

O papel da informação económica e financeira na decisão em contexto hospitalar: racionalidade económica versus racionalidade clínica - revisão da literatura

José Biléu Ventura

Professor Auxiliar do Departamento de Gestão da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.
jventura@uevora.pt

Ana Fialho

Professora Auxiliar do Departamento de Gestão da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora
afialho@uevora.pt

Resumo

O controlo dos gastos em profissionais, medicamentos, dispositivos médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, equipamentos e consumíveis diversos, nomeadamente nos serviços públicos de saúde, tem vindo a assumir grande centralidade nas preocupações de toda a estrutura de gestão do SNS. Tal estrutura tem procurado sensibilizar os principais executores da política de saúde – os seus profissionais, médicos, enfermeiros e os técnicos de diagnóstico e terapêutica – para a necessidade de considerarem, nos seus atos e decisões, não apenas o benefício expectável com os mesmos mas também os gastos associados aos mesmos, considerando que há, quase sempre, diferentes opções de terapêutica. Nesta comunicação, apresenta-se uma revisão da literatura sobre este tema, que se pretende como percussora de um projeto de investigação neste domínio, cujo objetivo será avaliar a efetividade na utilização de informação económica e financeira na área da saúde e a sua compatibilização com a racionalidade clínica, no contexto hospitalar português.

Palavras Chave: gestão hospitalar; tomada de decisão; informação económica e financeira; racionalidade económica; racionalidade clínica.

1. Introdução

Nesta comunicação pretendemos sistematizar um conjunto de reflexões em torno dos mais recentes desenvolvimentos, na literatura nacional e internacional, sobre a dicotomia existente entre a perspetiva económica e a perspetiva clínica, na tomada de decisão associada à prestação de cuidados de saúde, em contexto hospitalar.

As atividades em saúde são, em regra, atividades consumidoras de um elevado nível de recursos públicos, dados os valores elevados associados a medicamentos, a dispositivos médicos, a meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) e aos encargos com os profissionais de saúde.

Desta constatação, e considerando a parcimónia com que os recursos públicos devem ser utilizados, as entidades que tutelam a saúde em Portugal, nomeadamente, o Ministério da Saúde, através dos organismos de apoio que dele dependem diretamente – ACSS, Infarmed, SPMS – têm encetado, nos últimos anos, uma série de estratégias e a criação/disponibilização de informação económico-financeira com vista a conseguir-se aquilo que pode ser considerado, quase, como a “quadratura do círculo”: redução de gastos e manutenção, ou mesmo incremento, dos níveis de serviços de saúde disponibilizados à população.

Esta tendência não é exclusiva de Portugal; pelo contrário, tem sido uma tendência na maioria dos países da OCDE. Contudo, é consensual que aqueles objetivos só serão alcançados com o envolvimento dos profissionais de saúde, que são os principais prescritores de medicamentos, de dispositivos médicos e de MCDT, que representam valores significativos na despesa pública nesta área.

As Normas de Orientação Clínica (NOC), publicadas pela Direção Geral da Saúde, também refletem a preocupação com aspetos financeiros da prescrição. Numa análise desenvolvida

recentemente por alguns profissionais de saúde a um conjunto de 18 NOC publicadas em Portugal entre 2011 e 2013, conclui-se que em 78% das NOC analisadas, havia referência a questões financeiras e, em algumas delas, estas estavam associadas a análises económicas, ainda que as mesmas não fossem explicitadas no texto das NOC (Santos, et al., 2015).

As reflexões que se apresentam nesta comunicação resultam, por um lado da observação empírica da realidade portuguesa, e por outro de uma revisão da literatura, de âmbito nacional e internacional, existente neste domínio. Esta análise constitui uma primeira etapa de um trabalho de investigação que pretendemos realizar sobre a problemática em questão, aplicado ao caso português. A análise do estado de arte culminará com a sistematização de um conjunto de questões de investigação, que conduzirão a eventuais hipóteses a testar, que permitam concluir sobre a importância da informação económica e financeira na tomada de decisão, em contexto hospitalar, no caso português.

