

## ÍNDICE DE NECESSIDADES EM SAÚDE

**UOFC**

Proposta de alocação normativa de recursos financeiros aos Agrupamentos de Centros de Saúde



## ÍNDICE

---

ÍNDICE .....	1
ENQUADRAMENTO .....	2
FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	3
EXPLICAÇÃO DA VARIAÇÃO DA DESPESA .....	7
Componente “Estado de Saúde” .....	10
Componente “Determinantes em Saúde da Despesa” .....	12
Componente “Utilização” .....	13
APLICAÇÃO DO MODELO CONCEPTUAL .....	14
VARIÁVEIS E CUSTOS POR ACES/ULS .....	19
NOTAS FINAIS .....	20
REFERÊNCIAS .....	21

No âmbito das suas atribuições / competências, a ACSS estuda e propõe modelos de financiamento e modalidades de pagamento para o sistema de saúde.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, e que têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica.

Em 2010, coadunando-se com a actual fase da reforma dos CSP, iniciou-se a aplicação do Plano de Desempenho dos ACES e iniciou-se, ainda que a título experimental, a implementação do processo de contratualização. O processo de contratualização culmina na assinatura de contratos-programa com todos os ACES, promovendo a sua autonomia organizacional através deste instrumento previsional.

O Contrato-Programa (CP) corresponde a um compromisso entre a ARS e o ACES, através de um clausulado em que são expressos os objectivos e metas assistenciais, as obrigações das partes, as contrapartidas ao cumprimento das metas e os mecanismos de avaliação e controlo.

De acordo com o grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, o desenvolvimento deste instrumento para os ACES deve considerar a capitação ajustada pelo risco de doença. Esta modalidade de pagamento mista tem a potencialidade de equilibrar a balança entre múltiplos objectivos, como a contenção de custos e a qualidade, promovendo o grau de autonomia, descentralização e inovação na prestação de cuidados de saúde.

Reconhecidamente, a alocação de recursos deve induzir um desempenho de elevada qualidade e efectividade. De forma a desenvolver princípios de eficiência à actividade contratada ao ACES importa definir um orçamento económico normativo, adequado ao risco de morbilidade, para o financiamento da prestação de cuidados de saúde. Segundo Barros (2005), o sistema capicional deverá, preferencialmente, reflectir as necessidades da população servida e não a inércia da despesa passada ou a mera presunção de recursos, nomeadamente humanos, para a prestação de cuidados de saúde<sup>1</sup>.

No entanto, a qualidade dos dados financeiros ao nível dos ACES (pese embora as melhorias verificadas), e a necessidade de maturação dos modelos de gestão e organização dos cuidados de saúde primários, impele a definição de um modelo de alocação de recursos financeira de natureza indicativa, que possa ser adoptado de modo progressivo e orientar a redistribuição de recursos, nas ARS, de ACES “sobrefinanciados” para ACES “subfinanciados”, conhecidas as efectivas necessidades em saúde da população que servem.

Importa salientar que, no âmbito das suas competências, a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização (UOFC) da ACSS continua a estudar modalidades de pagamento, e a iniciar estudos para a aplicação de modelos de ajustamento do risco de base populacional e individual.

A redução de morbilidade evitável, e da morte prematura, é importante no contexto de uma população em envelhecimento de forma a permitir vidas de trabalho mais longas, com maior produtividade e melhores níveis de emprego.

Ao analisarmos o estado de saúde das populações através de indicadores como os anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) ou a mortalidade padronizada verificamos profundas desigualdades entre as diferentes regiões, indiciando a existência de iniquidades em saúde entre as mesmas.

De acordo com um estudo financiado pela Comissão Europeia, os custos económicos associados às iniquidades em saúde podem ser consideráveis<sup>2</sup>. As iniquidades em saúde representam uma perda do potencial humano e económico por toda a União Europeia. A redução das iniquidades pode contribuir para as regiões atingirem o seu potencial de desenvolvimento social.

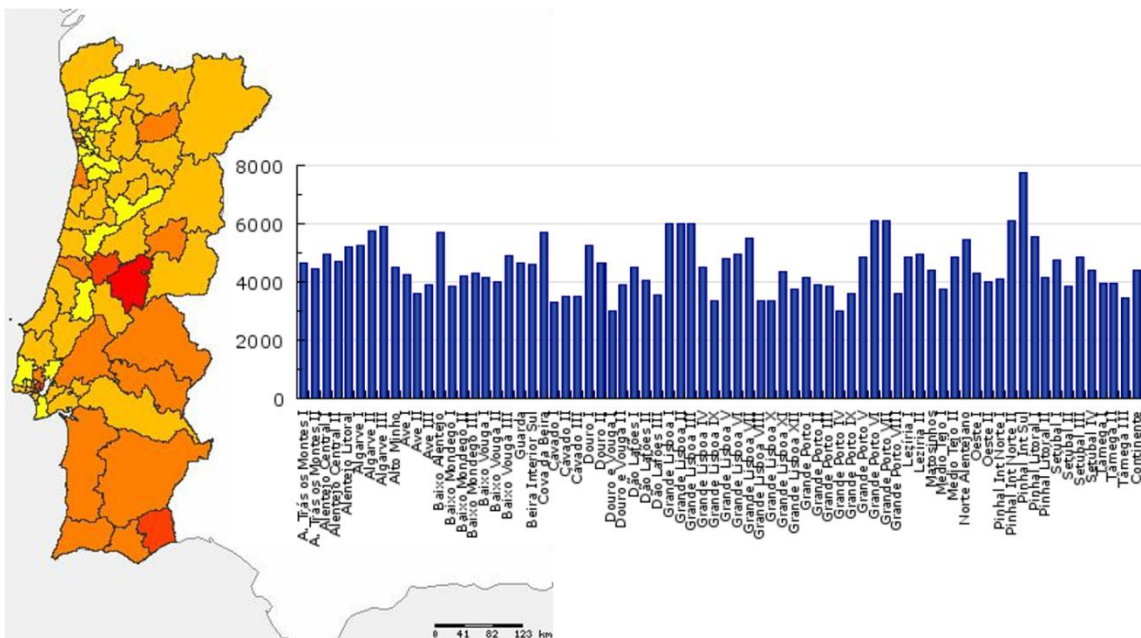


FIGURA . TAXA ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR 100 000 (2008), POR AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

As razões para as diferenças regionais dos níveis de saúde que persistem são complexas e envolvem um conjunto vasto de factores. Geralmente, as iniquidades estão relacionadas com os determinantes sociais da saúde, incluindo: condições de habitação, estilos de vida (eg. consumo de álcool e tabaco, exercício físico), emprego e condições de trabalho, rendimento, educação e acesso a protecção social (incluindo acesso a cuidados de saúde de qualidade e intervenções de prevenção da doença e promoção da saúde)<sup>3</sup>. O acesso seguro a cuidados de saúde efectivos é um determinante de saúde essencial<sup>4</sup>. Com o objectivo de reduzir as iniquidades em saúde, o sistema de saúde necessita de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e de distribuir equitativamente a prestação de cuidados pela população. Parece evidente que o acesso a cuidados de saúde depende de uma multitude de factores. Do lado da

procura, a idade, o estatuto socioeconómico, experiências passadas com cuidados de saúde, percepções sobre os benefícios e qualidade dos cuidados, e o nível de literacia afectam as decisões para procurar cuidados<sup>5,6</sup>. Do lado da oferta, o desenho do sistema de saúde, a sua cobertura e disponibilidade de pacotes de cuidados, o volume e distribuição de recursos humanos, listas de espera, padrões de referência, sistemas de agendamento, continuidade de cuidados, e a qualidade dos cuidados afectam a acessibilidade<sup>7,8,9</sup>.

De igual modo, se o sistema de saúde existe para as pessoas, o primeiro determinante de necessidade a considerar deve ser a população pela qual cada prestador de cuidados de saúde é responsável. Portanto, a população é o denominador base para a distribuição dos recursos disponíveis pelos prestadores de cuidados de saúde: capitação.

Neste contexto, a forma como prestamos cuidados de saúde entre as diferentes regiões de saúde e, nestas, entre os seus ACES, é um poderoso determinante para a qualidade e acesso na prestação de cuidados de saúde. O critério para avaliar a equidade da distribuição da prestação de cuidados de saúde é a própria equidade em saúde<sup>10</sup>, e como tal, deveremos partir do estado de saúde das populações. Nesta esfera, e considerando a equidade vertical, a alocação de recursos em proporção às diferentes necessidades (sejam elas quais forem) implica desigualdade na alocação de recursos<sup>11,12</sup>.

Pela aplicação deste último princípio, a alocação de recursos financeiros no sistema de saúde deverá depender do estado de saúde das populações (que pode ser traduzido indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas).



No âmbito do estado de saúde, importa reflectir sobre a exclusão da procura expressa desta equação. Ao analisarmos os determinantes de acesso aos cuidados, previamente referidos, verificamos a limitação desta abordagem. Para este considerando são apontadas duas razões centrais: (1) as populações mais abastadas estão mais capacitadas para obter acesso aos cuidados, retirando mais benefícios dos recursos de saúde (lei da inversão de cuidados<sup>13</sup>) e (2) as populações mais desfavorecidas utilizam os cuidados mais tardiamente, ou têm maiores barreiras à utilização de cuidados, devido a constrangimentos de natureza socioeconómica (conceito de necessidades não satisfeitas)<sup>14</sup>.

O estado de saúde actual das populações depende, também, da prestação de cuidados de saúde. Assim, a natureza incremental e compulsiva do estado de saúde, tal como o princípio do impedimento da redução no estado actual de saúde (conceito de *stock de saúde*), obrigam a considerar a oferta existente. Por conseguinte, a alocação de recursos não deve apenas depender do estado de saúde das populações, mas também da pré-existência de prestação de cuidados. Do ponto de vista estritamente financeiro, e tratando-se de alocação de recursos financeiros, consideraríamos os gastos gerados pela própria prestação de cuidados de saúde.

Ao considerarmos a geração de despesa pela prestação de cuidados de saúde primários, deveremos considerar inevitavelmente quanta dessa despesa corresponde a ineficiência (“desperdício”), e como poderemos mitigar esse efeito. Sugere-se a sua mitigação por duas formas:

- Utilização de determinantes teóricos para explicar a variação da despesa;
- Utilização de métodos estatísticos apropriados.

