

## Distribuição de recursos num sistema de saúde público\*

### 1. INTRODUÇÃO

Dois princípios fundamentais constituem alternativas com vista à distribuição de recursos num sistema de saúde público: 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, através de 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)].

Desde o princípio da década de 1980 que economistas da saúde do Reino Unido se têm 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; 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).

---

\* Comunicação apresentada ao I Congresso Internacional de Saúde e Protecção Sanitária das Populações, realizado na Madeira em Outubro de 1989. Trabalho de investigação realizado no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública, com vista a preparar o concurso para professora auxiliar.

Le Grand (1988), muito recentemente, 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 no que diz respeito 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, também recentemente, evidenciar de novo [tal como Culyer (1980)] a teoria da justiça de Rawls (1972) como oferecendo uma solução para determinar o papel da justiça nas funções de utilidade dos indivíduos, com referência aos cuidados de saúde.

Chamam a atenção, nomeadamente, para três aspectos: o facto de se basear na teoria do «maxmin», ou seja, de considerar como justa a ideia 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; 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 dizer-se, segundo estes autores, que, em certa medida, se incluem nos três últimos aspectos.

Pereira (1988), também muito recentemente, fez uma aplicação da teoria das capacidades básicas de Sen (1980, 1985) ao sector saúde e sugere que o estado de saúde dependerá da «capacidade de funcionamento» que o indivíduo tiver disponível (capacidade de trabalho, de gozar os tempos livres, etc.); essas capacidades são, por seu lado, determinadas por bens (como cuidados de saúde, educação, alimentação) ou pelas características desses bens (eficácia clínica, conhecimento de estilos de vida saudáveis, etc.). Além disso, as características dos bens estão relacionadas com «factores ambientais» e «características pessoais». E conclui que a igualdade de capacidades implica igual acesso à saúde, defendendo um conceito de *equidade de acesso*.

Não teríamos dúvidas em defender uma abordagem conceptual deste tipo ao nível da «utopia» quando todos os bens que afectam a saúde estivessem igualmente distribuídos, não existindo qualquer tipo de diferenciação de classe, de nível de rendimento, de educação, etc. No estágio actual de desenvolvimento, por um lado, conhecidas que são as diferenças de nível de saúde entre diferentes grupos socioeconómicos e a aptidão diversa para tomarem a iniciativa de recorrer a serviços de saúde e, por outro lado, dadas as características específicas do sector dos serviços de saúde, tão bem conhecidas, como a procura ser induzida pelo médico, o desconhecimento do mercado pelo consumidor, entre outros, não nos parece que seja este o enquadramento teórico mais adequado para uma intervenção ao nível da distribuição de recursos no sector saúde.

Nesse sentido, não pode deixar de se defender a existência de uma *discriminação positiva*, que conduz a um conceito de *equidade de acesso para iguais necessidades* e que, no caso dos c. s. p., 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, indo ao encontro dos utentes de grupos em risco e possibilitando, 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 *maximin*», 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 [cf. 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 porém, têm sido diversos os princípios que têm presidido efectivamente, entre nós, à 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 artigo, caracterizar sumariamente a proposta de redistribuição de recursos apresentada recentemente 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*.

## 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 recentemente apresentada para a redistribuição da despesa no âmbito dos cuidados de saúde primários [cf. Giraldes (1987) — «Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários»] baseia-se na igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, segundo uma metodologia semelhante utilizada no Reino Unido e que, introduzida em Inglaterra (Rawp), em 1976, veio posteriormente a ser aplicada na Escócia (Share), País de Gales (Scraw) e Irlanda do Norte (Parr) [cf. 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 seguintes três critérios, segundo consta da fig. 1 [cf. em Giraldes (1987) — «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos» uma descrição mais detalhada dos critérios por áreas de despesa]:

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

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 de serviços de saúde varie igualmente com o sexo — sendo a mulher uma maior consumidora de serviços curativos em ambulatório e o homem de mais de 65 anos um maior consumidor dos serviços de internamento em hospitais concehios —, pode considerar-se este aspecto como marginal em relação à distribuição da despesa operada segundo este critério.

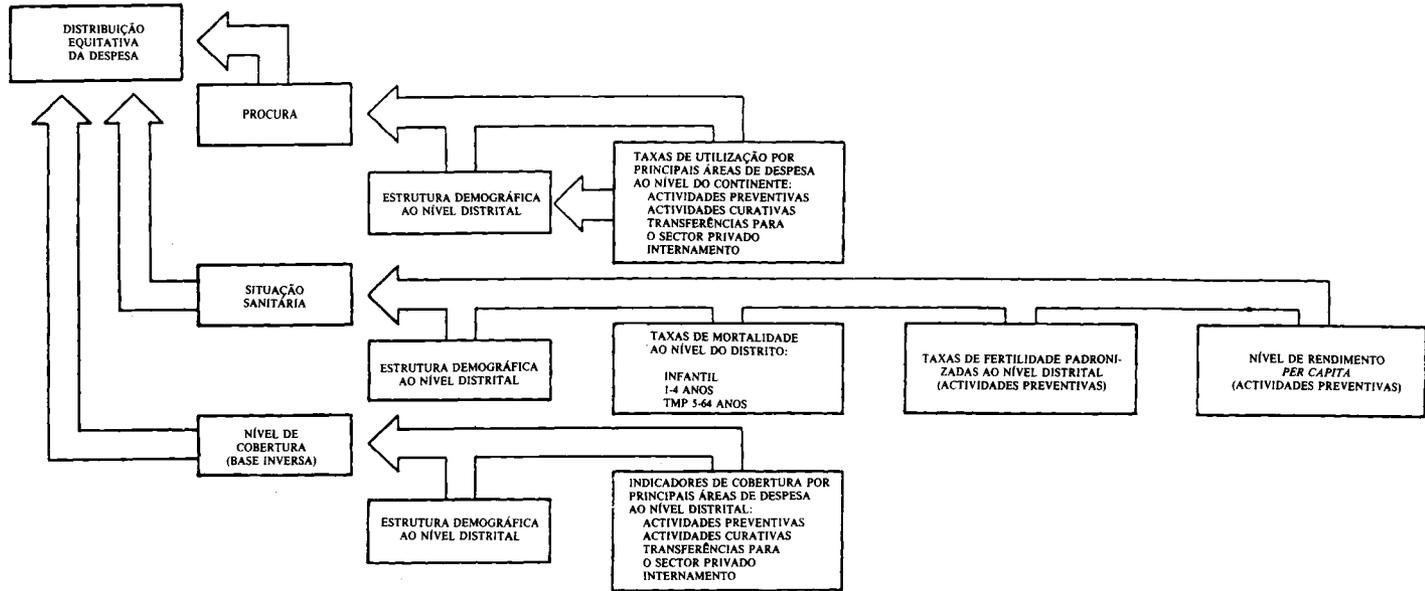
No *critério da situação sanitária* procede-se a uma distribuição da despesa em função da situação de saúde relativa dos distritos, admitindo-se que será desejável a atribuição de um maior financiamento aos distritos com pior situação sanitária.

Procede-se à diferenciação da situação de saúde em função da taxa de mortalidade infantil (população de idade < 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, igualmente na área preventiva, consoante 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 consequências muito diferentes das ocasionadas por uma doença comparável sofrida por um membro de uma família de baixos rendimentos, numa

FIGURA 1  
 Esquema de distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde primários em Portugal



Fonte: Giraldes (1988), *Equidade e Despesa em Saúde*.

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 que os serviços de saúde se substituam a 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 que, se um distrito tem uma 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 [cf. Giraldes (1988) — «A equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal. A perspectiva do capital humano», para uma análise mais aprofundada do critério da cobertura por serviços de saúde].