Além desta Introdução, o trabalho está estruturado nas seguintes partes: no ponto 2. é descrita a metodologia adotada na pesquisa; o ponto 3. versa sobre a despesa em serviços de saúde e as necessidades de controlo; o ponto 4. é dedicado à análise da perspectiva económico-financeira e à perspectiva clínica, considerando o envolvimento dos profissionais de saúde nas políticas de racionalização de gastos; terminamos, no ponto 5, com as considerações finais e perspectivas de desenvolvimento da investigação.

2. Metodologia de pesquisa

A pesquisa foi feita com base nas palavras-chave identificadas anteriormente – gestão hospitalar, tomada de decisão, informação económica e financeira, racionalidade económico-financeira, racionalidade clínica – e no seu equivalente em inglês, complementadas com expressões afins. Foram encontrados trabalhos de diferentes naturezas, nomeadamente, artigos

científicos publicados em revistas internacionais, artigos publicados em revistas profissionais, teses de doutoramento, dissertações de mestrado, entre outros. No entanto, optámos sempre pelos trabalhos publicados apesar de ter sido realizada consulta aos trabalhos não publicados.

Na seleção dos artigos optou-se por excluir aqueles em que a(s) palavra(s)-chave surgia(m) apenas na bibliografia ou no artigo como referência ou exemplo não sendo objeto de qualquer desenvolvimento. Seguindo esta metodologia, foram identificados 59 documentos potencialmente relevantes para a nossa investigação, dos quais vieram a revelar-se verdadeiramente importantes apenas 31 trabalhos. Daqui decorre uma primeira conclusão intercalar: não é abundante a literatura científica sobre este tema.

Na revisão da literatura efetuada, salientamos, em particular, que não se encontraram muitos artigos sobre esta temática em publicações da área das ciências económicas e empresarias (apenas pouco mais de 29% dos artigos referenciados); verificámos, no entanto, que em revistas da área da saúde parece haver alguma preocupação com a temática, em estudos desenvolvidos sobretudo por profissionais da área.

Assim, podemos avançar que o trabalho de investigação que nos propomos desenvolver pode constituir um contributo importante, dado ser elaborado por investigadores que não têm relação profissional com a área objeto de estudo e que, por isso, podem desenvolver uma análise mais isenta de juízos de valor que, em geral, resultam da permanência quotidiana no contexto ambiental que se pretende avaliar.

Apesar de ter sido feita pesquisa em publicações e bases nacionais foram poucos os trabalhos selecionados dado que existe pouca investigação publicada que verse sobre esta temática. Na revisão da literatura aqui apresentada apenas quatro referências (13%) são de autores portugueses.

Na Tabela 1 apresenta-se a síntese das fontes bibliográficas utilizadas.

Tabela 1 – Número de referências por publicação e por área consideradas na Bibliografia

Publicação	Nº de referências	
	Ciências económicas e empresariais	Saúde
Academy of Strategic Management Journal	1	-
Acta Médica Portuguesa	-	1
BMC Health Services Research	-	1
BMJ	-	1
Cadernos de Saúde Pública	-	1
Financial Accountability & Management	4	-
Health Informatics Journal	-	1
Health Policy	-	4
Health Policy Analysis	-	1
Intensive Care Medicine	-	2
Journal of Accounting and Public Policy	1	-
Journal of Critical Care	-	1
Journal of Evaluation in Clinical Practice	-	1
Journal of Healthcare Management	-	1
Journal of The American Geriatrics Society	-	1
Management Accounting Research	1	-
Pharmacoeconomics	-	2
Revista Portuguesa de Saúde Pública	-	1
Social Science & Medicine	-	2
The European Accounting Review	1	-
Livros	-	1
Web pages	1	-
Total	9	22

Nesta tabela é evidente a pulverização de artigos por diversas publicações, observamos, no entanto, alguma predominância da *Financial Accountability & Management*, na área das ciências económicas e empresariais e da *Health Policy*, na área da saúde.

3. A despesa em serviços de saúde e as necessidades de controlo

Em grande parte dos países desenvolvidos a despesa com a prestação de cuidados de saúde tem vindo a crescer desde finais do século passado (Hill, 2000), em ritmo superior ao do crescimento da riqueza gerada pelos países (Pinho, 2008), colocando os sistemas de saúde sob enorme pressão financeira (Pereira & Barbosa, 2009). Tal despesa representa, atualmente, uma fatia

significativa do Produto Interno Bruto (PIB) em muitos dos referidos países. Em Portugal, nomeadamente, retendo apenas a evolução desde o início do séc. XXI, o peso da despesa com a prestação de cuidados de saúde no PIB passou de 8,4% em 2000 para 8,9% em 2015, tendo atingido um máximo de 9,9% em 2009 (OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2017), sendo o decréscimo subsequente resultado das medidas de contenção da despesa pública então encetadas pelos sucessivos Governos.