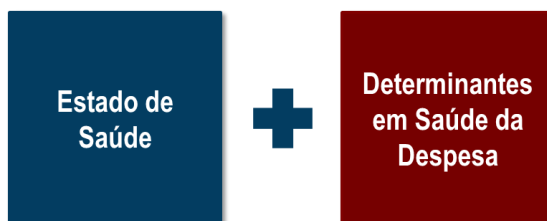
Assim, e de forma a definir a melhor alocação dos recursos financeiros, é necessário relacionar os custos de cada população como variável objectivo, com os determinantes teóricos indutores de variação da despesa. Como variável objectivo definem-se os gastos gerados pela prestação de cuidados de saúde primários (medida através dos custos com recursos humanos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos). Os custos devem ser analisados numa lógica *per capita*, avaliando os impactos do risco a um nível mais detalhado. A análise em termos agregados faria com que todos os determinantes se tornassem irrelevantes perante a esmagadora capacidade preditiva da população.



**Determinantes  
em Saúde da  
Despesa**

Para estabelecer esta relação (custos *per capita* e determinantes) têm sido estudados variados métodos. A utilização de diferentes modelos é limitada por aspectos como a dificuldade na aplicação, o valor acrescentado, e a sua complexidade conceptual.

O balanço entre o estado de saúde e a prestação de cuidados de saúde existentes resulta num efeito conjugado que nos permite alocar recursos com base nas necessidades em saúde das diferentes populações, promovendo a equidade em saúde e evitando a redução do actual estado de saúde.

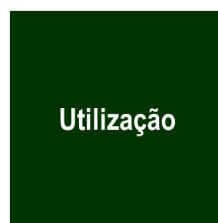


A natureza distinta entre a prestação de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários coloca-nos ainda outro desafio. Enquanto os cuidados de saúde secundários assentam no tratamento da doença, os cuidados

de saúde primários assentam também na tarefa de promover a saúde e prevenir a doença. Assumindo o carácter de saudável como uma auto-percepção, nesta abordagem estar saudável não significa o mesmo que não ficar doente.

No contexto dos cuidados de saúde primários, dada a sua natureza horizontal de promotor da saúde e preventor da doença, a cobertura populacional dos serviços é essencial ao sucesso da prestação. Para este efeito importa aferir a acessibilidade e a pro-actividade dos serviços prestados. De acordo com Giraldes, não se pode deixar de defender a existência de uma discriminação positiva, que conduz a um conceito de equidade de acesso para iguais necessidades e que, no caso dos CSP, deverá ter tendência para uma equidade de utilização de serviços de saúde (essencialmente em serviços de tipo preventivo), mediante uma intervenção activa dos serviços de saúde na comunidade, que vão ao encontro dos utentes (utilizadores) de grupos em risco e possibilitam, assim, um encontro entre a oferta e a procura, que este conceito de equidade exige<sup>15</sup>.

Assim, esta componente deve ser considerada como determinante adicional a relacionar com os custos de cada população como variável objectivo.



Desta feita, a determinação de um financiamento normativo para cada ACES deverá depender do estado de saúde das populações, da prestação de cuidados existentes ajustada pela sua utilização e pelos determinantes da despesa.



Da conjugação destas três componentes resulta o que apelidamos de Índice de Necessidades em Saúde para a alocação normativa de recursos financeiros à prestação de cuidados de saúde primários.

O Índice de Necessidades em Saúde é constituído por três componentes, das quais duas dependem da sua capacidade explicativa sobre a variação da despesa: Determinantes em Saúde da Despesa e Utilização.

A variável-chave dos custos não cobre a totalidade dos gastos. Os resultados devem ser interpretados tendo em conta este facto, pois assumiu-se que a restante despesa gerada pelos ACES deveria ter idealmente um comportamento semelhante a três rubricas nucleares dos CSP, correspondentes à despesa imputada aos ACES com recursos humanos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (i.e. rubricas de Custos com o Pessoal, Subcontratos com Farmácia Privada, e Subcontratos com Entidades Convencionadas).

O “momento”, ou data de referência da informação, corresponde ao dia/mês/ano, em relação aos quais se recolheram todos os dados. A referência a este “momento” é absolutamente fundamental para evitar duplicações ou omissões de contagens provocadas pela deslocação normal das pessoas ou de conceitos. Assim, optou-se pelo momento-ano de 2009 ou para o ano mais próximo. Ou seja, todas as variáveis se referem a esse ano, excepto quando indicado.

Os dados de custos por ACES utilizados foram enviados/validados pelas ARS respectivas. É importante referir que a qualidade dos dados agora estudados (2009) é bastante superior aos dados reportados para o ano de 2008.

De acordo com as variáveis utilizadas houve a necessidade de fazer alguns agrupamentos de ACES, por forma a obter dados relevantes em termos estatísticos. Assim, os ACES Lisboa de I a III foram agrupados numa única unidade de análise, bem como Lisboa VIII a X, Porto VI a VII e Porto VIII a IX

- Portugal Continental: 278 Municípios
- 74 ACES em 5 Regiões

<b>ARS NORTE</b>	→	26 ACES
<b>ARS CENTRO</b>	→	17 ACES
<b>ARS LVT</b>	→	22 ACES
<b>ARS ALENTEJO</b>	→	6 ACES
<b>ARS ALGARVE</b>	→	3 ACES

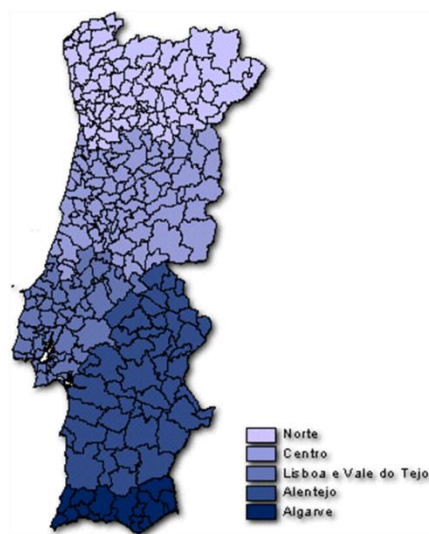


FIGURA . DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS AGRUPAMENTOS DE CENTRO DE SAÚDE POR REGIÃO DE SAÚDE

Os custos foram analisados numa lógica *per capita*, avaliando os impactos do risco a um nível mais detalhado. Para a população de cada unidade de análise assumiu-se a seguinte fonte de informação: ‘População média anual



residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente (2009)'.  
 Para estabelecer esta relação (custos *per capita* e determinantes) têm sido estudados variados métodos. A utilização de diferentes modelos é limitada por aspectos como a dificuldade na aplicação, o valor acrescentado, e a sua complexidade conceptual.

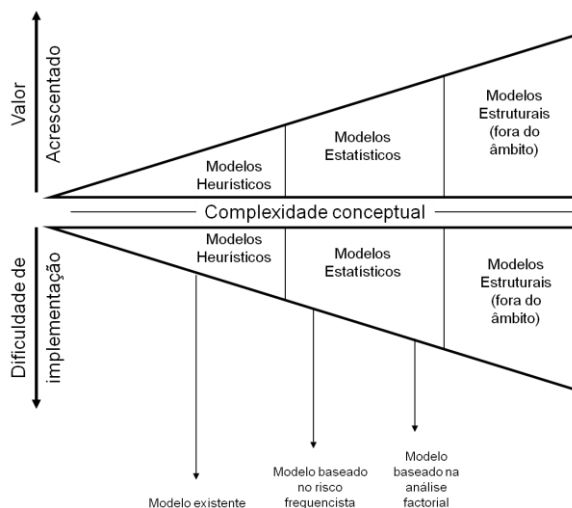


FIGURA . DIFERENTES SOLUÇÕES DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS, TENDO EM CONTA O VALOR ACRESCENTADO, A DIFICULDADE DE IMPLEMENTAÇÃO E A COMPLEXIDADE CONCEPTUAL

Os modelos heurísticos são os mais fáceis de aplicar, contudo, o seu valor acrescentado é diminuto. Do mesmo modo, os modelos estatísticos apresentam um valor acrescentado superior, no entanto, a sua aplicação e compreensão pelos diversos intervenientes é mais difícil. Os modelos estruturais raramente são consensuais e a sua aplicação é muito complexa. Resulta assim que os modelos estatísticos reúnem os princípios básicos que o modelo deve representar para fazer face aos objectivos.

TABELA . VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS DIFERENTES MÉTODOS ESTATÍSTICOS.

Árvore de Decisão	Regressão de Quantis	Regressão de Mínimos Quadrados Ordinários	Análise Factorial
<b>Vantagens</b>			
<p>A análise dos gastos globais do sistema, ao longo das regiões, através de uma Árvore de Decisão, permite avaliar com mais precisão o impacto dos gastos sociodemográficos, sobretudo, quando as suas variáveis de previsão são binárias.</p> <p>Em comparação com os modelos concorrentes, este modelo acomoda de forma mais completa os efeitos de interacção entre as variáveis. Porém, o modelo teórico</p>	<p>O objectivo é avaliar os gastos de saúde dos CSP, através de determinantes teóricas, avaliadas com os principais factores sociodemográficos e outras variáveis associadas ao risco.</p>	<p>O objectivo é avaliar os gastos de saúde dos CSP, através de determinantes teóricas, avaliadas com os principais factores sociodemográficos e outras variáveis associadas ao risco.</p>	<p>O objectivo é o de construir um indicador de determinantes teóricas, através de variáveis que com ele estão correlacionadas.</p> <p>Desde que o factor comum a todas as variáveis analisadas seja as determinantes teóricas, seria possível obter este indicador de uma forma precisa – aniquilando qualquer efeito de capacidade instalada.</p>

Árvore de Decisão	Regressão de Quantis	Regressão de Mínimos Quadrados Ordinários	Análise Factorial
desenvolvido não necessita de prever interacção.			
Desvantagens			
O modelo torna-se mais sensível à capacidade instalada, já que não pode ser efectuado um controlo dos <i>outliers</i> .	Como principal desvantagem, é de referir que este método não elimina por completo a permeabilidade ao possível desperdício gerado pela capacidade instalada, assim como, a todos os outros factores, desde que estejam correlacionados com alguns dos determinantes incluídos no modelo. A Regressão de Quantis é uma solução que passa por olhar apenas para a amostra, expurgando os efeitos dos <i>outliers</i> .	Como principal desvantagem, é de referir que este método assenta na avaliação dos gastos, muito permeável ao possível desperdício gerado pela capacidade instalada e a todos os outros factores, desde que estejam correlacionados com alguns dos determinantes incluídos no modelo.	Como principal desvantagem, é de referir que este método funciona como “caixa negra”, ou seja, não há variáveis observadas e as relações que se estabelecem podem ser espúrias.

