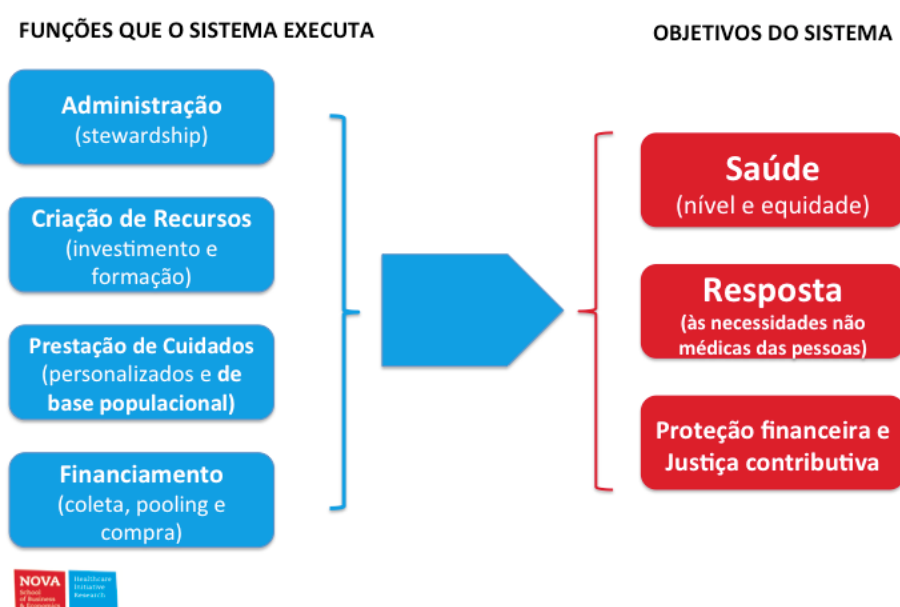


Figura 1. Objetivos dos Sistemas de Saúde, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2000.

Neste quadro conceptual distinguem-se as funções que o sistema de saúde executa dos objetivos do sistema. Os sistemas de saúde têm múltiplos objetivos. O Relatório Mundial de Saúde de 2000 definiu como objetivo geral: melhorar o estado de saúde e a equidade em saúde, passando por ser responsivo às necessidades das pessoas, justo financeiramente, e fazendo a utilização mais eficiente dos recursos existentes. Também são definidos objetivos intermédios, como alcançar melhor acesso e cobertura para intervenções custo efetivas, sem comprometer a qualidade e segurança do prestador. Para atingir os seus objetivos, todos os sistemas de saúde têm de realizar algumas funções básicas, independentemente da forma como estão organizados, como sejam a prestação de cuidados, desenvolver os recursos humanos e outros recursos-chave, mobilizar e alocar o financiamento e garantir a liderança e

governança do sistema de saúde (também conhecido como administração, que constitui a supervisão e orientação de todo o sistema).

A caracterização das funções atuais do sistema auxilia-nos à compreensão dos objetivos. Assim, é realizada uma análise à evolução do sistema, ao papel do SNS, à complementaridade do setor privado e no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Neste relatório, focamo-nos nas vertentes de prestação de cuidados e, de forma mais reduzida, na área de financiamento. Apesar da sua relevância, a análise das áreas de administração e criação de recursos estão fora do âmbito deste relatório. A liderança e governança dos sistemas de saúde (administração) é, sem dúvida, uma das áreas mais complexas mas essencial a qualquer sistema de saúde. É, também, a componente dos sistemas de saúde menos compreendida (Siddiqi et al., 2009), em ambas as vertentes conceptual e prática, encontrando-se sujeita a definições e entendimentos vagos, até por vezes divergentes (Brinkerhoff & Bossert, 2013). Por outro lado, a discussão da criação de recursos é demasiado vasta (dos recursos humanos, aos sistemas de informação, medicamentos e dispositivos médicos) para os objetivos deste relatório.

De forma a melhor enquadrar o sistema de saúde português e as possibilidades de evolução é realizada uma breve caracterização dos sistemas de saúde oral selecionados da União Europeia. A seleção dos sistemas de saúde dependeu da relevância da sua aplicabilidade ao contexto nacional, tal como da sua diversidade organizativa.

Finalmente, são apresentadas alternativas de evolução considerando: A) Manter a situação atual; B) Aumentar cobertura pública com prestação privada; C) Aumentar cobertura privada (seguro) com prestação privada; D) Aumentar cobertura pública com prestação pública. 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 existentes.



Figura 2. Estrutura do relatório.

2. Prestação de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

As funções que o sistema de saúde executa contribuem para o estado de saúde da população. As características de cada sistema influenciam decisivamente o estado de saúde da população. A função de prestação de cuidados de saúde é o mais familiar e, na verdade, todo o sistema de saúde é frequentemente identificado unicamente pela prestação de cuidados de saúde. A OMS, no modelo conceptual utilizado, enfatiza que a prestação de cuidados de saúde é algo que o sistema faz; não é o que o sistema é (World Health Organization, 2000). A prestação de cuidados de saúde adequada é aquela em que se oferecem intervenções personalizadas e não personalizadas eficazes, seguras e de qualidade, àqueles que delas precisam, quando, onde e na medida em que for necessário, com o mínimo de desperdício de recursos.

2.1 Evolução do sistema

No início da década de 80 do século passado, o SNS confrontou-se com a escassez e limitação dos recursos na área da saúde oral, tal como em outras áreas. Este fator motivou uma clara opção política, no sentido da oferta pública ser complementada, em concreto, mediante a celebração de convenções e acordos com prestadores privados em áreas cuja capacidade de resposta do SNS era julgada deficitária (Entidade Reguladora da Saúde, 2013). Apesar de tal ter ocorrido, em especial na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), e também, ainda que residualmente, em algumas consultas de especialidades médico-cirúrgicas, os cuidados de medicina dentária não foram contemplados. Tal resultou em cuidados de saúde orais maioritariamente prestados pelo setor privado e em grande medida pagos de forma direta pela população.

Apesar desta lacuna, a promoção da saúde oral cedo viu ser reconhecida a sua relevância através dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil - Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Pelo menos desde 1985, foi dada elevada relevância à intervenção em meio escolar através da educação para a saúde, abrangendo a educação alimentar, a higiene oral (escovagem com pasta de dentes com flúor, pelo menos duas vezes por dia, recomendando-se que uma delas seja efetuada no estabelecimento de ensino; a limpeza dos espaços interdentários com o fio dentário; informação e formação de educadores, professores e pais) e a administração de flúor (racionalizando as dosagens conforme a idade da criança e o teor do elemento nas águas de abastecimento público, recomendando comprimidos de flúor diários nas crianças da pré-escola e aplicação quinzenal de bochechos de flúor nas escolas do 1º ciclo). Em 1999, este programa foi revisto, tendo passado a designar-se por Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes, incluindo a aplicação de selantes de fissura e encaminhamento médico-

dentário. O programa pretendia, sem grande sucesso, estabelecer complementaridade entre o setor público e privado na prestação de cuidados de saúde oral preventivos sempre que não existisse resposta no SNS.

Igualmente, ao longo do desenvolvimento da rede de cuidados de saúde primários, foram sendo realizados investimentos pontuais em equipamento de medicina dentária nos centros de saúde, sem que tenha existido uma resposta coerente de investimento em recursos humanos que levasse ao seu aproveitamento pleno na prestação de cuidados de saúde oral à população por parte do Serviço Nacional de Saúde. Hoje, é possível observar uma utilização residual destes dispendiosos equipamentos e/ou uma deterioração dos mesmos sem que tenham qualquer utilização. Em 2014, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) quando questionados pela ERS sobre a adequação do número de equipamentos dos estabelecimentos integrados nesse agrupamento às necessidades da população, a nível nacional, oito ACES (que correspondem a 15% do total de ACES) consideraram que sim, 26 (que correspondem a 47%) que não e 21 (que correspondem a 38% do total de ACES) não possuíam equipamento.

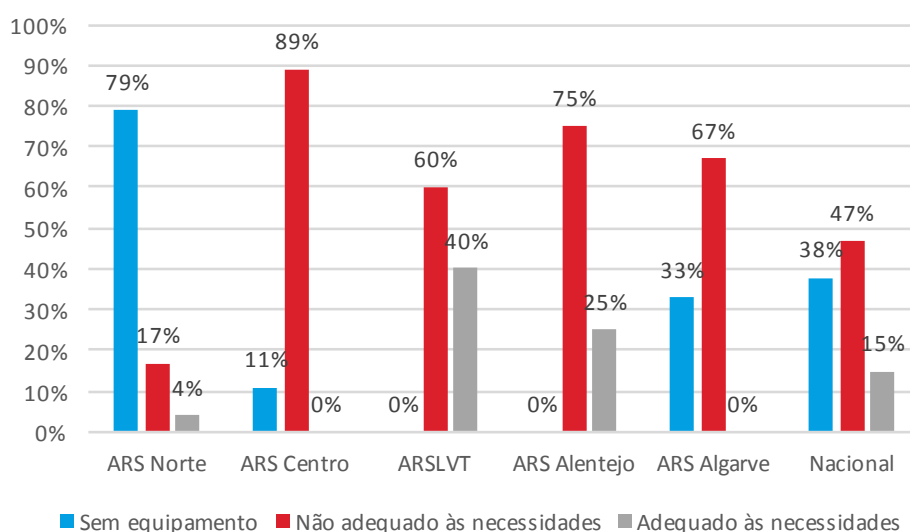


Figura 3. Adequação do número de equipamentos de higiene oral às necessidades da população.

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, 2015.

A partir de 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) passa a adequar a sua estratégia às novas orientações de utilização dos fluoretos.

É apenas a partir de maio de 2008 que é implementada a cobertura do SNS, através do recurso a prestadores privados. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) passa a prever a atribuição de cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal no SNS, bem como a idosos

beneficiários do complemento solidário e também utentes do SNS. Os utentes beneficiários dos cheques-dentista podem, assim, recorrer a médicos dentistas do setor privado com acordo com o SNS.

A partir de março de 2009, é alargada a cobertura do programa através da emissão do cheque-dentista a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos. Em 2010, os portadores de infeção VIH/SIDA são, também, abrangidos pelo programa.

Considerando a elevada taxa de incidência de cancro oral, associada a baixos níveis de sobrevivência dos doentes, frequentemente associados a diagnósticos tardios, e dado que está comprovada a elevada vulnerabilidade do cancro oral à intervenção precoce nos diferentes níveis em que ela é possível, em março de 2014 o pacote de serviços prestados é alargado, passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral.

Mais recentemente, o Despacho n.º 12889/2015, de 9 de novembro, veio a incluir, a partir de 1 de março do corrente ano, os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos; os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses; e as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO.

2.2 A resposta do Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal, a cobertura formalmente abrangente do SNS apresenta várias exceções, sendo a mais evidente a da medicina dentária, maioritariamente privada (Barros, Machado, & Simões, 2011; Simões et al., 2007). O 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006, revela que 92,1% das consultas de medicina dentária/estomatologia foram realizadas no setor privado.

Em 2014 estavam inscritos 8.414 médicos dentistas na Ordem dos Médicos Dentistas, sendo 42% homens e 58% mulheres, observando-se uma crescente feminização da profissão (Observatório da Saúde Oral, 2015). Em 2003, a taxa de feminização não ultrapassava os 102%, em 2014, atingiu os 138%.

Em média, existiam 0,8 médicos dentistas por mil habitantes. Por região de principal endereço profissional, observa-se que nas regiões do Cávado, Terras de Trás os Montes, Área Metropolitana do Porto, Região de Coimbra, Viseu Dão-Lafões e Área Metropolitana de Lisboa o número de habitantes por cada médico dentista é menor que a média nacional.

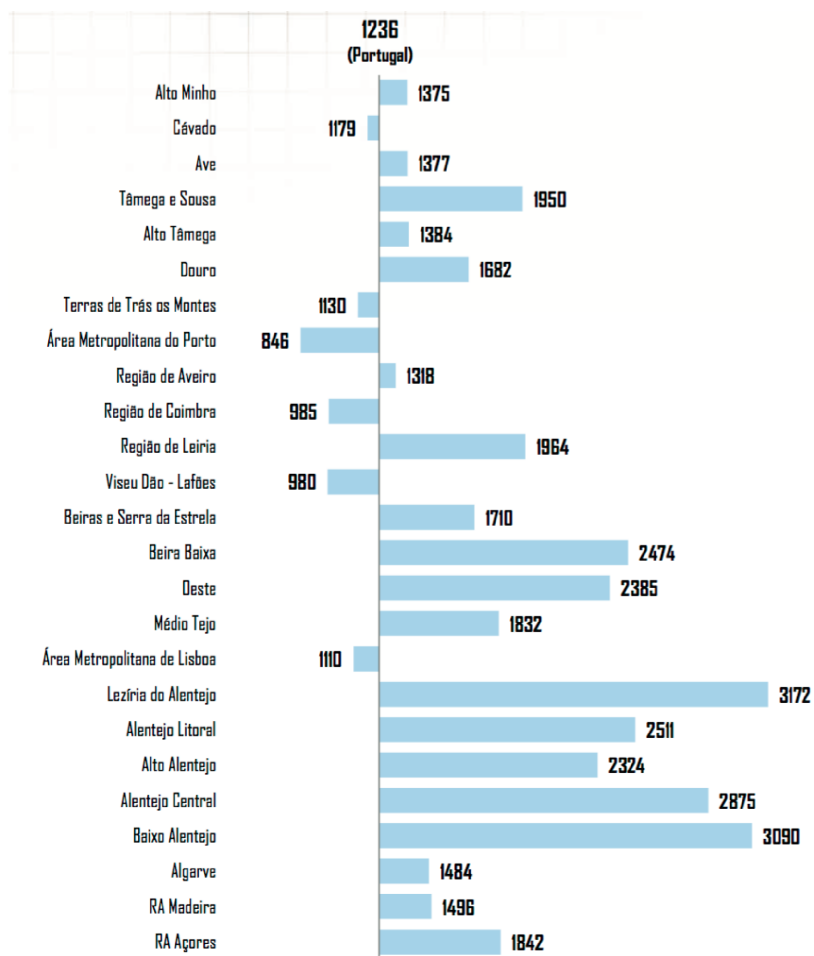


Figura 4. Número de médicas/os dentistas inscritas/os na Ordem dos Médicos Dentistas, por 1.000 habitantes, NUTS III, 2014.

Fonte: Observatório da Saúde Oral, 2015.

Em termos comparativos, Portugal possui recursos humanos nesta área em número superior à maioria dos Países Europeus.

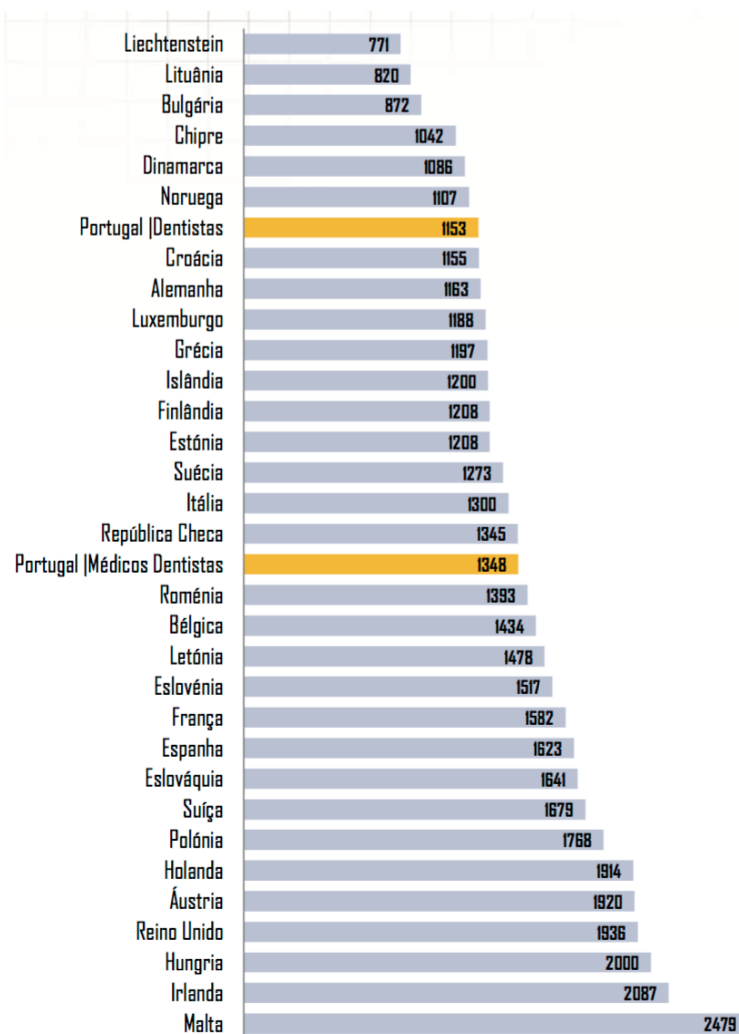


Figura 5. Ratio populacional por médico dentista em países da União Europeia, 2012/3.

Fonte: Observatório da Saúde Oral, 2015.

No SNS, ao nível dos cuidados secundários e terciários, existem 131 médicos especialistas em estomatologia, distribuídos por 28 hospitais, e 36 internos nesta especialidade. Dos médicos especialistas, apenas 13,7% têm menos de 50 anos. Entre estes médicos especialistas, cinco trabalham nas Administrações Regionais de Saúde e, portanto, fora do ambiente hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Aos médicos especialistas em estomatologia, acrescem, em 2013, 2 médicos dentistas em hospitais públicos existentes na região Centro (Instituto Nacional de Estatística, 2015a). Podemos, ainda, observar o desenvolvimento de respostas de cirurgia maxilo-facial em 12 hospitais, contando com 26 especialistas e 27 internos. Destes hospitais, 5 apenas contam com um médico especialista, colocando em causa a viabilidade da continuidade de cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Ao nível dos centros de saúde do Continente, em 2013, foram realizadas 44.385 consultas de medicina dentária/ estomatologia, 24.751 na região Norte, 2.503 na região Centro, 17.131 na área metropolitana de Lisboa e nenhuma consulta no Alentejo e no Algarve. As regiões autónomas dos Açores e da Madeira apresentam dados mais consonantes com as necessidades, com 26.193 e 21.434 consultas, respetivamente. Destes dados verifica-se uma evidente iniquidade no acesso entre regiões, para além da subprestação de cuidados ao nível do Continente (Instituto Nacional de Estatística, 2015a). Em paralelo, a oferta pública de higienistas orais também é residual, existindo uma franca incoerência na distribuição dos 116 profissionais a exercer funções nos centros de saúde: 9 no Norte, 28 no Centro, 47 na Área Metropolitana de Lisboa, 21 no Alentejo e 25 no Algarve (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

Dados mais recentes do Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 revelam que nos últimos 12 meses, apenas 6,9% dos portugueses recorreram ao SNS para tratamento de algum problema oral e que 22,3% destes sentiram que o problema não foi solucionado (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015). Mais adiante, serão analisados dados europeus sobre as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral.

2.3 A complementaridade do setor privado

Em países como Portugal e Espanha, os serviços de saúde oral são prestados principalmente por médicos privados, sem estarem associados ou terem acordo com quaisquer mecanismos de proteção financeira da população em caso de doença e, portanto, os doentes costumam pagar o custo total dos mesmos. Como foi demonstrado anteriormente, estes custos criam problemas de acesso aos cuidados de saúde. Noutros países, como a Dinamarca, os cuidados de saúde oral são gratuitos para todas as crianças com idade inferior a dezoito anos e os adultos pagam os tratamentos de dentistas privados através de um sistema de subsídios do Governo. Em países como a França e a Alemanha, a prevenção e o tratamento são cobertos pelo pacote básico de seguro público de saúde, mas uma parte do custo é suportado pelos doentes (Patel, 2012).

Estas características influenciam diretamente a utilização dos serviços. Dados do Eurobarómetro indicam que os europeus com maior probabilidade de terem visitado um dentista nos últimos doze meses tendem a ser habitantes de países do norte da Europa: Países Baixos (83%), Dinamarca (78%), Alemanha e Luxemburgo (77%), seguido pela Eslováquia (73%) e Suécia (71%). Os habitantes de vários países da Europa Oriental parecem ser os menos propensos a ter visitado um dentista durante o ano passado: Lituânia (46%), Polónia (44%) e na Roménia (34%). Isto também se verifica para os residentes da Espanha (43%) e Portugal (46%). A percentagem da população que afirma ter visitado um dentista nos últimos doze meses, na Áustria (56%), Irlanda (54%), Chipre (54%), a Itália (52%) e

França (52%), está toda abaixo da UE (27), cuja percentagem média é de 57%. (TNS Opinion & Social, 2010).

Em Portugal, como esperado, a pouca regularidade de visitas ao médico dentista reside, principalmente, no facto de os portugueses pensarem que não têm necessidade (38,1%) ou na falta de recursos financeiros (37,3%) (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015).

2.4 O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) baseia a sua ação na promoção da saúde e na prevenção da doença, asseguradas pelas equipas de saúde escolar. Considerando a falha de recursos existentes no SNS, o PNPSO recorre a médicos dentistas privados para a intervenção curativa, operacionalizada através da atribuição de um cheque-dentista a utilizar num médico prestador aderente. Assim, é assegurada uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária.

No final de 2015, o PNPSO contava com 4.150 médicos aderentes (103 estomatologistas e 4.047 médicos dentistas) em 7.235 consultórios distintos de prestação de cuidados de saúde oral. Dentro da rede encontravam-se ainda 240 médicos dentistas disponíveis para o diagnóstico de cancro oral, com cobertura geográfica em Portugal Continental.

O programa tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos-chave e especialmente vulneráveis, utentes do SNS:

- Mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS;
- Pessoas idosas beneficiários do Complemento Solidário de Idosos (CSI) utentes do SNS;
- Crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam ensino público e IPSS;
- Crianças de idades intermédias às citadas anteriormente (8,9,11,12,14 e 15 anos);
- Crianças com idade inferior a 7 anos;
- Utentes portadores de VIH/SIDA;
- Intervenção precoce no cancro oral.

Tabela 1. Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista.

Projeto Saúde Oral	População-alvo	Máximo de cheques-dentista/ utente	Data de entrada em vigor do Projeto
Grávidas (SOG)	Grávidas seguidas no SNS (por referência do médico de família)	3/gravidez	27-02-2008
Pessoas Idosas (SOPI)	Idosos beneficiários do complemento solidário (por referência do médico de família)	2/ano	27-02-2008
Saúde Infantil (SOSI)	Crianças com idade inferior ou igual a 6 anos (por referência do médico de família, em situações agudas)	1/ano (teto máximo de 20.000 crianças/ano)	09-01-2009
Crianças e Jovens (SOCJ)	Crianças e Jovens 7, 10 e 13 anos, que frequentam escolas públicas ou IPSS	2 (7 e 10 anos) 3 (13 anos)	09-01-2009
	Crianças e jovens com necessidades especiais portadoras de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO	Igual no caso das crianças colaborantes; referência via CTH para os não colaborantes	01-03-2016
Crianças e Jovens idades intermédias (SOCJi)	Crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos (por referência do médico de família, em situações agudas)	1 por ano	20-04-2010
Crianças e Jovens 15 anos Completos (SOCJ 16)	Jovens de 16 anos que completaram plano de tratamento aos 13 anos	1 por ano	01-08-2013
Crianças e Jovens 18 anos (SOCJ 18)	Jovens de 18 anos que completaram plano de tratamento aos 16 anos	1 por ano	01-03-2016
Utentes portadores de VIH/Sida	Fase 1: Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida	6 por utente	27-10-2010
	Fase 2: Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida já abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamento há mais de 24 meses	2 cheque/2 em 2 anos	01-03-2016
Intervenção Precoce no Cancro Oral	Grupo de risco (rasteiro oportunista): homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos e utentes com lesões da cavidade oral identificadas pelo próprio, pelo médico de família ou por estomatologista ou médico dentista	1 cheque diagnóstico e 1 cheque biópsia, 2 vezes por ano	01-03-2014

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2016.

Desde o início do PNPSO, foram emitidos 3.812.267 cheques-dentista, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 72%, conforme se apresenta na Tabela 3 (Direção-Geral da Saúde, 2016). Apenas em 2015, beneficiaram do PNPSO mais de 330 mil utentes colmatando uma área até então totalmente descoberta pelo SNS.

Tabela 2. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO¹

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Mulher Grávida	20 538	35 633	39 474	38 855	41 144	40 808	44 424	49 823	310 699
Pessoas Idosas	3 554	7 127	6 492	5 451	5 300	5 488	5 171	5 308	43 891
Saúde Infantil (crianças com idade inferior ou igual a 6 anos)		7 550	19 033	21 155	24 127	20 051	28 667	28 590	149 173
Crianças e jovens Escolarizados (7, 10 e 13 anos)		292 238	293 303	250 948	139 869	336 850	236 272	216 004	1 765 484
Crianças e Jovens Idades Intermédias			3 308	4 445	6 437	7 000	11 303	12 776	45 269
Crianças e Jovens 15 anos Completos (16 anos)						3 087	5 318	15 925	24 330
Utentes portadores de VIH/SIDA			41	255	244	463	443	392	1 838
Intervenção Precoce no Cancro Oral							685	1 421	2 106
	24 092	342 548	361 651	321 109	217 121	413 747	332 283	330 239	2 342 790

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2016

Tabela 3. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNPSO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Mulher Grávida	23 707	60 971	68 120	67 626	71 261	67 959	71 624	77 024	508 292
Pessoas Idosas	3 259	9 829	9 530	8 353	8 118	8 107	7 734	7 745	62 675
Saúde Infantil (crianças com idade inferior ou igual a 6 anos)		3 806	10 621	13 126	14 683	11 677	14 451	17 972	86 336
Crianças e jovens Escolarizados (7, 10 e 13 anos)		188 263	308 032	318 559	314 931	312 394	300 974	287 564	2 030 717
Crianças e Jovens Idades Intermédias			1 706	2 959	4 877	5 245	6 717	10 006	31 510
Crianças e Jovens 15 anos Completos (16 anos)						2 122	4 138	9 906	16 166
Utentes portadores de VIH/SIDA			20	566	503	960	958	891	3 898
Intervenção Precoce no Cancro Oral							685	1 421	2 106
	26 966	262 869	398 029	411 189	414 373	408 464	407 281	412 529	2 741 700

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2016

Numa avaliação ao PNPSO, a ERS questiona os direitos de universalidade e equidade no acesso do programa por dois motivos: 1) não são abrangidos determinados indivíduos que pertenceriam aos grupos de beneficiários se estes fossem definidos em sentido lato (crianças e jovens, grávidas, idosos, utentes com VIH/SIDA), concretamente as crianças e jovens de determinadas coortes e a frequentarem escolas privadas, os idosos não beneficiários de complemento solidário e as grávidas não seguidas no SNS; 2) a discriminação positiva subjacente ao benefício atribuído aos idosos com complemento solidário não segue a mesma lógica nem para o grupo das grávidas, nem para o grupo de crianças e jovens que frequentam escolas públicas ou instituições particulares de solidariedade social, que não necessitam de preencher qualquer tipo de requisito em termos de condição económica para beneficiar de cheque-dentista (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

Contudo, embora se identifiquem algumas falhas no programa, nomeadamente o seu carácter não universal, a ERS conclui que a criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da abrangência do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população (Entidade Reguladora da Saúde, 2014). Mais, sugere que a abrangência do PNPSO tem vindo a ser alargada ao longo dos anos, tendo em consideração os grupos populacionais mais fragilizados e a necessidade de prevenção das doenças orais de maior gravidade.

Por sua vez, a Direção-Geral da Saúde considera que a melhoria da situação de saúde na dentição permanente em crianças e jovens resulta não só da redução dos níveis de doença, mas também do

¹ No ano letivo de 2012/2013 alteraram-se as regras de emissão e utilização de cheques-dentista, por forma a coincidir a utilização dos cheques com o ano civil, pese embora a emissão se inicie com o ano letivo. Esta alteração provocou um desfasamento na utilização dos cheques emitidos em 2012, que vieram apenas a ser utilizados em 2013. Os dados de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

aumento da resposta através do PNSO (Direção-Geral da Saúde, 2015), como pode ser verificado através da Tabela 4.

Tabela 4. Indicadores de Saúde Oral entre 2006 e 2013.

Indicadores	Idade	2006	2013
CPOD	6 anos	2,1	1,62
	12 anos	1,49	1,18
	15/18 anos	3,04	2,51
Livres de cárie	6 anos	51%	54%
% de jovens com gengivas saudáveis (Índice Periodontal Comunitário = 0)	12 anos	29,1	51,8
	15/18 anos	21,1	41,8
% de jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes	12 anos	38,1	55,2
% de crianças e jovens de 6 e 12, que escovam os dentes, pelo menos uma vez por dia,	6 anos	76,3	78,7
	12 anos	88,6	89,5
	15/18 anos	19,8	29,3

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2015 – Elaboração Própria

2.5 Os Benefícios Adicionais de Saúde

Em paralelo ao PNPSO, considerando a necessidade de apoiar os idosos em situação económica muito desfavorecida e que despendem grande parte dos seus recursos com a saúde, nomeadamente com medicamentos e outros bens com baixa comparticipação do Estado, foi instituída a atribuição dos Benefícios Adicionais de Saúde (BAS), com vista à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida, que assentam nos princípios definidos para a atribuição do CSI. Os BAS constituem reembolsos de uma percentagem de custos suportados pelos respetivos beneficiários com medicamentos, óculos e próteses dentárias removíveis, de acordo com a disciplina e os limites legalmente previstos, incidindo apenas sobre a parcela não comparticipada pelo Estado. Em termos de próteses dentárias removíveis, o Estado reembolsa 75% da despesa na aquisição e reparação até ao limite de 250 euros, por cada período de três anos. Em 2014, beneficiaram deste benefício 1.462 idosos, tendo-se despendido um total de 220.114 euros (Ministério da Saúde, 2015). Importa dar nota que o CSI beneficiava 165.825 cidadãos em junho de 2015 (Instituto de Informática, 2015). Ou seja, menos de 3% dos potenciais utilizadores beneficiaram do PNPSO e menos de 1% beneficiaram da comparticipação das próteses através dos BAS. A utilização do PNPSO e dos BAS por parte da população idosa permanece residual face ao potencial de beneficiários.

2.6 A ADSE

A ADSE corresponde a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, designação inicial atribuída, em 1963, ao organismo responsável por gerir o sistema de proteção social aos trabalhadores do setor público administrativo. A designação foi alterada em 1980 para Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE). Em 2011, a designação da ADSE foi alterada para Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

A ADSE financia as despesas realizadas pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde. O esquema de benefícios da ADSE encontra-se regulamentado e inclui cuidados médicos dentários. Os beneficiários podem recorrer a uma rede prestadora convencionada (regime convencionado) ou optam por prestadores independentes (regime livre). Ao longo dos últimos anos, os beneficiários da ADSE têm vindo a aumentar a opção pelo setor convencionado. Contudo, o peso da despesa do regime livre continua a ser mais representativo. Em 2014, cerca de 22,5% dos beneficiários da ADSE recorreram a cuidados de saúde oral (ADSE, 2015).

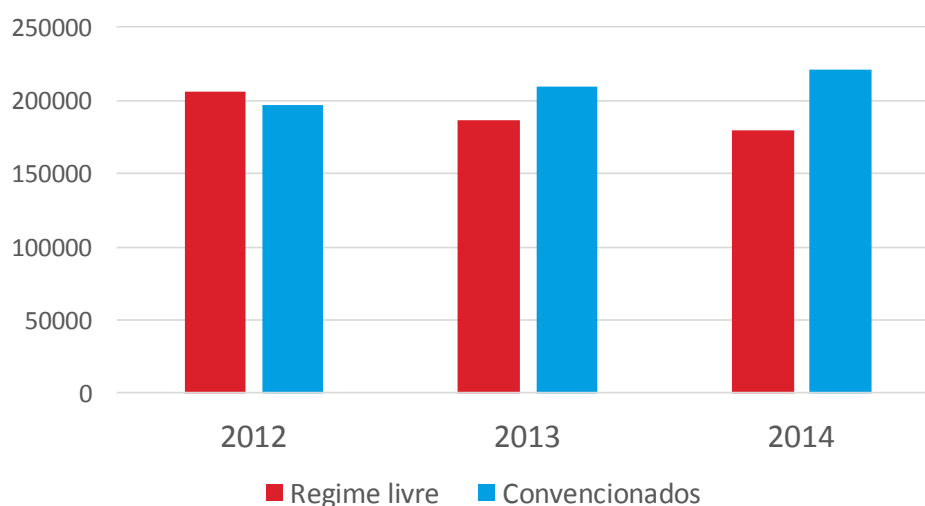


Figura 6. Beneficiários da ADSE com consumo de cuidados de saúde oral.

Fonte: ADSE (2015) – Elaboração Própria

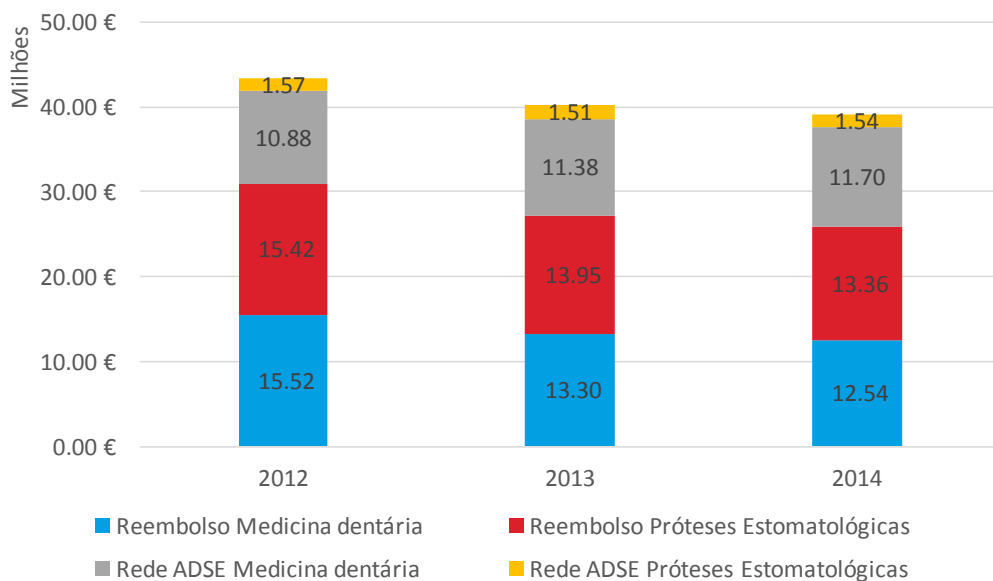


Figura 7. Despesa anual da ADSE com cuidados de saúde oral entre 2012 e 2014.

Fonte: ADSE (2015) – Elaboração Própria

Em 2014, existiam 443 prestadores convencionados para medicina dentária e 207 prestadores convencionados para a prótese dentária. No acesso ao regime convencionado, os beneficiários são responsáveis financeiramente por 20% dos custos incorridos pela ADSE. Ainda em 2014, recorreram à rede convencionada de medicina dentária 221.029 utilizadores com um custo por utilizador de 52,92 euros (ADSE, 2015).

O beneficiário da ADSE ao optar pelo regime livre assume o pagamento dos cuidados de saúde prestados solicitando posteriormente reembolso dos mesmos. O reembolso é atribuído de acordo com uma tabela específica. Em 2014, 179.962 beneficiários solicitaram reembolso em Medicina Dentária e 64.769 em Prótese Dentária. Os custos para a ADSE foram de 69,69 euros/utilizador em Medicina Dentária e 206,27 euros/utilizador em Prótese Dentária (ADSE, 2015).

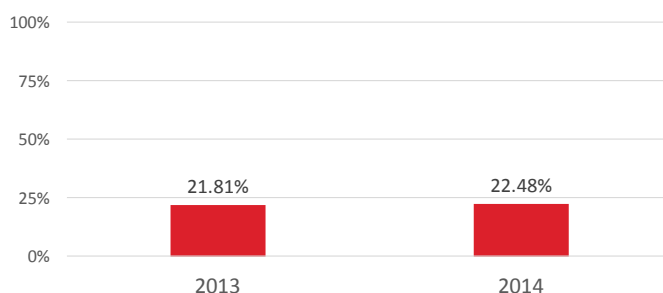


Figura 8. Taxa de utilização anual de cuidados de saúde oral entre os beneficiários da ADSE.

Fonte: ADSE (2015) – Elaboração Própria

Apesar de a ADSE beneficiar apenas cerca de um quinto da população residente em Portugal (1.783.456 beneficiários em 2014), despendeu quase três vezes mais em cuidados de saúde oral que o SNS através do PNPSO. Ou seja, a cobertura do PNPSO fica muito aquém da universalidade requerida pelo SNS, estando os beneficiários da ADSE mais protegidos em termos de saúde oral que os restantes cidadãos nacionais. Contudo, importa dar nota que este nível de proteção mais vasto depende de uma contribuição financeira voluntária e individual por parte dos beneficiários da ADSE.

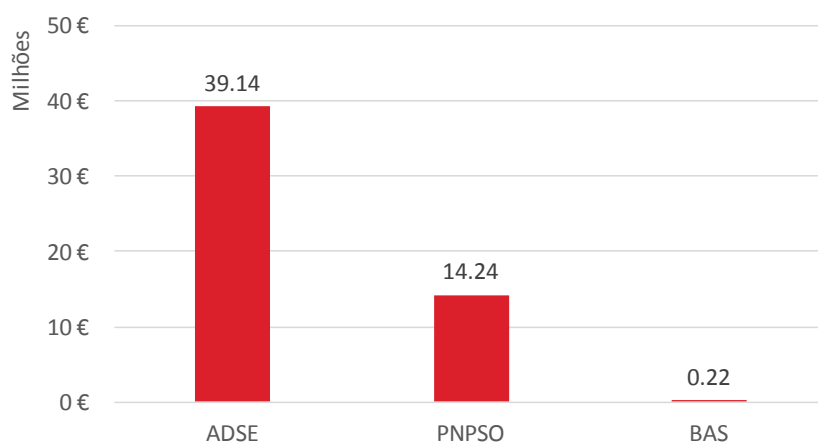


Figura 9. Comparativo de despesa pública em cuidados de saúde oral, 2014.

Fonte: ADSE (2015), Ministério da Saúde (2015) – Elaboração Própria

3. Análise ao cumprimento dos objetivos do sistema

3.1 Proteção financeira e justiça contributiva

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*.

As famílias podem ser pobres ou ser confrontadas com despesas catastróficas de saúde² no acesso aos serviços de saúde. Fundamentalmente, a garantia que as pessoas não vão sofrer dificuldades financeiras na utilização de serviços de saúde, 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.

Analisemos dois conceitos comumente utilizados de dificuldades financeiras devido a pagamentos diretos, ou a ausência de proteção do risco financeiro: as “despesas de saúde catastróficas” e “empobrecimento”. O conceito de “despesas de saúde catastróficas” refere-se ao ponto no qual os pagamentos diretos do agregado familiar são tão altos em relação aos seus recursos disponíveis que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários. O “empobrecimento” devido a pagamentos diretos refere-se à preocupação em que estes possam empurrar as famílias abaixo ou mais abaixo da linha da pobreza, em termos do rendimento disponível do agregado familiar.

Em Portugal, uma grande fatia do financiamento, cerca de 33,8% da despesa total, é privada, principalmente na forma de encargos diretos das famílias (ambos os copagamentos e os pagamentos diretos realizados pelo doente) – 27,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2015a). Os seguros voluntários privados cobriam, em 2012, cerca de 20,2% da população (Instituto de Seguros de Portugal, 2013), mas os seus encargos correspondiam a 3,6% da despesa total em saúde, em 2014 (Instituto

² 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, Hsu, & Evans, 2014).

Nacional de Estatística, 2013). Estudos recentes demonstram que, no período entre 2000 e 2010, as despesas catastróficas em cuidados de saúde eram uma questão relevante no nosso país, recomendando-se 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 & Barros, 2014).

Dados mais recentes sobre os orçamentos das famílias portuguesas demonstram que a percentagem da população que experiencia de despesas catastróficas e gastos de empobrecimento aumentou entre 2000 e 2010, afetando cerca de 11,2% da população (920.000 a 1.060.000 pessoas).

A percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com os pagamentos diretos, varia de acordo com os quintis de rendimento. Como esperado, 30% da população situada no quintil mais pobre é afetada por este fenómeno contra apenas 3% do quintil mais rico (Instituto Nacional de Estatística, 2015b).

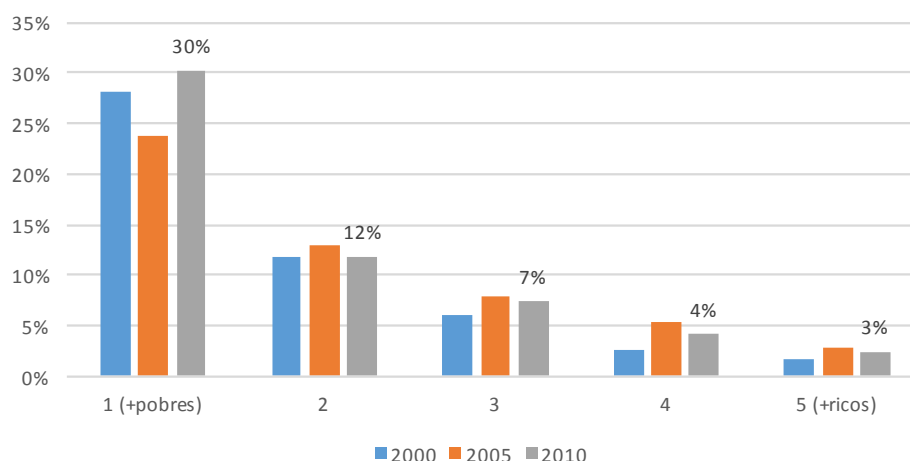


Figura 10. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2015b) – Elaboração Própria.

A evolução dos pagamentos diretos em Portugal em percentagem do consumo das famílias aumentou de 5,9% em 2000 para 7,5% em 2005, para diminuir novamente em 2010 para 7,1%. Os medicamentos representam a maioria dos pagamentos diretos e o seu peso tem aumentado ao longo dos anos. Contudo, o crescimento mais dramático é observado no acesso a cuidados dentários, observando-se um crescimento de 8pp entre em 10 anos: em 2010, praticamente um quinto dos pagamentos diretos em Portugal referem-se à área de medicina dentária, quando em 2000 representavam apenas um décimo (Instituto Nacional de Estatística, 2015b).

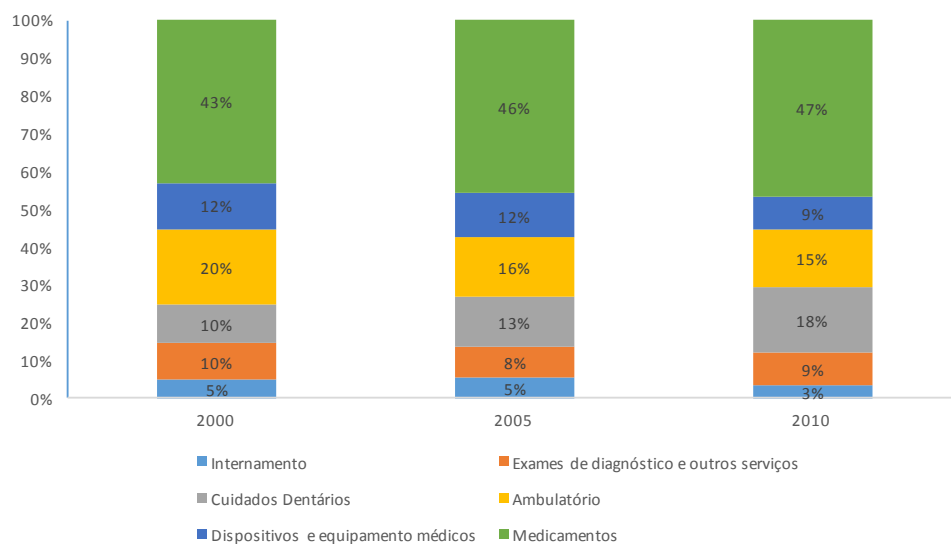


Figura 11. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2015b) – Elaboração Própria.

Tal como a percentagem da população afetada por despesas catastróficas, empobrecendo ou empobrecendo ainda mais, varia de acordo com os níveis de rendimento, também a repartição dos pagamentos diretos realizados pelas famílias varia de acordo com os níveis de rendimento. Nos 20% mais pobres, os medicamentos assumem um peso esmagador (69%) contra apenas 22% nos 20% mais ricos. Em contrapartida, os cuidados dentários assumem um peso de 7% no primeiro quintil e 40% no último quintil, sendo a área responsável por despesas catastróficas entre os mais ricos (Instituto Nacional de Estatística, 2015b). Ora, tal fator pode prender-se com perceções da população e capacidade financeira. Por um lado, os mais pobres assumem os cuidados dentários como supérfluos quando comparados com medicamentos, não acedendo simplesmente aos serviços de medicina dentária. Por outro lado, para o quintil mais rico a despesa em medicamento é mais facilmente absorvida pelo rendimento familiar, enquanto o nível de despesa com cuidados dentários, por serem mais elevados, conduzem a despesas catastróficas.

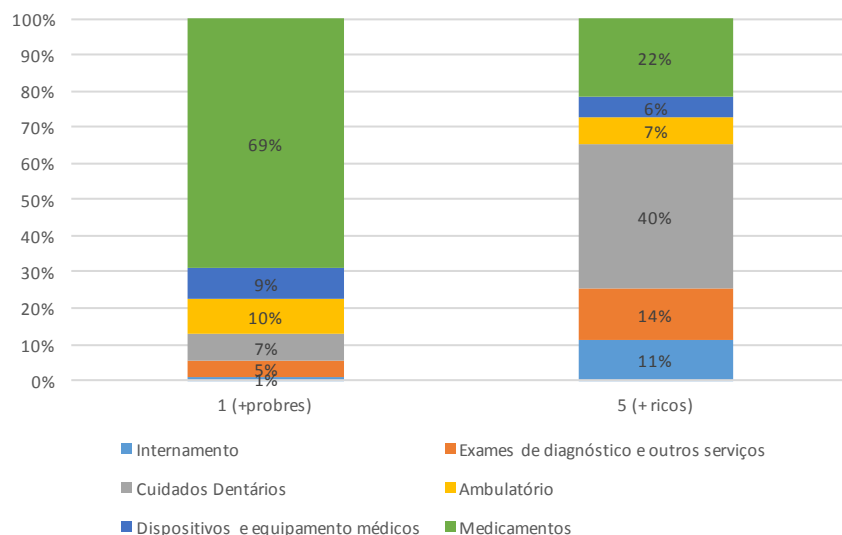


Figura 12. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2015b) – Elaboração Própria.

Os dados apresentados demonstram o papel dos cuidados dentários como fator desencadeador de despesas catastróficas e de empobrecimento, resultante da falta de mecanismos de proteção financeira para a saúde oral. Neste aspeto, os pobres são particularmente afetados pela barreira financeira que os impede de aceder a este tipo de cuidados.

3.2 Resposta às expectativas das pessoas

Para além da forma que o sistema de saúde contribui para o estado da saúde, os cidadãos também consideram relevante a forma como ele responde às suas expectativas. Em particular, as pessoas têm o direito de esperar que o sistema de saúde os trate com dignidade. Na medida do possível, as suas necessidades devem ser prontamente atendidas, sem longos tempos de espera para diagnóstico e tratamento - não só para melhores resultados de saúde, mas também de respeitar o valor do tempo das pessoas e reduzir sua ansiedade.

A grande maioria dos portugueses (91,9%) está satisfeita ou muito satisfeita com o seu médico dentista (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015). Para os restantes, os motivos de insatisfação estão principalmente relacionados com os preços praticados. Em linha com o observado ao nível da proteção financeira, efetivamente 63,9% dos insatisfeitos referem os preços elevados como motivo de insatisfação.

Por outro lado, em média, os portugueses demoram mais minutos a chegar ao seu médico dentista (21,75 minutos) em relação ao tempo que demorariam se fossem ao médico dentista mais próximo (16,45 minutos), demonstrando variedade de oferta e possibilitando, por este fator, liberdade quando

se coloca a possibilidade de escolha de prestador. Este fator está em linha com o valor atribuído à relação médico/doente: quase metade dos portugueses - 47,1% - nunca mudou de médico dentista, pois estão habituados e são clientes há muitos anos (56,9%) e confiam no seu trabalho (54,7%). Mais uma vez, o motivo pelo qual os doentes mudaram, ou pretendem mudar de médico dentista, relaciona-se com o aumento dos preços das consultas/tratamentos (19,1%), seguido pela quebra de confiança (13,6%).

Inferese-se que esta barreira “preço” possa ser o motivo pelo qual a maioria dos portugueses apela a uma revisão do sistema de saúde oral, não existindo uma clara definição da opção estratégica a seguir, em termos de preferências da população: 72,5% considera muito importante o acesso a serviços de medicina dentária no SNS e 73,9% considera muito importante participação do Estado das consultas no setor privado (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015). Neste ponto, podemos depreender que a expectativa reside num modelo de pré-pagamento que proteja financeiramente os cidadãos, ao contrário do que ocorre atualmente: a grande maioria dos portugueses efetua o pagamento no momento da consulta ao médico dentista (72,4%) e apenas 0,4% referem recorrer ao SNS, usufruindo de consultas gratuitas. Adicionalmente, a maioria da população portuguesa mostra não saber que o SNS disponibiliza serviços de medicina dentária (61,0%) (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015).

Em suma, apesar do elevado grau de satisfação com os serviços de medicina dentária parece subsistir uma barreira financeira aos utilizadores. Repare-se que, por outro lado, 46,7% dos portugueses não visitam o seu médico há mais de um ano e cerca de 6% nunca visitaram um médico dentista (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015). Em Portugal, os que visitaram o médico dentista no último ano são, essencialmente, de classe social mais elevada. Em termos comparativos, os países em que existe maior visitação a um médico dentista durante os últimos doze meses tendem a ser do norte da Europa: Países Baixos (83%), Dinamarca (78%), Alemanha e Luxemburgo (77%), seguida pela Eslováquia (73%) e Suécia (71%). Devemos ter em consideração que, em alguns desses países, é obrigatório para os habitantes ir ao seu dentista uma vez por ano, ou até mesmo a cada seis meses, a fim de continuar a beneficiar da cobertura do seguro médico para os seus dentes (TNS Opinion & Social, 2010). Ou seja, parece existir em Portugal uma utilização de serviços de medicina oral abaixo do desejável. Mesmo para os que têm capacidade financeira para utilizar o sistema, subsiste a expectativa que possam vir a existir mecanismos de proteção financeira: através de um sistema financiado através de impostos ou de seguros.

3.3 Estado de saúde e a equidade em saúde

Um bom sistema de saúde, acima de tudo, contribui para uma boa saúde. Mas nem sempre é suficiente proteger ou melhorar a saúde média da população, se ao mesmo tempo as desigualdades aumentam ou permanecem elevadas. O sistema de saúde tem, também, a responsabilidade de procurar reduzir as

desigualdades, melhorando preferencialmente a saúde dos mais desfavorecidos, onde quer que essas desigualdades sejam causadas, por condições passíveis de intervenção. Assim, o objetivo de uma boa saúde é duplo: melhorar o nível médio de saúde - bondade - e reduzir as diferenças entre indivíduos e grupos – justiça (World Health Organization, 2000).

Dados do EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*), referentes ao ano de 2013, permitem-nos analisar as necessidades em saúde não satisfeitas em Portugal e a sua comparação com os restantes países europeus (2015). Por um lado, é perceptível o bom posicionamento de Portugal em termos de necessidades em saúde não satisfeitas para todos os cuidados de saúde. Apenas 5,1% dos portugueses com mais de 16 anos relata necessidades em saúde não satisfeitas, contra 6,9% da média da UE. Contudo, a nível dos cuidados de saúde oral o posicionamento nacional deteriora-se gravemente. Com efeito, Portugal é o segundo país da UE com a maior percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral: 17,8%, muito acima da média da UE (7,9%).

Corroborando dados anteriormente apresentados, a maior causa pelas necessidades em saúde não satisfeitas em saúde oral prende-se com o custo (79,8%), seguida pelo “medo” associado aos cuidados de saúde (6,7%). Causas possíveis, como a distância (0,0%), a lista de espera (0,6%), falta de tempo (5,1%), esperar que o problema de saúde se resolva por si (0,7%), são residuais quando comparadas com a barreira custo.

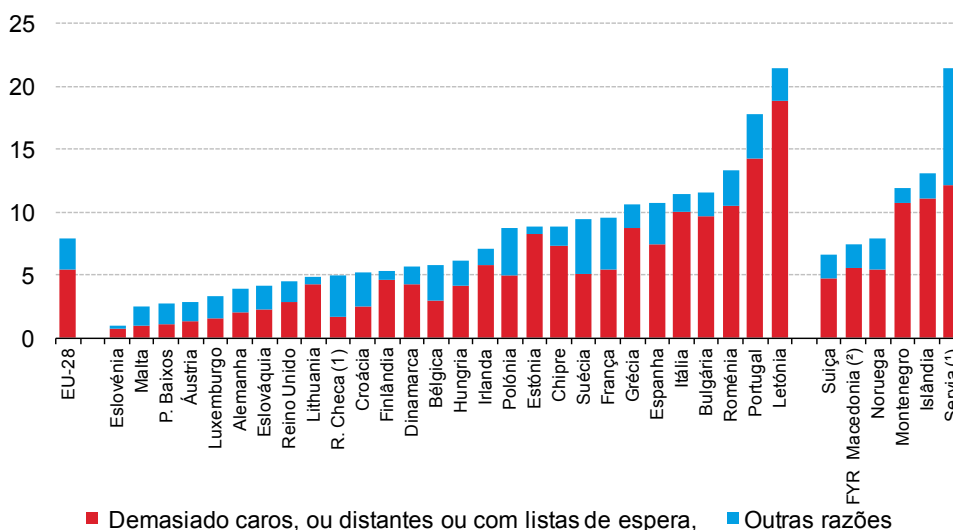


Figura 13. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral, 2013.

Fonte: Eurostat (2015).

O escalão etário entre os 45 e os 64 anos é o mais afligido com necessidades de saúde não satisfeitas (19,3%), sendo que os de 65 ou mais anos e os entre os 16 e 44 anos relatam idêntico valor (11,9%).

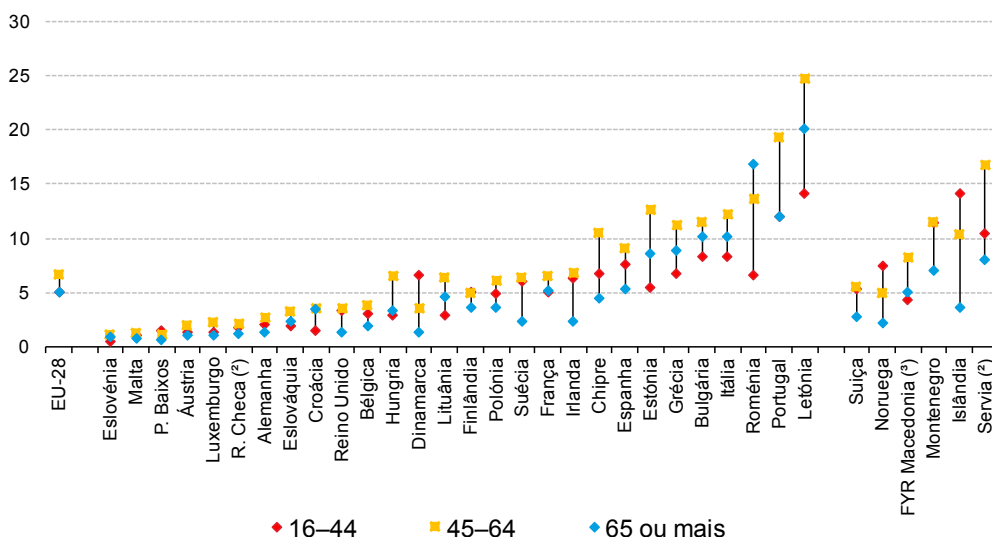


Figura 14. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem demasiado caros, ou distantes ou com listas de espera, por idade, 2013.

Fonte: Eurostat (2015).

Em termos de rendimento, o primeiro quintil é de longe o mais afetado (23,5%), ocorrendo um gradiente ao longo dos restantes quintis de rendimento como esperado: segundo quintil (20,8%), terceiro quintil (13,6%), quarto quintil (9,5%) e quinto quintil (3,4%). Estes dados denotam uma clara iniquidade nas necessidades em saúde não satisfeitas, com elevado peso para os primeiros dois quintis de rendimento.

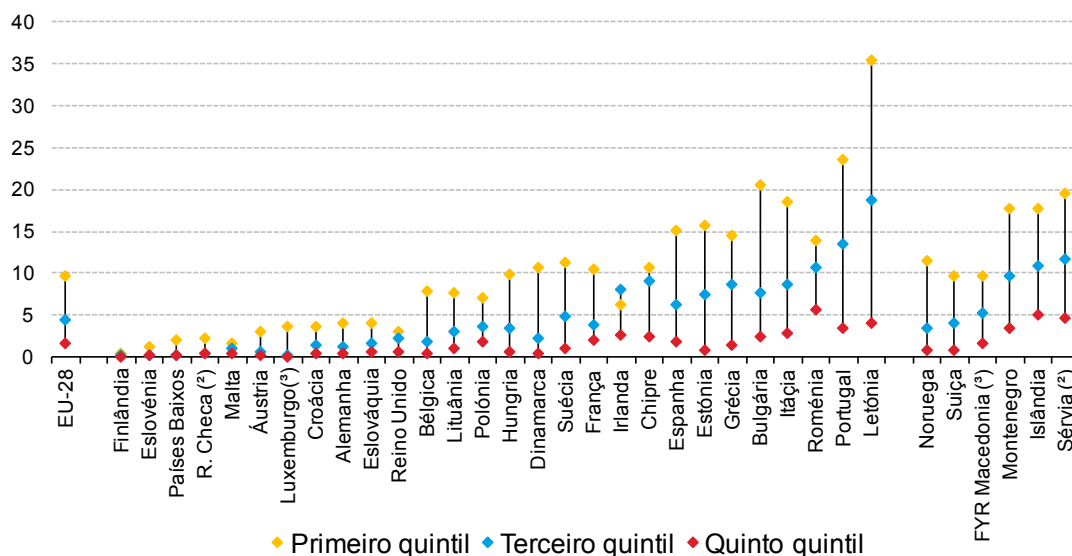


Figura 15. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, por quintil de rendimento, 2013.

Fonte: Eurostat (2015).

Ao compararmos os dados nacionais com a média da UE verificamos que, em todos os níveis de rendimento, Portugal apresenta uma situação menos favorável.

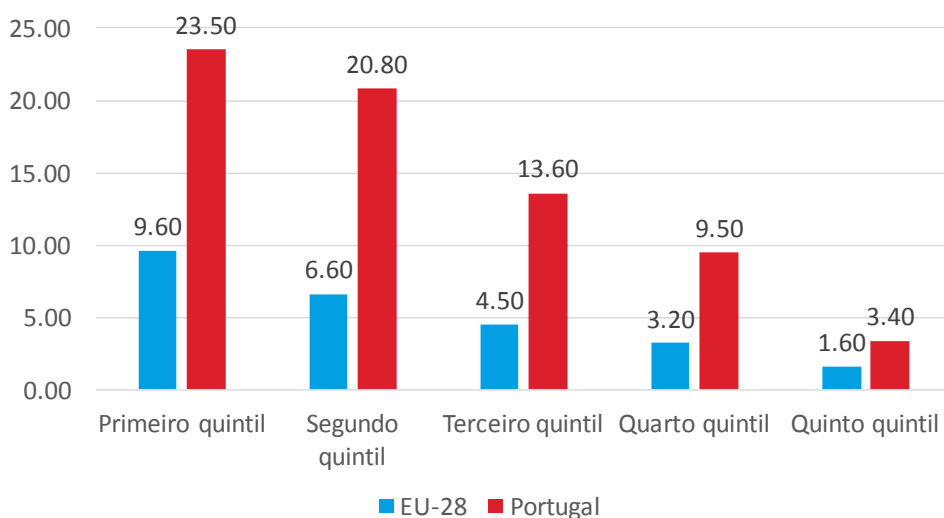


Figura 16. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, por quintil de rendimento, 2013 (detalhe Portugal e UE).

Fonte: Eurostat (2015).

Ao nível da escolaridade verificamos que os que completaram o Ensino Secundário, ou menos, são os que apresentam necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral (17,5%), corroborando os dados obtidos ao nível do rendimento.

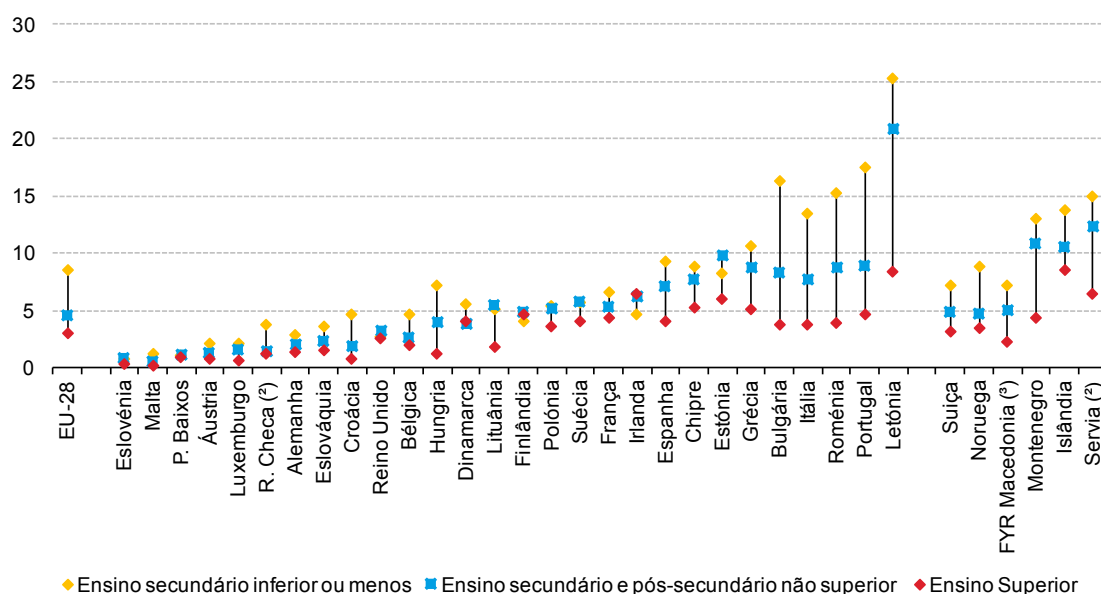


Figura 17. Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas para cuidados de saúde oral por serem muito caros, muito distantes ou com listas de espera, por nível de escolaridade, 2013.

Fonte: Eurostat (2015).

Ora, as necessidades em saúde não satisfeitas têm o seu reflexo no estado de saúde oral da população. Um dos indicadores-chave para a determinação do estado de saúde oral de uma determinada população é a percentagem de indivíduos com dentição total. Dados do Eurobarómetro (2009) indicam que apenas 41% dos europeus possuem dentição natural total. Além da média europeia, existem diferenças bastante acentuadas entre os Estados-Membros. Os entrevistados com dentição natural total vivem primordialmente nos países escandinavos (Suécia, Dinamarca e Finlândia), na Irlanda e nos países do extremo sudeste da União Europeia (Chipre, Malta e Grécia). Os habitantes dos países da União da Europa Oriental (Hungria, Estónia, Polónia, Eslováquia e Letónia) parecem ser os mais desfavorecidos a este respeito (apenas entre 19% e 29% dizem que eles têm todos os seus dentes naturais). A percentagem de portugueses com dentição total fica abaixo da média europeia: apenas 32%. Estes dados comparam com os do Barómetro de Saúde Oral 2015, em que apenas 28% dos portugueses têm dentição completa, excluindo os dentes do siso. Este valor corresponde a um decréscimo de dois pontos percentuais em relação ao mesmo instrumento aplicado em 2014 (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015).

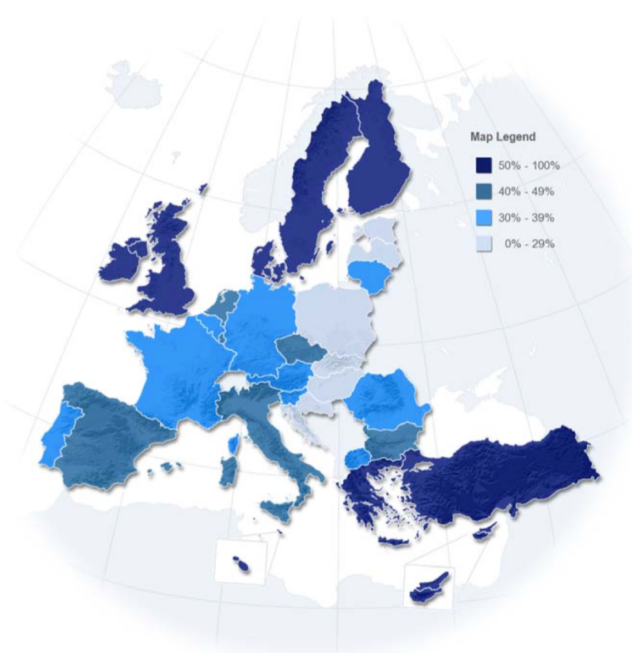


Figura 18. Percentagem da população adulta com todos os dentes naturais.

Fonte: Patel (2012).

Em complementaridade com este indicador, é relevante analisar a percentagem da população adulta com mais de 65 anos sem dentes. A este nível, Portugal continua a apresentar um dos piores indicadores de saúde oral ao nível europeu (Kravitz, Bullock, Cowpe, & Barnes, 2015).

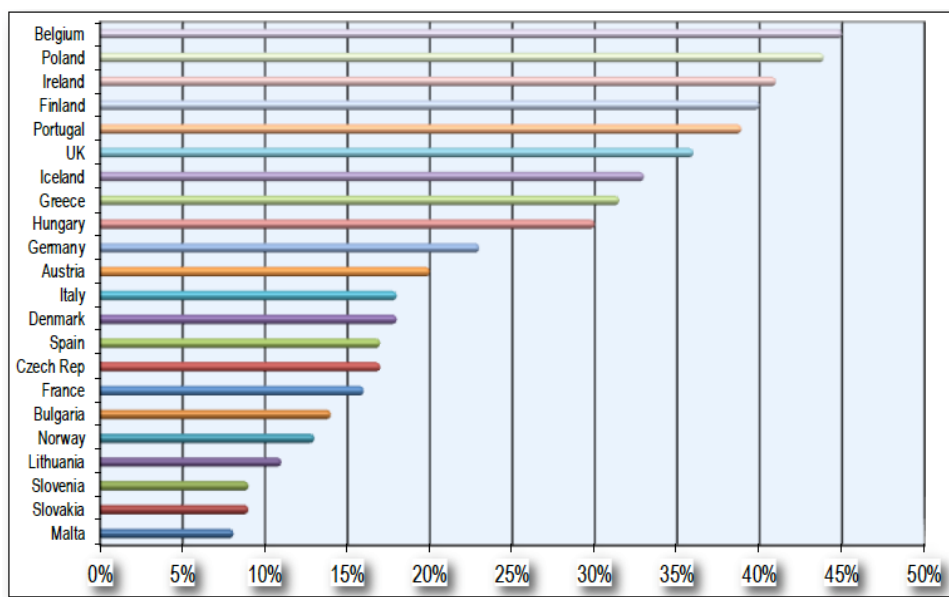


Figura 19. Percentagem da população adulta, com mais de 65 anos, sem dentes.

Fonte: Council of European Dentists (2015).

Outro indicador-chave para determinação do estado de saúde oral é a incidência de cancro do lábio e cavidade oral. Os fatores de risco para este tipo de cancro estão predominantemente relacionados com o estilo de vida, incluindo o tabaco, álcool, má alimentação, infeções virais e poluição. Outros fatores de risco importantes são a idade, género e luz solar. Também tem sido documentado o papel desempenhado pelas infeções por *Candida sp.* e pelo vírus do papiloma humano. Na fase inicial da doença, os doentes raramente procuram ajuda para o cancro oral, devido à sua natureza indolor nos primeiros estágios e, conseqüentemente, os cancros orais são diagnosticados em fase avançada (Patel, 2012). Neste tipo de cancro, Portugal figura entre os Países europeus com maior incidência entre homens. Em termos de mortalidade, figuramos entre os Países europeus ocidentais com piores indicadores (Ferlay J et al., 2013).

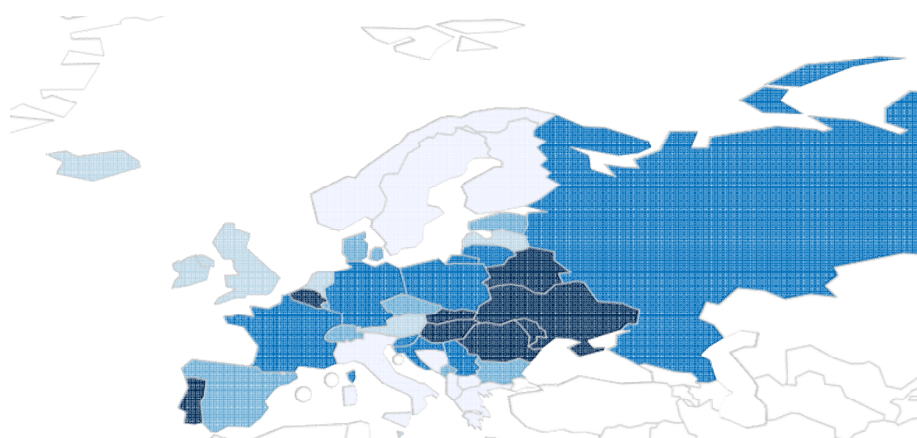


Figura 20. Incidência ajustada pela idade de cancro do lábio e cavidade oral, em homens, em 2012

Legenda: graduação de azul: <5; 5 - 6,5; 6,5 – 7,5; 7,6-8,6; >8,6 por 100.000 habitantes

Fonte: Ferlay J et al. (2013).

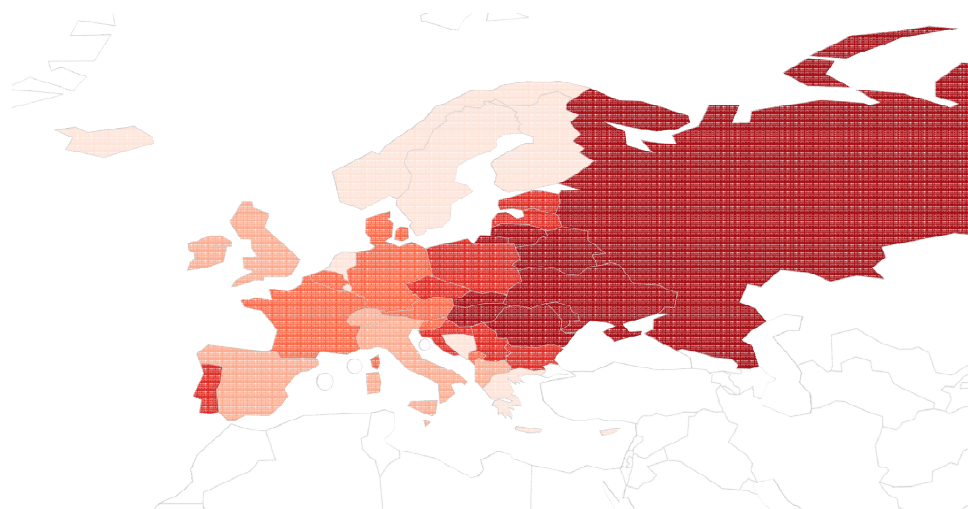


Figura 21. Mortalidade ajustada pela idade por cancro do lábio e cavidade oral em homens, em 2012.

Legenda: gradação de encarnado: <1,4; 1,4 – 1,9; 2 – 2,5; 2,6-4; >4,5 por 100.000 habitantes)

Fonte: Ferlay J et al. (2013).

Para além de divisões geográficas, existem diferenças significativas nos indicadores de saúde oral de acordo com o perfil sociodemográfico dos europeus. As categorias mais favorecidas socioeconomicamente são mais propensas a ter todos os seus dentes naturais. Existem profundas disparidades, em termos de saúde oral, nos países da UE, relacionadas com o estatuto socioeconómico, idade, sexo ou estado geral de saúde das pessoas (Patel, 2012). O acesso equitativo a serviços de medicina dentária é um fator importante na redução das desigualdades de saúde oral. Vários estudos demonstram que as desigualdades mais marcantes verificam-se nos grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos e/ou vulneráveis da sociedade: pessoas que vivem em áreas de privação material e social, residentes em hospitais psiquiátricos, população idosa frágil e vulnerável, reclusos, sem-abrigo, refugiados, populações migrantes, grupos étnicos que sofrem de desvantagens sociais, e adultos com dificuldades de aprendizagem (Patel, 2012). Em toda a UE, reconhece-se que os grupos com baixo nível de saúde oral muitas vezes têm dificuldades de acesso aos cuidados dentários. Geralmente, frequentam serviços de cuidados primários ou tratamento de emergência, quando em dor, em vez de procurar prevenir a doença (Patel, 2012).

Os dados apresentados demonstram que os indicadores de saúde oral em Portugal estão abaixo da média Europeia, estando dependentes de um conjunto vasto de determinantes. Se, por um lado, é reconhecido que as doenças da cavidade oral possuem fatores de risco comuns com a maioria das doenças crónicas (doenças cardiovasculares, cancro, doenças crónicas respiratórias e diabetes), incluindo a má nutrição, o tabagismo e o alcoolismo (Petersen, 2008; World Congress 2015, 2015), por outro lado, existe a necessidade de desenvolver estratégias dirigidas que promovam a higiene oral adequada e o acesso a cuidados de saúde oral (Patel, 2012; Watt, 2012). Especificamente em Portugal, a

falta de proteção financeira no acesso aos cuidados parece contribuir decisivamente para os resultados em saúde observados.

Ou seja, as diferentes fontes de informação apontam para uma mesma realidade: a existência de necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas, que não se encontram satisfeitas, sendo a barreira financeira um dos principais obstáculos, senão mesmo o principal, a uma melhor saúde da população neste campo. Os aspetos de natureza financeira e proteção na doença são usualmente passíveis de intervenção por parte das políticas de saúde, pelo que tudo aponta para uma margem de melhoria da saúde da população oral.

4. Outros modelos de prestação e financiamento

A prestação de cuidados de saúde oral varia consideravelmente entre os Estados-Membros da União Europeia (UE). Regularmente, o *Council of European Dentists* recolhe dados dos vários Países fornecendo uma extensa caracterização de cada um dos sistemas de saúde e, especificamente, dos cuidados de saúde oral (Kravitz et al., 2015).

Em 2012, a pedido da *Platform for Better Oral Health in Europe*, foi publicado o relatório “*State of Oral Health in Europe*” que compara alguns Países de acordo com a fonte de financiamento e o acesso aos cuidados de saúde oral (Patel, 2012). Nesta lógica, podemos categorizar os Países em dois grandes grupos: 1) sistemas essencialmente financiados através do orçamento de Estado (impostos gerais) e 2) sistemas baseados em seguro social. Apesar de conceptualmente esta abordagem estar ultrapassada (World Health Organization, 2010), será seguida por este relatório dado facilitar a comparação entre os diferentes sistemas.

Como observamos anteriormente, Portugal pode ser categorizado no grupo dos Países em que o sistema de saúde é baseado em impostos gerais. Contudo, quando comparamos a cobertura pública de cuidados de saúde oral em Portugal com outros Países da UE, rapidamente nos apercebemos que esta é bastante limitada, tendo impacto no acesso aos cuidados e nos resultados em saúde alcançados.

Sistemas de saúde financiados com base em impostos gerais

Neste grupo, a maioria do financiamento é obtida através de impostos nacionais ou locais. Contudo, os serviços podem ser de acesso universal ou limitados legalmente a alguns grupos.

O Chipre e a Irlanda limitam o acesso aos cuidados de saúde oral a determinadas franjas populacionais. No Chipre, apenas 83% da população, incluindo as crianças abrangidas pela escolaridade obrigatória, as pessoas com baixos rendimentos, os funcionários do Governo, membros da Guarda Nacional e agentes da polícia têm direito a tratamento praticamente gratuito dentro do setor público (pagam 3 euros independentemente dos cuidados prestados e 75 euros por uma prótese). Para cuidados de ortodontia no setor público, são apenas elegíveis as crianças até à idade de 18 anos a receber assistência social. No entanto, a grande maioria da população utiliza o setor privado onde paga por item de serviço (*fee for service*). Assim, a grande maioria dos médicos dentistas cipriotas trabalha em consultórios privados. Na Irlanda, o serviço público de cuidados de saúde oral apenas oferece cuidados dentários limitados a crianças até à idade de 16 anos, aos que não têm possibilidade de pagar cuidados privados e a pessoas institucionalizadas. Tal como no Chipre, a maioria médicos dentistas irlandeses trabalha no setor privado (68%).

Outros Países, como a Dinamarca, Espanha, Itália ou Reino Unido, teoricamente oferecem serviços a toda a população. Uma análise mais cuidada permite verificar que, apesar desta suposta universalidade, as opções de tratamento podem ser limitadas.

Na Dinamarca, os cuidados de saúde oral são gratuitos para crianças até aos 18 anos e são normalmente prestados na escola. Grupos vulneráveis da população, incluindo os idosos, e aqueles de baixo nível socioeconómico também recebem gratuitamente cuidados de saúde oral. Após os 18 anos, os cuidados de saúde oral são cofinanciados pelo Estado. Em média, os doentes pagam 82,5% dos custos e o Estado, através dos municípios, cobre 17,5%.

Em Espanha, quase todos os cuidados de saúde oral são prestados por médicos privados (99%) e os doentes adultos pagam o custo total. Na maioria das regiões autónomas, ao nível dos cuidados de saúde primários, existe um pequeno sistema público de medicina dentária vocacionado para cuidados de emergência (e.g. extrações, prescrição de antibioterapia).

Em Itália, o serviço público de cuidados de saúde oral varia de acordo com as regiões, estando na prática limitado a cuidados de urgência. Teoricamente, todos são elegíveis para receber este serviço, mas na realidade é utilizado principalmente pela classe mais baixa ou média, que não pode pagar os cuidados no setor privado. Em algumas regiões, foram introduzidos programas de rastreio escolar, juntamente com alguns de prevenção e promoção da saúde oral. Em geral, estas atividades são excecionais e não padrão. A maioria dos médicos dentistas trabalha em consultórios por conta própria ou como pequenos grupos (91%).

No Reino Unido, os grupos que recebem cuidados dentários gratuitos do *National Health Service* (NHS) incluem: crianças menores de 18 anos; mulheres grávidas ou a amamentar; indivíduos em certas prestações sociais; e aqueles com menos de 19 anos de idade que estudam a tempo inteiro. Cerca de 40% de todos os tratamentos básicos dentários são pagos através do NHS, sendo o restante pago através de copagamentos ou através do recurso exclusivo ao setor privado. Cada País do Reino Unido tem a sua própria variação do modelo de cuidados. A maioria dos cuidados são prestados por dentistas liberais, geralmente em consultórios privados. Se têm contrato com o NHS passam a ser parte do *General Dental Service*, localmente coordenado pelas autoridades de saúde.

Sistemas de saúde financiados com base em seguro social

Os Países categorizados neste grupo obtêm a maioria do financiamento para o sistema de saúde através de contribuições específicas associadas ao rendimento ou ao trabalho - seguro social. Nesta categoria encontram-se Países como a Alemanha, Áustria, França, Lituânia e Polónia.

Na Alemanha, a grande maioria da população (90%) é beneficiária de "fundos de doença" sem fins lucrativos que dão direito a um pacote de assistência básica gratuita, com opções avançadas de tratamento, tais como coroas e pontes, e ortodontia. Os planos de saúde oferecem plena compensação para o tratamento dentário clinicamente necessário, bem como cuidados de ortodontia aos menores de 18 anos. Estes ainda têm direito a receber certos tratamentos profiláticos gratuitamente. Os tratamentos dentários que excedem o âmbito pré-definido de cuidados necessários, tal como próteses dentárias, estão sujeitos a copagamentos. Estes podem ser diminuídos se o doente tomar medidas para manter os dentes saudáveis. Anualmente, cerca de 75% dos adultos e crianças utilizam o sistema. Existe um serviço público de saúde oral, mas é restrito a exames, diagnóstico e prevenção. As pessoas que não necessitam ou não têm o direito aos "fundos de doença" podem recorrer a seguros privados de saúde - por exemplo, profissionais liberais e indivíduos com rendimentos acima do limite máximo de obrigatoriedade de seguro. O âmbito de cobertura está sujeito a acordos individuais entre a companhia de seguros e o indivíduo, sendo a cobertura flexível e ajustada às necessidades individuais.

Na Áustria, os custos dos tratamentos dentários restauradores e preventivos básicos são geralmente cobertos por regimes de seguro de saúde obrigatório, embora os benefícios variem entre os regimes. As crianças são abrangidas pelo mesmo regime que os pais. Em cada condado ("*Bundesland*"), os programas de prevenção oral (exclusivamente educacionais) são realizados nas escolas e, na maioria dos condados, as crianças são examinadas regularmente. O seguro de saúde obrigatório público oferece cobertura para 41 itens conservadores e cirúrgicos, e 11 tratamentos ortodônticos e prostodônticos removíveis. Coroas e pontes, implantes, aparelhos ortodônticos fixos e outros tratamentos complexos ou cosméticos têm de ser pagos pelos doentes. Cerca de 5% da população recorre a esquemas de seguro privado complementar para cobrir parte dos seus custos de cuidados dentários.

Em França, todos os residentes legais têm direito a tratamento ao abrigo de convenções - acordos entre o seguro social (*caisses*) e os médicos dentistas (98% dos dentistas em França têm acordos de convenção). Crianças e adolescentes com idades entre os 6, 9, 12, 15 e 18 anos beneficiam de um exame de prevenção (obrigatório aos 6 e 12 anos) coberto pelo seguro de saúde. Este exame é diretamente pago aos médicos dentistas pelo seguro social. Os cuidados necessários subsequentes (tratamento conservador e selantes) são também totalmente cobertos. Intervenções preventivas são oferecidas na escola até à idade de 12 anos. Para outros tratamentos, como por exemplo, ortodontia e prótese dentária, os médicos dentistas podem definir as suas próprias tarifas, devendo informar o doente do custo estimado. O seguro social (sujeito a aprovação prévia para tratamentos ortodônticos) normalmente cobre uma parte destas tarifas através de reembolso. No ano 2000, foi criado o Seguro de Doença Universal (*Couverture Maladie Universelle, CMU*) para promover o acesso aos cuidados a população com baixos rendimentos. Os médicos são pagos diretamente pelo seguro social e seguros

complementares. As tarifas são definidas centralmente pelo Governo. Cerca de dois terços da população visita um dentista pelo menos uma vez por ano.

Na Lituânia, os cuidados de saúde oral públicos são fornecidos gratuitamente a crianças e adolescentes até à idade de 18 anos. Os cuidados prostodônticos (dentaduras e coroa/ pontes) para os pensionistas e deficientes são reembolsados com uma quantia fixa de dinheiro. Para os adultos com idades entre 18 e 65 anos, o atendimento dentário no serviço público é parcialmente financiado pelo fundo de doença e parcialmente por copagamentos.

Na Polónia, a prestação de cuidados de saúde oral financiada pelo seguro de saúde comum é limitada. No mínimo, isso inclui um *check-up* anual, mas as crianças sob a idade de 18 anos e mulheres grávidas usufruem de uma ampla gama de serviços.

5. Cenários de evolução

Portugal possui um nível de pagamentos diretos demasiado elevado, sendo apenas possível reduzir para níveis negligenciáveis a incidência de despesas catastróficas e de empobrecimento subsequente, quando os pagamentos diretos descem para 15-20% ou menos das despesas totais em saúde (World Health Organization, 2010). As despesas com cuidados de saúde oral são a segunda maior causa de despesas catastróficas, logo a seguir às despesas com medicamentos.

Os Portugueses para acederem a cuidados de saúde oral enfrentam fortes barreiras financeiras pela necessidade de assumirem diretamente os custos dos tratamentos. Como ficou demonstrado, não só as famílias com rendimentos mais baixos são afetadas, mas também as de rendimentos mais elevados enfrentam despesas catastróficas quando acedem a serviços de saúde oral. Pela barreira criada, naturalmente, as famílias com menores rendimentos abstêm-se de aceder a cuidados de saúde oral, colocando-se em causa o seu direito à saúde.

O PNPSO veio minorar as dificuldades de acesso a cuidados de saúde oral para populações mais vulneráveis, nomeadamente: mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS; pessoas idosas beneficiárias do CSI que sejam utentes do SNS; crianças até aos 16 anos que frequentam o ensino público e IPSS e utentes portadores de VIH/SIDA. Adicionalmente, os BAS vieram permitir o reembolso em 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de 250 euros, por cada período de três anos. Contudo, este programa tem tido pouca utilização por parte dos beneficiários, merecendo uma revisão da sua aplicação.

Um bom sistema de financiamento garante fundos adequados para a saúde, de forma a garantir que as pessoas podem utilizar os serviços necessários e são protegidas da catástrofe financeira, ou empobrecimento associado a ter que pagar por eles. Um bom sistema de financiamento fornece incentivos aos prestadores e utilizadores para serem eficientes (World Health Organization, 2007). 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 (World Health Organization - Regional Office for Europe, 2015).

A discussão sobre a evolução para a cobertura universal de saúde passa por responder a: que serviços são cobertos? quem está abrangido? qual é a partilha de custos?.

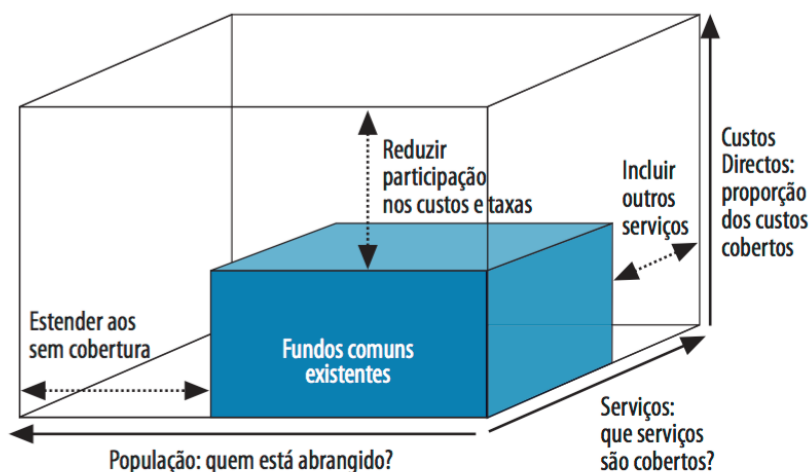


Figura 22. Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal.

Fonte: World Health Organization (2010).

Considerando os constrangimentos financeiros do SNS, é necessário ser cauteloso, mas decidido na abordagem à progressiva cobertura universal. Com o intuito de ajudar a perceber e a planear as melhores decisões, com vista a aumentar a proteção financeira em cuidados de saúde oral necessários para a melhoria de saúde da população, propõe-se a definição de quatro cenários:

- Cenário A: *Status quo*
- Cenário B: Aumentar cobertura pública através de prestação pública
- Cenário C: Aumentar cobertura pública através de prestação privada
- Cenário D: Aumentar cobertura privada (seguro) através de prestação privada

Estas alternativas são caracterizadas e analisadas de acordo com os objetivos gerais do sistema de saúde. São ainda analisados os seus custos de administração e indução da procura pela sua implementação.

5.1 Cenário A: *Status quo*

O Cenário A considera a perpetuação das condições e resultados atuais. Assim, é um cenário bastante plausível, dados os constrangimentos financeiros existentes e prioridades definidas para o setor da saúde. Contudo, esta não pode ser uma opção racional em termos de política de saúde. Em particular, não é antecipável que a manutenção do quadro atual do investimento e despesa do Serviço Nacional de

Saúde, em prestação própria de cuidados de saúde oral e atribuição limitada a grupos vulneráveis de meios de proteção, venha a resolver o problema de acesso a cuidados de saúde oral da restante população, nomeadamente a de menores recursos financeiros. A falta de cobertura de cuidados de saúde oral origina diretamente uma menor saúde de parte da população, sendo desproporcionalmente maior nos agregados familiares de menores rendimentos.

5.2 Cenário B: aumentar cobertura pública através de prestação pública

O Cenário B considera o desenvolvimento de uma rede pública de cuidados de saúde oral, por alargamento da prestação direta de cuidados de saúde por parte do Serviço Nacional de Saúde. Esta rede garantiria, por definição, acesso universal, cobriria a generalidade de cuidados de saúde oral (excluindo intervenções de índole estritamente estéticas) e aplicaria o regime atual de taxas moderadoras. A rede seria desenvolvida em dois níveis: 1.º Nível - Cuidados de saúde oral de proximidade, desenvolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários; 2.º Nível - Cuidados de saúde oral diferenciados, desenvolvidos ao nível da rede hospitalar.

Ao primeiro nível de cuidados seria definido um pacote mínimo de cuidados, tais como as intervenções/cuidados definidos no diagrama seguinte.

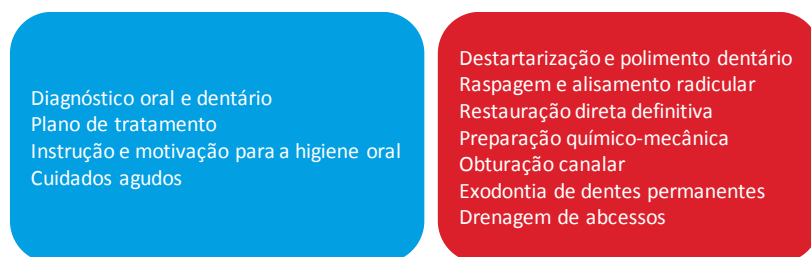


Figura 23. Proposta de carteira mínima de cuidados de saúde oral de proximidade.

Os doentes com necessidades adicionais seriam referenciados para o 2.º Nível - Cuidados de saúde oral diferenciados. Dada a existência de um mecanismo de referenciação, o estabelecimento de taxas moderadoras deverá ser feito atendendo às situações em que possa ter um papel na decisão do cidadão que sente necessidade de cuidados de saúde.

O desenvolvimento do primeiro nível de cuidados implicaria o investimento em instalações e recrutamento de médicos dentistas. Em termos de instalações, recordemos que apenas 15% dos ACES consideram o equipamento existente adequado às necessidades atuais (Entidade Reguladora da Saúde, 2014). Ao aumentar a população efetivamente servida e o pacote de cuidados de saúde realmente prestados, ocorreria um tal acréscimo das necessidades que mesmo os equipamentos existentes nestes ACES seriam insuficientes. Por outro lado, deveria ser definida a cobertura populacional, estabelecendo-se prioridades de acordo com as necessidades em saúde identificadas. Dentro desta

opção, o SNS teria que contratar o número adequado de profissionais para cobrir gradualmente toda a população. A contratação destes profissionais aportaria vários desafios, entre os quais: distribuição adequada dos profissionais e garantia de cobertura de todo o território nacional, atratividade do emprego público, regime remuneratório e de carreiras, e processo burocrático de contratação. Ao assumirmos como objetivo um médico dentista para 1.500 habitantes, o SNS teria que contratar cerca de 6.500 profissionais para cobrir a população residente. O impacto financeiro imediato e futuro desta medida estará dependente da carreira profissional aplicada aos médicos dentistas. Se consideramos um encargo médio anual de 28.000 euros por médico dentista, a estimativa de encargos para uma cobertura total da população ultrapassaria os 182 milhões de euros. Não menos relevante será o desenvolvimento de uma rede logística de manutenção dos equipamentos e disponibilização de consumíveis à operação. O peso dos consumos em medicina dentária é muito elevado, quando comparado com os restantes cuidados de saúde prestados ao nível dos CSP.

Tabela 5. Estimativa do impacto financeiro da contratação progressiva de médicos dentistas, assumindo um encargo médio anual de 28.000 euros por médico dentista.

N.º Médicos Dentistas	% População Coberta	População Servida	Encargo estimado com remunerações
1	0%	1500	€28 000,00
500	8%	750000	€14 000 000,00
1000	15%	1500000	€28 000 000,00
1500	23%	2250000	€42 000 000,00
3000	46%	4500000	€84 000 000,00
6000	91%	9000000	€168 000 000,00
6500	99%	9750000	€182 000 000,00

Fonte: Elaboração própria com dados do Instituto Nacional de Estatística, 2015.

O segundo nível de cuidados contaria com o reforço das atividades realizadas através da rede hospitalar. Atualmente, apenas 28 hospitais contam com médicos especialistas em estomatologia, aos quais acresce um número residual de médicos dentistas. Assim, seria necessário reforçar os atuais serviços e dotar os restantes hospitais com serviços equivalentes. Tal seria possível com um investimento em instalações e contratação dos recursos humanos adequados.

Este cenário merece ser estudado, apesar da sua difícil generalização, dados os constrangimentos financeiros do SNS e a definição de prioridades existente. Mesmo que, com um desenvolvimento gradual da rede fosse possível atrair todos os médicos dentistas necessários, poderá existir oposição à admissão de novos funcionários públicos (acréscimo e não substituição) para esta área. Ainda para

mais, quando estão identificadas, igualmente, carências ao nível de algumas especialidades médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde (e.g. psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas). Por outro lado, uma vez que a saúde oral hospitalar tem sido sempre organizada e gerida através desta especialidade médica, ao nível dos cuidados de saúde diferenciados, será razoável perspetivar alguma reação por parte dos médicos especialistas em estomatologia. Assim, o desenvolvimento do modelo passará prioritariamente, numa primeira fase, pelo 1.º Nível de cuidados. Por outro lado, o custo associado ao investimento e à operação (e.g. material de consumo clínico, manutenção de equipamento) necessitará de um elevado investimento.

De um ponto de vista global do sistema de saúde, e não apenas do SNS, um plano de investimento maciço desta natureza iria traduzir-se numa duplicação de capacidade global do sistema de saúde, com duvidosas implicações quanto à eficiência dessa situação.

5.3 Cenário C: aumentar cobertura pública através de prestação privada

O Cenário C considera o desenvolvimento de acordos entre o SNS e parceiros privados, com o intuito de aumentar a cobertura e oferta pública. São vários os exemplos em que o SNS recorre a parceiros privados para prosseguir os seus objetivos.

Como visto anteriormente, o PNSPSO alargou a cobertura do SNS através do recurso a prestadores privados. O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) passa a prever a atribuição de cheques-dentista a população definida. Os utentes beneficiários dos cheques-dentista podem assim recorrer a médicos dentistas do setor privado com acordo com o SNS. Neste contexto, o alargamento da cobertura pública pode passar pelo aumento da abrangência da população-alvo do cheque-dentista.

Outra alternativa passa pelo desenvolvimento de uma rede de prestadores privados, através do enquadramento dado pelo modelo do setor convencionado do SNS.

Pode ainda ser considerada a implementação de um modelo de reembolsos, em que os utentes assumem a despesa dos cuidados de saúde oral junto de prestadores privados e solicitam junto do SNS o ressarcimento das despesas incorridas.

Importa compreender que estas três opções (i.e. modelo “cheque-dentista”, rede de prestadores privados, modelo reembolso) apresentam custos de administração distintos e promovem diferentes níveis de controlo do risco moral e indução da procura.

Alargamento progressivo do cheque-dentista

O alargamento do cheque-dentista apresenta baixos custos administrativos e a sua implementação encontra-se facilitada pela experiência adquirida. Contudo, o modelo de “cheque-dentista” estabelece

uma escassez implícita no processo de decisão do cidadão, uma vez que utilizado o cheque-dentista, o valor adicional terá que ser pago como despesa direta.

Menores de 18 anos

A Lei 85/2009, de 27 de agosto, veio estabelecer o alargamento da idade de cumprimento da escolaridade obrigatória até aos 18 anos e consagrar a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos cinco anos de idade. Por sua vez, em 2010, um despacho da então Ministra da Saúde³ procedeu à harmonização da idade pediátrica, através do alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias.

Neste sentido, é legítimo estabelecer como objetivo de saúde que, aos 18 anos, os jovens que frequentam as escolas públicas e IPSS do Continente devem: 1) ter todos os dentes permanentes devidamente tratados e/ou protegidos, nomeadamente molares e pré-molares, e 2) ter adquirido saberes e competências suscetíveis de assegurar a manutenção da boca saudável, durante toda a vida.

Assim, propõe-se que para efeitos de situações de cárie em dentes permanentes, em utentes que tenham sido beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos, pode ser atribuído um cheque-dentista por ano letivo e por coorte.

O Despacho n.º 12889/2015, de 9 de novembro, veio a incluir, a partir de 1 de março do corrente ano, os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos, traduzindo-se na atribuição de um cheque-dentista.

Considerando, o impacto do PNPSO em coortes anteriores, os casos de necessidade de tratamento serão residuais e os seus custos marginais. Repare-se que para este efeito, em 2014, apenas foram emitidos cheques-dentista a 5.318 jovens com 16 anos, tendo sido apenas utilizados 4.138 cheques.

Maiores de 65 anos

A Declaração de Tóquio sobre Cuidados de Saúde Dentários e Saúde Oral para uma Longevidade Saudável reconhece que a manutenção da saúde oral e dentária ao longo da vida é um fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida, ajudando a proteger contra as doenças não transmissíveis e contribuindo para prevenir o agravamento de tais doenças - que também podem contribuir para a maior esperança de vida saudável (World Congress 2015, 2015).

³ Despacho n.º 9871/2010, de 1 de junho.

De acordo com o 4.º Inquérito Nacional de Saúde, à medida que avançamos nos grupos etários da idade adulta, aumenta a proporção de indivíduos que não consultaram um técnico de saúde oral nos últimos 12 meses (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009).

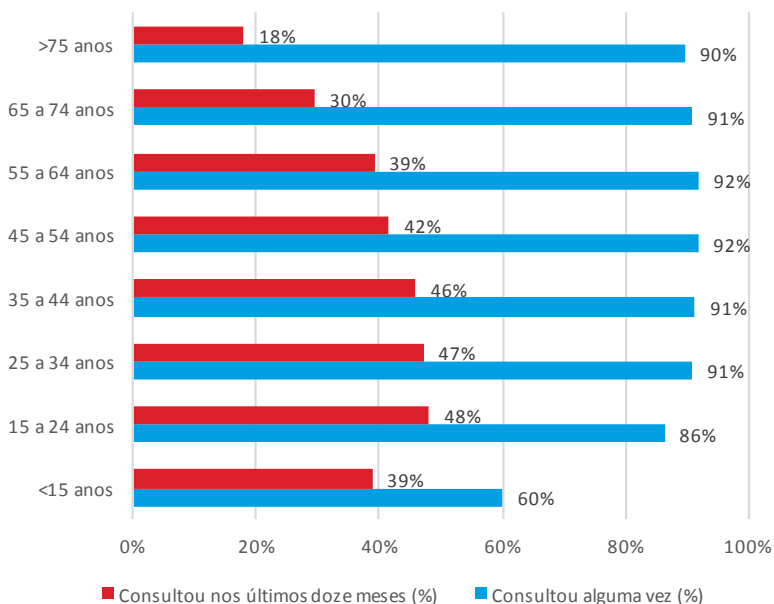


Figura 24. Proporção de residentes que consultaram um técnico de saúde oral no Continente, em 2005/2006.

Fonte: Elaboração própria com dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde.

Atualmente o PNPSO, através da emissão dos cheques-dentista, contemplou 5.173 idosos beneficiários do CSI, em 2014 (Ministério da Saúde, 2015). Por cada utente foram emitidos 1,48 cheques-dentista. Importa dar nota que o CSI beneficiava 165.825 cidadãos, em junho de 2015 (Instituto de Informática, 2015). Ou seja, menos de 3% dos potenciais utilizadores beneficiaram do programa. Em termos financeiros, os custos financeiros da emissão de 1,48 cheques-dentista/ ano a beneficiários do CSI poderiam atingir os 8,6 milhões de euros. Contudo, os custos ficaram-se pelos 267 mil euros. Assim, antes de mais, é necessário promover o atual programa de saúde oral aos beneficiários do CSI, dando a conhecer os direitos destes cidadãos.

Pode ser ainda equacionado o alargamento do PNPSO a todos os residentes com mais de 65 anos. De acordo com o INE, em 2014, existiam em Portugal Continental mais de 2 milhões de residentes com idade superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2015). A aplicação do modelo atualmente em vigor para os beneficiários do CSI, a todos os residentes com mais de 65 anos ultrapassaria os 105 milhões de euros.

Contudo, em termos de equidade vertical, poderá fazer sentido limitar o universo de beneficiários à população com baixos rendimentos. O Ministério de Saúde vem utilizando a determinação de

insuficiência económica para efeito de isenção do pagamento de taxas moderadoras. Esta definição pode ser utilizada para outros fins, como a discriminação positiva de benefícios de saúde, considerando o impacto das despesas catastróficas nas populações com baixos rendimentos. Assumindo a aplicação da situação de insuficiência económica para aceder ao cheque-dentista, os custos do programa ficar-se-iam pelos 53 milhões de euros⁴.

Tabela 6. População com mais de 65 anos, residente em Portugal Continental, em 2014.

Grupo Etário	População Residente
65 a 69 anos	565 076
70 a 74 anos	467 697
75 a 79 anos	423 278
80 a 84 anos	322 762
85 anos ou mais	254 526
	2 033 339

Fonte: Elaboração própria com dados do Instituto Nacional de Estatística, 2015.

Desdentados totais

É reconhecido o impacto da desdentação total na fala, mastigação, nutrição, autoestima, contacto social e qualidade de vida. Em 2005/2006 (últimos dados disponíveis do 4.º Inquérito Nacional de Saúde), estimava-se que mais de 600 mil pessoas, 6,4% da população com mais de 2 anos de idade, sofria de desdentação total. Mais de metade dos desdentados totais tinham mais de 65 anos e representavam 27,8% deste grupo etário (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009).

Tabela 7. Estimativa de desdentados totais por grupo etário e percentagem de desdentados totais entre a população residente do respetivo grupo etário, em 2005/2006.

Grupo Etário	Desdentados Totais	% de desdentados e cada grupo etário
2 a 4 anos	0	0%
5 a 14 anos	0	0%
15 a 24 anos	0	0%
25 a 34 anos	304	0%
35 a 44 anos	13 104	1%
45 a 54 anos	35 638	3%
55 a 64 anos	101 386	9%

⁴ Assume-se como pressuposto que metade da população com mais de 65 anos está abrangida pela situação de insuficiência económica.

65 a 74 anos	188 968	19%
75 a 84 anos	220 520	37%
85 anos ou mais	73 295	48%
	633 216	6,4%

Fonte: Elaboração própria com dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde.

Para além do PNPSO, os BAS proporcionaram o reembolso da despesa de aquisição ou reparação de próteses até ao limite de 250 euros, a 1.462 idosos, tendo-se despendido um total de 220.114 euros (Ministério da Saúde, 2015), num valor potencial de 3,8 milhões de euros. Porventura, por se tratar de um modelo de reembolso, obrigando os beneficiários de CSI a assumir inicialmente o encargo financeiro, limita a utilização deste benefício por falta de disponibilidade financeira para assumir o encargo à cabeça, mesmo que depois reembolsado. Assim, fará sentido evoluir para um modelo de comparticipação, abandonando-se o atual modelo de reembolso. Outro argumento a favor deste abandono é o custo administrativo elevado desta solução.

A comparticipação do preço da prótese a todos os desdentados totais é estimada em 52,8 milhões de euros. Reduzindo o âmbito a utentes do SNS em situação de insuficiência económica⁴, o valor estimado é de 26,4 milhões de euros.

A evolução dos cuidados de saúde oral para desdentados totais poderia passar ainda pela emissão de cheques-dentista (dois por ano) a todos os desdentados totais. Tal, representaria uma despesa potencial de 32,8 milhões de euros. Reduzindo o âmbito a utentes do SNS em situação de insuficiência económica⁴, o valor estimado correspondente é de 16,4 milhões de euros.

Diabetes

A diabetes mal controlada é um fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento de doenças periodontais, com a evidência a indicar que as pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2 desenvolvem doença gengival e com maior gravidade do que a generalidade da população. Reconhece-se ainda que há uma relação bidirecional entre a diabetes e as doenças periodontais. Evidências recentes sugerem que pode haver uma melhoria ligeira, mas significativa, no controlo dos níveis de açúcar no sangue ao tratar doenças das gengivas pré-existentes em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (Patel, 2012).

Em 2013, na Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental encontravam-se registados 765.901 utentes com diabetes (dos quais 55,4% nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP e 44,6% nas Unidades de Saúde Familiar – USF) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014).

Para um modelo de cuidados de saúde oral, baseado na monitorização e tratamento do doente diabético em acompanhamento no SNS, seria necessário assegurar a emissão anual de dois cheques-dentista.

O impacto financeiro da medida, assumindo a utilização de 1,48 cheques-dentista por utente, é estimado em cerca de 40 milhões de euros. Reduzindo o âmbito a utentes do SNS em situação de insuficiência económica⁴, o valor estimado é de 20 milhões de euros.

Cuidados de urgência

Algumas das situações mais comuns que necessitam de um atendimento de urgência dentária são: dor de dentes, um dente partido acidentalmente, uma infeção ou inflamação dentária, dor nas gengivas, um abscesso dentário. Todas estas situações de dor e trauma são motivos para uma visita urgente ao médico-dentista, propondo-se a possibilidade de emissão de um cheque-dentista pelo médico de família, sempre que o Serviço de Urgência do hospital de referência não possua médico dentista ou médico especialista em estomatologia.

O impacto financeiro desta medida torna-se impossível de estabelecer devido à inexistência de dados concretos sobre o número de urgências em cuidados de saúde oral.

Estimativa de impacto financeiro por medida

Tabela 8. Estimativa do impacto financeiro de diferentes propostas de alargamento do PNPSO.

Alargamento	Universo	Impacto Financeiro (M€)
>18 anos	Total	0,35
	Total	105,3
>65 anos	Insuficiência Económica	52,7
	CSI	8,6
Desdentados totais	Total	32,8
	Insuficiência Económica	16,4
Comparticipação de próteses totais	Total	52,8
	Insuficiência Económica	26,4
Diabéticos	CSI	3,8
	Total	39,6
Urgência	Insuficiência Económica	16,8
		?

Fonte: Elaboração própria

Rede de prestadores privados com acordo com o SNS

Até outubro de 2013, o setor convencionado assentava num modelo especial de contratação, contrato de adesão, ao qual as pessoas privadas, singulares ou coletivas, apenas tinham de aderir e preencher os requisitos constantes no clausulado tipo, aprovado pelo Ministro da Saúde. Em outubro de 2013, foi aprovado um novo quadro jurídico de convenções para a prestação de cuidados de saúde. Em concreto,

dá-se a aplicação do Código dos Contratos Públicos, prevendo-se a possibilidade de colocar todos os prestadores privados e do setor social perante regras e mecanismos de aplicação, que garantam um ambiente de atividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado. Adicionalmente, o tipo de procedimento tem em conta a área de prestação, a natureza e as características do mercado a que se dirige a convenção, sendo que em mercados com baixo grau de concentração e/ou concorrência significativa deve ser privilegiado o procedimento de contratação específico, ao invés do contrato de adesão, que será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos.

A implementação desta opção pode passar por uma modalidade de pagamento baseada nos procedimentos realizados e convencionados, à semelhança do regime convencionado da ADSE. Recordamos que a taxa de utilização anual da rede convencionada de serviços de medicina dentária é de 12,2% e a taxa de utilização anual de cuidados de medicina dentária (ie. regime convencionado e regime livre) é de 27,4% (ADSE, 2015). Apesar das diferenças entre as características sociodemográficas de ambas as populações, podemos extrapolar o que seria uma despesa potencial do SNS ao adotar este modelo. De forma a obter uma maior sensibilidade, apresenta-se ainda o impacto de uma utilização por parte de 50% da população. Dá-se ainda nota que os beneficiários assumem 20% adicionais (copagamento) sobre os custos assumidos pela ADSE. Ou seja, as estimativas seriam acrescidas de 20%.

Tabela 9. Estimativa do impacto financeiro da aplicação do regime convencionado por parte do SNS.

Cenário de utilização	Taxa de utilização anual	Extrapolação de Impacto Financeiro (M€)
Convencionado ADSE	12,4%	69,4
Convencionado + livre ADSE	27,4%	153,2
Taxa de utilização hipotética	50,0%	280,0

Fonte: ADSE (2015) - Elaboração própria.

Modelo de reembolso

A implementação de um modelo de reembolso pressupõe que o utilizador escolha livremente o prestador de cuidados de saúde, pague os cuidados de saúde prestados e solicite o reembolso da despesa. A entidade financeira responsável irá reembolsar a despesa, de acordo com listagem e regras pré-definidas. A cada procedimento reembolsável corresponde um valor máximo ao qual será emitido reembolso. O diferencial entre o valor máximo e o preço do procedimento é assumido pelo utilizador.

O regime livre da ADSE funciona dentro deste formato. A taxa anual de utilização do regime livre é de 10,1%, sendo compensada pelo recurso ao regime convencionado. À semelhança da extrapolação

realizada para a “Rede de prestadores privados com acordo com o SNS”, podemos assumir como base a despesa da ADSE com este setor, para calcular uma estimativa de despesa potencial do SNS, ao adotar-se este modelo. Não é demais destacar as diferenças entre as características sociodemográficas de ambas as populações, que podem influenciar o padrão de utilização de cuidados de saúde oral. De forma a obter uma maior sensibilidade, apresenta-se ainda o impacto de uma utilização por parte de 50% da população.

Tabela 10. Estimativa do impacto financeiro da aplicação do regime livre da ADSE, por parte do SNS.

Cenário de utilização	Taxa de utilização anual	Extrapolação de Impacto Financeiro (M€)
Livre ADSE	10,1%	69,4
Convencionado + livre ADSE	27,4%	188,3
Taxa de utilização hipotética	50,0%	343,9

Fonte: ADSE (2015) - Elaboração própria.

O modelo de reembolso é bastante oneroso do ponto de vista administrativo, exigindo limites pré-definidos e um sistema de autorizações, caso contrário cria incentivos à utilização excessiva, incluindo fraude e utilização desnecessária. Claro que o modelo de reembolso pode definir como limite o valor do cheque-dentista e poderá, neste caso, ser determinante a capacidade financeira do cidadão para realizar a despesa direta inicial. Neste caso, estaríamos a promover um modelo de prestação de cuidados altamente regressivo.

5.4 Cenário D: aumentar cobertura privada (seguro) através de prestação privada

O Cenário D considera o aumento da população abrangida por seguros de saúde que cubram cuidados de saúde oral, reduzindo o risco financeiro das famílias. A Lei de Bases da Saúde estabelece que a lei fixa incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.

Este desiderato pode ser promovido de várias formas, incluindo a subsídio dos prémios de seguro de cuidados de saúde oral pelo Estado ou da criação de incentivos (fiscais e outros) ao ramo segurador.

Neste âmbito, o Estado poderá ainda negociar, com o setor segurador, um seguro de natureza complementar que permitiria uma cobertura básica de cuidados de saúde oral, subsidiando os prémios das famílias mais desfavorecidas.

Estas alternativas teriam a potencialidade para permitir uma redução do risco financeiro das famílias, aumento da cobertura de cuidados de saúde oral, rentabilização da oferta privada existente e ter um controlo efetivo da despesa. Contudo, o enquadramento político e social, mais favorável à prestação pública ou à contratação pública, é adverso ao recurso ao setor segurador para assegurar funções do Estado.

6. Proposta | Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral

A OMS recomenda que os sistemas de saúde oral sejam direcionados para a prevenção da doença e cuidados de saúde primários, com especial ênfase na satisfação das necessidades dos grupos populacionais mais desfavorecidos e pobres (Petersen, 2008; "Prevention is better than treatment," 2015). O objetivo dos governos, profissionais de saúde e educadores deve passar pela mobilização da população para uma maior compreensão e informação da saúde oral, bem como da prevenção das doenças orais. Por outro lado, devem ser criados serviços de cuidados de saúde oral que integrem a prevenção da doença oral, diagnóstico precoce e intervenção para a prestação de tratamento e reabilitação de problemas de saúde oral, incluindo doenças periodontais. Estes devem ser geridos de acordo com as necessidades da população e dos recursos disponíveis. Deverão, igualmente, organizar-se programas orientados para a prevenção e tratamento de doenças orais, especialmente dirigidos à população mais debilitada (crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, entre outros).

Em Portugal, o risco de empobrecimento dos doentes que procuram cuidados de saúde oral, os níveis medíocres de saúde oral e as expectativas das populações criam a oportunidade para os vários atores discutirem a criação de uma rede nacional de cuidados de saúde oral (RNCSO), onde a prevenção é uma prioridade e o tratamento de alta qualidade é adequado às necessidades de longo prazo do utente do século XXI.

O desenvolvimento de um RNCSO requer a sua integração nos outros níveis comunitários, com vista a oferecer uma resposta abrangente do sistema de saúde às doenças não transmissíveis. A presença de comorbilidades, incluindo as doenças orais, pode influenciar o desenvolvimento, a evolução e a resposta ao tratamento das principais doenças não transmissíveis e devem ser abordadas através de abordagens integradas (World Health Organization, 2013). Neste contexto, a RNCSO merece integração na rede de cuidados de saúde primários, desejavelmente através da otimização dos equipamentos existentes neste nível de cuidados.

Por outro, os médicos dentistas têm vindo a demonstrar interesse em integrar os quadros do SNS, através de uma carreira específica. Contudo, entende-se como aceitável, a integração destes profissionais enquanto técnicos superiores de saúde, através da criação de um ramo específico de atividade: medicina dentária. Para tal, merece alteração pontual o Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de outubro, alterado posteriormente pelos Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro e Decreto-Lei n.º 501/99, de 19 de novembro. Nesta linha, o recrutamento de pessoal passaria pela aplicação do Decreto-Lei n.º 213/2000, de 2 de setembro, que estabelece o regime de recrutamento e seleção do pessoal da carreira dos técnicos superiores de saúde.

Esta integração poderá passar pela constituição de Unidades de Saúde Oral (USO). De acordo com o previsto na f) art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES podem compreender unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários. A estas unidades ficaria excluída a possibilidade de exercício de medicina privada, ficando por definir, no âmbito da presente proposta, se os médicos integrados nestas unidades exerceriam funções em tempo completo ou tempo parcial, em regime de exclusividade ou não. É, no entanto, crucial acautelar que não se gerem situações de incentivos perversos na prestação deste serviço e que todas as partes envolvidas se encontram alinhadas, em termos de interesses para a prestação de cuidados de saúde oral à população, no âmbito do SNS.

Estas unidades contariam com médicos dentistas (que, à semelhança do modelo USF, coordenariam as unidades), higienistas orais e assistentes dentários. Para este efeito, as USO poderão vir a apoiar a reconversão ou recrutamento de assistentes técnicos em assistentes dentários, através de programas específicos de formação.

Ao nível dos sistemas de informação e comunicação, as USO partilhariam os dados produzidos através da utilização do sistema de informação utilizado pelos prestadores de cuidados de saúde primários (e.g. SClínico), considerando a integração com o SISO.

As USO têm uma carteira de serviços definida, não tendo capacidade para oferecer próteses estomatológicas. Contudo, será relevante que os cidadãos com menor capacidade económica possam usufruir de uma modalidade de acesso facilitado a estes serviços (e.g. benefícios adicionais de saúde), como por exemplo pela emissão de um cheque-prótese.

O modelo de contrato com as USO deverá ainda considerar a definição de:

- População abrangida;
- Pacote de serviços mínimos, em que estejam integrados os cuidados básicos de medicina oral (já identificados anteriormente, Figura 23);
- Modelo de remuneração;
- Critérios de referenciação hospitalar e unidades privadas de medicina dentária.

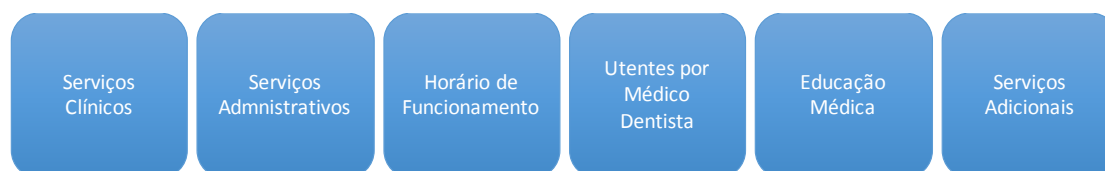


Figura 25. Pacote de elementos a definir para as Unidades de Saúde Oral.

A definição da população é um ponto crítico para o desenvolvimento da RNCSO. A rede deverá ter um carácter universal, condição estrutural do Serviço Nacional de Saúde. Mais, o desenvolvimento de sistemas, ou partes de sistemas, de saúde direcionados exclusivamente para grupos de população específicos tendem a ser geradores eles próprios de desigualdades e assimetrias. Segundo Marmot (2013), *“um sistema de saúde para os pobres é um sistema de saúde pobre; um sistema de educação para os pobres é um sistema de educação deficiente”*. Argumenta-se que, a segmentação da população mais pobre para cuidados especiais causa danos na coesão social e ignora o gradiente social na saúde. Contudo, podem ser estabelecidas prioridades iniciais com vista à universalização, de acordo com a privação de cuidados, como demonstrado anteriormente.

Numa primeira fase, dadas as carências observadas em cuidados de saúde oral, fará sentido estabelecer prioridades clínicas a serem referenciadas pelos médicos de família. Neste sentido, sugere-se que, por exemplo, doentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados possam ser considerados prioritários para cuidados de saúde oral.

Nesta primeira fase, as regras de acesso à consulta de medicina dentária passam pela referenciação destes doentes prioritários para uma avaliação inicial e definição de plano de tratamentos. Deverão ser ainda estabelecidos tempos diários (mínimo 1 hora) para a prestação de cuidados agudos. O agendamento de cuidados agudos merece referenciação por parte do médico de família e tempo máximo de resposta garantida em 24 horas. A recolha de informação referente à sua utilização poderá ditar posteriormente ajustamentos em função da procura efetiva, sendo de considerar mecanismos que promovam a prevenção (ida regular aos cuidados de saúde oral), em detrimento da utilização em situação aguda eventualmente prevenível por consultas regulares.

No âmbito dos cuidados de saúde primários existe um consenso alargado para a aplicação de modalidades mistas de pagamento. Considerando a natureza dos cuidados preventivos, a capitação é uma das componentes-chave nestas modalidades mistas. A capitação é necessariamente ajustada pelas características da população. De forma a mitigar os efeitos negativos da capitação (e.g. subprestação de cuidados, sobrerreferenciação), esta é combinada com modelos de pagamento por desempenho e/ou pagamentos ao ato, além de mecanismos de monitorização, em termos de resultados obtidos e qualidade associada. O pagamento por desempenho está dependente do desenvolvimento de

indicadores de monitorização e acompanhamento que deverão em tempo ser definidos de forma clara, obtidos de forma rotineira e resultando em processos de monitorização regular e automática.

Implementação do projeto-piloto

A implementação desta proposta de ação passa pela implementação de um projeto-piloto durante 6 meses a 1 ano, que tem como objetivo geral aumentar o acesso a cuidados de saúde oral. Especificamente, para a população-alvo, pretende-se:

- A. Aumentar o número de utentes com pelo menos uma avaliação oral anual;
- B. Reduzir o número de utentes que relatam necessidades em saúde não satisfeitas em saúde oral.

A implementação do projeto-piloto passa pela criação de USO, devendo ser alvo de um planeamento minucioso com vista à sua adequada avaliação.

Identificação do público-alvo

Numa primeira fase, o público-alvo obedecerá a critérios de prioridade clínica determinada por um médico de família. Assim, na lista de utentes, o médico de família definido referenciará doentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados que possam ser considerados prioritários para cuidados de saúde oral. Dada a complexidade dos utentes a prestar cuidados, o apoio da equipa de saúde familiar é essencial à obtenção de resultados de saúde satisfatórios. Ainda nesta primeira fase, a USO definiria pelo menos uma hora por dia para atender casos agudos.

Numa segunda fase, o público-alvo seria alargado a uma lista de utentes mimetizada da lista de utentes do médico de família. Apesar do padrão internacional de qualidade definir um médico dentista para 1.500 utentes, será razoável considerar um médico dentista para um máximo de 1.900 utentes. Esta associação permitiria potenciar as sinergias da equipa de saúde oral e da equipa de saúde familiar.

Responsáveis e executores

A responsabilidade central pela execução do projeto-piloto pertence às Administrações Regionais de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo. Toda a gestão do projeto passa por estas entidades, devendo ser definidos dois gestores de projeto (um de cada ARS). Os vários Departamentos da ARS deverão prestar apoio aos dois gestores de projeto. Nota-se que o sucesso dos processos de recrutamento de médicos dentistas (carreira de técnico superior de saúde) e assistentes dentários (carreira de assistentes técnicos), processos de requalificação de instalações, aquisição de equipamentos e consumíveis, e formação de profissionais, depende do empenho e alinhamento de toda a estrutura da ARS.

Ao nível de execução do projeto deverão ser identificados responsáveis pelos ACES e USF envolvidos, que responderão perante o gestor do projeto e asseguraram a adequada execução do projeto localmente. A execução do projeto deve incluir toda a recolha de informação necessária à sua permanente monitorização e avaliação, permitindo adaptações de forma rápida. A criação do processo de monitorização deve ser encarada como parte integrante da experiência-piloto.

A Ordem dos Médicos Dentistas funcionará como entidade consultora ao projeto-piloto, prestando todo o aconselhamento necessário ao nível técnico-científico.

A ACSS e a DGS devem ser mantidas informadas e acompanhar de perto o projeto-piloto, prestando todo o apoio necessário ao sucesso do projeto. Será ainda desejável que o projeto tivesse um forte acompanhamento e suporte governamental.

Locais onde se desenvolverá

Desejavelmente, este processo deverá ser replicado em diferentes regiões do País, mimetizando características urbanas e rurais. Idealmente, cada USO deve trabalhar em ambiente em que os cuidados de saúde primários tenham forte implantação, evitando-se que outro tipo de circunstâncias possa contaminar o adequado funcionamento do projeto. Por outro lado, os locais a instalar as USO devem reunir um conjunto de requisitos ao nível dos equipamentos e instalações.

Monitorização e Avaliação

O projeto-piloto deve ser implementado como um estudo prospetivo de caso controlo em que, paralelamente à população que seja alvo da intervenção no projeto-piloto, seja definida uma população de controlo, com características sociodemográficas similares, que é igualmente seguida sem intervenção.

O desenvolvimento dos indicadores do projeto obedecerá ao modelo conceptual de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultados (Donabedian, 1988). A estrutura refere-se aos recursos alocados à prestação de cuidados ou aos recursos financeiros alocados ao projeto. Exemplos dos indicadores de estrutura serão:

1. Número de médicos dentistas recrutados na carreira de TSS
2. Número de assistentes dentários com formação adequada
3. Número de USO criadas com condições adequadas
4. Percentagem de USO criadas com condições adequadas
5. Custos de investimento por USO
6. Custos operacionais por USO
7. Custo por utente utilizador

8. Custo por consulta

Ao nível do processo importa aferir se as boas práticas estão ou a não ser seguidas. Exemplos de indicadores de processo são:

9. Número de utentes atendidos
10. Número de utentes atendidos por médico dentista
11. Número de diferentes procedimentos realizados
12. Número de diferentes procedimentos realizados por médico dentista
13. Número de diferentes procedimentos realizados por utente
14. Número de diferentes procedimentos realizados por consulta
15. Tempo médio por consulta
16. Mediana de tempo de espera entre a referênciação do médico de família e a primeira consulta
17. Percentagem de referenciações concluídas

Ao nível do resultado, iremos avaliar o impacto do cuidado no estado de saúde. Contudo, deveremos ter em conta que o projeto-piloto tem uma duração reduzida, limitando a utilização de indicadores que relatam o impacto a médio-longo prazo. Assim, os indicadores podem estar associados às metas estabelecidas:

18. Percentagem de utentes com pelo menos uma avaliação oral anual
19. Percentagem de utentes com doenças selecionadas com pelo menos uma avaliação oral anual
20. Percentagem de utentes que relatam necessidades em saúde oral não satisfeitas
21. Percentagem de utentes que relatam necessidades em saúde oral não satisfeitas por serem muito caras
22. Percentagem de utentes que relatam necessidades em saúde oral não satisfeitas devido a lista de espera
23. Percentagem de utentes que relatam necessidades em saúde oral não satisfeitas devido à distância

A estes indicadores, deverão ser adicionados indicadores de satisfação, por parte dos utentes (qualidade apercebida) e por parte dos profissionais envolvidos, incluindo os vários profissionais dos ACES. De forma a poder ser analisado com maior profundidade o impacto desta intervenção, será necessário recolher dados sociodemográficos e clínicos da população-alvo (e.g. género, idade, rendimento, escolaridade, diagnósticos). A informação sobre a atividade realizada deverá ter uma estrutura de dados de painel, permitindo seguir a utilização de cuidados de saúde oral dos utentes abrangidos. Será relevante aferir se a existência desta cobertura induz uma utilização regular de cuidados de saúde oral, numa vertente de prevenção, que se traduzirá a prazo numa melhor saúde oral da população e menor número de situações agudas evitáveis.

Considerações finais

A criação do SNS em Portugal teve fortes implicações na melhoria do acesso a cuidados de saúde com qualidade, contribuindo de forma significativa para os resultados em saúde da população Portuguesa. Este desenvolvimento do papel do SNS não foi igual em todas as áreas de cuidados de saúde. Os cuidados de saúde oral mantiveram uma natureza sobretudo privada, quer na sua prestação, quer no seu financiamento (e logo no seu acesso). A informação sobre a utilização de cuidados de saúde oral revelou sistematicamente a predominância da prestação privada (consistentemente acima de 90% dos cuidados prestados em saúde oral ocorrem no setor privado) e da dominância dos pagamentos diretos das famílias na realização desse acesso. A existência de necessidades de saúde não satisfeitas foi, e é, regularmente detetada por inquéritos europeus sobre o bem-estar das populações.

O reconhecimento desta situação levou ao PNPSO que, porém, não impediu que os Portugueses estejam entre os povos das nações desenvolvidas com piores indicadores de saúde oral. Subsistem necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas, que não se encontram satisfeitas. A barreira financeira no acesso aos cuidados de saúde oral é um dos principais obstáculos, senão mesmo o principal, a uma melhor saúde oral da população.

Estes aspetos de natureza financeira e proteção na doença são passíveis de intervenção por parte das políticas de saúde, havendo uma margem de melhoria da saúde oral da população que importa aproveitar. Para aproveitar essa margem de melhoria, torna-se necessário desenvolver estratégias que promovam a higiene oral adequada, numa ótica de prevenção, e o acesso a cuidados de saúde oral, quando necessário.

A elaboração e análise de propostas de intervenção nesta área foi o desafio lançado pela Ordem dos Médicos Dentistas à equipa de trabalho, desenvolvidas no presente documento. Considerou-se, inicialmente, um conjunto de possibilidades, das quais foram extraídas quatro opções possíveis. Uma primeira análise sugeriu uma das opções como mais promissora, levando a uma proposta mais detalhada dessa estratégia.

A apresentação de propostas para discussão envolve uma avaliação das condições de procura, incluindo a importância da proteção financeira, face ao elevado volume de pagamentos diretos. Da evolução do setor da saúde em Portugal, desde a criação do SNS, tornou-se claro que existem necessidades de cuidados de saúde oral que levam a despesas diretas significativas das famílias. Tem como resultado um largo leque de necessidades não satisfeitas, sobretudo na população de menores rendimentos e educação, bem como um menor papel da prevenção do que seria desejável. Porém, o aumento da proteção financeira envolve efeitos potenciais de risco moral (utilização excessiva), indução de procura

e (potencial) fraude, que têm provavelmente estado na base da ausência de desenvolvimento de mecanismos amplos de seguro privado neste campo. Ou seja, a falta de proteção financeira não é suscetível de ser resolvida sem uma intervenção ativa do SNS.

É igualmente necessário considerar a caracterização da oferta de cuidados de saúde oral. Também decorrente da evolução histórica do SNS, há uma clara incapacidade técnica deste em ocorrer às necessidades de saúde oral da população portuguesa. Por outro lado, constata-se a existência de recursos humanos e equipamentos disponíveis no setor privado, que poderão ser mobilizados para uma melhor saúde oral da população portuguesa.

Não sendo difícil estabelecer um objetivo de criação de uma rede nacional de cuidados de saúde oral, onde a prevenção e o tratamento de alta qualidade se constituam uma prioridade, é na definição do caminho que deve centrar a atenção e a procura de consensos pelos vários atores nas estratégias a seguir.

Dentro das diferentes opções possíveis, a de manutenção da situação vigente é claramente incompatível com o alcance do objetivo de uma rede nacional de cuidados de saúde oral. Há, pois, que encarar estratégias ativas de intervenção.

O investimento direto do SNS em capacidade própria, adquirindo equipamentos e contratando profissionais de saúde de medicina oral, é naturalmente uma possibilidade. Esta opção tem, contudo, a desvantagem óbvia de implicar uma duplicação de investimento, face à capacidade que já se encontra instalada. Não aparenta ser uma opção que alcance o objetivo pretendido, com o menor custo para a sociedade portuguesa.

Uma outra opção será o SNS assegurar a proteção financeira, fazendo uso da prestação privada existente através da realização de contratos adequados. As atuais condições de sistemas de informação e de conhecimento técnico permitem antever a possibilidade de estabelecer relações contratuais, com maior ou menor profundidade, em que se criam os mecanismos de controlo de risco moral, de indução de procura e de verificação da qualidade dos cuidados prestados. É uma opção exigente, em termos da relação a desenvolver entre quem se encarrega da proteção financeira e quem realiza a prestação de cuidados de saúde oral.

Uma quarta opção consiste em assegurar a proteção financeira por meios de mercado privado (seguro), que contratam com a prestação privada. O funcionamento dos últimos anos mostrou que esta opção não tem capacidade de emergir naturalmente, de uma forma ampla e que cumpra o objetivo de criação de uma rede nacional de cuidados de saúde oral.

Assim, a análise realizada às quatro opções deixa como caminho, com menores custos globais para a sociedade, a cobertura financeira pública pelo SNS, com a utilização da capacidade da rede privada, mediante um processo de relacionamento contratual que seja adequado.

É desejável que antes da generalização de um processo contratual concreto sejam ensaiadas em projeto-piloto as principais características. Note-se que este processo pode ir desde simplesmente uma extensão do modelo cheque-dentista já utilizado, até uma maior integração da prestação dos cuidados de saúde oral nas próprias entidades prestadoras do SNS (requerendo neste caso investimentos específicos de ambas as partes).

Estas várias considerações levam à recomendação de ser escolhida a opção de aumentar a cobertura pública, através de prestação privada, com o desenvolvimento de um relacionamento que a) atenda às necessidades não satisfeitas da população, nomeadamente no campo da prevenção; b) garanta devidamente os mecanismos de verificação regular da qualidade dos cuidados de saúde oral prestados; c) mitigue (ou elimine) as situações de risco moral e de indução de procura; e d) reconheça a relevância dos investimentos específicos na relação feitos por ambas as partes. Dada a exigência deste processo, recomenda-se igualmente a realização de experiências-piloto, devidamente avaliadas de forma transparente e cientificamente robusta. A proposta de Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral é uma primeira contribuição para a definição e execução desta estratégia recomendada.

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Inventário dos profissionais do Setor da Saúde 2014*. Retrieved from Lisboa:
- ADSE. (2015). *Relatório de Atividades 2014*. Retrieved from Lisboa:
- Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*. Retrieved from Copenhagen, Denmark: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf
- Borges, A. R. (2013). *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: assessing impoverishment, determinants and policy implications*. (Master's Degree in Economics Work Project), NOVA School of Business and Economics, Lisboa. Retrieved from <http://fesrvsd.fe.unl.pt/unlfe/Monografias/2014/2014-0056.pdf>
- Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2013). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy Plan*. doi:10.1093/heapol/czs132
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Retrieved from Lisboa:
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses: Perspetiva 2015*. Lisbon: Direção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado com o SNS*. Retrieved from Porto: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/886/Relat_rio_Conven_es.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2014). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Retrieved from Porto:
- Eurostat. (2015). *EU Statistics on Income and Living Conditions*. Retrieved from: <http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx>
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, . . . Bray F. (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Retrieved from <http://globocan.iarc.fr/>
- Instituto de Informática. (2015, 24-07-2015). Estatísticas da Segurança Social. Retrieved from <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>
- Instituto de Seguros de Portugal. (2013). *Estatísticas de Seguros 2012*. Retrieved from Lisboa, Portugal: http://www.isp.pt/Estatisticas/seguros/estatisticas_anuais/historico/EstatSeguros2012.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente. Retrieved 8 de janeiro de 2016, from Instituto Nacional de Estatística, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). Contas Nacionais Portuguesas. Retrieved 12/03/2013, from Instituto Nacional de Estatística: Portugal Statistics http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_contas_nacionais&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=97154797&INS T=116634832
- Instituto Nacional de Estatística. (2015a). *Estatísticas da Saúde 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015b). *Inquérito às despesas das famílias - 2000, 2005, 2010*.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Kravitz, A. S., Bullock, A., Cowpe, J., & Barnes, E. (2015). *Manual of Dental Practice 2015*. Retrieved from Cardiff: <http://www.eudental.eu/component/attachments/attachments.html?task=download&id=1367>

- Kronenberg, C., & Barros, P. P. (2014). Catastrophic healthcare expenditure – Drivers and protection: The Portuguese case. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(1), 44-51.
- Marmot, M. (2013). Europe: good, bad, and beautiful. *The Lancet*, 381(9872), 1090-1091. doi:10.1016/s0140-6736(13)60749-7
- Ministério da Saúde. (2015). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2014*. Retrieved from Lisbon:
- Observatório da Saúde Oral. (2015). *Os números da Ordem 2015*. Retrieved from Porto:
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2015). *Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015*. Retrieved from Lisboa:
- Patel, R. (2012). *The State of Oral Health in Europe*. Retrieved from http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/BOHEP.pdf
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 58, 115-121. doi:10.1922/IDJ_1930Petersen07
- Prevention is better than treatment. (2015). *Bull World Health Organ*, 93(9), 594-595. doi:10.2471/BLT.15.020915
- Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D. B. (2014). Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med*, 11(9), e1001701. doi:10.1371/journal.pmed.1001701
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005
- Simões, J., Teixeira, M., Barros, P. P., Pereira, J., Moreira, P. K., Ferreira, A. S., . . . Silva, S. N. (2007). *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Retrieved from <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2014). *Diabetes: Factos e Números 2013*. Retrieved from Lisboa:
- TNS Opinion & Social. (2010). *Special Eurobarometer 330 “Oral health”*. Retrieved from Brussels:
- Watt, R. G. (2012). Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40, 44-48. doi:10.1111/j.1600-0528.2012.00719.x
- World Congress 2015. (2015). Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity [Press release]
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: health systems: improving performance* (W. H. Organization Ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action*. (H. S. a. S. (HSS), Trans. W. D. P. Services Ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization
- World Health Organization. (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization,.
- World Health Organization - Regional Office for 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.