

Equidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes?

MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

Introdução: o conceito de equidade de utilização de serviços de saúde de acordo com as necessidades é, em nossa opinião, o mais perfeito conceito de equidade.

No presente artigo aplica-se este conceito e procede-se à respectiva ponderação em função da satisfação do consumidor.

Métodos: utilizou-se como medida de quantificação das necessidades em saúde o número total de episódios de morbilidade, a nível regional, declarados no Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 em relação à respectiva população inquirida.

Os indicadores de utilização de serviços de saúde seleccionados são o número de consultas médicas, de análises e de radiografias, nos últimos três meses, por regiões, em relação à população inquirida no INS 1995/96. Utilizou-se como indicador de satisfação do utente a opinião deste em relação a consultas médicas realizadas em centros de saúde, hospitais e maternidades públicos.

A população residente, a nível regional, foi ponderada em função da morbilidade e dos indicadores de utilização acima referidos.

Resultados: a satisfação com as consultas médicas é maior em hospitais do que em centros de saúde. O valor máximo é o da Região de Lisboa, com 69 % relativamente a hospitais, enquanto a Região do Algarve, com 46 %, apresenta o valor mínimo no que respeita a centros de saúde.

Realizou-se um ensaio de aplicação deste método de distribuição de recursos, a nível regional, o qual demonstrou

que deverá existir uma discriminação positiva nas Regiões Norte, do Alentejo e do Algarve, devido a um baixo nível de utilização e de satisfação do utente com os serviços de saúde.

Conclusões: apresenta-se uma proposta de distribuição de recursos de saúde, a nível regional, que tem em consideração a estrutura da população, por sexos, o nível de morbilidade e a satisfação do consumidor com a prestação de serviços de saúde, sendo este último aspecto inovador em relação a métodos anteriores.

Introdução

A fundamentação teórica da melhor forma de proceder à distribuição de recursos entre várias vias alternativas de prestar cuidados de saúde tem sido uma preocupação de economistas da saúde em todo o mundo durante as últimas décadas (Rawls, 1972; Culyer, 1976; Le Grand, 1982).

Têm sido utilizados diversos critérios de distribuição de recursos baseados em princípios de eficiência e de equidade, ou numa tentativa de combinação de ambos, que consideram a população residente e seu nível de saúde, com vista à realização de uma discriminação positiva proporcional às necessidades (Reino Unido, 1976, 1977; Buxton e Klein, 1978; Maynard, 1981; Wiles, 1984; Ludbrook, 1985; Birch e Maynard, 1986; Giraldes, 1988, 1991; Ritch, 1994; Whitehead, 1994). Por vezes considera-se igualmente o nível de utilização de serviços de saúde por grupos

□

Maria do Rosário Giraldes é professora auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

populacionais já alcançado, realizando-se então uma discriminação positiva de base inversa (Giraldes, 1991).

A eficiência distributiva é, sem dúvida, a forma mais correcta de proceder a uma distribuição de recursos financeiros em saúde, principalmente quando baseada num princípio de satisfação das necessidades marginais da população, que foi bem definido por Mooney (1983).

Este método de distribuição de recursos foi ensaiado em Portugal por Giraldes (1999).

Já muito se tem debatido sobre o conceito de equidade nas suas várias acepções. Parece existir um consenso generalizado de que o conceito de equidade mais preciso é o de equidade de utilização, embora o mais frequentemente expresso nos textos constitucionais seja o de equidade de acesso (Giraldes, 1997). Não se pretende retomar uma discussão que já vai longa, mas sim acrescentar algo de novo à teoria de distribuição de recursos que tem vindo a sedimentar-se neste domínio, baseada num princípio de equidade e num conceito de equidade de utilização.

O conceito de equidade de utilização pressupõe que exista um encontro entre a procura e a oferta. Não basta que exista equidade de acesso. Os serviços podem existir sem serem utilizados devido, por exemplo, a falta de informação. Também não é suficiente que a procura se manifeste, na medida em que existe procura expressa que não é satisfeita e que vem reflectir-se nas listas de espera. Apenas o conceito de utilização pressupõe um ponto de encontro entre a oferta e a procura.

Para que este conceito se torne ainda mais correcto poder-se-á introduzir uma nova componente: a componente de satisfação do utente.

Está-se, assim, a aperfeiçoar este conceito no sentido em que a equidade de utilização será mais adequadamente medida se se introduzir uma avaliação da satisfação do utente na apreciação que este realiza sobre os serviços prestados.

Haverá equidade de utilização quando as consultas médicas *per capita*, os dias de internamento *per capita*, as medidas preventivas, como a vacinação *per capita*, ou os meios complementares de diagnóstico (análises, RX, etc.) *per capita*, forem distribuídos equitativamente, a nível regional, segundo as necessidades (traduzidas pelo número de episódios de morbilidade) e simultaneamente seja idêntico o nível de satisfação manifestado pelo utente perante os serviços prestados.

Além de alguns ensaios aplicados, como, por exemplo, o RAWP ou o SHARE no Reino Unido, não é sempre clara a razão pela qual a utilização de TMP é preferida à de indicadores de morbilidade, devido ao facto de a maioria dos episódios de morbilidade,

que necessitam de tratamento não darem origem a óbitos (Ferrer, Moore e Stevens, 1977; Forster, 1978).

Uma das razões para a selecção de indicadores de mortalidade, em vez de indicadores de morbilidade, dever-se-á à falta de dados fiáveis de morbilidade a nível regional.

A base de dados do Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 proporciona-nos não só uma amostra representativa, a nível regional, de episódios de morbilidade, em relação à população da amostra, como uma medida de necessidades, como, igualmente, as consultas, a satisfação obtida e os meios complementares de diagnóstico que lhes estão associados.

