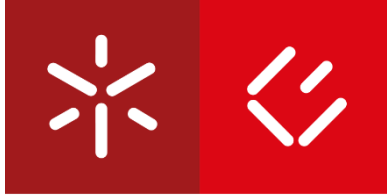


Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Rosana Maria Meneses Soares

**A influência do conhecimento do custo dos
MCDT no comportamento de prescrição dos
médicos**



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Rosana Maria Meneses Soares

**A influência do conhecimento do custo dos
MCDT no comportamento de prescrição dos
médicos**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Marieta Valente e do
Mestre Luís Sá**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Quero aqui dirigir os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que colaboraram nesta experiência e contribuíram para a realização deste projeto.

Ao Mestre Luís Sá que, pelo seu entusiasmo na partilha de conhecimento, despertou a minha curiosidade e interesse para a área da Economia da Saúde. Pela sua valiosa coorientação, por todo o apoio e conselhos prestados. Pelo incentivo constante à melhoria e por ser uma referência para mim.

À Professora Doutora Marieta Valente pela sua orientação, amabilidade e disponibilidade desde o início. Pelas suas sugestões e motivação para a minha progressão.

Foi um privilégio e uma honra ser orientada por vós.

Ao Miguel por todo carinho, confiança, presença constante e apoio incondicional. Por ser o meu suporte, sempre.

À Diana por ser o meu centro de assistência emocional, pela sua ajuda e inspiração.

À Patrícia por todos os conselhos, motivação e, acima de tudo, companhia neste caminho.

Aos meus irmãos pelo seu amor e por serem bons ouvintes. Aos meus pais por todo o apoio, por primarem a minha educação e me darem força para conseguir atingir os meus objetivos.

Por último, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., em especial ao Senhor Presidente Miguel Paiva pelo seu acolhimento e interesse nesta investigação. Quero ainda demonstrar a minha gratidão para com todos os médicos deste centro hospitalar que aceitaram participar no estudo e tornaram possível a sua concretização.

Obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Título: A influência do conhecimento do custo dos MCDT no comportamento de prescrição dos médicos

Resumo

Nas últimas duas décadas, tem-se verificado um aumento da despesa com cuidados de saúde, nomeadamente a nível hospitalar. Este deve-se, em parte, aos custos associados com a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) solicitados pelos médicos durante o processo de diagnóstico e tratamento. Assim, o seu comportamento de prescrição deve ser adequado para uma prestação eficiente de cuidados de saúde. O presente estudo tem como objetivo conhecer a influência que o conhecimento do custo de MCDT exerce na tomada de decisão dos médicos aquando da sua prescrição.

Foi desenvolvido um questionário que avaliou as perceções dos médicos relativamente aos custos dos MCDT e o seu impacto no seu comportamento de prescrição. O inquérito foi aplicado no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV) e obteve a participação voluntária de 70 médicos.

Os resultados indicam que o conhecimento do custo dos MCDT não é generalizado entre os médicos e que o efeito de moderação da transparência do custo sobre a prescrição de MCDT é limitado. A decisão de prescrição parece ser mediada por determinantes como o desempenho passado ou presente de funções de gestão, que contribui para um comportamento de prescrição mais moderado no que respeita a custos implicados.

Estes resultados sugerem que o conhecimento do custo dos MCDT por parte dos médicos pode não ser, por si só, uma solução eficaz e suficiente para controlar a despesa hospitalar.

Palavras-chave: Comportamento de prescrição; Custo de MCDT; Despesa em saúde.

Title: The influence of the knowledge of the cost of DPTI on the prescription behavior of physicians

Abstract

In the last two decades, there has been an increase in health care expenditure, namely at the hospital level. This is partly due to the costs associated with the provision of Diagnostic Procedures and Therapeutic Interventions (DPTI) requested by physicians during the diagnosis and treatment process. Thus, the prescription behavior should be adequate for an efficient provision of health care. The present study aims to assess the influence of physician awareness of DPTI costs on their prescribing decisions.

A questionnaire was developed to evaluate the perceptions of physicians regarding the costs of DPTI and their impact on their prescribing behavior. The questionnaire was applied at the Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV) and obtained the voluntary participation of 70 physicians.

The results indicate that awareness of costs is not generalized among physicians and that the moderating effect of cost transparency on prescription is limited. Prescribing decisions appear to be influenced by management positions appointments, which increase cost awareness and moderate prescriptions.

These results suggest that physician awareness of the costs of DPTI may be neither an effective nor sufficient solution to control hospital spending.

Keywords: Cost of DPTI; Health expenditure; Prescription behavior.

Índice

1 Introdução	1
2 Revisão de literatura	4
2.1 Enquadramento do tema	4
2.2 Determinantes do Comportamento de Prescrição.....	10
2.3 Efeito do Conhecimento dos Custos dos MCDT no Comportamento de Prescrição	15
3 Metodologia	19
3.1 Objetivos e Tipo de Estudo.....	19
3.2 Hipóteses e Variáveis.....	19
3.3 Método de Recolha de Dados e Desenho do Questionário.....	19
3.4 Amostra e Análise dos Dados.....	22
4 Resultados	23
4.1 Descrição dos Participantes	23
4.2 Análise Descritiva das Respostas ao Questionário.....	24
4.3 Apresentação e Análise dos Resultados segundo o Exercício de Funções de Gestão e o Vínculo ao Centro Hospitalar	31
4.3.1 Resultados por Exercício de Funções de Gestão	32
4.3.2 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar (Exclusividade)	34
5 Conclusão	36
5.1 Conclusões Gerais	36
5.2 Implicações do Estudo para Políticas Públicas.....	36
5.3 Limitações do Estudo e Propostas para Investigações Futuras	38
6 Referências Bibliográficas	40
APÊNDICE 1 – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	46
APÊNDICE 2 – Questionário aos médicos	47
APÊNDICE 3 – Frequências absoluta e relativa das respostas às questões do questionário aos médicos	51

Lista de abreviaturas e siglas

ACO - Accountable Care Organization

CHEDV - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

EUA - Estados Unidos da América

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidades de Saúde Familiar

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Despesa corrente em cuidados de saúde (2000-2018).....	1
Gráfico 2 Soma de encargos com MCDT no Setor Convencionado (2014-2018).....	2

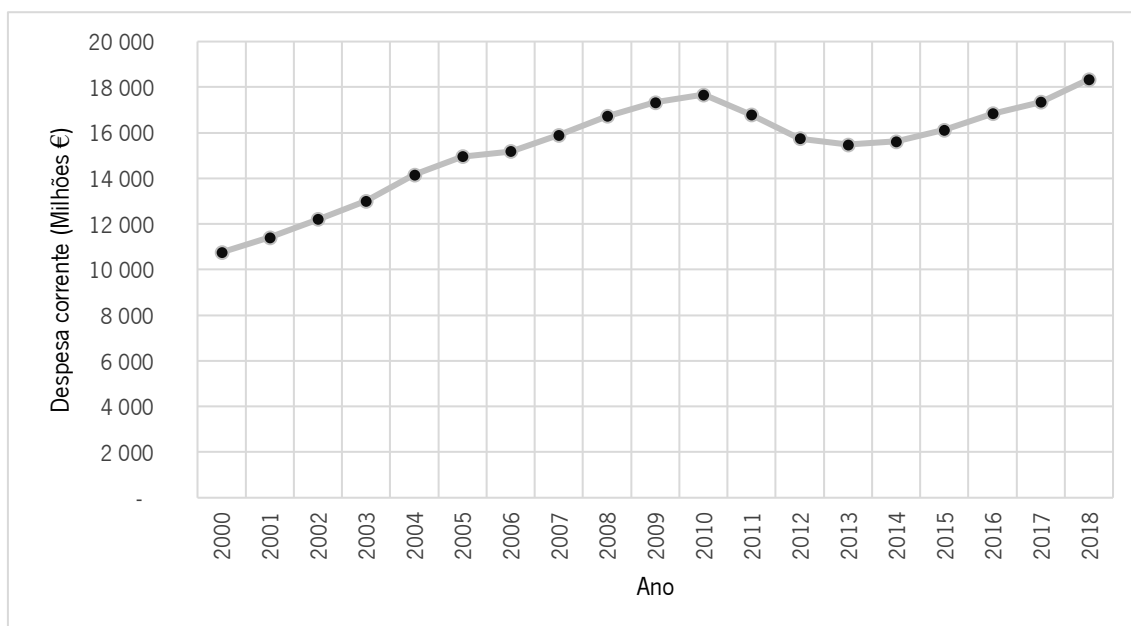
Lista de Tabelas

Tabela 1 Quadro-resumo de investigações que estudaram o comportamento de prescrição de MCDT e fatores que o influenciam.	13
Tabela 2 Quadro resumo de algumas investigações analisadas que estudaram o efeito do conhecimento dos custos no comportamento de prescrição de MCDT.	17
Tabela 3 Conhecimento, acesso a informação e o seu efeito	24
Tabela 4 Efeitos educacionais e do hábito	25
Tabela 5 Efeitos do lado da procura	26
Tabela 6 Efeitos do contexto da prática clínica.....	26
Tabela 7 Efeitos de incentivos financeiros e restrições orçamentais	27
Tabela 8 Relações de agência e imputação de custos.....	28
Tabela 9 Distribuição temporal da prescrição no tempo.....	29
Tabela 10 Principal determinante da prescrição de MCDT	29
Tabela 11 Evolução da preocupação com os custos ao longo da carreira.....	30
Tabela 12 Efeito do local de exercício e de cobertura de seguro além do SNS.....	30
Tabela 13 Percepção da importância atribuída a diferentes determinantes da prescrição de MCDT em hospitais públicos e privados.....	31
Tabela 14 Resultados por Exercício de Funções de Gestão às Questões 1-7, 17 e 18	32
Tabela 15 Resultados por Exercício de Funções de Gestão à Questão 24.....	33
Tabela 16 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar às Questões 1-7, 17 e 18	34
Tabela 17 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar à Questão 24	35

1 Introdução

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento da despesa com cuidados de saúde na maior parte dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sendo este aumento, em alguns casos, evidência de desperdício (OECD, 2017) – Portugal não é exceção. Dados estatísticos demonstram o quanto, nas duas décadas passadas, estes gastos aumentaram a nível nacional (Gráfico 1). Para este facto, contribuem fatores como a crescente procura de cuidados de saúde e o aumento dos seus custos de produção. O primeiro deve-se predominantemente ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas, que acarreta necessidades acrescidas de tratamentos médicos; enquanto o segundo se prende com o número de terapias inovadoras, e dispendiosas, que têm surgido e que são, em parte, consequência dos avanços tecnológicos a que se tem vindo a assistir (Rischatsch, 2015).

