

A avaliação económica das tecnologias e a tomada de decisões no sistema de saúde português

CARLOS GOUVEIA PINTO
LUÍS SILVA MIGUEL

A utilização de argumentos económicos para a justificação da adopção de novas tecnologias no sector da saúde tem vindo a generalizar-se nos países mais desenvolvidos, especialmente no sector dos medicamentos. Contudo, não tem existido uma grande preocupação em analisar se os resultados evidenciados por estes estudos têm tido impacto efectivo na decisão. Neste artigo, com base nas respostas a questionários enviados a médicos e administradores hospitalares e a entrevistas semiestruturadas efectuadas a decisores institucionais, pretende-se identificar não só se estes grupos profissionais são receptivos à utilização de estudos de avaliação económica aquando da tomada de decisões sobre a adopção de inovações tecnológicas como quais consideram ser as principais barreiras a esta utilização em Portugal. Igualmente, identificam-se as iniciativas prioritárias a desenvolver de forma que a abordagem económica seja cada vez mais utilizada neste âmbito.

1. Introdução

O interesse pelos estudos de avaliação económica das tecnologias de saúde como instrumento de ajuda à decisão tem crescido acentuadamente nos últimos anos. Tal é evidenciado não só pelo aumento expo-

□

Carlos Gouveia Pinto é investigador do Centro de Investigação sobre Economia Portuguesa — CISEP e professor associado com agregação do ISEG/UTL.

Luís Silva Miguel é assistente de investigação do CISEP.

nencial da quantidade de estudos publicados e de especialistas que trabalham nesta área, como também por um número crescente de governos ter passado a requerer (formal ou informalmente) que os argumentos tradicionais de ordem clínica e epidemiológica sejam complementados por juízos económicos para basear decisões sobre o financiamento e a provisão de alguns tipos de cuidados de saúde (Drummond *et al.*, 1999; Elixhauser *et al.*, 1998).

Várias razões podem ser apontadas para este facto. Em primeiro lugar, o ritmo elevado de crescimento das despesas em saúde, conjugado com a desaceleração da actividade económica verificada nas décadas de 70 e 80, levou os decisores políticos a darem cada vez mais importância à aplicação de instrumentos económicos à área da saúde. Contudo, tal reflectiu-se principalmente na implementação de mecanismos de contenção de custos, fundamentalmente através do aumento dos pagamentos directos pelos utentes (Abel-Smith e Mossialos, 1994).

Os efeitos destas medidas foram parcialmente satisfatórios face aos objectivos pretendidos. Com efeito, a taxa média de aumento das despesas nos anos 80 foi inferior à verificada na década anterior na maioria dos países da União Europeia, embora o seu peso no PIB apenas tenha decrescido em quatro deles — Dinamarca, Alemanha, Irlanda e Suécia (Éco-Santé, 1998).

No entanto, esta política foi fortemente contestada, quer em termos do seu impacto sobre a equidade, quer por, a prazo, poder ter efeitos contrários aos

pretendidos. Se a contribuição para o aumento das desigualdades é bem conhecida (Pereira e Pinto, 1993), já o facto de induzir o aumento das despesas não o é tanto. A razão apontada para que isto aconteça é a possibilidade de a existência de barreiras ao acesso baseadas no preço levar ao adiamento do consumo e, portanto, fazer com que o doente só recorra aos serviços num estágio mais avançado da doença. Tal implica um acréscimo dos gastos que seria evitado se o tratamento fosse iniciado mais cedo (Lee, 1995).

Por outro lado, foi demonstrado que, no longo prazo, a tecnologia era responsável por mais de metade do ritmo de crescimento da despesa total (Newhouse, 1992) e que, contrariamente ao que se pensava, a sua efectividade em muitos casos não se encontrava adequadamente provada (veja-se o trabalho desenvolvido pela rede Cochrane). Assim, tomou-se consciência de que, a manter-se a prática de não avaliar rigorosamente as novas tecnologias (sobretudo em termos clínicos, mas também económicos), as despesas continuariam a crescer sem aumento proporcional dos ganhos em saúde.

Este problema tornou-se tanto mais importante quanto, aceitando as limitações associadas à mera contenção de custos, em alguns países europeus optou-se, sobretudo a partir de finais da década de 80, por alterar a configuração dos sistemas de saúde, separando o financiamento da prestação, de forma a promover a concorrência. Suspeitando-se de que tal iria conduzir a uma aceleração da adopção de tecnologia cada vez mais cara e sofisticada (Pinto, 1995), a implementação destas medidas foi acompanhada pela criação de agências que têm como objectivo avaliar a efectividade e, num passo seguinte, a razão custo-efectividade dos cuidados oferecidos. Assim, a década de 90 foi marcada por ser dada mais ênfase à promoção da eficiência do que à contenção dos custos.

O primeiro sector onde esta alteração de política se fez sentir foi o dos medicamentos. Embora representando uma percentagem relativamente baixa da despesa em saúde na maioria dos países, os gastos em medicamentos têm crescido acentuadamente devido, sobretudo, aos preços dos novos produtos. Paralelamente, a prova científica da sua efectividade era feita de forma pouco rigorosa. Assim, seguindo o exemplo do Canadá e da Austrália, cada vez mais governos dos países desenvolvidos têm vindo a exigir provas do valor económico dos novos medicamentos para decidirem sobre a sua comparticipação e mesmo sobre o seu preço. Em última análise, o que se pretende é, através da diferenciação dos preços e das taxas de comparticipação, induzir um maior consumo dos produtos com melhor razão custo-efectividade.