Este crescimento da despesa, nos países desenvolvidos, afigura-se como o resultado de diversos fatores, tais como o envelhecimento da população, a fraca competitividade que se verifica no mercado do medicamento e dos dispositivos médicos, a ausência de medidas de contenção de gastos fortes e efetivas¹ e a inovação tecnológica (Roseboom, van Dongen, Tompa, van Tulder, & Bosmans, 2017), pelo que, como resultado de tal evolução, os hospitais têm vindo a acentuar a sua preocupação com o conhecimento dos principais aspetos que oneram a sua estrutura de gastos (variáveis críticas) e com o seu controlo (Hill, 2000; Jones & Dewing, 1997).

Para conseguir alguma contenção de gastos é imprescindível a colaboração dos médicos, dado que eles são responsáveis pelo controlo de cerca de 80% dos gastos de um hospital (Abernethy, 1996). Num estudo empírico, efetuado em termos comparativos na Escócia e na Suécia, verificou-se que havia um consenso generalizado sobre a importância e a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados médicos prestados, bem como sobre a necessidade de controlar os respetivos custos (Scarparo, 2006). No mesmo estudo foi evidenciado que a integração entre dados médicos e custos foi simultaneamente elogiada e bem recebida, mas, noutros casos, também fortemente criticada por médicos, enfermeiros e mesmo gestores.

¹ Em Portugal verificou-se uma exceção a esta regra, no XIX Governo Constitucional, onde o Ministro da Saúde Paulo Macedo conseguiu negociar com as farmacêuticas fortes medidas de redução de custos nos medicamentos, o que também contribuiu para o decréscimo assinalado no parágrafo anterior.

Considerando a escassez de recursos financeiros e os elevados gastos associados aos cuidados de saúde, a introdução de avaliações económicas no processo de tomada de decisão, nesta área poderá, certamente, ajudar os decisores a afetar os recursos disponíveis de forma mais eficiente.

Assim, não surpreende que desde as últimas décadas do séc. XX, inicialmente nos Estados Unidos, os gastos com os tratamentos tenham começado a ser tidos em conta na tomada de decisões clínicas e de gestão das unidades de saúde (Pines, Fager, & Milzman, 2002), tendo mesmo as questões financeiras assumido um papel central na gestão, sob vários aspetos, de algumas instituições de saúde, como o britânico *National Health Service* (Jacobs, Marcon, & Witt, 2004).

No início dos anos 90, do século passado, a perspetiva introduzida pelo *New Public Management* (Hood,1991), procurou ir ainda mais longe transformando os hospitais em entidades de negócio ou centro de resultados, responsabilizando-os pela obtenção das receitas necessárias à cobertura das suas despesas, induzindo simultaneamente a obtenção de maiores níveis de eficiência (Kurunmäki, 1999; Mancinati, 2010).

Paralelamente, a filosofia de financiamento dos hospitais alterou-se, inicialmente nos EUA (na década de 80 do séc. XX) e depois disseminando-se um pouco por todo o mundo desenvolvido, passando do financiamento baseado nos gastos para um financiamento à produção, suportado em preços fixos para cada tipo de intervenção² (Hill, 2000).

Estas orientações foram adotadas também em Portugal, com a criação dos hospitais-empresa (entidades públicas empresariais), em final de 2005³, cuja atividade está subordinada à celebração de um contrato-programa com o Governo, que inclui, entre outros aspetos, uma previsão de produção e a remuneração da mesma pelo Estado.

² Os chamados preços por Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

³ Com a publicação do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro.

Para acompanhar tal evolução, foram importados, do sector privado, novas formas de relato financeiro e de indicadores, que permitam monitorizar o desempenho de tais entidades (Kurunmäki, 1999).