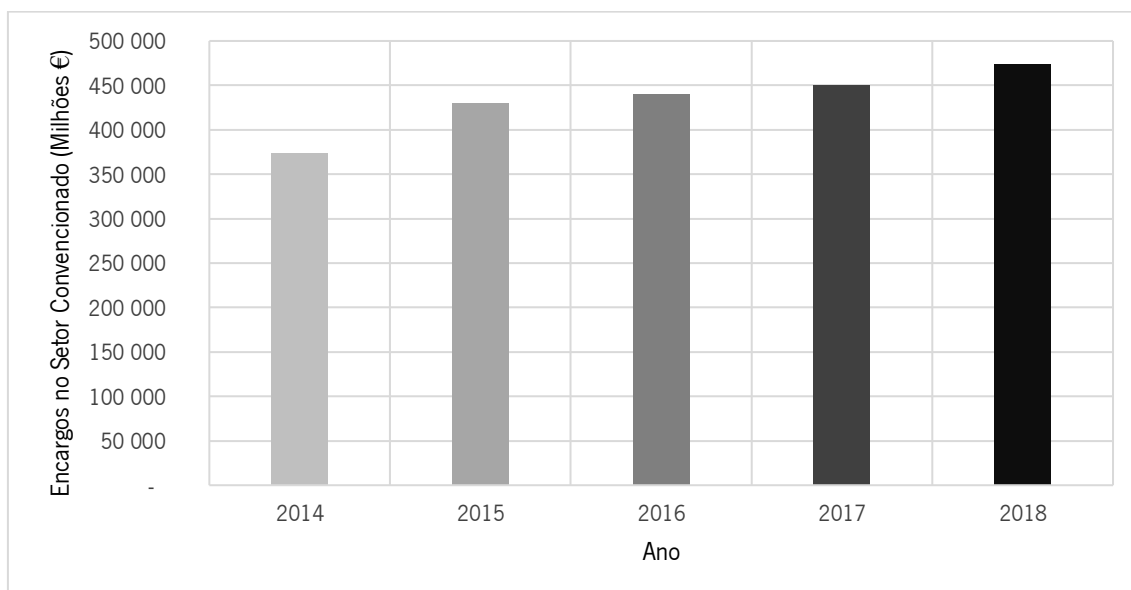
Gráfico 1 Despesa corrente em cuidados de saúde (2000-2018).



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos de PORDATA.

Um dos fatores que concorre para que o aumento da despesa médica se verifique são os encargos crescentes com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) que as Entidades Convencionadas enfrentam (Gráfico 2).

Gráfico 2 Soma de encargos com MCDT no Setor Convencionado (2014-2018).



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos de SNS Transparência.

Os MCDT, tais como testes laboratoriais e exames de imagiologia, são uma ferramenta clínica fundamental no apoio à gestão dos cuidados de saúde a prestar ao doente, viabilizando tomadas de decisão informadas e, conseqüentemente, mais adequadas (van der Horst, van de Wijngaart, Scherrenburg, van Dijk, & Janssens, 2017). Na verdade, em muitas situações, o diagnóstico e a opção pelo melhor tratamento só são possíveis com o recurso aos MCDT (Cadamuro *et al.*, 2018).

São vários os estudos que evidenciam a existência de uma frequente e excessiva solicitação de MCDT no universo hospitalar (Goetz, Rotman, Hartoularos, & Bishop, 2015) ou mesmo a sua desadequação, isto é, quando o MCDT requisitado não é o apropriado ao caso clínico em questão (Freedman, 2015). Uma investigação estimou que, nos Estados Unidos da América (EUA), a percentagem de MCDT solicitados em duplicado seja sensivelmente 25% (Stremikis, Schoen, & Fryer, 2011). Agravando esta situação está o facto de 68% dos MCDT requisitados não contribuírem para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Miyakis, Karamanof, Liontos, & Mountokalakis, 2006). Relativamente a Portugal, um estudo revelou que os MCDT mais requisitados são os testes laboratoriais e que a tendência de prescrição excessiva também aqui é verificável (Sá *et al.*, 2017), com muitos doentes a solicitar e a ser objeto de MCDT rotineiros, mas desnecessários (Martins *et al.*, 2013).

Esta dissertação concentra-se nas possibilidades de atuação sobre a prescrição excessiva e ineficiente de MCDT, nomeadamente em termos do processo administrativo de prescrição e na informação ao dispor dos médicos. Tem o objetivo de avaliar em que medida o conhecimento do custo dos MCDT pode influenciar o comportamento de prescrição dos médicos. Em particular, procura responder às seguintes questões de investigação: (i) *se e como* a perceção que os médicos têm do custo dos MCDT afeta o seu comportamento de prescrição; e (ii) como essa influência se relaciona com outros fatores determinantes do comportamento de prescrição de MCDT, como o exercício de funções em exclusividade e o desempenho de cargos de gestão. Apesar do conhecimento do custo dos MCDT pelos médicos portugueses já ter sido avaliado num estudo (Sá *et al.*, 2015) e a caracterização do seu padrão de prescrição ter sido estabelecida noutro (Sá *et al.*, 2017), esta é a primeira investigação realizada em Portugal, de que se tem conhecimento, com os objetivos acima descritos.

O presente trabalho baseou-se no desenvolvimento e na aplicação de um questionário aos médicos do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE (CHEDV)¹. Os principais resultados sugerem que o conhecimento dos custos dos MCDT não é generalizado entre os médicos e que este teria um efeito moderador sobre a prescrição de MCDT limitado. Os resultados sugerem ainda que o efeito do conhecimento dos custos sobre as decisões de prescrição possa ser mediado por outros determinantes dessa decisão.

Finalmente, este problema enquadra-se nas temáticas abordadas no âmbito do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, uma vez que a identificação de intervenções que permitam a redução da prescrição excessiva e ineficiente de MCDT é uma ferramenta útil à gestão de unidades de saúde – particularmente daquelas cuja receita é prospetiva e contratualmente estabelecida, como é o caso das unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A estrutura desta dissertação está segmentada em cinco capítulos. Uma revisão da literatura com que esta dissertação se relaciona e a fundamentação concetual do seu elemento-chave, o questionário, são apresentadas no Capítulo 2. A metodologia de investigação é apresentada no Capítulo 3. O Capítulo 4 dedica-se à descrição dos dados obtidos e à análise dos resultados. No Capítulo 5, faz-se a discussão dos resultados e apresentam-se considerações finais.

¹ O Apêndice 1 inclui uma breve descrição do CHEDV.

2 Revisão de literatura

2.1 Enquadramento do tema

Como referido na introdução, existe evidência empírica quanto à excessiva solicitação de MCDT e por vezes desadequação. Como resultado do recurso excessivo e inapropriado aos MCDT, é gerado desconforto no doente, risco de diagnóstico e tratamento incorretos, atraso no diagnóstico, permanência prolongada no hospital e sobrecarga dos serviços (Freedman, 2015; Silvestri *et al.*, 2018). Tudo isto concorre para a deterioração da qualidade dos cuidados de saúde e para a crescente despesa médica (van Walraven & Naylor, 1998). Por outro lado, tem-se o aumento do custo de oportunidade que advém do desperdício de recursos que seriam melhor aproveitados no tratamento de doentes que deles retirariam maior benefício em termos de ganhos de saúde (Moynihan, Doust, & Henry, 2012).

Importa, então, definir o que se entende por utilização excessiva de MCDT. Um MCDT revela-se desnecessário – e, por isso, excessivo – quando, independentemente do seu resultado, não possibilita a alteração da estratégia de provisão de cuidados médicos ao doente (Sedrak *et al.*, 2016). O recurso excessivo a MCDT traduz-se num aumento da despesa com cuidados de saúde sem que, no entanto, se verifique um ganho em termos da precisão do diagnóstico, da adequação do tratamento e, conseqüentemente, do estado de saúde dos doentes. MCDT *excessivos*, por fornecerem informação insuficiente e que não se traduz num ganho de saúde para os doentes, devem ser evitados (Janssens, 2010).

Até aqui, a discussão centrou-se na prescrição excessiva de MCDT. Contudo, mesmo no domínio da prescrição de MCDT estritamente necessários do ponto de vista clínico, existem diferentes combinações de MCDT que, para a mesma precisão de diagnóstico e adequação de tratamento, resultam em custos totais diferentes. Owens, Qaseem, Chou, & Shekelle (2011) defendem, por isso, uma escolha de MCDT norteada pelo conceito de custo-efetividade: um MCDT é custo-efetivo se apresentar menor custo relativamente a outro com o mesmo benefício ou se o maior benefício compensar o custo adicional (Ginsburg, Kravitz, & Sandberg, 2000).

É neste contexto que o papel do médico e a discricionariedade de que este dispõe se apresentam como fatores determinantes da *utilização* e *escolha* de MCDT. Para compreender o seu comportamento de prescrição, é necessário, em primeiro lugar, compreender o papel que os médicos desempenham nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos.

Os cuidados de saúde são um serviço e, como tal, o seu mercado é constituído por um fornecedor de cuidados de saúde (o médico a título individual ou a unidade de saúde em termos agregados), o consumidor desses cuidados (o doente) e o pagador. Ao contrário dos mercados de outros bens, em que o consumidor e o pagador são o mesmo agente, é frequente, no caso dos cuidados de saúde, o consumidor (o doente) não ser quem paga (o pagador) no *momento do consumo*. Pela existência de seguros de saúde (públicos ou privados) ou de serviços nacionais de saúde financiados por impostos gerais, como é o caso português, os doentes suportam apenas uma pequena ou inexistente parte do custo do serviço de saúde prestado. Neste caso, é o seguro ou o serviço público de saúde a entidade que financia a prestação de cuidados de saúde e que, portanto, assume o papel de pagador no momento do consumo.