Reconhecidamente, tal só pode ser conseguido modificando os hábitos de prescrição.

A principal consequência que se pôde observar deste movimento foi a alteração do *marketing* da indústria farmacêutica (Sloan e Grabowski, 1997). Habitados desde sempre a que os decisores sobre a adopção de uma inovação terapêutica fossem os médicos, os laboratórios consciencializaram-se de que outros agentes (técnicos, gestores e políticos, em especial) teriam de ser convencidos sobre a mais-valia, não só clínica, mas também económica, dos novos medicamentos. Tal levou a que financiassem um número crescente de estudos de avaliação, o que explica que esta permaneça a área mais importante da realização de análises económicas. No entanto, tem vindo a assistir-se ao aumento de trabalhos que se debruçam sobre outros tipos de cuidados, designadamente meios complementares de diagnóstico, procedimentos cirúrgicos e próteses.

A estratégia seguida pela indústria foi inicialmente a de segmentar os destinatários da promoção dos medicamentos — os estudos de avaliação económica destinaram-se-iam sobretudo a justificar a decisão política, enquanto o *marketing* tradicional continuaria a ser orientado para os prestadores. Contudo, a convicção de que os resultados da avaliação económica poderiam constituir argumentos adicionais para demonstrar o valor dos produtos junto dos médicos tem levado a que um número crescente de laboratórios os divulguem nas suas acções de promoção dirigidas a estes profissionais.

Assim, quer os governos, quer os produtores de inovações terapêuticas, pretendem que os resultados da avaliação económica tenham impacto sobre a decisão dos prestadores. Mas, sabendo-se que estes resultados não são facilmente compreensíveis para quem não tem formação adequada e que os hábitos de prescrição são o principal factor de decisão, será que este objectivo é atingido? Aliás, mesmo a nível dos departamentos governamentais (os avaliadores dos novos medicamentos são na sua esmagadora maioria técnicos de saúde), será que as razões políticas e técnicas não se sobrepõem aos argumentos económicos? Finalmente, será que os gestores dos serviços utilizam os argumentos postos ao seu dispor através dos estudos? Em suma, qual é o impacto da avaliação económica (e, mais em geral, dos instrumentos económicos) na promoção da eficiência no sistema de saúde português?

É a esta última pergunta que pretendemos responder neste artigo. No entanto, é impossível avaliar a influência efectiva dos estudos de avaliação económica na decisão clínica uma vez que tal exige a análise detalhada da actividade dos prestadores e a identificação dos factores tomados em conta nas sua

decisões. Paralelamente, existe ainda uma falta de conhecimento muito grande sobre o que são estes estudos. Assim, com base em inquéritos realizados aos médicos e administradores hospitalares, bem como em entrevistas pessoais efectuadas a três decisores do Ministério da Saúde em 1998, tentámos avaliar se existe, pelo menos, algum potencial para que razões económicas tenham um maior papel na escolha dos instrumentos terapêuticos.

A nossa abordagem distingue-se das adoptadas em estudos anteriores. Com efeito, com excepção dos artigos de Drummond *et al.* (1997) desenvolvidos por Dutthie *et al.* (1999), todos os estudos conhecidos basearam-se na inquirição de especialistas em avaliação económica, e não na opinião dos próprios decisores. Acresce que os artigos citados apresentam resultados obtidos com amostras muito pequenas (por exemplo, Drummond *et al.* (1997) apuraram respostas de apenas 66 médicos). Finalmente, este trabalho baseou-se na metodologia concebida pelo grupo Euromet, adoptando um questionário construído para ser aplicado em todos os países participantes. Tal permitiu obter resultados comparáveis para estes países.

O texto que se segue é um desenvolvimento dos que foram publicados na sequência do projecto Euromet (Pinto, 2000; Hoffmann e Von der Schulenburg, 2000). Assim, a seguir descreve-se a metodologia adoptada e apresentam-se os principais resultados obtidos para o conjunto dos países participantes no projecto, enquanto no ponto 3 se detalham os que foram obtidos para Portugal. Finalmente, são enumeradas algumas conclusões.

2. O estudo Euromet

Desenvolvido entre 1997 e 1999, o projecto Euromet teve como objectivo principal avaliar se os estudos de avaliação económica das tecnologias de saúde tinham influência na decisão dos agentes pertencentes aos sistemas de saúde de nove países europeus — Alemanha, Áustria, Espanha, Finlândia, França, Holanda, Noruega, Portugal e Reino Unido. Em última análise, pretendia-se determinar (Hoffmann e Von der Schulenburg, 2000):

- i) De que grau de conhecimento dispõem os decisores sobre os métodos de avaliação económica;
- ii) Em que medida utilizam os resultados dos estudos de avaliação para tomar as suas decisões;
- iii) Quais pensam ser as maiores barreiras à utilização destes resultados na decisão;
- iv) Que factores poderão encorajar a utilização de estudos de avaliação económica.

