

Avaliação do SNS em Portugal: equidade *versus* eficiência

MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

O presente artigo propõe-se proceder a uma avaliação do SNS, designadamente no que respeita ao *trade-off* entre equidade e eficiência, avaliar a qualidade do sistema de saúde através de indicadores subjectivos, de processo e de *outcome* e proceder à elaboração de um indicador agregado de avaliação da eficiência em Hospitais SA.

O conceito de equidade implícito é o de igualdade de resultados, medida através de indicadores de *outcome*.

Foram definidos indicadores para avaliação da actividade hospitalar e da actividade dos centros de saúde, a nível de região e de Sub-Região de Saúde, segundo três perspectivas, designadamente em relação à distribuição da despesa, numa perspectiva de equidade, em relação à avaliação da prestação, numa perspectiva de eficiência, e numa perspectiva de avaliação da qualidade.

A igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, a nível de Sub-Região de Saúde, foi o conceito escolhido para caracterizar a perspectiva da equidade tanto a nível de hospitais como de centros de saúde.

O conceito de eficiência técnica foi o conceito escolhido para caracterizar a perspectiva da eficiência, tendo-se con-

siderado o número de utilizadores em cada uma das actividades hospitalares, designadamente doentes tratados no internamento, sessões em hospital de dia, consultas externas, doentes atendidos na urgência, e o número de utentes inscritos em centros de saúde, como o universo utilizado no cálculo dos indicadores de eficiência.

Seleccionaram-se em cada área os indicadores que melhor a caracterizam. Numa perspectiva de equidade, e em relação à actividade hospitalar, foram seleccionadas a despesa com internamento, a despesa com hospital de dia, a despesa com consultas externas, a despesa com urgências, a despesa com obstetrícia, a despesa com intervenções cirúrgicas e a despesa com medicamentos, todas por 1000 habitantes, com base na população de cada sub-região corrigida.

Numa perspectiva de equidade, os indicadores seleccionados em relação à actividade dos centros de saúde foram, por outro lado, a despesa com actividades preventivas, a despesa com actividades curativas, a despesa com medicamentos, por principais grupos farmacoterapêuticos, a despesa com análises, a despesa com RX, a despesa com ecografias e a despesa com TAC, todas *per capita*, com base na população de cada sub-região, igualmente por 1000 habitantes, e corrigida pelo processo anteriormente descrito.

Em relação aos Hospitais SA utilizou-se um indicador agregado de avaliação da eficiência que tomou em consideração os indicadores de eficiência, ponderados em função da importância da despesa de cada componente na despesa total, para a totalidade dos Hospitais SA.

A nível de Sub-Região de Saúde, os indicadores de eficiência considerados foram corrigidos com o *case-mix* da sub-

□

Maria do Rosário Giraldes é economista, professora universitária de Economia da Saúde, assessora principal da Direcção-Geral da Saúde.

Submetido à apreciação: 26 de Julho de 2004.

Aceite para publicação: 20 de Maio de 2005.

-região, obtido através da média do ICM das unidades prestadoras de cada sub-região, de forma a ter em atenção diferenças de casuística particularmente importantes a nível hospitalar.

Numa perspectiva de eficiência, foi ainda avaliado o impacte na gestão em centros de saúde com base nos indicadores despesa com actividades preventivas, despesa com actividades curativas, despesa com medicamentos, por principais grupos farmacoterapêuticos, despesa com análises, despesa com RX, despesa com ecografias e despesa com TAC, todas por utilizador.

Numa perspectiva de qualidade, consideraram-se indicadores subjectivos, indicadores de processo e indicadores de *outcome*. Quanto aos indicadores subjectivos, foi tomada em consideração a percentagem de população utilizadora que classifica o nível dos serviços como bom ou muito bom, quer em relação ao pessoal técnico, ao pessoal administrativo e aos procedimentos administrativos, como às instalações, quer quanto a hospitais, como a centros de saúde, segundo o último Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Seleccionaram-se como indicadores de processo em hospitais a percentagem de cirurgias em ambulatório, a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos e a taxa de autópsia.

Em centros de saúde consideraram-se como indicadores de processo as primeiras consultas de saúde infantil em relação aos nados-vivos, a percentagem de crianças de menos de 1 ano vacinadas contra a hepatite B e a percentagem de crianças vacinadas contra o sarampo no grupo etário 1-2 anos.

Seleccionou-se como indicador de *outcome* em hospitais o número de episódios de internamento por infecções nosocomiais em relação ao total de internamentos.

Como indicadores de *outcome*, em centros de saúde, consideraram-se os indicadores nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos em relação ao total de nados-vivos, a mortalidade por cancro da mama em relação à população feminina e a mortalidade pós-neonatal.

Seleccionou-se como medida de desigualdade o coeficiente de Gini.

Calcularam-se coeficientes de Gini relativamente a indicadores de despesa *per capita*, em que a população foi corrigida segundo os pressupostos anteriores, numa perspectiva de equidade, e em relação a indicadores de *outcome*. Na impossibilidade de cálculo de coeficientes de Gini em relação a indicadores de eficiência e a indicadores de qualidade (processo), utilizaram-se ainda como medidas de desigualdade o coeficiente de variação e a razão entre valores extremos.

Mesmo que não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, a análise dos hospitais evidencia que duas sub-regiões de saúde, designadamente Aveiro e Braga, apresentam um *trade-off* entre equidade e eficiência, por serem aquelas com piores indicadores numa perspectiva de equidade e simultaneamente aquelas com melhores indicadores de eficiência. Dever-se-á realizar uma correcção progressiva na distribuição da despesa corrente nestas sub-regiões,

principalmente à custa da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

O indicador agregado de eficiência, corrigido com o ICM, em Hospitais SA deverá ser comparado apenas dentro do mesmo grupo de hospitais com um número de camas e um número de doentes tratados semelhantes (Barcelos, Bragança, Aveiro e Santa Marta são os hospitais mais eficientes em cada um dos quatro grupos de hospitais considerados).

Numa perspectiva de qualidade, e em relação à satisfação da população com os serviços prestados pelos hospitais, é relativamente ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos que o nível de satisfação é menor, o que demonstra a necessidade de cursos de formação nesta área. Dever-se-á dar prioridade à melhoria das infra-estruturas na Região de Lisboa e Vale do Tejo devido ao baixo nível de satisfação da população evidenciado nesta região.

Entre os indicadores de processo considerados, a percentagem de cirurgias em ambulatório evidencia elevadas desigualdades.

Embora não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, na análise dos centros de saúde as Sub-Regiões de Saúde do Porto, Braga e Bragança evidenciam um *trade-off* entre equidade e eficiência, por serem aquelas que apresentam piores indicadores numa perspectiva de equidade e simultaneamente melhores indicadores de eficiência. Dever-se-á realizar uma correcção progressiva na distribuição da despesa corrente nestas sub-regiões, realizando-se uma transferência da Sub-Região de Saúde de Lisboa, que é sobrefinanciada.

Mesmo que em cuidados de saúde primários seja a despesa com medicamentos aquela que apresenta uma melhor distribuição, alguns grupos de medicamentos necessitam ainda de uma correcção, designadamente anticoagulantes, hormonas da tiróide e antidepressivos.

A despesa com TAC e RX necessita ainda de uma definição de normas que permita corrigir desigualdades ainda existentes nestas áreas.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde; avaliação; equidade; eficiência.

1. Introdução

A equidade em saúde e em serviços de saúde tem sido estudada, em Portugal, em diversas perspectivas. O estudo da equidade na distribuição da despesa a nível regional, no âmbito dos cuidados de saúde primários, deu origem a uma proposta de distribuição equitativa da despesa corrente baseada na equidade de *inputs* para iguais necessidades, conforme se pode verificar em Giraldes (1987, 1990, 1991 e 1995).

A equidade pode considerar-se um princípio básico de qualquer sistema de saúde, segundo Culyer (1976). É o princípio que se encontra estabelecido na

maioria das constituições e assim acontece na Constituição portuguesa.

O conceito de equidade conduz a múltiplas interpretações, que dependem dos valores dos indivíduos que utilizam os recursos e dos objectivos a atingir com essa redistribuição.

Vários autores têm tentado proceder a esta clarificação de conceitos, tendo ficado célebre o conhecido artigo de Mooney (1983). Com efeito, «a igualdade de recursos para igual necessidade» toma em consideração a estrutura da população por sexos e grupos de idade e outros factores que influenciam as respectivas necessidades, como, por exemplo, a taxa de fertilidade ou o nível de rendimento. Este conceito de equidade é usualmente utilizado na distribuição de recursos a nível regional.

A «igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade» terá apenas lugar quando todos os utentes, em todas as regiões, tenham acesso aos mesmos serviços de saúde ao mesmo custo tanto em tempo perdido como em custo de transporte. Este conceito de equidade é principalmente utilizado em relação a actividades curativas, como, por exemplo, consultas médicas, e numa perspectiva da oferta de serviços.

A «igualdade de utilização para igual necessidade» procede a uma discriminação a favor daqueles que têm uma mais baixa propensão para a utilização de serviços de saúde, como acontece, por exemplo, com as classes sócio-económicas mais baixas em relação à procura de serviços de carácter preventivo. Este conceito é empregado na perspectiva da procura de cuidados de saúde.

Utiliza-se este conceito principalmente quando o objectivo a atingir for um objectivo de promoção da saúde ou de prevenção da doença. Implica o uso de recursos adicionais em ordem a permitir uma intervenção na comunidade, designadamente a realização de visitas domiciliárias, a educação para a saúde ou a vacinação realizada fora do centro de saúde. Este é o mais perfeito conceito de equidade, em nossa opinião (Giraldes e Daley, 1995).

A «igualdade de satisfação de necessidades marginais» admite que a equidade será alcançada se cada distrito deixar de tratar a mesma necessidade específica caso tenha um corte orçamental da mesma importância, o que pressupõe que os distritos dêem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades (Giraldes, 1999).

Finalmente, no conceito de «igualdade de resultados» o objectivo a atingir seria a igualização de indicadores de saúde entre os distritos ou regiões. Pressupõe a existência de uma política intersectorial e trata-se, sem dúvida, de um conceito utópico.

Durante a última década verificou-se uma tendência para uma redução substancial na despesa pública em

saúde em países com um rendimento de nível intermédio, acompanhada por um aumento na despesa privada em saúde, a qual substituiu, mais do que complementou, a despesa pública (Jowett, 1999; WHO, 2000; Musgrove *et al.*, 2002). Tal como na Europa, o mesmo fenómeno aconteceu no Canadá (Chaplin e Earl, 2000). No entanto, as fontes de financiamento público têm tendência para apresentarem um pequeno efeito distributivo, enquanto as fontes de financiamento privadas têm na maioria dos casos um efeito redistributivo negativo (Van Doorslaer, 1999).

No relatório de 2000, a Organização Mundial da Saúde argumenta que uma dimensão essencial da *performance* do sistema de saúde é a equidade do sistema de financiamento. No entanto, o índice proposto para a avaliação da equidade do sistema de financiamento em 191 países é criticado por Wagstaff (2002), o qual defende que uma perspectiva mais correcta seria a distinção entre equidade horizontal e vertical e avaliar o grau de progressividade do sistema.

Por outro lado, entende-se por eficiência técnica a avaliação da relação entre os recursos utilizados (*inputs*) na produção de um dado bem ou serviço e os resultados obtidos (*outputs*), sendo tanto melhor quanto maiores os resultados para recursos prefixados (ou menores os recursos para resultados prefixados).

A eficiência distributiva, por seu lado, avalia a relação entre os recursos gerais da sociedade e os resultados obtidos através da sua utilização em termos de obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos: qualquer combinação de recursos será mais eficiente do que outras se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual obtidos for superior ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas noutros ou nos mesmos indivíduos.

Em Giraldes (1995 e 1999) procedeu-se a um estudo da distribuição de recursos de saúde baseada num princípio de eficiência distributiva.

2. Objectivos

O presente artigo propõe-se proceder a uma avaliação do SNS, designadamente no que respeita ao *trade-off* entre equidade e eficiência.

Propõe-se ainda avaliar a qualidade do sistema de saúde através de indicadores subjectivos, de processo e de *outcome*.

Propõe-se, finalmente, proceder à elaboração de um indicador agregado de avaliação da eficiência em Hospitais SA.

3. Metodologia

O conceito de equidade implícito no presente artigo é o de igualdade de resultados, medida através de indicadores de *outcome*.

Foram definidos indicadores para avaliação da actividade hospitalar e da actividade dos centros de saúde, a nível de região e de Sub-Região de Saúde, segundo três perspectivas, designadamente em relação à distribuição da despesa, numa perspectiva de equidade, em relação à avaliação da prestação, numa perspectiva de eficiência, e numa perspectiva de avaliação da qualidade.

A igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, a nível de Sub-Região de Saúde, foi o conceito escolhido para caracterizar a perspectiva da equidade tanto a nível de hospitais como de centros de saúde.

