

Eficiência e justiça social no sector da saúde

1. Generalidades e eficiência interna

José Ferraz Nunes

Depois de se considerarem alguns aspectos básicos do conceito de eficiência económica, discute-se a "eficiência interna" aplicada ao caso dos hospitais. Depois de uma análise crítica das medidas de eficiência interna normalmente usadas, propõe-se o desenvolvimento do conceito de episódio a ser utilizado no futuro como base da medida de eficiência dos serviços de saúde. Para o caso português, julga-se por um lado, que teremos que avançar ao ritmo possível, organizando e desenvolvendo infra-estruturas necessárias, e por outro lado, que poderemos evitar erros já observados noutros sistemas de saúde. Assim, se tivermos que avançar mais devagar na construção do sistema próprio poderemos dar menos passos para o construir e garantir deste modo um conjunto mais harmonioso a longo prazo.



José Ferraz Nunes é Assistente da Universidade de Gotemburgo, Suécia, e colaborador eventual da Disciplina de Economia da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Generalidades sobre eficiência

Os serviços de saúde, privados e socializados, usam um quinhão significativo dos recursos nacionais, mesmo não tendo em conta a contribuição do esforço familiar normalmente não contabilizado. Assim, a força de trabalho dos funcionários, o equipamento, os edifícios e os medicamentos usados directamente nos serviços de saúde, bem como os bens produzidos noutros sectores e fornecidos aos serviços de saúde como produtos intermédios, constituem a totalidade dos recursos contabilizados no sistema económico.

A ciência económica tem, como uma das matérias essenciais, o estudo do uso eficiente dos recursos nas diferentes actividades produtivas de mercadorias e serviços. O conceito de eficiência está ligado a objectivos de justiça social, já que ineficiência significa que os mesmos objectivos poderiam ser atingidos usando menos recursos, e deste modo teríamos um excedente para aumentar a produção noutra actividade.

Em termos gerais económicos o problema da eficiência tem duas componentes distintas: 1) a "eficiência interna" a nível de cada unidade produtiva, que se pode definir de dois modos, ou a MAXIMIZAÇÃO da quantidade de "outputs" dado um certo orçamento, ou

a MINIMIZAÇÃO dos custos de produção dada uma certa quantidade de "outputs", sendo os "outputs" constituídos por um produto homogéneo. Esta definição equivale à construção de uma curva de custos, relativa à produção de determinado bem, que representa as combinações de recursos mais eficientes para cada quantidade produzida. Na Figura 1 curvas como MC_1 (Custos Marginais), e como ATC_1 (Custos Médios) são eficientes, em termos de produtividade interna, se não for possível encontrar outras curvas tais como MC_2 e ATC_2 abaixo delas;

2) a "eficiência distributiva" é baseada em critérios de MAXIMIZAÇÃO do bem-estar social. Dado "eficiência interna" em todas as actividades, é necessário que todos os recursos sejam utilizados e que a distribuição da sua utilização vá ao encontro da ordenação das preferências dos indivíduos, de tal modo que não seja possível redistribuir os recursos para obter maior satisfação em termos de bem estar. Portanto, haverá em cada actividade uma quantidade óptima que traduz aquela maximização do bem estar. Assim será definida uma curva de benefício que traduz o valor adicional de cada bem utilizado, a que se chama benefício marginal. Quando o valor do benefício marginal (MB) for igual ao

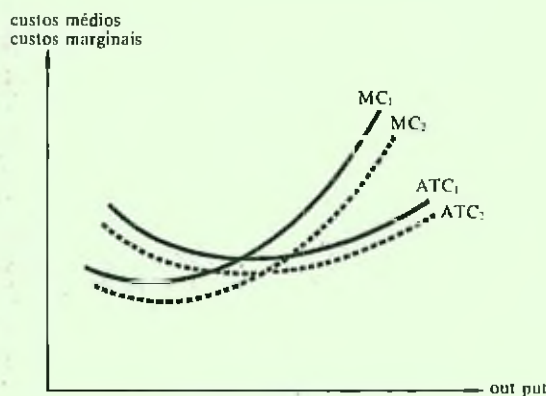


Figura 1
Eficiência interna.