A abordagem foi essencialmente empírica. Desenvolveram-se dois instrumentos de inquirição — um questionário para ser enviado pelo correio e um outro para servir de base a entrevistas semiestruturadas^{1,2} —, a serem utilizados à escolha por cada membro do grupo. Também se admitiu a utilização da abordagem do «grupo focal» (*focus group approach*)³. Em cada país tinham de ser inquiridos obrigatoriamente médicos e decisores políticos. Também tinha de ser incluído um terceiro grupo escolhido de acordo com as características do processo de decisão local. Em Portugal foram inquiridos os administradores hospitalares.

No *Quadro I* listam-se os instrumentos utilizados e os grupos de decisores inquiridos em cada país. Como pode ver-se, nem todos cumpriram o protocolo do grupo e, em alguns casos (na Noruega, por exemplo), o questionário utilizado foi diferente do dos restantes países. Contudo, os resultados obtidos não deixam de ser interessantes.

Com efeito, no que se refere ao conhecimento que os decisores tinham sobre as técnicas de avaliação económica, verificou-se que era, em geral, fraco. A esmagadora maioria declarou não ter conhecimento destas técnicas ou ter ouvido sequer falar delas. Aliás, na generalidade dos países, mais de metade daqueles que afirmaram ter algum conhecimento dos diversos tipos de estudos informaram conhecer melhor a análise custo-benefício do que a custo-efectividade ou a minimização de custos, o que, muito provavelmente, revela uma maior sensibilidade às referências mediáticas do que um conhecimento efectivo destas técnicas. A justificação pode ser encontrada no facto de apenas uma percentagem muito baixa (cerca de um terço) dos decisores inquiridos ter afirmado que teve alguma formação nesta área e esta formação, na generalidade dos casos, se referir à frequência de seminários ou conferências em que foram abordados tópicos económicos, e não a acções de formação específicas.

Um outro resultado importante do projecto foi a constatação de que menos de um terço dos respondentes utilizaram estudos de avaliação económica para basear as suas decisões. Note-se que, coerentemente com a falta de conhecimento sobre as técnicas de avaliação, foi evidente que os inquiridos se refe-

¹ Uma entrevista semiestruturada é realizada pessoalmente e preparada com base num questionário concebido de forma a deixar margem para que o entrevistador e o entrevistado possam adicionar comentários qualitativos.

² Se requerido, o questionário enviado aos médicos será disponibilizado pelos autores.

³ Esta abordagem não foi utilizada no estudo para Portugal. Uma descrição do método pode ser encontrada em Cookson (1997).

Quadro I
Abordagens utilizadas e decisores inquiridos no projecto Euromet*

Abordagem	Decisores				
	Agências/ governo	Médicos	Farmacêuticos hospitalares	Terceiro grupo Administradores hospitalares	Segurança social, indústria farmacêutica
Questionário postal	Alemanha	Alemanha	Alemanha	Finlândia	Alemanha
	Finlândia	Áustria	Espanha	Noruega	Áustria
	França	Finlândia	Finlândia	Portugal	(só segurança social)
	Noruega	Portugal	Holanda		
Entrevista semiestruturada	Áustria	Espanha			
	Holanda	Holanda			
	Portugal	Reino Unido			
	Reino Unido				
Grupo focal	Reino Unido	Reino Unido	Espanha		

* V. Hoffmann e Von der Schulenburg (2000).

riam mais a informação económica em geral (por exemplo, sobre custos do equipamento ou doses diárias de medicação) do que a estudos de avaliação rigorosos. Tal é confirmado pelo facto de na Alemanha (por exemplo) 49% dos inquiridos terem declarado que utilizaram pelo menos uma vez os resultados de um estudo e, simultaneamente, uma grande percentagem deles desconhecem as diferenças entre os diversos métodos de avaliação.

Apesar destas limitações e de quase todos os respondentes referirem que a efectividade das terapêuticas (desde que provada rigorosamente) devesse ser o indicador privilegiado na decisão sobre a sua adopção, foi curioso constatar que mais de metade exprimiu a opinião de que considerações económicas (e.g., os custos dos tratamentos) deveriam influenciar a prática clínica pelo menos nalguns casos. Acresce que, apesar de as percentagens divergirem acentuadamente segundo a nacionalidade dos agentes, a proporção mais baixa dos decisores de um país que afirmaram que seria ético recusar nalguns casos o financiamento ou a adopção de uma nova tecnologia com base em critérios económicos foi de cerca de 50% e verificou-se em Portugal. Em contrapartida, mais de 70% dos noruegueses responderam que a recusa não iria contra a ética médica se o custo do tratamento fosse muito elevado, mesmo que a sua efectividade estivesse bem demonstrada.

Quanto aos factores principais que dificultam a adopção dos resultados dos estudos, os respondentes apontaram as restrições orçamentais. Outras razões também consideradas importantes foram o envolvimento dos resultados resultante do financiamento destes estudos ser feito predominantemente pelos produtores da tecnologia, as poupanças que os resultados indicam serem potenciais e não reais e os estu-

dos se basearem em demasiadas hipóteses. Coerentemente com as respostas dadas ao longo do inquérito, as acções propostas pelos inquiridos para incrementar a utilização dos estudos foram a explicação mais detalhada da relevância prática dos resultados, maior formação em economia da saúde, melhoria da comparabilidade dos estudos, maior flexibilidade orçamental e acesso mais fácil aos resultados.