Analisada a evidência científica, o método que nos parece mais adequado para estabelecer essa relação é a Regressão de Quantis (Tabela ). Este expediente estatístico é uma técnica de optimização matemática muito semelhante ao método dos Mínimos Quadrados. Os estimadores associados à Regressão de Quantis são aqueles que minimizam a seguinte fórmula:

$$\min_{b_0, b_1, \dots, b_k} \sum_{i=1}^n |y_i - b_0 - b_1 x_{1i} - \dots - b_k x_{ki}|$$

Em que:  $y_i$  = Despesa *per capita* da *i*-ésima população;

$x_{ij}$  = *j*-ésimo factor sócio-demográfico da *i*-ésima população.

Ao contrário do método habitual de estimação de regressão (minimização do quadrado dos resíduos), este estimador não surge de uma forma fechada, obrigando a uma resolução do problema através de métodos numéricos<sup>16</sup>. Em qualquer dos casos, convém referir que esta minimização tem infinitas soluções. Para tornar este método adequado é necessário definir qual o ponto da distribuição desejado, i.e. qual o quantil. Tipicamente, e para afastar tanto os *outliers* positivos (os que recebem mais recursos financeiros do que o indicado pelo seu risco), como os *outliers* negativos (aqueles que recebem menos recursos financeiros do que o indicado pelo seu risco), utiliza-se a mediana como referência. Este facto, de menor sensibilidade aos *outliers*, é fundamental para o método em causa, pois mitiga o efeito anteriormente abordado como “desperdício”. Ou seja, a população que receba mais recursos financeiros do que o seu risco indicaria, não prejudica a qualidade global dos estimadores, tal como as populações que porventura foram prejudicadas. A grande vantagem deste método reside neste mesmo facto: de resistir melhor a grandes desvios, já que se minimiza a distância absoluta; pelo contrário, o método mais tradicional é muito sensível a esses desvios – já que os eleva ao quadrado.

## COMPONENTE “ESTADO DE SAÚDE”

A taxa de mortalidade traduz, ainda que, indirectamente o estado de saúde das populações<sup>17,18,19</sup>.

«A probabilidade de morrer aumenta fortemente com a idade. Utilizar a taxa de mortalidade de todas as idades para estabelecer comparações entre regiões pode, assim, induzir erros apreciáveis. Com efeito, regiões com uma população mais envelhecida terão, só pela sua estrutura, taxas de mortalidade mais elevadas do que regiões populacionalmente mais "novas", não se podendo inferir que tal represente a existência de riscos regionais acrescidos. Mais correcto será, pois, fazer comparações entre taxas específicas por idades. Frequentemente, porém, não é desejável proceder à comparação de taxas em vários grupos etários, especialmente quando as diferenças encontradas entre regiões não têm um sentido uniforme, isto é, são mais baixas em certos desses grupos etários e mais altas noutros. Nestas condições, prefere-se, correntemente, comparar taxas de mortalidade através de um valor único, que caracterize cada região e elimine o efeito da “idade” das suas populações: a taxa de mortalidade padronizada pela idade».

Para este efeito utilizou-se o método directo de padronização utilizado pela Direcção Geral de Saúde, que consiste na aplicação das taxas específicas de mortalidade por idades, de cada uma das regiões, à população padrão europeia, cuja composição etária é fixa, distribuindo-se pelos mesmos grupos etários das taxas específicas.

De acordo com esta metodologia, a taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia) foi calculada individualmente para cada ACES e região de saúde pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para o ano de 2008 (Tabela ).

Os valores obtidos para cada ACES foram colocados em índice através da relação com a taxa de mortalidade padronizada pela idade do continente.

Salienta-se que as taxas de mortalidade padronizadas, pelo facto de utilizarem uma população-padrão artificial e serem, por isso, fictícias, servem, exclusivamente, para fazer comparações entre ACES/regiões, cuja população foi artificialmente uniformizada do ponto de vista da estrutura etária, com o único fim de eliminar o efeito da idade. Não é legítimo, pois, utilizar as taxas padronizadas para outro fim que não seja a comparação entre ACES/regiões.

Apesar de no capítulo “Fundamentos Teóricos” não associarmos o estado de saúde à geração de despesa, importa perceber se esta componente tem “peso” na variação dos custos em cada ACES.

Ao utilizarmos os custos *per capita* dos ACES como variável dependente, e como variável independente a taxa de mortalidade padronizada pela idade (População Padrão Europeia), obtemos um Pseudo R<sup>2</sup> de 0,2582. Apesar de relativamente baixo, este valor permite-nos afirmar que esta variável tem influência na variação da despesa entre os ACES.

TABELA . RESULTADO DA REGRESSÃO DE QUANTIS COM OS CUSTOS *PER CAPITA* DOS ACES COMO VARIÁVEL DEPENDENTE, E COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE A TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PELA IDADE (POPULAÇÃO PADRÃO EUROPEIA)

CUSTOS (RH + MCDT + MEDICAMENTOS) per capita	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Taxa de Mortalidade Padronizada	242,7185	27,80	8,73	0,00	187,2812	298,1557
Constante	-5,2913	27,97	-0,19	0,85	-61,0648	50,4822
Numero of obs = 73						

Outro indicador utilizado para a aferição do estado de saúde das populações é a taxa de anos de vida potencial perdidos (AVPP) até aos 70 anos de idade. Através do cálculo do número de AVPP pretende-se fazer a análise daquilo que é chamado de mortalidade precoce ou prematura. Este cálculo começou a ser efectuado em 1984, pelos *Centers for Disease Control and Prevention*, para o estudo do número de AVPP por determinadas Causas de Morte entre o 1 ano e os 65 anos de idade.

Ao utilizarmos os custos *per capita* dos ACES como variável dependente, e como variável independente a taxa de AVPP até aos 70 anos de idade, obtemos um Pseudo R<sup>2</sup> de 0,1683. Este valor permite-nos afirmar que esta variável tem uma influência menor na variação dos gastos entre os ACES quando comparada com a taxa de mortalidade padronizada pela idade.

TABELA . RESULTADO DA REGRESSÃO DE QUANTIS COM OS CUSTOS *PER CAPITA* DOS ACES COMO VARIÁVEL DEPENDENTE, E COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE A TAXA DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS ATÉ AOS 70 ANOS DE IDADE

CUSTOS (RH + MCDT + MEDICAMENTOS) per capita	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Taxa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos	0,0331	0,01	5,67	0,00	0,0215	0,0448
Constante	93,2654	26,95	3,46	0,00	39,5304	147,0004
Numero of obs = 73						

## COMPONENTE “DETERMINANTES EM SAÚDE DA DESPESA”

De forma a identificarmos os determinantes teóricos que explicam a variação da despesa, e partindo da vasta listagem que a literatura científica identifica, foram estudadas várias variáveis de diferentes fontes (e.g. ACSS, INE e IEFP). Naturalmente, esta lista é limitada à existência prévia de dados por ACES.

Através da utilização da regressão de quantis, e eliminação de variáveis correlacionadas, foi possível circunscrever o conjunto inicial às seguintes variáveis explicativas:

Índice de dependência total (2009);

Indicador per Capita (IpC) do poder de compra (2007);

Proporção de população residente feminina (2009).

TABELA . DESCRIÇÃO DE VARIÁVEIS COM PODER EXPLICATIVO SELECIONADAS

Indicadores	Descrição
<b>Proporção de população residente feminina</b>	Proporção da população residente feminina no total da população (%)
<b>Índice de dependência total</b>	Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, por cada 100 indivíduos. Corresponde à soma dos índices de dependência de jovens e idosos. Índice de Dependência Total = (Índice Dependência Jovens + Índice Dependência Idosos) / População dos 15-64 anos*100
<b>Indicador per Capita do poder de compra (IpC)</b>	Número índice que compara o poder de compra regularmente manifestado nas diferentes unidades territoriais, em termos <i>per capita</i> , com o poder de compra médio do país, ao qual foi atribuído o valor 100

Embora estatisticamente este modelo apresente um Pseudo R<sup>2</sup> relativamente baixo, está em consonância com o descrito para outros países na literatura científica internacional: 0,4327.

TABELA . RESULTADO DA REGRESSÃO DE QUANTIS COM OS CUSTOS *PER CAPITA* DOS ACES COMO VARIÁVEL DEPENDENTE, E COMO VARIÁVEIS INDEPENDENTES: O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL, O ÍNDICE DO PODER DE COMPRA E A PROPORÇÃO DE POPULAÇÃO RESIDENTE FEMININA

CUSTOS (RH + MCDT + MEDICAMENTOS) per capita.	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Índice de dependência: Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa (2009)	5,001083	0,7067336	7,08	0,00	3,591188	6,410978
Índice do poder de compra: Indicador de poder de compra per capita (2007)	-1,006673	0,1467396	-6,86	0,00	-1,299411	-0,7139354
Taxa de feminilidade: Proporção (%) de mulheres no total da população (2009)	31,0433	5,715604	5,43	0,00	19,64098	42,44562
Constante	-1516,85	279,2769	-5,43	0,00	-2073,992	-959,7074
Numero of obs =	73					

## COMPONENTE “UTILIZAÇÃO”

A aplicação individualizada da utilização enquanto variável explicativa permitiu apurar um  $R^2$  de 0,1508. A utilização foi aferida pelo indicador “Taxa de utilização global de consultas”<sup>i</sup>.

Este indicador exprime a percentagem de utentes inscritos que tiveram consulta médica, presencial ou não presencial, no período em análise.

Os dados referentes a esta variável foram reportados por cada ARS com base nos seus sistemas de informação.

Teoricamente, foi considerado válido incluir outra variável nesta componente: a proporção de inscritos sobre a população residente, permitindo aferir a pressão da utilização de serviços fora da área de residência. No entanto, a qualidade dos dados disponibilizados pelo Registo Nacional de Utentes (RNU) e pelas próprias regiões de saúde permanece aquém do desejado. Assim, esta variável foi excluída.