É o que se pretenderá fazer no presente artigo. Medir-se-á a equidade de utilização não só em termos tradicionais, mas também ponderando-a com o nível de satisfação dos utentes e, ao mesmo tempo, utilizando os episódios de morbilidade, em relação à população da amostra, como um indicador da relativização das necessidades existente a nível regional, em substituição de indicadores de mortalidade, como as TMP.

Com isto pretende-se dar um novo contributo para a metodologia de distribuição de recursos, a nível regional, através de um ensaio com base no conceito de equidade que nos é preferido: o de equidade de utilização.

Métodos

Utilizou-se como medida de quantificação das necessidades em saúde o número total de episódios de morbilidade, a nível regional, declarados no Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/96 em relação à respectiva população inquirida. Admite-se que esta medida do nível de saúde seja mais adequada e mais precisa do que a taxa de mortalidade padronizada (TMP) devido ao facto de grande parte da morbilidade declarada não vir a reflectir-se na mortalidade. Esta primeira correcção da população residente real em função da morbilidade, numa escala de zero a um, dá origem a uma primeira estrutura de distribuição da população, que contempla o número de episódios de morbilidade, em cada região.

Os indicadores de utilização de serviços de saúde seleccionados são o número de consultas médicas, de análises e de radiografias, nos últimos três meses, por regiões, ponderados pela população inquirida no INS 1995/96. As consultas médicas, as análises e radiografias respeitam tanto a centros de saúde como a hospitais.

Utilizou-se ainda um indicador de satisfação do utente com os serviços prestados pelo médico em

serviços de saúde, retirado igualmente do INS 1995/96. Essa opinião incidiu sobre os hospitais/maternidades públicos e sobre os centros de saúde em relação à população inquirida de 18 e mais anos que utilizou os serviços de saúde nos últimos três meses. As consultas médicas foram corrigidas com a satisfação do consumidor, numa escala de 0-1, por forma que, se a satisfação é 1 (consultas muito boas e boas), não existe necessidade de correcção. Se a satisfação é 0,5 (consultas razoáveis), então o número de consultas fica reduzido a metade, o que faz com que mais recursos sejam destinados àquela população, partindo do princípio de que, se a satisfação é baixa, isso deve-se à falta de qualidade dos serviços prestados, devido a um excessivo número de consultas/hora e a um ritmo de trabalho excessivo por parte do médico. Às consultas consideradas pelo utente como más ou muito más foi atribuído um valor nulo. Multiplicou-se o número total de consultas, por sexos, por esse factor de correcção, em cada região, procedendo-se só depois à sua ponderação com a população inquirida, por sexos, no INS 1995/96. O factor de utilização final considerado, numa escala de zero a um, resulta da média aritmética do índice relativo às consultas, corrigidas pela satisfação dos utentes, do índice das análises e do índice das radiografias. Obtém-se, assim, uma nova estrutura que resulta de uma segunda correcção da população residente real em função do nível de utilização, numa base inversa. Esta estrutura, igualmente numa escala de zero a um, dá origem a uma outra distribuição corrigida da população, que contempla o número de consultas médicas, de análises e de radiografias, em cada

região, por forma a privilegiar a população que tem um mais baixo volume de serviços públicos prestados. A estrutura média final resulta da média aritmética simples das duas estruturas de população anteriormente referidas, que combinam o número de episódios de morbilidade, a utilização e o grau de satisfação do utente com os serviços de saúde.

Resultados

A análise do número total de episódios de morbilidade nas duas últimas semanas anteriores à inquirição revela a existência de algumas assimetrias regionais, não muito grandes, tanto no sexo masculino como no feminino. O valor mínimo, nos homens, é de 165 0/00 na Região do Algarve em relação à população inquirida no INS 1995/96, enquanto o valor máximo é de 284 0/00 na Região Centro. Nas mulheres, o valor mínimo é, de novo, o da Região do Algarve (231 0/00), e o valor máximo tem lugar na Região do Alentejo (420 0/00). Convém ter presente que se trata de uma amostra, relativa à situação em duas semanas, que apenas reflecte a situação relativa regional de saúde da população (*Quadro I*). Estas assimetrias são ainda menores no que respeita aos indicadores de utilização seleccionados. O número de consultas médicas nos últimos três meses varia entre 0,3 consultas *per capita* na Região do Algarve e 0,5 na Região de Lisboa, para o sexo masculino, enquanto, no sexo feminino, o valor mínimo é, de novo, o da Região do Algarve, com 0,5 consultas, e

Quadro I
Número de episódios de morbilidade nas duas semanas anteriores à inquirição, no INS 1995/96, por todas as causas e por sexos, por regiões

Regiões	Número de episódios de morbilidade		0/00	
	H	M	H	M
Região Norte	1 498	2 205	217	290
Região Centro	1 358	1 906	284	363
Região de Lisboa e Vale do Tejo	1 733	2 639	267	372
Região do Alentejo	834	1 359	268	420
Região do Algarve	420	618	165	231

o valor máximo de 0,6 igualmente na Região de Lisboa (*Quadro II*).

As desigualdades são, porém, relativamente maiores no que respeita aos elementos complementares de diagnóstico. O número de análises *per capita* nos últimos três meses varia entre 0,14 análises na Região Norte e 0,23 na Região de Lisboa, no sexo masculino. No sexo feminino, os valores mínimo e máximo são igualmente na Região Norte, com 0,19,

e na Região de Lisboa, com 0,27 análises *per capita*, respectivamente (*Quadro III*).