Note-se que – no caso de unidades de saúde financiadas através de esquemas em que receita total ou por doente/tratamento é fixa, como acontece com os hospitais da rede do SNS, cujo financiamento é prospetivo, plurianual e contratualmente estabelecido em resultado de negociações com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) – também a administração dessas unidades, responsável pela gestão do orçamento da instituição e enquanto hierarquia independente da hierarquia clínica, pode ser interpretada como um pagador. O médico presta ou prescreve o serviço, mas é a administração que tem de garantir uma afetação de recursos que permita a sua realização.

Além de ser caracterizado por relações que geralmente envolvem mais agentes do que noutros sectores, o sector da saúde é caracterizado por assimetrias de informação. Por informação assimétrica entende-se a situação em que uma das partes envolvidas tem maior conhecimento que a outra sobre elementos relevantes para uma transação (Barros, 2019). Por exemplo, o médico deterá, em resultado da sua formação e ao contrário do doente, conhecimentos que lhe permitem realizar diagnósticos e seleccionar os tratamentos aos quais este deverá ser submetido. Nas transações ocorridas neste sector, o produtor detém informação sobre a necessidade, natureza e quantidade de cuidados de saúde de que o consumidor e, em larga medida, o pagador não dispõem.

Uma relação de agência surge quando, devido à falta de informação, um agente delega noutro(s) a tomada de decisões. O doente, não possuindo domínio científico do tratamento mais apropriado ao seu caso clínico, deposita a sua confiança no médico; e o pagador, desconhecendo as necessidades reais de tratamento e os custos implicados, transfere o poder de decisão para o mesmo profissional de saúde (Riise, Hole, Gyrð-Hansen, & Skåtun, 2016). No entanto, não é raro

verificar-se nesta delegação de decisões entre o doente e o médico e entre o pagador e o médico, a existência de interesses divergentes, nomeadamente no que respeita à afetação de recursos (Barros, 2019). Enquanto o doente tem – pelo menos, até à quantidade estritamente necessária para reestabelecer o estado de saúde – interesse por receber quantidades crescentes de cuidados de saúde, o pagador preferirá que essa quantidade seja a menor possível. O médico seria um agente perfeito do ponto de vista da sociedade se, na sua tomada de decisão, atribuisse o mesmo valor ao benefício do doente e aos custos impostos ao pagador². No entanto, este é apenas um dos inúmeros cenários possíveis: qualquer valoração que se afaste desta implicará um enviesamento no sentido de maior quantidade e maiores custos ou, pelo contrário, quantidade porventura insuficiente e maior contenção de custos.

Como demonstraram Ellis & McGuire (1986), o sistema de pagamento através do qual o médico é remunerado pode atenuar ou intensificar tal enviesamento. Se a remuneração do médico valorizar a quantidade de atos médicos prescritos ou realizados, geram-se incentivos adicionais que estão alinhados com os dos doentes. Isto é, geram-se incentivos ao aumento da quantidade de cuidados de saúde prestados. Isto ocorre quando, por exemplo, o médico é pago por *fee-for-service*, situação na qual recebe um pagamento por unidade de cuidados prestados. Se, pelo contrário, a remuneração for independente da quantidade de atos médicos prescritos ou realizados – como é o caso da remuneração por salários, particularmente relevante no caso português –, o esforço requerido pelo exercício de funções bastará para aproximar o comportamento dos médicos daquele desejado pelo pagador³. Já no caso específico dos MCDT, o salário poderá incentivar a sua prescrição, uma vez que o esforço da sua realização recai frequentemente sobre outros agentes. Assim, além do peso atribuído aos benefícios para os pacientes e aos custos associados, a prescrição de MCDT poderá ser influenciada pelos objetivos próprios do médico como, mas não exclusivamente, a sua remuneração.

Além de objetivos próprios e da importância relativa que o médico atribui aos benefícios para os pacientes e aos custos dos MCDT, também a estimativa que este faz dos benefícios e dos custos influencia o seu comportamento. Noutras palavras, também o conhecimento das consequências afeta a decisão de prescrição. Por exemplo, a sobrestimação do ganho de precisão

² Note-se que os contextos em que dos doentes suportam parte substancial ou a totalidade da despesa em nada invalidam o facto de o médico considerar tanto os benefícios dos cuidados de saúde como os seus custos. Neste caso, é possível interpretar a relação de agência do médico com o doente/pagador como aquela em que clínico idealmente prescreve serviços que proporcionem maior benefício com menores custos para o doente (Riise *et al.*, 2016).

³ Existe, ainda, a possibilidade de os médicos serem diretamente responsabilizados pelos custos das suas escolhas de prescrição, o que deverá promover maior contenção (Riise *et al.*, 2016).

de diagnóstico decorrente de um MCDT adicional e/ou a subestimação do seu custo contribuem para que a sua prescrição se efetive. Neste caso, medidas que permitam aos médicos estimar com mais exatidão custos e benefícios, aproximando-os, têm o potencial de mitigar o recurso excessivo a MCDT e incentivar a escolha de combinações de MCDT mais eficientes. Se, relativamente aos benefícios dos cuidados de saúde em geral e dos MCDT em particular, existe um grau de incerteza que não pode ser eliminado totalmente, os custos são uma variável mais facilmente quantificável e passível de ser conhecida *ex ante*. Contudo, não só a maioria dos médicos a nível internacional parece desconhecer a despesa associada ao uso de MCDT (Allan & Innes, 2002; Allan & Lexchin, 2008; Sehgal & Gorman, 2011), como se verifica uma tendência de subestimação dos custos, o que é consistente com a ocorrência de prescrição excessiva documentada na literatura. A meta-análise de Allan & Lexchin (2008) revelou que 33% das estimativas dos custos de MCDT está entre 20% e 25% do seu verdadeiro valor e que 50% das estimativas é igual ou inferior a 50% do seu custo real. Mais ainda, o ano e o país do estudo e a área e o nível de especialização não influenciam a precisão da estimativa. Neste domínio, Portugal não parece ser exceção. De acordo com Sá *et al.* (2015), os médicos de medicina geral e familiar portugueses têm conhecimento limitado do custo dos MCDT. Com efeito, Freedman (2015) e Cadamuro *et al.* (2018) sugerem que o fornecimento de informação sobre o custo dos MCDT pode reduzir a prescrição excessiva e ineficiente de MCDT.

Esta medida apresenta-se como resposta a uma questão mais abrangente: quais as intervenções de política públicas e de gestão de unidades de saúde que podem contribuir para a moderação da prestação de serviços de baixo valor clínico? Janssens (2010) defende a responsabilização dos médicos pelo orçamento afetado à realização de MCDT, o desencorajamento do preenchimento automático dos formulários de pedido de MCDT e a aplicação de protocolos clínicos na requisição. Colla, Mainor, Hargreaves, Sequist, & Morden (2016) propõem a adoção de formas de remuneração dos médicos que valorizam serviços com maior custo-efetividade, assim como a criação de medidas de apoio à decisão clínica para reduzir o número de MCDT redundantes prescritos. Em particular, sistemas informáticos que alertam os médicos para a solicitação de um MCDT com baixo valor clínico ou recentemente requisitado, assim como intervenções educacionais que promovem alterações no comportamento de prescrição.

Os já referidos Freedman (2015) e Cadamuro *et al.* (2018) fazem propostas semelhantes. Nomeadamente, formação complementar, restrição dos MCDT que podem ser prescritos pelo

ajuste do sistema informático de prescrição eletrónica, harmonização da nomenclatura dos MCDT e adaptação dos formulários de requisição de forma que se reduza o número de MCDT solicitados desnecessariamente. Schmidt *et al.* (2017) defendem a transparência do custo como a intervenção mais sustentável a longo prazo, uma vez que consome pouco tempo aos médicos, não é muito dispendiosa, não interfere com a sua linha de trabalho e não são necessárias repetições constantes, ao contrário de intervenções como as educacionais ou avaliação dos resultados. Daqui decorre que a atuação sobre a prescrição excessiva e ineficiente de MCDT deverá processar-se em três domínios: o sistema de remuneração, o processo administrativo de prescrição e a formação dos médicos ou a informação de que dispõem.

Antes de avançar na discussão, é importante esclarecer em que situações esta redução da prescrição excessiva e ineficiente de MCDT é *desejável* do ponto de vista de uma unidade de saúde – em particular, da sua hierarquia de gestão. Como debatido acima, quando esta se depara com uma situação em que a sua receita é fixa, os seus incentivos estão alinhados com os da entidade que efetivamente financia a prestação de cuidados de saúde, quer ela seja uma seguradora, um subsistema ou um serviço nacional de saúde. A redução dos custos resultante da prescrição mais eficiente é, neste caso, benéfica para unidade de saúde. Quando, pelo contrário, a receita depende positivamente da procura (i.e., do número de serviços prestados), a unidade de saúde beneficia financeiramente da prescrição de um grande volume de MCDT, mesmo que excessiva do ponto de vista clínico e ineficiente do ponto de vista produtivo. Do primeiro destes casos, são exemplo as unidades de saúde de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS. Esta dissertação versa essencialmente sobre estas unidades, ainda que os seus resultados se possam aplicar também a unidades sob esquemas de financiamento semelhantes. Com efeito, no âmbito do SNS, é reconhecido que a prescrição de MCDT deve ser apropriada e justificada – dado que os seus custos são responsáveis por uma fatia importante dos custos dos hospitais – e que os médicos desempenham um papel preponderante na prossecução deste objetivo, uma vez que são eles quem decide quais os MCDT a que o doente deve ser submetido (ACSS, 2017).

Relativamente ao primeiro domínio de intervenção (o sistema de remuneração), não existem, no SNS, incentivos diretamente dedicados à redução da prescrição excessiva e ineficiente. Como debatido acima, o método de remuneração largamente predominante é o salário e não é claro como este influencia o comportamento de prescrição.

No segundo domínio de intervenção (o processo operacional de prescrição), têm vindo a ser implementadas alterações, não necessariamente apontadas à redução da prescrição de

MCDT. Foi determinada, em setembro de 2011, a obrigatoriedade da prescrição eletrônica de MCDT que sejam compartilhados com verbas do SNS (Despacho n.º 9186/2011, 2011) e, de acordo com Alpuim (2014), um dos seus efeitos é a diminuição dos erros associados à prescrição. Outro projeto implementado, e como reforço à medida acima descrita, foi a criação do programa “Exames sem Papel”, que veio permitir a concentração de informação relativa aos MCDT (como os resultados) e o seu acesso digital pelos doentes e profissionais de saúde. O projeto visa a contenção do desperdício, nomeadamente a eliminação da solicitação de MCDT duplicados (Portaria n.º 126/2018, 2018)⁴.