**TABELA . RESULTADO DA REGRESSÃO DE QUANTIS COM OS CUSTOS PER CAPITA DOS ACES COMO VARIÁVEL DEPENDENTE, E COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE A TAXA DE UTILIZAÇÃO GLOBAL DE CONSULTAS**

CUSTOS (RH + MCDT + MEDICAMENTOS) per capita.	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Tx Utilização = contactos/inscritos (2009)	3,288364	0,925961	3,55	0,001	1,442049	5,134679
Constante	27,50845	58,53533	0,47	0,64	-89,20768	144,2246
Numero of obs = 73						

---

<sup>i</sup> ACSS (2009) Cálculo de indicadores de desempenho dos Cuidados de Saúde Primários - Critérios a observar na sua implementação. Lisboa

O modelo conceptual anteriormente apresentado propõe um Índice de Necessidade em Saúde (INS) para a determinação da alocação normativa de recursos financeiros, não tendo contudo determinado qual o peso de cada componente na sua formação (ie. necessidades em saúde, determinantes em saúde da despesa, taxa de utilização dos cuidados de saúde primários).

Apesar do racional associado a cada uma das três componentes, pode-se depreender que, a alocação de recursos financeiros no sistema de saúde deverá depender primordialmente do estado de saúde das populações. É neste sentido que a componente estado de saúde deverá ter um mínimo de 50% de peso da formação do INS.

As determinantes em saúde da despesa e a taxa de utilização estão directamente associadas à variação de despesa entre as diferentes regiões e ACES. Assim, o poder explicativo de cada componente face aos custos gerados *per capita* ( $R^2$ ) deve pesar os restantes 50% para o cálculo do INS.

A aplicação da regressão de quantis permitiu seleccionar três determinantes teóricas da despesa, obtendo-se um  $R^2$  de 0,4327, conforme já referido.

A aplicação individualizada da utilização enquanto variável explicativa permitiu apurar um  $R^2$  de 0,1508. A utilização foi aferida pelo indicador “Taxa de utilização global de consultas”<sup>ii</sup>.

(ver capítulo “Explicação da Variação da Despesa”)

Assim, da conjugação das 3 componentes, resulta:

TABELA 3. PESO DE CADA COMPONENTE NA FORMAÇÃO DO INDICE POR ACES

	Estado de Saúde	Determinantes da Despesa	Utilização
Pseudo $R^2$	na	0,4327	0,1508
Ponderação	50,0%	37,1%	12,9%

Resulta pois que o INS é composto por três componentes: (1) estado de saúde (aferido pela taxa de mortalidade padronizada pela idade; peso relativo de 50%); (2) determinantes em saúde da despesa (peso relativo de 37,1%) e (3) utilização (peso relativo de 12,9%).

---

<sup>ii</sup> ACSS (2009) Cálculo de indicadores de desempenho dos Cuidados de Saúde Primários - Critérios a observar na sua implementação. Lisboa



FIGURA . PESOS DE CADA COMPONENTE NA FORMAÇÃO DO ÍNDICE DE NECESSIDADES EM SAÚDE

Na Tabela 4 podemos observar os custos reais *per capita* em 2009, tal como o efeito individual de cada componente na formação da *capita*. Na última coluna é apresentado o valor composto pela aplicação dos pesos apresentados na Tabela .

Na Tabela 5 observamos os custos reais totais e *per capita* por ACES em 2009, e os custos indicativos totais e *per capita* de cada ACES, da qual resulta uma indicação acerca de quais os ACES que, de acordo com esta metodologia, se encontram “sobre” e “subfinanciados”, gerando questões sobre a reorientação dos recursos disponíveis por forma a que a sua utilização se torne mais custo-efectiva.

Na Tabela 6 observamos os custos reais totais e *per capita* por ACES em 2009, desdobrados por grande rubrica: recursos humanos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Através desta tabela podemos inferir os grupos de despesa onde os desvios face aos valores normativos são mais acentuados.



TABELA 4. VALORES PER CAPITA E INDICES RELATIVOS DE ACORDO COM CUSTOS REAIS 2009; AJUSTAMENTO DOS CUSTOS PELAS NECESSIDADES EM SAÚDE, PELOS DETERMINANTES EM SAÚDE DA DESPESA, PELA TAXA DE UTILIZAÇÃO, E PELA CONJUGAÇÃO DAS TRÊS COMPONENTES (INS)

	Real 2009		Estado de Saúde		Determinantes da Despesa		Utilização		Índice de Necessidades em Saúde		
	Índice	Custos per Capita	Índice	Custos per Capita	Índice	Custos per Capita	Índice	Custos per Capita	Índice	Custos per Capita	
ARS Norte	ACES NORDESTE	1,39	322 €	1,39	231 €	1,33	309 €	1,11	257 €	1,14	263 €
	ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO	1,26	292 €	1,26	235 €	1,25	289 €	1,05	242 €	1,11	256 €
	ACES MARÃO E DOURO NORTE	1,21	279 €	1,21	259 €	1,05	243 €	1,13	261 €	1,10	254 €
	ACES DOURO SUL	1,13	261 €	1,13	261 €	1,15	266 €	1,14	264 €	1,14	263 €
	ACES TERRAS DE BASTO	1,15	267 €	1,15	261 €	1,03	240 €	1,17	270 €	1,10	254 €
	ACES GUIMARÃES E VIZELA	0,97	225 €	0,97	219 €	0,77	179 €	1,13	262 €	0,90	209 €
	ACES FAMILIÇÃO	0,91	210 €	0,91	205 €	0,84	194 €	1,07	248 €	0,89	207 €
	ACES BRAGA	0,87	201 €	0,87	199 €	0,86	200 €	1,04	241 €	0,88	205 €
	ACES GERÉS E CABREIRA	1,14	264 €	1,14	223 €	1,05	243 €	1,10	254 €	1,01	234 €