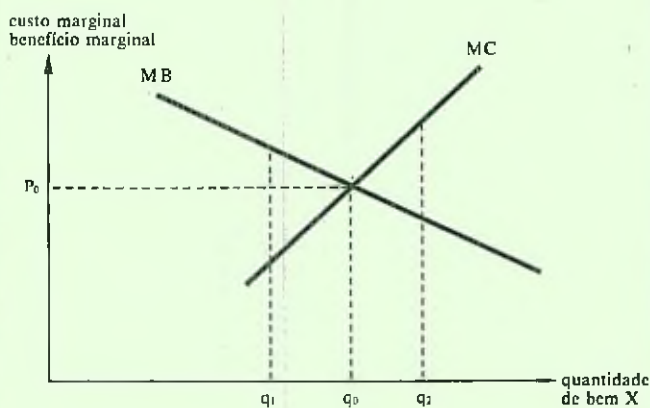


Figura 2
Maximização do bem-estar.

valor do custo marginal (MC) atinge-se a quantidade "ótima". Na *Figura 2* ilustra-se esta situação sendo q_0 a quantidade ótima na produção e utilização do bem "X". Produzindo um valor inferior q_1 seria impossível aumentar a produção até q_0 e aumentar também o bem-estar social porque os benefícios adicionais seriam sempre superiores aos custos adicionais. Entretanto já diminuiríamos o bem-estar social se continuássemos a aumentar a produção e a consumir para além da quantidade q_0 , pois os custos adicionais seriam maiores que os benefícios adicionais.

Em termos de mercado os benefícios marginais são avaliados pelos consumidores, que ordenam as suas preferências na vontade de pagar para poder utilizar um determinado bem. Assim a curva da procura corresponderá, num sistema de mercado perfeitamente concorrencial, ao valor dos benefícios marginais, tendo o preço uma importância crucial. No esquema da *Figura 2* o preço P_0 garante a eficiência da distribuição dos recursos para produzir o bem "X", dado mercados concorrenciais perfeitos. A vontade de pagar para obter um determinado bem, a nível individual, depende não só das preferências mas também da capacidade de pagamento do indivíduo. Portanto, para cada distribuição dos rendimentos haverá uma situação ótima, o que faz com que o conceito de eficiência económica está dependente da definição de justiça social que estabelecerá a distribuição dos rendimentos.

O funcionamento do mercado, poder-se-á pôr em causa, como mecanismo que distribui os recursos eficientemente, se:

1 - A estrutura do mercado não possibilitar a tendência do preço do bem X para P_0 . É o caso dos monopólios;

2 - A curva de Benefício Marginal (MB) não corresponder ao benefício social, já que a vontade de pagamento individual apenas diz respeito ao indivíduo consumidor, e não considera o caso de outros indivíduos que são afectados pelo consumo daquele. O fumador afecta negativamente os circundantes não-fumadores e diminui-lhes o seu bem-estar;

3 - Os custos marginais (MC) não corresponderem aos custos sociais. A fábrica que polui não inclui no cálculo dos custos o efeito negativo no ambiente;

4 - O consumo de um bem ser imputável a um indivíduo, antes de todos os indivíduos consumirem esse bem ao mesmo tempo. São os chamados bens públicos. Por exemplo os resultados da investigação médica;

5 - Os consumidores não estiverem informados ou não conhecerem as características dos bens no mercado. Por exemplo, qual o resultado de bom tratamento médico;

6 - O mercado não tender para situações sem desemprego da força do trabalho ou de bens de capital;

7 - O mercado não conseguir, por si só, garantir o consumo de bens considerados essenciais.

Os pontos 1-6 são típicos da ciência económica. O ponto 7 já terá que se apoiar em conceitos sócio-políticos.

Todos os sete pontos acima considerados estão presentes no sector da saúde e, portanto, iremos partir, na discussão seguinte de um sistema onde o mercado

livre não seja o mecanismo distributivo dos recursos. isto não quer dizer que o sistema alternativo não considere os conceitos de eficiência referidos.

Os serviços de saúde têm um preço, e portanto há que escolher qual a porção do rendimento nacional que deve ser utilizado para incrementar o nível de saúde na sociedade. No fundo, é saber quantos e quais os consumos que a sociedade está disposta a dispensar para obter mais serviços de saúde.

Por outro lado, dentro dos serviços de saúde e outros afins haverá que decidir qual a distribuição que melhor satisfará os consumidores. Isto quer dizer que o objectivo da distribuição dos recursos entre os diferentes grupos de cidadãos terá que ir ao encontro das suas preferências colectivamente expressas através de um processo democrático, substituto do mercado livre.