A avaliação de necessidades foi realizada segundo três critérios. O critério da utilização de serviços de saúde assenta no princípio de que qualquer pessoa, independentemente do local de residência, deve ter a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde. Este critério baseia-se na aplicação das taxas de utilização dos doentes internados, por especialidades, a nível do continente, para estimar, dentro de um princípio de equidade, a procura potencial prevista a nível de sub-região relativamente a cuidados de saúde diferenciados e na aplicação das taxas de utilização, em relação a actividades preventivas e curativas, para estimar a procura potencial em serviços de cuidados de saúde primários.

Consideraram-se, nesta última área, as taxas de utilização por principais áreas da despesa em relação a actividades preventivas e a actividades curativas. Neste critério, a principal determinante da distribuição da despesa é a estrutura etária da população.

O critério da situação sanitária pressupõe que se discriminem positivamente as sub-regiões de saúde com maiores necessidades de saúde. Procede-se à diferenciação da situação de saúde em função da taxa de mortalidade infantil, em relação à população com idade inferior a 1 ano, da taxa de mortalidade 1-4 anos, em relação à população com idade entre 1 e 4 anos, e da razão de mortalidade padronizada 5-64 anos, por sexos, em relação à população daquele grupo etário, tanto para cuidados de saúde diferenciados como relativamente aos cuidados de saúde primários. Em relação a esta última área da despesa, considerou-se ainda a ponderação da população total de cada sub-região em função de um indicador de rendimento, numa base inversa, o que pretende reforçar a necessidade de serviços de saúde de tipo preventivo consoante o maior ou menor nível de rendimento *per capita* (traduzido indirectamente pelo

índice de poder de compra concelhio, agregado a nível de sub-região, do INE, 2000).

Finalmente, o critério da cobertura da população 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 de saúde 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 da saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde.

Neste critério procede-se a uma correcção de base inversa em cuidados de saúde diferenciados, em função de indicadores de cobertura por principais áreas da despesa, designadamente em relação ao internamento, a consultas externas, a urgências e a hospital de dia. Em serviços de cuidados de saúde primários admite-se que, se uma sub-região 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 da saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde. Neste critério procede-se a uma discriminação positiva de base inversa, em função de indicadores de cobertura de serviços de saúde, em relação igualmente a actividades preventivas, actividades curativas e a transferências para o sector privado, no que respeita a medicamentos e a meios complementares de diagnóstico. O conceito de eficiência técnica foi o conceito escolhido para caracterizar a perspectiva da eficiência, tendo-se considerado o número de utilizadores em cada uma das actividades hospitalares, designadamente doentes tratados no internamento, sessões em hospital de dia, consultas externas, doentes atendidos na urgência, e o número de utentes inscritos em centros de saúde, como o universo utilizado no cálculo dos indicadores de eficiência.

Seleccionaram-se em cada área os indicadores que melhor a caracterizam. Numa perspectiva de equidade, e em relação à actividade hospitalar, foram seleccionadas a despesa com internamento, a despesa com hospital de dia, a despesa com consultas externas, a despesa com urgências, a despesa com obstetrícia, a despesa com intervenções cirúrgicas e a despesa com medicamentos, todas por 1000 habitantes, com base na população de cada sub-região corrigida. Numa perspectiva de equidade, os indicadores seleccionados em relação à actividade dos centros de saúde foram, por outro lado, a despesa com actividades preventivas, a despesa com actividades curativas,

a despesa com medicamentos, por principais grupos farmacoterapêuticos, a despesa com análises, a despesa com RX, a despesa com ecografias e a despesa com TAC, todos *per capita*, com base na população de cada sub-região, igualmente por 1000 habitantes, e corrigida pelo processo anteriormente descrito.

Numa perspectiva de eficiência, foi ainda avaliado o impacto na gestão tanto em relação à totalidade dos hospitais como individualmente em relação a Hospitais SA. Considerou-se tanto a actividade principal do hospital como as secções auxiliares de apoio clínico (imagiologia, medicina física e reabilitação, patologia clínica e imuno-hemoterapia), como os serviços hoteleiros. Os indicadores de despesa considerados foram a despesa com internamento por doente tratado, a despesa com hospital de dia por sessão, a despesa com consultas externas por consulta, a despesa com urgências por doente atendido, a despesa com medicamentos por doente tratado no internamento, a despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão, a despesa com medicamentos por consulta, a despesa com medicamentos por doente tratado na urgência, a despesa com obstetrícia, a despesa com intervenções cirúrgicas, a despesa com imuno-hemoterapia, a despesa com patologia clínica, a despesa com imagiologia, a despesa com medicina física e reabilitação, a despesa com alimentação e dietética e a despesa com tratamento de roupa, todos por doente tratado.

Em relação a Hospitais SA, utilizou-se um indicador agregado de avaliação da eficiência que tomou em consideração os indicadores de eficiência acima referidos, ponderados em função da importância da despesa de cada componente na despesa total, para a totalidade dos Hospitais SA. Utilizaram-se dados da contabilidade analítica de 2000, últimos dados disponíveis a nível do IGIF, à data, para todos os hospitais, agora SA, com excepção dos IPO, de Lisboa, Porto e Coimbra, por falta de dados estatísticos. Procedeu-se ainda à ponderação do indicador agregado de avaliação da eficiência com o índice de *case-mix* relativo àquele ano.

A nível de sub-região de saúde, os indicadores de eficiência considerados foram corrigidos com o *case-mix* da sub-região, obtido através da média do ICM das unidades prestadoras de cada sub-região, de forma a ter em atenção diferenças de casuística particularmente importantes a nível hospitalar, segundo dados fornecidos pelo IGIF¹.

¹ O índice de *case-mix* considerado na Região Norte foi de 0,8993 (Braga), 0,9765 (Bragança), 1,0637 (Porto), 0,9475 (Viana do Castelo) e 0,9112 (Vila Real). Na Região Centro o índice considerado foi de 0,93974 (Aveiro), 0,9804 (Castelo Branco), 1,112 (Coimbra), 0,9106 (Guarda), 0,91556 (Leiria) e 0,9322 (Viseu). O ajustamento na Região de Lisboa baseou-se num índice de

Numa perspectiva de eficiência, foi ainda avaliado o impacto na gestão em centros de saúde com base nos indicadores despesa com actividades preventivas, despesa com actividades curativas, despesa com medicamentos, por principais grupos farmacoterapêuticos, despesa com análises, despesa com RX, despesa com ecografias e despesa com TAC, todos por utilizador. O índice de *case-mix*, a nível de Sub-Região de Saúde, não foi utilizado na actividade prestada pelos centros de saúde devido a não estar ainda disponível. No entanto, considera-se que a correcção com aquele índice não se justifica tanto como na actividade hospitalar, dado o tipo de patologias tratadas em cuidados de saúde primários, designadamente hipertensão, diabetes, doenças osteomusculares, doenças do aparelho digestivo, entre outras, e a simplicidade de intervenção neste nível de prestação de cuidados. Mesmo assim, será de ter este facto em atenção na interpretação dos resultados da análise e respectivas conclusões devido à diferenciação na incidência da doença e respectivo custo de tratamento das principais causas de morbilidade (cf. Giraldes, 1999).

Os indicadores de avaliação da qualidade considerados foram classificados em indicadores subjectivos, indicadores de processo e indicadores de *outcome*. Quanto aos indicadores subjectivos, foi tomada em consideração a percentagem de população utilizadora que classifica o nível dos serviços como bom ou muito bom, quer em relação ao pessoal técnico, ao pessoal administrativo e aos procedimentos administrativos, como às instalações, quer quanto a hospitais, como a centros de saúde, segundo o último Inquérito Nacional de Saúde 1998/99.

Utilizaram-se, da área 6 deste inquérito, «Cuidados médicos», as perguntas 11, 12, 13, 14 e 15, em relação a centros de saúde, e 19, 20, 21, 22 e 23, relativamente a hospitais.

Seleccionaram-se como indicadores de processo em hospitais a percentagem de cirurgias em ambulatório, a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos e a taxa de autópsia.

Em centros de saúde consideraram-se como indicadores de processo as primeiras consultas de saúde infantil em relação aos nascidos-vivos, a percentagem de crianças de menos de 1 ano vacinadas contra a hepatite B e a percentagem de crianças vacinadas contra o sarampo no grupo etário 1-2 anos.

Seleccionou-se como indicador de *outcome* em hospitais o número de episódios de internamento por infecções nosocomiais em relação ao total de internamentos.

1,2715 (Lisboa), 1,0013 (Santarém) e 1,1078 (Setúbal). Na Região do Alentejo o índice considerado foi de 1,03985 (Beja), 1,03125 (Portalegre) e 0,9402 (Évora). Na Região do Algarve foi considerado um ajustamento de 0,93556 na Sub-Região de Saúde de Faro.

Como indicadores de *outcome* em centros de saúde consideraram-se os indicadores nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos em relação ao total de nados-vivos, a mortalidade por cancro da mama em relação à população feminina e a mortalidade pós-neonatal.

Seleccionou-se como medida de desigualdade a medida mais utilizada por economistas, o coeficiente de Gini. O método de cálculo deste coeficiente considera a distribuição dos atributos e correspondentes distribuições populacionais segundo a fórmula

$$\frac{\sum_{i=1}^{n-1} (p_i - q_i)}{\sum_{i=1}^{n-1} p_i}$$

em que p_i representa a população e q_i o atributo cuja desigualdade se pretende medir.

Calcularam-se coeficientes de Gini relativamente a indicadores de despesa *per capita* em que a população foi corrigida segundo os pressupostos anteriores, numa perspectiva de equidade, e em relação a indicadores de *outcome*.

Na impossibilidade de cálculo de coeficientes de Gini em relação a indicadores de eficiência e a indicadores de qualidade (processo), utilizaram-se ainda como medidas de desigualdade o coeficiente de variação e a razão entre valores extremos.

4. Resultados

4.1. Hospitais

4.1.1. Hospitais: a perspectiva da equidade

A despesa com internamento por 1000 habitantes, corrigida pela origem dos doentes em relação a hospi-

tais centrais, é também aquela que apresenta menores desigualdades na distribuição da despesa, com um coeficiente de Gini de 0,0746, seguida da despesa com obstetrícia por 1000 habitantes, com um coeficiente de Gini de 0,1469, e da despesa com urgências por 1000 habitantes, com um coeficiente de Gini de 0,1671. Deve notar-se que a população, a nível de Sub-Região de Saúde, foi corrigida em função de uma avaliação das necessidades relativas das diferentes sub-regiões de saúde, tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, as taxas de utilização das principais áreas da despesa, a situação de saúde (traduzida indirectamente pela taxa de mortalidade infantil em relação ao grupo etário 0-1 ano, pela taxa de mortalidade 1-4 anos em relação à população de 1-4 anos e pela razão de mortalidade padronizada do grupo etário 5-64 anos relativamente ao respectivo grupo) e do nível de cobertura dos serviços de saúde (*Quadro I*). As maiores desigualdades na distribuição da despesa, a nível de sub-região, encontram-se na despesa com hospital de dia e com medicamentos, com um coeficiente de Gini, respectivamente, de 0,4788 e 0,4246. As assimetrias na despesa com hospital de dia por 1000 habitantes evidenciam o facto de nem todos os hospitais atribuírem uma igual importância a esta componente da despesa, principalmente vocacionada para quimioterapia e hemodiálise, enquanto as assimetrias com medicamentos demonstram uma necessidade normativa e a ausência de uma política específica nesta área, à qual se atribui uma maior importância no ambulatório.

Em relação aos restantes indicadores de impacto na população, referem-se ainda as elevadas desigualdades dos indicadores despesa com intervenções cirúrgicas por 1000 habitantes e despesa com consultas externas por 1000 habitantes com coeficientes de Gini, respectivamente, de 0,2999 e 0,3621.

Quadro I

A perspectiva da equidade — medidas de desigualdade da despesa *per capita* em hospitais, em 2000, relativa à população corrigida segundo as necessidades, a nível de sub-região de saúde

Despesa <i>per capita</i> em hospitais por 1000 hab., a nível de sub-região de saúde	Coeficiente de Gini	Coeficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo (euros)	Valor mínimo (euros)
Internamento*	0,0746	26,4	0,39	317,5 (Coimbra)	123,1 (Beja)
Hospital de dia	0,4788	96,6	0,04	48,5 (Coimbra)	2 (Portalegre)
Consultas externas	0,3621	65,8	0,14	125,9 (Coimbra)	17,5 (Guarda)
Urgências	0,1671	35,5	0,3	108,2 (Coimbra)	32,4 (Guarda)
Obstetrícia*	0,1469	44,8	0,23	65,7 (Coimbra)	14,9 (Beja)
Intervenções cirúrgicas	0,2999	73,8	0,14	269,6 (Coimbra)	36,6 (Aveiro)
Medicamentos	0,4246	84,2	0,1	109,4 (Coimbra)	10,7 (Aveiro)

* Segundo a origem dos doentes em hospitais centrais (cf. IGIF, SNS, distrito de proveniência dos doentes assistidos em 2000).

É de assinalar que a Sub-Região de Saúde de Coimbra apresenta o valor máximo em todas aquelas componentes da despesa, devido ao centro de excelência que são os HUC e igualmente devido a uma nítida sobredotação desta sub-região, dado que se corrigiu a despesa *per capita* segundo a origem dos doentes em hospitais centrais (em relação à despesa com internamento e com obstetrícia) e de acordo com as necessidades relativas da população residente, a nível de sub-região.