	ACES BARCELOS E ESPOSENDE	0,96	221 €	0,96	214 €	0,91	210 €	1,08	250 €	0,94	217 €
	ACES BAIXO TÂMEGA	0,95	221 €	0,95	230 €	1,03	239 €	1,07	249 €	1,02	236 €
	ACES VALE DO SOUSA NORTE	0,84	195 €	0,77	231 €	0,85	198 €	1,04	241 €	0,95	220 €
	ACES VALE DO SOUSA SUL	0,83	191 €	0,90	230 €	0,83	192 €	1,04	242 €	0,94	217 €
	ACES SANTO TIROSO E TROFA	1,01	235 €	1,01	240 €	0,89	206 €	1,09	252 €	0,99	229 €
	ACES GONDOMAR	0,96	223 €	0,96	208 €	0,91	210 €	1,07	247 €	0,92	214 €
	ACES VALONGO	0,90	209 €	0,90	207 €	0,91	211 €	1,06	245 €	0,92	213 €
	ACES MAIA	0,72	166 €	0,72	164 €	0,85	198 €	1,04	241 €	0,81	187 €
	ACES PÓVOA DO VARZIM E VILA DO CONDE	0,93	214 €	0,93	233 €	0,90	208 €	1,01	233 €	0,97	224 €
	ACES PORTO OCIDENTAL	1,68	389 €	1,68	271 €	1,17	271 €	0,89	206 €	1,14	263 €
	ACES PORTO ORIENTAL	1,28	296 €	1,28	271 €	1,17	271 €	0,96	221 €	1,14	265 €
	ACES GAIA	0,90	209 €	0,90	209 €	0,92	212 €	0,99	228 €	0,92	213 €
	ACES ESPINHO E GAIA	1,01	234 €	1,01	209 €	0,87	202 €	1,10	254 €	0,92	212 €
	ACES FEIRA E AROUCA	0,88	204 €	0,88	192 €	0,87	202 €	1,10	255 €	0,88	204 €
	ACES AVEIRO NORTE	0,94	219 €	0,94	213 €	0,88	204 €	1,05	243 €	0,92	213 €
	ACES BAIXO VOUGA I	1,16	268 €	1,16	219 €	1,11	258 €	1,07	249 €	1,03	237 €
	ACES BAIXO VOUGA II	1,01	233 €	1,01	218 €	0,91	210 €	1,05	242 €	0,94	218 €
	ACES BAIXO VOUGA III	1,06	245 €	1,06	246 €	0,97	224 €	1,08	250 €	1,03	238 €
	ACES COVA DA BEIRA	1,04	241 €	1,04	234 €	1,19	277 €	0,97	224 €	1,07	249 €
	ACES BAIXO MONDEGO I	1,14	265 €	1,14	216 €	1,05	243 €	1,02	237 €	0,99	229 €
	ACES BAIXO MONDEGO II	1,22	282 €	1,22	227 €	1,21	279 €	1,08	251 €	1,08	250 €
	ACES BAIXO MONDEGO III	1,22	282 €	1,22	214 €	1,22	283 €	1,10	254 €	1,06	245 €
	ACES PINHAL INTERIOR NORTE I	1,42	330 €	1,42	224 €	1,30	301 €	1,13	261 €	1,11	257 €
ACES PINHAL INTERIOR NORTE II	1,52	351 €	1,52	275 €	1,53	354 €	1,17	270 €	1,31	304 €	
ACES PINHAL LITORAL I	1,02	235 €	1,02	229 €	1,17	270 €	1,10	255 €	1,07	248 €	
ACES PINHAL LITORAL II	0,99	229 €	0,99	216 €	0,93	214 €	1,04	241 €	0,94	219 €	
ACES DÃO LAFÕES I	0,90	208 €	0,90	217 €	1,09	253 €	1,07	248 €	1,01	234 €	
ACES DÃO LAFÕES II	1,21	279 €	1,21	227 €	1,30	301 €	1,22	283 €	1,13	261 €	
ACES DÃO LAFÕES III	1,15	265 €	1,15	227 €	1,29	298 €	1,10	254 €	1,11	257 €	
ACES LISBOA NORTE	1,07	248 €	1,07	267 €	1,10	255 €	0,79	184 €	1,09	252 €	
ACES LISBOA ORIENTAL	1,11	257 €	1,11	267 €	1,10	255 €	0,81	187 €	1,09	252 €	
ACES LISBOA CENTRAL	1,14	263 €	1,14	267 €	1,10	255 €	0,75	174 €	1,08	250 €	
ACES OEIRAS	0,81	187 €	0,81	204 €	0,91	211 €	0,80	185 €	0,88	204 €	
ACES ODIVELAS	0,65	149 €	0,65	202 €	0,87	201 €	0,82	190 €	0,87	200 €	
ACES LOURES	0,84	194 €	0,84	243 €	0,86	198 €	0,90	209 €	0,96	222 €	
ACES AMADORA	0,84	195 €	0,84	230 €	1,03	239 €	0,80	186 €	0,98	228 €	
ACES SINTRA E MAFRA	0,78	181 €	0,78	175 €	0,79	182 €	1,03	238 €	0,80	186 €	
ACES ALGUEIRÃO E RIO DE MOURO	0,58	134 €	0,58	175 €	0,84	194 €	0,87	202 €	0,80	186 €	
ACES CACÉM E QUELUZ	0,57	132 €	0,57	175 €	0,84	194 €	0,82	189 €	0,80	184 €	
ACES CASCAIS	0,78	181 €	0,78	240 €	0,91	210 €	0,71	164 €	0,95	219 €	
ACES VILA DE FRANCA DE XIRA	0,68	157 €	0,68	208 €	0,75	173 €	0,78	182 €	0,83	192 €	
ACES ALMADA	1,01	235 €	1,01	244 €	0,99	229 €	0,94	219 €	1,02	236 €	
ACES SEIXAL E SESIMBRA	0,75	173 €	0,75	204 €	0,83	193 €	0,94	218 €	0,87	202 €	
ACES ARCO RIBEIRINHO	0,92	212 €	0,92	262 €	0,95	219 €	0,94	218 €	1,04	240 €	
ACES SETÚBAL E PALMELA	0,86	198 €	0,86	250 €	0,89	206 €	0,88	204 €	0,98	228 €	
ACES OESTE NORTE	1,09	253 €	1,09	257 €	1,02	235 €	0,80	186 €	1,04	240 €	
ACES OESTE SUL	0,98	228 €	0,98	237 €	1,01	233 €	1,00	231 €	1,01	234 €	
ACES SERRA D'AIRES	0,93	215 €	0,93	207 €	1,12	260 €	1,08	251 €	1,00	233 €	
ACES ZÉZERE	1,10	254 €	1,10	243 €	1,21	280 €	1,06	246 €	1,11	257 €	
ACES RIBATEJO	1,10	255 €	1,10	249 €	0,98	228 €	1,08	249 €	1,04	241 €	
ACES LEZÍRIA II	1,13	262 €	1,13	255 €	1,17	270 €	1,14	263 €	1,13	261 €	
ACES ALENTEJO LITORAL	1,09	253 €	1,09	244 €	1,25	290 €	0,97	224 €	1,12	258 €	
ACES ALENTEJO CENTRAL I	1,51	350 €	1,51	230 €	1,18	273 €	1,22	284 €	1,09	253 €	
ACES ALENTEJO CENTRAL II	1,20	278 €	1,20	244 €	0,95	219 €	1,08	250 €	1,02	236 €	
ACES ALGARVE CENTRAL	0,88	204 €	0,88	249 €	0,80	185 €	0,95	221 €	0,96	222 €	
ACES ALGARVE BARLAVENTO	0,89	206 €	0,89	250 €	0,85	196 €	0,91	211 €	0,97	225 €	
ACES ALGARVE SOTAVENTO	1,24	286 €	1,24	260 €	0,93	214 €	1,13	261 €	1,05	243 €	
ACES MATOSINHOS	0,78	181 €	0,78	232 €	0,78	180 €	1,06	245 €	0,93	214 €	
ACES ALTO MINHO	1,34	311 €	1,34	230 €	1,33	308 €	1,16	268 €	1,14	264 €	
ACES GUARDA	1,25	289 €	1,25	253 €	1,39	322 €	1,03	239 €	1,20	277 €	
ACES BEIRA INTERIOR SUL	1,09	252 €	1,09	242 €	1,42	329 €	1,04	240 €	1,18	274 €	
ACES PINHAL INTERIOR SUL	1,63	379 €	1,63	278 €	1,61	373 €	1,15	266 €	1,35	312 €	
ACES BAIXO ALENTEJO	1,24	287 €	1,24	298 €	1,11	256 €	1,14	263 €	1,20	278 €	
ULS NORTE ALENTEJANO	1,40	325 €	1,40	253 €	1,31	303 €	1,10	256 €	1,17	272 €	