No domínio da formação e da informação de que os médicos dispõem, duas intervenções merecem destaque. Em primeiro lugar, a publicação de orientações clínicas sobre a prescrição de MCDT por parte do Ministério da Saúde tem como objetivo influenciar os médicos no sentido de uma utilização e escolha de MCDT mais custo-efetiva; em segundo – e atuando diretamente sobre o conhecimento dos custos dos MCDT – o sistema informático de prescrição inclui atualmente uma opção que permite aos clínicos consultarem o exato custo dos MCDT aquando da sua requisição (Sá *et al.*, 2015).

O presente estudo relaciona-se com duas correntes da literatura: aquela que versa sobre os determinantes do comportamento de prescrição dos médicos e, em particular, com aquela que investiga o efeito do conhecimento dos custos no comportamento de prescrição. Abaixo, apresenta-se uma revisão de cada uma destas correntes. A revisão concentra-se maioritariamente em estudos sobre a prescrição de MCDT, mas, sempre que necessário para complementar a discussão, recorre a estudos mais abrangentes do domínio da prescrição e fornecimento de cuidados de saúde.

⁴ Os objetivos desta medida estão em linha com os resultados de Miyakis *et al.* (2006), que sugerem que o registo incompleto ou impreciso do histórico clínico é um dos fatores que contribui para a prescrição excessiva de MCDT.

2.2 Determinantes do Comportamento de Prescrição

Em linha com a ideia, debatida anteriormente, que o médico é simultaneamente parte integrante de duas relações de agência – com o doente e com pagador – ou que, no caso em que estes coincidem, tem em conta custos e benefícios, os inquéritos de Sehgal & Gorman (2011) e de Ginsburg *et al.* (2000) revelaram que os médicos entendem que o custo-efetividade deveria ser considerado aquando da seleção de MCDT para os seus doentes. Contudo, apesar da importância concedida a este conceito, muitos médicos ainda se sentem receosos em introduzi-lo no decorrer da consulta médica devido ao desconforto da incorporação dos custos na sua decisão de tratamento e à preocupação com a reação dos doentes. Também os resultados de Tilburt *et al.* (2013) corroboram a presença deste binómio de interesses potencialmente contraditórios e com o qual o médico se depara. Por um lado, 78% dos respondentes defendem que os interesses do doente devem ser valorizados relativamente ao custo dos cuidados a eles prestados e 85% não concordam com a cessação da prestação de serviços a alguns doentes só porque devem ser reservados para aqueles que mais necessitam por serem mais dispendiosos. Por outro lado, 89% dos médicos incluídos no estudo consideram que devem ter um papel fundamental na limitação do uso de MCDT desnecessários e inapropriados.

Em situações reais, a preocupação com a eficiência pode ser restringida pela dispersão dos custos imputados. Embora os custos de cada tratamento individual possam ser elevados, estão geralmente dispersos entre muitos pagadores: doentes, seguradoras e contribuintes (Kesternich, Schumacher, & Winter, 2015).

Outros resultados de Tilburt *et al.* (2013) estão também em concordância com a discussão do capítulo anterior e, em particular, com Ellis & McGuire (1986). Os autores constataram que, apesar da consciência de responsabilidade dos médicos na melhoria da qualidade e redução dos custos em cuidados de saúde, esta classe profissional apresenta pouco interesse em alterar o seu modelo de pagamento que, no caso em estudo, incentivava a prescrição de MCDT.

Além dos benefícios para os doentes, dos custos e da remuneração dos médicos, outros fatores influenciam o comportamento de prescrição.

Diretamente relacionada com a relação de agência entre médico e doente está a existência de normas profissionais. As normas incluídas na Declaração de Genebra, revisão moderna do Juramento de Hipócrates, advogam a proteção do doente e restrição do interesse próprio dos médicos, que deve ser secundário ao do doente. Contudo, uma vez que considera apenas o bem-estar deste, não reflete as implicações da prestação de cuidados de saúde na despesa hospitalar,

a escassez de recursos e os custos de produção imputados à sociedade em geral. Com o objetivo de estudar de que forma as normas profissionais afetam o modo como o médico pondera o seu benefício, o do doente e o do pagador, Kesternich *et al.* (2015) realizaram um estudo experimental. Diferentes variáveis sofreram manipulação, tais como a saliência da Declaração de Genebra e a identidade do recetor de cuidados de saúde. Os resultados revelaram que a provisão de cuidados de saúde é superior, à custa de custos mais elevados, quando o recetor é uma organização de caridade que disponibiliza tratamentos médicos do que quando é um participante na experiência. Além disso, quando confrontados com um excerto da Declaração de Genebra antes da decisão de prescrição, a importância que o médico atribui ao benefício para o doente acentua-se e as preocupações com a eficiência diminuem.

Também a pressão do lado da procura parece incentivar a prescrição de MCDT. O facto de os doentes serem cada vez mais exigentes e informados (ainda que, por vezes, não *bem* informados) também contribui para que os gastos em saúde aumentem (Janssens, 2010; Sedrak *et al.*, 2016). Com efeito, Ginsburg *et al.* (2000) reportam que alguns médicos admitem que, se pressionados pelo doente, concedem intervenções médicas mesmo que não as considerem apropriadas ou custo-efetivas.

Mais ainda, pressão do lado da procura pode acentuar preocupações com a carreira e com a necessidade de evitar acusações de negligência e litígios futuros (i.e., pode incentivar a prática de *medicina defensiva*). De acordo com Miyakis *et al.* (2006), a reduzida experiência do médico e o registo incompleto ou impreciso do histórico clínico do doente podem aumentar a necessidade de MCDT como meio de redução da incerteza relativamente à precisão do diagnóstico e à adequação do tratamento. Erickson, Bothe, Cheung, Zhang, & Kelly (2017) pretenderam avaliar as causas da prescrição excessiva de MCDT por jovens médicos numa investigação conduzida com grupos de foco na Austrália. Com a intenção de corresponder às expectativas dos médicos mais experientes e com receio de ver a sua competência questionada, os jovens médicos afirmam prescrever mais MCDT que o necessário. Mencionam que, se lhes for requerida a prescrição de um determinado MCDT, agem em conformidade com o pedido, mesmo quando não o consideram relevante ou não seja indicado pelas orientações clínicas.

Por fim, o estudo de Sedrak *et al.* (2016), que envolveu a resposta de 116 médicos de medicina interna e cirurgia geral de um hospital universitário do estado da Pensilvânia nos EUA, aponta o hábito como o fator mais um determinante da decisão de prescrição de MCDT.

De seguida, segue um quadro-resumo de algumas investigações analisadas que estudaram o comportamento de prescrição de MCDT e os fatores que o podem influenciar (Tabela 1).

Tabela 1 Quadro-resumo de investigações que estudaram o comportamento de prescrição de MCDT e fatores que o influenciam.

Autor Título	Local	Tipo de estudo, duração e amostra	Resultados	Recomendações para futura investigação
Ericksson, Bothe, Cheung, Zhang, & Kelly, 2017 Factors leading to overutilisation of hospital pathology testing: the junior doctor's perspective	Identificar as principais razões da prescrição excessiva de MCDT por médicos jovens. - Austrália (2 Hospitais)	Análise qualitativa com 3 grupos focais envolvendo 16 médicos jovens.	As expectativas dos médicos mais experientes, o nível de experiência clínica do médico jovem e as estratégias de gestão dos sistemas clínicos contribuem para a prescrição excessiva de MCDT.	Replicar o estudo noutros hospitais para determinar se os resultados obtidos serão semelhantes.
Ginsburg, Kravitz, & Sandberg, 2000 A survey of physician attitudes and practices concerning cost-effectiveness in patient care	Analisar a preocupação dos médicos e as suas atitudes com o custo-efetividade. - Califórnia, EUA	Questionário a 1000 médicos, 512 responderam.	Os médicos aceitam o custo-efetividade como critério na tomada de decisão clínica, mas muitos não o seguem na sua prática diária.	Reunir médicos e doentes numa discussão sobre tomadas de decisão custo-efetivas.
Kesternich, Schumacher, & Winter, 2015 Professional norms and physician behavior: homo oeconomicus or homo hippocraticus?	Estudar como as normas profissionais afetam o modo como o médico balanceia o seu benefício, o do doente e o do pagador. - Alemanha (2 Universidades)	Estudo experimental com 266 estudantes de medicina.	As normas profissionais atenuam a informação assimétrica e reduzem o bem-estar social devido aos tratamentos dispendiosos com benefícios reduzidos. Promovem o altruísmo e diminuem a preocupação com a eficiência.	Estudar como as normas profissionais afetam o comportamento noutras profissões nas quais algum altruísmo deve ser socialmente benéfico.
Miyakis, Karamanof, Lontos, & Mountokalakis, 2006 Factors contributing to inappropriate ordering of tests in an academic medical department and the effect of an educational feedback strategy	Identificar os fatores que contribuem para a prescrição excessiva de MCDT e avaliar o efeito de uma estratégia educacional no comportamento de prescrição dos médicos. - Austrália (Departamento médico académico)	Revisão da adequação da prescrição de MCDT a 426 doentes admitidos em 6 meses. Avaliação por questionário do conhecimento do custo dos MCDT pelos médicos. Educação. Reavaliação do comportamento de prescrição de MCDT dos médicos a 214 doentes admitidos em 6 meses.	A estratégia educacional (informação aos médicos relativa ao seu comportamento de prescrição, do custo dos MCDT e fatores associados à prescrição inapropriada de MCDT) levou a uma diminuição do número de MCDT prescritos inapropriadamente.	