Em resumo, as conclusões principais apontam para um reconhecimento generalizado por parte dos decisores de que têm uma fraca preparação na área e que a informação e a formação específicas devem ser incrementadas, tanto mais que estão alertados para a sua importância crescente na ajuda à decisão. Contudo, para que os estudos tenham influência efectiva algumas pré-condições têm de estar preenchidas, em particular um ajustamento das regras orçamentais. Estas conclusões aplicáveis aos países abrangidos pelo projecto Euromet não são muito diferentes das que se obtiveram para Portugal, como se observará no ponto seguinte.

3. A situação em Portugal

A decisão sobre a adopção de uma nova tecnologia em Portugal é tomada essencialmente pelos profissionais de saúde. Com efeito, sendo as razões que determinam a escolha de ordem técnica, a opinião dos médicos tem um peso decisivo nas opções que são tomadas. Quando muito, por vezes, a decisão pode ser adiada por razões orçamentais. Mas as escolhas dos prestadores acabam sempre por prevalecer. Consequentemente, a influência efectiva dos estudos económicos depende da sua utilização por estes profissionais.

Paralelamente, os administradores hospitalares são os agentes que têm por missão gerir os orçamentos dos hospitais e, portanto, são eles que têm de se confrontar, em primeiro lugar, com as escolhas efectuadas pelos clínicos. Possuindo, na sua maioria, formação em economia da saúde e estando submetidos a fortes restrições financeiras, é de esperar que sejam os que utilizam mais frequentemente os resultados dos estudos.

Os medicamentos constituem um caso particular dentro das tecnologias de saúde. Desde logo, porque, em Portugal, os gastos neste tipo de cuidados são, em proporção da despesa total, dos mais elevados dos países da OCDE. Acresce que a opção sobre a sua comparticipação pelo SNS tem vindo a assumir cada vez mais importância, dado o aumento acentuado dos preços dos novos produtos, o que, para além de pressionar o orçamento da saúde, conduz a que um medicamento não comparticipado muito dificilmente seja introduzido no mercado. Assim, tendo os argumentos financeiros vindo a pesar cada vez mais neste tipo de decisão, constitui uma área em que os estudos de avaliação têm uma aplicação imediata.

Finalmente, os gestores globais do sistema (e. g., os presidentes das ARS e os responsáveis políticos do Ministério da Saúde) devem estar alertados para a utilidade dos estudos sobretudo nos casos em que as tecnologias em apreço têm custos elevados, com impacto significativo sobre o orçamento (veja-se, por exemplo, o caso da instalação da tomografia por emissão de positrões).

Foi este o quadro que foi tomado como referência para a realização deste trabalho. Assim, foi decidido inquirir médicos e administradores hospitalares. Paralelamente, entrevistaram-se membros de órgãos

de decisão política — um do Infarmed, outro de uma das ARS e um terceiro da Secretaria de Estado da Saúde⁴.

3.1. Metodologia

A inquirição dos médicos foi feita enviando pelo correio a 5% de todos os inscritos na Ordem dos Médicos o questionário elaborado no âmbito do projecto Euromet. A amostra foi obtida seleccionando de forma sistemática um em cada 20 membros da Ordem listados por ordem alfabética, sem selecção de especialidades. O número de respostas obtidas desagregadas por tipo de médico e segundo o local onde despendem a maior parte do seu tempo de trabalho é mostrado no *Quadro II*.

Note-se o peso muito elevado dos outros especialistas no total de respondentes (cerca de 85%) e, de entre estes, dos que trabalham principalmente em hospitais públicos. Dado que, embora não se disponha de dados rigorosos, se estima que os outros especialistas representam cerca de um terço do total, tal pode indiciar uma maior sensibilidade deste grupo de médicos às questões económicas.

Foi enviado aos 56 administradores-delegados dos hospitais públicos um questionário similar ao dos médicos. Embora a taxa de respostas tenha sido ligeiramente maior — 17,9% —, ficou muito aquém das

⁴ Aliás, pouco tempo depois de terminado o trabalho empírico que serviu de base a este trabalho foram publicadas pelo Infarmed as «Orientações metodológicas para estudos de avaliação económica dos medicamentos», posteriormente homologadas por despacho governamental (Despacho n.º 19 064/99, 2.ª série).

Quadro II
Médicos inquiridos segundo a sua situação profissional*

	Número
Total da amostra	1600
Taxa de respostas (percentagem)	12,0
Clínicos gerais, trabalhando a maior parte do tempo em:	29
— Centro de saúde ou consultório em instituição não lucrativa	28
— Consultório privado	1
Outros especialistas, trabalhando a maior parte do tempo em:	164
— Hospital público	119
— Centro de saúde	17
— Consultório privado	26
— Hospital privado	8
— Outra instituição	2

* V. Pinto (2000).

expectativas. Com efeito, seria de esperar uma taxa muito mais elevada, dado que, para além das responsabilidades que lhes estão atribuídas, grande parte destes agentes têm conhecimentos de economia da saúde, incluindo um primeiro contacto com os métodos de avaliação económica.

Finalmente, foram entrevistados pessoalmente três membros de organismos de gestão do sistema de saúde (Infarmed, ARS e Secretaria de Estado da Saúde) com intervenção no processo de decisão sobre o financiamento das tecnologias. As entrevistas basearam-se num questionário preparado também no âmbito do projecto Euromet com questões semelhantes às colocadas aos médicos e que foi enviado previamente aos inquiridos. Saliente-se que, mais do que obter respostas objectivas, o que se pretendeu com estas entrevistas foi delinear um quadro tão preciso quanto possível sobre o processo de decisão de forma a complementar as respostas dos restantes agentes. Para tal, estimulou-se, designadamente, a formulação de juízos de valor sobre a situação nesta área em Portugal.

