

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Marcos Antônio de Oliveira Lobato

Revisão sistemática de metodologias de financiamento em sistemas universais de  
saúde.

Porto Alegre  
2016

Marcos Antônio de Oliveira Lobato

Revisão sistemática de metodologias de financiamento em sistemas universais de saúde.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Drachler

Porto Alegre  
2016

#### CIP - Catalogação na Publicação

Lobato, Marcos Antônio de Oliveira  
Revisão sistemática de metodologias de  
financiamento em sistemas universais de saúde /  
Marcos Antônio de Oliveira Lobato. -- 2016.  
120 f.

Orientadora: Maria de Lourdes Drachler.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2016.

1. financiamento. 2. alocação equitativa de  
recursos. 3. metodologias de alocação. 4. equidade.  
5. revisão sistemática. I. Drachler, Maria de  
Lourdes , orient. II. Título.

Marcos Antônio de Oliveira Lobato

Revisão sistemática de metodologias de financiamento em sistemas universais de saúde.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 31 de agosto de 2016

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Drachler  
Orientadora  
Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Barcellos Teixeira  
Professora da Faculdade de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Janice Dornelles de Castro  
Professora da Faculdade de Economia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof Dr José Carlos de Carvalho Leite  
Professor  
Centro Universitário La Salle - Canoas, Unilasalle

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a meus filhos Lara e Lucas e a minha esposa Michele,  
por todo amor que temos.

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente à minha orientadora, que além do conhecimento compartilhado neste período e minha principal incentivadora, teve imensuráveis paciência, tranquilidade e determinação para me ajudar durante os percalços do caminho.

Agradeço profundamente a Michele Pippi, minha amada esposa, pelo enorme esforço de paciência, pelo incentivo, apoio e dedicação, por suas sugestões e críticas, para que eu terminasse esse trabalho, sem sua ajuda eu não conseguiria ter concluído.

Aos meus colegas professores do Departamento de Saúde da Comunidade da UFSM, pelo apoio e compreensão, e em especial pela ajuda enorme das professoras Marinel Mor Dal'Ágnol e Liane Righi.

As professoras e professoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela dedicação e o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Aos professores e professoras da banca de defesa pelas críticas, sugestões e pela paciência.

Aos meus alunos bolsistas, Bruna Gularte e Gabriel Bridi e monitoras, Fhaena e Thami pela preciosa ajuda na coleta de dados e sugestões para clareza do texto.

## Resumo

A distribuição de recursos financeiros é um desafio para a gestão pública de saúde. Este estudo revisa sistematicamente os critérios de alocação de recursos financeiros públicos dentro de territórios políticos administrativos para serviços e ações de saúde com acesso universal de populações em áreas geográficas definidas em documentos publicados sem restrição de data inicial até 2015 em português, inglês, espanhol e italiano em sites acadêmicos, Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial.

Foram encontradas 37 publicações abrangendo 53 metodologias, a maioria referente a países europeus de alto desenvolvimento humano e língua inglesa. A Inglaterra foi o país pioneiro e desenvolveu 6 metodologias de alocação. A maioria das metodologias inclui critérios socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos. Critérios espacial, oferta de serviços e/ou capacidade instalada, fonte própria de financiamento, custo de prestação de serviços e ações, utilização de serviços de saúde e fluxos inter-regionais ocorreram quase que exclusivamente em países de alto desenvolvimento econômico e social.

Esses resultados sugerem que a minoria dos países utiliza metodologias padronizadas para alocar recursos financeiros entre regiões do seu território. A grande maioria das metodologias baseia-se na determinação social da saúde. Existe uma tendência de desenvolvimento de modelos mais complexos com a inclusão de variáveis que necessitam de um sistema de informação mais complexo, raramente disponíveis.

Palavras-chave: financiamento. alocação equitativa de recursos. equidade. metodologias de alocação. fórmulas de alocação financeira. revisão sistemática

## **Abstract**

The distribution of financial resources is a challenge for public health management. This study systematically reviews the criteria for allocating public financial resources within political administrative territories for health services and actions with universal access of populations in defined geographical areas in published documents without restriction of initial date up to 2015 in Portuguese, English, Spanish and Italian On academic sites World Health Organization and the World Bank.

We found 37 publications covering 53 methodologies, most of which refer to European countries with high human development and English language. England pioneered and developed 6 allocation methodologies. Most methodologies include socio-economic, demographic and epidemiological criteria. Spatial criteria, supply of services and / or installed capacity, own source of financing, cost of services and actions, use of health services and interregional flows occurred almost exclusively in countries with high economic and social development.

These results suggest that the minority of countries use standardized methodologies to allocate financial resources between regions of their territory. The vast majority of methodologies are based on the social determination of health. There is a tendency to develop more complex models with the inclusion of variables that require a more complex information system, rarely available.

Key words: financing. Equity in Resource Allocation. equity. Allocation methodologies. Financial allocation formulas. systematic review



## Lista de Abreviaturas

APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
BM	Banco Mundial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DALYs	Anos de vida ajustados para incapacidade
DFLE	Disability free life expectancy
DRG	Grupos Diagnósticos Relacionados,
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
RAWP	Resource Allocation Working Party
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica

## Sumário

1.	Introdução.....	11
1.1.	Referencial Teórico .....	12
	Financiamento em Saúde.....	12
	Equidade em saúde .....	14
	Alocação baseada em necessidades de saúde. ....	19
	O contexto internacional e as influências nas metodologias de alocação .....	21
2.	Objetivos.....	23
2.1.	Objetivo geral.....	23
2.2.	Objetivo Específico.....	23
3.	Metodologia.....	24
3.1.	Estratégia de Busca .....	24
3.2.	Seleção dos documentos .....	26
3.3.	Coleta de dados .....	26
3.4.	Síntese dos dados .....	27
3.5.	Avaliação da qualidade da informação das metodologias.....	28
4.	Resultados .....	29
5.	Considerações Finais.....	89
6.	Referências .....	93
1.	APÊNDICE A - formulações das buscas .....	103
2.	APÊNDICE B – quadro de descritores e definições .....	104
3.	APÊNDICE C – Quadro detalhado de variáveis e critérios segundo casos.....	109

## 1. Introdução

Políticas públicas comprometidas com a justiça social são demanda permanente das populações. O financiamento público da saúde é aspecto fundamental para a justiça social em sistemas públicos universais de saúde, especialmente naqueles que buscam a atenção integral à saúde. O desenvolvimento e operacionalização de metodologias de alocação equitativa de recursos públicos em saúde tem mobilizado pesquisadores e gestores públicos internacionalmente (DRACHLER et al., 2014; MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014; PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005; PORTO et al., 2003)

Há uma variedade de documentos que relatam a experiência de países com sistemas públicos universais de saúde que tem distribuído recursos entre territórios organizados para prestar atenção à saúde, utilizando para isso metodologias explicitamente criadas na busca da equidade em saúde. A maioria das revisões organizam as metodologias distributivas conforme algum critério socioeconômico, demográfico e de saúde populacional (ANSELMÍ; LAGARDE; HANSON, 2015; BEVAN, 2008; PEARSON, 2002; PENNO; GAULD; AUDAS, 2013; RICE; SMITH, 2001a, 2001b; SMITH; RICE; CARR-HILL, 2001; TOBAR et al., 2001; VEGA et al., 2010). Geralmente os estudos se limitam a países relativamente pobres (ANSELMÍ; LAGARDE; HANSON, 2015; BOSSERT; CHITAH; BOWSER, 2003; BRISCOMBE; SHARMA; SAUNDERS, 2010; MCINTYRE, 2002; MILLS et al., 2012) ou a países europeus (ASTHANA; GIBSON, 2011; DIDERICHSEN; VARDE; WHITEHEAD, 1997; PENNO; GAULD; AUDAS, 2013; RICE; SMITH; OTHERS, 1999; SMITH, 2008a, 2008c) e raramente comparam experiências em diversos continentes (RICE; SMITH, 2001b; SMITH; RICE; CARR-HILL, 2001; TOBAR et al., 2001; VEGA et al., 2010).

Revisões sistemáticas sobre as metodologias distributivas que abrangem uma diversidade de desenvolvimento humano populacional e todos os continentes são necessárias para sintetizar a experiência internacional nessa área.

## 1.1. Referencial Teórico

### Financiamento em Saúde

O financiamento de sistemas de saúde diz respeito aos recursos utilizados para se dar o gasto em saúde de uma sociedade. Assim, este gasto pode ser realizado pelo Estado, nas diversas esferas de governo nos serviços de saúde próprios da administração direta e indireta ou na contratação de serviços privados; pelas famílias, na compra direta de serviços de saúde, medicamentos, ou através de pagamento pela aquisição de planos privados de saúde; e pelas empresas quando participam do ônus financeiro da compra de planos de saúde coletivos. (MEDICI, 2005; UGÁ, 2012).

Enfocando no financiamento público, existem diversas formas dos governos “devolverem” os recursos arrecadados da população, sob a forma de cuidados em saúde, mesmo considerando sistemas universais, o modo de prover a oferta varia. Assim podemos dividir estes modos em duas formas extremas e antagônicas, o pagamento por procedimentos ou atendimentos e o financiamento por oferta global de serviços. Entre estes existem diversas variações e situações intermediárias. (WHITTAKER, 2014)

O financiamento não é o único determinante da oferta de serviços de saúde, mas define de várias formas como se dará o acesso a estes cuidados. Para isto, a questão da forma de alocar os recursos financeiros vem sendo considerada tão relevante na promoção da equidade em saúde. (PORTO ET AL. 2007A; BANERJI 2004; BRYANT & RICHMOND 2008)

Uma questão importante é que os recursos são sempre escassos em relação às necessidades de saúde da população (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2013), neste aspecto a justiça distributiva ganha a dimensão da gestão da escassez, onde

recursos seriam alocados comparativamente em maior volume quanto maior a necessidade, mesmo que esta não possa ser plenamente satisfeita.

Como desdobramento do princípio da escassez formou-se uma outra teoria, a Reserva do Possível, utilizada tanto pela economia como pelo direito. De forma geral, esta teoria considera os limites de recursos que uma determinada sociedade dispõe para garantir os direitos fundamentais a seus cidadãos, de forma específica, é quanto uma sociedade suporta, em termos financeiros, para garantir a atenção a saúde de forma universal e equitativa. Sobre isto, os princípios propostos no relatório da Conferência de Alma Ata os cuidados em saúde devem ser socialmente aceitos e suportáveis (BANERJI, 2004; BRYANT; RICHMOND, 2008)

Os recursos financeiros para serviços e ações de saúde devem ter uma abordagem para alocação diferente em relação ao tipo de gasto, ou seja, existem diferentes implicações no financiamento segundo as necessidades de saúde para custeio e para capital. Se pensarmos que o objetivo da justiça social é reduzir desigualdades em saúde através da distribuição de recursos de forma adequada, o acesso aos serviços e ações são um dos determinantes importantes neste processo, os recursos de capital devem ser alocados para reduzir as desigualdades na capacidade instalada dos serviços, quantitativamente e qualitativamente, isto é, deve promover a ampliação dos serviços, sua atualização tecnológica e ampliar o acesso aos serviços nas regiões de saúde conforme a necessidade das populações (PORTO, 2002).

Os recursos de capital devem ser alocados para os territórios de menor capacidade instalada, considerando as necessidades da população. Porém estes levam um tempo maior para seus resultados, pois a construção de estabelecimentos de saúde e aquisição de equipamentos podem levar um longo período para sua conclusão, mas deve-se manter o cuidado de garantir acesso as pessoas em outras regiões enquanto estes serviços não são disponibilizados. (PEARSON, 2002)

Os recursos de custeio têm seu uso e resultado em tempo menor pois destinam-se a satisfação das necessidades de saúde de forma oportuna, contudo dependem muito da capacidade dos serviços de saúde para satisfazer as necessidades. Isto cria um paradoxo no financiamento, devido a fato de em geral as regiões de maior

necessidade têm uma menor capacidade de atendimento, resultando na distribuição do recurso para as regiões de maior capacidade instalada, que por outro lado, em geral, tem menor necessidade, ocasionando o deslocamento de pessoas de uma região para outra para acessar atendimento em saúde.

## **Equidade em saúde**

O conceito genérico de equidade que baliza as políticas sociais e mesmo modelos de organização do Estado é de contribuição segundo a capacidade de cada pessoa, mas o uso ou acesso a políticas públicas deve ser equivalente a necessidade sem depender do quanto a pessoa foi capaz de contribuir. Nas políticas de saúde, guardadas suas peculiaridades, pode-se dizer que este é inspirador das propostas e experiências sobre sistemas de saúde equitativos (AKAZILI, 2010; AKAZILI; MOONEY, 2011; CHURCHILL et al., 1985; EVANS, 1997; IVESON-IVESON, 1984; MARX, 1975; OLSEN, 1997; QUINTON, 1967).

Mas esta inspiração, enquanto experiência concreta, tem resultado em modelos diversos de sistemas de saúde. Ao considerar-se as possíveis causas das diferenças nas condições de saúde observadas nas populações, algumas inevitáveis e algumas desnecessárias e injustas, as políticas sociais em geral, e dentre estas, as de saúde são muito importantes para alcançar a equidade, se estas forem planejadas e implementadas com vistas a este objetivo. (DIDERICHSEN; VARDE; WHITEHEAD, 1997)

O tema da equidade no campo da saúde teve um aumento de seu interesse nos últimos anos no mundo inteiro, na verdade foi assunto que nunca saiu da pauta da saúde pública, mas apenas teve momentos de menor interesse nos espaços de hegemonia nas políticas de saúde e no meio acadêmico (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005), ela está ligada ao próprio surgimento da saúde pública (CASTELLANOS, 1997). O princípio de equidade tem sido explorado de diversas formas, e na área da saúde foi gradualmente incorporado como balizador de

sistemas qualificados e justos.