Autor Título	Local	Tipo de estudo, duração e amostra	Resultados	Recomendações para futura investigação
Sedrak <i>et al.</i>, 2016 Residents' self-report on why they order perceived unnecessary inpatient laboratory tests	Avaliar a percepção dos médicos em relação à prescrição de MCDT desnecessários, os fatores que a incentivam e intervenções que a alterem. - Pensilvânia, EUA (Hospital Universitário)	Questionário a 206 médicos de medicina interna e cirurgia geral, 116 responderam.	Muitos dos MCDT prescritos são desnecessários e devem-se ao hábito de prescrição, ao desconhecimento do seu custo e à expectativa que sejam requisitados.	Definir que MCDT são desnecessários do ponto de vista dos vários intervenientes.
Sehgal & Gorman, 2011 Internal medicine physicians' knowledge of health care charges	Avaliar o conhecimento do custo dos MCDT pelos médicos e estudantes. - Óregon, EUA (Hospital Universitário)	Questionário a 126 médicos, 70 responderam.	Os médicos têm conhecimento limitado do custo dos MCDT, mas concordam com intervenções educacionais nesse sentido.	Identificar métodos para disseminar a informação, melhorando o conhecimento do custo-efetividade.
Tilburt <i>et al.</i>, 2013 Views of US physicians about controlling health care costs	Avaliar as atitudes dos médicos e o seu papel na diminuição dos custos em saúde. - EUA	Questionário a 3897 médicos, 2556 responderam.	Os médicos sentem-se responsáveis pela diminuição dos custos e concordam com iniciativas de qualidade para os reduzir, mas não querem alterar o seu modelo de pagamento que, por vezes, incentiva a prescrição de MCDT.	Estudar como e o quanto os médicos devem considerar os recursos limitados e dispendiosos nas suas decisões clínicas.

Continuação da Tabela 1.

2.3 Efeito do Conhecimento dos Custos dos MCDT no Comportamento de Prescrição

Os resultados empíricos sobre a eficácia do conhecimento dos custos dos MCDT enquanto meio para reduzir a prescrição excessiva e ineficiente são geralmente inconclusivos.

A revisão sistemática de Goetz *et al.* (2015) evidenciou que a solicitação de MCDT é influenciada quando o médico tem acesso ao seu custo em tempo real. Das alterações estatisticamente significativas, em sete dos nove estudos analisados foram evidenciadas reduções na despesa médica e, apenas três reportaram uma diminuição no número de MCDT requisitados, indicando que os médicos, tendencialmente, optaram por solicitar MCDT mais económicos, ao invés de uma menor quantidade.

Silvestri *et al.* (2018) analisaram alterações no comportamento de prescrição dos médicos quando a informação do valor de copagamento dos MCDT é disponibilizada em tempo real no momento da sua requisição. Verificou-se uma diminuição da probabilidade de prescrição de testes laboratoriais e exames de imagiologia (menos volume e custo), ainda que mais modesta no caso dos segundos. Como explicação, sugere-se que os médicos considerem os testes laboratoriais mais discricionários, prescrevam maior número de exames imagiológicos ou substituam mais facilmente os testes laboratoriais por outros mais custo-efetivos.

Um outro estudo conduzido com o auxílio de questionários, onde foram apresentados cenários hipotéticos a médicos, revelou que, nesse contexto, a disponibilização do custo de MCDT promove a redução da despesa e a alteração do comportamento de prescrição, sem resultar na redução da requisição de MCDT essenciais (Hirota, Suzuki, Ohira, Shikino, & Ikusaka, 2019).

Outros estudos reportam que o número de MCDT requisitados sofre uma diminuição moderada em resultado da presença de informação sobre o custo (Ellemdin, Rheeder, & Soma, 2011; Feldman *et al.*, 2013; Horn, Koplan, Senese, Orav, & Sequist, 2013).

Noutro sentido aponta um estudo com a duração de um ano envolvendo cerca de 100 000 doentes em 3 hospitais do estado de Filadélfia, nos EUA, que pretendeu avaliar o comportamento de prescrição dos médicos de MCDT em função do conhecimento (ou não) do valor de copagamento destes (Sedrak *et al.*, 2017). Apesar de se esperar que o número de testes requisitados e que os gastos associados diminuíssem, não se observaram alterações significativas ou consistentes nos pedidos dos médicos. Os autores atribuem este resultado ao hábito de prescrição. Resultados semelhantes são encontrados em Durand, Feldman, Lewin, & Brotman (2013), Chien *et al.* (2016) e Melendez-Rosado *et al.* (2017).

Os estudos analisados ao longo deste subcapítulo, e que representam parte da bibliografia existente sobre este tema, foram bastante heterogêneos no desenho, número de MCDT incluídos, tipo de valor mostrado (custo, preço ou copagamento) e resultados medidos (Goetz *et al.*, 2015). Estas intervenções, porém, deveriam idealmente ser implementadas à escala nacional, mostrar o custo de todos os MCDT, cobrir todos os grupos de doentes (de consulta externa ou internados) e prolongarem-se por vários anos de forma que se possa avaliar a sua sustentabilidade e potenciar a validade dos resultados (Schmidt *et al.*, 2017; Sedrak *et al.*, 2017).

Procurando colmatar a limitação dos estudos anteriores – inclusive a sua condução na mesma ou em instituições hospitalares próximas –, Riise *et al.*, (2016) realizaram uma investigação em três países diferentes (Inglaterra, Noruega e Escócia). Este estudo pretendeu avaliar o comportamento de prescrição de medicamentos e conhecer as prioridades do médico relativamente à efetividade do medicamento, à sua experiência prévia com o mesmo, às preferências do doente e ao copagamento envolvido. Foi possível concluir que os médicos elegem preferencialmente terapêuticas mais baratas, estando, no entanto, dispostos a aceitar custos totais mais elevados para oferecer cuidados de saúde de qualidade superior. Outra investigação tentou atenuar parcialmente os problemas acima descritos no caso específico dos MCDT e avaliou, durante um ano, o impacto do conhecimento do valor de copagamento num Centro de Ciências Médicas da Universidade de Utah, que engloba vários centros de prestação de cuidados. Os resultados não revelaram alterações significativas no comportamento de prescrição e não se verificaram diferenças entre doentes internados e de consulta externa nem entre doentes com diferentes tipos de seguro. A maioria dos médicos envolvidos no estudo (64%) admitiu não reparar no aviso do valor, enquanto outros esperavam que o valor fosse superior (Schmidt *et al.*, 2017).

Existem, ainda, investigações que procuram avaliar o efeito da introdução de alertas passivos do custo de MCDT e questionar a sua real utilidade para a gestão dos cuidados médicos ao doente. Um estudo implementou uma notificação no sistema informático quando os MCDT requisitados possuíam um valor superior a 1000 dólares. Com a introdução da notificação verificou-se que o número de médicos que suspendeu a solicitação foi reduzido. Contudo, como os MCDT não solicitados possuíam custos elevados, tal medida conduziu a poupanças significativas (Riley, Stanley, Wyllie, Kottke-Marchant, & Procop, 2018).

Abaixo, um quadro-resumo de algumas investigações analisadas que estudaram o efeito do conhecimento dos custos no comportamento de prescrição de MCDT (Tabela 2).

Tabela 2 Quadro resumo de algumas investigações analisadas que estudaram o efeito do conhecimento dos custos no comportamento de prescrição de MCDT.

Autor Título	Local	Tipo de estudo, duração e amostra	Resultados	Recomendações para futura investigação
Chien <i>et al.</i>, 2016 A randomized trial of displaying paid price information on imaging study and procedure ordering rates	Massachusetts, EUA - ACO (Accountable Care Organization)	Estudo experimental controlado com aleatorização dos médicos a 3 grupos: controlo, disponibilização do valor do MCDT pago pela seguradora e disponibilização do custo para a ACO. 1 ano 1205 médicos (728 de medicina geral e familiar e 477 especialistas)	Sem alteração significativa na prescrição de MCDT.	Entender quais os fatores contextuais, motivacionais e comportamentais aquando da prescrição de MCDT.
Durand, Feldman, Lewin, & Brotman, 2013 Provider cost transparency alone has no impact on inpatient imaging utilization	Maryland, EUA - Hospital Universitário	Estudo experimental com aleatorização: 6 meses sem intervenção e, 1 ano depois, 6 meses de intervenção com disponibilização do valor de copagamento dos MCDT aos médicos do hospital.	Sem alteração significativa na prescrição de MCDT ou custo associado.	Aplicar a mesma intervenção quando existe um orçamento limitado para o tratamento dos doentes ou estes são também responsáveis pelo seu custo.
Ellemdin, Rheeder, & Soma, 2011 Providing clinicians with information on laboratory test costs leads to reduction in hospital expenditure	Pretória, África do Sul - Hospital Universitário	Estudo experimental sem aleatorização: 4 meses sem intervenção e, 1 ano depois, 4 meses de intervenção com disponibilização do custo dos MCDT aos médicos.	Diminuição do número e custo dos MCDT prescritos.	Aplicar a mesma intervenção em hospitais que não universitários.
Feldman <i>et al.</i>, 2013 Impact of providing fee data on laboratory test ordering	Maryland, EUA - Hospital Universitário	Estudo experimental controlado: 6 meses sem intervenção e, 1 ano depois, 6 meses de intervenção com disponibilização do valor de copagamento dos MCDT aos médicos do hospital.	Diminuição na prescrição de MCDT.	Verificar o efeito da disponibilização do custo aliada a intervenções educacionais.
Hirota, Suzuki, Ohira, Shikino, & Ikusaka, 2019 The effectiveness of cost reduction with charge displays on test ordering under the health insurance system in Japan: a study using paper-based simulated cases for residents and clinical fellows	Japão - Hospital Universitário	Estudo experimental com aleatorização: 27 médicos (grupo A e B) responderam a um questionário dividido em 2 partes. Primeiro, sem conhecer os custos, o grupo A respondeu à primeira parte do questionário e o B à segunda. Depois, com a disponibilização dos custos, o grupo A respondeu à segunda parte do questionário e o B à primeira.	Com a disponibilização da informação do custo, a despesa associada aos MCDT diminuiu.	Analisar a viabilidade da disponibilização do custo dos MCDT na diminuição dos custos dos cuidados de saúde no Japão.
Horn, Koplan, Senese, Orav, & Sequist, 2013 The impact of cost displays on primary care physician laboratory test ordering	Massachusetts, EUA - ACO	Análise de séries temporais com grupo de controlo paralelo: 1 ano de pré-intervenção, 1 mês de intervenção (valor de copagamento disponibilizado) e 6 meses de pós-intervenção (questionário). 215 médicos (62 de controlo e 153 de intervenção)	Diminuição na prescrição de MCDT.	Avaliar o impacto da transparência do custo tendo atenção ao apoio que o médico possa dar à iniciativa.