Não tendo tido os serviços de cuidados de saúde primários, até ao 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 a muito curto prazo.

### 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 através da 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 forem superiores ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos.

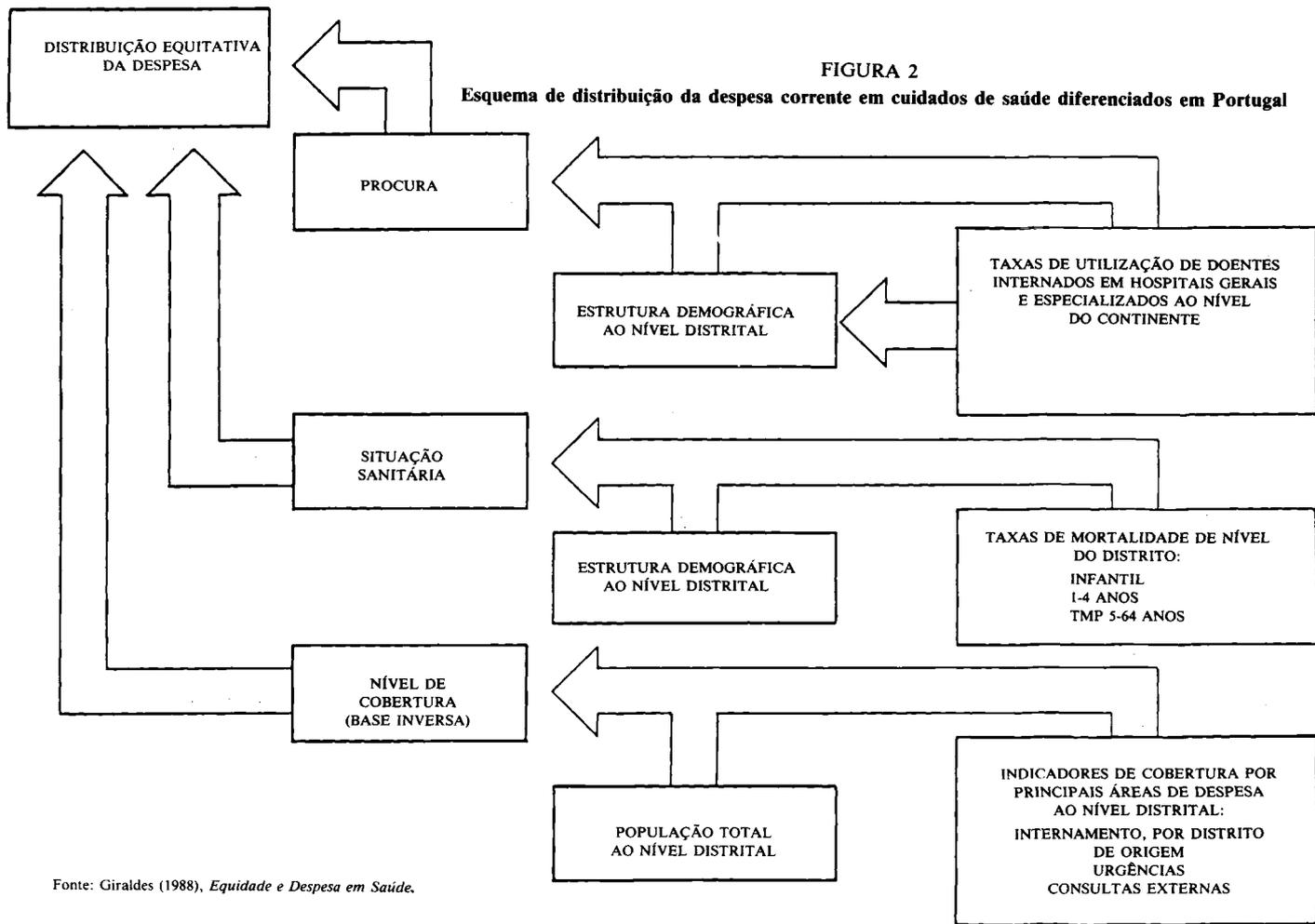
Daqui se deduz que qualquer processo de redistribuição da despesa baseado na *eficiência técnica* tem apenas por objectivo recompensar os serviços prestadores que demonstrem ser mais produtivos e não se preocupa com a finalidade última desses serviços, ou seja, a medida em que estão a satisfazer as necessidades da população, traduzidas pela respectiva dimensão e estrutura demográfica, assim como pelo seu padrão de morbilidade.