TABELA 5. VALORES CUSTOS TOTAIS E PER CAPITA APURADOS PARA OS ACES EM 2009 E AJUSTADOS NORMATIVAMENTE

	População	Comportamento Observado 2009			Comportamento Esperado 2009			DIF	Var. %	
		Custos Totais	Índice	Custos per Capita	Custos Totais	Índice	Custos per Capita			
		€		€	€		€			
ARS Norte	ACES NORDESTE	147.159	47.401.675	1,39	322 €	38.707.180	1,14	263 €	- 8.694.494 €	-18,3%
	ACES ALTO TÁMEGA E BARROSO	100.786	29.433.621	1,26	292 €	25.816.653	1,11	256 €	- 3.616.968 €	-12,3%
	ACES MARÃO E DOURO NORTE	104.818	29.249.128	1,21	279 €	26.576.851	1,10	254 €	- 2.672.277 €	-9,1%
	ACES DOURO SUL	75.044	19.564.012	1,13	261 €	19.741.732	1,14	263 €	177.720 €	0,9%
	ACES TERRAS DE BASTO	79.297	21.181.074	1,15	267 €	20.142.292	1,10	254 €	- 1.038.782 €	-4,9%
	ACES GUIMARÃES E VIZELA	187.268	42.085.790	0,97	225 €	39.218.077	0,90	209 €	- 2.867.713 €	-6,8%
	ACES FAMILIÇÃO	135.536	28.524.083	0,91	210 €	28.003.046	0,89	207 €	- 521.037 €	-1,8%
	ACES BRAGA	177.183	35.618.776	0,87	201 €	36.272.846	0,88	205 €	654.070 €	1,8%
	ACES GERÊS E CABREIRA	114.955	30.341.615	1,14	264 €	26.938.029	1,01	234 €	- 3.403.587 €	-11,2%
	ACES BARCELOS E ESPOSENDE	160.292	35.471.396	0,96	221 €	34.794.827	0,94	217 €	- 676.569 €	-1,9%
	ACES BAIXO TÁMEGA	188.601	41.661.973	0,95	221 €	44.434.464	1,02	236 €	2.772.490 €	6,7%
	ACES VALE DO SOUSA NORTE	175.725	31.839.072	0,84	195 €	35.996.361	0,95	220 €	4.157.289 €	13,1%
	ACES VALE DO SOUSA SUL	163.620	33.624.176	0,83	191 €	38.193.078	0,94	217 €	4.568.903 €	13,6%
	ACES SANTO TIROSO E TROFA	110.399	25.918.396	1,01	235 €	25.254.873	0,99	229 €	- 663.524 €	-2,6%
	ACES GONDOMAR	174.878	38.927.596	0,96	223 €	37.428.071	0,92	214 €	- 1.499.525 €	-3,9%
	ACES VALONGO	98.522	20.610.248	0,90	209 €	21.013.463	0,92	213 €	403.215 €	2,0%
	ACES MAIA	143.371	23.855.321	0,72	166 €	26.762.933	0,81	187 €	2.907.612 €	12,2%
	ACES PÓVOA DO VARZIM E VILA DO CONDE	144.472	30.948.352	0,93	214 €	32.304.334	0,97	224 €	1.355.983 €	4,4%
	ACES PORTO OCIDENTAL	121.229	47.122.225	1,68	389 €	31.865.494	1,14	263 €	- 15.256.731 €	-32,4%
	ACES PORTO ORIENTAL	89.329	26.458.473	1,28	296 €	23.655.785	1,14	265 €	- 2.802.688 €	-10,6%
	ACES GAIA	160.295	33.512.291	0,90	209 €	34.082.418	0,92	213 €	570.127 €	1,7%
	ACES ESPINHO E GAIA	183.953	43.004.492	1,01	234 €	39.043.491	0,92	212 €	- 3.961.000 €	-9,2%
	ACES FEIRA E AROUCA	172.008	35.126.782	0,88	204 €	35.093.675	0,88	204 €	- 33.108 €	-0,1%
	ACES AVEIRO NORTE	117.142	25.604.214	0,94	219 €	24.987.982	0,92	213 €	- 616.232 €	-2,4%
	ACES BAIXO VOUGA I	117.314	31.465.877	1,16	268 €	27.844.235	1,03	237 €	- 3.621.642 €	-11,5%
	ACES BAIXO VOUGA II	165.291	38.557.715	1,01	233 €	36.053.685	0,94	218 €	- 2.504.029 €	-6,5%
	ACES BAIXO VOUGA III	96.196	23.576.542	1,06	245 €	22.933.751	1,03	238 €	- 642.792 €	-2,7%
	ACES COVA DA BEIRA	90.073	21.746.652	1,04	241 €	22.390.483	1,07	249 €	643.830 €	3,0%
	ACES BAIXO MONDEGO I	168.301	44.590.105	1,14	265 €	38.498.084	0,99	229 €	- 6.092.021 €	-13,7%
	ACES BAIXO MONDEGO II	108.128	30.451.023	1,22	282 €	26.998.174	1,08	250 €	- 3.452.849 €	-11,3%
	ACES BAIXO MONDEGO III	84.647	23.866.810	1,22	282 €	20.697.384	1,06	245 €	- 3.169.427 €	-13,3%
	ACES PINHAL INTERIOR NORTE I	95.925	31.628.791	1,42	330 €	24.678.262	1,11	257 €	- 6.950.529 €	-22,0%
	ACES PINHAL INTERIOR NORTE II	41.125	14.434.442	1,52	351 €	12.482.552	1,31	304 €	- 1.951.889 €	-13,5%
	ACES PINHAL LITORAL I	59.968	14.121.922	1,02	235 €	14.865.106	1,07	248 €	743.183 €	5,3%
ACES PINHAL LITORAL II	209.160	47.854.977	0,99	229 €	45.727.655	0,94	219 €	- 2.127.322 €	-4,4%	
ACES DÃO LAFÕES I	99.470	20.673.158	0,90	208 €	23.320.425	1,01	234 €	2.647.267 €	12,8%	
ACES DÃO LAFÕES II	83.790	23.397.866	1,21	279 €	21.907.807	1,13	261 €	- 1.490.059 €	-6,4%	
ACES DÃO LAFÕES III	97.612	25.882.283	1,15	265 €	25.063.380	1,11	257 €	- 818.903 €	-3,2%	
ACES LISBOA NORTE	180.693	44.872.810	1,07	248 €	45.450.128	1,09	252 €	577.318 €	1,3%	
ACES LISBOA ORIENTAL	141.223	36.254.834	1,11	257 €	35.582.820	1,09	252 €	- 672.014 €	-1,9%	
ACES LISBOA CENTRAL	157.968	41.607.286	1,14	263 €	39.531.584	1,08	250 €	- 2.075.702 €	-5,0%	
ACES OEIRAS	172.609	32.363.472	0,81	187 €	35.219.119	0,88	204 €	2.855.647 €	8,8%	
ACES ODIVELAS	155.827	23.273.436	0,65	149 €	31.233.279	0,87	200 €	7.959.843 €	34,2%	
ACES LOURES	193.630	37.551.553	0,84	194 €	42.939.467	0,96	222 €	5.387.914 €	14,3%	
ACES AMADORA	170.828	33.241.791	0,84	195 €	38.895.511	0,98	228 €	5.653.720 €	17,0%	
ACES SINTRA E MAFRA	161.877	29.264.582	0,78	181 €	30.115.959	0,80	186 €	851.378 €	2,9%	
ACES ALGUEIRÃO E RIO DE MOURO	133.934	17.898.835	0,58	134 €	24.874.015	0,80	186 €	6.975.181 €	39,0%	
ACES CACÉM E QUELUZ	231.438	30.537.403	0,57	132 €	42.611.406	0,80	184 €	12.074.003 €	39,5%	
ACES CASCAIS	189.606	34.395.746	0,78	181 €	41.531.159	0,95	219 €	7.135.414 €	20,7%	
ACES VILA DE FRANCA DE XIRA	144.123	22.664.804	0,68	157 €	27.648.590	0,83	192 €	4.983.785 €	22,0%	
ACES ALMADA	165.991	38.991.817	1,01	235 €	39.096.273	1,02	236 €	104.456 €	0,3%	
ACES SEIXAL E SESIMBRA	232.857	40.346.680	0,75	173 €	46.993.644	0,87	202 €	6.646.964 €	16,5%	
ACES ARCO RIBEIRINHO	209.109	44.305.398	0,92	212 €	50.274.747	1,04	240 €	5.969.350 €	13,5%	
ACES SETÚBAL E PALMELA	189.154	37.476.665	0,86	198 €	43.070.456	0,98	228 €	5.593.791 €	14,9%	
ACES OESTE NORTE	176.889	44.706.661	1,09	253 €	42.444.362	1,04	240 €	- 2.262.299 €	-5,1%	
ACES OESTE SUL	189.153	43.086.723	0,98	228 €	44.349.149	1,01	234 €	1.262.426 €	2,9%	
ACES SERRA D'AIRES	124.704	26.848.592	0,93	215 €	29.000.390	1,00	233 €	2.151.798 €	8,0%	
ACES ZÉZERE	106.071	26.929.907	1,10	254 €	27.308.910	1,11	257 €	379.003 €	1,4%	
ACES RIBATEJO	137.928	35.238.921	1,10	255 €	33.284.958	1,04	241 €	- 1.953.964 €	-5,5%	
ACES LEZÍRIA II	111.972	29.377.231	1,13	262 €	29.273.364	1,13	261 €	- 103.867 €	-0,4%	
ARS Alentejo	ACES ALENTEJO LITORAL	94.904	23.998.449	1,09	253 €	24.530.889	1,12	258 €	532.440 €	2,2%
	ACES ALENTEJO CENTRAL I	55.118	19.313.812	1,51	350 €	13.944.759	1,09	253 €	- 5.369.053 €	-27,8%
	ACES ALENTEJO CENTRAL II	112.916	31.384.065	1,20	278 €	26.598.366	1,02	236 €	- 4.785.700 €	-15,2%
ARS Algarve	ACES ALGARVE CENTRAL	222.266	45.444.895	0,88	204 €	49.262.335	0,96	222 €	3.817.439 €	8,4%
	ACES ALGARVE BARLAVENTO	158.264	32.660.492	0,89	206 €	35.621.400	0,97	225 €	2.960.908 €	9,1%
	ACES ALGARVE SOTAVENTO	53.493	15.321.865	1,24	286 €	13.022.134	1,05	243 €	- 2.299.730 €	-15,0%
ULS	ACES MATOSINHOS	169.303	30.686.683	0,78	181 €	36.293.403	0,93	214 €	5.606.720 €	18,3%
	ACES ALTO MINHO	250.390	77.946.666	1,34	311 €	66.022.862	1,14	264 €	- 11.923.804 €	-15,3%
	ACES GUARDA	154.975	44.796.598	1,25	289 €	42.935.244	1,20	277 €	- 1.861.354 €	-4,2%
	ACES BEIRA INTERIOR SUL	72.471	18.297.472	1,09	252 €	19.838.898	1,18	274 €	1.541.426 €	8,4%
	ACES PINHAL INTERIOR SUL	39.805	15.067.547	1,63	379 €	12.401.415	1,35	312 €	- 2.666.132 €	-17,7%
	ACES BAIXO ALENTEJO	125.066	35.941.550	1,24	287 €	34.757.916	1,20	278 €	- 1.183.633 €	-3,3%
ACES NORTE ALENTEJANO	115.503	37.572.897	1,40	325 €	31.409.836	1,17	272 €	- 6.163.061 €	-16,4%	

TABELA 6. VALORES CUSTOS TOTAIS E PER CAPITA APURADOS PARA OS ACES EM 2009, DESDOBRADOS POR GRANDE RUBRICA, E CUSTOS TOTAIS E PER CAPITA AJUSTADOS NORMATIVAMENTE POR GRANDE RÚBRICA