Autor Título	Local	Tipo de estudo, duração e amostra	Resultados	Recomendações para futura investigação
Melendez-Rosado <i>et al.</i>, 2017 Reducing unnecessary testing: an intervention to improve resident ordering practices	Flórida, EUA - Hospital Universitário	Estudo experimental: 567 doentes admitidos em 3 meses (grupo de controlo); educação e aviso do custo de alguns MCDT a médicos de medicina interna; avaliação da prescrição dos referidos MCDT a 629 doentes durante 1 ano.	Sem alteração significativa na prescrição de MCDT.	Avaliar a efetividade de outras formas de educação dos médicos.
Riley, Stanley, Wyllie, Kottke-Marchant, & Procop, 2018 The impact of an electronic expensive test notification	Cleveland, EUA - Centro médico académico	Estudo retrospectivo: avaliação da notificação do custo de MCDT no comportamento de prescrição quando o MCDT a ser prescrito tem um valor superior a 1000 dólares. 3 anos	Diminuição na prescrição de MCDT com poupança significativa dos custos associados.	Estudar o tipo de MCDT dispendiosos prescritos, que médicos abandonaram a sua solicitação e o benefício de uma intervenção combinada.
Schmidt <i>et al.</i>, 2017 Impact of laboratory charge display within the Electronic Health Record across an entire Academic Medical Center	Utah, EUA - Centro de Ciências Médicas da Universidade de Utah	Estudo experimental controlado com aleatorização: 1 ano sem intervenção e 1 ano de intervenção com disponibilização do valor de copagamento dos MCDT.	Sem alteração significativa na prescrição de MCDT.	Identificar condições que maximizem o benefício da transparência do custo.
Sedrak <i>et al.</i>, 2017 Effect of a price transparency intervention in the Electronic Health Record on clinician ordering of inpatient laboratory tests	Filadélfia, EUA - 3 Hospitais	Estudo experimental com aleatorização: 1 ano sem intervenção e 1 ano de intervenção com disponibilização do valor de copagamento dos MCDT. 98 529 doentes	Sem alteração significativa do número e custo dos MCDT prescritos.	Avaliar outras formas de transparência do custo de MCDT.
Silvestri <i>et al.</i>, 2018 Impact of cost display on ordering patterns for hospital laboratory and imaging services	Nordeste EUA - 3 Hospitais	Estudo longitudinal quase-experimental: 1 ano sem intervenção e 1 ano de intervenção com disponibilização do valor de copagamento dos MCDT, com 6 meses de intervalo entre o início da disponibilização do valor de testes laboratoriais e de exames imagiológicos.	Diminuição do número e custo dos MCDT prescritos.	Compreender a experiência dos médicos com intervenções que os informem do custo dos MCDT de forma a encontrar oportunidades para melhorar. Estudar a adequação dos MCDT omitidos.

Continuação da Tabela 2.

3 Metodologia

3.1 Objetivos e Tipo de Estudo

O presente estudo teve como principal objetivo a descrição da influência que a percepção dos médicos relativamente ao custo dos MCDT tem no seu comportamento de prescrição. Em particular, procurou-se analisar a relevância dos custos para decisão de prescrição. É importante ressaltar que este comportamento analisado não foi o real, mas sim ao nível de percepções dos médicos sobre a influência do custo na sua prática clínica. Ambicionou-se, ainda, analisar como essa influência se relaciona com outros fatores determinantes do comportamento de prescrição de MCDT documentada na literatura. Além da vertente descritiva, o estudo tem também um carácter analítico, no sentido em que avalia e interpreta o fenómeno acima descrito, discutindo as suas implicações para intervenções de políticas públicas e de gestão de unidades de saúde (Machado, 2018).

A lógica inerente ao estudo é dedutiva, uma vez que o quadro teórico existente e brevemente resumido na revisão de literatura do capítulo anterior serviu de base à formulação do problema.

Este estudo segue o paradigma positivista pois as informações originadas são quantitativas. Apesar disto, existem elementos que se aproximam do paradigma fenomenológico, na medida em que a sua realização teve lugar num hospital, meio de trabalho dos profissionais de saúde em estudo (Machado, 2018).

3.2 Hipóteses e Variáveis

A principal hipótese explorada neste estudo é:

- A percepção que os médicos têm sobre o custo dos MCDT afeta a sua decisão de prescrição.

O estudo empírico focar-se-á nas percepções que os médicos têm sobre o custo dos MCDT e na sua relevância para o comportamento de prescrição. Por outro lado, serão analisados fatores que podem influenciar a opinião dos médicos sobre esses aspetos, nomeadamente serem diferentes agentes ou entidades a suportar o custo (doente, hospital, seguradora privada, subsistema de saúde, SNS), sexo, idade, experiência médica, serviço clínico, exercício presente ou passado de funções de gestão e exercício funções em exclusividade.

3.3 Método de Recolha de Dados e Desenho do Questionário

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoadministrado no qual os respondentes, os médicos do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, foram confrontados com situações hipotéticas e perguntas de opinião e atitudes. Este processo decorreu nas instalações deste centro hospitalar durante os meses de outubro e novembro, mediante pedido à Comissão de Ética e autorização do presidente do Conselho de Administração do CHEDV, a julho. Como complemento, inclui-se uma breve descrição do CHEDV, EPE (Apêndice 1).

A escolha do CHEDV como instituição para o incremento do presente estudo assentou essencialmente no interesse do presidente do Conselho de Administração deste centro hospitalar sobre o tema do trabalho e a recetividade na aplicação do questionário nestas mesmas instalações.

De notar que à data da realização do questionário, o sistema informático do CHEDV estava equipado com uma ferramenta que dá a conhecer aos médicos o custo dos MCDT. Deste modo, aquando da solicitação de um qualquer MCDT, e à frente do MCDT a selecionar, encontra-se o seu custo, a cor azul. Na medida em que essa informação não foi explicitada aquando dos contactos com o centro hospitalar, tal não foi considerado no desenho do questionário. Assim, será de esperar uma maior consciência dos respondentes sobre o tema, em relação a outros locais onde esse tipo de medida não tenha sido implementada.

O inquérito tem a duração aproximada de dez minutos (a duração foi apurada no pré-teste realizado), apresenta uma pequena introdução ao estudo, a garantia de confidencialidade dos dados, a informação da duração e a opção de o respondente decidir participar, ou não, na investigação.

A primeira parte do questionário inclui três tabelas com afirmações relativamente às quais se pretende que o médico exprima o seu grau de concordância. Em duas delas, numa escala de *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e, numa outra, numa escala de *Likert* acerca da consideração na tomada de decisão dos elementos apresentados: de 1 (É irrelevante) a 3 (É sempre considerado).

A primeira tabela apresenta um conjunto de 23 afirmações organizadas em 2 secções. Na primeira secção, apresentada em termos agregados (i.e., ao nível da classe médica) e composta por 9 questões, analisa-se o papel do médico no controlo dos custos e a identificação da sua

necessidade; o conhecimento do custo e custo-efetividade dos MCDT, assim como a sua importância; e discricionariedade na escolha dos MCDT. A segunda secção reflete a discussão concetual do Capítulo 2. Através dela, investiga-se o papel de vários possíveis determinantes do comportamento de prescrição do médico – a existência de incentivos financeiros e o modelo de remuneração, a formação, a especialidade, a força do hábito, a preferência e a pressão exercida pelo doente, o tempo de consulta, o contexto em que é feita a prescrição (consulta externa ou internamento), dúvidas de diagnóstico, as restrições orçamentais a nível nacional e a nível hospitalar. Também nesta segunda secção se investiga – agora, a nível individual (i.e., do respondente) – conhecimento do custo dos MCDT e a sua importância na decisão de prescrição. Note-se que é com estas questões (17 e 18) que se pretende testar a primeira hipótese deste estudo.

A segunda tabela da primeira parte do questionário dedica-se às relações de agência. Em particular, estuda-se o papel do médico enquanto agente simultaneamente do doente e do pagador. É pedido ao médico que indique a importância que atribui à imputação de custos monetários e não monetários aos doentes e aos diversos níveis de agregação dos pagadores.

Na terceira e última tabela, estuda-se a distribuição temporal da prescrição de MCDT e a suas implicações.

Na segunda parte do questionário, o respondente tem de seleccionar o principal fator (benefício para o doente, custo financeiro ou custo-efetividade) que, na sua opinião, a comunidade médica deve considerar aquando da prescrição de MCDT e aquele que considera ser o mais importante de acordo com as diretrizes de um hospital público. Posteriormente, pede-se que indique a evolução da sua preocupação com os custos ao longo da sua experiência clínica.

Com o objetivo de fazer recomendações de políticas públicas e de gestão de unidades de saúde e tendo em conta que os seguintes fatores são passíveis de manipulação, é perguntado ao médico se exerce ou já exerceu funções de gestão e se trabalha em exclusividade no CHEDV. Estas duas classificações são particularmente relevantes para contribuir para a análise da segunda hipótese deste estudo. Nomeadamente, se o exercício de funções de gestão e o trabalho em regime de exclusividade tornam os médicos mais ou menos sensíveis ao custo dos MCDT.

Caso o médico não trabalhe em regime de exclusividade, é questionado onde mais exerce, se a sua prática de prescrição difere nesses locais e se depende do seguro ou subsistema de saúde do doente.

Na terceira parte do questionário, exploram-se possíveis diferenças entre hospitais públicos e privados. É apresentada uma tabela onde o médico tem de considerar o peso que o tempo do doente para realizar os MCDT, o custo que lhe está associado e o custo para a sociedade têm nos dois tipos de hospitais.

A parte final do questionário inclui a informação demográfica: sexo, idade, anos de experiência e serviço clínico a que o médico pertence.