No que se segue focam-se mais detalhadamente os resultados do inquérito efectuado aos médicos. As características do processo de decisão em Portugal e a fraca percentagem de respostas recebidas dos administradores hospitalares levaram-nos a optar por utilizar os dados apurados para os restantes agentes apenas para efectuar alguns comentários.

3.2. Resultados

Os resultados são apresentados de forma agregada e por subgrupo de médicos. Neste último caso dividiram-se os inquiridos consoante despendiam o seu tempo de trabalho principalmente num centro de saúde (ou consultório privado) ou num hospital e conforme a instituição a que pertenciam era pública ou privada. Como os clínicos gerais trabalhavam sobretudo em centros de saúde e os outros especialistas em hospitais, a classificação dos respondentes também segundo a especialidade seria redundante. Acresce que o que se pretendeu com a desagregação efectuada foi analisar se as características dos médicos explicavam a sua posição face à utilização de argumentos económicos na decisão e, neste sentido, o tipo de instituição em que prestavam serviço pareceu ser um indicador mais relevante do que a sua especialização clínica.

A maior parte dos prestadores inquiridos não possuía qualquer formação em economia da saúde. De facto só 16% declararam que a tinham tido, na sua maior parte através da frequência de cursos da Escola Nacional de Saúde Pública. Alguns também referi-

ram a assistência a seminários e conferências. Em contrapartida, 70% dos administradores hospitalares e dois dos decisores do Ministério eram graduados em Administração Hospitalar.

Consequentemente, como seria de esperar, o nível de informação dos médicos sobre as técnicas de avaliação económica era limitado, como pode ver-se no *Quadro III*.

É interessante notar que os respondentes informaram estarem mais familiarizados com a abordagem custo-benefício do que com as restantes. Isto pode resultar do facto de esta técnica ser muitas vezes referida (designadamente na comunicação social) como sinónimo de avaliação económica e mesmo de abordagem económica em geral.

Mas, surpreendentemente, os administradores hospitalares e os membros dos órgãos de administração do sistema de saúde mostraram uma falta de informação similar sobre estes tópicos. Com efeito, só 30% dos primeiros e um dos últimos conheciam as diferenças entre os três tipos de técnicas.

Em contrapartida, apenas 41% dos médicos (79 no total) afirmaram que nunca tiveram acesso a resultados de estudos de avaliação económica. Porém, dos que o declararam ter tido, a maioria respondeu que obteve a informação pela consulta de outras fontes que não revistas científicas.

Paralelamente, pouco menos de um quarto do total dos inquiridos indicou que utilizou estudos de avaliação para tomar decisões. Neste grupo incluíam-se cerca de 20% dos que afirmaram que não tinham tido formação em economia da saúde e 42% dos que a tinham tido, indicando que a formação é uma pré-condição importante para o aumento da influência destes estudos na decisão.

Estes resultados são interessantes. Revelam que a maioria dos médicos tem acesso a estudos de avaliação e que alguns deles utilizam os resultados destes estudos na decisão, apesar da fraca formação em economia da saúde. Embora seja de suspeitar de que uma grande parte dos inquiridos não se refira a estudos de avaliação formais, mas a informação económica em geral, os apuramentos efectuados indicam

Quadro III

Nível de conhecimentos sobre as análises custo-efectividade, custo-benefício e custo-utilidade (em percentagem)

Nível de conhecimentos	ACE	ACB	ACU
Baixo	63,2	53,9	63,2
Razoável	13,5	21,2	13,5
Bom	2,1	2,6	1,0
NR	22,3	22,3	22,3

que os respondentes estão alertados para a importância deste tipo de informação e que, pelo menos, estão receptivos à sua utilização.

Com efeito, quando inquiridos sobre se razões de ordem económica (e. g., custos dos tratamentos) deveriam influenciar a prática clínica, mais de 75% dos prestadores responderam que devem ter pelo menos alguma influência, como pode ver-se no *Quadro IV*.

O teste do quiquadrado foi utilizado para identificar quais as características dos médicos que eram mais sensíveis à consideração de critérios económicos na prática clínica, podendo concluir-se que:

- Os que exercem a profissão em ambiente não hospitalar têm uma maior probabilidade de não admitirem qualquer interferência de razões económicas, num intervalo de confiança de 90%;
- Os outros especialistas têm maior probabilidade de aceitarem que justificações de ordem económica influenciem a sua prática, com 95% de confiança.

Como era previsível, estes resultados são corroborados pelos restantes agentes inquiridos. Com efeito, tanto os administradores hospitalares como os gestores do sistema foram unânimes ao afirmarem que as razões económicas deviam ser factores importantes de decisão sobre a adopção ou o financiamento de uma nova tecnologia.

Mas mais surpreendente é constatar (veja-se o *Quadro V*) que cerca de 50% dos respondentes pensavam que, pelo menos nalguns casos, era ético recusar a adopção ou o financiamento de uma nova tecnologia com base em razões económicas. No entanto, eram sobretudo os médicos que trabalhavam em hospitais e no sector público que tinham esta opinião.

Quadro IV
Influência de considerações económicas (custos dos tratamentos) na prática clínica (em percentagem)

Grau de influência	Total da amostra	Local de trabalho		Sector	
		Hospital	Centro de saúde/consultório	Público	Privado
Nenhuma	12,4	10,5	17,3	12,3	15,4
Marginal	10,4	10,5	9,3	11,7	2,6
Alguma	59,6	58,1	58,7	56,8	56,4
Muita	16,1	18,5	14,7	15,4	25,6
NR	1,5	2,4	—	1,9	—

Consequentemente, avaliou-se se o local de trabalho do médico influenciou a resposta a esta questão através da estimação da seguinte equação proibit:

$$ETI = -0,535 + 0,308 \times LOC$$

(-1,737) (1,690)

No modelo, a variável *LOC* tomou os valores 1 ou 2 consoante o médico trabalhava em ambiente extra-hospitalar ou hospitalar, respectivamente, assumindo *ETI* um valor maior do que 0, se a influência das razões económicas fosse julgada ética pelo menos nalguns casos, e menor do que 0, se esta influência não fosse admissível. Sendo os parâmetros significativos num intervalo de confiança de 90%, o modelo prevê que a probabilidade de um médico hospitalar pensar que não contraria a ética recusar a adopção ou o financiamento de uma nova tecnologia com base em argumentos económicos é de 53,2%. Tal corresponde a uma probabilidade incremental relativamente aos que trabalham em centros de saúde ou consultórios privados de 12,2 pontos percentuais.

Também se testou se o facto de os inquiridos trabalharem no sector público ou no sector privado influenciou as respostas a esta questão. Contudo, os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. Em alternativa, dividiram-se os médicos em clínicos gerais e outros especialistas e, aplicando uma metodologia similar à do modelo anterior, chegou-se à especificação seguinte:

$$ETI = -1,026 + 0,531 \times ESP$$

(-2,068) (2,032)

onde *ESP* toma o valor 1 para os clínicos gerais e 2 para os outros especialistas e os parâmetros são significativos a 95%. Os resultados apontam para que a probabilidade de os médicos especialistas considera-

Quadro V
Opinião sobre se é ético recusar a adopção ou o financiamento de uma nova tecnologia com base em razões económicas (em percentagem)

	Total da amostra	Local de trabalho		Sector	
		Hospital	Centro de saúde/consultório	Público	Privado
Não	50,3	46,0	58,7	50,0	53,8
Em alguns casos	47,2	50,8	40,0	46,9	43,6
Sim	2,0	2,4	1,3	2,5	2,6
NR	0,5	0,8	—	0,6	—

rem ética a interferência de argumentos económicos na decisão sobre a adopção de uma nova tecnologia fosse de 51,4%, correspondendo a um aumento de 20,4 pontos percentuais relativamente à probabilidade de os clínicos gerais serem da mesma opinião. Daqui retira-se que a especialidade clínica parece ser um factor mais importante do que o local de trabalho na explicação das atitudes dos prestadores relativamente à aceitação de decisões fundadas em critérios económicos.

Como estes modelos foram estimados relacionando duas variáveis binárias, a capacidade explicativa pode ser confirmada utilizando o teste do quiquadrado. Tal foi feito verificando-se que, com base neste teste, as conclusões são válidas num intervalo de confiança de 90%, no caso de se tomar como referência o local de trabalho, e de 95% se se atender à especialidade do médico (clínico geral *vs.* outro especialista).

Assim, estes resultados mostram que a maioria dos respondentes (sobretudo os especialistas hospitalares) admitia que os argumentos económicos influenciassem a decisão sobre a adopção de uma nova tecnologia. Consequentemente, a convicção de que a generalidade dos médicos recusa liminarmente atender a resultados de estudos de avaliação (ou a argumentos económicos, em geral) para basear as decisões deve ser corrigida.

Neste quadro torna-se importante identificar os factores que os respondentes apontaram como barreiras à utilização dos resultados dos estudos. Pela leitura do *Quadro VI* pode desde logo constatar-se que a elaboração de estudos de avaliação foi julgada necessária e que a contenção de custos não era um elemento especialmente desincentivador à sua utilização. Em contrapartida, similarmente aos resultados apurados

para os restantes países cobertos pelo projecto Euromet, a restrição orçamental, o enviesamento das conclusões dos estudos devido ao seu financiamento pelas empresas produtoras, a rigidez do orçamento e a dificuldade de compreender os resultados eram consideradas as principais barreiras.

Esta hierarquia coincide com a apontada pelos médicos que trabalhavam nos hospitais e no sector público. É de realçar que o facto de médicos do sector privado considerarem como uma das principais barreiras à utilização dos estudos o facto de não serem necessários é inconsistente com as opiniões expressas pelos mesmos profissionais em relação à influência de razões económicas na prática clínica, pois 82% deste grupo consideraram que devem ter pelo menos alguma influência.

Quanto aos decisores políticos, desvalorizaram os problemas orçamentais. Com efeito, privilegiaram o facto de as poupanças não serem efectivas, seguido do enviesamento dos resultados e da dificuldade de compreensão dos resultados. Contudo, como os médicos, também atribuíram pouca importância à contenção dos custos e à inutilidade dos estudos.