De facto, as avaliações económicas proporcionam indicações da eficácia e da eficiência relativa dos tratamentos, comparando os seus custos e resultados com tratamentos ou intervenções alternativas (Petrou, 2011; Dams, et al., 2011) e com a remuneração que o estabelecimento de saúde recebe pela prática de tais atos médicos. Uma análise de custo-eficácia de tratamentos é tão mais importante quanto maior a despesa prevista, quer resultante de preço elevado do tratamento, quer do seu prolongamento no tempo em doenças crónicas (Dams, et al., 2011), sem que tal análise deva limitar o tratamento dos doentes, mas apenas a consideração e escolha entre terapêuticas alternativas.

4. A perspetiva económico-financeira e a perspetiva clínica – envolvimento dos profissionais

No sector da saúde é inquestionável que os médicos têm um papel determinante no sucesso de qualquer reforma introduzida e, em particular, se se tratar de novas políticas de contenção de gastos e de melhor afetação de recursos. Assim, qualquer reforma que não envolva esta categoria de profissionais estará, muito provavelmente, condenada ao insucesso (Jacobs, Marcon, & Witt, 2004).

São diversos os autores que (Eddama & Coast, 2008; Erntoft, 2011; Hoffmann & von der Schulenburg, 2000; Jacobs, Marcon, & Witt, 2004; Wu, Knill-Jones, Wilson, & Craig, 2004) provam que os decisores na área da saúde, em muitos países ocidentais, têm atualmente uma perspetiva favorável à utilização de avaliações económicas na alocação de recursos, porém quer o conhecimento quer a utilização dessas avaliações são ainda limitados.

Num estudo desenvolvido na Suécia foi evidenciado que, embora os médicos não tomem decisões com base na rentabilidade associada ao doente, não deixam de ter em consideração o controlo dos custos quando prescrevem procedimentos, ainda que tal consciência se tenha acentuado na sequência da introdução de um sistema de incentivos (Tomás & Moreira, 2010).

Esta sensibilização dos profissionais de saúde para os aspetos financeiros da sua atividade tem vindo a ser conseguida, gradualmente, desde os anos 80 do séc. XX, promovendo-se o seu envolvimento na gestão financeira das unidades de saúde em que trabalham (Abernethy, 1996; Kurunmäki, 1999) e através da introdução de instrumentos próprios do sector privado, como a **gestão por objetivos** nas áreas clínicas por que são responsáveis (Kurunmäki, 1999).

Contudo, diversos autores, trazidos à colação por Mancinati (2010, pp. 425-426) identificaram fortes resistências, por parte dos clínicos, àqueles tipos de instrumentos, nomeadamente à introdução de gestão por orçamentos nos diversos serviços médicos. Porém, no estudo empírico desenvolvido por aquele autor (Mancinati, 2010) foi evidenciada alguma diminuição de tais resistências ao longo do tempo.

Outros autores (Jacobs, Marcon, & Witt, 2004), curiosamente e dada a importância do envolvimento dos médicos na racionalização da afetação de recursos, num estudo internacional comparativo, concluíram que, em geral, os médicos não acediam com facilidade e regularidade a informação económico-financeira, ficando tal informação reservada apenas aos níveis hierárquicos mais elevados.

Eddama e Coast (2009) desenvolveram um estudo sobre a consideração da avaliação económica na decisão clínica nos serviços locais de saúde ingleses, que evidencia, simultaneamente, uma sensibilidade vaga dos médicos para a consideração deste tipo de informação e, por outro lado, a sua secundarização na sua decisão final, privilegiando sempre critérios de natureza clínica. Esta mesma tendência é partilhada por outros autores, como Mancinati (2010), que incluiu no

seu estudo administradores hospitalares que, em grande medida, partilharam a mesma orientação.

De facto, a ponderação de fatores económicos e financeiros na decisão terapêutica é uma matéria delicada porque envolve questões de natureza ética e deontológica, é também complexa, dado que no tratamento de cada doente há a considerar várias questões (Dams, et al., 2011, p. 1027), nomeadamente:

- “diversos acontecimentos ou reações adversas podem ocorrer;
- podem obter-se custos e benefícios distintos;
- as características sociodemográficas dos pacientes, tais como a idade, podem afetar a evolução da doença e, conseqüentemente, influenciar o tratamento; e
- apenas pequenos estudos longitudinais estão disponíveis e podem não ser suficientes para capturar os efeitos de uma terapia prolongada”.