3.4 Amostra e Análise dos Dados

Para a realização desta investigação, idealmente todos os médicos do CHEDV responderiam ao questionário. Antecipando que nem todos o fizessem, o método de amostragem envolvido é a amostragem não aleatória. Assim, participaram no estudo apenas os médicos que se mostraram dispostos a fazê-lo, apesar de todos terem sido contactados e convidados a participar. Esta impossibilidade de se recorrer à amostragem aleatória estabelece a existência da técnica de amostragem não aleatória acidental, ou seja, a amostra não é necessariamente representativa da população de médicos do CHEDV nem dos médicos portugueses (Machado, 2018).

Da aplicação do questionário aos médicos que exercem no CHEDV, foram devolvidos 70 questionários. Apesar de nem todos terem sido completamente preenchidos e, assim, existirem questões com menor taxa de resposta, todos os questionários foram incluídos na análise estatística descritiva elaborada.

Para cada questão calculou-se a frequência absoluta e relativa das respostas dos inquiridos. Numa segunda parte, e com o objetivo de explorar a influência do exercício de funções de gestão e do vínculo ao centro hospitalar na perceção do conhecimento dos custos pelos médicos e ação no seu comportamento de prescrição, as respostas ao questionário foram determinadas segundo estas variáveis.

4 Resultados

4.1 Descrição dos Participantes

O instrumento de investigação utilizado no presente estudo – questionário – permitiu obter uma amostra correspondente a 70 médicos, pertencentes maioritariamente ao sexo feminino (49 (71%)) e somente 20 (29%) ao sexo masculino. Verifica-se significativa variação nas idades dos inquiridos: 29 (42%) têm entre 50 e 59 anos de idade, 20 (29%) entre 30 e 39, 11 (16%) entre 40 e 49 e 8 (12%) têm menos de 29 anos de idade. Um médico tem mais de 60 anos.

Os serviços clínicos da área médica são os mais representados na amostra (44 médicos; 65%), seguindo-se os serviços clínicos da área cirúrgica (17 médicos; 25%), os serviços clínicos da área médico e cirúrgica (6 médicos; 9%) e, finalmente, os serviços clínicos de outras áreas (1 médico; 1%).

A distribuição do número de anos de experiência apresenta grande dispersão. Um terço dos médicos (22) tem menos de 5 anos de experiência, 31% (21) têm entre 16 e 25, 21% (14) têm entre 26 e 35 e 15% (10) têm entre 5 e 15 anos de experiência.

A grande maioria dos médicos (52 médicos; 75%) nunca exerceu funções de gestão. Os restantes 25% dividem-se entre os que já ocuparam (8 médicos; 12%) e os que ainda ocupam esses cargos (9 médicos; 13%).

Relativamente ao vínculo com o centro hospitalar, 34% dos respondentes (24 médicos) trabalham em exclusividade no CHEDV e 66% (46 médicos) exercem também noutras unidades de saúde. Do total de médicos que não trabalhava em exclusividade com o CHEDV, 33 médicos têm prática clínica em hospitais privados ou consultórios. O exercício profissional dos restantes (13 médicos) passa por assistência na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), outros hospitais públicos, Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), clínicas privadas e exercício liberal da profissão.

4.2 Análise Descritiva das Respostas ao Questionário

As questões do inquérito aqui analisadas (com exceção de duas que serão exploradas com detalhe no subcapítulo seguinte), foram dispostas em tabelas e organizadas de forma a facilitar a leitura global dos resultados, pelo que não se encontram pela mesma ordem do questionário. Em todas as tabelas e, para cada questão, é apresentada a frequência absoluta de respostas e, entre parênteses, a frequência relativa. Os resultados às perguntas cujas opções de resposta foram apresentadas numa escala de *Likert* de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) são aqui agrupadas em três classes (Discordo/Discordo totalmente; Nem concordo nem discordo; Concordo/Concordo totalmente). Foi usado o negrito para facilitar a leitura da tabela em paralelo com a análise no texto.

A Tabela 3 apresenta as respostas ao conjunto de questões que pretendeu avaliar o papel que os médicos podem exercer no controlo da despesa em saúde, a sua perceção do custo e custo-efetividade dos MCDT e, crucialmente, o seu impacto na decisão de prescrição.

Tabela 3 *Conhecimento, acesso a informação e o seu efeito*

	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
1. O médico, individualmente, pode desempenhar um papel no controlo dos custos em cuidados de saúde.	9 (12,9)	2 (2,9)	59 (84,3)
2. Nalguns casos, são prescritos MCDT desnecessários.	4 (5,7)	4 (5,7)	62 (88,6)
3. Em geral considero que é necessária uma maior contenção na prescrição de MCDT.	7 (10,0)	22 (31,4)	41 (58,6)
4. Os médicos têm conhecimento do custo dos MCDT que prescrevem.	28 (40,6)	10 (14,5)	31 (44,9)
5. É importante que os médicos tenham acesso à informação do custo dos MCDT em geral e dos que prescrevem habitualmente.	6 (8,6)	8 (11,4)	56 (80,0)
6. O custo-efetividade deve ser considerado pelo médico aquando da escolha dos MCDT a prescrever.	4 (5,8)	13 (18,8)	52 (75,4)
7. Existe informação acessível aos médicos sobre o custo-efetividade dos MCDT.	29 (41,4)	15 (21,4)	26 (37,2)
17. Tenho conhecimento do custo dos MCDT que prescrevo mais frequentemente.	15 (22,4)	5 (7,5)	47 (70,2)
18. Se tivesse acesso à informação do custo dos MCDT para o hospital no momento de prescrição provavelmente reduziria a minha prescrição.	41 (59,4)	18 (26,1)	10 (14,5)

A maioria dos médicos (acima dos 80%) concorda que a sua classe profissional pode contribuir para o controlo dos custos e reconhece a existência de prescrição excessiva. Uma menor proporção, ainda assim maioritária, admite a necessidade de contenção da requisição de MCDT.

Relativamente ao facto de os clínicos em geral terem conhecimento do custo dos MCDT prescritos, as opiniões dividem-se, apesar de 70% dos médicos considerarem que têm conhecimento do custo dos MCDT a que recorrem com maior frequência. Isto sugere um desfasamento entre a perceção individual dos custos e aquela que os médicos atribuem à classe.

Quanto à importância atribuída aos custos, 80% julgam importante a disponibilidade de informação sobre esta variável. Similarmente, 75,4% dos clínicos consideram que o custo-efetividade é uma forma de análise económica relevante para a prática clínica, mas a opinião divide-se no que respeita à facilidade de acesso a informação relativa a esta variável.

Crucialmente, a larga maioria não atribui ao conhecimento dos custos um efeito moderador sobre a prescrição: apenas 14,5% dos médicos admitem a possibilidade de reduzir a prescrição de MCDT em resultado da disponibilização de informação sobre o seu custo. Esta mesma posição sugere que a ferramenta do sistema de prescrição que promove a transparência do custo não seja a medida indicada, por estes profissionais de saúde, para que a despesa médica com os MCDT diminua.

As Tabelas 4-7 apresentam as respostas ao conjunto de questões que pretendeu investigar a importância de alguns determinantes selecionados no comportamento de prescrição de MCDT pelos clínicos.

Tabela 4 Efeitos educacionais e do hábito

	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
11. A minha formação (por exemplo, a universidade e o local do curso) influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	15 (21,4)	11 (15,7)	44 (62,9)
12. A minha especialidade influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	5 (7,1)	8 (11,4)	57 (81,4)
13. A força do hábito influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	28 (40,0)	10 (14,3)	32 (45,7)

A maioria dos médicos, embora em diferentes proporções, concorda que a sua formação e especialidade são fatores influenciadores da sua decisão de prescrição. Os resultados sugerem que, entre os dois fatores anteriores, é a especialidade que exerce maior influência na prática de

prescrição. No que respeita à força do hábito como fator potenciador da solicitação de MCDT, a opinião dos médicos divide-se. Contudo, 45,8% dos médicos admitem a presença de inércia de prescrição na sua prática clínica.

Tabela 5 *Efeitos do lado da procura*

	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
9. Alguns doentes não reconhecem a escassez dos recursos em saúde, o que promove o maior uso dos MCDT.	5 (7,1)	6 (8,6)	57 (84,3)
14. A preferência ou pressão do doente para a realização de determinado MCDT têm efeito na minha decisão de prescrição.	44 (62,9)	12 (17,1)	14 (20,0)
22. Em resultado do maior acesso a informação médica (por exemplo, internet ou televisão), alguns doentes exercem pressão sobre o médico para a realização de determinado MCDT ou de um maior número de MCDT.	3 (4,3)	6 (8,6)	61 (87,1)

Uma elevada percentagem de médicos reconhece a pressão do lado da procura no sentido da prescrição de MCDT. Contudo, quando a questão se dirige ao comportamento do próprio respondente, este discorda que a vontade do doente exerça qualquer influência sobre o seu comportamento.

Tabela 6 *Efeitos do contexto da prática clínica*

	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
8. Os médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm margem de discricionariedade total na escolha de MCDT (em termos de quantidade e custos).	27 (40,3)	27 (40,3)	13 (19,4)
15. Um maior tempo de consulta com o doente permitiria diminuir a necessidade de prescrição de MCDT.	15 (21,4)	16 (22,9)	39 (55,7)
16. Salvaguardando as diferenças de gravidade, a prescrição de MCDT é mais ponderada no âmbito do internamento do que nas consultas externas.	27 (39,7)	25 (36,8)	16 (23,5)

O contexto da prática clínica parece afetar os médicos diferentemente. Uma proporção significativa (40,3%) considera que a sua liberdade de escolha da quantidade e natureza de MCDT é limitada no SNS, mas uma igual proporção é ambivalente. Para pouco menos de metade dos médicos, uma maior duração das consultas que lhes permitisse ter mais tempo com o doente não

implicaria necessariamente que a solicitação de alguns MCDT pudesse ser dispensada. Para a maior parte, não existem diferenças na prescrição entre o internamento e as consultas externas.