A Sub-Região de Saúde de Beja apresenta o valor mínimo em relação à despesa com internamento e despesa com obstetrícia por 1000 habitantes, enquanto a Sub-Região de Saúde de Portalegre apresenta o valor mínimo quanto à despesa com hospital de dia por 1000 habitantes e a Sub-Região de Saúde da Guarda relativamente à despesa com consultas externas e urgências. A Sub-Região de Saúde de Aveiro apresenta o valor mínimo em relação à despesa com intervenções cirúrgicas e medicamentos por 1000 habitantes.

4.1.2. Hospitais: a perspectiva da eficiência

A análise dos indicadores de gestão evidencia que a menor desigualdade se verifica no indicador despesa com internamento por doente tratado, com um coeficiente de variação de 15,4, com a Sub-Região de

Saúde de Faro a evidenciar a maior ineficiência e a Sub-Região de Saúde de Bragança com o indicador mais favorável. Em situação semelhante encontram-se os indicadores despesa com consultas externas por consulta, com um coeficiente de variação de 18,1, com os valores máximo e mínimo nas mesmas sub-regiões. A despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado apresenta um coeficiente de variação de 17,2, com o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Coimbra e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Aveiro (*Quadro II*).

Numa situação intermédia encontram-se os indicadores despesa com imagiologia por doente tratado, despesa com medicamentos por doente tratado, urgências por doente atendido, obstetrícia por doente tratado, patologia clínica por doente tratado, medicamentos por doente atendido na urgência e despesa com hospital de dia por sessão, com coeficientes de variação, respectivamente, de 22,7, 26,4, 27,7, 28,7, 31,3, 32,3 e 34,1. O primeiro indicador apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Setúbal e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Braga. A despesa com medicamentos no internamento por doente tratado apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Porto e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Beja. A despesa com urgências por doente tratado tem o valor máximo no distrito de Évora e o valor mínimo no distrito de Aveiro. A despesa com obstetrícia por doente tratado evidencia o

Quadro II
A perspectiva da eficiência — medidas de desigualdade da despesa por utilizador em hospitais, em 2000, corrigida segundo o índice de *case-mix*, a nível de sub-região de saúde

Despesa por utilizador em hospitais a nível de sub-região de saúde	Coeficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo (euros)	Valor mínimo (euros)
Internamento por doente tratado (%0)	15,4	0,62	2344,8 (Faro)	1444 (Bragança)
Hospital de dia por sessão (%0)	34,1	0,33	579,1 (Coimbra)	193,7 (Viseu)
Consultas externas por consulta (%0)	18,1	0,54	85,3 (Faro)	46,3 (Bragança)
Urgências por doente atendido (%0)	27,7	0,35	152,3 (Évora)	53,1 (Aveiro)
Medicamentos por doente tratado (%0)	26,4	0,45	237,8 (Porto)	106 (Beja)
Medicamentos por sessão em hospital de dia (%0)	40,6	0,21	320,2 (Coimbra)	68,6 (C. Branco)
Medicamentos por consulta (%0)	90,3	0,04	22,5 (Setúbal)	1 (Santarém)
Medicamentos por urgência (%0)	32,3	0,21	5,3 (Faro)	1,1 (Aveiro)
Obstetrícia por doente tratado (%0)	28,7	0,35	1683,5 (C. Branco)	592 (Lisboa)
Intervenções cirúrgicas por doente tratado (%0)	17,2	0,55	2867,2 (Coimbra)	1583,8 (Aveiro)
Imuno-hemoterapia por doente tratado (%0)	64,7	0,08	189 (Porto)	15,9 (Guarda)
Patologia clínica por doente tratado (%0)	31,3	0,27	310,9 (Porto)	85,4 (Braga)
Imagiologia por doente tratado (%0)	22,7	0,38	149,5 (Setúbal)	57,2 (Braga)
Medicina física e reabilitação por doente tratado (%0)	51,3	0,1	83,9 (Portalegre)	8,3 (Braga)
Alimentação e dietética por doente tratado (%0)	25,5	0,37	149,9 (Faro)	54,9 (Braga)
Tratamento de roupa por doente tratado (%0)	35,3	0,35	54,2 (V. Castelo)	19,2 (V. Real)

valor máximo na Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Lisboa. A despesa com patologia clínica por doente tratado apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde do Porto e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Braga. A despesa com medicamentos por doente atendido na urgência apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Faro e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Aveiro. A despesa com hospital de dia por sessão apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Coimbra e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Viseu.

Com as maiores desigualdades encontram-se os indicadores despesa com medicamentos por consulta, imuno-hemoterapia por doente tratado, despesa com medicina física e reabilitação por doente tratado e despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão, com coeficientes de variação, respectivamente, de 90,3, 64,7, 51,3 e 40,6. A despesa com medicamentos por consulta apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Setúbal e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Santarém. A despesa com imuno-hemoterapia por doente tratado apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde do Porto e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde da Guarda. A despesa com medicina física e reabilitação apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Portalegre e o valor mínimo na

Sub-Região de Saúde de Braga. A despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Coimbra e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Castelo Branco.

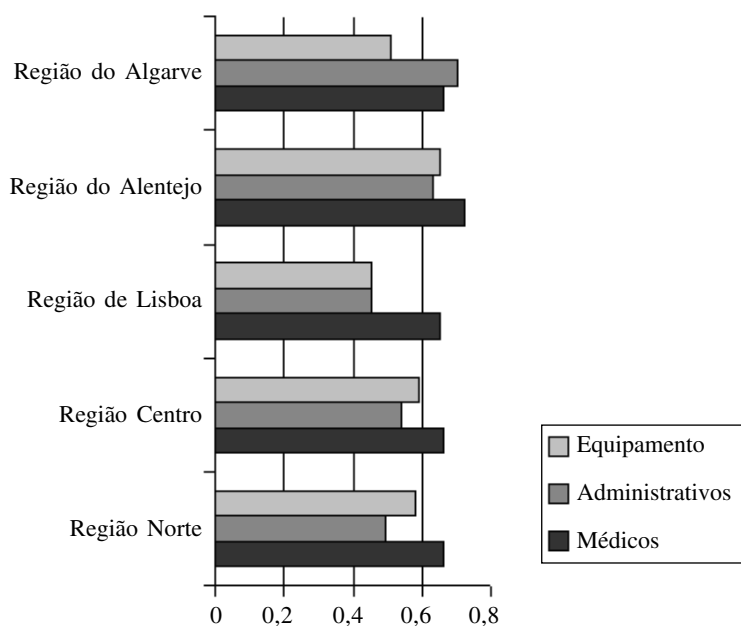
Os dois indicadores relativos ao apoio hoteleiro, despesa com alimentação e dietética e despesa com tratamento de roupa por doente tratado apresentam desigualdades médias, com coeficientes de variação, respectivamente, de 25,5 e 35,3, com Faro com o valor máximo quanto ao primeiro e Viana do Castelo com o valor máximo quanto ao segundo e Braga e Vila Real, respectivamente, com o valor mínimo.

4.1.3. Hospitais: a perspectiva da avaliação da qualidade

Como *indicadores subjectivos* seleccionou-se a percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal técnico, em relação ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos e em relação ao estado das instalações, indicadores estes apenas existentes a nível regional (*Figura 1*).

A população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal técnico apresenta uma grande unifor-

Figura 1
Percentagem da população inquirida que classifica os serviços prestados pelo hospital como bom ou muito bom



midade, com um coeficiente de variação de apenas 4,2 e uma razão entre valores extremos de 0,9, muito próxima da igualdade da distribuição. O valor máximo do indicador é o da Região Alentejo, com uma percentagem de 0,72, e o valor mínimo o da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com 0,65. O menor nível de satisfação existente nesta região poderá resultar de uma maior concentração urbana, com maiores listas de espera, ou ainda reflexo do mau estado das instalações a seguir referido relativamente a esta região.

Quanto à percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos, verifica-se um nível de satisfação mais baixo, com um coeficiente de variação de 18,2 e uma razão entre valores extremos de 0,64. O valor máximo é o da Região do Algarve, com 0,7 de percentagem de população utilizadora que classifica o nível dos serviços como bom ou muito bom, e o valor mínimo, de novo, o da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com apenas 0,45. O baixo nível de satisfação existente nesta região em relação ao pessoal administrativo poderá resultar igualmente das razões mencionadas em relação ao indicador anterior.

Por sua vez, quanto à percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao estado das instalações, verifica-se um coeficiente de variação de 13,9 e uma razão entre valores extremos de 0,69, o que traduz uma desigualdade semelhante ao indicador anterior. O valor máximo é o da Região do Alentejo, com 0,65, e o valor mínimo o da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com 0,45, à semelhança do

que se verifica com o pessoal técnico e administrativo.

É de assinalar a situação da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com a pior situação em relação aos três indicadores de satisfação da população utilizadora de serviços de cuidados de saúde diferenciados.

Como *indicadores de processo* foram consideradas a percentagem de cirurgias em ambulatório, a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos e a taxa de autópsia.

A percentagem de cirurgias em ambulatório evidencia grandes desigualdades a nível de Sub-Região de Saúde, com um elevado coeficiente de variação de 104,3, um valor máximo na sub-região de saúde de Santarém e um valor mínimo nas Sub-Regiões de Saúde de Viana do Castelo, Beja, Évora e Portalegre (*Quadro III*).

A percentagem de cesarianas em relação ao total de partos é aquele indicador de qualidade que tem uma melhor distribuição a nível regional, com um coeficiente de variação de 15,2 e uma razão entre valores extremos de 54,5. No entanto, assinala-se a situação da Sub-Região de Saúde de Vila Real, com o valor máximo quanto a este indicador, enquanto o valor mínimo se verifica na Sub-Região de Saúde de Beja. Na taxa de autópsia assinala-se igualmente a existência de elevadas desigualdades, com um coeficiente de variação de 61,5 e uma razão entre valores extremos de 0,07, em que o valor máximo se verifica na Sub-Região de Saúde de Faro e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. O indicador de *outcome* considerado revela uma desigualdade média entre as sub-regiões, com um coeficiente de Gini de 0,1607, em que o valor máximo é o da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo e o valor mínimo o da Sub-Região de Saúde de Beja.

Quadro III
A perspectiva da avaliação da qualidade — Medidas de desigualdade de indicadores de processo e *outcome* em hospitais, em 2000, a nível de sub-região de saúde

Indicadores de processo e de <i>outcome</i> em hospitais a nível de sub-região de saúde	Coeficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo	Valor mínimo
Indicadores de processo				
Cirurgias em ambulatório (%)	104,3	0	25,1 (Santarém)	0 (V. Cast.; Beja; Portalegre)
Cesarianas/total de partos (%)	15,2	0,55	37,4 (V. Real)	20,4 (Beja)
Taxa de autópsia	61,5	0,07	12,7 (Faro)	0,95 (V. Castelo)
Indicadores de <i>outcome</i>				
Episódios de internamento por infeções nosocomiais (%)*				
	45,1	0,19	0,69 (V. Castelo)	0,13 Beja

* O coeficiente de Gini, que apenas é possível calcular em relação a indicadores de *outcome*, é de 0,1607.

4.1.4. Síntese

Quando se analisa o impacto na população conjuntamente com o impacto na gestão verifica-se que a desigualdade assinalada pela Sub-Região de Saúde de Coimbra, numa perspectiva de equidade na distribuição da despesa, com o valor máximo quanto a todos os indicadores considerados, é acompanhada pela ineficiência demonstrada em alguns indicadores, designadamente despesa com hospital de dia, despesa com medicamentos em hospital de dia e despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado, com o valor máximo, e despesa com internamento por doente tratado, com o segundo maior valor. Embora não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, a maior dotação desta sub-região vai a par com ineficiências em relação a quatro indicadores importantes da actividade principal do hospital, apesar de se ter corrigido a despesa por utilizador com o índice de *case-mix* desta Sub-Região de Saúde, um dos mais elevados a nível do continente (o segundo maior a seguir a Lisboa). Deve notar-se que se corrigiu igualmente a despesa *per capita*, segundo a origem dos doentes em hospitais centrais, em relação à despesa com internamento e obstetrícia e de acordo com as necessidades relativas da população residente, a nível de sub-região.

Na Sub-Região de Saúde de Aveiro verifica-se uma situação oposta, devido ao facto de possuir a despesa mínima *per capita* em relação a intervenções cirúrgicas e a medicamentos *per capita* e apresentar, igualmente, o valor mínimo em relação a indicadores de eficiência, como a despesa com urgências por doente atendido, a despesa com medicamentos por urgência e a despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado. Possivelmente, os ganhos de eficiência existentes neste caso foram originados pelas restrições na distribuição da despesa numa perspectiva de equidade. É de assinalar, além disso, que seja exactamente em duas das componentes da despesa com menor despesa *per capita*, intervenções cirúrgicas e medicamentos, que existem os indicadores mais favoráveis a nível de gestão, ou seja, é um exemplo de um *trade-off* entre equidade e eficiência.