Quanto aos factores que podem aumentar o uso de estudos (listados no *Quadro VII*), os médicos inquiridos salientaram a importância do nível de formação em economia da saúde, a facilidade de acesso aos estudos e a relevância prática dos resultados. Em contrapartida, não deram muita importância à existência de requisitos oficiais ou à demonstração de benefícios directos para eles próprios ou para o serviço onde trabalhavam. Saliente-se que, neste caso, a classificação dos diferentes factores segundo a sua importância é quase consensual para os diferentes tipos de prestadores.

Quadro VI
Barreiras à utilização dos resultados dos estudos de avaliação económica no processo de decisão

	Total da amostra		Local de trabalho				Sector			
			Hospital		Centro de saúde/ consultório		Público		Privado	
	Média	Pos.	Média	Pos.	Média	Pos.	Média	Pos.	Média	Pos.
Rigidez orçamental	3,24	3	3,24	3	3,28	2	3,21	3	3,40	2
Orçamento limitado	3,61	1	3,65	1	3,58	1	3,57	1	3,78	1
Poupanças não efectivas	2,92	5	2,96	5	2,91	6	2,93	5	3,03	5
Contenção de custos é mais importante	2,69	8	2,69	8	2,72	8	2,65	8	2,78	7
Demasiadas hipóteses	2,84	6	2,76	6	2,89	7	2,80	6	2,76	8
Patrocínio envia os resultados	3,28	2	3,35	2	3,14	4	3,37	2	2,88	6
Dificuldades de compreensão	3,10	4	3,02	4	3,22	3	3,05	4	3,14	4
Não são necessários	2,79	7	2,72	7	3,01	5	2,72	7	3,33	3

Nota: Os valores médios foram obtidos atribuindo uma pontuação às respostas do questionário de 1 («sem importância») a 5 («muito importante») e dividindo a soma pelo número de respondentes.

Quadro VII

Factores que podem encorajar o uso de estudos de avaliação económica no processo de decisão

	Total da amostra		Local de trabalho				Sector			
	Média	Pos.	Hospital		Centro de saúde/ consultório		Público		Privado	
			Média	Pos.	Média	Pos.	Média	Pos.	Média	Pos.
Facilidade acesso estudos	4,35	2	4,40	2	4,27	3	4,32	3	4,56	1
Mais formação	4,42	1	4,45	1	4,35	1	4,44	1	4,39	2
Avaliação especial independentes	4,17	4	4,22	4	4,10	4	4,18	4	4,22	4
Requisitos oficiais	3,76	7	3,86	7	3,60	8	3,83	7	3,44	8
Flexibilidade orçamental	4,11	5	4,18	5	4,04	6	4,10	5	4,14	5
Maior comparabilidade dos resultados	4,06	6	4,05	6	4,10	4	4,07	6	4,11	6
Relev. prática resultados	4,34	3	4,34	3	4,31	2	4,34	2	4,31	3
Benefícios directos	3,72	8	3,65	8	3,84	7	3,68	8	3,92	7

Nota: V. quadro anterior.

Sublinhe-se que a importância dada ao incremento da formação nesta área é coerente com o facto de uma proporção razoável dos médicos admitir a utilização dos resultados dos estudos para basear as decisões (pelo menos nalguns casos) e a percentagem destes profissionais com formação que declararam utilizá-los ser sensivelmente o dobro da proporção dos médicos sem formação que o fizeram. Acresce que, comparando as pontuações apresentadas nos *Quadros VI e VII*, chega-se à conclusão de que os médicos inquiridos deram maior importância aos factores que podem aumentar o uso de estudos do que àqueles que constituem barreiras, o que pode indicar que esta classe está aberta a uma crescente importância da avaliação económica no processo de decisão.

A hierarquização dos factores encorajadores da utilização dos resultados dos estudos obtida no inquérito aos gestores do sistema foi similar à efectuada pelos médicos. De facto, colocaram em primeiro lugar a demonstração da relevância prática dos resultados seguida pelo incremento do acesso aos estudos e pela maior formação em economia da saúde. Consequentemente, pode concluir-se que, apesar de existir algum desacordo entre os agentes inquiridos sobre a importância relativa dos factores que podem dificultar a utilização dos estudos na decisão, verificou-se um consenso sobre quais devem ser as actuações prioritárias para estimular esta utilização.

4. Conclusões

Apesar das dificuldades existentes, nomeadamente a fraca formação em economia da saúde e o conse-

quente pouco conhecimento revelado pelos médicos das técnicas de avaliação económica, verifica-se que existem condições para uma utilização mais alargada dos estudos de avaliação no processo de decisão no sistema de saúde português.

Com efeito, o inquérito efectuado revelou que a maioria dos médicos (sobretudo os especialistas hospitalares) consideraram que os argumentos económicos devem ter alguma influência na prática clínica e que, pelo menos nalguns casos, a recusa da adopção ou do financiamento de novas tecnologias com base nestes argumentos não contrariava a ética.

Paralelamente, quer os administradores hospitalares, quer os gestores do sistema, consideraram muito importante a utilização de critérios económicos para basear a decisão.

Contudo, há que atender aos factores apontados como obstáculos e incentivos à prossecução deste objectivo. Assim, deve alterar-se o processo orçamental (eventualmente descentralizando a decisão de afectação dos recursos) e prestar maior atenção às normas deontológicas na elaboração dos estudos. Paralelamente, dever-se-á incrementar a formação dos prestadores na área da avaliação económica e facilitar-lhes o acesso aos resultados dos estudos de avaliação de forma que a sua utilidade seja melhor compreendida.