O número de radiografias *per capita* é o indicador de utilização dos serviços de saúde que maiores desigualdades revela. No sexo masculino, o número de radiografias *per capita* nos últimos três meses varia entre 0,11 na Região Norte e 0,35 na Região Centro, enquanto, no sexo feminino, varia entre 0,12 na Região Norte e 0,2 na Região de Lisboa (*Quadro IV*).

Quadro II

Número de consultas médicas nos últimos três meses, por sexos, no INS 1995/96, por regiões

Regiões	Número de consultas médicas		0/0	
	H	M	H	M
Região Norte	2 827	4 032	40,9	53,0
Região Centro	2 224	3 055	46,5	58,2
Região de Lisboa e Vale do Tejo	3 103	4 270	47,8	60,2
Região do Alentejo	1 293	1 866	41,5	57,7
Região do Algarve	893	1 326	34,9	49,5

Quadro III

Número de análises nos últimos três meses, por sexos, no INS 1995/96, por regiões

Regiões	Número de análises		0/0	
	H	M	H	M
Região Norte	982	1 454	14,2	19,1
Região Centro	884	1 261	18,5	24,0
Região de Lisboa e Vale do Tejo	1 507	1 971	23,2	27,8
Região do Alentejo	584	826	18,7	25,5
Região do Algarve	413	587	23,0	21,9

Quadro IV

Número de radiografias nos últimos três meses, por sexos, no INS 1995/96, por regiões

Regiões	Número de radiografias		0/0	
	H	M	H	M
Região Norte	729	930	10,6	12,2
Região Centro	1 701	776	35,5	14,8
Região de Lisboa e Vale do Tejo	1 123	1 418	17,3	20,0
Região do Alentejo	399	536	12,8	16,6
Região do Algarve	273	336	10,7	12,6

A análise dos coeficientes de Gini confirma o que acima foi dito. Em relação à morbilidade os coeficientes de Gini são reduzidos, 0,0906 e 0,0992, respectivamente nos sexos masculino e feminino (*Quadro V*).

Os coeficientes de Gini relativos às consultas médicas são ainda mais baixos, 0,0726 e 0,0496, para os homens e para as mulheres.

Apenas nas análises clínicas, com valores de 0,1228 e 0,1122, respectivamente no sexo masculino e feminino, e, em especial, nas radiografias, com valores de 0,3348 e 0,1546, em cada um dos sexos, as assimetrias regionais são mais significativas.

A análise da opinião da população inquirida de 18 e mais anos que utilizou os serviços de saúde nos últimos três meses sobre os serviços prestados pelos médicos em hospitais/maternidades públicos demonstra uma situação muito favorável e muito semelhante entre as regiões (*Quadro VI*).

Essa opinião é igualmente muito semelhante quando analisada por sexos, embora as mulheres tenham tendência para assinalar níveis de satisfação mais elevados (ou mais baixos), correspondentes às situações extremas de muito boa ou má e muito má. Esta situação verifica-se em todas as regiões, com excepção das Regiões Norte e Centro, nas quais as opiniões são

Quadro V
Análise das desigualdades regionais na morbilidade e na utilização de serviços de saúde no INS 1995/96

Morbilidade e utilização de serviços no INS 1995/96	Coeficiente de Gini	
	H	M
Morbilidade		
Total de episódios de morbilidade nas duas semanas anteriores à inquirição	0,0906	0,0992
Utilização		
Consultas médicas nos últimos três meses	0,0726	0,0496
Análises nos últimos três meses	0,1228	0,1122
Radiografias nos últimos três meses	0,3348	0,1546

Quadro VI
População inquirida de 18 e mais anos que utilizou hospitais/maternidades públicos nos últimos três meses, por opinião que tem dos serviços prestados pelos médicos, no INS 1995/96, por regiões

Regiões	Hospitais/maternidades públicos Total					Hospitais Sexo masculino					Hospitais/maternidades públicos Sexo feminino				
	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau
Região Norte	94	483	258	46	12	33	153	93	17	6	61	330	165	29	6
Região Centro	60	482	234	50	8	23	182	90	22	3	37	300	144	28	5
Região de Lisboa	141	590	247	49	28	47	212	90	12	8	94	378	157	37	20
Região do Alentejo	38	266	120	19	7	12	97	41	7	1	26	169	79	12	6
Região do Algarve	4	152	63	21	6	1	66	31	8	1	3	86	32	13	5

totalmente coincidentes em ambos os sexos, mesmo nas situações extremas (*Figuras 1 a 5*).

Em todas as regiões a percentagem de satisfação dos utentes, considerada muito boa e boa, é superior a

Figura 1

Nível de satisfação da população inquirida que utilizou hospitais/maternidades públicos na Região Norte

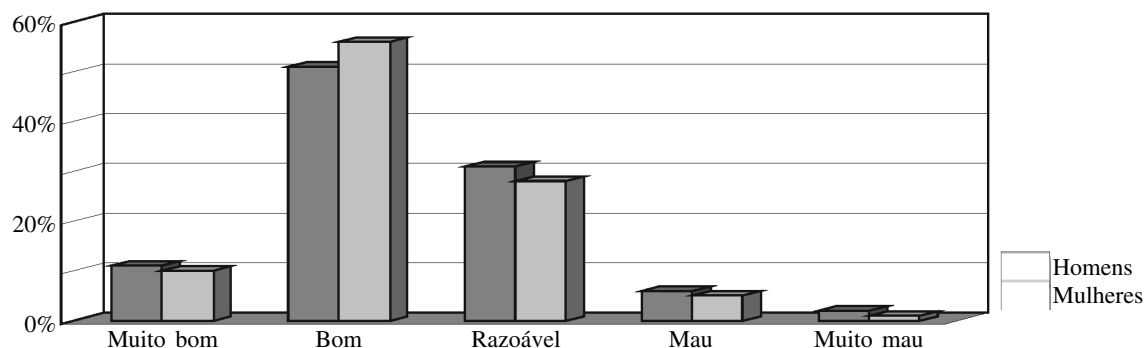


Figura 2

Nível de satisfação da população inquirida que utilizou hospitais/maternidades públicos na Região Centro

