

Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde *

Maria do Rosário Giraldes **

VII.1 - Introdução

Dois princípios fundamentais constituem alternativas de distribuição de recursos num sistema público de saúde: a equidade e a eficiência.

Cada vez mais diversos sistemas de saúde adoptam, quer explícita quer implicitamente, um princípio de equidade como objectivo a atingir, mediante uma intervenção pública na prestação de cuidados de saúde, em países com sistemas tão diversos como o Reino Unido, a Suécia, o Canadá ou os Estados Unidos (em relação ao *Medicare* e ao *Medicaid*) [McGuire, Henderson e Mooney (1988)].

Também em Portugal se encontra subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um princípio de igualdade de acesso aos cuidados de saúde [Pereira *et al.* (1985)].

No entanto, se no conceito de eficiência existe uma interpretação consensual — correspondente à maximização dos resultados para recursos prefixados —, já o conceito de equidade dá origem a múltiplas interpretações que dependem dos valores das pessoas que os utilizam [Le Grand (1988)].

* Trabalho de investigação realizado no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, com vista a preparar o concurso para professora auxiliar na área de economia da saúde.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

Desde o princípio da década de 80, economistas da saúde do Reino Unido têm-se mostrado particularmente empenhados em clarificar e fundamentar o conceito de equidade.

Le Grand (1982) e Mooney (1983) foram dois dos economistas que mais contribuíram para essa clarificação.

Le Grand identifica cinco principais tipos de igualdade que, de uma ou outra forma, se podem considerar objectivos desejáveis para orientar a distribuição da despesa pública: igualdade da despesa pública; igualdade do rendimento fiscal; igualdade de utilização; igualdade de gastos; e igualdade de resultado. Mooney considera, por sua vez, ao debruçar-se sobre a distribuição da despesa pública em saúde, sete definições possíveis de equidade em saúde, em grande medida coincidentes com a sistematização feita por Le Grand: igualdade de despesa *per capita*; igualdade de recursos *per capita*; igualdade de recursos para necessidades iguais; igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades; igualdade de utilização para iguais necessidades; igualdade da satisfação de necessidades marginais; e igualdade de saúde.

Le Grand (1988) vem defender a noção inovadora de que uma distribuição é equitativa se for resultado da tomada de decisões individuais em igualdade de "situações condicionantes", ou seja, disparidades em estados de saúde que resultem de indivíduos bem informados que exerçam a sua possibilidade de escolha perante um mesmo conjunto de escolhas acerca da saúde e actividades relacionadas com a saúde são consideradas equitativas; contrariamente, disparidades em saúde que possam ser relacionadas com diferenças nas "condicionantes" não são consideradas equitativas.

Este conceito, sem dúvida interessante, é de difícil aplicação prática quanto à distribuição de recursos de saúde, como o próprio Le Grand admite.

McGuire, Henderson e Mooney (1988), também economistas da saúde do Reino Unido, vêm igualmente evidenciar de novo, tal como Culyer (1980), a teoria da justiça de Rawls (1972) como a que oferece uma solução para determinar o papel da justiça nas funções de utilidade dos indivíduos, com referência aos cuidados de saúde.

Chamam atenção, nomeadamente, para três aspectos: o facto de se basear na teoria do *maxmin*, ou seja, de considerar como justa a idéia de

maximizar o benefício dos mais desfavorecidos; o ser este objectivo alcançado com base no princípio de que os indivíduos teriam tendência a querer melhorar a sua situação, principalmente se se encontram na pior situação social; e o facto de dizer respeito a bens sociais essenciais (como, entre outros, liberdade de movimento e de escolha de ocupação, rendimento e riqueza, liberdades básicas e base social de auto-respeito). Embora os serviços de saúde não sejam mencionados, pode-se dizer, segundo estes autores, que, em certa medida, incluem-se nos três últimos aspectos.

Nesse sentido, não se pode deixar de defender a existência de uma discriminação positiva, que conduz a um conceito de equidade de acesso para iguais necessidades e que, no caso dos Cuidados de Saúde Primários (CSP's), deverá ter tendência para uma equidade de utilização de serviços de saúde (essencialmente em serviços de tipo preventivo), mediante uma intervenção activa dos serviços de saúde na comunidade, que vão ao encontro dos utentes (usuários) de grupos em risco e possibilitam, assim, um encontro entre a oferta e a procura, que este conceito de equidade exige.

Julga-se, pois, que a problemática da distribuição da despesa em saúde, tendo por objectivo a equidade, se enquadra melhor na teoria do *maxmin*, de Rawls (1972), ou seja, na maximização do benefício dos mais desfavorecidos, ao apoiar-se num princípio de discriminação positiva (ou negativa), segundo a pior ou melhor situação relativa do nível de saúde e a cobertura por serviços de saúde.

É nossa opinião que haverá que retomar na prática o princípio da discriminação positiva que se julga estar implícito na Constituição portuguesa [Pereira *et al.* (1985)] se se quiser que, de futuro, tal como na generalidade dos sistemas de saúde, seja um princípio de equidade a determinar, também em Portugal, a redistribuição de recursos no domínio da saúde.

Até o momento, porém, têm sido diversos os princípios que têm presidido efectivamente, em Portugal, a distribuição de recursos no âmbito do SNS.

Enquanto os serviços de cuidados de saúde diferenciados têm vindo a ser financiados, a partir de 1980, segundo princípios de eficiência, a distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários tem-

se caracterizado por ser realizada numa base incrementalista, sem a existência de critérios de financiamento.

Constitui nosso objectivo, neste capítulo, caracterizar sumariamente a proposta de redistribuição de recursos apresentada para os cuidados de saúde primários, baseada em princípios de equidade, confrontando-a com a distribuição de recursos baseada na eficiência técnica, no domínio hospitalar, e com uma nova linha de investigação que tem em vista uma distribuição de recursos baseada num objectivo de eficiência distributiva.