Assinala-se ainda a situação específica positiva da Sub-Região de Saúde de Braga, com o valor mínimo em quatro indicadores de gestão, designadamente despesa com patologia clínica, despesa com imagiologia por doente tratado, despesa com medicina física e reabilitação e despesa com alimentação, despesa com patologia clínica a evidenciar bons indicadores de gestão a nível de sub-região.

É de notar que sejam exactamente estas duas sub-regiões de saúde aquelas que surgem com os maiores défices na distribuição da despesa corrente hospi-

talar, a evidenciarem o facto anteriormente referido de que foram possivelmente conseguidos ganhos de eficiência à custa de desigualdades na distribuição da despesa; nessa medida qualquer correcção nas desigualdades deverá ser feita de forma progressiva e principalmente à custa das Sub-Regiões de Saúde de Coimbra e de Lisboa, que apresentam uma situação oposta.

Assinala-se ainda a situação das Sub-Regiões de Saúde de Faro e do Porto, com a despesa máxima em três indicadores de gestão. A Sub-Região de Saúde de Faro apresenta o valor máximo nos indicadores despesa no internamento por doente tratado, despesa com consultas externas por consulta e despesa com medicamentos na urgência por doente tratado, enquanto a Sub-Região de Saúde do Porto apresenta o valor máximo nos indicadores despesa com medicamentos por doente tratado no internamento, despesa com imuno-hemoterapia por doente tratado e despesa com patologia clínica por doente tratado.

Numa perspectiva de qualidade, é de assinalar a situação favorável da Região do Alentejo em relação aos indicadores de satisfação da população utilizadora dos serviços. Em situação oposta encontra-se sobretudo a Região de Lisboa e Vale do Tejo quanto ao pessoal técnico e também a Região Norte em relação ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos e em relação ao estado das instalações.

Se a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos revela procedimentos semelhantes entre as sub-regiões, é de assinalar que a percentagem de cirurgias em ambulatório e a taxa de autópsia apresentam elevadas desigualdades.

Como indicador de qualidade, de *outcome*, a percentagem de episódios de internamento por infeções nosocomiais revela que haverá que intervir a este nível na melhoria da prestação de cuidados hospitalares.

4.1.5. Hospitais SA

A menor desigualdade em indicadores de gestão em Hospitais SA diz respeito à despesa com internamento por doente tratado e à despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado, com coeficientes de variação, respectivamente, de 18,9 e 22,2, enquanto os demais indicadores apresentam desigualdades médias ou elevadas, a demonstrarem a existência de grandes assimetrias entre os hospitais, agora designados como SA, no ano para o qual a análise foi realizada (*Quadro IV*).

Verificam-se desigualdades médias nos indicadores de gestão consultas externas por consulta, medica-

mentos por doente tratado, urgências por doente atendido e despesa com obstetrícia por doente tratado, com coeficientes de variação, respectivamente, de 32,2, 32,5, 33,3 e 35,1.

Essas desigualdades são ainda maiores relativamente aos indicadores despesa com alimentação e dietética por doente tratado, tratamento de roupa por doente tratado, despesa com hospital de dia por sessão, com coeficientes de variação, respectivamente, de 39,3, 46,7 e 48,2. A despesa com imagiologia por doente tratado, medicina física e reabilitação, medicamentos na urgência, patologia clínica por doente tratado, medicamentos por sessão em hospital de dia, despesa com imuno-hemoterapia por doente tratado e despesa com medicamentos por consulta apresentam ainda maiores desigualdades, com coeficientes de variação, respectivamente, de 50,7, 52,3, 53,5, 61, 68, 75,1 e 130,1.

Destaca-se o Hospital Egas Moniz com a maior despesa com internamento por doente tratado, assim como em relação à despesa com medicamentos por doente tratado, embora a despesa com urgências por doente tratado e medicamentos na urgência por doente tratado apresente o valor mínimo.

Também o Hospital Garcia de Orta apresenta o valor máximo na despesa com consultas externas por consulta e na despesa com medicamentos por consulta. O Hospital do Barlavento Algarvio destaca-se por apresentar o valor máximo na despesa com medicamentos na urgência por doente tratado, na despesa

com intervenções cirúrgicas por doente tratado e na despesa com alimentação e dietética por doente tratado.

O Hospital de Santo António, por outro lado, destaca-se por possuir o valor máximo da despesa com imuno-hemoterapia e da despesa com patologia clínica por doente tratado e o valor mínimo na despesa com hospital de dia por sessão e em medicamentos em hospital de dia por sessão, o que denota uma maior eficiência na área específica do hospital de dia. O Hospital da Cova da Beira possui o valor máximo da despesa com obstetrícia por doente tratado, enquanto o Hospital de S. Francisco Xavier apresenta igualmente o valor máximo na despesa com urgências por doente atendido, o Hospital de Beja na despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão, o Hospital da Figueira da Foz na despesa com medicina física e reabilitação por doente tratado, o Hospital de Setúbal na despesa com imagiologia por doente tratado e o Hospital de Vale do Sousa na despesa com tratamento de roupa por doente tratado. O Hospital de S. Sebastião apresenta o valor máximo em relação à despesa com hospital de dia por sessão, embora apresente o valor mínimo, no ano em análise, relativamente à despesa com alimentação e dietética por doente tratado.

Com uma situação de maior eficiência destaca-se o Hospital de Barcelos, com o valor mínimo na despesa com imuno-hemoterapia por doente tratado, na despesa com patologia clínica por doente tratado, na

Quadro IV
A perspectiva da eficiência — medidas de desigualdade da despesa por utilizador em Hospitais SA, em 2000, corrigida segundo o índice de *case-mix*

Despesa por utilizador em Hospitais SA	Coefficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo (euros)	Valor mínimo (euros)
Internamento por doente tratado (%0)	18,9	0,56	2659,5 (E. Moniz)	1484,3 (Guimarães)
Hospital de dia por sessão (%0)	48,2	0,13	491,8 (S. Sebastião)	65,73 (S. ^{to} António)
Consultas externas por consulta (%0)	32,2	0,24	141,1 (G. Orta)	34,1 (S. ^{ta} Marta)
Urgências por doente atendido (%0)	33,3	0,07	165,4 (S. F. Xavier)	11,6 (Egas Moniz)
Medicamentos por doente tratado (%0)	32,5	0,31	275 (Egas Moniz)	84 (S. ^{ta} Marta)
Medicamentos por sessão em hosp. dia (%0)	68	0,02	364,2 (Beja)	7,6 (S. ^{to} António)
Medicamentos por consulta (%0)	130,1	0,003	55 (G. Orta)	0,14 (V. N. Famal.)
Medicamentos por urgência (%0)	53,5	0,04	7,7 (B. Algarvio)	0,34 (Egas Moniz)
Obstetrícia por doente tratado (%0)	35,1	0,22	1854,2 (C. Beira)	409,1 (V. Real/Régua)
Interv. cirúrgicas por doente tratado (%0)	22,2	0,28	2799,3 (B. Algarv.)	795,5 (Bragança)
Imuno-hemoterapia por doente tratado (%0)	75,1	0,04	289,4 (S. ^{to} António)	10,5 (Barcelos)
Patologia clínica por doente tratado (%0)	61	0,06	620,2 (S. ^{to} António)	35,6 (Barcelos)
Imagiologia por doente tratado (%0)	50,7	0,06	286,6 (Setúbal)	16,1 (Barcelos)
Medicina física e reabilitação por doente tratado (%0)	52,3	0,08	81,9 (Fig. Foz)	6,7 (P. Valente)
Alimentação e dietética por doente tratado (%0)	39,3	0,12	157,6 (B. Algarv.)	18,3 (S. Sebastião)
Tratamento de roupa por doente tratado (%0)	46,7	0,11	97,5 (V. Sousa)	10,5 (Barcelos)

despesa com imagiologia por doente tratado e na despesa com tratamento de roupa por doente tratado. É de referir ainda o valor mínimo da despesa com internamento por doente tratado no Hospital de Guimarães, como actividade principal do hospital, que é e aquela que mais recursos absorve. O Hospital de Vila Nova de Famalicão apresenta o valor mínimo da despesa com medicamentos por consulta, o Hospital de Vila Real/Régua da despesa com obstetrícia por doente tratado, o Hospital de Bragança da despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado e o Hospital Pulido Valente da despesa com medicina física e reabilitação por doente tratado, enquanto o Hospital de Santa Marta apresenta o valor mínimo na despesa com consultas externas por consulta e medicamentos por doente tratado no internamento.

4.1.6. Indicador agregado de avaliação da eficiência em Hospitais SA

Utilizou-se um indicador agregado de avaliação da eficiência em Hospitais SA, que tomou em consideração quer indicadores de eficiência relacionados com a actividade principal do hospital, como com as secções auxiliares de apoio clínico (imagiologia, medicina física e reabilitação, patologia clínica e imuno-hemoterapia) e serviços hoteleiros. Estes indicadores foram ponderados em função da importância da despesa de cada componente na despesa total para a totalidade dos Hospitais SA. Procedeu-se ainda à ponderação do indicador agregado de avaliação da eficiência com o índice de *case-mix* relativo a 2000. Os Hospitais SA, que não são hospitais centrais, foram classificados segundo o número de camas, ou seja, a respectiva capacidade de oferta, e de acordo com o volume de produção, quantificado em número de doentes tratados, em três grupos. Aqueles que são hospitais centrais foram considerados num quarto grupo devido às funções que desempenham a nível nacional, ao facto de constituírem centros de excelência e ainda devido a alguns deles constituírem áreas de estágio e de aprendizagem para as faculdades de medicina.

Este indicador agregado de eficiência apresenta os valores mais baixos em Hospitais SA do grupo I, designadamente nos Hospitais de Vale do Sousa, Barcelos e Amarante. Quando ponderados com o índice de *case-mix*, estes hospitais continuam a ser os mais eficientes, embora o mais eficiente seja agora o Hospital de Barcelos. O Hospital de Portimão é, neste grupo, o menos eficiente (*Quadro V*).

No segundo grupo é o Hospital de Bragança a apresentar o indicador agregado de eficiência mais favorável. O Hospital de S. Sebastião apresenta igual-

mente uma boa posição. Esta situação não se altera, para ambos os hospitais, quando se pondera o indicador agregado de eficiência com o índice de *case-mix*. Em situação oposta, os Hospitais de Beja, Barreiro e Setúbal apresentam os valores mais elevados do indicador agregado de eficiência e a respectiva situação não se altera, igualmente, quando ponderados com o índice de *case-mix*. É este último hospital a apresentar a pior situação relativa.

Em Hospitais SA do grupo III é o Hospital de Guimarães a apresentar o melhor indicador agregado de eficiência, seguido do Hospital de Aveiro, porém, quando ponderado pelo índice de *case-mix*; aquele indicador apresenta a melhor situação neste último hospital. Assinala-se a situação do Centro Hospitalar do Médio Tejo em quarta posição, que passa a ocupar a segunda quando o indicador agregado de eficiência é ponderado pelo índice de *case-mix*. Neste grupo o Hospital de Garcia de Orta e o Grupo dos Hospitais do Alto Minho são os menos eficientes.

No quarto grupo de Hospitais SA, constituído por hospitais centrais, evidenciava-se a situação do Hospital de S. Francisco Xavier, que apresenta o indicador agregado de eficiência mais baixo e que, quando ponderado pelo índice de *case-mix*, aparece classificado na última posição, como hospital mais ineficiente. Os Hospitais de Santa Marta e Santa Cruz, devido à complexidade das patologias tratadas, mudam da terceira e sexta posições em relação ao indicador agregado de eficiência para, respectivamente, a primeira e segunda posições.

4.2. Centros de saúde

4.2.1. Centros de saúde: a perspectiva da equidade

É a despesa com medicamentos aquela que menores desigualdades apresenta, com coeficientes de Gini, praticamente insignificantes, em relação à despesa *per capita* com medicamentos broncodilatadores, sulfonamidas, antiácidos e antiulcerosos, antibióticos, anti-hipertensores, anti-reumáticos, com coeficientes de Gini, respectivamente, de 0,0132, 0,0412, 0,0995, 0,1015, 0,105 e 0,1057. Destaca-se, no entanto, a existência de indicadores da despesa com medicamentos *per capita* com coeficientes de Gini um pouco mais elevados, como os medicamentos antidepressivos, vasodilatadores, anticoagulantes e hormonas da tiróide, com coeficientes de Gini, respectivamente, de 0,1377, 0,153, 0,1709 e 0,1921. Esta quase perfeita distribuição resulta de se tratar de um bem de primeira necessidade. Os limitados orçamentos familiares dão muitas vezes apenas para a compra de medicamentos, principalmente a partir de

Quadro V
Indicador agregado de eficiência em Hospitais SA em 2000

Hospitais SA	Indicador agregado de eficiência	Índice de <i>case-mix</i> em 2000	Índice agregado ponderado pelo <i>case-mix</i>
I			
Vale Sousa (a)	55,7	0,69	80,7
Barcelos (b)	57	0,71	80,3
Amarante (c)	59,6	0,74	80,5
V. Nova Famalicão	70,3	0,74	95
Cova Beira	84,8	0,89	95,3
Figueira da Foz	103,6	0,94	110,2
Portimão	115,8	0,85	136,2
II			
Bragança	61,8	0,89	69,4
S. Sebastião	66,8	0,82	81,5
C. H. V. Real/Régua	89,4	0,9	98,2
Beja	101,2	0,89	113,7
Barreiro	107,9	0,88	122,6
Setúbal	113,7	0,88	129,2
III			
Guimarães	64,5	0,77	83,8
Aveiro	71	0,89	79,8
Leiria	77,8	0,82	94,9
C. H. Médio Tejo (d)	80,9	0,99	81,7
Viseu	86,3	0,93	92,8
Santarém	92,7	0,93	99,7
Matosinhos (e)	95,3	0,99	96,3
G. Alto Minho	97	0,9	107,8
Garcia de Orta	123,3	0,99	124,5
IV			
S. Francisco Xavier (f)	114,5	0,85	134,7
Pulido Valente (g)	124,3	1,5	82,9
Santa Marta (h)	127,7	2,18	58,6
Santo António	157,6	1,39	113,4
Egas Moniz (f)	173,1	1,48	117
Santa Cruz (g)	186,9	2,38	78,5
IPO (Lisboa) (i)			
IPO (Coimbra) (i)			
IPO (Porto) (i)			

(a) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo I relativamente à despesa com hospital de dia por sessão e à despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão, por falta desta valência.