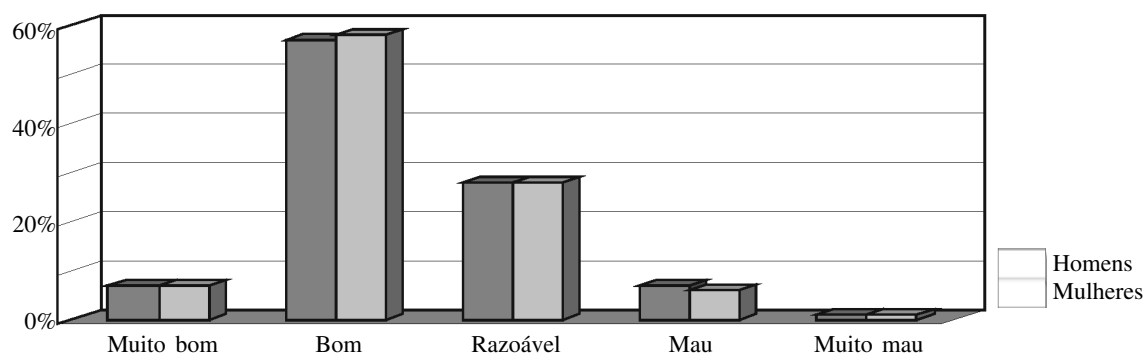
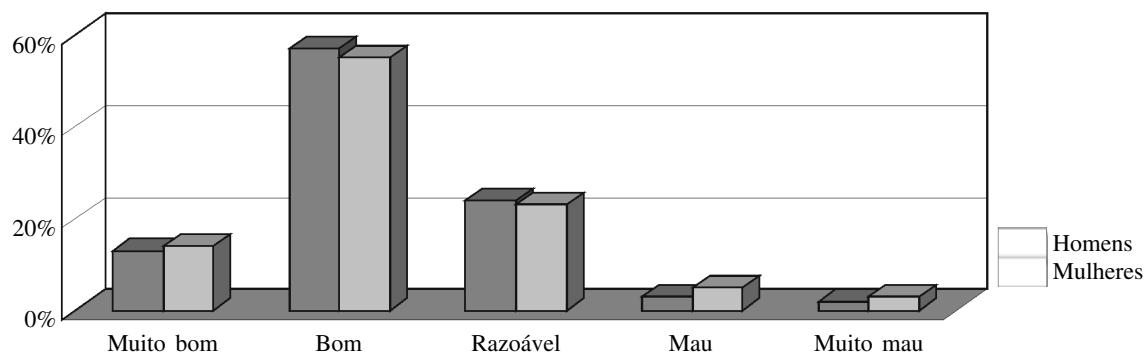


Figura 3

Nível de satisfação da população inquirida que utilizou hospitais/maternidades públicos na Região de Lisboa



60%. A percentagem mais elevada é a da Região de Lisboa (69%), enquanto a percentagem mais baixa é a do Algarve (63%). Com uma opinião considerada muito má e má, a percentagem não excede os 11%, que surgem na Região do Algarve.

O nível de satisfação da população que utilizou os centros de saúde nos últimos três meses, não é tão favorável como a relativa aos hospitais públicos, mas é igualmente muito semelhante inter-regiões (*Quadro VII*). A situação é idêntica quando se analisa por sexos. Tal como se verificava no caso dos hospitais/maternidades

Figura 4
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou hospitais/maternidades públicos na Região do Alentejo

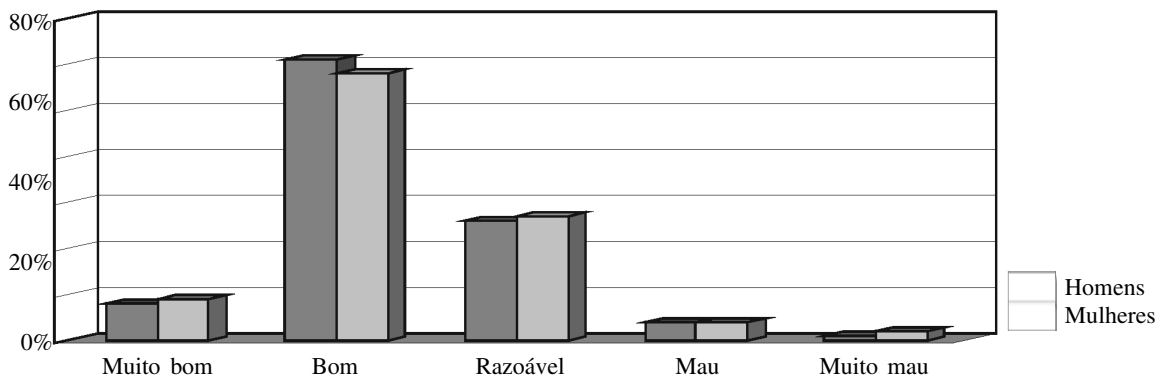
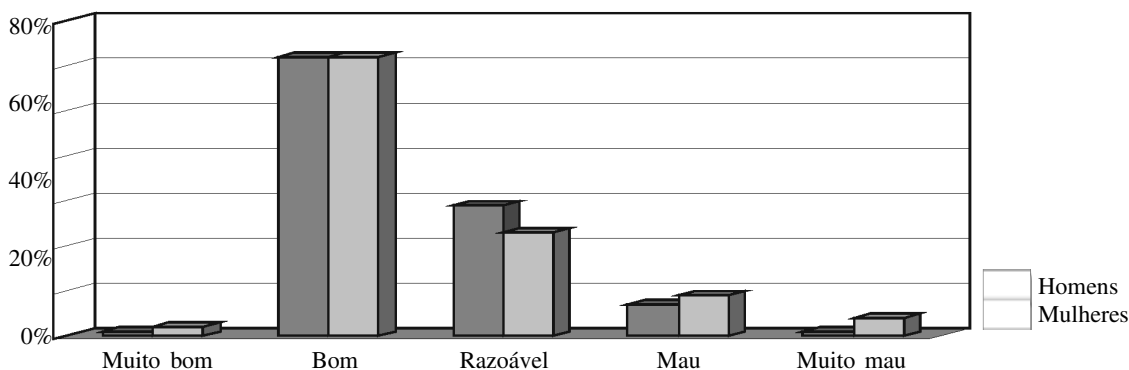