A equidade pode ser considerada como remediação de diferenças sistemáticas entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente ou geograficamente. Esta remediação é feita pela oferta ou disponibilidade de cuidados de saúde segundo as necessidades das pessoas e coletivos, isto é, disponibilizar mais para quem mais necessita (VAN DOORSLAER et al., 1997).

Assim, a equidade é uma antítese da igualdade uma vez que propõe o tratamento desigual para necessidades diferentes, portanto iniquidade não é o mesmo que desigualdade, que é um termo muito abrangente, geralmente utilizado no campo dos direitos humanos para descrever diferenças entre indivíduos, muitas delas não são remediáveis (pelo menos com o conhecimento corrente) (STARFIELD, 2002).

Os serviços de saúde, enquanto equipamentos sociais, são capazes de modificar positivamente o estado de saúde das populações desde que estes assumam um modelo de organização que leve em conta a complexidade do campo da saúde (CAMPOS, 2006; DRACHLER, 2014). Neste ponto, mesmo que muitos determinantes de saúde estejam fora de seu campo e que outras políticas sociais possam trabalhar a favor da equidade, o papel do cuidado da saúde como determinante de equidade e redutor de iniquidades não pode ser colocado como acessório (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011; PETTICREW et al., 2004).

Existe um consenso que, mesmo de forma parcial, as ações e serviços de saúde contribuem em muito para a redução das iniquidades, questões como o acesso segundo as necessidades, o enfoque da integralidade no cuidado, estratégias de cuidado continuado, e a melhoria do cuidado, como o exemplo da atenção primária qualificada, têm demonstrado em estudos empíricos um resultado positivo nas condições de saúde. Por outro lado, quando consideramos necessidade em saúde como necessidade de atenção ou acesso aos serviços e ações, a própria organização desta oferta é promotora de equidade.

Para se pensar em equidade fica impossível fugir da discussão sobre outros dois temas: as necessidades de saúde, o que nos remete as discussões sobre o processo saúde doença e seus determinantes, e a oferta ou prestação de atenção à

saúde. O primeiro tema não é novo, há muito se discute e propõem-se metodologias para avaliação destas (STARFIELD, 2011).

As necessidades podem ser divididas em dois tipos: necessidades de saúde e necessidades de serviços de saúde. Quanto à primeira existe uma diversidade conceitual relevante, utilizando-se de campos diferentes do conhecimento, tais como a economia e filosofia. Esta divisão é coerente com os princípios da multi-determinação da saúde e da concepção de determinação social da saúde, ou seja, que fatores fora do campo da saúde ou mais precisamente dos cuidados e serviços de saúde, também determinam as necessidades de saúde da população e indivíduos (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

A composição da necessidade de saúde é complexa e estende-se desde os aspectos biológicos, incluindo genética, até aspectos culturais, como aceitação de diferenças na aparência e de limitações físicas. Aspectos sociais como escolaridade e inserção nos meios de produção também afetam o entendimento de necessidade. Nesta complexidade, a manifestação de necessidades de saúde pode ocorrer de forma paradoxal, no sentido de que a demanda por serviços é um aspecto parcial da necessidade e pode ser até mesmo diverso desta (BORGATTA; MONTGOMERY, 2000).

Cabe ressaltar sobre a complexidade do indivíduo em seu coletivo, que nem sempre um representa o todo, e que a satisfação das necessidades de um coletivo não significa de modo completo a satisfação de cada um que o compõe ou vice-versa. O tema da alocação equitativa e dos modelos baseados em necessidades em saúde, apresenta vários conceitos o que revela a dificuldade de um conceito consensual sobre o tema, que muitas vezes ainda se mantém controverso (KIRIGIA, 2009).

Via de regra têm sido utilizadas medidas proxy de necessidades de saúde, dada a dificuldade de medir objetivamente, desta forma informações demográficas, de morbidade, de mortalidade e de utilização de serviços de saúde são frequentemente utilizadas para este fim (PORTO et al., 2007).



## Avaliação das necessidades de saúde

Na avaliação de necessidades de saúde o primeiro passo é definir os grupos populacionais, tipicamente estes são definidos pela referência geográfica, porém dentro de cada limite geográfico podem ocorrer variações entre indivíduos, tanto em termos de saúde quanto na utilização de serviços. Portanto, deve-se ter em mente que ao definirmos grupos populacionais podemos mascarar as desigualdades que existem internamente.

O segundo passo é medir a necessidade de saúde, para tanto, verifica-se a disponibilidade de dados, quando há uma disponibilidade pobre de dados geralmente a avaliação de necessidade é intermediada por *proxy*. Tradicionalmente as *proxys* utilizadas são os indicadores de utilização de serviços e de mortalidade, isoladamente ou em conjunto. A suposição para o uso destas é de que as populações com maiores necessidades terão taxas mais altas de uso de serviços de saúde e/ou de mortalidade (GIOVANELLA et al., 2012).

No entanto, a utilização reflete o acesso a cuidados que pode ser o produto da demanda e da oferta ou disponibilidade de ações e serviços. A demanda é influenciada pela necessidade do indivíduo, a sua capacidade de identificar esta necessidade e sua aceitação dos cuidados. Já a oferta ou disponibilidade pode induzir a demanda, ambos podem distorcer os indicadores de utilização. Sendo assim, fórmulas de financiamento que adotam medidas de utilização para alocar os orçamentos poderão reforçar as desigualdades e ineficiências em saúde e acesso aos cuidados de saúde.(PORTO, 2003)

Um modo alternativo de medir a necessidade é usar características demográficas e/ou características da população relacionadas com a saúde como um proxy (por exemplo, uma taxa de mortalidade, que assume que populações com necessidades mais elevadas têm taxas de mortalidade mais elevadas). Embora tais *proxies* podem servir como uma alternativa para medir a necessidade de utilização, elas são frequentemente vistas como medidas complementares, o pressuposto é que elas detectam diferentes aspectos de necessidade (WHITTAKER, 2014).

Na prática concreta de alocação regional de recursos nos países que vêm a mais tempo e de forma mais consistente desenvolvendo esforços em prol da equidade, toma-se a distância entre o nível de saúde da população de uma determinada região e a do país como um todo, ou de uma região particularmente privilegiada, como é, por exemplo, o caso de Quebec no Canadá (PAMPALON et al., 1996).

A alocação equitativa de recursos para custeio deve basear-se em sucessivos ajustes da base populacional, levando em conta o perfil demográfico, as diferenças entre os custos dos tratamentos requeridos por segmento de pacientes e as desigualdades entre as necessidades de saúde na população (PORTO, 2002).

Na escolha de critérios para alocação equitativa, algumas dimensões de avaliação devem minimamente ser satisfeitas, dentre elas podemos citar: a) características demográficas da população, tais como: distribuição etária, distribuição por sexo, densidade demográfica, natalidade entre outros; b) dimensões socioeconômicas: renda, disponibilidade com gasto público em saúde, escolaridade, característica econômica da região, distribuição econômica entre as classes sociais, c) dimensões epidemiológicas: mortalidade, morbidade, carga de doença, entre outras dimensões, d) características ambientais como: poluição, degradação ambiental, e) acesso a bens e serviços públicos como: educação, assistência social, previdência social, lazer, esporte, habitação, saneamento, oferta e disponibilidade de recursos em saúde, f) recursos financeiros, além de outros recursos como número de leitos, número de profissionais saúde (NUNES, 2004; PEARSON, 2002; PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005; VEGA et al., 2010).

Por fim a alocação equitativa inicia com a elaboração de fórmulas mais ou menos complexas ou ainda de indicadores que sumarizam um conjunto de outros indicadores de dimensões diferentes e complementares. Em geral estas metodologias resultam na elaboração de uma lista ordenada de territórios administrativos ou operativos para a atenção a saúde.

## **Alocação baseada em necessidades de saúde.**

O financiamento público dos sistemas de saúde exige a alocação de recursos segundo alguma formulação de diretrizes de alocação, geralmente sob a forma de uma fórmula, para permitir que o financiador (tipicamente um órgão de governo) distribua os orçamentos para a atenção saúde entre grupos populacionais (WHITTAKER, 2014).

Neste trabalho será enfocada apenas a alocação de recursos financeiros, mesmo reconhecendo que estes não são os únicos relevantes para a promoção da equidade, e que recursos físicos, tecnológicos e principalmente profissionais de saúde podem ser alocados de forma equânime.

Para distribuir os orçamentos de saúde de forma eficiente é necessário um conhecimento de como os grupos populacionais diferem, que por sua vez se baseia em dados atualizados sobre as variações populacionais na necessidade de saúde e de cuidados.

O principal desafio no design de fórmulas de alocação de recursos é que eles devem direcionar os recursos financeiros de saúde em conformidade com os objetivos do pagador/financiador. Os objetivos do pagador tipicamente se relacionam com eficiência, equidade, ou, mais provavelmente, uma mistura de ambos. A principal preocupação reside em saber se as fórmulas de financiamento usadas para definir as alocações são eficientes, ou seja, impulsionam o sistema para maximizar a saúde da sociedade tendo em conta os recursos disponíveis, ou se existe um potencial para ineficiências nas fórmulas de financiamento, quando o impulso vai na direção errada(SOUZA, M. H. L.; SOUZA, R. M. P.; SILVA, 2013 ).

Os métodos de captação ponderados são normalmente usados na abordagem de aplicação de recursos na área da saúde com base nas necessidades. Estes métodos de ponderação das populações por índices de necessidade são usados para determinar a participação de cada grupo populacional na distribuição dos

recursos.

Há uma variedade de razões pelas quais as fórmulas de financiamento podem não ser eficientes. A dependência de uma medida de necessidades precisa é uma preocupação primordial, que exige a capacidade de separar fatores do lado da oferta, e entender e reconhecer os impactos de necessidade não atendida. Outra questão fundamental envolve os ajustes que podem ser incluídos para as desigualdades na saúde. Os objetivos equidade e eficiência não têm necessariamente de estar em conflito, mas eles estão muitas vezes. Talvez o impacto mais marcante e complexo na eficiência reside na atividade dos prestadores de cuidados de saúde. Já a ineficiência técnica pode ser causada por uma série de fatores, e cada um retira eficiência das fórmulas de alocação de recursos financeiros (WHITTAKER, 2014) (SOUZA, M. H. L.; SOUZA, R. M. P.; SILVA, 2013).

## **O contexto internacional e as influências nas metodologias de alocação**

Nos quarenta anos desde o surgimento da experiência pioneira na Inglaterra, a metodologia RAWP, ocorreram diversas mudanças na economia mundial com repercussão nas políticas setoriais, como a saúde. Influências nos sistemas de saúde, como consequências das mudanças no contexto econômico, podem ser notadas se descrevermos uma cronologia deste período. É claro que um desenlace linear é uma simplificação do processo histórico, mas para fins de reflexão para este trabalho mostra-se suficiente.

Aborda-se dois aspectos: o primeiro é o estado da economia mundial e a repercussão sobre os Estados e o segundo é o papel das Organizações Internacionais neste contexto, em particular OMS, BM e FMI. Estas foram e permanecem muito influentes na organização dos sistemas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento.

No século XX, anos setenta até meados dos anos oitenta, as situações relevantes são a guerra fria, crise do petróleo, no final deste período. É quando ocorre a maior expansão do Estado de bem-estar social. Marcadamente os países europeus industrializados contam com a maior estrutura estatal da sua história, é o apogeu do estado provedor, focado na proteção e expansão dos direitos sociais (DI GIOVANNI; NOGUEIRA, 2015).

Os organismos internacionais assumem papéis importantes neste cenário enquanto orientadoras das políticas do hemisfério norte para o sul, seja por indução com oferta de empréstimos para financiar a industrialização e o desenvolvimento econômico, com interesses de ampliar mercados consumidores e qualificar a

produção de matéria-prima e commodities do setor primário da produção. Neste ponto o Banco Mundial e o FMI são os agentes protagonistas. Na saúde o evento marcante é a conferência de Alma Ata de 1978 e a proposta de Atenção Primária em Saúde, e a partir desta a OMS orienta muito das suas ações nos países em desenvolvimento.

A queda do Estado de bem-estar e sua substituição, mesmo que parcial na Europa, pelo Neoliberalismo, cria uma concepção de Estado e políticas públicas que se torna majoritária a partir de meados da década de 1980. Os fundamentos do modelo Neoliberal estão no entendimento de que o estado deve ter um papel de regulador no mercado. O mercado é que deve ofertar a população os produtos e serviços necessários e socialmente relevantes dentro da sua lógica de competição, desta forma a sociedade alcançaria um nível mais alto de eficiência e qualidade nos serviços e produtos ofertados. Cabe ao Estado apenas as ações que não são exclusivas do estado, como tributação e polícia.

A influência do Neoliberalismo estende-se até os dias de hoje, apesar de uma certa intermitência com modelos contrários de visão desenvolvimentista com forte indução e execução estatal, assim como ampliação dos direitos sociais, o Brasil foi este exemplo nos anos 2000 e início dos anos 2010(DI GIOVANNI; NOGUEIRA, 2015).

## **2. Objetivos**

Este estudo visa contribuir para o conhecimento por meio dos seguintes objetivos:

### **2.1. Objetivo geral**

Revisar sistematicamente as metodologias de distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros públicos para custeio de serviços em sistemas universais de saúde. Descrever as metodologias de alocação equitativa conforme sua distribuição temporal, territórios políticos administrativos e critérios metodológicos de alocação de recursos.

### **2.2. Objetivo Específico**

Descrever as metodologias de alocação equitativa conforme sua distribuição temporal, territórios políticos administrativos e critérios metodológicos de alocação de recursos.

## **3. Metodologia**

### **3.1. Estratégia de Busca**

O estudo buscou documentos que descrevessem as metodologias distributivas, consultando as seguintes bases bibliográficas: BIREME e PUBMED, no google acadêmico, em sites especializados de organização de gestão e economia da saúde, de órgãos do governo e de organismos internacionais, utilizando as palavras chaves e descritores apresentados no quadro 01, publicados em português, inglês, espanhol e italiano. Foram utilizadas ferramentas do próprio site para encontrar outros documentos semelhantes, como por exemplo: “artigos semelhantes/relacionados”, “artigos de citação”, “artigo citado por” até esgotar as buscas nos sites identificados por meio destes documentos. Os documentos encontrados foram armazenados em um aplicativo gratuito de gerenciamento de referências, o Mendeley.

Nesse processo não houve restrição de data inicial e teve a data de publicação limite em 31 de dezembro de 2015, buscado até junho de 2016. Os documentos incluídos poderiam ser artigos de periódicos, livros e capítulos de livros, relatórios técnicos, transcrições de conferências, sites, estudos de órgãos de governo, normas governamentais (planos, portarias, decretos e leis) e trabalhos acadêmicos (monografias, teses e dissertações).

O trabalho de revisão foi feito por uma equipe composta pelo mestrando, uma pesquisadora auxiliar e a orientadora, que avaliaram em duplicidade os títulos e resumo e, posteriormente, trabalhos de texto completo. Desacordos quanto aos critérios foram resolvidos por discussão em equipe.



### Quadro 01 – Lista de palavras-chave

Termo	Tipo ou origem	Local de busca
Capital Financing	Mesh	Pubmed
Formula Funding	Palavras	Google Acadêmico
Health Policy	Mesh	Pubmed
Health Services Needs and Demand	Mesh	Pubmed
Needs Assessment	Mesh	Pubmed, Google Acadêmico
Resource Allocation	Mesh	Pubmed, Google Acadêmico
Devolved Budgeting	Palavras	Google Acadêmico
Equidade em Saúde	Descritor	Bireme; Google Acadêmico
Equidade na Alocação de Recursos	Descritor	Bireme; Google Acadêmico
Equity	Palavras	Google Acadêmico
Equity in Resource Allocation	Palavras	Google Acadêmico
Health Care Costs	Mesh	Pubmed
Health Care Finance	Palavras	Google Acadêmico
Health Care Rationing	Mesh	Pubmed
Health Services Needs and Demand	Mesh	Pubmed
Healthcare Financing	Mesh	Pubmed, Google Acadêmico
Models, Economic	Mesh	Pubmed
Resource Allocation	Mesh	Pubmed, Google Acadêmico

### **3.2. Seleção dos documentos**

Os documentos foram incluídos quando apresentaram as fórmulas completas ou os critérios metodológicos de alocação de recursos financeiros públicos. Estes devem ser utilizado para prover serviços e ações de saúde de um ou mais níveis de atenção à saúde, com acesso universal para populações de áreas geográficas definidas. Estas áreas, aqui denominados territórios político-administrativos, são esferas nacionais ou subnacionais, por exemplo: estados, províncias, departamentos, distritos, condados ou municípios com autonomia para receber recursos financeiros públicos, oriundos de tributação, para distribuí-los a outras unidades governamentais que utilizariam tais recursos para prover ações e serviços de saúde.

As metodologias deveriam ser de experiências passadas ou atuais e não apenas propostas ou planos. Todos os documentos que preenchiam os requisitos foram incluídos, os que repetiam o relato das mesmas metodologias de alocação de recursos

### **3.3. Coleta de dados**

A coleta envolveu a extração de textos com as descrições das metodologias em seu conteúdo original. Foi criado um formulário específico para sistematizar a coleta de dados a qual incluiu: a) referência bibliográfica, b) tipo de documento, c) território político-administrativo e o ano de aplicação da metodologia d) critérios metodológicos de alocação de recursos, e) tipo de fonte e f) qualidade da descrição da metodologia de alocação.

### 3.4. Síntese dos dados

Após o término da coleta de dados brutos dos documentos foram organizados em experiências metodológicas, onde cada metodologia de alocação foi nomeada conforme o território político-administrativo que a implementou e o ano de início de sua implementação.

A revisão utilizou a repetição de leitura dos documentos para categorizar os critérios utilizados nas experiências de metodologias. As variáveis identificadas foram examinadas e agrupadas em categorias principais ligadas a um quadro conceitual da determinação da saúde.

Para isso, alguns critérios metodológicos de alocação foram estabelecidos a priori (socioeconômico, demográficos e epidemiológicos). A posteriori, outros critérios metodológicos foram desenvolvidos em um processo de agrupamento, revisando todos os documentos anteriormente analisados para verificar sua ocorrência, visando a consistência das informações.

Nesse processo de síntese foram identificados os seguintes critérios metodológicos de alocação de recursos financeiros para saúde descrita a seguir:

- a) Demográfico: tamanho da população, idade, sexo, etnia, ruralidade, densidade demográfica;
- b) Epidemiológica: mortalidade padronizada, morbidade em populações específicas, morbidade por doenças específicas e características do parto;
- c) Socioeconômicos: emprego, educação, condições de moradia, acesso a serviços públicos, estrutura familiar, classe social, bem-estar, beneficiário de políticas de proteção social;
- d) Espacial: distância a ser percorrida, tempo de deslocamento, acidentes geográficos, e características físicas do território como, por exemplo, habitar em ilhas, em grandes altitudes, em florestas ou em espaços áridos;
- e) Oferta de serviços e Capacidade Instalada: número de estabelecimentos ou

serviços de saúde e leitos hospitalares,

f) capacidade de autofinanciamento: Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento;

g) Custo da prestação de serviços e ações: custos totais dos serviços, custo padronizado por serviço e ajuste de custos para variáveis específicas;

h) Utilização de serviços de saúde: ações e serviços específicos, série histórica geral, série histórica de internação e série histórica de atendimento de grupos de pacientes específicos;

i) Fluxos inter-regionais de atendimento.

### **3.5. Avaliação da qualidade da informação das metodologias**

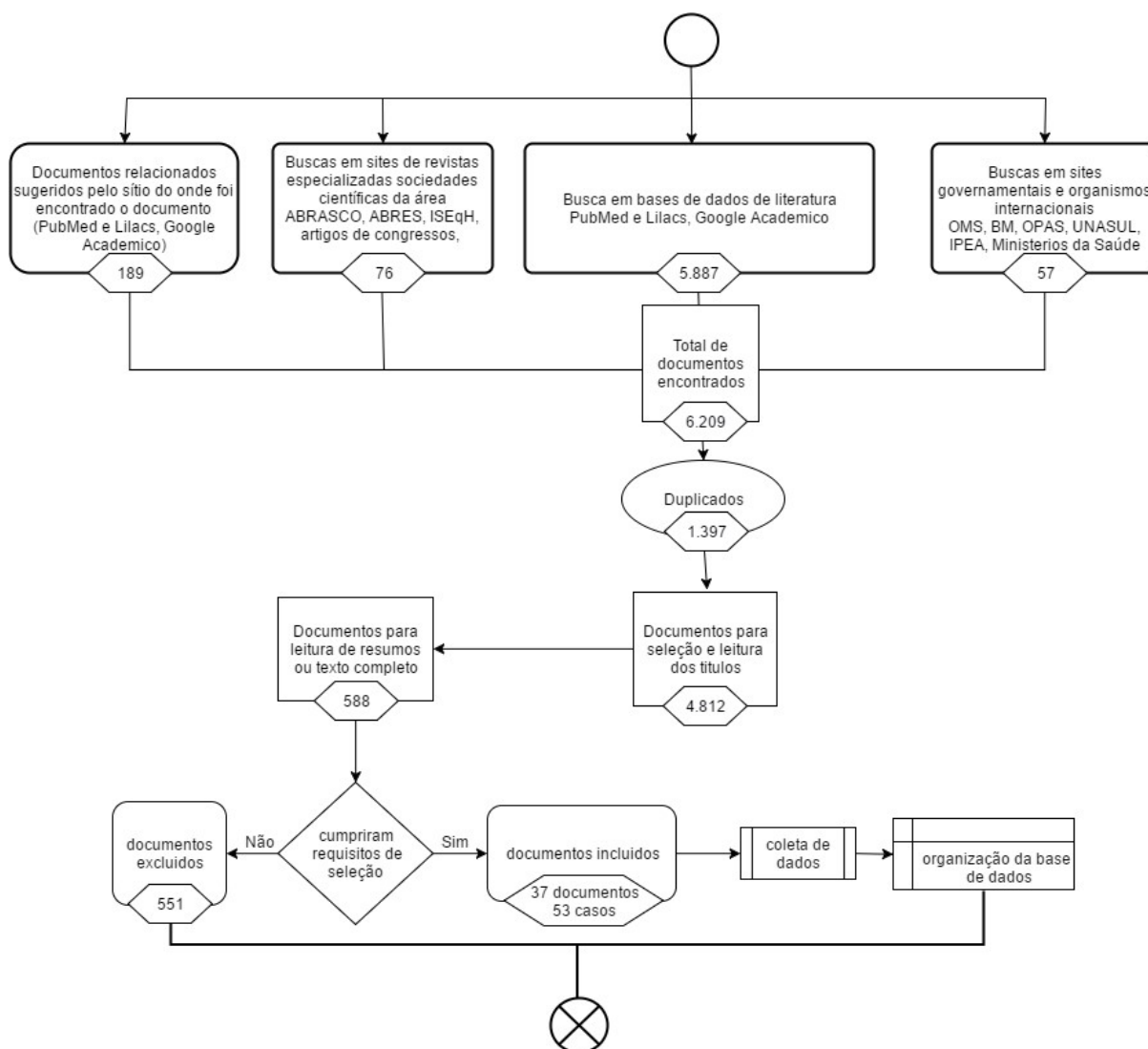
A avaliação da qualidade da informação das metodologias refere-se a metodologia, fonte e descrição. As metodologias descrevem os territórios políticos administrativos. As fontes foram organizadas em três dados: primário aquele definido por aqueles coletados de quem desenvolveu a metodologia, secundário como os documentos que utilizaram como fontes normas ou relatórios que dos desenvolvedores das metodologias e terciário os que utilizaram como fonte os documentos com dados secundários.

A descrição refere-se ao detalhamento a respeito da metodologia e da fórmula de alocação que o documento disponibiliza, classificando em: abrangente quando são detalhados os critérios, as variáveis e suas fontes de dados e a fórmula completa, intermediária quando são detalhados os critérios, e as variáveis, mas suas fontes de dados e/ou a fórmula não são descritos com detalhe ou estão ausentes e incompleta quando apenas os critérios de alocação são descritos e não há informação sobre as variáveis e a fórmula.

## 4. Resultados

Um total de 6209 documentos foram encontrados, destes 1397 estavam duplicados. Após os critérios de inclusão e exclusão, 37 documentos foram selecionados descrevendo 53 metodologias de alocação de recursos (Figura 01).

**Figura 01 - Estratégia de busca e coleta de informações.**



O quadro 02, descrição das referências e qualidade da informação sobre as metodologias de alocação, descreve os tipos de documentos, sendo 17 artigos publicados em periódicos ou anais de congresso, no período de 1997 a 2015, 16 relatórios técnicos, e os demais plano de trabalho, tese, legislação e sítio de internet, com uma referência cada. Foram identificados nas publicações 17 documentos com descrição, avaliação de metodologias e recomendações, 14 documentos com descrição e avaliação de metodologias, 4 documentos com descrição e desenvolvimento de metodologias e 2 documentos com descrição de metodologias.

Das 37 referências incluídas no trabalho foram relatados 53 casos, sendo distribuídos em 32 territórios político-administrativos de 27 países, com experiências de todos os continentes. A Inglaterra foi o país com maior número de metodologias descritas (n=6) sendo o primeiro relato ocorrido em 1970 e o último em 2010. A seguir com três casos Itália (1980 a 2010), após com dois casos cada, Brasil, Chile, Escócia, Estocolmo - Suécia, Finlândia, Gana, Irlanda do Norte, Nova Gales do Sul - Austrália, Nova Zelândia, País de Gales, Rio Grande do Sul - Brasil, Suécia, Uganda, Zâmbia, neste grupo os casos mais antigos são dos anos 1990, com única exceção do Rio Grande do Sul, sendo este a apresentar a mais recente experiência em 2012. Os demais territórios político-administrativos: África do Sul, Alberta - Canadá, Austrália, Colômbia, Dinamarca, Espanha, Malawi, México, Minas Gerais - Brasil, Moçambique, Noruega, Ontário - Canadá, Portugal, Quênia, Taiwan e Tanzânia apresentam apenas 1 caso relatado.

Em relação a qualidade da informação das metodologias, avaliada através da fonte e da descrição, 21 casos tiveram seus dados extraídos de mais de uma referência, e destes 12 tiveram qualidades de referências diferentes, nestas situações só foram mantidas as referências de menor qualidade quando estas disponibilizaram dados complementares aos dados extraídos das referências de melhor qualidade.

Foram encontrados para o critério fonte 34 casos classificados dados secundários, 10 dados primários, e 9 eram dados terciários. Quanto a descrição, 39 casos tiveram informação da metodologia classificada como intermediária, 9 com descrição intermediária e 5 como incompleta.

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação

Referencias	Tipo de documento	Objetivo do documento	Qualidade da referência		
			Metodologias	Tipo de fonte	Qualidade da informação
Abbat i2011	Artigo	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Itália-2010	secundária	intermediária
Banful 2011	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Gana-1990	terciária	intermediária
Bonner 2006	Relatório	Descrição e avaliação de metodologias	Escócia-2000	primária	intermediária
Bossert 2003	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Chile-1990	terciária	incompleta
			Colômbia-1990	terciária	incompleta
Brasil - Ministério da Saúde 2011	Legislação	Descrição de metodologias	Brasil-2010	primária	abrangente
Briscombe 2010	Relatório	Descrição e avaliação de metodologias	Quênia-2000	secundária	incompleta
			Tanzânia-2000	terciária	incompleta
			Uganda-2000	terciária	incompleta

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Chang 2015	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Taiwan-1990	secundária	intermediária
Chitah 2007	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Zâmbia-2000	primária	abrangente
Department of health 2011	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Inglaterra-2010 Inglaterra-2000 Inglaterra-1970 Inglaterra-1995	primária primária primária primária	abrangente abrangente abrangente abrangente
Diderichsen 1997	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Estocolmo - Suécia-1990	secundária	intermediária
Diderichsen 2004	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Inglaterra-1995 África Do Sul- 1990	secundária terciária	intermediária incompleta



Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Drachler et al 2013	Artigo	Descrição e desenvolvimento de metodologia	Rio Grande Do Sul - Brasil-2012	primária	Intermediária
Ensor 2005	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Austrália-2000	terciária	intermediária
			Inglaterra-1995	secundária	intermediária
			Itália-1980	terciária	intermediária
			Noruega-1990	terciária	intermediária
			Escócia-1990	secundária	intermediária
			Portugal-1990	terciária	intermediária
			Suécia-1990	terciária	incompleta
			África Do Sul-1990	secundária	intermediária
			País De Gales-2000	terciária	intermediária

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Kirigia 2009	Tese	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Alberta - Canadá-1990	secundária	intermediária
			Nova Gales Do Sul - Austrália- 1990	secundária	intermediária
			Inglaterra-1995	secundária	intermediária
			Escócia-2000	secundária	intermediária
			Suécia-2000	secundária	intermediária
			Nova Zelândia- 2000	terciária	intermediária
Lake 2000	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Zâmbia-1990	secundária	Intermediária

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Machado 2003	Artigo	Descrição e desenvolvimento de metodologia	Minas Gerais - Brasil-2000	terciária	abrangente
Machado 2004	Artigo	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Brasil-1990	secundária	intermediária
Manthalu 2010	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Malawi-2000	secundária	intermediária

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Mccoy 2008	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Moçambique-2000	secundária	intermediária
Ministério da Saúde de Gana 2007	Plano de trabalho	Descrição de metodologias	Gana-2000	primária	intermediária
Montero 2008	Artigo	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Chile-1990	primária	abrangente
Pearson 2002	Relatório	Descrição e avaliação de metodologias	Uganda-1990	secundária	intermediária
Pelegriini 2003	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Escócia-1990	secundária	intermediária
			Itália-1980	terciária	intermediária
			México-1990	terciária	intermediária
			Rio Grande Do Sul - Brasil-2000	secundária	abrangente

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Pelegri2005	Artigo	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Rio Grande Do Sul - Brasil-2000	secundária	abrangente
Penno 2013	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Escócia-2000	secundária	intermediária
			Inglaterra-2010	secundária	intermediária
			Nova Gales Do Sul – Austrália-2000	secundária	intermediária
			Nova Zelândia-2000	secundária	intermediária
			Ontário - Canadá-2010	secundária	intermediária
			Estocolmo – Suécia-2000	secundária	intermediária
Porto 2002	Relatório	Descrição e avaliação de metodologias	Inglaterra-1970	secundária	abrangente

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Porto 2003	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Brasil-1990	secundária	intermediária
			País De Gales-2000	secundária	Intermediária
Raïña 2007	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Chile-1990	secundária	intermediária
Rhys 2010	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Inglaterra-2000	secundária	Intermediária
Rice 1999	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Alberta – Canadá-1990	secundária	intermediária

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Rice 2001	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Finlândia-1990	terciária	intermediária
			Itália-1990	secundária	intermediária
			Nova Zelândia-1990	secundária	intermediária
			Espanha-1990	secundária	intermediária
			Suécia-1990	secundária	intermediária
			País De Gales-1990	secundária	intermediária
			Dinamarca-1990	secundária	intermediária
			Nova Gales Do Sul - Austrália-1990	secundária	intermediária
			Irlanda Do Norte-1990	secundária	intermediária
			Noruega-1990	secundária	intermediária

Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

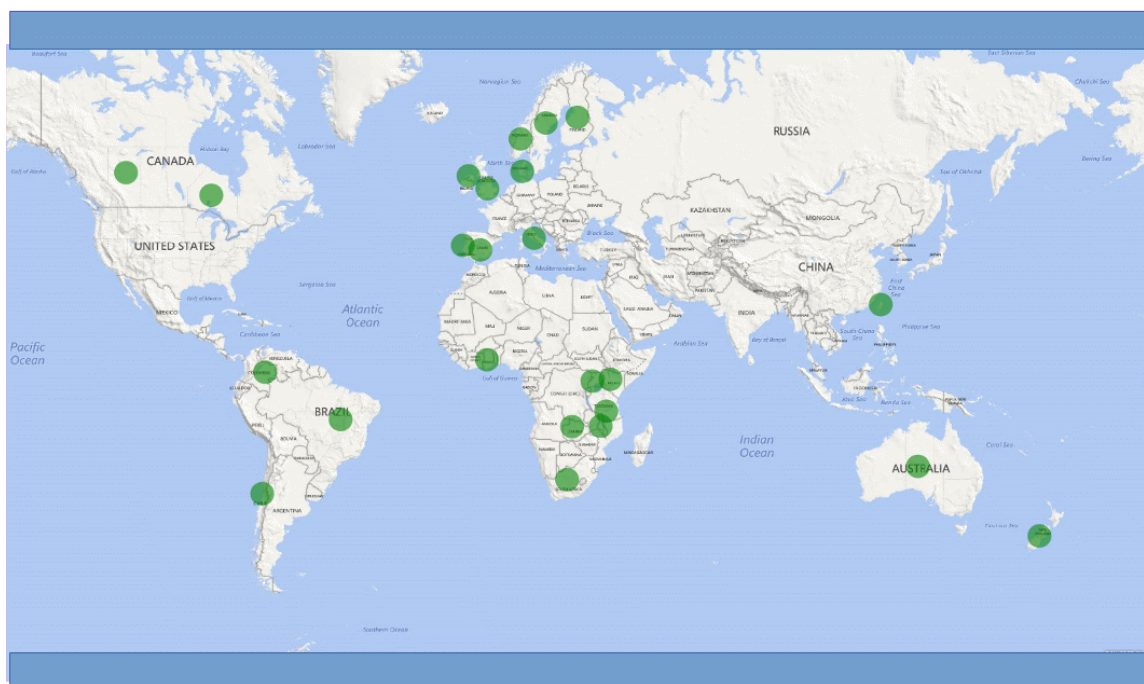
Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Rice 2002	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Portugal-1990	terciária	intermediária
Smith2008	Artigo	Descrição e avaliação de metodologias	Inglaterra-1991	secundária	intermediária
			Inglaterra-1970	secundária	intermediária
			Inglaterra-1995	secundária	intermediária
Sutton2006	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Irlanda do Norte-2000	secundária	incompleta
			Austrália-2000	secundária	incompleta
			Finlândia-2000	secundária	incompleta
Tobar2001	Web Page	Descrição e avaliação de metodologias	Inglaterra-1995	secundária	incompleta
			Itália-1980	secundária	incompleta



Quadro 02 – Descrição das referências, casos relatados e qualidade da informação (continuação)

Referências	Tipo de documento	Objetivo do documento	Metodologias	Qualidade da referência	
				Tipo de fonte	Qualidade da informação
Vega & Acosta 2014	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Chile-2010	secundária	intermediária
Vega et al. 2010	Relatório	Descrição, avaliação de metodologias e recomendações	Escócia-2000	secundária	intermediária
			País De Gales- 2000	secundária	intermediária
			Irlanda Do Norte- 2000	secundária	intermediária
			Nova Gales Do Sul - Austrália- 2000	secundária	intermediária
			Nova Zelândia- 2000	secundária	intermediária
			Inglaterra-2008	secundária	intermediária
			Inglaterra-1995	secundária	intermediária
			Inglaterra-1970	secundária	intermediária

**Figura 02 – Distribuição Espacial das Metodologias**



O quadro 03 descreve os critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos identificados. O critério demográfico foi utilizado em todos os territórios administrativos, sendo a variável mais utilizada a idade com  $n=40$ , seguida por sexo  $n= 24$ , ruralidade  $n=10$ , etnia  $n=6$  e densidade demográfica  $n= 6$ . Chama a atenção como característica frequente nos casos a estratificação por sexo e faixas etárias, onde os extremos de idade e o sexo feminino aparecem com pesos maiores.

O critério socioeconômico foi incluído em 35 metodologias, apresentando a maior complexidade dada sua diversidade de informações e, nestas, as diferenças nas classificações, agrupamentos e categorizações. Nesta categoria ocorreu o uso de

múltiplas variáveis em uma mesma fórmula, com mais intensidade que nas outras categorias. A variável com maior ocorrência foi classe social n=15, seguida por renda n=15 casos, estrutura familiar n=12, educação n=11, emprego n=10, bem-estar n= 7, condições de moradia n= 7, acesso a serviços públicos n= 6 e, por último, beneficiários de políticas de proteção social n=5.

O critério epidemiológico foi utilizado em 27 metodologias, sendo distribuídas em: mortalidade padronizada n=13 casos, morbidade por doenças específicas n=9 casos, morbidade em populações específicas n= 5, medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos n=5, mortalidade infantil n=4, e características do parto e nascimento n=2. As variáveis epidemiológicas foram utilizadas desde a primeira metodologia conhecida, o Caso da Inglaterra nos anos 1970 com o modelo RAWP. Nesta categoria foram encontrados indicadores de saúde típicos como de mortalidade até propostas mais recentes como Anos Vividos Livres de Doença, da sigla em inglês DALYs (classificado como medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos). Existe ainda um outro grupo de indicadores obtidos por dados clínicos, individualizados, que foram agregados como Grupos Diagnósticos Relacionados, DRGs em inglês, ou segundo a Classificação Internacional de Doenças, CID.

Os indicadores de saúde foram utilizados de forma bruta ou ponderada ou ainda segundo estratos de população, com divisão por sexo. Foram usados dados de diversas origens, tais como inquéritos populacionais, dados de rotina dos sistemas de saúde, tanto de base populacional como de base de serviços. Estes em alguns casos sofreram algum tipo de tratamento estatístico, com modelagens tradicionais mais simples ou com modelos mais complexos como regressão multivariada e várias formas de redução da quantidade de dados com modelagens sumarizadoras tipo análise fatorial. Também pode ser notado que ao longo dos anos as metodologias utilizaram diferentes fontes de dados, os registros mostram que esta mudança ocorreu devido a falta de dados considerados mais apropriados nos casos mais antigos.

O critério espacial foi incluído em 15 das 53 metodologias, sendo utilizado como critério para medir acesso geográfico a ações e serviços de saúde. Neste item encontram-se afastamento em localidades remotas e insulares n=7, distância de serviços de saúde n=5 casos e distância de outros serviços públicos n=1.

O critério oferta de serviços e capacidade instalada foi utilizado em 13 metodologias, sendo utilizado como critério que representa a oferta e disponibilidade de serviços e ações de saúde à população do território de saúde, expressa a facilidade, ou dificuldade, de acesso e de expansão de oferta de serviços de saúde, sem investimentos de estrutura e equipamentos. As variáveis utilizadas foram agrupadas em: número de estabelecimentos ou serviços de saúde n=9, leitos hospitalares n=6, número de profissionais médicos e/ou enfermeiros n=1.

O critério fonte própria de financiamento foi incluído em 11 metodologias, e que utilizaram fonte própria de tributos n=8, esse critério visa medir o quanto a unidade territorial que é beneficiada pela alocação de recursos consegue por meios próprios financiar os serviços e ações de saúde sob sua responsabilidade. Foram considerados, neste critério, os recursos gerados diretamente por tributação sob responsabilidade do gestor público da unidade territorial, e parcelas de recursos financeiros frutos de receita de outras unidades políticos administrativos, repartidas como tributos gerais ou específicos e ainda doações financeiras realizadas por governos externos, agências multilaterais e Organizações não governamentais.

O critério custo da prestação dos serviços foi utilizado em 22 metodologias, as variáveis utilizadas foram agrupadas em: custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada n= 15, ajustes de custos para variáveis específicas n=14 e custos totais dos serviços n=6

O critério de utilização de serviços de saúde é tradicional, foi utilizado em 12 metodologias, sendo utilizado desde a fórmula RAWP, no presente estudo seus critérios foram distribuídos em: série histórica para ações e serviços específicos n=5, série histórica geral n=4, série histórica de internações n=3 e série histórica de atendimento de grupos de pacientes específicos n=2. O critério fluxos inter-regionais para atendimento foi encontrado em n=6.

### Síntese dos achados

1. Todos os casos encontrados utilizaram critérios demográficos para elaborar suas metodologias de alocação
2. A Inglaterra foi o país mais citado e tem a mais antiga experiência
3. A Inglaterra também é país com maior número de metodologias
4. Existe um aperfeiçoamento das metodologias utilizadas ao longo do tempo com a experiência nas suas aplicações no sentido de melhor distinguir as populações com maiores necessidades.

Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
África do sul-1990	Idade Sexo	Emprego							
		Educação							
		Condições de moradia	—	—	—	—	—	—	—
		Acesso a serviços públicos							
		Estrutura familiar							

<b>Casos</b>	<b>Demográfica</b>	<b>Socioeconômicas</b>	<b>Epidemiológica</b>	<b>Espacial</b>	<b>Oferta de serviços e/ou capacidade instalada</b>	<b>Fonte própria de financiamento</b>	<b>Custo da prestação de serviços e ações</b>	<b>Utilização de serviços de saúde</b>	<b>Fluxos inter-regionais para atendimento</b>
<b>Alberta - Canadá-1990</b>	<b>Idade</b> <b>Sexo</b> <b>Etnia</b>	<b>Classe social</b> <b>Bem-estar</b> <b>Outros</b>	—	<b>Afastament o - localidades remotas ou insulares</b>	—	—	<b>Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada</b>	—	<b>Sim</b>

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Austrália-2000	Idade Sexo	—	—	Afastamento - localidades remotas ou insulares	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—



<b>Casos</b>	<b>Demográfica</b>	<b>Socioeconômicas</b>	<b>Epidemiológica</b>	<b>Espacial</b>	<b>Oferta de serviços e/ou capacidade instalada</b>	<b>Fonte própria de financiamento</b>	<b>Custo da prestação de serviços e ações</b>	<b>Utilização de serviços de saúde</b>	<b>Fluxos inter-regionais para atendimento</b>
<b>Brasil-1990</b>	<b>Ruralidade</b>	—	<b>Morbidade em populações específicas</b>	—	—	—	<b>Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada</b>	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Brasil-2010	Densidade demográfica	Classe social  Renda  Beneficiário de políticas de proteção social	—	—	—	Outros	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Chile-1990	Idade Ruralidade	Classe social Bem estar Renda	—	—	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	Custos totais dos serviços Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada	Série histórica geral	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Chile-2010	Ruralidade	Classe social Acesso a serviços públicos	Morbidade em populações específicas	Afastamento - localidades remotas ou insulares	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	—	—	—	—
Colômbia-1990	Idade	Classe social Bem estar	—	—	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	Outros	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Dinamarca-1990	Idade  Densidade demográfica	Estrutura familiar	—	—	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Escócia-1990	Idade  Sexo	—	Mortalidade padronizada	—	—	—	Custos totais dos serviços  Ajuste de custos para variáveis específicas	Série histórica para ações ou serviços específicos - exceto internações  Série histórica de atendimentos de grupos de pacientes específicos	Sim

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Escócia-2000	Idade Sexo	Classe social Emprego Renda Condições de moradia Estrutura familiar Beneficiário de políticas de proteção social	Mortalidade padronizada Morbidade em populações específicas	Distância de serviços de saúde	—	—	Custos totais dos serviços  Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Espanha-1990	Outros	—	—	—	—	—	—	—	Fluxos inter-regionais para atendimento



**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Estocolmo - Suécia-1990	Idade	Emprego Educação Estrutura familiar Beneficiário de políticas de proteção social	—	—	—	—	Custos totais dos serviços  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Estocolmo - suécia-2000	Idade	Emprego Renda Educação Estrutura familiar	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Finlândia-1990	Idade	—	Morbidade por doenças específicas	Afastamento - localidades remotas ou insulares	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	
Finlândia-2000	Idade	—	Morbidade por doenças específicas	Afastamento - localidades remotas ou insulares	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Gana-1990	Densidade demográfica.	Renda Educação Condições de moradia Acesso a serviços públicos	—	Afastamento - localidades remotas ou insulares	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde Número de profissionais - médicos e/ou enfermeiros	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	—
Gana-2000	Idade	Classe social	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-1970	Idade  Sexo	—	Mortalidade padronizada	—	Leitos hospitalares	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada	Série histórica geral	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-1991	Idade Etnia	Emprego Renda Educação Estrutura familiar Outros	Mortalidade padronizada Morbidade por doenças específicas Características do parto e nascimento	Distância de serviços de saúde	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde Leitos hospitalares	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-1995	Idade Sexo Ruralidade	Classe social Emprego Renda Educação Estrutura familiar Beneficiário de políticas de proteção social	Mortalidade padronizada Morbidade em populações específicas Morbidade por doenças específicas	—	Leitos hospitalares	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada Ajuste de custos para variáveis específicas	Série histórica de internações	Fluxos inter-regionais para atendimento

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-2000	Idade Sexo Ruralidade	Classe social	—	Distância de serviços de saúde	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	Série histórica geral  Série histórica para ações ou serviços específicos - exceto internações	—



**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-2008	Idade Ruralidade	—	Medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos	—	—	—	Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Inglaterra-2010	Idade Etnia Outros	Classe social Renda Educação Beneficiário de políticas de proteção social	Medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos Mortalidade padronizada Morbidade por doenças específicas Características do parto e nascimento	Distância de serviços de saúde	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde Leitos hospitalares	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada Ajuste de custos para variáveis específicas	Série histórica para ações ou serviços específicos - exceto internações	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

<b>Casos</b>	<b>Demográfica</b>	<b>Socioeconômicas</b>	<b>Epidemiológica</b>	<b>Espacial</b>	<b>Oferta de serviços e/ou capacidade instalada</b>	<b>Fonte própria de financiamento</b>	<b>Custo da prestação de serviços e ações</b>	<b>Utilização de serviços de saúde</b>	<b>Fluxos inter-regionais para atendimento</b>
<b>Irlanda do norte-1990</b>	<b>Idade</b>	<b>Bem estar</b>	—	—	—	—	—	—	—
	<b>Sexo</b>	<b>Estrutura familiar</b>	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Irlanda do norte-2000	Idade  Sexo	—	Mortalidade padronizada	—	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Itália-1980	Idade  Sexo	—	Mortalidade padronizada	—	—	—	—	—	—
			Morbidade por doenças específicas						
			Mortalidade infantil						



**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Malawi-2000	—	—	Morbidade em populações específicas	—	Leitos hospitalares	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada	—	—
México-1990	—	—	Mortalidade infantil	—	—	Outros	—	—	—
Minas gerais - brasil-2000	Idade	Renda Educação	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Moçambique-2000	Idade Sexo Densidade demográfica	Renda	—	—	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	—	—	—	—
Noruega-1990	Idade Sexo	Estrutura familiar	Mortalidade padronizada	—	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	—



**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Nova Gales do sul - Austrália-1990	Idade Sexo Etnia Ruralidade	Emprego Educação Condições de moradia	Mortalidade padronizada	—	—	—	Custos totais dos serviços	—	Fluxos inter-regionais para atendimento

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Nova gales do sul - Austrália-2000	Idade Sexo Etnia	Emprego Educação Condições de moradia	Mortalidade padronizada	Afastamento - localidades remotas ou insulares	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Nova Zelândia-1990	Idade Sexo Etnia Ruralidade	Bem-estar	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Nova Zelândia-2000	Idade Sexo	Classe social	—	—	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	Fluxos inter-regionais para atendimento

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Ontário - Canadá-2010	Idade  Sexo  Ruralidade	Renda	—	—	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	Série histórica de atendimentos de grupos de pacientes específicos	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
País de Gales-1990	Idade	—	—	—	—	—	Custos totais dos serviços	—	—
	Sexo	—	—	—	—	—	Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Pais de Gales-2000	—	—	—	—	—	—	Custo padronizado por serviço ou tipo de atenção prestada  Ajuste de custos para variáveis específicas	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Portugal-1990	Idade	—	Medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos  Morbidade por doenças específicas	—	—	—	—	Série histórica para ações ou serviços específicos - exceto internações	—



**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Quênia-2000	Idade  Sexo	Classe social	Morbidade por doenças específicas	Outros	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	—	—	Série histórica de internações  Série histórica para ações ou serviços específicos - exceto internações	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Rio grande do sul - brasil-2000	Idade	—	Mortalidade infantil	—	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	Outros	—	—	outros
Rio grande do sul - brasil-2012	Densidade demográfica	Renda Acesso a serviços públicos	—	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Suécia-1990	Idade	Emprego  Renda  Estrutura familiar	—	—	—	—	—	Série histórica de internações	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Suécia-2000	Outros	Emprego Educação Condições de moradia Estrutura familiar	—	—	—	—	—	—	—
Taiwan-1990	Idade Sexo	—	Mortalidade padronizada	—	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Tanzânia-2000	Ruralidade	Classe social Bem-estar Renda	Medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos Mortalidade infantil	Outros	—	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Uganda-1990	Idade	Classe social  Bem-estar  Acesso a serviços públicos	—	—	Número de estabelecimentos ou serviços de saúde	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	—
Uganda-2000	—	Classe social	Medidas especiais múltiplas ou indicadores compostos	—	—	Fonte própria de tributos e outras fontes de financiamento	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Zâmbia-1990	Densidade demográfica	—	—	—	Leitos hospitalares	—	—	—	—

**Quadro 03 – Distribuição dos critérios metodológicos de alocação conforme os territórios políticos administrativos (continuação)**

Casos	Demográfica	Socioeconômicas	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços e/ou capacidade instalada	Fonte própria de financiamento	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Fluxos inter-regionais para atendimento
Zâmbia-2000	Idade Sexo	Renda Educação Condições de moradia Acesso a serviços públicos Estrutura familiar	Mortalidade por causas específicas Morbidade por doenças específicas	Distância de serviços de saúde Distancia de outros serviços públicos	—	—	—	Série histórica geral	—



## 5. Considerações Finais

Essa revisão sistemática inclui uma grande variedade de documentos tanto em sites acadêmicos como de organizações internacionais, como OMS e BM, abrangendo artigos em 4 idiomas (português, inglês, italiano e espanhol). A exclusão de outras línguas levou a perda de 5 artigos.

Foram identificadas 53 metodologias de alocação de recursos distribuídas em 32 territórios políticos administrativos de 27 países nos 5 continentes. Embora a exclusão de outras línguas possa ter levado a não identificação de algumas metodologias, estas devem ser poucas pois a revisão de literatura inclui algumas revisões sistemáticas prévias sobre o tema (ENSOR, 2005, KIRIGIA, 2009) sugerindo que a minoria dos países se utilizam de metodologias formais de alocação de recursos. Esses países são geralmente europeus e com IDH alto, como a Inglaterra, além de 3 países na América Latina (Chile, Brasil e Colômbia), 1 na América do Norte (Canadá) 6 na África (Uganda, Moçambique, Gana, Zâmbia, África do Sul e Quênia), 2 na Oceania (Austrália e Nova Zelândia).

A qualidade das informações pode ser considerada boa pois (44/53) metodologias foi obtida de fonte de dados primários ou secundários e a qualidade da descrição era abrangente ou intermediária em (48/53). A grande maioria utilizou um conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, mostrando que são metodologias baseadas na determinação social da saúde. Poucas metodologias utilizaram indicadores para medir acesso geográfico a ações e serviços de saúde (15/53), oferta de serviço e capacidade instalada (13/53), fonte própria de financiamento (11/53), utilização de serviços de saúde (12/53) e fluxos inter-regionais (6/53) as quais foram utilizados principalmente em países de maior IDH, que geralmente apresentam melhores fontes de informação que permitem a utilização de tais indicadores.

Portanto para se aplicar as metodologias distributivas necessita-se ter um sistema de informação que apoie o desenvolvimento de tais metodologias. Embora teoricamente haja uma evolução no pensamento teórico sobre a determinação da saúde com o desenvolvimento dos modelos história natural da doença e de determinação social sua operacionalização na prática necessita de uma complexidade de dados ainda não disponíveis pelos sistemas de informação dos países, mesmos os mais desenvolvidos.

Três teorias muito difundidas podem ser identificadas neste período de 45 anos, considerando a primeira experiência inglesa, todas elas têm em comum uma abordagem multifatorial a chamada multicausalidade, e utilizam-se dos mesmos grupos de causas, as diferenças são a explicação do processo de causalidade e a complexidade interpretativa. Em ordem histórica o primeiro modelo é da história natural da doença (modelo de Leavel e Clark nos anos 1970), o segundo é da determinação social da doença segundo de hierarquia de determinantes da saúde, consolidado por Whiteread no início dos anos 1990, e o terceiro, que em muito é um desdobramento do anterior mas que incorpora referências da epidemiologia social, que aparece em meados dos anos 2000 e se consolida nesta década em que vivemos como iniciativa da Organização Mundial de Saúde, no relatório Determinantes Sociais da Saúde, embora não sejam completamente operacionalizados essas teorias podem identificar operacionalizações parciais desses modelos teóricos:

Se utilizarmos a premissa do modelo explicativo como o determinante da metodologia, as mais antigas utilizam um modelo que foi importante nas décadas de 1960 e 1970 que é o modelo da História Natural da Doença. Uma crítica ao modelo é a pouca importância que ele dá para os determinantes sociais, crítica semelhante as primeiras metodologias inglesas nos anos 1970 e a sua primeira revisão no início dos anos 1990. Na década de 1990 a teoria determinação social do processo saúde-doença, de Whiteread & Dalgrin, a característica desse modelo é uma hierarquia de determinações do processo saúde-doença, os determinantes distais são as características sociais econômicas e culturais da população. Seguindo com o exemplo inglês, as revisões de meados dos anos 90 e nos anos 2000 incorporam variáveis socioeconômicas nas metodologias de alocação. Concluindo, em meados

anos 2000 a nova, ou renovada, teoria dos determinantes sociais de saúde influencia as últimas metodologias de alocação do sistema inglês ocorridas no final dos anos 2000 e início dos anos 2010, a evidência é a incorporação do conceito de necessidades não medidas de saúde, e sua operacionalização com um novo indicador, Esperança de Vida Sem Incapacidades (DFLE - disability free life expectancy em inglês).

Outros casos do uso desta referência de modelo e a mudança que ocorre nos os casos da metodologia do Rio Grande do Sul. Nos anos 2000 utilizam-se um grupo de indicadores que contemplam todas as categorias utilizadas nesse estudo, já a nova metodologia, utilizada no início dos anos 2010, categorias como epidemiológica e capacidade instalada não são utilizadas mas apenas indicadores demográficos e socioeconômicos explicitamente referindo ao documento da OMS sobre determinantes sociais de saúde. O outro caso é do Governo federal do Brasil e as mudanças das metodologias do PAB-Fixo, não por acaso o Brasil é pioneiro na discussão e é a sede da conferência internacional da OMS que dá origem ao Relatório sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2011.

Mais razões para tentar explicar as mudanças são as evoluções tecnológicas nos tratamentos de saúde, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico, e o crescimento da tecnologia da informação que disponibilizou dados mais confiáveis e abrangentes, que podem ser utilizados na área da saúde. Outro motivo é que os custos crescentes forçam os governos a revisar constantemente suas metodologias em busca de uma eficiência maior, mas ao que parece, sem perder a eficácia das políticas de saúde.

Assim, renovada neste século, sobre uso de variáveis individuais ou agregadas, a influência da epidemiologia nessa discussão entre estudos individualizados e ecológicos, na mesma linha da discussão sobre esses estudos existe uma tendência de se entender que as duas abordagens trazem informações sobre diferentes aspectos das necessidades de saúde em particular os dados agregados geograficamente são coerentes com a ideia de avaliar o contexto em que ocorre o processo saúde doença e conseqüentemente necessidades de saúde .

Outra discussão, que não é nova mas se mantém constante, é utilizar

modelagens estatísticas ou econométricas para a construção das fórmulas e seleção de indicadores e o quanto isto é vantajoso as discussões ficam entre metodologias mais simples de entender por não especialistas mas que acabam utilizando um grande número de indicadores ponderados de forma arbitrária ou então uso das modelagens complexas e difíceis entendimento para não especialistas mas que resultam em um número menor de indicadores como ponderações derivadas de dados empíricos nesta disputa de posições a tendência mais recente do uso das modelagens estatísticas por um lado por causa da grande crescimento da área de aplicação das modelagens e a possibilidade de computação de grandes bases de dados qual evolução da tecnologia da informação.

Do ponto de vista operacional os indicadores utilizados dependiam mais da disponibilidade e qualidade das informações do que do modelo por trás da operacionalização da metodologia. Para compensar isso, e demonstrar a intenção de manter o conceito de condições sociais, serve o exemplo dos países mais pobres, que são aqueles que têm maior dificuldade com seus sistemas de informação, que utilizaram modelagens estatísticas, para escolher proxys de condições sociais.

Por fim, as metodologias de alocação de recursos financeiros baseadas nas necessidades das populações têm grande potencial para promover a equidade e reduzir desigualdades injustas e, portanto, é muito recomendável o uso dessas metodologias na distribuição dos recursos financeiros nas políticas de saúde. A revolução que ocorreu ao longo das quatro décadas desde a primeira experiência mostrou um avanço significativo na forma de se construir essas metodologias. Estas dependem do próprio modelo de sistema de saúde, ou seja, elas são muito mais potentes e mais úteis em sistemas cujas fontes de financiamento são públicas e o acesso aos serviços independe da capacidade econômica das pessoas. Desta forma, sistemas chamados de Beveridgeanos ou de Sistemas Nacionais de Saúde, são os que melhor podem utilizar-se destes instrumentos

## 6. Referências

ABBAFATI, C.; SPANDONARO, F. Costi standard e finanziamento del servizio sanitario nazionale. **Politiche sanitarie**, 2011. v. 12, n. 2, p. 1–11.

AKAZILI, J. **Equity in health care financing in ghana**. Ghana: Health Economics Unit, 2010.

\_\_\_\_\_; MOONEY, G. Social health insurance: to each according to his needs; from each according to his means—but what might that *mean*? **International journal of health services**, 1 out. 2011. v. 41, n. 4, p. 679–690.

ALMEIDA FILHO, N. De; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde - fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011

ANSEMI, L.; LAGARDE, M.; HANSON, K. Equity in the allocation of public sector financial resources in low- and middle-income countries: a systematic literature review. **Health policy and planning**, 16 maio. 2015b. v. 30, n. May 2014, p. 528–545.

ASTHANA, S.; GIBSON, A. Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: a suitable model for the english nhs? Ireland: **Health policy**, jul. 2011. v. 101, n. 2, p. 133–139.

BANERJI, D. Alma-ata showed the route to effective resource allocations for health: round table discussion. **Bulletin of the world health organization**, 2004. v. 82, n. 9, p. 707–708.

BANFUL, A. B. Do formula-based intergovernmental transfer mechanisms eliminate politically motivated targeting? evidence from ghana. **Journal of development economics**, nov. 2011. v. 96, n. 2, p. 380–390.

BEVAN, G. **Review of the weighted capitation formula**. London: [s.n.], 2008. Gwyn Bevan Professor of Management Science Department of Management and LSE Health and Social Care London School of Economics and Political Science Houghton Street London WC2A 2AE England Tel: 020 7955 6269 FAX: 020 7955 6885 Email: R.G.Bevan@lse.ac.uk.

BONNER, J.; BUCHANAN, D. **Report to the nhs scotland resource allocation review of the population basis of the arbutnott formula. Technical report**. [S.l.]: [s.n.], 2006.

BOOBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 12<sup>a</sup> ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2004.

BORGATTA, E. F.; MONTGOMERY, R. J. V. *Encyclopedia of sociology* vol 5. 2000.

BOSSERT, T. Decentralization in zambia: resource allocation and district performance. **Health policy and planning**, 1 dez. 2003. v. 18, n. 4, p. 357–369.

BOSSERT, T.; CHITAH, M. B.; BOWSER, D. Decentralization in zambia: resource allocation and district performance. England: **Health policy and planning**, 1 dez. 2003. v. 18, n. 4, p. 357–369.

BOSSERT, T. J. *et al.* Decentralization and equity of resource allocation: evidence from colombia and chile. Switzerland: **Bulletin of the world health organization**, jan. 2003. v. 81, n. 2, p. 95–100.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011,**

**que aprova a política nacional de atenção básica.**

BRISCOMBE, B.; SHARMA, S.; SAUNDERS, M. **Improving resource allocation in kenya ' s public health sector. Futures group, health policy initiative, task order 1.** Washington, D.C, United States: 2010.

BRYANT, J. H.; RICHMOND, J. B. **Alma-ata and primary health care: an evolving story.** [S.I.]: Elsevier, 2008.

CAMPOS, G. W. De S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do sus. **Saúde e sociedade**, ago. 2006. v. 15, n. 2, p. 23–33.

CASTELLANOS, P. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. **Abrasco. saude movimento**, 1997.

CHANG, H.-Y. *et al.* Risk-adjusted resource allocation: using taiwan's national health insurance as an example. **Asia-pacific journal of public health**, 1 mar. 2015. v. 27, n. 2, p. .

CHURCHILL, L. *et al.* Medical care for the poor: finite resources, infinite need. **Health prog**, 1985. v. 66, n. 10, p. 32–35.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. *In*: AKERMAN, M. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2012, p. 219–246.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Resource allocation: weighted capitation formula (seventh edition) author.** London, 2011.

DIDERICHSEN, F. **Resource allocation for health equity : issues and methods.** Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Resource. Genebra, 2004.

DIDERICHSEN, F.; VARDE, E.; WHITEHEAD, M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. ENGLAND: out. 1997. v. 315, n. 7112, p. 875–878.

DOORSLAER, E. VAN *et al.* Income-related inequalities in health: some international comparisons. **Journal of health economics**, fev. 1997. v. 16, n. 1, p. 93–112.

DRACHLER, M. De L. *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, set. 2014. v. 19, n. 9, p. 3849–3858.

DRACHLER, M. DeLourdes. Development and validation of a social vulnerability index applied to public policies of the unified health system (SUS). **Ciência & Saúde**, 2014.

ENSOR, T. **Formula funding for health care : international review**. 2005

EVANS, R. G. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. **Journal of health politics, policy and law**, 1997. v. 22, n. 2, p. 427–465.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.; STANO, M. **The economics of health and health care**. 2013.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas, 4e**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANNI, G. Di; NOGUEIRA, M. A. **Dicionário de políticas públicas**. 2ª ed. São



Paulo: Editora Unesp, 2015.

IVESON-IVESON, J. To each according to his needs. **Nursing mirror**, 1984. v. 159, n. 14, p. 38.

KIRIGIA, D. G. **Beyond needs-based health funding : resource allocation and equity at the state and area health service levels in new south wales** – thesis University of New South Wales, Australia, 2009.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. De; ANDRADE, C. L. T. De. Federal funding of health policy in brazil: trends and challenges. **Cadernos de Saúde pública**, jan. 2014. v. 30, n. 1, p. 187–200.

MACHADO, E. N. D. M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do pab sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de minas gerais. **Ciênc. Saúde coletiva**, [s.d.]. v. 9, n. 1, p. 99–111.

MACHADO, E. N. Da M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Alocação equitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de minas gerais. São Leopoldo: [s.n.], 2003. p. 1–20.

MAGNUSSEN, J. Equal access for equal need? constructing and implementing a capitation-based formula for the distribution of health care resources in norway. **International journal of circumpolar health**, dez. 2010. v. 69, n. 5, p. 448–461.

MANTHALU, G.; NKHOMA, D.; KUYELI, S. Simple versus composite indicators of socioeconomic status in resource allocation formulae: the case of the district resource allocation formula in malawi. England: **Bmc health services research**, jan. 2010. v. 10, n. 1, p. 6.

MCINTYRE, D. Geographic patterns of deprivation in south africa: informing health equity analyses and public resource allocation strategies. England: **Health policy and planning**, 1 dez. 2002. v. 17, n. 90001, p. 30–39.

MEDICI, A. Financiamento público e privado em saúde na américa latina e no caribe : uma breve análise dos anos 1990. 2005. n. 3.

MILLS, A. *et al.* Equity in financing and use of health care in ghana, south africa, and tanzania: implications for paths to universal coverage. England: **The lancet**, 14 jul. 2012. v. 380, n. 9837, p. 126–133.

MINISTRY OF HEALTH OF GHANA. **The ghana health sector.**

MONTERO, J. *et al.* Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. [S.l.]: 2008. p. 73–94.

NUNES, A. **A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do sus: a receita própria do município como variável moderadora.** Ministério da saúde. sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde - siops, departamento de economia da saúde, secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Brasília, 2004.

OLSEN, J. A. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. NETHERLANDS: **Journal of health economics**, dez. 1997. v. 16, n. 6, p. 625–639.

PAMPALON, R. *et al.* The selection of needs indicators for regional resource allocation in the fields of health and social services in québec. ENGLAND: **Social**

**science & medicine (1982)**, mar. 1996. v. 42, n. 6, p. 909–922.

PEARSON, M. Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches. London: 2002. v. 44, n. 0, p. 39.

PELEGRINI, M. L. M. De. Metodologias equitativas para financiamento do setor saúde. São Leopoldo: [s.n.], 2003. p. 13.

\_\_\_\_\_; CASTRO, J. D. De; DRACHLER, M. De L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do rio grande do sul, brasil. **Ciência & saúde coletiva**, abr. 2005. v. 10, n. 2, p. 275–286.

PENNO, E.; GAULD, R.; AUDAS, R. How are population-based funding formulae for healthcare composed? a comparative analysis of seven models. England: **Bmc health services research**, jan. 2013. v. 13, n. 1, p. 470.

PETTICREW, M. *et al.* Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. **Journal of epidemiology and community health**, 2004. v. 58, p. 811–816.

PORTO, S. *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no brasil. **Cadernos de saúde pública**, jun. 2007. v. 23, n. 6, p. 1393–1404.

PORTO, S. M. **Metodologia de alocação equitativa de recursos: relatório final**. Ficruz, Rio de Janeiro, 2002.

PORTO, S. M. *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em debate**, 2003. v. 27, n. 65, p. 376–388.

QUINTON, A. Political philosophy. 1967. p. [5], 201 .

RAÑA K., J. *et al.* Modelo de asignación de recursos en atención primaria. **Revista médica de Chile**, jan. 2007. v. 135, n. 1, p. 54–62.

RHYS, G. *et al.* Primary care capitation payments in the uk. an observational study. England: **Bmc health services research**, jan. 2010. v. 10, n. 1, p. 156.

RICE, N. *et al.* Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in england: regression. **Bmj**, 29 jan. 2000. v. 320, n. 7230, p. 284–8.

\_\_\_\_\_; SMITH, P. C. Approaches to capitation and risk adjustment in health care financing: an international survey. **The milbank quarterly**, 2001a. v. 79, n. 1, p. 81–113.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. **The milbank quarterly**, 2001b. v. 79, n. 1, p. 81–113, IV.

RICE, N.; SMITH, P. C. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. **The milbank quarterly**, mar. 2001. v. 79, n. 1, p. 81–113.

RICE, N.; SMITH, P. C. Ethics and geographical equity in health care. England: **Journal of medical ethics**, 1 ago. 2001. v. 27, n. 4, p. 256–261.

RICE, N.; SMITH, P.; OTHERS. **Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey**. York: University of York, Centre for Health Economics York, 1999.

\_\_\_\_\_; SMITH, P. C. Strategic resource allocation and funding decisions. *In*: MOSSIALOS, E. *et al.* (Org.). **Funding health care: options for europe**. European

Observatory on Health Care Systems Series. London: [s.n.], 2002, p. 250–271.

\_\_\_\_\_. Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries. Discussion Paper 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. p. 42.

\_\_\_\_\_. Resource allocation and purchasing in the health sector: the english experience. **Bulletin of the world health organization**, dez. 2008. v. 86, n. 11, p. 884–8.

\_\_\_\_\_; RICE, N.; CARR-HILL, R. Capitation funding in the public sector. **Journal of the royal statistical society: series a (statistics in society)**, jun. 2001. v. 164, n. 2, p. 217–257.

SOUZA, M. H. L.; SOUZA, R. M. P.; SILVA, M. G. C. Da. Capítulo 30. alocação de recursos na saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Da (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013, p. 585–600.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. The hidden inequity in health care. **International journal for equity in health**, 2011. v. 10, n. 1, p. 15.

SUTTON, M. *et al.* **Geographic differences in the costs of delivering health services in scotland: implications for the national resource allocation formula**. [S.l.]: [s.n.], 2006.

TOBAR, F. *et al.* Modelos equitativos para distribución de recursos sanitarios. , 2001. Disponível em: <[http://www.federicotobar.com.ar/eco\\_12.htm](http://www.federicotobar.com.ar/eco_12.htm)>.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, dez. 2012. v. 17, n. 12, p. 3437–3445.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no brasil. *In*: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VEGA, A. *et al.* **Towards the development of a resource allocation model for primary, continuing and community care in the health services: technical report 2010**. Dublin: Anthony Staines, 2010.

VEGA, R.; ACOSTA, N. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de américa del sur: mapeo de la aps en colombia**. Rio de Janeiro, 2014.

WHITTAKER, W. Resource allocation funding formulae, efficiency of. *In*: CULYER, A. J. (Org.). **Encyclopedia of health economics**. [S.l.]: Elsevier, 2014, V. 3, p. 256–266.

## 1. APÊNDICE A - formulações das buscas

A seguir estão as formulações para buscas nos sites de bases de dados de literatura e no Google Acadêmico, utilizando operadores booleanos.

(equity OR inequity OR equitable OR inequitable OR equal OR equalitarian OR unequal OR proportion OR proportional OR disproportional OR regressive OR progressive OR rich OR poor) AND (incidence OR distribution OR distributed OR allocation OR allocated) AND (expenditure OR expenditures OR spending OR resource OR resources OR benefit OR benefits OR subsidy OR subsidies OR subsidized OR subsidized OR funding OR fund OR funds OR financing) AND (public OR government OR state OR social health insurance OR national health insurance) AND (health system OR health systems OR health sector OR health care OR health service) AND (metod\* OR formul\* OR scheme)

(equity OR equitable OR equal OR equalitarian OR proportion OR proportional OR regressive OR progressive OR rich OR poor) AND (incidence OR distribution OR distributed OR allocation OR allocated) AND (expenditure OR spending OR resource OR benefit OR subsidy OR subsidies OR subsidized OR funding OR fund OR financing) AND (public OR government OR state OR “social health insurance” OR “national health insurance”) AND (“health system” OR “health sector” OR “health care” OR “health service”) AND (metod\* OR formul\* OR scheme)

\*equit\* \*equal\* incidence distribut\* allocat\* expenditure spending resource benefit subsid\* fund\* financ\* public government state “health insurance” “health system” “health sector” “health care” “health service” metod\* formul\* scheme

\*equit\* \*equal\* incidence distribut\* allocat\* expenditure spending resource revenue benefit subsid\* fund\* financ\* public government state health metod\* formul\* schemme

equit equal incidence distribut allocat expenditure spending resource revenue benefit subsid fund financ public government state health metod formul schemme

## 2. APÊNDICE B – quadro de descritores e definições

<b>Equidade</b>	
Definição Português:	"Implica diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível, receber atenção em função da necessidade e contribuir em função da capacidade de pagamento. (Tradução livre do original: Tesouro REPIDISCA)
Relacionados Português:	"Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Pobreza Ciências Sociais Iniquidade Social
<b>Equidade em Saúde</b>	
Sinônimos Português:	Equidade no Estado de Saúde Equidade em Saúde e Social
Definição Português:	"Equidade em saúde supõe que idealmente toda pessoa deve ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial pleno de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deve ser desfavorecido em alcançar seu potencial se isto puder ser evitado. (Tradução livre do original: WHO EURO, 1985) Mais sucintamente, Equidade envolve criar oportunidades iguais para a saúde e trazer os diferenciais de saúde ao nível mais baixo possível (Tradução livre do original: Whitehead, 1990). O HIA está normalmente respaldado por um sistema de valores explícito e um foco em justiça social no qual a equidade tem um papel importante de maneira que não apenas as desigualdades como as iniquidades em saúde são examinadas e tratadas sempre que possível. (Tradução livre do original: Barnes and Scott-Samuel, 1999) (Fonte consultada: WHO Health Impact Assessment (HIA). Glossary of terms used. <a href="http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html">http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html</a> )
Relacionados Português:	"Iniquidade Social



Social Inequity	
Descritor Espanhol:	Inequidad Social
Descritor Português:	Iniquidade Social
Sinônimos Português:	Iniquidade Desigualdade Social
Relacionados Português:	"Equidade em Saúde Pobreza Condições Sociais Ciências Sociais
Similar:	" DeCS CID-10 SciELO LILACS LIS "

Health Inequalities	
Descritor Espanhol:	Desigualdades en la Salud
Descritor Português:	Desigualdades em Saúde
Sinônimos Português:	Iniquidade na Saúde Desigualdade em Saúde Saúde e Desigualdade Desigualdade na Saúde
Definição Português:	"Desigualdades em saúde podem ser definidas como diferenças na condição de saúde ou na distribuição de seus determinantes entre diferentes grupos populacionais. É importante distinguir entre desigualdade em saúde e iniquidade. Algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha e outras são atribuíveis ao ambiente externo e condições em geral alheias ao controle dos indivíduos em questão. No primeiro caso pode ser impossível ou eticamente ou ideologicamente inaceitável mudar os determinantes de saúde e assim as desigualdades em saúde são inevitáveis. No segundo, a distribuição desigual pode ser desnecessária e evitável assim como injusta, tal que as desigualdades em saúde resultantes também levam a iniquidade na saúde. (tradução livre do original: WHO Health Impact Assessment. Glossary of terms used <a href="http://www.who.int/hia/about/glos/en/">http://www.who.int/hia/about/glos/en/</a> ) "

Equity in the Resource Allocation	
Descritor Espanhol:	Equidad en la Asignación de Recursos
Descritor Português:	Equidade na Alocação de Recursos
Sinónimos Português:	Justiça Redistributiva Equidade na Distribuição e Uso dos Recursos
"Definição "	Português: "Distribuição dos recursos em saúde levando em consideração uma análise entre as necessidades individuais e as coletivas, priorizando mais recursos a quem tem menos e vice-versa, a fim de evitar ou reduzir ao mínimo as diferenças injustas entre os grupos humanos."

Resource Allocation "	
Descritor Espanhol:	" Asignación De Recursos "
Descritor Português:	" Alocação de Recursos "
Sinónimos Português:	" Realocação de Recursos "
Definição Português:	"  Decisões individuais ou da sociedade sobre a distribuição equitativa de recursos disponíveis. "
Nota de Indexação Português:	" para alocação de recursos aos cuidados de saúde, use DOTAÇÃO DE RECURSOS PARA CUIDADOS DE SAÚDE; use ambos os termos somente quando a discussão de alocação de recursos aos cuidados de saúde está acompanhada por uma discussão mais teórica do conceito de equidade na distribuição de recursos limitados"

Health Services Needs and Demand	
Descritor Espanhol:	Necesidades y Demandas de Servicios de Salud
Descritor Português:	Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde
Sinônimos Português:	"Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde Necessidades Básicas "
Definição Português:	Serviços de saúde requeridos por uma população ou comunidade; inclui a avaliação e a identificação das necessidades percebidas pelo grupo, calculadas através de critérios e métodos científicos.

Health Services Accessibility	
Descritor Espanhol:	Accesibilidad a los Servicios de Salud
Descritor Português:	Acesso aos Serviços de Saúde
Sinônimos Português:	Acessibilidade aos Serviços de Saúde Disponibilidade de Serviços de Saúde Acesso aos Cuidados de Saúde
Definição Português:	"Possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras entre outras. "
Nota de Indexação Português:	especifique termo geográfico se pertinente
Relacionados Português:	"Equidade no Acesso "
Similar:	" DeCS CID-10 SciELO LILACS LIS "

Equity in Access	
Descritor Espanhol:	Equidad en el Acceso
Descritor Português:	Equidade no Acesso
Definição Português:	"Possibilidade do sistema de saúde oferecer alternativas para os indivíduos que mais têm dificuldades de adentrarem e se utilizarem dos serviços de saúde oferecidos, numa região territorialmente delimitada. Cada grupo, estrato social ou região apresenta problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer, de acessar os serviços de atenção à saúde e satisfazer suas necessidades de vida. Tais diferenças devem ser consideradas para oferecer mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. "
Relacionados Português:	"Acesso aos Serviços de Saúde "
Similar:	" DeCS CID-10 SciELO LILACS LIS "

Needs Assessment	
Descritor Espanhol:	Evaluación de Necesidades
Descritor Português:	Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde
Sinônimos Português:	"Determinação das Necessidades de Saúde Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde Determinação de Necessidades de Educação "
Definição Português:	Identificação sistemática das necessidades de uma população ou a avaliação dos indivíduos para determinar o nível mais adequado das necessidades de serviço.

### 3. APÊNDICE C – Quadro detalhado de variáveis e critérios segundo casos

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
África Do Sul-1990	Vida na área rural  Mais velhos que 25 anos sem escolaridade  Desempregados  Estar na habitação tradicional, barraca ou tenda  Sem água encanada em casa ou no local  Sem qualquer acesso a eliminação de resíduos  Sem acesso ao telefone  Sem acesso à eletricidade  Famílias chefiadas por uma mulher	Idade - faixas etárias sexo							
Alberta - Canadá-1990	Estado de bem estar  Classes de baixa renda	Idade  Sexo		Afastamento			Variações de custos		Proteção contra perda de financiamento

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	Status de indígena.	Etnia					Os custos são com base em custos-padrão em toda a província por unidade de atividade.		devida a fluxo entre fronteiras população aborigene
Austrália-2000		Idade Sexo		Afastamento			Custos por tipo de atenção prestada  Custos para serviços rurais  Fator de custo para pequenos hospitais		
Brasil-1990		Ruralidade	Carências nutricionais						Financiamento segundo número de serviços específicos em funcionamento
Brasil-2010	Pib per capita  percentual da população com bolsa família  percentual da população em extrema pobreza	Densidade demográfica.				PIB per capita			Percentual da população com plano de saúde
Chile-1990	Nível de pobreza municipal  Indicador de dificuldade de desempenho ( equipes de saúde em áreas com grandes dificuldades)	População idosa  Ruralidade		Ruralidade		Recursos de receitas municipais	Custo estimado dos serviços	Médias históricas	

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
Chile-2010	Nível sócio econômico da população  Índices de ruralidade  Dificuldade para acessar e prestar cuidados de saúde	Ruralidade	Características epidemiológicas	Isolamento geográfico	O conjunto de recursos que são planejados anualmente na comuna local,  Montante das recursos realmente executados  Instalações municipais de saúde no distrito	Grau de pobreza de um território			
Colômbia-1990	Nível de pobreza  Necessidades básicas insatisfeitas  Indicadores de qualidade de vida			Fração distribuída igualmente para todos como unidades territoriais		Fonte própria de tributos	Eficiência administrativa		
Dinamarca-1990	Crianças com apenas um dos pais	Idade				Base tributária local			
Escócia-1990		Idade sexo sexo idade	Mortalidade ponderada	Dispersão geográfica da população			Custos rurais custos dos serviços	Utilização de básica serviços segundo causa casos de longa duração	Fluxos inter-regionais  discrimina por tipo de serviço ofertado
Escócia-2000	% pessoas morando sozinhas	Idade 5 faixas etárias	Mortalidade de 0 a 74 anos	Maternidade: classificação urban-			Custo da provisão de serviços		

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	<p>% em habitação social alugado</p> <p>taxa de desemprego</p> <p>A proporção de idosos com apoio de renda</p> <p>chefes de família desempregados ou permanentemente doentes</p> <p>grupo socioeconômico baixo</p> <p>domicílios lotados</p> <p>grandes famílias</p> <p>famílias monoparentais</p> <p>famílias com todos idosos</p> <p>desemprego</p> <p>idosos com baixa renda</p> <p>família com duas ou mais pessoas</p> <p>indicadores de pobreza</p>	<p>(0-90 + anos)</p> <p>sexo</p> <p>categorias de sexo e idade</p>	<p>padronizadas</p> <p>taxa de doença de crônica limitante</p> <p>taxa de mortalidade &gt; 70</p> <p>padronizada</p> <p>taxa de doença circulatória</p> <p>taxa de mortalidade padronizada de menores de 65 anos</p> <p>taxa de mortalidade padronizada de menores de 65 anos</p> <p>taxa de mortalidade prematura padronizada</p>	<p>rural (10 categorias)</p>			<p>custos inevitáveis</p> <p>maternidade: a média de preço de serviço</p> <p>custo de internações hospitalares, usa custos fixos onde tratamento e variáveis de tempo de permanência</p> <p>quilômetros de estrada por mil habitantes - foi o único indicador afastamento para estimar os custos extras de serviços hospitalares .Custos Dos serviços segundo grupos de sexo e idade</p>		
<p>Espanha-1990</p> <p>estocolmo - Suécia-1990</p> <p>estocolmo - Suécia-2000</p>	<p>Educação</p> <p>desemprego</p> <p>pensão por incapacidade</p> <p>morar sozinho</p> <p>estado civil (casado ou coabitam com crianças, solitário)</p> <p>posse da casa</p>	<p>Faixas etárias</p> <p>idade - faixas etárias</p> <p>ajuste para declínio da população</p>					<p>Variações de custos segundo áreas geográficas</p>		<p>Fluxos interregionais</p>



Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	nível de educação								
Espanha-1990		Ajuste para declínio da população							Cross-limite fluxos
Estocolmo - Suécia-1990	educação desemprego pensão por incapacidade morar sozinho	idade - faixas etárias					variações de custódio Segundo Áreas Geográficas		
Estocolmo - Suécia-2000	Estado civil (casado ou coabitam com crianças, solitário)  posse da casa  Nível de Educação  Estado de Emprego	idade - faixas etárias							
Finlândia-1990		Idade	Deficiência	Arquipélago afastamento		Base tributária			
Finlândia-2000		Idade - faixas etárias	Fator de morbidade	Afastamento - localidades remotas e					