(b) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo I relativamente à despesa com medicina física e reabilitação.

(c) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo I relativamente à despesa com hospital de dia por sessão, à despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão e à despesa com obstetrícia por doente tratado.

(d) Média dos hospitais que integram o Centro Hospitalar.

(e) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo III relativamente à despesa com alimentação, por falta de dados.

(f) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo IV relativamente à despesa com obstetrícia por doente tratado.

(g) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo IV relativamente à despesa com urgências por doente atendido, à despesa com medicamentos por doente atendido na urgência e à despesa com obstetrícia por doente tratado.

(h) Corrigido com o valor médio dos hospitais do grupo IV relativamente à despesa com hospital de dia por sessão e à despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão, à despesa com urgências por doente atendido, despesa com medicamentos por doente atendido na urgência e à despesa com obstetrícia por doente tratado.

(i) Não foram considerados na análise devido a não terem sido considerados na contabilidade analítica do IGIF (2000).

determinada idade. Deve notar-se que a população, a nível de Sub-Região de Saúde, foi corrigida em função de uma avaliação das necessidades relativas das diferentes sub-regiões de saúde, tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, as taxas de utilização das principais áreas da despesa, a situação de saúde (traduzida indirectamente pela taxa de mortalidade infantil em relação ao grupo etário 0-1 ano, pela taxa de mortalidade 1-4 anos em relação à população de 1-4 anos e pela razão de mortalidade padronizada do grupo etário 5-64 anos relativamente ao respectivo grupo), o nível de rendimento e do nível de cobertura dos serviços de saúde (*Quadro VI*).

A despesa com medicamentos broncodilatadores *per capita* apresenta um valor máximo na Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Viseu. A despesa com medicamentos sulfonamidas *per capita* apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Aveiro e o valor mínimo nas Sub-Regiões de Saúde de Braga e Portalegre. É a Sub-Região de Saúde de Évora a apresentar o valor máximo da despesa com medicamentos anti-ácidos, enquanto o valor mínimo se verifica, de novo, na Sub-Região de Saúde de Braga. Quanto à despesa com medicamentos antibióticos *per capita*, o valor máximo verifica-se na Sub-Região de Saúde de Aveiro, enquanto o valor mínimo é o da Sub-Região de Saúde de Bragança. O valor máximo da despesa com medicamentos anti-hipertensores *per capita* verifica-se na Sub-Região de Saúde de Évora e o valor mínimo, de novo, na Sub-Região de Saúde de Bragança, enquanto o valor máximo da despesa com

medicamentos anti-reumáticos *per capita* se verifica na Sub-Região de Saúde de Santarém e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Braga.

A despesa com medicamentos antidepressivos *per capita* apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Vila Real. A despesa com medicamentos vasodilatadores e hormonas da tiróide *per capita* apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Évora e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Bragança. Finalmente, a despesa com medicamentos anticoagulantes *per capita* apresenta o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e o valor mínimo nas Sub-Regiões de Saúde de Bragança e do Porto.

Os mais elevados coeficientes de Gini verificam-se na despesa com actividades curativas *per capita*, com um coeficiente de Gini de 0,4758, e na despesa com actividades preventivas, com um coeficiente de Gini de 0,3587, ou seja, na prestação de serviços pelos centros de saúde, a evidenciar elevadas desigualdades, neste domínio, entre as sub-regiões. O valor máximo do primeiro indicador verifica-se na Sub-Região de Saúde de Lisboa e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Setúbal, enquanto o valor máximo da despesa com actividades preventivas *per capita* se verifica, de novo, na Sub-Região de Saúde de Lisboa e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Évora. Desigualdades da mesma ordem de grandeza verificam-se nos meios complementares de diagnóstico, com a despesa com TAC *per capita* a apresentar a maior desigualdade, com um coeficiente de Gini de

Quadro VI

A perspectiva da equidade — medidas de desigualdade da despesa *per capita* em centros de saúde, em 2000, relativa à população corrigida segundo as necessidades, a nível de sub-região de saúde

Despesa <i>per capita</i> em centros de saúde a nível de sub-região de saúde	Coeficiente de Gini	Coeficiente variação	Razão valores	Valor máximo (euros)	Valor mínimo (euros)
Actividades preventivas	0,3587	45,3	0,18	22,3 (Lisboa)	4,1 (Évora)
Actividades curativas	0,4758	54,9	0,17	222,8 (Lisboa)	37,5 (Setúbal)
Anti-hipertensores	0,105	15,3	0,56	22,7 (Évora)	12,7 (Bragança)
Anti-reumáticos	0,1057	9,7	0,72	12,1 (Santarém)	8,8 (Braga)
Antiácidos e antiulcerosos	0,0995	16,5	0,57	13,8 (Évora)	7,4 (Braga)
Antibióticos	0,1015	16,5	0,57	11,5 (Aveiro)	6,5 (Bragança)
Vasodilatadores	0,153	28,1	0,38	11,2 (Évora)	4,3 (Bragança)
Hormonas da tiróide	0,1921	25,9	0,32	5,8 (Évora)	1,9 (Bragança)
Antidepressivos	0,1377	65	0,15	17,2 (C. Branco)	2,5 (V. Real)
Broncodilatadores	0,0132	14,9	0,57	4,6 (V. Castelo)	2,6 (Viseu)
Sulfonamidas	0,0412	10	0,73	3,3 (Aveiro)	2,4 (Braga; Portal.)
Anticoagulantes	0,1709	30,2	0,35	4,9 (C. Branco)	1,7 (Bragança; Porto)
Análises	0,1735	24,9	0,29	21,2 (Lisboa)	6,2 (Évora)
RX	0,262	74,1	0,07	13,8 (Santarém)	0,99 (Beja)
Ecografias	0,1819	37,8	0,13	5,2 (V. Castelo)	0,68 (C. Branco)
TAC	0,3097	38,2	0,29	5,6 (Lisboa)	1,6 (C. Branco; Viseu)

0,3097, seguida da despesa com RX *per capita*, com um coeficiente de Gini de 0,262, da despesa com ecografias *per capita*, com um coeficiente de Gini de 0,1819, e da despesa com análises *per capita*, com um coeficiente de Gini de 0,1735.

É na Sub-Região de Saúde de Lisboa que se verifica o valor máximo da despesa com TAC *per capita*, enquanto o valor mínimo se verifica nas Sub-Regiões de Saúde de Castelo Branco e de Viseu.

A Sub-Região de Saúde de Santarém apresenta o valor máximo da despesa *per capita* com RX, enquanto o valor mínimo é o da Sub-Região de Saúde de Beja.

Relativamente ao indicador despesa com ecografias *per capita*, é a Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo a apresentar o valor máximo, enquanto o valor mínimo é o da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco.

A Sub-Região de Saúde de Lisboa apresenta o valor máximo da despesa *per capita* com análises, enquanto o valor mínimo se verifica na Sub-Região de Saúde de Évora.

Em síntese, a Sub-Região de Saúde de Évora apresenta valores máximos quanto à despesa com medicamentos anti-hipertensores, antiácidos, vasodilatadores e hormonas da tiróide, assim como um valor elevado com ecografias *per capita* e com TAC *per capita*, a necessitar de um evidente controlo da despesa na área da despesa com medicamentos e com alguns meios complementares de diagnóstico, a favor de uma redistribuição interna da despesa para actividades preventivas, na qual esta sub-região apresenta o valor mínimo, e para outras sub-regiões de saúde, resultante de uma dotação da despesa corrente em cuidados de saúde primários superior à necessária. Verificam-se ainda valores máximos na despesa *per capita* na Sub-Região de Saúde de Lisboa em actividades preventivas, actividades curativas, análises e TAC e um valor elevado quanto à despesa com medicamentos, hormonas da tiróide e ecografias *per capita*, pelo que deverão também verificar-se transferências desta para outras sub-regiões, particularmente importantes nesta sub-região de saúde.

A Sub-Região de Saúde de Aveiro apresenta o valor máximo quanto à despesa com medicamentos antibióticos e sulfonamidas *per capita* e um dos valores mais elevados quanto à despesa com broncodilatadores *per capita* e análises *per capita*.

A Sub-Região de Saúde de Castelo Branco apresenta um dos valores mais elevados em relação à despesa com medicamentos antiácidos *per capita* e o valor máximo quanto a medicamentos antidepressivos e anticoagulantes *per capita*.

A Sub-Região de Saúde de Leiria apresenta um dos valores mais elevados quanto à despesa com medica-

mentos broncodilatadores, vasodilatadores e hormonas da tiróide *per capita* e à despesa com ecografias *per capita*.

A Sub-Região de Saúde de Santarém apresenta um dos valores mais significativos em relação à despesa com medicamentos vasodilatadores e sulfonamidas *per capita* e ecografias *per capita* e o valor máximo em relação à despesa com medicamentos anti-reumáticos *per capita* e RX *per capita*.

A Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo apresenta o valor máximo quanto à despesa com medicamentos broncodilatadores *per capita* e a ecografias *per capita* e um dos valores mais elevados em relação à despesa com sulfonamidas e TAC *per capita*. Em situação oposta, a Sub-Região de Saúde do Porto apresenta o valor mínimo quanto a medicamentos anticoagulantes *per capita* e tem um dos valores mais baixos quanto à despesa com actividades curativas *per capita*, quanto à despesa com medicamentos antiácidos, vasodilatadores e anti-reumáticos *per capita* e quanto à despesa com TAC *per capita*.

A Sub-Região de Saúde de Braga apresenta o valor mínimo da despesa com medicamentos anti-reumáticos e anti-ácidos *per capita* e um dos valores mais baixos quanto à despesa com medicamentos anti-hipertensores, vasodilatadores e hormonas da tiróide *per capita* e quanto a actividades curativas *per capita*. A Sub-Região de Saúde de Bragança apresenta um dos valores mais baixos em sete componentes da despesa *per capita* em cuidados de saúde primários, com o valor mínimo da despesa *per capita* quanto a medicamentos anti-hipertensores, antibióticos, vasodilatadores, hormonas da tiróide e anticoagulantes *per capita* e um dos valores mais baixos em relação à despesa com medicamentos antidepressivos e em relação à despesa com ecografias *per capita*. É esta a Sub-Região de Saúde mais desfavorecida numa perspectiva de equidade na área dos cuidados de saúde primários.

A Sub-Região de Saúde de Viseu apresenta também o valor mínimo em relação à despesa com broncodilatadores e TAC *per capita* e um dos valores mais baixos quanto à despesa com medicamentos anti-hipertensores e antiácidos *per capita* e quanto à despesa com análises e RX *per capita*.

4.2.2. Centros de saúde: a perspectiva da eficiência

Quando se compara a despesa por utilizador dos centros de saúde nas várias sub-regiões em relação às várias componentes, verifica-se que as maiores desigualdades em indicadores de gestão existem em actividades curativas e preventivas, com coeficientes de

variação de 50,1 e 40,9, quanto a medicamentos anti-depressivos, anticoagulantes e vasodilatadores, com coeficientes de variação, respectivamente, de 68,3, 42,8 e 36,5, e quanto a RX, TAC e ecografias, com coeficientes de variação, respectivamente, de 60,2, 40,4 e 38,8 (*Quadro VII*).

O valor máximo da despesa com actividades curativas e preventivas por utilizador verifica-se na Sub-Região de Saúde de Lisboa, enquanto o valor mínimo se verifica, respectivamente, nas Sub-Regiões de Saúde de Aveiro e da Guarda. Quanto aos medicamentos anti-depressivos por utilizador, o valor máximo verifica-se na Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Vila Real, enquanto o valor máximo dos medicamentos anticoagulantes e vasodilatadores por utilizador se verifica na Sub-Região de Saúde de Évora e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde do Porto. O valor máximo da despesa com RX por utilizador verifica-se na Sub-Região de Saúde de Santarém e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Beja, enquanto o valor máximo da despesa com TAC por utilizador se verifica na Sub-Região de Saúde de Évora e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Viseu e o valor máximo da despesa com ecografias por utilizador se verifica na Sub-Região de Saúde de Setúbal e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde Castelo Branco.