VII.2 - Redistribuição de Recursos Baseada na Equidade: a Proposta para os Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde)

O conceito de equidade implícito na proposta apresentada para a redistribuição da despesa no âmbito dos cuidados de saúde primários [Giraldes (1987b)] baseia-se na igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, segundo uma metodologia semelhante utilizada no Reino Unido e que, introduzida na Inglaterra (Rawp), em 1976, veio posteriormente a ser aplicada na Escócia (Share), País de Gales (Scraw) e Irlanda do Norte (Parr) [Maynard e Ludbrook (1982 e 1983), Maynard (1986), Birch e Maynard (1986) e Paton (1985), entre outros].

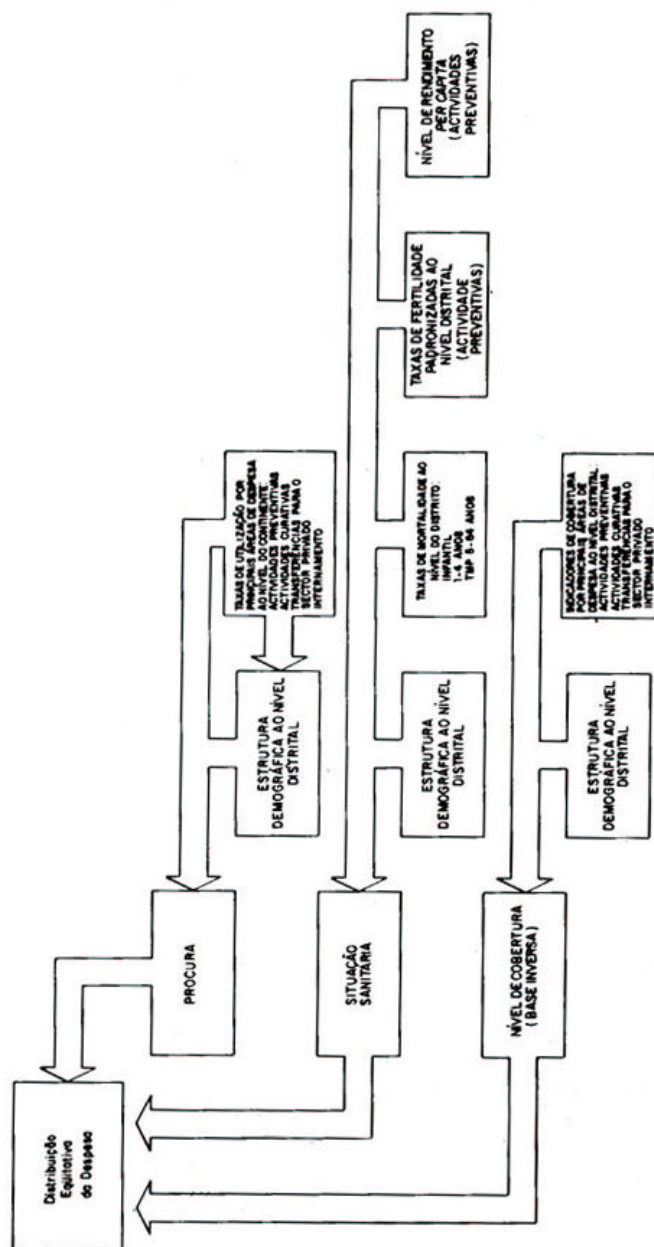
Este conceito de equidade pressupõe que se proceda a uma avaliação das necessidades relativas dos diversos distritos, tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde.

Resultará, no caso português, da conjugação dos três seguintes critérios, segundo consta da Figura 1,¹ uma descrição mais detalhada dos critérios por áreas de despesa:

- critério da procura/utilização;
- critério da situação sanitária; e
- critério da cobertura por serviços de saúde.

¹ Ver Giraldes (1987a).

Figura 1



Fonte: Gróides (1988).

O critério da procura/utilização dos serviços de saúde baseia-se na aplicação de taxas de utilização dos serviços, por sexos e grupos etários, ao nível do continente, para estimar a procura potencial prevista ao nível distrital.

Admite-se que será desejável, dentro de um princípio de equidade, que as taxas de utilização sejam as mesmas para os mesmos estratos populacionais em todo o país. Consideram-se as taxas de utilização por principais áreas de despesa: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.

Neste critério, o principal determinante da distribuição da despesa é a estrutura etária da população. Embora a utilização dos serviços de saúde varie igualmente com o sexo — sendo a mulher maior consumidora de serviços curativos em ambulatório e o homem de mais de 65 anos maior consumidor dos serviços de internamento em hospitais concelhios —, pode-se considerar este aspecto como marginal em relação à distribuição da despesa operada segundo este critério.

No critério da situação sanitária procede-se a uma distribuição da despesa em função da situação de saúde relativa dos distritos, admitindo-se que será desejável a atribuição de maior financiamento aos distritos com pior situação sanitária.

Procede-se à diferenciação da situação de saúde em função da taxa de mortalidade infantil (população de idade menor que 1 ano), da taxa de mortalidade 1-4 anos (população entre 1 e 4 anos) e da taxa de mortalidade padronizada 5-64 anos (população com mais de 4 anos e menos de 65 anos) para as causas mais relevantes numa perspectiva dos cuidados de saúde primários.

Para além deste aspecto, considera-se ainda como determinante da distribuição da despesa em cuidados de saúde primários, neste critério, a taxa de fertilidade padronizada em relação a actividades preventivas, na medida em que a diferenciação existente entre o Norte e o Sul do país em níveis de fertilidade origina um diverso volume potencial de serviços de carácter preventivo. Procedeu-se, ainda, à ponderação da população total de cada distrito em função de um indicador de rendimento, numa base inversa, o que pretende reforçar a necessidade de serviços, igual-

mente na área preventiva, conforme o maior ou menor nível de rendimento *per capita*.

Merece-nos concordância aquilo que se refere em Wiles (1984) a este propósito, designadamente, que uma doença sofrida em boas condições habitacionais por um membro de uma família de elevados rendimentos terá conseqüências muito diferentes das ocasionadas por uma doença comparável sofrida por um membro de uma família de baixos rendimentos, numa deficiente situação familiar e a viver em más condições habitacionais. Admite-se assim que um deficiente nível de rendimento poderá determinar uma actuação diversa por parte dos serviços de saúde, com particular significado no que respeita a actividades preventivas.

Não se pretende com isso fazer com que os serviços de saúde substituam intervenções de outros sectores, designadamente no domínio da habitação, do saneamento básico ou de outras áreas, mas resulta do facto de que considerar apenas indicadores de mortalidade como determinantes de uma intervenção dos serviços de saúde se traduz em ignorar que um aumento da intervenção de serviços de saúde, de tipo preventivo, poderá conduzir a que não se chegue a declarar a morbilidade.

Será nesta perspectiva que Mooney (1983) refere a propósito da distribuição de recursos numa perspectiva de equidade: "(...) com vista a atingir-se igualdade na utilização para igual necessidade, deverão ser destinados recursos adicionais a áreas multiplamente carenciadas, mais do que proporcionais a qualquer necessidade extra que aí exista."

Finalmente, o critério da cobertura por serviços de saúde coloca-se numa perspectiva crítica em relação à atribuição de recursos apenas aos serviços de saúde quando o objectivo último em vista seja o de atenuar as desigualdades existentes no nível de saúde.

Admite-se que, se um distrito tem má situação sanitária e uma elevada cobertura pelos serviços de saúde, então a melhoria do nível de saúde será conseguida mediante a intervenção em áreas fora do sector saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde.

Este último critério é aquele que se pode considerar como inovador em relação à metodologia seguida no Reino Unido na redistribuição da despesa em saúde, em serviços de cuidados de saúde diferenciados. Baseia-se no princípio do capital humano, segundo o qual as intervenções que tenham em vista a melhoria do nível de saúde podem, e em muitos casos devem, ser realizadas fora do sector saúde.

Neste critério procede-se a uma discriminação positiva, numa base inversa, em função de indicadores de cobertura de serviços de saúde em cuidados de saúde primários.²

Não tendo tido os serviços de cuidados de saúde primários, até o momento actual, qualquer política de redistribuição de recursos, julga-se que haverá boas perspectivas no sentido de vir a aplicar estes critérios de distribuição da despesa.

VII.3 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Técnica: o Exemplo dos Cuidados de Saúde Diferenciados (Hospitais)

Convirá relembrar que a eficiência técnica diz respeito à avaliação da relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, tendo-se em vista a maximização dos resultados prefixados (ou a minimização dos recursos para resultados prefixados). Diferencia-se pois da eficiência económica ou distributiva, que avalia a relação entre os recursos gerais da sociedade e os resultados obtidos com a sua utilização em termos da obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos: qualquer combinação de recursos será mais eficiente que outras se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual obtidos for superior ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos.

Daqui se deduz que qualquer processo de redistribuição da despesa baseado na eficiência técnica tem apenas por objectivo recompensar os serviços prestadores que demonstrem ser mais produtivos e não se preocupa com a finalidade última desses serviços, ou seja, a medida em que estão a satisfazer as necessidades da população, traduzidas pela respec-

² Ver Giraldes (1988a) para uma análise mais aprofundada do critério da cobertura por serviços de saúde.

tiva dimensão e estrutura demográfica, assim como pelo seu padrão de morbilidade.

É exemplo deste processo de redistribuição de recursos a forma como se tem processado o financiamento dos serviços de cuidados de saúde diferenciados em Portugal a partir de 1980.

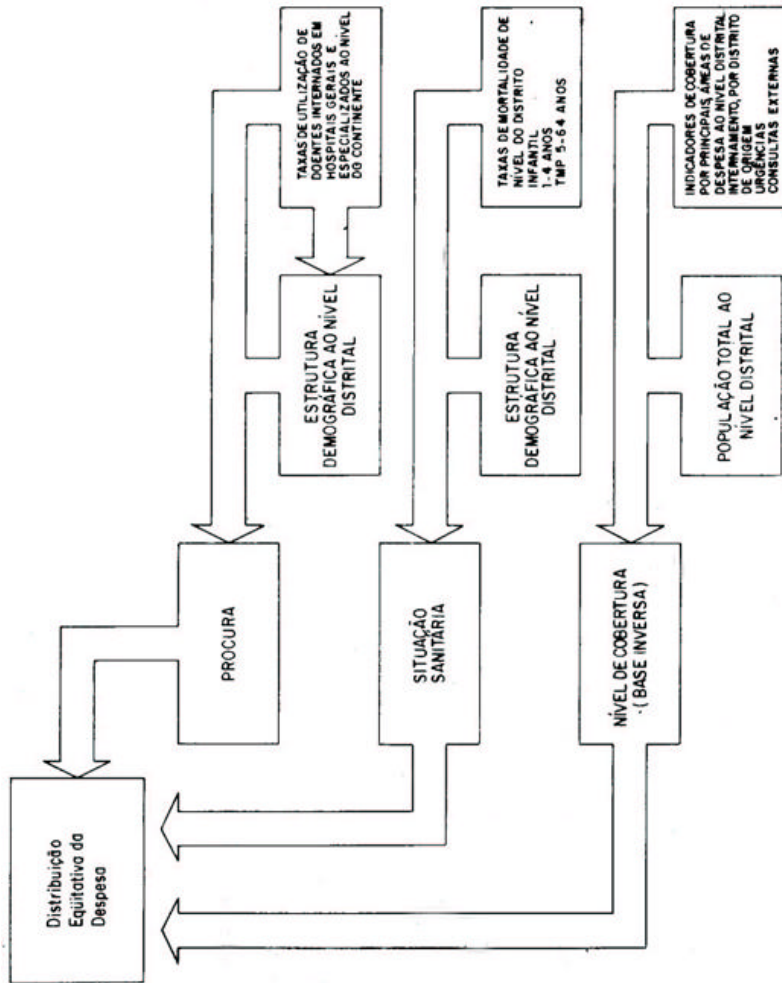
Segundo Mantas *et al.* (1985), os critérios de financiamento seguidos no domínio hospitalar consideram grupos homogéneos de hospitais com os respectivos preços definidos com base em custos directos, variando em função da rotação/cama: consideram-se dois grupos de hospitais — distritais e centrais —, fazendo-se variar os preços em função da demora média e da taxa de ocupação em cada valência ou grupo de valências. Este sistema de financiamento tem em vista um aumento da produtividade no funcionamento dos serviços e incentiva o aumento da rotação das camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Julga-se que existirá a possibilidade de equívoco quando Mantas *et al.* (1988) afirmaram que o sistema de financiamento, apesar de apontar como seu objectivo primordial a eficiência técnica, dispôs de flexibilidade suficiente para não impedir a prossecução do objectivo de equidade do SNS, dando como justificativa desta afirmação o facto de, no período de 1980-86, terem-se atenuado as desigualdades geográficas interdistritais. Se não é de estranhar que o processo de redistribuição da despesa em cuidados de saúde diferenciados promova a atenuação de desigualdades em indicadores de eficiência técnica (demora média e doente tratado por cama), já levanta interrogações o facto de se considerar como positiva uma igualdade de recursos com indicadores como, por exemplo, os gastos *per capita* (ou os recursos humanos *per capita*), quando o que deveria estar em causa era uma discriminação positiva, ou uma igualdade na utilização dos serviços, com um indicador como o doente saído ponderado *per capita*, que só terá sentido se conjugado com a estrutura demográfica da população e o respectivo padrão de morbilidade.

Em nossa opinião, só haverá equidade se se atender às diferentes necessidades relativas da população mediante uma discriminação positiva, o que poderá ser conseguido ensaiando-se a aplicação aos cuidados de saúde diferenciados da metodologia descrita para os cuidados de saúde primários, segundo consta da Figura 2, proposta que aqui se deixa.³

³ Ver, para uma análise mais detalhada, Giraldes (1987a).

Figura 2



Fonte : Giraldes (1988b)

VII.4 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Distributiva

Já se referiu que a eficiência distributiva corresponde àquela situação em que não seja possível redistribuir os recursos para obter maior satisfação em termos de bem-estar social.

Ludbrook (1985) refere, a este propósito, que, se um serviço público de saúde quisesse ser eficiente no sentido da eficiência distributiva, os recursos de saúde seriam destinados a satisfazer aquelas necessidades que apresentassem maior rendimento por unidade monetária; à medida que se dispusesse de mais recursos, estes seriam destinados à prioridade seguinte, o que conduziria a uma região sobrefinanciada destinar recursos para a satisfação de necessidades mais prioritárias numa região subfinanciada. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumentaria a eficiência distributiva e tornaria a situação mais eqüitativa.

É igualmente esta a proposta de Culyer (1980) para a distribuição de recursos de saúde inter-regiões quando afirma "que se iguale o impacto marginal no nível de saúde por unidade monetária".

Esta metodologia de redistribuição de recursos baseia-se na satisfação de necessidades marginais, que constitui uma perspectiva de abordagem distinta da de avaliação de necessidades totais e da satisfação de uma determinada parcela dessas necessidades, conforme os recursos disponíveis.

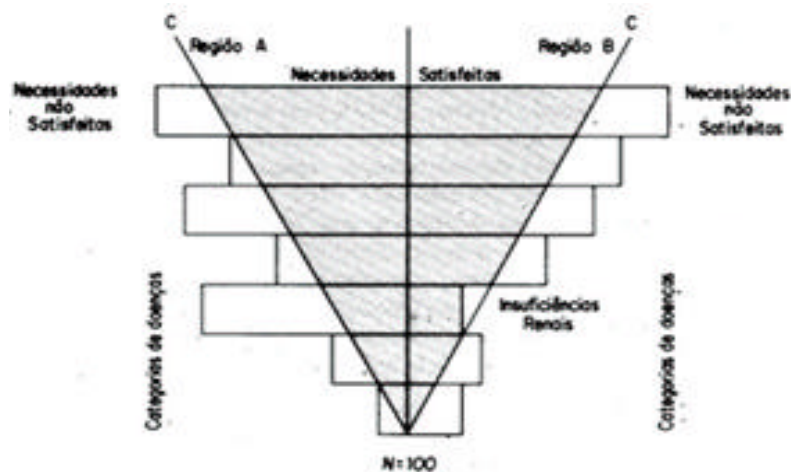
A satisfação das necessidades marginais será idêntica entre as diversas regiões quando, segundo Mooney (1983), com o orçamento disponível for possível satisfazer à mesma "última" necessidade. Nesta perspectiva, parte-se do princípio de que todas as regiões ordenam as suas necessidades por ordem de prioridades a serem satisfeitas, por forma a que, quantos mais recursos receberem, mais necessidades de baixa prioridade poderão satisfazer, e que a ordem de prioridades seja a mesma entre as regiões. Ainda segundo o mesmo autor, e dito de outra forma, verificar-se-ia uma idêntica satisfação das necessidades marginais quando cada região deixasse de tratar exactamente a mesma necessidade se o seu orçamento fosse cortado em dez mil unidades monetárias.

Por seu lado, Steele (1981) parte do princípio de que o conceito de necessidades totais é um conceito sem sentido, na medida em que essas

necessidades nunca poderão ser integralmente satisfeitas, não só porque os recursos nunca serão suficientes, como igualmente devido à falta de tecnologias adequadas que permitam satisfazer a todas as situações de morbidade. Nesta perspectiva, os recursos serão distribuídos em relação às necessidades totais relativas, não havendo preocupação com a sua satisfação.

Steele e Dingwall-Fordyce (1983) exemplificaram-no tomando em consideração duas regiões, A e B, que têm perfis de morbidade muito diferentes, mas as mesmas necessidades totais (ver Figura 3). Se se pretender cobrir 70% dessas necessidades, então cada região satisfará às necessidades traduzidas pelo vector C; no entanto, uma vez que os perfis de morbidade diferem, as populações das regiões A e B não têm uma capacidade idêntica de tratamento para pessoas em igual risco. Por exemplo, todos os problemas de insuficiência renal serão tratados na região B, enquanto que na região A menos de 50% serão tratados, o que fará com que um indivíduo com insuficiência renal na região A não tenha a mesma oportunidade de satisfação das suas necessidades que um indivíduo na região B.

FIGURA 3
Perfis de Morbidade e Correspondente Satisfação de Necessidades

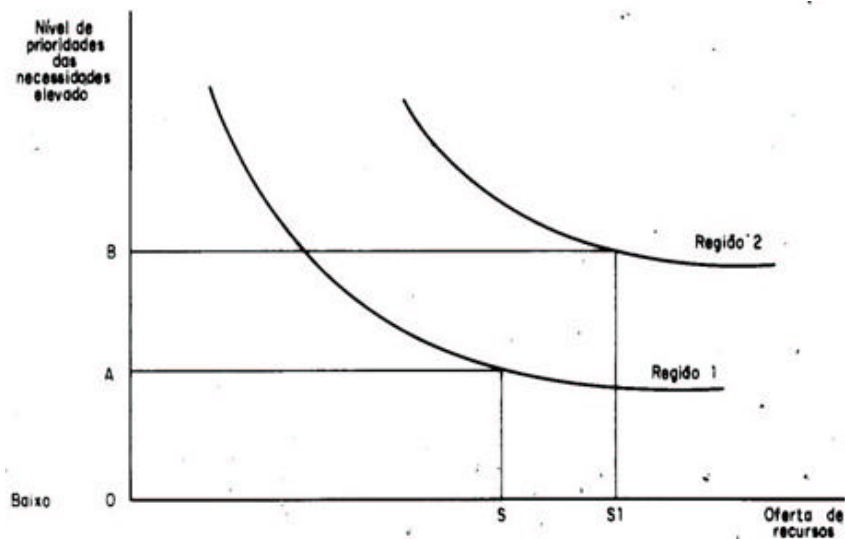


Fonte: Steele e Dingwall-Fordyce (1983).

Na Figura 4 exemplifica-se a necessidade de transferência de recursos entre duas regiões para atingir-se uma idêntica satisfação das necessidades marginais. Com os recursos OS a região 1 pode satisfazer a necessidades até o nível de prioridades OA, enquanto a região 2, com um diferente padrão de necessidades (derivado da idade, sexo e composição da morbilidade) e com diferentes recursos OS1, consegue satisfazer a necessidades até o nível de prioridades OB. Esta última região tem, pois, um nível de necessidades satisfeitas a um nível superior, pelo que, apesar de a região 1 ter menos recursos, deve-se operar uma transferência da região 1 para a região 2, para que se alcance em ambas as regiões o mesmo nível de satisfação das necessidades marginais.

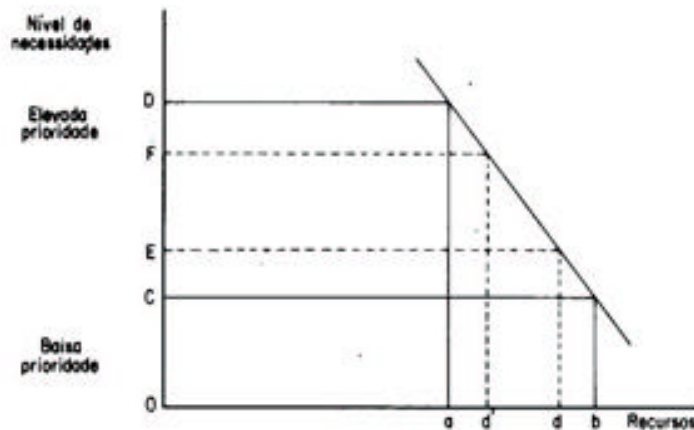
Steele e Dingwall-Fordyce (1979) aplicam este mesmo tipo de raciocínio para o caso de duas regiões com necessidades semelhantes, mas em que uma delas recebe mais recursos que a outra (ver Figura 5).

FIGURA 4
Nível de Satisfação das Necessidades Marginais



Fonte: Steele (1981).

FIGURA 5
Comparação entre Níveis de Necessidades e Recursos em
Duas Regiões com Iguais Necessidades



Fonte : Steele e Dingwall-Fordyce (1979)

A região A tem menos recursos que a região B (Oa comparado com Ob); então uma transferência de recursos da região B para a região A (db) reduzirá os recursos da região B para Od, aumentará os da região A para Od' e alterará, por conseguinte, o nível de prioridades satisfeitas em cada região. A transferência de recursos reduz a capacidade da região B para satisfazer às suas necessidades, de forma que as necessidades não satisfeitas aumentam para OE, enquanto a região A pode satisfazer a necessidades até o nível OF.

Concluem estes autores que, desta forma, ao se retirarem recursos da região relativamente mais rica e transferi-los para a região relativamente mais pobre, se conseguirá satisfazer a necessidades de mais elevada prioridade, OF, enquanto se deixam de satisfazer a necessidades de mais baixa prioridade, OE. Nesse sentido, dado que o nível de necessidades que agora é possível satisfazer se situa numa prioridade mais elevada, esta transferência é benéfica para as duas regiões, consideradas no seu conjunto.

Verifica-se, assim, uma redistribuição de recursos que permite uma satisfação de necessidades de maior prioridade, mantendo-se fixo o orçamento disponível, à custa, portanto, de um mais efectivo uso dos recur-

sos. Isto acontecerá apenas se se verificar um comportamento racional na utilização dos recursos no sentido de que a região que recebe recursos adicionais e aquela que os transfere tratem (ou deixem de tratar) as necessidades que são de mais elevada (ou mais baixa) prioridade.

Tem sido, no entanto, escassa a possibilidade de aplicação, na prática, deste conceito de satisfação das necessidades marginais. Ao que se sabe, o único ensaio feito até o momento deve-se a Steele (1981) e é realizado no sector hospitalar e em relação a admissões no serviço de cirurgia geral. Utiliza uma medida aproximativa do impacto no nível de saúde baseado numa ordenação de necessidades feita por um grupo de médicos e tenta identificar o impacto marginal de modificações na oferta utilizando essa ordenação.

A realização deste estudo tornava necessários dois tipos de elementos: uma ordenação dos diagnósticos, por um índice de prioridades relativas das necessidades de camas de cirurgia geral, e uma medida das diferenças na oferta de recursos.

Steele procedeu a essa ordenação de diagnósticos para admissão na cirurgia geral com recurso a uma amostra de 14 médicos, pedindo-lhes que classificassem o conjunto de doenças em sérias, médias ou sem importância.

A segunda condição para este estudo era a identificação de uma medida para fazer variar a oferta de recursos. As camas de cirurgia geral serão ocupadas com doentes provenientes de duas fontes: urgências e listas de espera. Steele seleccionou a admissão em listas de espera como fonte de oferta de camas, para o que seria necessário que as admissões das urgências e as admissões das listas de espera estivessem correlacionadas negativamente (o coeficiente de correlação encontrado foi de 0,7 para dados trimestrais).

Conforme Steele reconhece no estudo elaborado, considerou-se apenas o impacto marginal no nível de saúde, e não o "impacto marginal no nível de saúde por unidade monetária", como Culyer defende. A justificação para isso resultou de a identificação empírica do impacto marginal de variações na oferta necessitar do uso de um índice ordinal do comportamento de admissões baseado na prática corrente; julgou-se que este não toma em consideração as diferenças de custo dos recursos do tratamen-

to de diferentes tipos de doentes, até porque o médico tem pouco acesso a informações sobre custos. Se as implicações explícitas de diferentes custos fossem incluídas na análise, então seria possível que se verificasse uma ordenação diferente dos diagnósticos, em especial abaixo dos diagnósticos mais graves.

Nesse artigo Steele utiliza dados referentes a uma mesma região ao longo do tempo, em vez de realizar uma comparação inter-regiões, em parte para evitar a questão sobre se existirá, ou não, um consenso entre diferentes regiões em relação à ordenação das necessidades. Contudo, como ele próprio afirma, a aplicação desta metodologia a um contexto regional é semelhante, procedendo-se, em teoria, a uma transferência de recursos até o ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões fossem iguais para iguais modificações na oferta; desta forma, os recursos seriam transferidos das regiões em que a elasticidade de resposta à modificação da oferta fosse mais baixa para regiões em que existissem elevados valores de elasticidade.

Em síntese, no estudo anteriormente descrito, no momento de admissão, as admissões marginais reflectem tanto as necessidades como a oferta: o que se está a medir é a elasticidade da resposta de admissões de diagnósticos mais graves a modificações na oferta. Quando se operam transferências entre regiões, existirá uma transferência de recursos até o ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões forem iguais para iguais modificações na oferta.

A generalização desta metodologia aos serviços de cuidados de saúde primários levou Giraldes (1987c) a propor que se considere o padrão de morbilidade das diversas regiões de um país em que a oferta seja traduzida pelo acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico transformados em recursos financeiros. Processar-se-á uma transferência de recursos entre regiões até o ponto em que as elasticidades de resposta às doenças com maior prioridade forem iguais para iguais modificações na oferta, tal como consta da Figura 6.

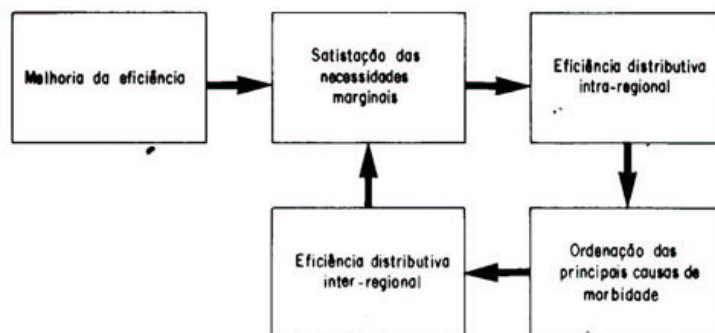
Pode-se, no entanto, considerar que o objectivo que um estudo deste tipo se propõe é alcançar a eficiência distributiva na distribuição de recursos de saúde nos níveis intra-regional e inter-regional (Figura 7).

FIGURA 6
Elasticidade na Satisfação de Necessidades de Maior Prioridade

$\frac{\Delta x}{x}$ Morbidade	Acréscimo na satisfação de necessidades de doenças de maior prioridade
$\frac{\Delta y}{y}$ Oferta	Acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico, traduzido em recursos financeiros

Fonte: Giraldes (1987c)

FIGURA 7
Esquema de Distribuição de Recursos Baseada na Eficiência Distributiva



Fonte : Giraldes (1987c).

Esta perspectiva de abordagem exige que se proceda a uma ordenação das causas de morbilidade segundo um determinado critério de fixação de prioridades. No exemplo anteriormente descrito procedeu-se a uma ordenação de diagnósticos de doenças, realizada por médicos, tendo-se pedido que classificassem um conjunto de doenças em sérias, médias ou sem importância. Na proposta realizada em Giraldes (1987) substituiu-se essa ordenação das doenças, realizada por médicos, por outra, feita por indivíduos da população em geral, a quem é pedido que ordenem as utilidades (termo técnico económico para satisfação) resultantes dessas doenças.

Aspectos Fundamentais	Redistribuição de recursos baseada na equidade: a proposta para os cuidados de saúde primários	Redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica: o exemplo dos cuidados de saúde diferenciados	Redistribuição de recursos baseada na eficiência distributiva
<p>Conceito</p>	<p>Baseia-se num <i>conceito de equidade</i> correspondente à igualdade de <i>inputs per capita</i> para iguais necessidades.</p>	<p>Baseia-se num <i>conceito de eficiência técnica</i>, tendo em vista um aumento da produtividade no funcionamento dos hospitais, incentivando o aumento da rotação de camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis</p>	<p>Baseia-se num <i>conceito de equidade</i> correspondente à igualdade de satisfação de necessidades marginais. Admite-se que a equidade será alcançada se cada distrito deixar de tratar a mesma necessidade especial se tiver um corte orçamental da mesma importância, o que pressupõe que os distritos dêem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumenta a eficiência.</p>
<p>Âmbito</p>	<p>Realiza uma estimativa das necessidades da população em relação à totalidade da população residente ao nível distrital.</p> <p>Abrange as quatro principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde primários: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.</p>	<p>A perspectiva não é a da população e suas necessidades, mas sim a dos serviços prestadores.</p> <p>Abrange as principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde diferenciados: internamento; consultas, urgências e meios complementares de diagnóstico; alimentação, administração geral, serviços específicos.</p>	<p>Abrange apenas a parcela da população que declarou morbilidade, segundo o INS.</p> <p>Abrange apenas as actividades curativas e as transferências para o sector privado, que lhe estão associadas, no âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários.</p>

(continua)

(continuação)

<p>Método de Avaliação das Necessidades</p>	<p>A avaliação das necessidades relativas dos distritos é realizada tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indiretamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde.</p>	<p>Não procede à avaliação das necessidades da população.</p>	<p>A avaliação das necessidades baseia-se no padrão de morbilidade e na cobertura por serviços de saúde que lhe está associada, traduzida pelos recursos financeiros atribuídos a cada doença (correspondentes ao consumo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico).</p>
<p>Método de Redistribuição</p>	<p>A estrutura da despesa determinada segundo o processo de avaliação das necessidades é aplicada à verba disponível, em cada ano, por principais áreas da despesa, o que conduz à terminação da "despesa ideal", resultante do somatório das quatro áreas de despesa determinadas.</p> <p>A diferença entre a distribuição ideal da despesa assim obtida e a distribuição real vai-se atenuando progressivamente segundo taxas de acréscimo (ou decréscimo) fixadas segundo a distância a que se encontrem da meta a alcançar.</p>	<p>Se o resultado da aplicação dos critérios é um valor que se situa abaixo do mínimo fixado para o hospital, o valor financiado é esse mínimo.</p> <p>Se o valor da aplicação dos critérios se situa no intervalo, é atribuído o valor da aplicação dos critérios.</p> <p>Se o valor da aplicação dos critérios se situa acima do máximo fixado para o hospital, o valor financiado é este máximo [(ver Mantas <i>et al.</i> (1988)].</p>	<p>Efetuar-se-á uma transferência de recursos dentro de cada região e inter-regiões (eficiência distributiva) em relação às principais causas de morbilidade e segundo a ordenação de prioridades previamente estabelecida.</p> <p>Baseia-se no pressuposto de idêntica ordenação das prioridades entre as diversas regiões.</p>

Proceder-se-á a essa medição de utilidades segundo um questionário baseado no *rating scale*, de acordo com a metodologia referida, designadamente em Torrance (1986), para ser aplicada no domínio da saúde.

VII.5 - Conclusões

A análise comparativa das alternativas anteriormente descritas em relação à distribuição de recursos num sistema de saúde público poderá ser realizada com recurso a quatro aspectos fundamentais: o conceito que se encontra subjacente nessa redistribuição; o âmbito; o método de avaliação das necessidades; e o método de redistribuição (ver quadro).

Na perspectiva do conceito implícito nas diversas alternativas de redistribuição de recursos, parece não haver dúvidas de que o processo teoricamente mais correcto seja o que promove a eficiência distributiva, na medida em que é aquele que maximiza o bem-estar social.

Se este aspecto se pode considerar pacífico, não se pode esquecer, no entanto, que este método é de difícil aplicação prática de forma a abranger a totalidade da população ou o conjunto de actividades abrangidas pelos serviços de saúde primários (designadamente, será de difícil aplicação à distribuição de recursos em actividades preventivas).

É, portanto, um método que deve ser utilizado pontualmente, e não de forma universal, e que apresenta um âmbito restrito.

Se atendermos ao âmbito, será sem dúvida a proposta apresentada para a distribuição da despesa nos serviços de cuidados de saúde primários aquela que permite abranger a totalidade da população e as principais áreas de intervenção dos serviços.

O método de avaliação das necessidades difere ainda entre o primeiro e o terceiro processos de redistribuição de recursos, enquanto que no segundo, por basear-se na eficiência dos serviços prestadores, não se procede a essa avaliação. A principal diferença entre aqueles dois processos está directamente associada ao âmbito de cada uma daquelas alternativas de distribuição de recursos e deriva, ainda, da preocupação com a introdução de uma perspectiva socioeconómica (utilização de um indicador de rendimento na distribuição de recursos em actividades preventivas), ou de se ter contemplado a perspectiva do estoque de saúde ou do

capital humano que existe na proposta apresentada para os serviços de cuidados de saúde primários.

O método de redistribuição não oferece problemas operacionais em nenhum dos casos. O único problema resultará, eventualmente, do pressuposto em que se baseia o terceiro método: idêntica ordenação das prioridades entre as regiões.

Em síntese, considera-se que a eficiência técnica, só por si, não deve presidir uma distribuição de recursos num sistema de saúde público. Haverá pois que conjugar o objectivo de eficiência que preside a distribuição de recursos em serviços de cuidados de saúde diferenciados com um *plafond* financeiro máximo definido para cada distrito, segundo um princípio de equidade.

O objectivo de equidade correspondente a uma igualdade de *inputs* para iguais necessidades, que preside a proposta de distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários, parece ser o mais adequado no momento actual. Haverá que realizar esforços no sentido de vir a aplicar esta proposta igualmente aos serviços de cuidados de saúde diferenciados, sob pena de se verificarem transferências de serviços indesejáveis entre os dois subsistemas, que têm os seus custos do ponto de vista quer do bem-estar do utente, quer das ineficiências geradas no funcionamento do SNS devido às transferências de procura.

Deixam-se, no entanto, alguns contributos para uma posterior investigação no sentido da operacionalização de critérios de distribuição da despesa baseados em princípios de eficiência distributiva, que, segundo se julga, serão extremamente úteis quando aplicados a casos específicos de âmbito restrito.

Bibliografia

- BIRCH, S. e MAYNARD, A. *The RAWP review: rawping primary care in the United Kingdom*. University of York, Centre for Health Economics, 1986. (Discussion Paper, 19)
- CULYER, A.J. *The Political economy of social policy*. — Oxford: Martin Robertson, 1980.

- GIRALDES, M.R. A Equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos.: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 5, n. 3-4, Jul.-Dez. 1987a.
- GIRALDES, M.R. Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários. — São Paulo: ENSP, dez. 1987b. (Tese para concurso a professora auxiliar de economia da saúde da ENSP)
- GIRALDES, M.R. *Eficiência interna e distributiva na utilização de recursos de saúde: análise regional baseada no inquérito nacional de saúde 1987*. — São Paulo: ENSP, 1987c. (Protocolo de um projecto de investigação apresentado a concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde)
- GIRALDES, M.R. A Equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal: A perspectiva do capital humano. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 6, ns. 1-2, p. 85-94, jan./jun. 1988a.
- GIRALDES, M.R. Equidade e despesa em saúde. *Estudos de Economia*, v. 8, n. 4, p. 365-388, 1988b.
- GRÃ-BRETANHA. Department of Health and Social Security. *Sharing resources for health in England*. Report of the Resource Allocation Working Party. — Londres: Department of Health and Social Security, 1976.
- GRÃ-BRETANHA. Scottish Home and Health Department. *Scottish health authorities revenue equalisation*. Report of the Working Party on Revenue Resource Allocation. — Edinburgh, 1977.
- LE GRAND, J. *The strategy of equality*. Redistribution and the social services. — Londres: George Allen & Unwin, 1982.
- LE GRAND, J. *Equity, health and health care*. Conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, May 1988.
- LUDBROOK, A. *Regional equity*. Where next? A critical appraisal of RAWP. — Aberdeen: University of Aberdeen, HERU, 1985. mimeo
- MANTAS, A.; SILVA E Sá, J., TRANQUADA, S.; SILVA, F. e ROQUE DOS SANTOS, M. Financiamento hospitalar: implemen-

tação de critérios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n. 2, p. 19-26, abr./ jun. 1985.

MANTAS, A.; COSTA, C. e RAMOS, F. *Financiamento hospitalar: que contributo para a equidade? O caso português*. Comunicação apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde. — Gran Canaria, Mai. 1988.

MAYNARD, A. *Financing the U.K.* — London: National Health Service, 1986. mimeo

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. Inequality, the National Health Service and Health Policy. *Journal of Public Policy*, v. 2, n.2, p. 97-116, 1982.

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. The Allocation of health care resources in the United Kingdom. — London: *Health and Welfare States of Britain*, 1983.

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. *Budget allocation in the National Health Service*. 1983. mimeo

MCGUIRE, A; HENDERSON, J. e MOONEY, G. *The Economics of health care: an introductory text*. — Londres: Routledge & Kegan Paul, 1988.

MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, v.4, n. 1, p. 179-184, 1983.

PATON, C. The Policy of resource allocation and its ramifications. — Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.

PEREIRA, J.; CORTÊS, M.F.; CAMPOS, A.C. e COSTA, C. *Equidade geográfica no sistema de saúde português*. Comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde. — Lisboa, 1985.

RAWLS, J. *A Theory of justice*. — Oxford: Oxford University Press, 1972.

STEELE, R. e DINGWALL-FORDYCE, I. *Marginal met need: a new regional resource allocation method?* Health Economics Research Unit. University of Aberdeen, Department of Community Medicine and Political Economy. 1979. (Discussion Paper n. 5/79, 12 p.)

- STEELE, R. Marginal met need and geographical equity in health care. *Scotish Journal of Political Economy*, v. 28, p. 186-195, june 1981.
- STEELE, R. e DINGWALL-FORDYCE, I. Equity and equal opportunity for treatment. *Hospital and Health Services Review*, p. 3, May 1983.
- TORRANCE, G.W. Measurement of health state utilities for economic appraisal, a review. *Journal of Health Economics*, n. 5, p. 1-30, 1986.
- WILES, R. A critical guide to health service resource allocation in London. — London: The Greater London Council, 1984.