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
				insulares					
Gana-1990	produto interno bruto per capita instalações de educação escolas dilapidadas aluno / professor cobertura de água receita per capita aumento da receita per capita	Densidade demográfica.		Quilometragem de estradas asfaltadas	Instalações de saúde população / médico população / enfermeira	Aumento da receita			
Gana-2000	Indigentes	Menos de 18 anos idosos							os reformados ssnit ssnit contribuintes
Inglaterra-1970		Idade - faixas etárias Sexo estado civil	Taxa de mortalidade padronizada segundo sexo		Leitos hospitalares		Custo inevitável de prestação de serviços de saúde  estimativa de custos administrativos segundo tipo de serviços	Série histórica	
Inglaterra-1991	Índice de privação de educação idosos com idade de 75 ou mais vivendo sozinhos	Sexo faixas etárias proporção de	Taxa de mortalidade padronizada abaixo dos 75 anos	Distância de maternidades  distância de serviços de aps	A média de tempo de espera para atendimento ambulatorial				

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	<p>Índice de privação de renda</p> <p>proporção de minorias étnicas</p> <p>Índice de privação de emprego</p>	<p>minorias étnicas</p>	<p>proporção de baixo peso ao nascer</p> <p>taxa de nascimento padronizada</p> <p>Índice de morbidade do sistema nervoso</p> <p>Índice de morbidade circulatório</p> <p>Índice de morbidade osteomuscular</p>	<p>distância até o hospital</p>	<p>maior &lt;13 semanas</p> <p>residenciais / casas de repouso</p> <p>acesso a prestadores privados</p> <p>número de leitos hospitalares</p>				
Inglaterra-1995	<p>Condições sócio-econômicas</p> <p>proporção de população economicamente ativa que esta desempregada</p> <p>desemprego idosos que vivem sós</p> <p>características sócio econômicas não diretamente relacionadas com as necessidades de saúde</p> <p>educação</p> <p>renda</p> <p>idosos vivendo sozinho</p> <p>proporção de indivíduos com pensão por idade que vivem sozinhos</p> <p>proporção de dependentes em famílias uniparentais</p>	<p>Sexo</p> <p>idade -faixas etárias</p>	<p>proporção de doentes crônicos (com menos de 75 anos) taxa de mortalidade padronizada (com menos de 75 anos)</p> <p>morbidade por: doenças do aparelho circulatório, nervos e osteomuscular</p> <p>baixo peso ao nascer</p> <p>razão doença de crônica limitante</p>	Ruralidade	<p>oferta de serviços de saúde</p> <p>leitos</p>		<p>Segundo tipo de serviço ajustado por região</p> <p>estimativas de segundo tipo de custos dos serviços</p> <p>variações de custos segundo áreas geográficas</p>	<p>Utilização de serviços hospitalares série histórica</p>	Fluxo interregional

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
			abaixo de 75 anos padronizada por idade						
Inglaterra-2000	Carências	Extremos de idade distribuição de sexo idade novos pacientes incluídos	Doenças crônicas mortalidade padronizada necessidades adicionais	Ruralidade: distância de dos consultórios			Custos de mão de obra local - estimativas	Visitas domiciliares adicionais geradas pelos pacientes em cuidados de enfermagem residencial  histórico regional	Metas administrativas
Inglaterra-2008		Faixas etárias	Índice de necessidades adicionais - expectativa de vida livre de deficiência (dfle)	Zonas rurais			Fator de forças de mercado		
Inglaterra-2010	Jovens fora da escola pensionistas privação de renda que afetam as crianças pessoas com benefícios devido a deficiência pessoas com invalidez ou com deficiências severas em benefício	Idade 5 faixas de idade  proporção de pessoas negras ponderações para populações específicas, militares, pacientes	Baixo peso ao nascer  expectativa de vida livre de deficiência (dfle) mortalidade padronizada por idade  morbidade por doenças crônicas prevalentes	Distância de serviços ambulatoriais  distância para hospitais  distância de serviços de saúde	Índice de alimentação: deficiência requerentes subsídio de subsistência mais de 60 média tempo de espera acesso a prestadores de cuidados internados distância para os provedores		Custo do aprovisionamento mercado forças fator  custos estimados segundo tipo de serviço ponderados por um índice de força de mercado, separa diferenças de custos inevitáveis	Consultas médicas atendimento domiciliar  atendimento de pessoas em asilos	

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	renda pobreza geral e por grupos de idade idosos que necessitam de pensão	institucionalizados, prisioneiros	pessoas com problemas de saúde mental  pessoas com deficiência segundo faixa etária  OBS: padronização dos indicadores segundo sexo e idade		de ambulatório distância para os provedores de pacientes internados número de gps acessibilidade para a capacidade de provedor aguda pontuação de acessibilidade para capacidade ambulatorial número de leitos tempo de espera para atendimento número de médicos/leitos número de estabelecimentos de saúde segundo tipo				
Irlanda Do Norte-1990	Estado de bem-estar idosos vivendo sozinhos	Idade sexo	Mortalidade baixo peso ao nascer				Ajuste de custos rurais		
Irlanda Do Norte-2000		Idade Sexo	Taxa de mortalidade padronizada				Custo médio de serviços  acréscimos para serviços rurais		
Itália-1980 Itália-1980		Idade - faixas	Taxa de						

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
		etárias Sexo	mortalidade infantil doenças ocupacionais acidentes de trabalho mortalidade de idosos						
Itália-1990	Mecanismo de amortecimento	Idade sexo	Mortalidade						
Itália-2010		Idade - faixas etárias Sexo							
Malawi-2000			Baixa estatura		Número de leitos cama e utilização opd		o índice de custódio diferenciais de prestação de serviços		
México-1990		População	Mortalidade infantil			Estimativa: índice de marginalização			
Minas Gerais - Brasil-2000	Idhm educação – escolaridade da população adulta e fluxo escolar da população jovem  idhm renda - renda municipal percapta	População total  idhm longevidade – expectativa de vida ao nascer							

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
Noruega-1990 noruega-1990	Idosos vivendo sozinhos	Idade Sexo	Mortalidade			Base tributária			
Nova Gales Do Sul - Austrália-1990	Nível de educação pessoas sem abrigo educação emprego	Sexo idade etnia população rural	Mortalidade Taxa de mortalidade prematura padronizada	Ruralidade			Variações de custos		Fluxos inter-regionais para atendimento população aborígene
Nova Gales Do Sul - Austrália-2000	Índice de ocupação e educação multiétnico:% aborígenes e moradores de ilhas EDOCC: um índice educacional e estatus ocupacional fator de desabrigados	Idade - faixas etárias sexo ponderação para aborígene e moradores de rua	Taxa de mortalidade padronizada para as idades abaixo dos 70 anos	Índice de acessibilidade / afastamento da Austrália	Um orçamento anual global é determinado e distribuído entre nove programas de saúde.		Custo de ensino e pesquisa serviços abrangentes e especializados selecionados custo dos fatores de dispersão fator pequenos hospitais mix público / privado do hospital substituição de atividades privadas no hospital correções de financiamento por capitação ajuste para os cuidados hospitalares privados		fluxos interestaduais
Nova Zelândia-1990		Idade							

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	Estado de bem-estar	sexo etnia população rural							
Nova Zelândia-2000	<p>Quintis de privação com base no índice de privação (Índice de pobreza da Nova Zelândia 2006)</p> <p>Uma ponderação baseada em políticas adicional para necessidade insatisfeita que reconhece diferentes desafios na redução das disparidades entre os grupos de população. fator de pobreza rural</p>	<p>Idade - faixas etárias</p> <p>sexo</p> <p>etnia (maori, de ilhas do pacífico, outras)</p>					Os componentes adicionais de custos incluídos nas sete fórmulas custo da oferta; ajuste para situação rural; correções de financiamento por capitação; ajuste para moradores das ilhas; ponderada de acordo com o custo médio nacional da saúde e serviços de suporte de deficiência usados por diferentes grupos demográficos.	Serviços de apoio ajuste rural e um para visitantes; cada um redistribui financiamento entre dhbs a fim de reconhecer inevitáveis diferenças no custo do atendimento.	Fator de visitantes
Ontário - Canadá-2010	Quintil de vizinhança renda por pessoa equivalente	<p>Idade - faixas etárias</p> <p>sexo</p>	Grupos de causas de internação hbam (583 grupos) grupos clínicos refinados (324 categorias) principais grupos clínicos (21 grupos)	ruralidade	Existência de hospital pequeno		Custo do provisão os custos unitários (despesas instalações, tipo de instalações, atividades de serviço ponderada, ensino, serviços especializados,		



Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
							geografia rural, tamanho da instalação) correções de financiamento por capitação quota de mercado		
País De Gales-1990		Idade sexo	Mortalidade				Ajuste de custo afastamento		
País De Gales-2000	Carências	Idade - Extremos de idade sexo novos pacientes incluídos	Doenças crônicas mortalidade padronizada  Estatísticas de internação hospitalar  notificação de nascimento  dados de prescrição  levantamentos de saúde bucal de criança  inquérito postal da saúde  outras medidas de necessidade de saúde quando	Distancia dos consultórios			Custos de mão de obra local, custos rurais  O whs também incluiu informações sobre os serviços de saúde. As análises foram feitas separadamente por nove grupos diferentes de serviços. custos médios nacionais de tratamento, derivados de dados hospitalares, foram utilizados para estimar os custos. Certos serviços supra-regionais foram excluídos, e análise desses	Visitas domiciliares adicionais geradas para pacientes em cuidados de enfermagem e residencial	

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
			disponível, podem fornecer mais confiáveis e precisos; estes incluem estatísticas vitais para o número de nascimentos e bebês de baixo peso ao nascimento nascidos em cada área da ua, ou dados de registro de câncer em incidência/tipos de câncer. dados de informações auto reportadas				serviços torna mais simples para incluir fatores adicionais, tais como custos adicionais de atendimento rural, a necessidade de tradutores e assim por diante.		
Portugal-1990		Idade	Carga relativa de doença: diabetes, hipertensão, tuberculose, aids					84,5% com base nas despesas históricas	
Quênia-2000	Taxa de pobreza	População abaixo de 5 anos  mulheres em idade reprodutiva (15 a 49)	Casos de AIDS	Área acidentada área do distrito (km2)	Infraestrutura			Ocupação de leitos  carga caso ambulatorial	
Rio Grande Do Sul - Brasil-2000		população menor de 14 anos	mortalidade infantil do município		Coefficiente do inverso da capacidade	Coefficiente do percentual de recursos		Critério de prioridade regional foi calculado por um coeficiente	Prioridade regional (escolha popular)

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
		população maior de 60 anos			instalada municipal	próprios utilizados em saúde			
Rio Grande Do Sul - Brasil-2012	Renda familiar acesso a serviços públicos: coleta de lixo abastecimento de água			Densidade demográfica					
Suécia-1990	Morando sozinho situação de emprego posse de habitação	Idade	Diagnóstico prévio de internação						
Suécia-2000	Educação emprego posse de habitação estado civil			Urbanização					
Taiwan-1990		Idade Sexo	Taxa de mortalidade padronizada						Despesas médicas reais que ocorreram no ano base  desempenho dos serviços sim

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
Tanzânia-2000	contagem de pobreza regionais necessidades especiais da população pobre necessidades especiais da população rural	População rural	Necessidades especiais dos distritos com uma carga de doença maior do que a média  Mortalidade infantil ou mortalidade de menores de cinco	Distância da capital percorrida por veículos					
Uganda-1990	Segurança situação de segurança e condições social-econômicas  índice de desenvolvimento humano (o inverso de)  uma adição de 25 por cento foi feita para os distritos com uma difícil situação segurança	Índice de percentual da idade da população total			Ausência de hospital no território	Índice do inverso do per capita dos recursos de doadores e ONG gastos no distrito			
Uganda-2000	Níveis de pobreza		Estado de saúde do distrito e necessidades especiais de saúde			Acesso a outras fontes de financiamento			Desempenho dos serviços
Zâmbia-1990		Densidade populacional			Leitos hospitalares segundo diversos níveis de cuidado				
Zâmbia-2000	famílias chefiadas por mulheres de casas de material de má qualidade	% menores de cinco anos na	Incidência de diarreia sem sangue	% de agregados familiares situados mais de 5 km para o				Contatos com pessoal de saúde	

Casos	Socioeconômicas	Demográfica	Epidemiológica	Espacial	Oferta de serviços/ capacidade instalada	Utiliza a capacidade de financiamento da unidade territorial com recursos próprios	Custo da prestação de serviços e ações	Utilização de serviços de saúde	Outros critérios
	<p>de domicílios superlotado (&gt; 3 pessoas por quarto)</p> <p>de domicílios sem eletricidade para a iluminação</p> <p>de domicílios sem nenhuma eletricidade / gás / energia solar / vela de iluminação</p> <p>de domicílios sem: carro, sem rádio , sem bicicleta, sem geladeira , sem tv , sem arado, sem canoa, sem banheiro seguro, sem fonte de água da torneira, fonte de água potável</p> <p>taxa de analfabetismo da cabeça</p> <p>taxa de analfabetismo</p>	<p>população</p> <p>% de mulheres em idade reprodutiva na população</p>	<p>letalidade diarreia sem sangue</p> <p>incidência e letalidade de malária</p> <p>incidência e letalidade de pneumonia</p> <p>incidência e letalidade de d. respiratória não pneumonia</p> <p>incidência de conjuntivite</p>	<p>mercado de alimentos</p> <p>% de famílias mais de 5 km de centro de saúde</p> <p>% de famílias mais de 5 km para a escola primária</p> <p>% de famílias mais de 5 km até barco / automóvel</p>					