Figura 5
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou hospitais/maternidades públicos na Região do Algarve



Quadro VII
População inquirida de 18 e mais anos que utilizou centros de saúde nos últimos três meses, por opinião que tem dos serviços prestados pelos médicos, no INS 1995/96, por regiões

Regiões	Centros de saúde Total					Centros de saúde Sexo masculino					Centros de saúde Sexo feminino				
	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau	M. bom	Bom	Raz.	Mau	M. mau
Região Norte	76	980	679	279	96	23	288	205	70	24	53	692	474	209	72
Região Centro	105	1 146	674	215	58	34	381	212	71	21	71	765	462	144	37
Região de Lisboa	180	1 187	811	214	84	47	374	254	61	21	133	813	557	153	63
Região do Alentejo	50	687	499	114	45	14	218	134	29	12	36	469	365	85	33
Região do Algarve	8	339	300	100	17	3	135	104	31	7	5	204	196	69	10

públicos, a opinião dos serviços prestados pelos médicos apresenta tendência para se extremar no sexo feminino. Por exemplo, na Região de Lisboa, a que tem mais população residente, 8% das mulheres consideram os serviços muito bons (6% dos homens) e 13% acham-nos maus ou muito maus (11% dos homens). Enquanto as opiniões relativas a situações de

bons e razoáveis são praticamente idênticas em ambos os sexos. Já na Região Norte, igualmente populosa, verifica-se entre os sexos uma percentagem igual de opiniões quanto a os serviços prestados pelo médico serem muito bons e apenas se destaca a opinião negativa mais elevada nas mulheres de 19%, maus e muito maus (15% nos homens) (Figuras 6 a 10).

Figura 6
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou centros de saúde na Região Norte

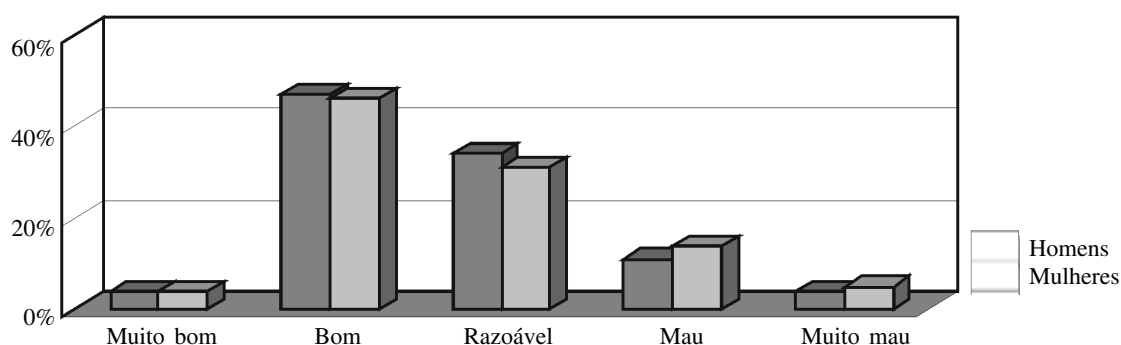


Figura 7
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou centros de saúde na Região Centro

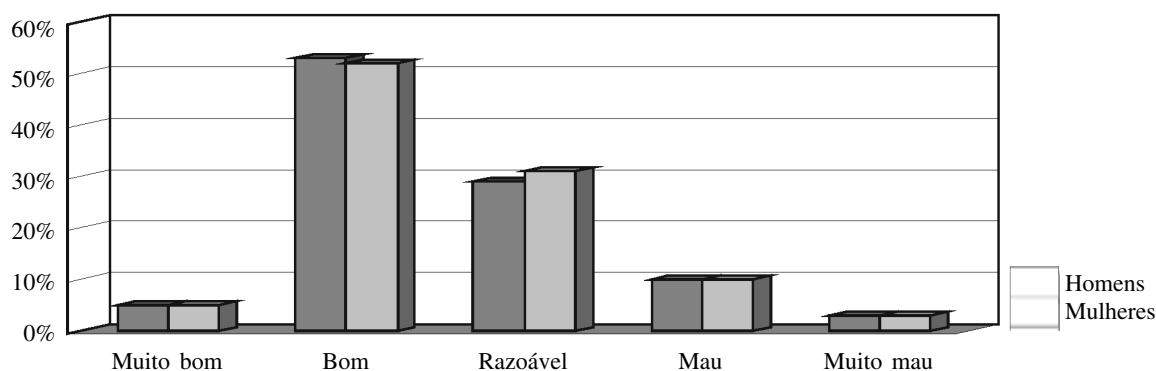


Figura 8
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou centros de saúde na Região de Lisboa