Nos parágrafos seguintes iremos considerar as diferentes perspectivas da eficiência aplicadas à saúde, ligando-as também a critérios de justiça social.

2. Medidas de eficiência interna no sector da saúde. Caso dos hospitais

Primeiramente há que discutir as questões da "eficiência interna" uma vez que serão sempre objectivos a ter presente na gestão, independentemente das metas distributivas a definir como desejáveis. É, no entanto, importante utilizar medidas que traduzam conceitos correctos, não só no que respeita a princípios económicos, mas também aos objectivos sócio-políticos pretendidos na prestação dos serviços de saúde.

Ao aplicarmos o conceito de "eficiên-

cia interna" ao sector da saúde há que definir "output", havendo que distinguir entre as quantidades de serviços prestados e o resultado do uso dos recursos no nível geral de saúde. Assim poderemos falar em "output-intermédio" e "output-final", sendo o primeiro o mais visível em qualquer sistema, e medido em n.º de doentes tratados, n.º de camas utilizadas, n.º de dias de tratamento, etc. O "output-final" que é uma medida do resultado da prestação dos serviços, ou seja, o impacto do "output-intermédio" no nível geral de saúde, é mais difícil de definir em termos concretos dada a insuficiência da informação dos sistemas e dos conhecimentos epidemiológicos. Assim não é de admirar que as medidas utilizadas na prática se baseiem na definição de "output-intermédio".

Outra dificuldade na aplicação do conceito de eficiência interna reside no problema da qualidade dos serviços. Há que distinguir entre a qualidade em função da eficácia e a qualidade em termos humanos. A primeira tem a ver com o conceito de "output-final", no que se refere às condições técnico-científicas de actuação dos serviços médicos para "produzir saúde". A segunda tem a ver com padrões mínimos das instalações hospitalares e seu funcionamento no que respeita à "prestação hoteleira", como seja o n.º de doentes por quarto, o acesso de familiares e amigos, a qualidade da alimentação, o nível de instalações adjacentes, etc.

Há portanto que ter em conta modificações da qualidade dos serviços que vão afectar outros componentes do bem-estar social. Este problema será também posto de parte por agora, mas voltaremos a ele quando tratarmos das prioridades.

Portanto, se nos restringirmos aos serviços internos hospitalares as medidas mais comumente utilizadas são:

percentagem de ocupação

Esta medida é obviamente uma escala entre 0 a 100 em que se usa a seguinte fórmula:

$$\frac{n.d.}{c.365} \cdot 100$$

sendo

n — n.º de entradas de doentes
d — demora média (n.º de dias)
c — n.º de camas disponíveis
365 — n.º de dias de um ano

A justificação do uso desta "medida de eficiência" é de que os custos fixos nos hospitais são elevados, cerca de 75%, e portanto as recomendações da

teoria económica consistem em aumentar o volume de produção quando os custos marginais são baixos.

A crítica mais evidente ao uso desta medida baseia-se na possibilidade de manipulação, já que basta deixar os doentes permanecer mais uns dias para que se obtenha "melhor" resultado.

No entanto, haverá outras críticas mais importantes a estabelecer. Mesmo sendo verdade que os custos marginais são baixos, poderá haver o perigo de tratar doentes em regime interno com o objectivo de reduzir os custos médios, quando os mesmos doentes poderiam ser tratados em regime externo a custos mais baixos para o sector e para a sociedade.

A percentagem de ocupação decresce quando a demora média é reduzida, não se podendo, portanto, considerar como uma correcta medida de eficiência. Este problema é evidente quando se comparam especialidades com características diferentes, que, por conseguinte apresentam valores de demora média variada. Aquela relação estatística entre a percentagem de ocupação e a demora média faz também que esta medida de eficiência não acompanhe automaticamente variações na utilização dos recursos. Assim, com um uso mais intensivo dos recursos a demora média pode ser encurtada, e embora a produtividade do factor trabalho aumente, não se verifica um aumento de eficiência segundo a medida em discussão, caso o n.º de admissões de doentes não aumente.