Note-se que estes resultados são paralelos aos obtidos no projecto Euromet para os restantes países abrangidos, o que indica que existe uma consciência alargada entre os decisores nos sistemas de saúde europeus de que os critérios económicos terão um papel cada vez mais relevante no processo de decisão.

No entanto, algum trabalho adicional será necessário para determinar a dimensão da influência (real ou potencial) dos estudos de avaliação económica na decisão. Com efeito, seria desejável investigar os processos efectivos de decisão sobre a adopção de novas tecnologias. A inquirição de decisores que intervêm na selecção dos procedimentos seguidos em especialidades clínicas em que o ritmo de inovação é elevado (a cardiologia e a neurologia, por exemplo) através de técnicas como a do grupo focal contribuiria para um maior conhecimento sobre quais são as motivações que induzem os clínicos e os gestores a aceitar ou a recusar as alterações tecnológicas.

Paralelamente, dever-se-á em investigação futura não só alargar o âmbito a outros grupos profissionais não incluídos neste estudo (caso dos farmacêuticos hospitalares), como encontrar formas de obter uma melhor taxa de respostas dos grupos já inquiridos, de preferência com amostras estratificadas por especialidade clínica e/ou por local de trabalho.

■ Agradecimentos

Este trabalho foi elaborado com base em investigação desenvolvida no âmbito do projecto Euromet financiado pela Comissão Europeia. Agradecimentos são devidos aos membros do grupo que colaborou no projecto (em especial ao seu coordenador, Prof. Matthias von der Schulenburg) e ao Prof. Pedro Pita Barros pelos comentários que permitiram melhorar substancialmente o texto. Também se agradece à Associação Portuguesa de Administração Hospitalar (em especial ao Dr. Manuel Delgado) e à Ordem dos Médicos o apoio dado no envio dos inquéritos. No entanto, as opiniões expressas comprometem apenas os autores.

□ Referências bibliográficas

ABEL-SMITH, B.; MOSSIALOS, E. — Cost containment and health care reform. London: London School of Economics and Political Science, 1994 (LSE Health Occasional Paper in Health Policy; 2).

COOKSON, R. — The focus group approach to valuing health and safety : a trial study. In HESG MEETING, University of York, 2-4 July, 1997 — 25th anniversary. York: Health Economists' Study Group, 1997.

DAVIDSON, R.; MACKINNON, J.G. — Estimation and inference in econometrics. Oxford: Oxford University Press, 1993.

DRUMMOND, M.; COOKE, J.; WALLEY, T. — Economic evaluation under managed competition : evidence from the UK. *Social Science and Medicine*. 45 (1997) 583-595.

DRUMMOND, M., *et al.* — Current trends in the use of pharmacoeconomics and outcomes research in Europe. *Value in Health*. 2 : 5 (1999) 323-332.

DUTTHIE, T., *et al.* — Research into the use of health economics in decision-making in the United Kingdom : Phase II. *Health Policy*. 46 (1999) 143-157.

ELIXHAUSER, A., *et al.* — Luce health care CBA and CEA from 1991 to 1996: an updated bibliography. *Medical Care*. 36 (1998) MS1-9.

HOFFMANN, C.; VON DER SCHULENBURG, J.-M. — The use of economic evaluation studies in health care decision-making : summary report. In VON DER SCHULENBURG, J.-M. (ed.) — The influence of economic evaluation studies on health care decision-making : a European survey. Amsterdam: IOS Press, 2000, 3-16.

LEE, C. — Optimal medical treatment under asymmetric information. *Journal of Health Economics*. 14 (1995) 419-441.

NEWHOUSE, J. — Medical care costs : how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*. 6 (1992) 3-21.

PEREIRA, J.; GOUVEIA PINTO, C. — Equity in the finance and delivery of health care in Portugal. In VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. (eds.) — Equity in the finance and delivery of health care. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993, 181-200.

PINTO, C. Gouveia — Competition in the health care sector and welfare. Lisboa: APES (Documento de Trabalho; 1/95).

PINTO, C. Gouveia — The impact of economic evaluation on decision-making in Portugal. In VON DER SCHULENBURG, J.-M. (ed.) — The influence of economic evaluation studies on health care decision-making : a European survey. Amsterdam: IOS Press, 2000, 77-88.

SLOAN, F.; GRABOWSKI, H. — Introduction and overview. *Social Science and Medicine*. 45 (1997) 505-510.

□ Summary

ECONOMIC EVALUATION OF TECHNOLOGIES AND DECISION-MAKING IN THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM

The use of economic arguments to base decisions on the adoption of new technologies in the health care sector has been growing in developed countries, especially in the pharmaceutical sector. However, there is a lack of studies analysing the impact of results of economic assessments on decision-making. In this paper, based on a postal questionnaire surveys of doctors and hospital administrators and on a semi-structured survey of institutional decision-makers, we try to identify not only if these groups are receptive to the use of economic evaluation studies when deciding on the adoption of technological innovations, but also which factors they consider to be the main barriers to the use of study results in Portugal. Also, we list the most important initiatives to be undertaken in order to increase the use of the economic approach in decision-making.