		Comportamento Observado			Comportamento Esperado			Variação			Variação %				
		RH	MEDICAMENTOS	MCDTs	RH	MEDICAMENTOS	MCDTs	RH	MEDICAMENTOS	MCDTs	RH	MEDICAMENTOS	MCDTs		
ARS Norte	ACES NORDESTE	175 €	111 €	36 €	104 €	109 €	50 €	-	71 €	3 €	15 €	-41%	-3%	42%	
	ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO	133 €	120 €	40 €	101 €	106 €	49 €	-	31 €	-	14 €	-24%	-12%	24%	
	ACES MARÃO E DOURO NORTE	128 €	113 €	39 €	100 €	105 €	49 €	-	27 €	-	8 €	-21%	-7%	26%	
	ACES DOURO SUL	109 €	114 €	38 €	104 €	109 €	50 €	-	5 €	-	6 €	-4%	-5%	33%	
	ACES TERRAS DE BASTO	118 €	92 €	57 €	101 €	105 €	49 €	-	17 €	-	13 €	-15%	-14%	-15%	
	ACES GUIMARÃES E VIZELA	90 €	84 €	51 €	83 €	86 €	40 €	-	7 €	-	3 €	-8%	3%	-21%	
	ACES FAMILICÃO	77 €	81 €	53 €	82 €	85 €	40 €	-	5 €	-	4 €	7%	5%	-25%	
	ACES BRAGA	80 €	74 €	47 €	81 €	84 €	39 €	-	1 €	-	10 €	2%	14%	-17%	
	ACES GERÊS E CABREIRA	95 €	112 €	57 €	93 €	97 €	45 €	-	2 €	-	16 €	-2%	-14%	-21%	
	ACES BARCELOS E ESPOSENDE	70 €	99 €	53 €	86 €	90 €	42 €	-	16 €	-	9 €	23%	-10%	-21%	
	ACES BAIXO TÂMEGA	83 €	93 €	46 €	93 €	97 €	45 €	-	11 €	-	5 €	13%	5%	-1%	
	ACES VALE DO SOUSA NORTE	61 €	81 €	52 €	87 €	91 €	42 €	-	26 €	-	9 €	43%	11%	-19%	
	ACES VALE DO SOUSA SUL	69 €	69 €	53 €	86 €	90 €	42 €	-	17 €	-	21 €	24%	31%	-22%	
	ACES SANTO TIROSO E TROFA	74 €	100 €	61 €	91 €	94 €	44 €	-	17 €	-	6 €	23%	-6%	-28%	
	ACES GONDOMAR	85 €	88 €	50 €	85 €	88 €	41 €	-	0 €	-	0 €	0%	0%	1%	-17%
	ACES VALONGO	80 €	81 €	48 €	84 €	88 €	41 €	-	5 €	-	7 €	6%	8%	-15%	
	ACES MAIA	72 €	59 €	36 €	74 €	77 €	36 €	-	2 €	-	18 €	3%	31%	0%	
	ACES PÓVOA DO VARZIM E VILA DO CONDE	76 €	78 €	61 €	88 €	92 €	43 €	-	13 €	-	14 €	17%	18%	-29%	
	ACES PORTO OCIDENTAL	155 €	148 €	85 €	104 €	108 €	50 €	-	51 €	-	40 €	-33%	-27%	-41%	
	ACES PORTO ORIENTAL	142 €	96 €	58 €	105 €	109 €	51 €	-	37 €	-	13 €	-26%	14%	-13%	
	ACES GAIA	82 €	78 €	49 €	84 €	88 €	41 €	-	2 €	-	10 €	3%	13%	-18%	
	ACES ESPINHO E GAIA	94 €	91 €	49 €	84 €	88 €	41 €	-	10 €	-	3 €	-11%	-4%	-16%	
	ACES FEIRA E AROUCA	71 €	95 €	39 €	81 €	84 €	39 €	-	10 €	-	11 €	14%	-1%	1%	
	ACES AVEIRO NORTE	62 €	100 €	57 €	84 €	88 €	41 €	-	23 €	-	12 €	36%	-12%	-28%	
	ACES BAIXO VOUGA I	90 €	126 €	52 €	94 €	98 €	45 €	-	4 €	-	28 €	4%	-22%	-13%	
ACES BAIXO VOUGA II	82 €	101 €	50 €	86 €	90 €	42 €	-	4 €	-	11 €	5%	-11%	-17%		
ACES BAIXO VOUGA III	92 €	104 €	49 €	94 €	98 €	46 €	-	3 €	-	6 €	3%	-6%	-7%		
ACES COVA DA BEIRA	92 €	120 €	29 €	98 €	103 €	48 €	-	6 €	-	17 €	6%	-14%	64%		
ACES BAIXO MONDEGO I	121 €	103 €	42 €	91 €	94 €	44 €	-	30 €	-	8 €	-25%	-8%	6%		
ACES BAIXO MONDEGO II	110 €	131 €	41 €	99 €	103 €	48 €	-	11 €	-	28 €	-10%	-21%	17%		
ACES BAIXO MONDEGO III	109 €	133 €	40 €	97 €	101 €	47 €	-	12 €	-	32 €	-11%	-24%	17%		
ACES PINHAL INTERIOR NORTE I	156 €	130 €	44 €	102 €	106 €	49 €	-	54 €	-	23 €	-35%	-18%	11%		
ACES PINHAL INTERIOR NORTE II	135 €	169 €	47 €	120 €	125 €	58 €	-	15 €	-	44 €	-11%	-26%	24%		
ACES PINHAL LITORAL I	68 €	119 €	48 €	98 €	102 €	48 €	-	30 €	-	17 €	44%	-14%	-2%		
ACES PINHAL LITORAL II	76 €	104 €	49 €	87 €	90 €	42 €	-	10 €	-	13 €	13%	-13%	-14%		
ACES DÃO LAFÕES I	93 €	83 €	32 €	93 €	97 €	45 €	-	0 €	-	14 €	0%	17%	40%		
ACES DÃO LAFÕES II	126 €	117 €	36 €	103 €	108 €	50 €	-	22 €	-	9 €	-18%	-8%	38%		
ACES DÃO LAFÕES III	97 €	129 €	39 €	102 €	106 €	49 €	-	4 €	-	23 €	5%	-18%	26%		
ACES LISBOA NORTE	101 €	94 €	53 €	100 €	104 €	48 €	-	1 €	-	10 €	-1%	10%	-9%		
ACES LISBOA ORIENTAL	99 €	105 €	52 €	100 €	104 €	48 €	-	0 €	-	1 €	0%	-1%	-8%		
ACES LISBOA CENTRAL	110 €	101 €	53 €	99 €	103 €	48 €	-	11 €	-	2 €	-10%	2%	-9%		
ACES OEIRAS	81 €	69 €	37 €	81 €	84 €	39 €	-	0 €	-	15 €	0%	22%	5%		
ACES ODIVELAS	53 €	62 €	34 €	79 €	83 €	38 €	-	27 €	-	21 €	51%	33%	11%		
ACES LOURES	73 €	78 €	43 €	88 €	92 €	43 €	-	15 €	-	13 €	21%	17%	-1%		
ACES AMADORA	69 €	82 €	43 €	90 €	94 €	44 €	-	21 €	-	12 €	30%	15%	1%		
ACES SINTRA E MAFRA	70 €	71 €	40 €	74 €	77 €	36 €	-	4 €	-	5 €	6%	7%	-10%		
ACES ALGUEIRÃO E RIO DE MOURO	52 €	50 €	32 €	73 €	77 €	36 €	-	21 €	-	27 €	4%	41%	54%		
ACES CACÉM E QUELUZ	51 €	50 €	31 €	73 €	76 €	35 €	-	22 €	-	26 €	4%	44%	51%		
ACES CASCAIS	74 €	66 €	42 €	87 €	90 €	42 €	-	13 €	-	25 €	17%	38%	0%		
ACES VILA DE FRANCA DE XIRA	59 €	61 €	37 €	76 €	79 €	37 €	-	17 €	-	18 €	29%	30%	-1%		
ACES ALMADA	90 €	95 €	51 €	93 €	97 €	45 €	-	4 €	-	3 €	4%	3%	-11%		
ACES SEIXAL E SESIMBRA	67 €	68 €	38 €	80 €	83 €	39 €	-	13 €	-	16 €	19%	23%	1%		
ACES ARCO RIBEIRINHO	72 €	86 €	54 €	95 €	99 €	46 €	-	23 €	-	14 €	32%	16%	-15%		
ACES SETÚBAL E PALMELA	68 €	84 €	47 €	90 €	94 €	44 €	-	22 €	-	10 €	33%	12%	-7%		
ACES OESTE NORTE	89 €	116 €	48 €	95 €	99 €	46 €	-	6 €	-	17 €	7%	-14%	-4%		
ACES OESTE SUL	79 €	102 €	47 €	93 €	97 €	45 €	-	14 €	-	5 €	18%	-5%	-5%		
ACES SERRA D'AIRES	70 €	102 €	43 €	92 €	96 €	45 €	-	22 €	-	6 €	31%	-6%	4%		
ACES ZÉZERE	83 €	123 €	47 €	102 €	106 €	49 €	-	19 €	-	17 €	22%	-14%	5%		
ACES RIBATEJO	103 €	110 €	42 €	95 €	100 €	46 €	-	8 €	-	10 €	-8%	-9%	9%		
ACES LEZIRIA I	89 €	128 €	46 €	103 €	108 €	50 €	-	15 €	-	20 €	17%	-16%	10%		
ACES ALENTEJO LITORAL	105 €	107 €	41 €	102 €	107 €	50 €	-	3 €	-	0 €	-3%	0%	22%		
ACES ALENTEJO CENTRAL I	140 €	163 €	48 €	100 €	104 €	48 €	-	40 €	-	58 €	-28%	-36%	1%		
ACES ALENTEJO CENTRAL II	117 €	124 €	38 €	93 €	97 €	45 €	-	23 €	-	26 €	-20%	-21%	19%		
ACES ALGARVE CENTRAL	89 €	75 €	40 €	88 €	91 €	42 €	-	1 €	-	16 €	-2%	22%	6%		
ACES ALGARVE BARLAVENTO	86 €	86 €	34 €	89 €	93 €	43 €	-	3 €	-	7 €	3%	8%	27%		
ACES ALGARVE SOTAVENTO	144 €	104 €	38 €	96 €	100 €	47 €	-	47 €	-	4 €	-33%	-4%	22%		
ACES MATOSINHOS	91 €	90 €	0 €	85 €	88 €	na	-	6 €	-	2 €	-6%	-2%	na		
ACES ALTO MINHO	134 €	121 €	56 €	104 €	109 €	51 €	-	30 €	-	12 €	-22%	-10%	-9%		
ACES GUARDA	133 €	121 €	35 €	110 €	114 €	53 €	-	24 €	-	6 €	-18%	-5%	51%		
ACES BEIRA INTERIOR SUL	110 €	111 €	32 €	108 €	113 €	52 €	-	1 €	-	2 €	-1%	2%	67%		
ACES PINHAL INTERIOR SUL	170 €	165 €	44 €	123 €	129 €	80 €	-	47 €	-	36 €	-27%	-22%	36%		
ACES BAIXO ALENTEJO	142 €	117 €	29 €	110 €	115 €	53 €	-	32 €	-	2 €	-23%	-2%	86%		
ULS NORTE ALENTEJANO	150 €	150 €	25 €	108 €	112 €	52 €	-	43 €	-	38 €	-28%	-25%	108%		