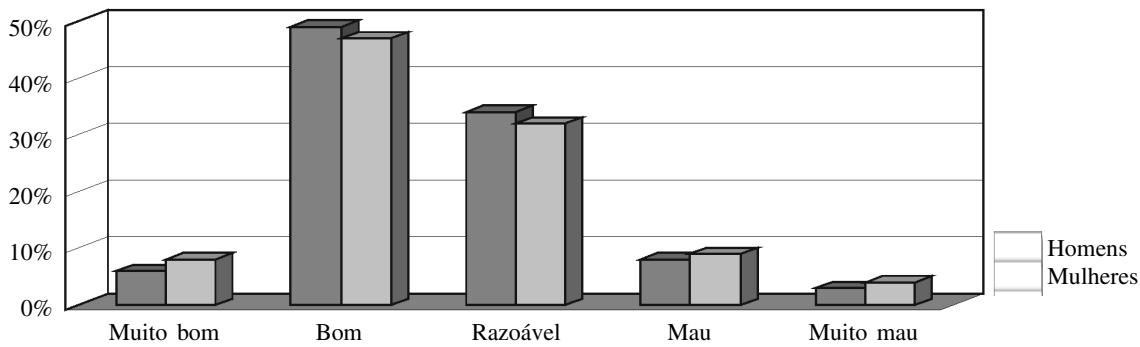


Figura 9
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou centros de saúde na Região do Alentejo

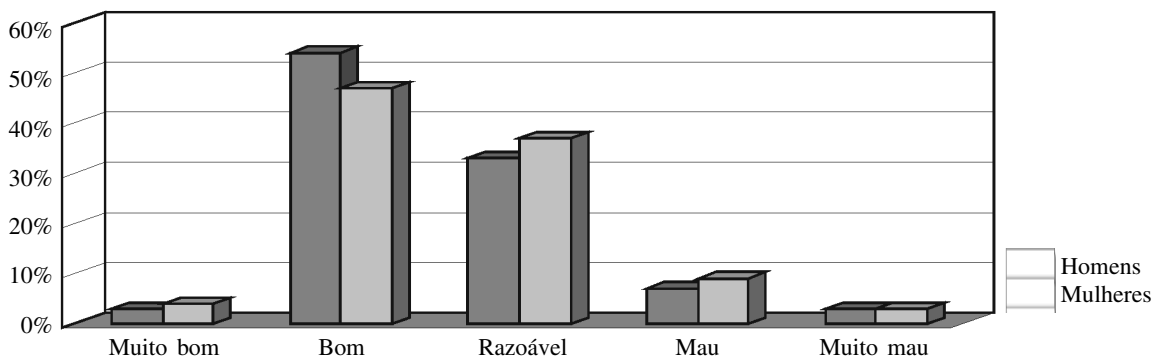
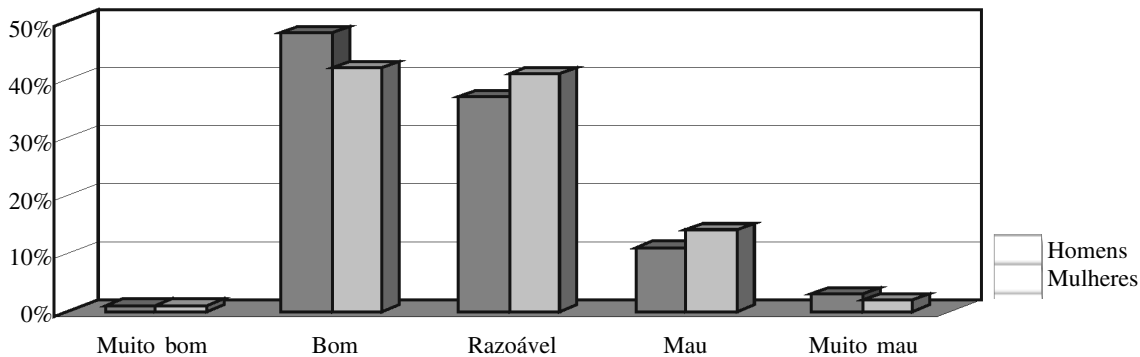


Figura 10
Nível de satisfação da população inquirida que utilizou centros de saúde na Região do Algarve



Em todas as regiões a percentagem de satisfação dos utentes como muito boa e boa é de cerca de 50%. Varia entre 56% na Região Centro e 46% na Região do Algarve.

Aquela percentagem de utentes que tem uma opinião dos serviços prestados considerada muito má e má é também substancialmente superior à dos hospitais. Varia entre 18% na Região Norte e 11% na Região do Alentejo.

O ensaio de uma proposta de metodologia de distribuição de recursos a nível regional baseada num princípio de equidade de utilização e na satisfação do utente resulta directamente dos indicadores anteriormente analisados.

Da análise da estrutura percentual de distribuição dos recursos ressalta que a correcção feita em função do número de episódios de morbilidade é menos favorável na Região Norte do que a realizada com recurso à utilização dos serviços e ao nível de satisfação dos utentes, variando entre uma percentagem de 28%, tanto no sexo masculino como no feminino, e um valor de 44% e 41%, respectivamente para homens e mulheres (*Quadro VIII*).