Por outro lado, as menores desigualdades em relação a indicadores de gestão verificam-se em relação à despesa com medicamentos anti-reumáticos, broncodilatadores, sulfonamidas e antibióticos por utilizador, com coeficientes de variação, respectivamente,

de 14,8, 15,9, 19,8 e 20. O valor máximo da despesa com medicamentos anti-reumáticos por utilizador verifica-se na Sub-Região de Saúde de Évora e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Braga. Quanto a medicamentos broncodilatadores, o valor máximo da despesa por utilizador verifica-se na Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Beja, enquanto os valores máximo e mínimo da despesa com sulfonamidas por utilizador se verificam, respectivamente, nas Sub-Regiões de Saúde de Évora e Beja. O valor mínimo da despesa com antibióticos por utilizador verifica-se, de novo, na Sub-Região de Saúde de Beja, enquanto o valor máximo se verifica na Sub-Região de Saúde de Faro.

Em síntese, é a Sub-Região de Saúde de Beja aquela que se pode considerar mais eficiente com bons indicadores de gestão, em relação a onze *itens*. Apresenta o valor mínimo quanto à despesa com medicamentos anti-hipertensores, antibióticos, hormonas da tiróide, broncodilatadores e sulfonamidas por utilizador e quanto à despesa com RX por utilizador e um dos valores mais baixos quanto à despesa com actividades preventivas por utilizador e quanto à despesa com medicamentos vasodilatadores, antidepressivos, anti-reumáticos por utilizador e, igualmente, em relação à despesa com análises por utilizador.

Com excepção de Beja, todas as restantes sub-regiões mais eficientes pertencem ao Norte do País. A Sub-Região de Saúde de Aveiro evidencia bons indicadores de gestão quanto a oito indicadores. Apresenta o valor mínimo em relação à despesa com actividades curativas

Quadro VII

A perspectiva da eficiência — medidas de desigualdade da despesa por utilizador em centros de saúde, em 2000, a nível de sub-região de saúde

Despesa por utilizador em centros de saúde a nível de sub-região de saúde	Coefficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo (euros)	Valor mínimo (euros)
Actividades preventivas	40,9	0,25	28,3 (Lisboa)	7,2 (Guarda)
Actividades curativas	50,1	0,18	282,6 (Lisboa)	51 (Aveiro)
Anti-hipertensores	22,8	0,42	41,2 (Évora)	17,4 (Beja)
Anti-reumáticos	14,8	0,61	19,2 (Évora)	11,7 (Braga)
Antiácidos e antiulcerosos	27,4	0,37	25,7 (Évora)	9,4 (Aveiro)
Antibióticos	20	0,4	18,2 (Faro)	7,3 (Beja)
Vasodilatadores	36,5	0,31	22,1 (Évora)	6,8 (Porto)
Hormonas da tiróide	33,2	0,29	9,2 (Faro)	2,7 (Beja)
Antidepressivos	68,3	0,15	25,9 (C. Branco)	3,8 (V. Real)
Broncodilatadores	15,9	0,52	6,3 (V. Castelo)	3,3 (Beja)
Sulfonamidas	19,8	0,42	6 (Évora)	2,5 (Beja)
Anticoagulantes	42,8	0,25	9,2 (Évora)	2,3 (Porto)
Análises	23,3	0,4	30,5 (Lisboa)	12,3 (Évora)
RX	60,2	0,06	15,8 (Santarém)	1 (Beja)
Ecografias	38,8	0,14	8,1 (Setúbal)	1,1 (C. Branco)
TAC	40,4	0,28	8,6 (Évora)	2,4 (Viseu)

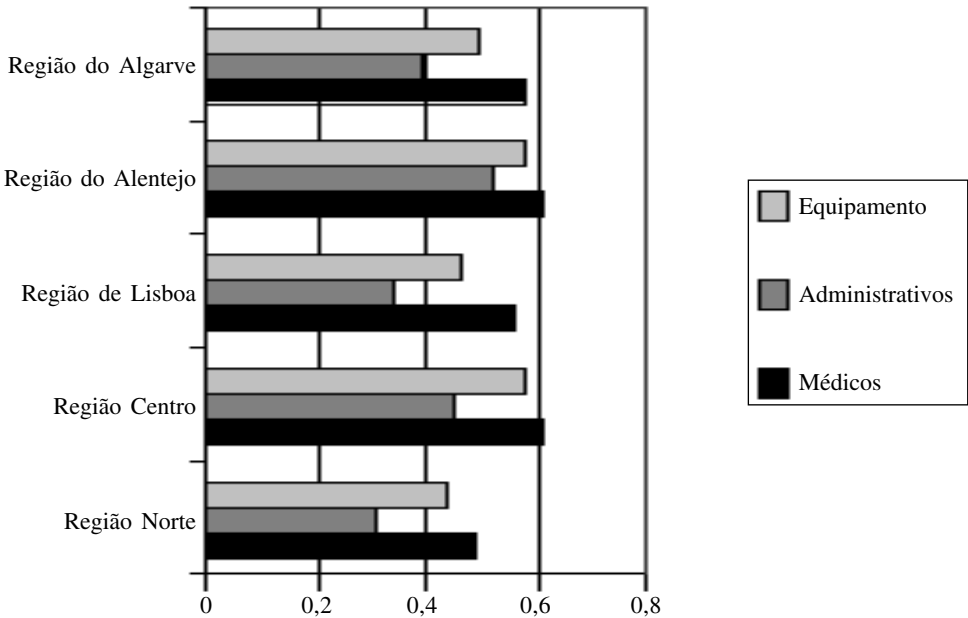
por utilizador e quanto à despesa com medicamentos antiácidos por utilizador e um dos valores mais baixos em relação à despesa com actividades preventivas por utilizador e quanto à despesa com medicamentos anti-hipertensores, anti-reumáticos, vasodilatadores, antidepressivos e anticoagulantes por utilizador. A Sub-Região de Saúde de Braga apresenta igualmente bons indicadores de gestão em relação a seis *itens*. Tem o valor mínimo quanto à despesa com medicamentos anti-reumáticos por utilizador e um dos valores mais baixos em relação à despesa com actividades curativas por utilizador e à despesa com medicamentos anti-hipertensores, antiácidos, hormonas da tiróide e antidepressivos por utilizador. A Sub-Região de Saúde do Porto apresenta o valor mínimo em relação à despesa com medicamentos vasodilatadores e anticoagulantes e um dos valores mais baixos quanto à despesa com actividades curativas por utilizador, à despesa com medicamentos anti-hipertensores por utilizador e à despesa com TAC por utilizador. Finalmente, a Sub-Região de Saúde de Bragança apresenta igualmente bons indicadores de gestão quanto à despesa com medicamentos vasodilatadores, anti-depressivos, anticoagulantes e hormonas da tiróide por utilizador e em relação à despesa com ecografias por utilizador. Em sentido contrário, as maiores ineficiências verificam-se nas Sub-Regiões de Saúde de Évora, Lisboa e Portalegre, ou seja, no Sul do País. A Sub-Região de

Saúde de Évora apresenta o valor máximo da despesa por utilizador em relação a medicamentos anti-hipertensores, anti-reumáticos, antiácidos, vasodilatadores, sulfonamidas e anticoagulantes e à despesa por utilizador com TAC e um dos valores mais elevados quanto à despesa por utilizador quanto a hormonas da tiróide, broncodilatadores e a ecografias, ou seja, apresenta um dos valores mais elevados quanto a dez *itens*. A Sub-Região de Saúde de Lisboa apresenta o valor máximo quanto à despesa com actividades preventivas por utilizador e quanto à despesa com actividades curativas por utilizador e à despesa com análises por utilizador e um dos valores mais elevados quanto à despesa com TAC por utilizador. Finalmente, a Sub-Região de Saúde de Portalegre apresenta um dos valores mais elevados em relação à despesa com medicamentos vasodilatadores, broncodilatadores, sulfonamidas e anticoagulantes por utilizador.

4.2.3. Centros de saúde: a perspectiva da avaliação da qualidade

Como indicadores *subjectivos* seleccionou-se a percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal técnico, em relação ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos e em relação ao estado das instalações, indicadores estes apenas existentes a nível regional (*Figura 2*).

Figura 2
Percentagem da população inquirida que classifica os serviços prestados pelo centro de saúde como «bom» ou «muito bom»



A população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal técnico apresenta uma grande uniformidade, com um coeficiente de variação de 8,7 e uma razão entre valores extremos de 0,8, muito próxima da igualdade da distribuição. O valor máximo do indicador é o das Regiões Centro e do Alentejo, com 0,61, e o valor mínimo o da Região Norte, com 0,49 de percentagem de satisfação. É de assinalar que o menor nível de satisfação existente nesta última região poderá resultar do mau estado das instalações a seguir referido.

Quanto à percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos, verifica-se um nível de satisfação mais baixo, com uma razão entre valores extremos de 0,6. O valor máximo é o da Região do Alentejo, com 0,52, e o valor mínimo, de novo, o da Região Norte, com apenas 0,31, seguida de perto pela Região de Lisboa, com 0,34.

Por sua vez, quanto à percentagem da população utilizadora que classifica o nível dos serviços prestados como bom ou muito bom em relação ao estado das instalações, verifica-se um coeficiente de variação de 12,8 e uma razão entre valores extremos de 0,75, o que traduz uma desigualdade semelhante ao indicador anterior. O valor máximo é o das Regiões Centro e do Alentejo, com 0,58, e o valor mínimo o da Região Norte, com 0,44, à semelhança do que se verifica com o pessoal técnico.

É de assinalar a situação favorável da Região do Alentejo em relação a todos os indicadores de satis-

fação da população utilizadora de centros de saúde. Em situação oposta encontra-se a Região Norte.

Como *indicadores de outcome* consideraram-se os indicadores nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos, mortalidade por cancro da mama na população feminina e mortalidade pós-neonatal.

Em relação aos nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos, verifica-se uma igualdade na distribuição, com um coeficiente de Gini de 0,087, embora o coeficiente de variação seja de 51,7, em que o valor máximo é o das Sub-Regiões de Saúde de Bragança e de Portalegre e o valor mínimo o da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (*Quadro VIII*).

Quanto ao indicador mortalidade por cancro da mama na população feminina, verifica-se uma desigualdade média entre as sub-regiões de saúde, com um coeficiente de Gini de 0,1559 e um coeficiente de variação de 23,0, com o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Beja e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Braga.

A mortalidade pós-neonatal apresenta igualmente uma desigualdade média, com um coeficiente de Gini de 0,1689, embora se verifique um elevado coeficiente de variação de 55,9, com o valor máximo na Sub-Região de Saúde de Vila Real e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Como *indicadores de processo* consideraram-se as primeiras consultas de saúde infantil em relação aos nados-vivos, as crianças de menos de 1 ano vacinadas contra a hepatite B e as crianças do grupo etário 1-2 anos vacinadas contra o sarampo.

É o primeiro indicador aquele que apresenta as maiores desigualdades, com um coeficiente de variação de

Quadro VIII

A perspectiva da avaliação da qualidade — medidas de desigualdade de indicadores de processo e *outcome* em centros de saúde, em 2000, a nível de sub-região de saúde

Indicadores de processo e de <i>outcome</i> em centros de saúde a nível de sub-região de saúde	Coeficiente de Gini	Coeficiente de variação	Razão valores extremos	Valor máximo	Valor mínimo
Indicadores de processo					
Primeiras consultas de saúde infantil/nados-vivos (%)		24,7	0,28 100	(Bragança; C. B.; G.; L.)	28,5 (Évora)
Crianças de <1 ano vacinadas contra a hepatite B (%)		12,9	0,36 100	(Bragança)	36,4 (Beja)
Crianças do grupo etário 1-2 anos vacinadas contra o sarampo (%)		12	0,6 96,6	(Leiria)	58 (Beja)
Indicadores de <i>outcome</i>					
Nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos/nados-vivos (%)	0,087	51,7	0,15 2,6	(Bragança; Portalegre)	0,4 (V. Cast.)
Mortalidade por cancro da mama/população feminina	0,1559	23	0,37 46,2	(Beja)	17,3 (Braga)
Mortalidade pós-neonatal	0,1689	55,9	0 5,1	(V. Real)	0 (Coimbra)

24,7, com o valor máximo nas Sub-Regiões de Saúde de Bragança, Castelo Branco, Guarda e Leiria e o valor mínimo na Sub-Região de Saúde de Évora.

Os dois últimos indicadores relativos à vacinação contra a hepatite B em crianças de menos de 1 ano e contra o sarampo em crianças de menos de 2 anos de idade apresentam pequenas desigualdades, com o valor máximo, respectivamente, em Bragança e Leiria e o valor mínimo em Beja.

4.2.4. Síntese

Embora não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, é um facto que a comparação dos indicadores, numa perspectiva de equidade e de eficiência em centros de saúde, a nível de sub-região de saúde demonstra que algumas das sub-regiões de saúde que possuem valores máximos ou elevados da despesa *per capita* são simultaneamente as menos eficientes e, em situação contrária, sub-regiões subfinanciadas originaram a existência de ganhos de eficiência. Com efeito, as Sub-Regiões de Saúde de Évora e de Lisboa, com os valores máximos da despesa *per capita*, são também as menos eficientes em termos de indicadores de gestão.

A Sub-Região de Saúde de Portalegre é igualmente ineficiente, embora não apareça, em relação a estes indicadores de impacto na população como uma das mais sobredotadas.

Por outro lado, as Sub-Regiões de Saúde de Castelo Branco, Leiria, Santarém e Viana do Castelo apresentam valores máximos ou valores elevados da despesa *per capita*, embora não apresentem as ineficiências assinaladas para as sub-regiões anteriores em relação aos indicadores de gestão considerados na análise.

Em situação oposta, as Sub-Regiões de Saúde do Porto, Braga e Bragança são aquelas que são simultaneamente as que apresentam os valores mínimos da despesa *per capita* e os valores mínimos em indicadores de gestão, a evidenciarem ganhos de eficiência resultantes do subfinanciamento.

A Sub-Região de Saúde de Setúbal, porém, apresenta a situação específica de ser subdotada e de não apresentar ganhos de eficiência.

Finalmente, a Sub-Região de Saúde de Beja é, sem dúvida a Sub-Região de Saúde mais eficiente, embora, em relação aos indicadores de despesa *per capita* considerados, não se possa considerar subdotada. É, aliás, a única sub-região na qual se verifica uma igualdade entre a despesa real e a despesa desejável (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, Abril de 2004).

Em relação aos indicadores de qualidade é de assinalar a situação favorável da Região do Alentejo em relação a todos os indicadores de satisfação da popu-

lação utilizadora dos serviços de cuidados de saúde primários, enquanto em situação oposta se encontra a Região Norte. É de assinalar, no entanto, a situação da Sub-Região de Saúde de Beja, com o valor máximo da mortalidade por cancro da mama e o valor mínimo nos indicadores de processo percentagem de crianças de menos de 1 ano vacinadas contra a hepatite B e percentagem de crianças do grupo etário 1-2 anos vacinadas contra o sarampo.

Por outro lado, as Sub-Regiões de Saúde de Bragança e de Vila Real apresentam os indicadores mais elevados em relação a dois indicadores de *outcome* nados-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos e mortalidade pós-neonatal.

5. Propostas de intervenção política na saúde

5.1. Hospitais

Numa perspectiva de equidade, no que respeita a hospitais, deverá verificar-se principalmente uma intervenção específica nas áreas da despesa com hospital de dia e com consultas externas, nas quais se verificam maiores assimetrias, o que traduz diferenças de política, a nível hospitalar, na qual as administrações regionais de saúde têm um importante papel a desempenhar.

O hospital de dia, actualmente principalmente vocacionado para a hemodiálise e para a quimioterapia, deverá ser amplamente desenvolvido em todos os hospitais com essas especialidades mediante a realização prévia de estudos custo-efectividade que tenham em atenção a actividade desenvolvida, neste âmbito, pelo sector privado.

No que respeita às consultas externas, o desenvolvimento de protocolos de referência médica entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, já actualmente existentes em algumas sub-regiões de saúde, deverá, em cada caso, dar origem a uma política específica no que respeita ao desenvolvimento desta valência hospitalar. As consultas externas hospitalares, constituindo, como se sabe, uma actividade mais diferenciada relativamente às consultas dos centros de saúde, deverão ser desenvolvidas tendo em atenção a procura destes e a eventual resposta por parte do sector privado.

Numa perspectiva de eficiência, haverá que definir padrões de procedimento em relação às áreas nas quais se verificam maiores desigualdades, designadamente imuno-hemoterapia, medicina física e reabilitação, hospital de dia, medicamentos em hospital de dia e patologia clínica, utilizando a experiência de hospitais mais eficientes (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, Setembro de 2004).

Numa perspectiva de qualidade, e a nível da satisfação da população com o nível dos serviços prestados, verifica-se que é relativamente ao pessoal administrativo e a procedimentos administrativos que se verifica um nível de satisfação mais reduzido a nível hospitalar, com excepção da Região do Algarve, a necessitar de uma intervenção. Não será demasiado intensificar-se a política de formação neste domínio em relação ao pessoal administrativo em contacto com o público.

A nível das instalações, o nível de satisfação é nitidamente menor na Região de Lisboa de Lisboa e Vale do Tejo relativamente às restantes regiões. Deverá, assim, ser dada prioridade política à remodelação de hospitais nesta região, já que se verifica um excedente no *stock* segundo a padronização da utilização de serviços de saúde por especialidades, baseada no valor médio, a nível nacional, e na estrutura demográfica da população, a nível regional. A política de construção de novos hospitais deverá ter este aspecto em consideração, pelo que os Hospitais de Cascais, Vila Franca de Xira, Sintra e Loures se justificam apenas pela necessidade de camas de substituição (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, Abril de 2004).

A política das cirurgias em ambulatório, que indicia a qualidade da prestação, necessita igualmente de uma intervenção. Deverão ser definidas, caso a caso, as patologias e as condições específicas dos utentes, idade, situação sócio-económica, assim como a gravidade da situação clínica, com vista a implementar uma política de cirurgias em ambulatório, a qual se tem demonstrado nitidamente custo-efectiva.

A sua prática é possível em virtude dos avanços da ciência médica no domínio da anestesiologia, nas técnicas e materiais empregues na cirurgia e também pela melhoria do nível cultural da população. O tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2000).

Como critérios sociais, deve ter-se em atenção: aceitação de ser operado nas condições oferecidas; transporte assegurado em veículo automóvel; área de residência ou local para pernoitar a menos de sessenta minutos de distância do hospital; condições de adequada habitabilidade no local para pernoitar; acesso a comunicações (telefone); assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas. Como exemplos de patologias que poderão ser efectuadas em ambulatório citam-se a amigdalectomia, biopsias, excisão de catarata, laparoscopia, tumor cutâneo e subcutâneo, entre outros.

Por outro lado, a política actualmente seguida relativamente a autópsias deverá ser igualmente revista devido às grandes assimetrias existentes, como indicador importante que é dos serviços prestados a nível hospitalar. Deverão ser realizados igualmente estudos específicos neste domínio que permitam fundamentar uma intervenção.

A nível de sub-região de saúde, verifica-se que a maior dotação da despesa corrente da Sub-Região de Saúde de Coimbra deverá dar origem a um decréscimo progressivo da despesa corrente em cuidados de saúde diferenciados, devido ao facto de esta sub-região apresentar, numa perspectiva de equidade, o valor máximo em todas as componentes da despesa, designadamente despesa com internamento, despesa com hospital de dia, despesa com consultas externas, despesa com urgências, despesa com obstetria, despesa com intervenções cirúrgicas e despesa com medicamentos por 1000 habitantes. Deve ter-se em atenção que se corrigiu a despesa *per capita* segundo a origem dos doentes em hospitais centrais, pelo que, apesar do centro de excelência que são os HUC, existe uma nítida sobredotação desta sub-região.

Finalmente, é de assinalar o *trade-off* entre equidade e eficiência em cuidados de saúde diferenciados que se verifica nas Sub-Regiões de Saúde de Aveiro e Braga, que são aquelas que têm simultaneamente indicadores de despesa *per capita* mais baixos e, ao mesmo tempo, aquelas que apresentam melhores indicadores de eficiência. Já que não se pode estabelecer uma relação de causa-efeito, será desejável a realização de um estudo aprofundado destas sub-regiões que tenha em consideração o facto de serem evidentes os ganhos de eficiência que resultam de restrições financeiras amplamente referenciadas na literatura. Os resultados poderão ser muito importantes para a tomada de decisão no âmbito da redução progressiva das desigualdades na distribuição da despesa.

5.2. Hospitais SA

Em relação aos Hospitais SA, numa perspectiva de eficiência, deverão ser tomadas medidas específicas de melhoria dos indicadores de gestão em relação aos hospitais mais ineficientes, designadamente quanto ao Hospital de Portimão, Hospital de Setúbal, Hospital de Garcia de Orta, Grupo dos Hospitais do Alto Minho e Hospital de S. Francisco Xavier, na linha daquilo que vem a ser desenvolvido pela Unidade de Missão de Hospitais SA.

Propõe-se que sejam realizadas análises tipo *peer review* à actividade desses hospitais com maus indicadores de gestão, seleccionando equipas de especia-

listas de hospitais com um *case-mix* semelhante. Para uma análise mais aprofundada daquilo que se propõe veja-se o documento de trabalho «Avaliação da eficiência e da qualidade em Hospitais SA», Direcção-Geral da Saúde, Setembro de 2004.

Campos (2003) assinala as vantagens dos Hospitais SA no sentido de poderem celebrar contratos ou acordos de gestão relativos a partes funcionalmente autónomas do hospital com entidades privadas ou grupos de profissionais de saúde. Julga-se que esta será uma via a explorar no sentido da obtenção de ganhos de eficiência.

Os resultados alcançados com a experiência de quase-empresarialização do Hospital de S. Sebastião e, em menor grau, do Hospital de Matosinhos, com uma gestão realizada por contratos-programa, com planeamento financeiro plurianual, financiamento do hospital proporcional à produção com base em tabelas gerais, risco de gestão fortemente partilhado com o conselho de administração, que responde civil, penal e disciplinarmente, organização do hospital segundo centros de responsabilidade e com regras de contratualização interna, demonstram que muito haverá a esperar deste novo tipo de gestão.

Além disso, deverão ser criados incentivos ao desempenho. Os hospitais mais eficientes deverão ser estimulados e recompensados e celebrados contratos-programa de formação, entre outros.

5.3. Cuidados de saúde primários

Numa perspectiva de equidade, em relação a centros de saúde, verifica-se que os indicadores de despesa *per capita* evidenciam a necessidade de correcção das assimetrias na distribuição da despesa principalmente em relação a actividades preventivas e curativas. Deverá verificar-se uma discriminação positiva, mediante uma intervenção activa na comunidade, em relação a actividades preventivas, no que respeita a grupos de risco. Será desejável que as administrações regionais de saúde procedam a uma redistribuição progressiva da despesa que lhes é atribuída anualmente no sentido de colmatarem a deficiente despesa naquelas áreas, principalmente à custa do excedente de despesa existente com medicamentos.

Quanto a actividades curativas, deverá ser melhorada a qualidade das instalações em relação a um elevado número de centros de saúde e melhorada a acessibilidade, que se reflecte tanto em gastos na deslocação como em distância a percorrer, na linha daquilo que se encontra definido na Carta de Equipamentos de Saúde. Cabe às administrações regionais de saúde actualizar anualmente as prioridades de intervenção neste domínio.

Embora seja a despesa com medicamentos aquela em que se verifica uma mais adequada distribuição, haverá que proceder à correcção de assimetrias relativamente a alguns grupos farmacoterapêuticos, designadamente quanto a anticoagulantes, vasodilatadores, hormonas da tiróide e antidepressivos. As administrações regionais de saúde deverão ter estes resultados em consideração a fim de promoverem uma progressiva redução daquelas desigualdades mediante a definição de normas e procedimentos de prescrição.

A despesa com meios complementares de diagnóstico apresenta maiores desigualdades na distribuição da despesa quanto a TAC e a RX, a necessitar de definição de normas neste domínio que permitam reduzir aquelas desigualdades. Propõe-se a criação de um grupo de trabalho neste domínio, o qual origina uma elevada despesa em cuidados de saúde primários, que proceda à definição de parâmetros de prescrição a nível dos cuidados de saúde primários.

Deverão ser tomadas medidas de correcção da despesa em vários grupos de medicamentos (anti-hipertensores, antiácidos, vasodilatadores e hormonas da tiróide), designadamente na Sub-Região de Saúde de Évora, assim como em relação a ecografias e a TAC, por ser esta, sem dúvida, a sub-região que necessita de um maior controlo da despesa *per capita*. Cabe à Administração Regional de Saúde do Centro tomar as medidas necessárias neste domínio que conduzam a uma maior uniformidade de critérios, a nível de sub-região de saúde, nestas áreas.

Igualmente, na Sub-Região de Saúde de Lisboa deverão ser tomadas medidas idênticas devido ao facto de apresentar valores máximos na despesa *per capita* em relação a actividades preventivas, actividades curativas, análises e TAC e um valor elevado quanto à despesa com medicamentos hormonas da tiróide e despesa com ecografias. Da mesma forma, caberá à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo tomar as medidas necessárias neste domínio. As sub-regiões de saúde mais desfavorecidas, numa perspectiva de equidade, em relação a indicadores de despesa *per capita* pertencem ao Norte do país. Haverá que privilegiar, em especial, as Sub-Regiões de Saúde do Porto, Braga e Bragança na discriminação positiva acima referida. Caberá aos serviços centrais terem este aspecto em consideração numa política de redistribuição da despesa corrente que corrija progressivamente aquelas desigualdades.

Numa perspectiva de eficiência, verifica-se que a elevada despesa com medicamentos é uma característica do sistema de saúde português, que exige uma intervenção rápida (Giraldes, 2003).

Medidas como a definição do perfil do prescriptor, *peer review* e outras, como a do lançamento de gené-

ricos, são medidas indispensáveis, mas que só por si não resolvem o problema de fundo.

Só medidas mais drásticas, como as dos orçamentos clínicos, com um *plafond* para medicamentos, poderão resolver o problema. O corte deverá ser significativo. Será esta a verba que se terá de destinar ao reforço dos serviços de cuidados de saúde primários e que possibilitará uma redistribuição da despesa neste domínio.

Nesta mesma linha, Ramos (2004) defende a afectação aos centros de saúde e respectiva gestão de orçamentos globais de base capitacional ajustada por características demográficas, sócio-económicas e necessidades específicas da população.

Haverá ainda que conseguir ganhos de eficiência através de experiências inovadoras de gestão. A gestão por objectivos e metas e o financiamento feito com base em contratos-programa constituem uma forma de dinamizar os actuais centros de saúde, conforme Campos (2003) defende a propósito dos Hospitais SA.

Os incentivos ao desempenho, que poderão ser, ou não, de ordem pecuniária ou privilegiar a formação, terão igualmente um papel a desempenhar e haverá que prosseguir na via da definição de padrões de qualidade.

Campos (1995) refere, no entanto, citando Stoddart (1989), que o entusiasmo em relação a incentivos não deverá ser demasiado, na medida em que são instrumentos de política que podem competir entre si e anular-se, que devem ser específicos e selectivos e que funcionam muito melhor em relação a objectivos de eficiência técnica do que em relação a objectivos de eficiência distributiva.

A perspectiva de qualidade em cuidados de saúde primários deverá dar origem a uma política específica por parte da Administração Regional de Saúde da Região Norte, que é aquela na qual a população utilizadora apresenta um menor nível de satisfação. É evidente a necessidade de beneficiação da rede de cuidados de saúde primários em algumas das sub-regiões, designadamente nas Sub-Regiões de Saúde do Porto e de Braga, de maior concentração urbana e nas quais os centros de saúde se encontram mais degradados, o que se reflecte igualmente nas condições de atendimento por parte do pessoal administrativo e nas condições de prestação da consulta pelo médico.

Na Sub-Região de Saúde de Beja, atrás considerada como mais eficiente, assinala-se o facto conhecido de apresentar o valor máximo da mortalidade por cancro da mama e ainda de ter o valor mínimo nos indica-

dores de processo seleccionados percentagem de crianças de menos de 1 ano vacinadas contra a hepatite B e percentagem de crianças do grupo etário 1-2 anos vacinadas contra o sarampo. Se o primeiro aspecto é bem conhecido, deverá ser desenvolvido pela Sub-Região de Saúde de Beja um plano específico para colmatar estas deficiências num grupo etário de risco tão importante como é o grupo 0-1 ano.

Também a Sub-Regiões de Saúde de Bragança e de Vila Real — que apresentam os indicadores mais elevados em relação a dois indicadores de *outcome* nascidos-vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos e mortalidade pós-neonatal — necessitam ainda de uma discriminação positiva na área materno-infantil. Caberá a estas sub-regiões de saúde desenvolver planos específicos nesta área. Competirá ainda aos serviços centrais reforçar a dotação em termos de despesa corrente das Sub-Regiões de Saúde de Vila Real e Bragança, por forma a permitir o desenvolvimento daqueles planos.

Salienta-se o *trade-off* entre equidade e eficiência que se verifica nas Sub-Regiões de Saúde do Porto, Braga e Bragança, que são aquelas que têm simultaneamente indicadores de despesa *per capita* mais baixos e, ao mesmo tempo, aquelas que apresentam melhores indicadores de eficiência. As Sub-Regiões de Saúde de Évora e de Lisboa encontram-se em situação contrária. À semelhança do proposto para os cuidados de saúde diferenciados, e já que não se pode estabelecer uma relação de causa-efeito, será desejável a realização de um estudo aprofundado destas sub-regiões na área dos cuidados de saúde primários que tenha em consideração o facto de serem evidentes os ganhos de eficiência que resultam de restrições financeiras amplamente referenciadas na literatura. Os resultados poderão ser muito importantes para a tomada de decisão no âmbito da redução progressiva das desigualdades na distribuição da despesa.

Agradecimentos

Este trabalho foi elaborado no âmbito da Direcção de Serviços de Planeamento da Direcção-Geral da Saúde. Agradecem-se ao Grupo de Trabalho sobre Indicadores de Monitorização de Hospitais, Hospitais SA e Centos de Saúde Numa Perspectiva de Melhoria da Gestão, por mim coordenado, os valiosos contributos para a sua elaboração.

Agradecem-se ainda ao *referee* da *Revista Portuguesa de Saúde Pública* as críticas, que muito o enriqueceram.

□ Bibliografia

CAMPOS, A. C. — Normativismo e incentivos : contributo da economia para a administração da saúde. In PIOLA, S. F., e VIANNA, S. M., ed. lit. — Economia da saúde : conceito e contribuição para a gestão de saúde. Brasília : Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995. 69-98.

CAMPOS, A. C. — Hospital-empresa : crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 1 (2003) 23-33.

CHAPLIN, R.; EARL — Household spending in health care. *Health Reports*. 12 : 1 (2000) 57-65.

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

GIRALDES, M. R. — Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários. Lisboa : ENSP, 1987. Dissertação apresentada a concurso para professora auxiliar da ENSP.

GIRALDES, M. R. — Equidade e despesa em saúde. Lisboa : Editorial Estampa, 1990 (coleção «Imprensa Universitária»).

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

GIRALDES, M. R. — Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In PIOLA, S. F., e VIANNA, S. M., ed. lit. — Economia da saúde : conceito e contribuição para a gestão de saúde. Brasília : Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995. 167-190.

GIRALDES, M. R.; DALEY, J. — Indicators for resource allocation and monitoring in primary health care : tipping the balance towards primary health care. RATHWELL, T.; GODINHO, J.; GOTT, M., ed. lit. — Aldershot : Ed. Avebury, 1995.

GIRALDES, M. R. — Allocative efficiency in the use of health resources in Portugal. *Journal of Public Health Medicine*. 21 : 1 (1999) 55-59.

GIRALDES, M. R. — Sistema de saúde *versus* sector privado em Portugal. Lisboa : Editorial Estampa, 2003.

JOWETT, M. — Bucking the trend? Health care expenditures in low-income countries 1990-1995. *International Journal of Health Planning and Management*. 14 (1999) 269-285.

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

MUSGROVE, P; ZERAMDINI, R.; CARRIN, G. — Basic patterns in national health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*. 80 (2000) 134-142.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Cirurgias de ambulatório : recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2000.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Avaliação da distribuição da despesa do SNS : Grupo de Trabalho sobre Indicadores de Monitorização de Hospitais, Hospitais SA e Centros de Saúde Numa Perspectiva de Melhoria da Gestão. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004 (Documento de trabalho. Coordenação de Maria do Rosário Giraldes).

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Avaliação da eficiência e da qualidade em Hospitais SA. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, Setembro de 2004 (Documento de trabalho).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística — Estudo sobre o poder de compra concelhio. Coimbra : Núcleo de Estudos Regionais da Direcção Regional do Centro. Instituto Nacional de Estatística, 2000.

RAMOS, V. — Política dos cuidados de saúde primários em Portugal : notas didácticas. Barcarena : UATLA, 2004 (Documento de trabalho da disciplina de Políticas e Administração em Saúde).

VAN DOORSLAER *et al.* — The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*. 18 (1999) 291-313.

WAGSTAFF, A. — Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health Economics*. 11 (2002) 103-115.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — The World Health Report 2000 : Health systems : improving performance. Chapter 5 — Who pays for health systems? WHO : Geneva, 2000.

□ Abstract

EVALUATION OF THE PORTUGUESE NHS: EQUITY *VERSUS* EFFICIENCY

The main aim of this article is to evaluate the hospital and health centres expenditure allocation in terms of its impact in the population, in an equity perspective, and at the same time to evaluate its managerial impact in an efficiency perspective. It has also the purpose of evaluating the quality of the health system using subjective indicators, process indicators and outcome indicators. An efficiency indicator has also been calculated for hospitals publicly owned with private management (Hospitals AS).

The concept of equity implicit in this research project is the equality of results, measured by outcome indicators.

The equality of inputs *per capita* for equal need has been also used to evaluate the hospital and health centre expenditure allocation. The population has been corrected according to the relative need, at sub-region level, measured in terms of age and sex, rates of utilisation of health services on the main areas (inpatient care, day hospital, outpatient care, and emergency care, for hospitals; preventive activities and curative activities, for health centres) and the health status.

The health status, at sub-region level, has been measured according to the infant mortality rate (children less than 1 year old), mortality rate 1-4 years old (children of this age group) and SMR 5-64 years old for males and females in this age group. The income level has been also considered in what concerns primary health care services as a *proxis* for extra need in what concerns preventive activities.

The level of coverage of the population by the health services has been also used as a correction. This is an innovation relatively to the RAWP formula. The main principle under this correction is that there is no need to finance health services that have already attained a high coverage of the population. If inequalities in the health status still persist there is a need for an intervention outside the health system (life styles, education, income distribution).

In hospitals the indicators considered in this correction have been the number of treated patients by 1000 inhabitants, for inpatient care; the number of outpatient consultations *per capita*, for outpatient care; the emergency consultations *per capita*, for emergency care; and the number of day hospital sessions, for day hospital care.

In health centres the indicators considered have been the first consultations of new born by new born; the % of vaccinated children against measles in the age group 12-23 months; the number of consultations of maternal health and family planning *per capita*; and the number of adult consultations and drugs packages *per capita*.

In an efficiency perspective the concept of technical efficiency has been chosen, and a correction has been made, as well, in what concerns a case-mix index (CMI) at sub-region level. The indicators have been calculated by user in what concerns the main hospital activities (the expenditure in inpatient care by treated patient, in day hospital by session, in outpatient care by consultation, etc.). A correction has also been made relatively to the origin of the patients in central hospitals.

In health centres the indicators considered have been the expenditure by user in preventive and curative activities, and relatively to the main drug groups, and to analysis, X ray, ecographies and CAT.

Relatively to Hospitals AS, a composite indicator of efficiency has been calculated, which included indicators concerned with the main activities of the hospital, and as well the auxiliary sections of clinic support and the hotel support services, weighted according to the relevance of its expenditure in total expenditure. A case-mix index has also been considered to correct the composite indicator of efficiency.

In a quality perspective three types of indicators have been considered: subjective indicators, process indicators and outcome indicators.

Subjective indicators (% of the population which classifies the level of services as good or very good, relatively to technical staff, administrative staff and infrastructure) have been collected in the last National Health Survey. Process indicators (% of surgeries in ambulatory, % of caesareans in total deliveries and the rate of autopsy) have been calculated at sub-region level for hospitals.

In health centres the % of first consultations of new born by new born, the % of children less than 1 year old vaccinated against hepatitis B, and the % of children in the age group 1-2 years vaccinated against measles have been considered, at sub-region level.

The outcome indicators number of episodes of inpatient care due to nosocomial infection in total days of inpatient care,

relatively to hospitals, and new born in mothers less than 15 years old, mortality due to breast cancer in females. And post neonatal mortality, relatively to health centres, have been considered, at sub-region level.

The Gini coefficient has been selected as an inequality measure.

In the hospitals analysis two health sub-regions (Aveiro and Braga) show a trade-off between equity and efficiency, being those with worst indicators in what equity is concerned and those that show better efficiency indicators. A progressive correction in the allocation of current expenditure should be made in these sub-regions, making a money transfer from the Coimbra Sub-Region current health expenditure, which is over funded.

The indicator of efficiency, corrected with the case-mix in Hospitals AS, should be compared only for hospitals within the same group, with a similar number of beds and treated patients (Barcelos, Bragança, Aveiro and Santa Marta are the most efficient hospitals in each of the four groups).

In a quality perspective and in what concerns the level of satisfaction of the population with hospital services it is relatively to administrative staff and administrative proceedings that the level of satisfaction is lower, what shows a need for training courses in this area.

A priority should be given to the improvement of the infrastructure in the Lisbon Region, due to the fact that the level of satisfaction of the population with hospital services, in what concerns to the conditions of the buildings, is lower in this region.

Between the considered process indicators the percentage of ambulatory surgeries shows high inequalities, which explains partially the existing inefficiencies in this area.

In the health centres analysis three health sub-regions (Porto, Braga and Bragança) show a trade-off between equity and efficiency, being those with the worst indicators in what equity is concerned and also those that show better efficiency indicators. A progressive correction in the allocation of current health expenditure should be made in these sub-regions, making a money transfer mainly from the Lisbon Region, which is the most over funded.

Even if it is the expenditure with drugs the one which shows a better allocation, in what primary health care is concerned, in some drug groups a correction should be made (mainly anticoagulants, thyroid hormones and antidepressants).

The expenditure with CAT and X Ray needs also the definition of norms.

Keywords: NHS; evaluation; equity; efficiency.