TABELA . VARIÁVEIS BASE UTILIZADAS PARA CADA ACES

		2009			2008		2007		2009	
		Custos	População	Custos per capita	Taxa de Mortalidade	Índice de Poder de Compra	Índice de dependência total	P. população residente feminina	Taxa de Utilização	
ARS Norte	ACES NORDESTE	47.401.675	147.159	322	602,5	67,1	58,5	51,7	68,8	
	ACES ALTO TÂMEGA E BARROSO	29.433.621	100.786	292	614,1	59,8	53,2	51,6	64,4	
	ACES MARÃO E DOURO NORTE	29.249.128	104.818	279	677,3	77,2	47,5	51,6	70,1	
	ACES DOURO SUL	19.564.012	75.044	261	680,4	61,0	49,5	51,5	71,0	
	ACES TERRAS DE BASTO	21.181.074	79.297	267	680,6	59,6	44,7	51,4	72,8	
	ACES GUIMARÃES E VIZELA	42.085.790	187.268	225	570,9	77,1	39,4	50,8	70,4	
	ACES FAMILIÇÃO	28.524.083	135.536	210	536,3	81,2	41,4	51,1	66,3	
	ACES BRAGA	35.618.776	177.183	201	519,8	105,4	42,2	52,0	64,0	
	ACES GERÊS E CABREIRA	30.341.615	114.955	264	581,6	55,3	47,3	50,9	68,0	
	ACES BARCELOS E ESPOSENDE	35.471.396	160.292	221	558,8	69,7	41,3	51,3	66,8	
	ACES BAIXO TÂMEGA	41.661.973	188.601	221	599,8	56,7	45,5	51,1	66,3	
	ACES VALE DO SOUSA NORTE	31.839.072	163.620	195	601,0	64,2	41,9	50,7	64,2	
	ACES VALE DO SOUSA SUL	33.624.176	175.725	191	603,3	65,8	41,8	50,4	64,3	
	ACES SANTO TIROSO E TROFA	25.918.396	110.399	235	625,9	78,5	40,6	51,6	67,4	
	ACES GONDOMAR	38.927.596	174.878	223	544,5	83,8	42,7	51,5	65,9	
	ACES VALONGO	20.610.248	98.522	209	540,3	83,1	42,8	51,5	65,4	
	ACES MAIA	23.855.321	143.371	166	429,3	115,2	45,8	51,7	64,2	
	ACES PÓVOA DO VARZIM E VILA DO CONDE	30.948.352	144.472	214	608,5	92,6	44,2	51,5	61,7	
	ACES PORTO OCIDENTAL	47.122.225	121.229	389	708,6	170,5	51,5	54,9	53,6	
	ACES PORTO ORIENTAL	26.458.473	89.329	296	708,6	170,5	51,5	54,9	58,2	
	ACES GAIA	33.512.291	160.295	209	545,1	100,4	44,9	51,8	60,2	
	ACES ESPINHO E GAIA	43.004.492	183.953	234	545,1	110,5	44,9	51,8	68,1	
	ACES FEIRA E AROUCA	35.126.782	172.008	204	502,1	76,2	43,0	51,0	68,2	
	ACES AVEIRO NORTE	25.604.214	117.142	219	555,5	85,0	43,7	51,2	64,7	
	ACES BAIXO VOUGA I	31.465.877	117.314	268	571,9	73,8	50,0	51,6	66,4	
	ACES BAIXO VOUGA II	38.557.715	165.291	233	569,3	101,8	47,0	51,4	64,4	
	ACES BAIXO VOUGA III	23.576.542	96.196	245	641,5	79,3	46,2	51,3	66,9	
	ACES COVA DA BEIRA	21.746.652	90.073	241	631,4	77,4	53,8	51,7	58,8	
	ACES BAIXO MONDEGO I	44.590.105	168.301	265	611,9	124,2	49,0	52,9	63,0	
	ACES BAIXO MONDEGO II	30.451.023	108.128	282	563,2	83,2	53,8	52,0	67,0	
	ACES BAIXO MONDEGO III	23.866.810	84.647	282	593,8	70,6	53,4	51,7	68,0	
	ACES PINHAL INTERIOR NORTE I	31.628.791	95.925	330	558,5	63,7	57,1	51,5	70,1	
	ACES PINHAL INTERIOR NORTE II	14.434.442	41.125	351	584,1	58,9	63,2	52,1	72,8	
ACES PINHAL LITORAL I	14.121.922	59.968	235	718,3	73,8	55,0	51,2	68,3		
ACES PINHAL LITORAL II	47.854.977	209.160	229	725,0	95,1	49,0	51,0	64,1		
ACES DÃO LAFÕES I	20.673.158	99.470	208	598,9	91,9	49,2	52,1	66,3		
ACES DÃO LAFÕES II	23.397.866	83.790	279	563,8	55,3	54,4	51,7	76,7		
ACES DÃO LAFÕES III	25.882.283	97.612	265	567,5	65,5	55,0	51,8	67,9		
ACES LISBOA NORTE	44.872.810	180.693	248	592,7	235,7	63,3	54,6	46,8		
ACES LISBOA ORIENTAL	36.254.834	141.223	257	591,9	235,7	63,3	54,6	47,8		
ACES LISBOA CENTRAL	41.607.286	157.968	263	696,5	235,7	63,3	54,6	43,8		
ACES OEIRAS	32.363.472	172.609	187	696,5	173,0	51,8	53,0	47,4		
ACES ODIVELAS	23.273.436	155.827	149	696,5	98,7	45,5	51,3	48,8		
ACES LOURES	37.551.553	193.630	194	532,3	111,6	46,9	51,4	54,4		
ACES AMADORA	33.241.791	170.828	195	528,4	114,7	49,5	52,4	47,6		
ACES SINTRA E MAFRA	29.264.582	161.877	181	633,7	109,9	48,0	50,6	63,1		
ACES ALGUEIRÃO E RIO DE MOURO	17.898.835	133.934	134	601,2	98,2	48,0	50,6	52,3		
ACES CACÉM E QUELUZ	30.537.403	231.438	132	458,1	98,2	48,0	50,6	48,5		
ACES CASCAIS	34.395.746	189.606	181	458,1	155,7	52,5	52,3	41,0		
ACES VILA DE FRANCA DE XIRA	22.664.804	144.123	157	458,1	112,0	44,4	51,0	46,3		
ACES ALMADA	38.991.817	165.991	235	627,1	121,4	52,9	51,7	57,4		
ACES SEIXAL E SESIMBRA	40.346.680	232.857	173	543,5	97,2	45,2	51,0	57,1		
ACES ARCO RIBEIRINHO	44.305.398	209.109	212	638,5	108,4	49,5	51,5	57,0		
ACES SETÚBAL E PALMELA	37.476.665	189.154	198	533,1	110,0	50,2	51,0	52,9		
ACES OESTE NORTE	44.706.661	176.889	253	684,4	88,2	49,9	51,3	47,5		
ACES OESTE SUL	43.086.723	189.153	228	652,7	88,1	52,8	50,8	61,0		
ACES SERRA D'AIRES	26.848.592	124.704	215	671,9	85,5	52,4	51,6	67,0		
ACES ZÉZERE	26.929.907	106.071	254	618,2	80,2	56,0	51,6	65,6		
ACES RIBATEJO	35.238.921	137.928	255	541,7	96,2	53,0	50,8	66,6		
ACES LEZÍRIA II	29.377.231	111.972	262	635,5	83,5	56,3	51,3	70,8		
ACES ALENTEJO LITORAL	23.998.449	94.904	253	651,1	90,5	62,1	51,2	58,9		
ACES ALENTEJO CENTRAL I	19.313.812	55.118	350	665,0	74,1	56,7	51,0	76,9		
ACES ALENTEJO CENTRAL II	31.384.065	112.916	278	638,2	97,8	56,1	50,1	66,8		
ACES ALGARVE CENTRAL	45.444.895	222.266	204	601,4	113,8	51,3	50,3	58,0		
ACES ALGARVE BARLAVENTO	32.660.492	158.264	206	637,6	95,2	55,0	49,5	55,0		
ACES ALGARVE SOTAVENTO	15.321.865	53.493	286	650,3	87,1	56,5	49,6	70,0		
ACES MATOSINHOS	30.686.683	169.303	181	653,0	127,9	43,7	51,8	65,2		
ACES ALTO MINHO	77.946.666	250.390	311	680,3	71,2	51,9	52,8	72,1		
ACES GUARDA	44.796.598	154.975	289	605,9	68,2	57,0	52,4	63,4		
ACES BEIRA INTERIOR SUL	18.297.472	72.471	252	599,6	85,9	64,1	52,0	63,8		
ACES PINHAL INTERIOR SUL	15.067.547	39.805	379	661,6	59,1	68,4	51,9	71,5		
ACES BAIXO ALENTEJO	35.941.550	125.066	287	778,0	79,7	57,5	50,5	70,7		
ACES NORTE ALENTEJANO	37.572.897	115.503	325	660,9	82,5	60,4	51,7	68,5		

Os valores normativos/expectáveis apurados por ACES não pretendem corresponder a valores “ideais” de gastos a ajustar instantaneamente. Pretendem, sim, fornecer orientações às ARS sobre a forma como os gastos devem ser gerados equitativamente pelos seus diferentes ACES e como o financiamento disponível poderá ser redistribuído entre eles de acordo com as necessidades em saúde da população.

Assim, estes valores constituem um instrumento adicional para o planeamento da prestação de cuidados de saúde e da distribuição de recursos financeiros escassos, no contexto de processos de financiamento e contratualização.

Resulta evidente que os valores normativos apresentados são indicativos e não devem ser analisados sem uma concreta e precisa análise da prestação de cuidados de saúde em cada ACES. É neste contexto que a actual reforma dos cuidados saúde primários, e especificamente a constituição dos ACES, constitui uma oportunidade para se abordarem as necessidades específicas das populações e desenvolver as respostas locais adequadas através do processo de contratualização. Este processo também é um processo de reorientação de recursos escassos, tendo por base as efectivas necessidades da população.

O Índice de Necessidades em Saúde aqui descrito está associado à prestação de cuidados de saúde primários e não considera gastos em saúde gerados por outros prestadores de cuidados de saúde (eg. hospitais), pelo que não deve ser utilizado para determinar a alocação de recursos financeiros a outros prestadores e a outros níveis de cuidados.

Os valores agora apresentados, associados aos indicadores de caracterização dos ACES<sup>iii</sup>, permitem no seu conjunto uma caracterização ampla de cada população, de forma a promover localmente o planeamento das actividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população e nos recursos necessários. A definição das prioridades regionais e locais associada a uma utilização eficiente dos recursos é um aspecto fundamental para a obtenção de ganhos em saúde que, na maioria das vezes só podem conseguir-se, com atenção às especificidades da população num dado território.

No contexto das modalidades de pagamento, o Índice de Necessidades em Saúde procura recentrar o financiamento no âmago do sistema de saúde: a população é o denominador-chave para a distribuição dos recursos disponíveis pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, mimetizando-se as necessidades, encorajando a equidade e promovendo a efectividade da prestação.

---

<sup>iii</sup> Dados de caracterização dos ACES disponibilizados pela ACSS, incluindo dados demográficos, indicadores de mortalidade e de morbilidade, e índices de utilização hospitalar (médico, cirúrgico, urgência).

- <sup>1</sup> Barros PP (2005). *Economia da Saúde – conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- <sup>2</sup> Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equity and health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- <sup>3</sup> Council of the European Union (2008). *Joint report on social protection and social inclusion*. Disponível em <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st07/st07274.en08.pdf>
- <sup>4</sup> Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F (1994) Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q* 72:225-58.
- <sup>5</sup> Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*. 41:113-58
- <sup>6</sup> Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, et al (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part1. A systematic review. *Milbank Quarterly* 82(1):5-99
- <sup>7</sup> Commission on the social determinants of health (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Interim report. WHO. Geneva
- <sup>8</sup> Gravelle H (1998). How much of the relationship between population mortality and inequality is a statistical artefact? *British Medical Journal* 316:382-85
- <sup>9</sup> Wilkinson R, Pickett K (2006), *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*. *Social Science and Medicine* 62:1768-784
- <sup>10</sup> Culyer A, Wagstaff A (2003). Equity and equality in health and healthcare. *Equity and quality in health and healthcare*. *J Health Econ*, 12:431-57.
- <sup>11</sup> Le Grand J (1982) *The strategy of equality*. London: Allen & Unwin
- <sup>12</sup> Mooney GH(1983) Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 4(1):179-184
- <sup>13</sup> Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet* 1: 405–12
- <sup>14</sup> Hennell T (2009). Resource allocation policies to reduce avoidable health inequalities between primary care trust in England. *Eurohealth* 25:22-24
- <sup>15</sup> Giraldes MR (1995). *Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde*. In: *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde* (ed. Piola SF, Vianna SM). Brasília. pp. 167-190
- <sup>16</sup> Koenkar, R (2005). *Quantile Regression*. In *Econometric Society Monographs*. New York: Cambridge University Press
- <sup>17</sup> Mausner JS, Kramer S (2009). *Introdução à Epidemiologia*. 5ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- <sup>18</sup> Direcção-Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- <sup>19</sup> Direcção-Geral da Saúde (2009). *Risco de Morrer em Portugal 2006*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde