

Acesso a cuidados de saúde: a medição das necessidades não satisfeitas

Notas informativas: análises do setor da saúde | 05

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



Esta nota faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na [Iniciativa para a Equidade Social](#), uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitamos. Mencionamos todos os pressupostos que consideramos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos amostremos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



PEDRO PITA BARROS



EDUARDO COSTA

Acesso a cuidados de saúde: a medição das necessidades não satisfeitas

Notas informativas: análises do setor da saúde | 05

O acesso a cuidados de saúde é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde. Assim, do ponto de vista político, é fundamental **monitorizar a evolução do acesso dos cidadãos ao sistema de saúde**. A análise de dados e a identificação de potenciais barreiras pode permitir a correção e adaptação da forma de funcionamento dos sistemas de saúde de modo a potenciar acesso aos vários grupos da população.

A monitorização do acesso a cuidados de saúde assume, por isso, um papel fundamental nos sistemas de saúde. Essa monitorização requer a **disponibilidade de um conjunto alargado de indicadores que permitam identificar a magnitude da falta de acesso sentida, as barreiras de acesso identificadas, e os principais grupos da população afetados por essas mesmas barreiras**.

Entre os doentes que conseguem aceder aos cuidados de saúde, existem indicadores que permitem aferir a potencial dificuldade nesse acesso. O peso dos **pagamentos diretos das famílias** no total da despesa em saúde representa precisamente a disponibilidade financeira exigida aos cidadãos no momento da prestação de cuidados de saúde. Portugal apresenta o quinto valor mais elevado deste indicador entre os países da União Europeia: em 2021, 29% da despesa em saúde foi financiada diretamente pelas famílias.

Uma maior exigência de pagamentos diretos no momento da prestação coloca, previsivelmente, uma maior pressão sobre as famílias de menores rendimentos. O indicador de **despesas catastróficas em saúde** permite avaliar a proporção de famílias nas quais o peso dos pagamentos diretos foi substancial – representando mais de 40% do seu rendimento disponível. Neste indicador, Portugal destaca-se novamente entre os países da União Europeia com maior peso de despesas catastróficas, ocupando o sexto lugar. Em 2019, 10,6% das famílias portuguesas reportaram ter tido despesas catastróficas em saúde. Destes, a larga maioria (7,2%) correspondiam às famílias mais pobres (no primeiro quintil de rendimento).

O peso dos pagamentos diretos e das despesas catastróficas permitem avaliar potenciais dificuldades de acesso nos cidadãos que acederam aos cuidados de saúde. Porém, **estes indicadores não captam a franja da população que não conseguiu aceder aos mesmos**. Para este efeito, **o indicador das Necessidades Não Satisfeitas em Saúde permite estimar o peso das pessoas que ficaram de fora do sistema de saúde**.

Em termos conceptuais, **a noção de necessidades não satisfeitas nem sempre é fácil de ser definida**¹. Os próprios instrumentos de medição destas necessidades enfrentam um conjunto de limitações, relacionadas com o auto-reporte e a formulação das questões. Estas limitações são abordadas de seguida. Além dessas potenciais limitações, existem também questões conceptuais.

Por um lado, **nem todas as necessidades de saúde implicam a necessidade de cuidados de saúde**. Por essa razão, o não acesso a cuidados de saúde no caso de doença não deve ser diretamente interpretado como uma necessidade não satisfeita. De facto, as necessidades não satisfeitas deveriam corresponder à falta de acesso a cuidados de saúde para o subconjunto de necessidades de saúde que

¹ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. (2018). Benchmarking access to healthcare in the EU.

requerem o acesso a cuidados de saúde. A operacionalização deste conceito e destas distinções é difícil de ser posta em prática, levantando por isso dúvidas sobre o conceito teórico.

Por outro lado, a perspetiva utilizada pode levar também a interpretações distintas sobre estes indicadores. Do ponto de vista da saúde pública, qualquer tentativa falhada de acesso a cuidados de saúde deve ser interpretada como uma necessidade não satisfeita. Contudo, do ponto de vista da economia da saúde, a decisão de acesso a cuidados de saúde resulta de um equilíbrio entre o benefício marginal de aceder aos cuidados de saúde e o respetivo custo marginal. Neste contexto, as **necessidades não satisfeitas ocorrem apenas em situações em que, sendo o benefício marginal superior ao custo marginal, não tenha sido possível aceder a cuidados de saúde**. Assim, nem todas as situações de falta de acesso são necessariamente necessidades não satisfeitas – nomeadamente no caso em que o benefício marginal de aceder aos cuidados de saúde for inferior ao respetivo custo marginal.

Tal como referido anteriormente, existem também **desafios metodológicos na medição deste indicador**. O indicador das Necessidades Não Satisfeitas é auto-reportado e está sujeito a diferentes interpretações, dependendo também da forma como o mesmo é calculado, tal como mencionado pela OCDE². Compreender as diferenças metodológicas na construção destes indicadores é fundamental para retirar conclusões precisas sobre a evolução das dificuldades de acesso a cuidados de saúde. Variações ao nível da população que é inquirida, e mesmo da forma como as perguntas são formuladas podem influenciar diretamente o tipo de respostas recolhidas e a própria interpretação dessas mesmas respostas.

A nível europeu, há dois principais instrumentos utilizados para estimar as necessidades não satisfeitas: as **estatísticas Europeias sobre rendimentos e condições de vida (EU-SILC)** e o **inquérito de saúde europeu (EHIS)**³. De forma geral, os dois instrumentos estimam as necessidades não satisfeitas perguntando diretamente aos inquiridos se, no último ano, existiu alguma situação em que não tenham recebido os cuidados de saúde necessários. Adicionalmente, os entrevistados são também questionados sobre as diferentes barreiras que enfrentaram. A nível nacional, o **inquérito realizado pela NOVA SBE relativo ao acesso a cuidados de saúde (IACS)**⁴ avalia também as potenciais barreiras de acesso. As perguntas sobre necessidades não satisfeitas destes três inquéritos estão disponíveis em anexo.

Os inquéritos questionam se no último ano existiu algum episódio em que o cidadão não conseguiu aceder aos cuidados de saúde. **A resposta binária não permite, contudo, medir a intensidade deste efeito**. Para um cidadão que utiliza frequentemente o sistema de saúde, a existência de um episódio de falta de acesso no último ano implica que o mesmo seja categorizado como um caso de necessidades não satisfeitas. Este caso terá o mesmo peso que um cidadão que tenha tentado aceder apenas uma vez no último ano e que não teve sucesso na sua tentativa. Assim, o indicador mede apenas o número

² OECD. 2020. Unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>

³ Eurostat. 2018. Unmet Health care needs Statistics – Statistics Explained. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics

⁴ Barros, P. P., Costa, E. 2023. *Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde 2022*. Nova SBE – Social Equity Initiative. Disponível em: <https://www.novasbe.unl.pt/en/about-us/projects-for-a-better-future/social-equity-initiative/health-economics>

de pessoas que teve pelo menos uma situação de falta de acesso, não refletindo por isso o número total de situações de falta de acesso (a mesma pessoa pode ter tido mais do que uma limitação). Esta é uma das limitações que deve ser tida em consideração na análise destes indicadores.

A tabela 1 descreve as principais estimativas de necessidades não satisfeitas dos três inquéritos realizados, para os anos mais recentes disponíveis.

Os dois inquéritos europeus colocam Portugal numa situação desfavorável face à média dos países europeus no que às necessidades não satisfeitas diz respeito. De acordo com o EHIS, cerca de 40% dos indivíduos com necessidades de saúde tiveram pelo menos uma situação em 2019 em que não conseguiram aceder aos cuidados de saúde em Portugal. Este valor é substancialmente superior à média europeia (26%).

Existem diferentes razões que motivam a falta de acesso. Em Portugal, de acordo com o EHIS, 25,6% das pessoas com necessidades de saúde não acederam aos cuidados de saúde por dificuldades financeiras (face à média europeia de 13%). **As barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde foram particularmente problemático no acesso a cuidados de saúde oral (29%) e de saúde mental (28%).** As barreiras financeiras no acesso a cuidados médicos e medicamentos tiveram uma menor relevância (13% e 7%, respetivamente). Adicionalmente, cerca de 30% das pessoas não acederam devido ao tempo de espera (acima da média europeia de 19%).

O inquérito europeu EU-SILC reporta tendências semelhantes, apesar de analisar o peso das necessidades não satisfeitas no total da população (e não apenas no conjunto da população com necessidades de saúde reportadas). Cerca de 6% da população portuguesa reportou necessidades não satisfeitas no acesso a cuidados médicos, sendo esse número novamente superior no acesso a cuidados de saúde oral 13,1%. Em ambos os casos, os valores portugueses em 2021 estavam acima da média europeia (5% nos dois casos).

Os dois inquéritos, ainda que com magnitudes diferentes, colocam Portugal numa situação desfavorável. Das várias dimensões avaliadas, **o acesso a cuidados de saúde oral e de saúde mental é particularmente problemático em Portugal.** As principais razões para as elevadas necessidades não satisfeitas no acesso a este tipo de cuidados em Portugal são de natureza financeira, sinalizando a menor cobertura do SNS.

No caso da **saúde mental**, o EHIS estima que 3,7% da população europeia tenha tido necessidades não satisfeitas – abaixo do valor estimado na Europa para cuidados médicos. Em Portugal existe o fenómeno inverso: as dificuldades de acesso reportadas no acesso a cuidados de saúde mental são substancialmente superiores – quer aos valores reportados na Europa, quer aos valores reportados em Portugal relativos ao acesso a cuidados médicos.

No caso da **saúde oral**, o EHIS estima que, a nível europeu, as necessidades não satisfeitas sejam superiores às reportadas no acesso a cuidados médicos (11% vs 6%). No caso Português verifica-se também esta diferença, ainda que com uma magnitude substancialmente superior: enquanto 13% dos inquiridos reportam necessidades não satisfeitas no acesso a cuidados médicos, cerca de 29% reportam necessidades não satisfeitas, por razões financeiras, no acesso a cuidados de saúde oral. A mesma diferença entre os valores médios europeus e portugueses é identificada no EU-SILC.

Uma vez que o inquérito de acesso a cuidados de saúde, realizado em 2022, é de âmbito nacional, não é possível realizar uma comparação direta com os valores médios europeus. O detalhe dos dados permite estimar as necessidades não satisfeitas quer para o total da população (uma perspetiva semelhante à do inquérito EU-SILC), quer para a população que reportou ter tido pelo menos um episódio de doença no último ano (uma perspetiva semelhante à do EHIS).

Para o total da população em 2022, os resultados do inquérito de acesso estimam que cerca de 9% da população não comprou todos os medicamentos que devia, tendo 29% optado por reduzir a sua fatura através da escolha de medicamentos genéricos. Os custos das consultas e dos transportes foram também destacados como barreiras de acesso para parte da população inquirida (4% e 2%, respetivamente). Finalmente, o receio de perder um dia de salário foi também destacado por 5% dos inquiridos.

Para além disso, o inquérito de acesso permitiu identificar barreiras adicionais, não financeiras, ao acesso a cuidados de saúde em Portugal. Em particular, verifica-se que cerca de 9% da população inquirida teve consultas ou exames cancelados. Para além disso, cerca de 6% da população optou por não ir a uma consulta ou a um exame por receio de contágio com a COVID-19. Ao longo dos últimos anos a relevância dos receios de contágio e de cancelamentos tem estado em queda, acompanhando a tendência de regularização do quotidiano do sistema de saúde após os períodos de maior pressão da pandemia.

Tabela 1: necessidades não satisfeitas auto-reportadas nos últimos 12 meses

Fonte (ano)	População	Serviços	Razões	EU27	PT	
EHIS (2019)	População com necessidades de saúde nos últimos 12 meses e 15 ou mais anos	Todos	Todas as razões	25,5	39,9	
			Financeiras (todos os serviços)	13,0	25,6	
			Cuidados médicos	5,5	12,8	
			Saúde oral	10,8	29,1	
			Saúde mental	3,7	27,8	
			Medicamentos	4,2	6,7	
			Distância	4,0	3,9	
			Listas de espera	19,4	29,5	
SILC (2021)	Toda a população com 16 ou mais anos	Cuidados médicos	Todas as razões	4,8	5,7	
			Financeiras	1,0	1,7	
			Distância	0,1	0,0	
			Listas de espera	0,9	0,6	
			Não relacionadas com o SS	2,8	3,4	
			Saúde Oral	Todas as razões	5,0	13,1
				Financeiras	2,6	8,8
				Distância	0,1	0,1
Listas de espera	0,4	0,1				
			Não relacionadas com o SS	1,9	4,1	
IACS (2022)	Toda a população com 15 ou mais anos	Todos	Não adquiriu todos os medicamentos que devia por falta de dinheiro		8,7	
			Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro		4,2	
			Na farmácia pediu para trocar medicamento de marca por genérico por este ser mais barato		29,0	
			Deixou de ir à urgência ou a uma consulta pelo preço do transporte		2,4	
			Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário		4,5	
			Escolheu não ir a uma consulta ou exame por receio de contágio com a COVID-19		6,4	

		Cancelaram-lhe uma consulta ou um exame nos últimos 3 meses	9,3
População com episódios de doença nos últimos 12 meses e 15 ou mais anos	Todos	Não adquiriu todos os medicamentos que devia por falta de dinheiro	14,0
		Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro	6,3
		Na farmácia pediu para trocar medicamento de marca por genérico por este ser mais barato	38,2
		Deixou de ir à urgência ou a uma consulta pelo preço do transporte	3,3
		Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário	6,1
		Escolheu não ir a uma consulta ou exame por receio de contágio com a COVID-19	8,5
		Cancelaram-lhe uma consulta ou um exame nos últimos 3 meses	14,6

SS – Sistema de Saúde

Alguns desafios associados a estes indicadores prendem-se com a forma como as perguntas são formuladas, bem como com a sua metodologia. Assim, a interpretação destes resultados deve ter em consideração alguns elementos adicionais, que dificultam a comparação direta dos vários instrumentos.

1. Em primeiro lugar, **a população considerada varia nos vários instrumentos**. Enquanto o EU-SILC reporta valores correspondentes à totalidade da população adulta em cada país, o EHIS e o Inquérito de Acesso da Nova SBE conseguem distinguir entre a população que não teve necessidades de cuidados de saúde, da população que teve necessidades de cuidados de saúde. Obviamente, por construção, a proporção de necessidades não satisfeitas será superior entre o grupo de pessoas com necessidades de saúde face à estimativa das necessidades não satisfeitas na população adulta total. Adicionalmente, o Inquérito de Acesso a Cuidados de Saúde permite, entre aqueles que tiveram episódios de doença, distinguir entre quem optou por não recorrer aos cuidados de saúde e quem tentou, mas não conseguiu aceder a cuidados de saúde.
2. Em segundo lugar, o **âmbito da pergunta varia também entre os instrumentos**. O EU-SILC refere-se a cuidados médicos e de saúde oral não prestados. Por outro lado, o EHIS refere-se a cuidados de saúde, de forma geral, incluindo aqueles que não foram prestados, mas também os que não foram prestados em tempo útil. O EHIS inclui também perguntas específicas relativas a barreiras financeiras em diferentes tipos de cuidados (médicos, saúde oral, medicamentos e saúde mental). Por seu lado, o Inquérito de Acesso a cuidados de saúde avalia as barreiras no acesso a consultas ou urgências, e no acesso a medicamentos prescritos.
3. Em terceiro lugar, **as razões consideradas para a falta de acesso são também diferentes** entre os vários instrumentos. No inquérito EU-SILC, pede-se para identificar a principal barreira sentida no acesso a cuidados de saúde. Neste inquérito, apenas uma escolha pode ser identificada entre tempos de espera, distância, custo ou outros motivos. Porém, no inquérito EHIS estas razões são individualizadas em três questões distintas: tempos de espera, distância e transportes, custo. Por sua vez, no Inquérito de Acesso a cuidados de saúde, são incluídas perguntas explícitas sobre barreiras financeiras: “Não foi a uma consulta por falta de dinheiro?”. Também no campo medicamento são colocadas duas questões que permitem aferir as dificuldades financeiras: “Não adquiriu todos os medicamentos que devia?” e “Pediu

substituição do medicamento de marca por medicamento genérico?”. Para além disso, no Inquérito de Acesso, são também avaliadas outras razões incluindo o receio de contágio nos cuidados de saúde ou a existência de cancelamentos.

4. Em quarto lugar, a **caraterização que pode ser feita da população** depende também do instrumento a que se recorre. O EHIS permite distinguir as necessidades não satisfeitas tendo em consideração o grupo etário, o género e o nível de escolaridade. Por sua vez, os dados do EU-SILC permitem fazer a decomposição do efeito por nível de rendimento. O inquérito de acesso realizado a nível nacional permite uma decomposição simultânea de todos estes efeitos: grupos etários, género, nível de escolaridade e classe socioeconómica. A decomposição das necessidades não satisfeitas em saúde resulta nos habituais gradientes socioeconómicos. Todas estas estimativas têm um impacto desproporcionalmente superior entre os grupos da população de menores níveis de rendimento. Este facto é comum aos vários inquéritos com estas variáveis.

Enquanto elemento central dos sistemas de saúde, o acesso aos mesmos tem que ser monitorizado de forma contínua. **O indicador de necessidades não satisfeitas permite obter uma estimativa dessa falta de acesso e identificação das barreiras (financeiras e não financeiras) mais relevantes.** Apesar disso, as diferentes metodologias de cálculo destes indicadores implicam um cuidado adicional na interpretação dos mesmos.

A análise dos diferentes indicadores coloca Portugal numa situação desfavorável. **As necessidades não satisfeitas no acesso a cuidados de saúde são substancialmente superiores às registadas a nível europeu** e, de acordo com o Inquérito de Acesso a Cuidados de Saúde, aumentaram em 2022. O acesso aos **cuidados de saúde mental e de saúde oral** surge como a principal preocupação. De alguma forma, estes indicadores refletem os níveis de cobertura mais reduzidos nestas áreas oferecidos pelo sistema de saúde português, em particular pelo SNS.

Os dados sugerem que estas **barreiras financeiras não estão relacionadas com o volume das taxas moderadoras** – que progressivamente têm vindo a ser eliminadas. O acesso a cuidados de saúde no SNS implica despesas que extravasam a discussão relativa às taxas moderadoras. Tal como discutido no relatório de acesso a cuidados de saúde, uma ida a consultas ou urgências envolve um conjunto de despesas significativo, associadas a medicamentos, transportes, alimentação, entre outros.

Além disso, as **barreiras financeiras surgem muitas vezes como consequência da potencial falta de cobertura por parte do SNS.** Nesse caso, o acesso a cuidados de saúde implicaria pagamentos e/ou copagamentos no setor privado.

Assegurar o acesso a cuidados de saúde passa por endereçar as barreiras identificadas, muitas delas de natureza financeira, permitindo reduzir as necessidades não satisfeitas.

Anexo: questões sobre necessidades não satisfeitas dos instrumentos considerados

Notas informativas: análises do setor da saúde | 05

EU-SILC

- Was there any time during the last 12 months when you personally, really needed a medical examination or treatment for a health problem but you did not receive it? (Yes; No)
- What was the main reason for not receiving the medical examination or treatment? (Could not afford; Waiting List; Could not take time off work / from caring for children; Too far to travel and no means of transport; fear of doctor / examination / treatment; wanted to wait and see if problem got better on its own; other)
- Was there any time during the last 12 months when you personally, really needed a dental examination or treatment but did not receive it? (Yes; No)
- What was the main reason for not receiving the medical examination or treatment? (Could not afford; Waiting List; Could not take time off work / from caring for children; Too far to travel and no means of transport; fear of doctor / examination / treatment; wanted to wait and see if problem got better on its own; didn't know any good dentist; other)

EHIS

- Have you experienced delay in getting health care in the past 12 months because the time needed to obtain an appointment was too long? (Yes; No; No need for healthcare)
- Have you experienced delay in getting health care in the past 12 months due to distance or transport problems? (Yes; No; No need for healthcare)
- Was there any time in the past 12 months when you needed the following kinds of health care, but could not afford it? (Yes; No; No need for healthcare – by type of care: Medical, Dental, Medicines, Mental)

Inquérito de Acesso

- Relativamente à última vez em que se sentiu ou esteve doente, procurou auxílio no sistema de saúde? (sim, não)
- O que fez quando se sentiu ou esteve doente? (automedicou-se, esperou que passasse, outra)
- E porque razão tomou esta opção? (Não era grave, não quis esperar para ser atendido, não valia a pena pagar a taxa moderadora, não tinha capacidade para pagar a taxa moderadora, não tinha capacidade de pagar o transporte, teve receio de apanhar covid se fosse a um serviço de saúde, outra)
- Vou ler-lhe um conjunto de situações que algumas pessoas disseram que lhes aconteceram e gostava de saber se a si também aconteceram, no último ano. (Sim, Não)
 - Não adquiriu todos os medicamentos que devia por falta de dinheiro
 - Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro
 - Na farmácia pediu para trocar medicamento de marca por genérico por este ser mais barato
 - Deixou de ir à urgência ou a uma consulta pelo preço do transporte
 - Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário
 - Escolheu não ir a uma consulta ou exame por receio de contágio com a COVID-19
 - Cancelaram-lhe uma consulta ou um exame nos últimos 3 meses