Daí que, aquando da avaliação de diferentes alternativas de tratamento, os clínicos tendam a não considerar a perspetiva económica (Eddama & Coast, 2009), ou, por vezes, a considerá-la muito vagamente dado terem uma perspetiva mais abrangente das suas responsabilidades que ultrapassa a perspetiva meramente financeira e institucional. Têm, no entanto, sido desenvolvidos esforços com vista a moldar o comportamento daqueles profissionais, nomeadamente com a introdução de diversos tipos de controlos e de incentivos, pessoais e/ou institucionais (Kurunmäki, 1999) e de ações de motivação (incentivos) que impactem positivamente na atividade clínica (Mancinati, 2010).

De igual forma, um estudo empírico realizado em Itália (Torbica & Fattore, 2010) apresenta evidência que, habitualmente, a informação económica não é considerada pelos médicos que compunham o universo de estudo, embora a maior parte deles (70%) considerasse que tal tipo de informação deveria ser utilizada com maior frequência; no entanto, consideram que a

avaliação económica deve ser privilegiada a níveis político (Governo) e de gestão das organizações de saúde e não ao nível do médico.

De facto, tem sido demonstrado que a avaliação económica é utilizada apenas a título supletivo, ou seja, é informação que é utilizada pelos médicos, mas não limita a escolha da estratégia de tratamento mais adequada (Torbica & Fattore, 2010; Ubel, Jepson, Baron, Hershey, & Asch, 2003; van Velden, Severens, & Novak, 2005).

Mancinati (2010) defende que estas dificuldades de adoção, por parte dos médicos, de critérios de natureza económico-financeira pode ser ultrapassada através do seu envolvimento na gestão das instituições, que promova uma maior identificação com os seus valores e objetivos.

Contudo, verificam-se casos, como o apresentado por Scarparo (2006) relativo a um hospital sueco, em que um clínico refere ter uma ideia bastante clara de como usar a informação económico-financeira para melhorar a disponibilização de cuidados de saúde, considerando-a, portanto, uma mais-valia. O mesmo se verificou, naquela instituição, relativamente a um enfermeiro que ocupa lugar de destaque na organização, o que nos leva a crer tratar-se de uma atitude resultante da cultura organizacional existente.

Inexoravelmente, diversos indicadores e metodologias para racionamento ou priorização de tratamentos têm vindo a ser introduzidos. Exemplos de tais indicadores e metodologias⁴ são, no primeiro caso, os *Quality-Adjusted-Life-Years* (QALY) e, no segundo caso, a Análise Custo-Utilidade (ACU), que “prioriza os tratamentos por comparação entre custos e QALY’s” (Pinho, 2008, p. 692). No entanto, tais metodologias não se têm revelado de aplicação consensual, gerando muita controvérsia entre os profissionais de saúde e entre estes e a tutela, por um lado,

⁴ Entre vários outros. Pereira e Barbosa (2009) apresentam uma lista de tais técnicas na área da farmacoeconomia que, não sendo exaustiva, é bastante abrangente.

e a sociedade, por outro, dado que nem sempre as perspectivas das três partes interessadas são coincidentes.

Outros modelos têm surgido, como o MBE (Medicina Baseada em Evidência), que consiste na confirmação empírica da efetividade dos tratamentos, para que, através da identificação de intervenções consideradas ineficazes, se possam libertar recursos para usos alternativos, servindo assim para complementar a ACU (Pinho, 2008). Também se tem verificado que “a incorporação da informação farmacoeconómica nas decisões clínicas é cada vez mais evidente e que a utilização dessa informação nas decisões sobre prescrição tem tendência para aumentar” (Pereira & Barbosa, 2009, p. 9).

Porém, se as referências até agora apresentadas são mais direcionadas para o nível micro, ou seja, ao nível do médico ou da equipa médica, raciocínio similar é válido ao nível da gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde (Singh & Wheeler, 2012) e até das entidades reguladoras.

Nesse sentido, outros autores referem que, nas organizações de saúde, a tomada de decisão é muito complexa e pode ser de natureza clínica ou não-clínica; as decisões relacionadas com pacientes estão normalmente associadas com múltiplos fatores, incluindo os de natureza económica, mas considerando também as várias opções de tratamento (Akyürek, Sawalha, & Ide, 2015). Um exemplo paradigmático de metodologias orientadas para o apoio à tomada de decisão, quer a nível clínico, quer a nível das entidades reguladoras, e que combina a perspectiva de minimização de custos com a maximização do bem-estar do doente, face a diversas alternativas terapêuticas é aquilo a que convencionou chamar-se Farmacoeconomia.