A situação da Região Centro é inversa. A discriminação positiva é realizada em função do número de episódios de morbilidade, 28% e 26%, respectivamente nos sexos masculino e feminino. A discriminação realizada em função da utilização e respectiva satisfação do utente só leva a atribuir-lhe uma percentagem de 18% e 21% em ambos os sexos.

O mesmo tipo de situação acontece igualmente com a Região de Lisboa. A discriminação positiva é realizada em função do número de episódios de morbilidade, 36% e 37%, respectivamente nos sexos masculino e feminino, enquanto a discriminação

realizada em função da utilização e respectiva satisfação do utente só leva a atribuir-lhe uma percentagem de 29% e 30% em ambos os sexos.

A Região do Alentejo apresenta uma discriminação positiva tanto em função da correcção introduzida pelo volume de episódios de morbilidade como em relação à utilização dos serviços e respectiva satisfação (com excepção do sexo feminino neste último caso), como pode verificar-se pelos valores da escala entre zero e um utilizada. No entanto, a correcção da população residente é tão diminuta que, no sexo masculino, tanto a estrutura da morbilidade como a da utilização são idênticas, com o valor de 5%. No sexo feminino, esta percentagem é, respectivamente, de 6% e 4% em cada um dos critérios de distribuição de recursos.

A Região do Algarve tem uma situação semelhante à da Região Norte. A posição quanto ao número de episódios de morbilidade é a melhor, pelo que não implica qualquer discriminação. Quanto à utilização e respectiva satisfação, é, porém, uma das piores, pelo que se justifica uma intervenção, dotando-a com um maior volume relativo de recursos. A percentagem atribuída, em ambos os critérios, é de 3% e 4%, respectivamente, tanto no sexo masculino como no feminino.

A estrutura média final, quando comparada com a estrutura real da população residente, demonstra a existência de uma necessidade de acréscimo percentual no volume de recursos na Região Norte, tanto para o sexo masculino como para o feminino, e na Região do Algarve, para os homens; um decréscimo percentual deve ter lugar na Região Centro, em ambos os sexos, e na Região de Lisboa, apenas no sexo masculino; verifica-se uma estrutura de distri-

Quadro VIII

Metodologia de distribuição de recursos, a nível regional, baseada num princípio de equidade de utilização e na satisfação do utente

Regiões	População residente		População corrigida pelo número de episódios de morbilidade						População corrigida pela utilização						Estrutura média baseada na morbilidade, na utilização e na satisfação do utente (%)	
			Morbilidade (escala 0-1)		(1) x (3)	(2) x (4)	Estrutura (%)		Utilização (escala 0-1)		(1) x (9)	(2) x (10)	Estrutura (%)			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	H (15)	M (16)
Região Norte	1 496	1 600	0,88	0,86	1 316	1 376	0,28	0,28	1,35	1,23	2 020	1 968	0,44	0,41	0,35	0,34
Região Centro	1 116	1 196	1,16	1,08	1 295	1 292	0,28	0,26	0,71	0,81	792	969	0,18	0,21	0,23	0,23
Região de Lisboa	1 540	1 681	1,09	1,10	1 678	1 849	0,36	0,37	0,88	0,83	1 355	1 395	0,29	0,30	0,33	0,34
Região do Alentejo	221	233	1,09	1,25	241	291	0,05	0,06	1,05	0,88	232	205	0,05	0,04	0,05	0,05
Região do Algarve	169	176	0,67	0,68	113	120	0,03	0,03	1,20	1,27	203	224	0,04	0,04	0,04	0,04

buição de recursos proposta idêntica à real em Lisboa, para o sexo feminino, no Alentejo, em ambos os sexos, e na Região do Algarve, para as mulheres.

Discussão

Na metodologia de distribuição de recursos, iniciada no Reino Unido com o bem conhecido RAWP, a discriminação positiva era apenas realizada de acordo com o nível de saúde da população, estratificada por grupos etários e sexos (Reino Unido, 1976).

Esta metodologia tem vindo a ser aperfeiçoada, sendo de mencionar o trabalho desenvolvido designadamente pela Universidade de York. O modelo econométrico proposto pela equipa daquela Universidade diferia de propostas anteriores por considerar na avaliação das necessidades um conjunto mais vasto de factores de discriminação positiva, designadamente taxas de desemprego e número de idosos isolados. Ainda que nem todas as recomendações da equipa de York tenham sido aceites pelo governo, a proposta realizada constitui a base do sistema actual de distribuição de recursos entre as regiões, em substituição do RAWP (European Observatory on Health Care Systems, 1999).

É, no entanto, a primeira vez que a componente de satisfação do utente com os serviços médicos prestados em ambulatório é considerada na discriminação positiva realizada por um critério de utilização de serviços de saúde, designadamente consultas prestadas em cuidados de saúde primários e em hospitais/maternidades públicos.

Neste ensaio de uma proposta de metodologia de distribuição de recursos financeiros a nível regional baseada no número de episódios de morbilidade e na utilização de serviços de saúde em cuidados de saúde primários e hospitalares e na satisfação do utente com os serviços médicos prestados é de salientar que em duas regiões, Norte e Algarve, a discriminação positiva seja realizada apenas com base no critério de utilização. Uma outra região, a Região do Alentejo, apresenta uma discriminação positiva resultante tanto do número de episódios de morbilidade como igualmente da utilização dos serviços e respectiva satisfação obtida (com excepção do sexo feminino neste último critério).

Conclusões

Analisaram-se as desigualdades em relação à morbilidade e à utilização das consultas médicas e dos principais meios complementares de diagnóstico. Concluiu-se que as desigualdades existentes devem

ser tomadas em consideração num ensaio de uma proposta de metodologia de distribuição de recursos a nível regional baseada em episódios de morbilidade e num princípio de equidade de utilização e de satisfação do utente.

O primeiro aperfeiçoamento proposto diz respeito à consideração do número total de episódios de morbilidade declarada no INS 1995/96, em vez da TMP, já que poucos daqueles episódios conduzem à morte e são eles que consomem o maior volume de recursos. Propõe-se ainda um aperfeiçoamento no método de distribuição dos recursos a nível regional que tenha em atenção não só o volume de serviços prestados, como a satisfação obtida pelos utentes com aqueles serviços. Este aperfeiçoamento será uma correcção introduzida no número de consultas médicas, que serão ponderadas por um factor que varie entre zero e um. Quanto mais elevado for o nível de satisfação dos utentes, menor será a correcção introduzida no número de consultas realizadas. Se a satisfação for total, igual a um, o número de consultas médicas não sofrerá alteração. Se a satisfação do utente for de 0,5, as consultas realizadas decrescem 50%, e assim por diante, de tal forma que consultas que tenham um nível de satisfação nulo serão como se não se tivessem realizado. Poderiam eventualmente ter-se considerado estas últimas prejudiciais à saúde devido à diminuição do bem-estar do indivíduo (consequências sobre a hipertensão, sistema nervoso, etc.), o que levaria a atribuir a essas consultas um impacte negativo.

Finalmente, os episódios de morbilidade, assim como as consultas médicas, análises e radiografias, respeitam tanto a centros de saúde como a hospitais, pelo que se admite que esta metodologia seja adequada para se proceder à distribuição de recursos financeiros em ambulatório a nível regional.

□ Bibliografia

BIRCH, S.; MAYNARD, A. — The Rawp review : Rawping primary care, Rawping the United Kingdom. York : Centre for Health Economics. University of York, 1986 (discussion paper, 19).

BUXTON, M. J.; KLEIN, R. E. — Allocating health resources; a commentary on the report of the resource allocation working party. London : Her Majesty's Stationery Office, 1978.

CULYER, A. J. — Need and the National Health Service : economics and social choice. London : Martin Robertson, 1976.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS — Health care reforms : United Kingdom. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 1999.

FERRER, H. P.; MOORE, A.; STEVENS, G. C. — The use of mortality data in the report of the resource allocation working Party. *Public Health*. 91 (1977) 289-295.

FORSTER, D. P. — Mortality as an indicator of morbidity in resource allocation. In WORKSHOP ON MORBIDITY AND ITS RELATIONSHIP TO RESOURCE ALLOCATION, Cardiff, Hill Residential College, 1978 — Morbidity and its relationship to resource allocation : papers and proceedings. Cardiff: Welsh Office, 1978.

GIRALDES, M. R. — The equity and efficiency principle in the financing system of the NHS in Portugal. *Health Policy*. 3 : 2 (1991) 15-32.

LE GRAND, J. — The strategy of equality : redistribution and the social services. London : George Allen & Unwin, 1982.

LUDBROOK, A. — Regional equity — where next? A critical appraisal of RAWP. Aberdeen: University of Aberdeen. Health Economics Research Unit, 1985.

MAYNARD, A. — The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe. *Social Policy and Administration*. 15 : 2 (1981) 145-163.

MOONEY, G. H. — Equity in health care : confronting the confusion. *Effective Health Care*. 1 : 4 (1983) 179-184.

POLLOCK, A. — Where should health services go : local authorities versus the NHS? *British Medical Journal*. 310 (1995) 1580-1589.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa: DEPS, 1997.

RAWLS, J. — A theory of justice. Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1972.

REINO UNIDO — Sharing resources for health in England : Report of the resource allocation working party. London : Department of Health and Social Security, 1976.

REINO UNIDO — Scottish health authorities revenue equalisation : report of the working party on revenue resource allocation. Edinburgh : Scottish Home and Health Department, 1977.

RITCH, A. — Equity in the NHS. *British Medical Journal*. 308 (1994) 1717.

WHITEHEAD, M. — Who cares about equity in the NHS. *British Medical Journal*. 308 (1994) 1284-1287.

WILES, R. — A critical guide to health service resource allocation in London. London : The Greater London Council, 1984.

□ Summary

EQUITY IN THE USE OF HEALTH CARE SERVICES AT REGIONAL LEVEL IN PORTUGAL. WHAT ABOUT CONSUMER SATISFACTION?

Introduction: the concept of equity of utilization of health care services, according to need, is, in our opinion, the most perfect concept of equity.

In the present article this concept is applied weighting it with consumer satisfaction. How does it reflect in the regional distribution of health resources?

Methods: as a measure of need the number of illness episodes, at regional level, declared in the National Health Survey 1995/96 has been used.

The indicators of utilization of health care services used were physician consultations, analysis and X ray tests, the first one weighted by the opinion of the sample population, in what concerns consumer satisfaction, either in health centers or in hospitals.

The regional resident population has been weighted by morbidity and by indicators of utilization above described.

Results: the satisfaction with physician consultations is higher as far as hospitals are concerned when compared with health centers. The maximum value is showed in the Lisbon Region, with 69%, in relation to hospitals. The minimum value is in the Algarve Region, with 46%, for health centers.

An essay has been done of this method of resource allocation, at a regional level, which showed that a positive discrimination should be done in the North, Alentejo and Algarve Regions, due to a low level of utilization and consumer satisfaction with the health care services delivered.

Conclusions: as a new method of resource allocation, a proposal of considering the structure of the regional population weighted by morbidity and utilization indicators is made, corrected by consumer satisfaction, in a scale zero to one.