Outro problema importante diz respeito à utilização das camas durante o fim de semana, pois se os lugares estiverem ocupados totalmente ao sábado e domingo, deveriam estar em funcionamento pleno todos os serviços. Não acontecendo isso e actuando eficientemente, algumas camas deverão estar livres durante o fim de semana, e portanto contribuir para a redução da medida de ocupação, sem que o hospital tenha na realidade diminuído em eficiência.

Além de todos estes problemas é desejável que um hospital tenha camas livres, de prevenção nos serviços onde possam vir a receber sinistrados agudos graves.

demora média

Esta "medida de eficiência" contém uma série complexa de factores que actuam em direcções diferentes, e portanto, o total é uma medida sem significado para a definição de eficiência.

Há que separar os diferentes componentes da demora média para que se possa usá-la como medida de eficiência.

Uma das principais carências da demora média é de não conter a variável custo. Poder-se-á reduzir a demora média empregando os recursos mais intensivamente, o que contribui para que o custo diário do serviço aumente, mas não se pode dizer, por esse motivo, que a eficiência baixa, caso os custos totais por doente baixem. Saber se estes custos baixam na realidade, quando a demora média é reduzida, é uma questão em que diferentes autores estão divididos.

Outro ponto fraco da demora média é que esta não varia com o número de doentes tratados, caso estes tenham sempre a mesma demora, o que faz com que a eficiência segundo esta medida, esteja sempre inalterada.

A relação entre a actividade interna e externa complica também o uso da demora média como medida de eficiência. Assim, um aumento dos casos tratados em consultas externas pode fazer com que os serviços de internamento recebam uma percentagem maior de casos graves e portanto a demora média aumentará. Por outro lado, uma diminuição da demora média pode contribuir para um aumento das consultas externas, e embora estas sejam em princípio menos custosas, não se segue automaticamente que os custos totais sejam reduzidos por essa razão.

número de dias de internamento

Esta medida usa-se frequentemente em hospitais como critério de prestação. Tal como a demora média, o n.º de dias de internamento inclui diferentes características não só de especialidade para especialidade como através do tempo dentro da mesma especialidade.

O dia de internamento não diz nada sobre a intensidade de tratamento e portanto também não é sensível a alterações no uso dos recursos.

Usando esta medida como critério de eficiência, não haverá incentivo para reduzir o período de internamento. Se a demora média aumenta e o n.º de casos inscritos fica invariável, o n.º de dias de internamento aumenta.

custo diário de internamento

Um custo diário de internamento elevado está quase sempre relacionado com a taxa de rotação dos doentes pelos serviços, facto que não é evidente se apenas olharmos para essa medida de eficiência. Se um hospital ou serviço for caracterizado por baixas demoras médias, o custo por dia de tratamento será relativamente elevado, já que os custos nos primeiros dias da estadia

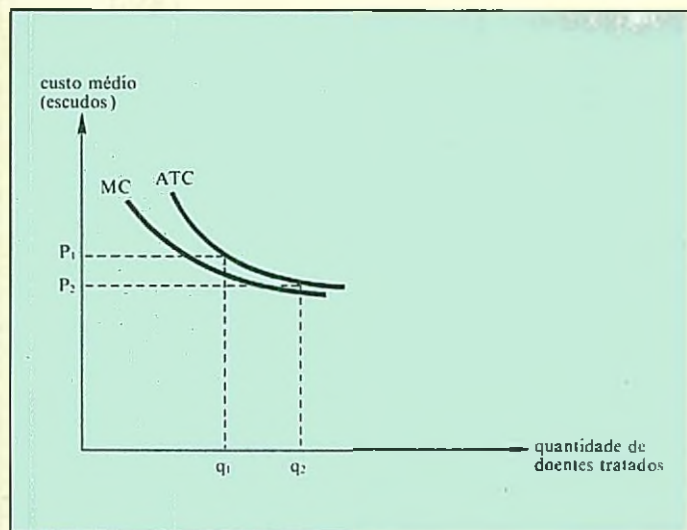


Figura 3
Custos médios por doente tratado
(aumentando a prestação).

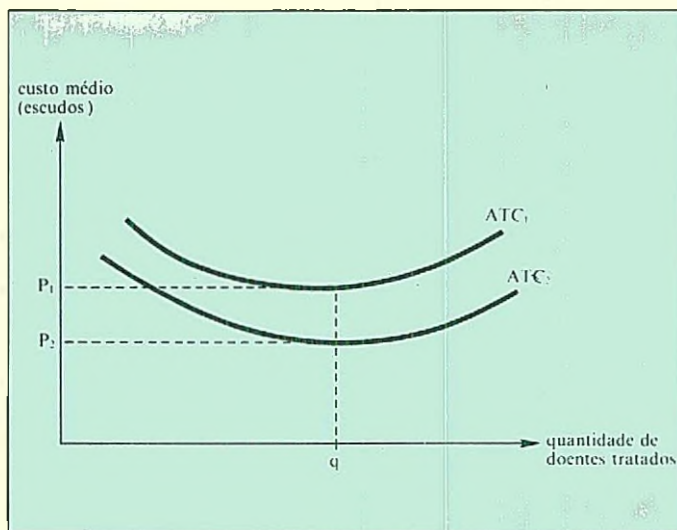


Figura 4
Custos médios por doente tratado
(aumentando a produtividade).

num hospital são quase sempre mais elevados que nos últimos. Esta circunstância não quer dizer que o hospital ou serviço seja ineficiente.

Como se disse anteriormente os custos variáveis são relativamente baixos, em comparação com os custos fixos e assim uma diminuição da percentagem de utilização influi nos custos totais muito pouco, mas o custo por dia de internamento aumenta claramente.

Utilizando esta medida como critério de eficiência não há incentivo para que o tempo de tratamento seja reduzido, porque então o custo diário de internamento aumentaria, especialmente devido a um aumento de intensidade no uso dos serviços.

custo por doente tratado

Conservando a qualidade dos serviços inalterável, a redução do custo por doente tratado pode ser conseguida através do aumento do n.º de doentes tratados, se os custos marginais forem relativamente baixos, como se mostra na Figura 3. Se a quantidade de doentes tratados for q_1 o custo médio (ATC) é P_1 . Sendo possível aumentar o n.º de doentes tratados de q_1 para q_2 e estando a curva de custos marginais (MC) abaixo de ATC, o custo médio baixa de P_1 para P_2 .

Outra hipótese para reduzir o custo médio poderá ser conseguida, conservando o mesmo número de doentes tratados. Neste caso ter-se-á que influenciar os custos variáveis através de medidas que aumentem a eficiência interna dos serviços. Se partirmos das condições apresentadas na Figura 3, isto significa que as curvas ATC e MC

não são as mais eficientes, e portanto será possível para cada nível de prestação de serviços, obter custos médios e marginais abaixo dos indicados.

Assim veremos esta situação na Figura 4, em que a diminuição do custo médio de P_1 para P_2 se deu à custa do aumento da produtividade, ou seja, passou-se de ATC_1 para ATC_2 .

Por outro lado, se se pretender aumentar a taxa de rotação, para aumentar o n.º de doentes tratados, já o resultado poderá não ser o apresentado na Figura 3. Assim a aumentos da taxa de rotação correspondem novas curvas de custos e então já não teremos a situação estática explicada acima.

Na Figura 5 apresenta-se uma situação em que o aumento da taxa de rotação, vai corresponder a uma deslocação nas curvas ATC e MC.

Assim o aumento do n.º de doentes tratados de q_1 para q_2 através do aumento da taxa de rotação, de um valor inicial $\alpha + \beta$, resulta numa deslocação das curvas ATC_1 e MC_1 para ATC_2 e MC_2 . Neste caso o custo médio subiria de P_0 para P_2 . Estudos empíricos mostram que a deslocação das curvas de custo ATC e MC está positivamente correlacionada com o valor do aumento da taxa de rotação, de tal modo que pequenos aumentos desta taxa deixam os custos médios quase invariáveis e aumentos consideráveis na rotação dão lugar a aumentos nos custos médios, tal como se indica na Figura 5.

Esta medida de custo por doente tratado, será a que, entre as aqui descritas, melhor corresponde aos objectivos da eficiência, sendo a mais utilizada em estudos de teoria da produção aplicados ao sector da saúde. No entanto, o con-

ceito de "output" utilizado carece de determinadas falhas, mesmo se apenas se considerar a noção de output intermédio.

Já desde o trabalho de Feldstein (1967) que se chama a atenção para o problema das transferências e definição do que se deve considerar como caso.

A quantidade de doentes tratados durante um certo período de tempo, poderá não corresponder a casos diferentes, pois um indivíduo poderá dar entrada num serviço durante o mesmo período várias vezes e sempre por causa do mesmo motivo. Por outro lado, um doente ao ser tratado num serviço pode ser transferido para outro serviço e ainda para outro, tendo estas transferências um motivo comum.

Embora ainda com limitações no uso prático, o conceito que parece mais correcto para definir este problema é o de episódio. Nas linhas seguintes passaremos à definição deste conceito comentando sumariamente o que há que ir buscar neste campo.

episódio

Em economia da saúde é importante trabalhar com conceitos que não só traduzem as ideias básicas de alguma teoria económica mas também reflectam partes relevantes da perspectiva científica médica.

O conceito de "episódio" é um resultado da convergência daqueles dois polos disciplinares, procurando substituir as medidas convencionais atrás mencionadas.

Solon (1964 e 1969) propôs a seguinte definição de episódio:

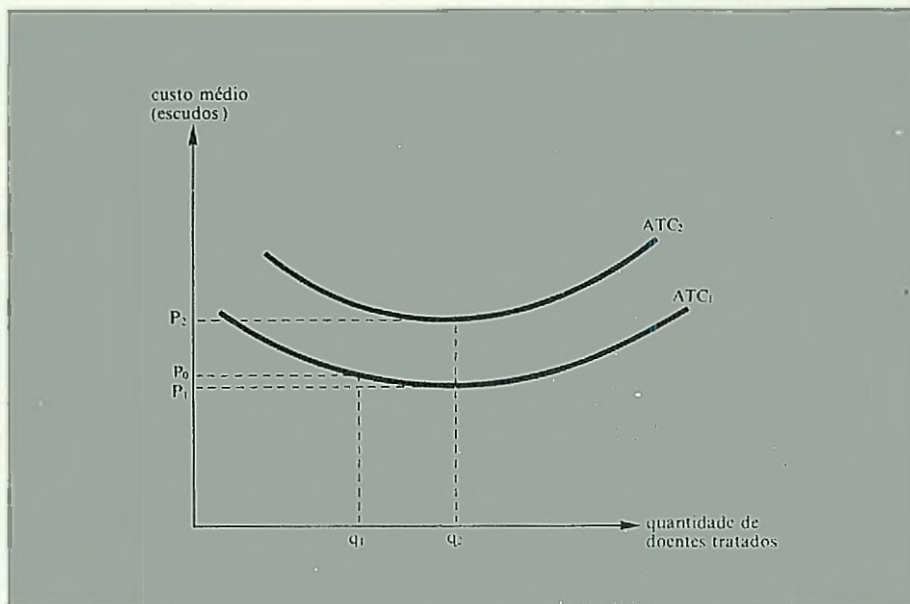


Figura 5
Custos médios por doente tratado
(aumentando a rotação).

→ "...Um episódio de assistência médica é um bloco de um ou mais serviços médicos recebidos por um indivíduo durante um período em contacto relativamente contínuo com um ou mais prestador de serviços, em relação a um problema médico ou situação específica..."

Há três aspectos importantes nesta definição: (i) o problema médico ou situação do doente; (ii) o intervalo de tempo entre os serviços prestados e a consequente duração do episódio; (iii) a actuação médica na resolução do problema ou situação.

Neste contexto há a distinguir entre 4 tipos diferentes de episódios:

- 1.º EPISÓDIO — SINTOMA
- 2.º EPISÓDIO — DOENÇA
- 3.º EPISÓDIO — CUSTO

Os conceitos de "sintoma" e "doença" são básicos e geram os outros dois conceitos. Porém é possível ocorrer um episódio-doença sem que seja necessário recorrer a episódio-tratamento (por exemplo uma constipação passageira). Similarmente é possível ocorrer um episódio-tratamento sem ter passado pelo episódio-doença (por exemplo um controle de saúde ou vacinação). Um "episódio-custo" não é mais que o preço do episódio-tratamento. É também importante distinguir entre tratamentos "agudos" e "crónicos".

Passando rapidamente ao uso deste conceito há que referir os seguintes temas, passíveis de investigação:

- (i) Relação sintoma/doença
- (ii) Variações de uso entre grupos sociais diferentes

(iii) Uso de modelos probabilísticos para melhor compreensão do processo dinâmico de episódio (p. ex. usando as cadeias de Markov)

(iv) Medida de custo-eficácia e custo-benefício

(v) Estudos sobre a qualidade dos serviços

Porque o grupo (iv) nos interessa especialmente concluiremos esta secção com uma menção breve sobre estudos efectuados e uma proposta de definição do conceito de episódio-custo.

O custo-eficácia relaciona os recursos usados com os resultados obtidos por determinado tratamento ou programa. Pretende-se dar informação para melhorar tomadas de decisão na escolha entre programas alternativos. O critério desta técnica baseia-se no cálculo

de um quociente que mostra o efeito desejado por unidade monetária aplicada nos recursos a utilizar. Por exemplo anos de vida poupados por cada milhar de contos investidos.

O custo-benefício é uma técnica idêntica que se utiliza quando o efeito dos programas possam ser avaliados em termos monetários. Assim o quociente calculado indica o benefício expresso em escudos por cada escudo aplicado. Neste caso para que haja um ganho é necessário que o quociente seja maior do que um.

Salkever (1982) usou este conceito para comparar a eficiência e eficácia dos médicos(as) com a dos(as) enfermeiros(as).

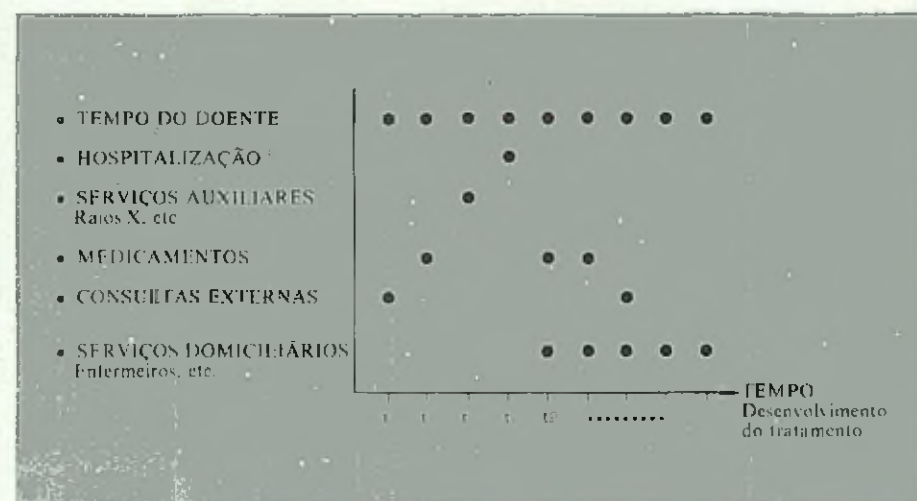
Babson (1973) estudou o custo de algumas doenças específicas.

Scitovsky (1967) analisou as variações do custo de tratamento através do tempo.

Finalmente, Bentzen et al. (1979) e Pedersen e Christiansen (1982) clarificam o conceito de episódio-custo relacionado com o uso de recursos. Este problema é considerado no sentido mais vasto em que não se incluem somente, os recursos usados nos serviços de saúde, mas também o tempo necessário para recuperação, visitas ao domicílio de enfermeiros, assistentes sociais e médicos, etc. Portanto uma doença/situação é seguida desde o início do processo até que a cura seja um facto ou o tratamento cesse de actuar.

No Quadro I dá-se a noção esquemática da identificação de recursos usados através do tempo.

Quadro 1
Uso dos recursos.



2.1. Perspectivas em Portugal

O sistema português dá-nos já dados parciais sobre a utilização dos serviços, tanto no que diz respeito a hospitais como a cuidados primários. Há ainda, porém, um campo vasto com deficiências ou faltas de informação, o que não é de admirar pois ainda estamos, e parece que vamos estar mais um tempo, em fase de transformação. Sendo assim há que não repetir os erros dos sistemas mais desenvolvidos e tentar criar um sistema que vá ao encontro de melhores soluções, usando noções mais correctas.

No caso de medição da "eficiência-interna" parece não haver dúvida quanto a utilizar o "output-final" como medida correcta. No entanto, será evidente a dificuldade da aplicação prática dela a situações concretas. Isto quer dizer que poderá haver uma certa contradição entre, por um lado o uso das medidas tradicionais de eficiência-interna, e por outro, partir do conceito de episódio. Parece-nos, em analogia com tantos outros casos, que poderemos avançar antes da "descoberta" da solução global. A "epidemiologia" e as "teorias de bem-estar social" poder-nos-ão dar meios para andarmos para a frente, uma vez que os sistemas da informática, só por si, estão ainda muito limitados.