É exemplo deste processo de redistribuição de recursos a forma como se tem vindo a processar o financiamento dos serviços de cuidados de saúde diferenciados 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, incentivando 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 recentemente que o sistema de financiamento, apesar de apontar como seu objectivo primordial a *eficiência técnica*, dispôs de flexibilidade suficiente para não impedir a perseguição do objectivo de *equidade* do SNS, dando como justificativo desta afirmação o facto de no período de 1980-86 se terem atenuado as desigualdades geográficas inter-districtais. 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 através de 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, através de 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 fig. 2, proposta que aqui se deixa [cf., para uma análise mais detalhada, Giraldes (1987) — «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos»].



Fonte: Giraldes (1988), *Equidade e Despesa em Saúde*.

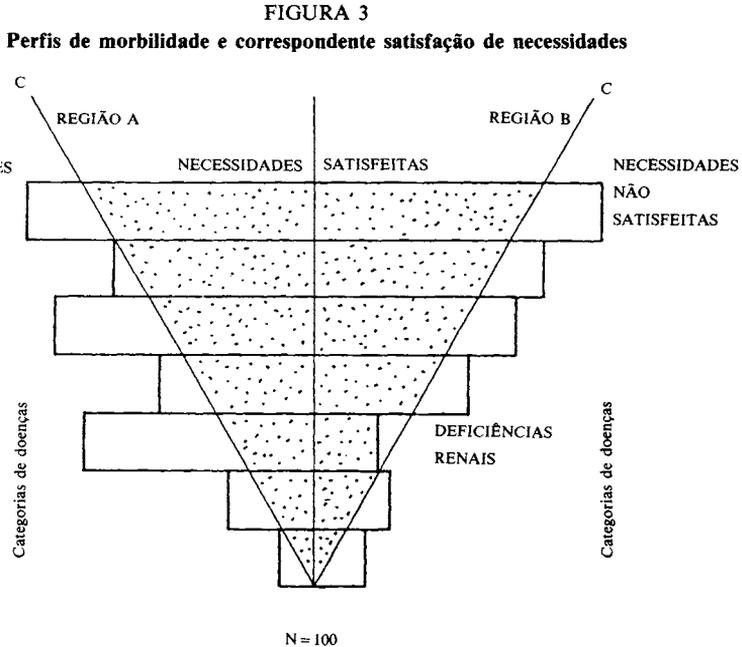
4. REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS BASEADA NA EFICIÊNCIA DISTRIBUTIVA: ALGUNS CONTRIBUTOS PARA UM DESENVOLVIMENTO FUTURO

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 o SNS quisesse ser eficiente no sentido da *eficiência distributiva*, os recursos de saúde seriam destinados a satisfazer aquelas necessidades que apresentassem um maior rendimento por unidade monetária. À medida que se dispusesse de mais recursos, estes seriam destinados à prioridade seguinte, o que conduziria a que uma região sobrefinanciada destinaria recursos à satisfação de necessidades mais prioritárias numa região subfinanciada. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumentaria a *eficiência distributiva* e tornaria a situação mais *equitativa*.

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 de satisfação de uma determinada parcela dessas necessidades, consoante os recursos disponíveis.

Steele e Dingwall-Fordyce (1983) exemplificaram-no tomando em consideração duas regiões, A e B, que têm perfis de morbilidade muito diferentes, mas as mesmas necessidades totais (fig. 3). Se se satisfizerem 70 %

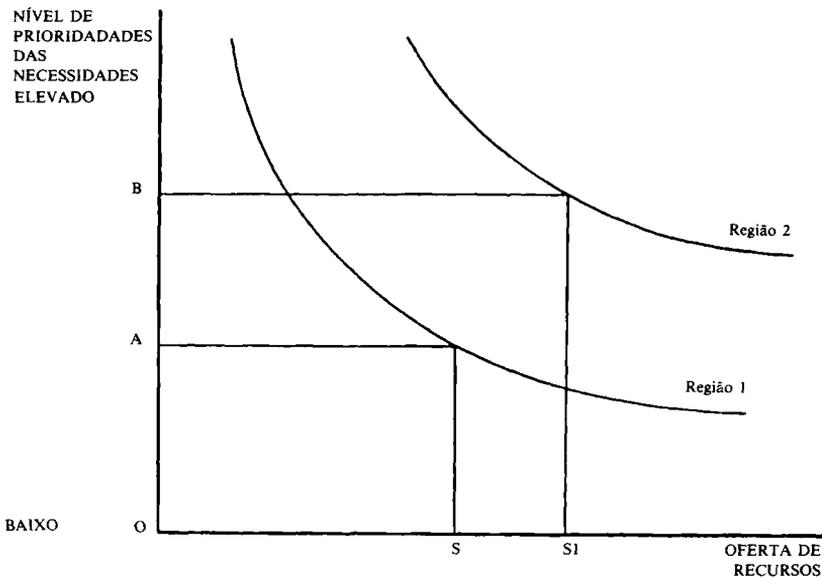


dessas necessidades, cada região satisfará as necessidades traduzidas pelo vector C; no entanto, na medida em que os perfis de morbilidade diferem, as populações das regiões A e B não têm uma capacidade idêntica de tratamento para pessoas em igual risco. Por exemplo, todos os problemas de mau funcionamento renal serão tratados na região B, enquanto na região A serão tratados menos de 50 %, o que fará que um indivíduo com deficiência renal da região A não tenha a mesma oportunidade de satisfação das suas necessidades que um indivíduo da região B.

Na fig. 4 exemplifica-se a necessidade de transferência de recursos entre duas regiões com vista a atingir-se uma idêntica satisfação das necessidades marginais. Com os recursos OS, a região 1 pode satisfazer necessidades até ao 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 OS, consegue satisfazer necessidades até ao nível de prioridade 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, se deve operar uma transferência da região 1 para a região 2, por forma que se alcance em ambas as regiões o mesmo nível de satisfação das necessidades marginais.

Verifica-se, através deste processo de redistribuição de recursos, uma satisfação das necessidades de maior prioridade, mantendo-se fixo o orçamento disponível, à custa, portanto, de um mais efectivo uso dos recursos.

FIGURA 4  
Nível de satisfação das necessidades marginais



Esta nova proposta, aplicada até ao momento apenas a título experimental por Steele (1981), carece de aprofundamento, pelo que aqui se deixa apenas um contributo para um desenvolvimento futuro.

## 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 (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 cuidados 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 no segundo, devido a 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 *stock* 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 a uma distribuição de recursos num sistema de saúde público. Haverá pois que conjugar o objectivo de *eficiência* que preside à 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 à proposta de distribuição de recursos

### Análise comparada entre alternativas de distribuição de recursos num sistema de saúde público

	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: projecto de investigação futura
Conceito	Baseia-se num <i>conceito de equidade</i> correspondente à igualdade de <i>inputs per capita</i> para iguais necessidades.	Baseia-se num conceito de <i>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.	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 específica 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 <i>eficiência distributiva</i> .
Âmbito	Realiza uma estimativa das necessidades da população em relação à totalidade da população residente ao nível distrital. Abrange as quatro principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde primários: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.	A perspectiva não é a da população e suas necessidades, mas sim a dos serviços prestadores. Abrange as principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde diferenciados: internamento; consultas, urgências e meios complementares de diagnóstico; alimentação; administração geral, serviços específicos.	Abrange apenas a parcela da população que declarou morbilidade, segundo o INS. 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.
Método de avaliação das necessidades	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 indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde (a perspectiva do capital humano).	Não procede à avaliação das necessidades da população.	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).
Método de redistribuição	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 determinação da «despesa ideal», resultante do somatório das quatro áreas de despesa determinadas. 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.	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. Se o valor da aplicação dos critérios se situa no intervalo, é atribuído o valor da aplicação dos critérios. Se o valor da aplicação dos critérios se situa acima do máximo fixado para o hospital, o valor financiado é este máximo. [Cf. Mantas <i>et al.</i> (1988)].	Efectuar-se-á uma transferência de recursos dentro de cada região (eficiência técnica) e inter-regiões (eficiência distributiva) em relação às principais causas de morbilidade e segundo a ordenação de prioridades previamente estabelecida. Baseia-se no pressuposto de idêntica ordenação das prioridades entre as diversas regiões.

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*, Centre for Health Economics, University of York, Discussion Paper 19, 1986.
- 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», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 5, n.ºs 3-4, Julho-Dezembro de 1987.
- *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde Primários*, tese para concurso a professor auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Dezembro de 1987.
- *Eficiência Interna e Distributiva na Utilização de Recursos de Saúde. Análise Regional Baseada no Inquérito Nacional de Saúde 1987*, Dezembro de 1987, ENSP (protocolo de um projecto de investigação apresentado a concurso para professor auxiliar de Economia da Saúde).
- «A equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal.
- «A equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal. A perspectiva do capital humano», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 6, n.ºs 1-2, Janeiro/Junho de 1988, pp. 85-94.
- «Equidade e despesa em saúde», in *Estudos de Economia*, Vol. VIII, n.º 4, 1988.
- 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. SCOTISH 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, 192 pp.
- *Equity, health and health care*, conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, Maio de 1988.
- LUDBROOK, A., *Regional equity — where next? A critical appraisal of RAWP*, Aberdeen, University of Aberdeen, HERU, 1985 (mimeog.).
- MANTAS, A., SILVA E SÁ, J., TRANQUADA, S., SILVA, F., e ROQUE SANTOS, M., «Financiamento hospitalar: implementação de critérios», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Abril/Junho, 2, 1985, pp. 19-26.
- 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, Maio de 1988.
- MAYNARD, A., *Financing the U. K. National Health Services*, s. l. n. e., 1986 (mimeog).
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A., «Inequality, the National Health Service and Health Policy», in *Journal of Public Policy*, 2 (2), 1982, pp. 97-116.
- «The allocation of health care resources in the United Kingdom», in *Health and Welfare States of Britain*, s. l. n. e., 1983.
- *Budget allocation in the National Health Service*, s. l. n. e., 1983 (mimeog).

- 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», in *Effective Health Care*, 1 (4), 1983, pp. 179-184.
- PATON, C., *The policy of resource allocation and its ramifications*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres, 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, Maio de 1985.
- PEREIRA, J., *The economic interpretation of equity in health and health care*, conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, Maio de 1988.
- RAWLS, J., *A theory of justice*, Oxford, Oxford University Press, 1972.
- SEN, A. K., «Equality of what?», in *Choice, welfare and measurement*, Basil Blackwell, Oxford, 1982, pp. 353-369.
- *Commodities and Capabilities*, Amsterdão, North Holland, 1985.
- STEELE, R., «Marginal met need and geographical equity in health care», in *Scottish Journal of Political Economy*, 28 (2), Junho de 1981, pp. 186-195.
- STEELE, R., e DINGWALL-FORDYCE, I., «Equity and equal opportunity for treatment», in *Hospital and Health Services Review*, Maio de 1983, 3 pp.
- WILES, R., *A critical guide to health service resource allocation in London*, The Greater London Council, 1984.