De facto, todos os membros de uma organização de saúde – administradores, gestores, médicos e outros profissionais – têm atualmente uma grande pressão no sentido de potenciar a utilização de recursos escassos para obter resultados excelentes (Hanson, et al., 2011). A perspectiva

financeira não pode estar ausente no processo de decisão e é um fator vital na prestação de serviços de saúde e nas políticas de gestão dos hospitais (Akyürek, Sawalha, & Ide, 2015). Tem vindo a revelar-se que tão ou mais importante que a monitorização dos gastos agregados é a monitorização dos gastos por procedimento ou tratamento (Hill, 2000), dada a alteração que se verificou na forma de “remuneração” dos hospitais.

Neste contexto, não é de estranhar que “ao longo das últimas décadas, a contabilidade de gestão tenha ganho importância crescente nas organizações prestadoras de cuidados de saúde como um instrumento fundamental para se obterem ganhos de eficiência e contenção de gastos” (Macinati & Anessi-Pessina, 2014, p. 98).

Contudo, apesar de coexistirem há muitos anos em entidades prestadoras de cuidados de saúde, os dois domínios – o clínico e o financeiro – têm, tradicionalmente, tido reduzida comunicação e interação entre si, tendendo a manter-se cada um deles focado nas suas responsabilidades específicas dentro da organização (Abernethy, 1996; Escobar-Pérez, Escobar-Rodriguez, & Bartual-Sopena, 2016; Jones & Dewing, 1997; Scarparo, 2006). Estes autores reconhecem que a elevada complexidade organizacional é uma característica comum a todos os hospitais, como resultado da presença de diferentes culturas entre grupos profissionais distintos; tal complexidade pode dificultar a partilha e utilização de informação de diversa natureza, tendendo os profissionais de saúde a privilegiar os aspetos clínicos e a menosprezar as questões de natureza financeira.

De salientar que, apesar de encorajada pelos governos, a utilização e os benefícios da contabilidade de gestão nas unidades de saúde está ainda, largamente, por explorar, sendo contudo reconhecida a sua importância para os gestores de saúde e para os decisores políticos (Hill, 2000; Macinati & Anessi-Pessina, 2014). Esta ferramenta produzirá informação que será útil quer na negociação de orçamentos das instituições com a tutela, quer a nível interno na

fixação de um orçamento para cada unidade funcional (Scarparo, 2006). Considerando tais potencialidades e que a gestão económica dos recursos é uma inevitabilidade, tem-se procurado caminhar no sentido da integração total dos diferentes tipos de informação numa única plataforma (ERP), para que possa ser partilhada por todos, conseguindo-se, desta forma, ultrapassar alguma resistência na utilização da informação de natureza económico-financeira.

5. Considerações finais e perspetivas de investigação

A avaliação económica em saúde está atualmente enraizada, de forma sólida, não apenas na ciência económica como também nas ciências da saúde, tendo passado, nos últimos anos, por um processo de rápido desenvolvimento (Pereira & Barbosa, 2009). Apesar das preocupações das entidades reguladoras e dos governantes, em Portugal, com a produção de informação económica e financeira no sector da saúde, a revisão da literatura efetuada não evidencia estudos empíricos significativos sobre tal matéria, nomeadamente sobre a utilização da informação produzida e a sua adequação às necessidades dos principais agentes que podem determinar o nível de despesa em saúde. Daí que o estudo que pretendemos desenvolver possa dar um contributo relevante a esta área de investigação e às entidades reguladoras e aos governantes com responsabilidades nesta matéria.

De facto, considerando que a contenção de gastos é uma exigência imposta a todos os atores das organizações de saúde, onde os médicos assumem um papel determinante (Hernu, Cour, de la Salle, Robert, & Argaud, 2015; Guidet & Beale, 2015), e que “as especificidades sociais e económicas, bem como as características de cada sistema de saúde, a generalização de atitudes e perceções entre países deve ser feita com cuidado” (Torbica & Fattore, 2010, p. 1541), torna-se relevante conhecer, em Portugal, a situação no que respeita a estas matérias⁵, nomeadamente

⁵ Dado não se conhecerem estudos atuais nesta temática.

junto dos médicos, enfermeiros e também, em algumas áreas, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica. A revisão de literatura que efetuámos permitiu-nos formular as seguintes questões como ponto de partida da nossa investigação:

1. Qual a sensibilidade ou predisposição dos profissionais de saúde para a necessidade de racionalização na utilização de recursos, sem que fique comprometida a sustentabilidade económico-financeira da sua instituição e, no limite, do SNS?
2. Qual a perspetiva dos diferentes grupos de profissionais de saúde relativamente à utilização de informação económica e financeira na decisão sobre tratamentos a utilizar ou procedimentos a executar, nomeadamente em que tipo de situações a informação de natureza económico-financeira pode ser utilizada na decisão clínica.
3. Que tipo de informação, nomeadamente de natureza económico-financeira, utilizam os diferentes profissionais de saúde na decisão sobre terapêutica a utilizar? Quem disponibiliza tal informação?
4. Que tipo de informação gostariam de ter os diferentes profissionais de saúde para uma melhor decisão, que permita compatibilizar os interesses do doente e da instituição?

A procura de resposta a estas questões conduz-nos à investigação que nos propomos efetuar, sob a forma de um estudo empírico, aplicado às instituições hospitalares, em Portugal. Este estudo contribuirá para a realização de um diagnóstico da situação face à aparente dicotomia entre a racionalidade económica e a racionalidade clínica na tomada de decisão, em contexto hospitalar.

Quer o Ministério da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., bem como das Administrações Regionais de Saúde, do INFARMED e das restantes entidades que compõem o SNS (em particular os hospitais), que dispõem de gabinetes técnicos robustos, produzem volumes assinaláveis de informação económica e financeira. O contributo deste

trabalho será dar a conhecer às entidades reguladoras, à Tutela e às entidades prestadoras de cuidados hospitalares até que ponto a informação produzida é útil, se está devidamente disseminada pelos profissionais de saúde e se é adequada às suas necessidades no apoio à tomada de decisão clínica.

Contudo, dadas as diferentes características dos grupos de profissionais de saúde em presença, e a sua preponderância na prescrição e na utilização de recursos, o estudo empírico a desenvolver, será segmentado em fases, iniciando-se junto dos médicos e, posteriormente, evoluindo para os restantes grupos profissionais (enfermeiros e técnicos).

Bibliografia

- Abernethy, M. A. (1996). Physicians and resource management: The role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 12(2), 141-156.
- Akyürek, Ç. E., Sawalha, R., & Ide, S. (2015). Factors affecting the decision making process in healthcare institutions. *Academy of Strategic Management Journal*, 14 (Special Issue), 1-14.
- Dams, J., Bornschein, B., Reese, J. P., Conrads-Frank, A., Oertel, W. H., Siebert, U., & Dodel, R. (2011). Modelling the Cost Effectiveness of Treatments for Parkinson's Disease. *Pharmacoeconomics*, 29(12), 1025-1049. doi:10.2165/11587110-000000000-00000
- Eddama, O., & Coast, J. (2008). A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. *Health Policy*, 86, 129-141. doi:10.1016/j.healthpol.2007.11.010
- Eddama, O., & Coast, J. (2009). Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: A qualitative investigation. *Health Policy*, 89, 261-270. doi:10.1016/j.healthpol.2008.06.00
- Erntoft, S. (2011). Pharmaceutical Priority Setting and the Use of Health Economic Evaluations: A Systematic Literature Review. *Health Policy Analysis*, 14, 587-589. doi:10.1016/j.jval.2010.10.036
- Escobar-Pérez, B., Escobar-Rodríguez, T., & Bartual-Sopena, L. (2016). Integration of healthcare and financial information: Evaluation in a public hospital using a comprehensive approach. *Health Informatics Journal*, 22(4), 878-896. doi:10.1177/1460458215595259
- Guidet, B., & Beale, R. (2015). Should cost considerations be included in medical decisions? Yes. *Intensive Care Medicine*, 41, 1838-1840. doi:10.1007/s00134-015-3988-6

- Hanson, L. C., Carey, T. S., Caprio, A. J., Lee, T. J., Ersek, M., Garrett, J., . . . Mitchell, S. L. (2011). Improving Decision-Making for Feeding Options in Advanced Dementia: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of The American Geriatrics Society*, *59*(11), 2009-2016.
- Hernu, R., Cour, M., de la Salle, S., Robert, D., & Argaud, L. (2015). Cost awareness of physicians in intensive care units: a multicentric national study. *Intensive Care Medicine*, *41*, 1402-1410. doi:10.1007/s00134-015-3859-1
- Hill, N. T. (2000). Adoption of costing systems in US hospitals: An event history analysis 1980-1990. *Journal of Accounting and Public Policy*, *19*, 41-71.
- Hood, C. (1991). A Public Management for all Seasons?. *Public Administration*, *69*(1), 3-19.
- Hoffmann, C., & von der Schulenburg, J.-M. G. (2000). The influence of economic evaluation studies on decision making: a European survey. *Health Policy*, *52*, 179-192.
- Jacobs, K., Marcon, G., & Witt, D. (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management Accounting Research*, *15*, 337-354. doi:10.1016/j.mar.2004.03.005
- Jones, C. S., & Dewing, I. P. (1997). The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability & Management*, *13*(3), 261-280.
- Kurunmäki, L. (1999). Making an accounting entity: the case of the hospital in Finnish health care reforms. *The European Accounting Review*, *8*(2), 219-237.
- Macinati, M. S., & Anessi-Pessina, E. (2014). Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: Evidence from the Italian National Health Service. *Health Policy*, *117*, 98-111. doi:10.1016/j.healthpol.2014.03.011
- Mancinati, M. S. (2010). NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: Lessons from two case-studies. *Financial Accountability & Management*, *26*(4), 422-442.
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (20 de maio de 2017). *Health expenditure and financing*. Obtido de OECD.Stat: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- Pereira, J., & Barbosa, C. (2009). Avaliação económica aplicada aos medicamentos. Em J. Pereira, *Farmacoeconomia: princípios e métodos* (pp. 7-20). Madrid: Wolters Kluwer.
- Petrou, S. (2011). Economic evaluation alongside randomised controlled trials: design, conduct, analysis, and reporting. *BMJ*, *342*, 1-6. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.d1548
- Pines, J. M., Fager, S. S., & Milzman, D. P. (2002). A Review of Costing Methodologies in Critical Care Studies. *Journal of Critical Care*, *12*(3), 181-187. doi:10.1053/jcrc.2002.35811
- Pinho, M. M. (mar de 2008). Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(3), 690-695.
- Roseboom, K. J., van Dongen, J. M., Tompa, E., van Tulder, M. W., & Bosmans, J. E. (2017). Economic evaluations of health technologies in Dutch healthcare decision-making: a qualitative study of the current and potential use, barriers, and facilitators. *BMC Health Services Research*, *17*:89, 1-11. doi:10.1186/s12913-017-1986-9

- Santos, P., Nazaré, I., Martins, C., Sá, L., Couto, L., & Hespanhol, A. (2015). As Normas de Orientação Clínica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *28*(6), 754-759.
- Scarpato, S. (2006). The integration of clinical and costing information: A comparative study between Scotland and Sweden. *Financial Accountability & Management*, *22*(2), 133-155.
- Singh, S. R., & Wheeler, J. (2012). Hospital Financial Management: What is the Link Between Revenue Cycle Management, Profitability, and Not-for-Profit Hospitals' Ability to Grow Equity? *Journal of Healthcare Management*, *57*(5), 325-339.
- Tomás, A., & Moreira, P. K. (2010). Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *9*, 73-94.
- Torbica, A., & Fattore, G. (2010). Understanding the impact of economic evidence on clinical decision making: A discrete choice experiment in cardiology. *Social Science & Medicine*, *70*, 1536-1543. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.030
- Ubel, P. A., Jepson, C., Baron, J., Hershey, J. C., & Asch, D. A. (2003). The influence of cost-effectiveness information on physicians' cancer screening recommendations. *Social Science & Medicine*, *56*(8), 1727-1736.
- van Velden, M. E., Severens, J. L., & Novak, A. (2005). Economic Evaluations of Healthcare Programmes and Decision Making: The influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels. *Pharmacoeconomics*, *23*(11), 1075-1082. doi:1170-7690/05/0011-1075/\$34.95/0
- Wu, O., Knill-Jones, R., Wilson, P., & Craig, N. (2004). The impact of economic information on medical decision making in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *10*(3), 407-411.