O primeiro passo é sabermos em que campos é possível obter dados epidemiológicos, para podermos elaborar variáveis que dêem saída aos nossos objectivos. Os acidentes de viação, os acidentes e doenças ocupacionais são exemplos onde causa e efeito estão normalmente bem determinados, embora nem sempre registados. Todo o processo de reabilitação ou de manutenção em vida com invalidez permanente de indivíduos sinistrados está baseado na noção de episódio.

Portanto há que trabalhar no sentido de fornecer elementos sobre os recursos utilizados em determinado grupo homogéneo de indivíduos e os resultados obtidos, expressos no estado geral de saúde e adaptação sócio-profissional dos indivíduos.

Trabalhando neste sentido, há que ignorar as medidas tradicionais de medir eficiência interna usando o output-intermédio? Creio que não, embora se tente trabalhar no sentido de as considerar como um meio transitório na análise da gestão hospitalar. Há sim, que gradualmente caminhar para um novo sistema, dentro do ritmo das nossas possibilidades e aproveitando o ensinamento das experiências noutros países.

□ Bibliografia

- BABSON, J.H.
Disease costing, Manchester, 1973
- BENTZEN, CHRISTIANSEN, N. e PEDERSEN, K.M.
Vagtordningsundersogelsen, in Rapporter og Dokumentation n.º 4/1979, Odense 1979
- BERESFORD, J.C. e GRIFFITHS, D.A.
Hospital costing for planning and management. *Hospital* 66, 48-52, 1970
- CULYER, A.J.
Effectiveness and efficiency of health services. *Eff. Health Care*, 1, 7-9, 1983
- DEEBLE, S.J.
An economic analysis of hospital costs. *Med. Care* 3, 138-146, 1965
- FELDSTEIN, M.
Analysis of Health Care Efficiency. Londres, 1967
- JONSSON, E.T.
Effektivitet och effektivitetens matt inom sjukvarden (Efficiency and measurement of efficiency within health care). Stockholm, 1973
- PEDERSEN, K.M. e CHRISTIANSEN, N.
On the use of treatment and illness episodes in health economics. Odense, 1982
- SALVEKER, D.
Episode-based efficiency comparisons for physicians and nurse practitioners. *Med. Care*, 20, 143-153, 1982
- SAMUELSON, P.
Economics. New York, 1981
- SCITOVSKY, A.A.
Changes in the cost of treatment of selected illness. *Amer. Econ. Rev.*, 1.182-195, 1967
- SEN, A.
On Economic Inequality. Londres, 1972
- SOLON, A.J.
Delineating episodes of medical care. *Am. Jour. of Pub. Health*, 57, 401-408, 1967
- SOLON, A.J.
Episodes of medical care. *Am. Jour. of Pub. Health*, 59, 936-946, 1969

□ Résumé

EFFICACITÉ ET JUSTICE SOCIALE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Après avoir considéré les aspects basiques du concept de efficacité économique on discute "l'efficacité interne" appliquée aux hôpitaux. On réalise l'analyse critique des mesures de "efficacité interne" normalmente usées et on propose le développement du concept de episódio que devra être utilisé dans le futur comme une mesure de l'efficacité des services de santé. Dans le cas portugais on propose qu'on organise et développe les infrastructures nécessaires, au rythme possible, et au même temps, en évitant les erreurs déjà observés dans les autres systèmes de Santé. Si on doit avancer plus lentement pour construire notre système on peut, au même temps, assurer un système plus harmonieux à long terme.

□ Summary

EFFICIENCY AND SOCIAL JUSTICE IN THE HEALTH SECTOR

After the consideration of some basic aspects of the economic efficiency concept, the "internal efficiency" concept, applied to hospital, is discussed. A critical analysis of the measures of "internal efficiency" normally used is done and the development of the concept of "episode" is suggested in order to be used in the future as a measure of health services efficiency. In the portuguese situation it is suggested that the needed structures have to be organized and developed, as fast as possible and at the same time avoiding the errors already observed in other health systems. In fact if we must advance slowly to build our one system we can at the same time ensure a more consonant one in the long run.