Tabela 7 Efeitos de incentivos financeiros e restrições orçamentais

	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
10. Incentivos financeiros atribuídos ao médico pelo hospital para contenção de custos podem promover a moderação na prescrição de MCDT.	44 (63,8)	14 (20,3)	11 (15,9)
19. A crise económica vivida na última década alterou a minha prática de prescrição no sentido de poupar recursos.	28 (40,0)	24 (34,3)	18 (25,7)
20. A preocupação institucional com a contenção de custos pode comprometer a qualidade dos cuidados de saúde prestados.	6 (8,7)	9 (13,0)	54 (78,3)
23. O modelo de remuneração do médico (por exemplo por salário, por serviço prestado ou por doente atendido) pode influenciar a maior ou menor prescrição de MCDT.	27 (38,6)	21 (30,0)	22 (31,4)

Apenas uma minoria dos médicos reconhece a eficácia de incentivos financeiros enquanto meio de redução da prescrição de MCDT. Menos de um terço concorda que o esquema de remuneração dos médicos possa influenciar a sua decisão de prescrição. Esta proporção cai para menos de metade quando a questão é colocada em termos de incentivos diretamente apontados à redução de custos. Neste caso, apenas 14,5% admitem que a prescrição de MCDT possa ser reduzida em resultado de tais incentivos.

Relativamente à crise económica recente, não existe consenso entre os médicos sobre a influência desta situação no seu comportamento de prescrição, mas muitos (78,3%) receiam que a preocupação do hospital com os custos possa pôr em causa a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos.

Na Tabela 8 encontram-se as diferentes alíneas da Questão 24 e respetivas frequências de resposta.

Tabela 8 Relações de agência e imputação de custos

Questão 24.	É irrelevante	É por vezes considerado	É sempre considerado
a) O(s) custo(s) da sua realização para o doente (líquido(s) de coberturas de seguros ou outros).	12 (17,9)	42 (62,7)	13 (19,4)
b) O tempo despendido pelo doente com a realização de vários procedimentos.	16 (23,5)	45 (66,2)	7 (10,3)
c) O incômodo e grau de intrusão para o doente.	6 (8,8)	32 (47,1)	30 (44,1)
d) O(s) custo(s) da realização para o serviço clínico a que pertence.	20 (29,9)	39 (58,2)	8 (11,9)
e) O(s) custo(s) da realização para o hospital.	20 (29,9)	40 (59,7)	7 (10,5)
f) O(s) custo(s) da realização para o SNS.	20 (29,9)	39 (58,2)	8 (11,9)
g) O(s) custo(s) para a seguradora ou subsistema, caso aplicável.	38 (57,6)	26 (39,4)	2 (3,0)
h) O(s) custo(s) da realização para a sociedade em geral.	19 (28,4)	39 (58,2)	9 (13,4)

Os resultados da Tabela 8 estão em concordância com a premissa de que o médico é simultaneamente agente do doente e do pagador – pelo menos, na maioria dos casos. Aquando da decisão de prescrição, grande parte dos inquiridos respondeu que o custo (financeiro) para o doente, para o serviço clínico, para o hospital, para o SNS e sociedade em geral são por vezes considerados. Parece, contudo, existir um maior grau de preocupação com o doente, uma vez que proporção de médicos que sempre considera os custos que lhe são imputados é superior àquela que sempre considera os custos para o pagador. A consideração pelo pagador decresce substancialmente quando este toma a forma de uma seguradora ou de um subsistema de saúde. O custo financeiro não é o tipo de custo imputado ao doente mais frequentemente considerado pelos médicos. Ainda que lhe seja atribuída mais importância do que aos custos em termos de tempo, é suplantado por outros custos não monetários, nomeadamente o grau de intrusão e o desconforto causados ao doente pelo MCDT.

Estes resultados são corroborados pelos da Tabela 9. Quando deparados com a escolha entre prescrever sequencialmente ou simultaneamente vários MCDT que o médico julga serem necessários para o diagnóstico do doente, a grande maioria tem em consideração o custo financeiro para o doente (81,1%) e o custo a suportar pelo SNS (72,4%). Contudo, quando a questão remete para a consideração pela disponibilidade de tempo do doente em realizar os MCDT prescritos pelos médicos e a facilidade de diagnóstico, uma menor percentagem de inquiridos (cerca de metade) concorda que toma esses fatores em consideração.

Tabela 9 Distribuição temporal da prescrição no tempo

Questão 25.	Discordo/Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/Concordo totalmente
a) o custo financeiro que o doente terá que suportar, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo (isto é, a prescrição sequencial evita a realização de MCDT adicionais, no caso em que o(s) primeiro(s) MCDT é(são) conclusivo/suficiente(s)).	4 (5,8)	9 (13,0)	56 (81,2)
b) o custo a suportar pelo SNS, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo.	7 (10,2)	12 (17,4)	50 (72,5)
c) a disponibilidade de tempo do doente para realizar os MCDT de forma sequencial (no caso de ter menor disponibilidade profissional ou familiar poderá preferir em simultâneo).	12 (17,4)	18 (26,1)	39 (56,5)
d) se terei maior facilidade em realizar diagnóstico a partir de vários MCDT em simultâneo.	13 (19,1)	18 (26,5)	37 (54,4)

Na Tabela 10, encontram-se as duas questões que confrontam a perspetiva dos médicos relativamente àquela que conceituam dever ser a principal variável a nortear a prescrição de MCDT pela sua classe, com a variável que julgam refletir as orientações de um hospital público.

Tabela 10 Principal determinante da prescrição de MCDT

	O benefício do MCDT para o doente.	O custo-efetividade do MCDT.	O custo financeiro do MCDT.	O benefício do MCDT para o doente e o custo-efetividade do MCDT ⁵ .
26. Dos fatores seguintes, qual o principal que a comunidade médica deveria considerar na decisão de prescrição de um Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)?	51 (73,9)	17 (24,6)	0	(1,5)
27. Dos seguintes fatores que podem influenciar a decisão de prescrição de MCDT, indique o que considera ser o mais importante de acordo com as diretrizes orientadoras de um hospital público:	29 (42,0)	34 (49,3)	5 (7,3)	1 (1,5)

Quando a questão é colocada em termos normativos e ao nível da classe, é atribuído maior peso ao benefício para o doente, individualmente, do que a qualquer outra variável que incluía uma medida de custos. Note-se que, ao contrário das Tabelas 8 e 9, o benefício para o

⁵ Nas questões 26 e 27, o respondente deveria optar por apenas uma opção, conforme indicado no enunciado da mesma. Um respondente selecionou duas opções e ambas foram consideradas na estatística descritiva apresentada.

doente e o custo ou custo-efetividade do MCDT são aqui colocados em confronto. Os resultados sugerem um considerável desfasamento entre a importância atribuída pelos médicos ao benefício para os doentes e a sua perceção relativamente às orientações de prescrição de MCDT dos hospitais públicos – uma vez que mais de metade dos médicos consideram que estas são principalmente determinadas por preocupações com alguma medida de custos.

Apesar da importância relativa atribuída ao benefício para os doentes, mais de metade dos médicos reportam uma crescente preocupação com o custo dos cuidados de saúde (Tabela 11).

Tabela 11 *Evolução da preocupação com os custos ao longo da carreira*

	Maior preocupação.	Igual preocupação.	Menor preocupação.
28. Com o decorrer da sua carreira médica, considera que tem maior, igual ou menor preocupação com os custos associados aos cuidados de saúde?	37 (53,6)	31 (44,9)	1 (1,5)

A Tabela 12 aborda 2 alíneas da questão 31 colocada aos médicos sem exclusividade no CHEDV sobre a sua prática de prescrição nos locais onde exerce e consoante a detenção de seguro ou subsistema de saúde pelo doente.

Tabela 12 *Efeito do local de exercício e de cobertura de seguro além do SNS*

Questão 31.	Sim	Não
b) Considera que a sua prática de prescrição difere nos diferentes locais onde exerce?	10 (21,7)	36 (78,3)
c) Considera que o seu comportamento de prescrição difere consoante o doente esteja ou não coberto por um seguro de saúde privado ou um subsistema de saúde?	17 (37,0)	29 (63,0)

Dos 46 médicos que não trabalham em exclusividade no CHEDV, a maioria dos respondentes (78,3%) afirma que a sua prática de prescrição não difere nos diferentes locais onde exerce e 63% afirma que a posse de seguro de saúde privado ou subsistema pelo doente não influencia o seu comportamento de prescrição.

Finalmente, na Tabela 13 encontram-se apresentadas as frequências de resposta à questão que procura analisar a perceção dos médicos relativamente à importância dada a três diferentes variáveis nos contextos hospitalares privado e público.

Tabela 13 Perceção da importância atribuída a diferentes determinantes da prescrição de MCDT em hospitais públicos e privados

Questão 32.	Mais peso no contexto de hospital privado	Igual peso	Mais peso no contexto de hospital público
a) Tempo necessário para o doente fazer todos os exames.	15 (23,1)	32 (49,2)	18 (27,7)
b) Custo financeiro para o doente.	33 (52,4)	22 (34,9)	8 (12,7)
c) Custo para a sociedade.	0	33 (53,2)	29 (46,8)

Cerca de metade dos respondentes considera que o tempo que o doente dispõe para realizar MCDT tem igual peso em ambiente hospitalar privado e público. Mais de metade dos médicos consideram que é atribuído mais peso ao custo financeiro para o doente num hospital privado, o que sugere preocupação com despesas *out-of-pocket*, que são praticamente inexistentes para os utentes do SNS. Já quando se consideram os custos imputados à sociedade, todos os médicos consideram que estes são tão ou mais valorizados num hospital público do que num hospital privado.

4.3 Apresentação e Análise dos Resultados segundo o Exercício de Funções de Gestão e o Vínculo ao Centro Hospitalar

Neste subcapítulo, analisa-se o efeito de duas variáveis que podem influenciar o conhecimento do custo dos MCDT e a relação deste com as decisões de prescrição: o exercício de funções de gestão e o exercício da medicina em regime de exclusividade no SNS.

O contacto com a necessidade de gerir recursos escassos eficientemente, que decorre do exercício de funções de gestão, pode fazer com que os médicos tenham maior consciência dos custos em saúde e do seu impacto para a atividade hospitalar.

Já o exercício da medicina em regime de exclusividade pode ter efeitos a priori ambíguos. Por um lado, o exercício em ambientes que não apenas o público – como por exemplo em clínicas, consultórios ou hospitais privados – expõe os médicos às práticas da gestão privada, o que pode torná-los mais sensíveis à escassez de recursos. Por outro, a exclusividade pode aumentar o grau de identificação do médico com a instituição pública. Se isto se traduzir em maior dedicação a essa instituição e preocupação com a sua gestão e funcionamento; a exclusividade pode contribuir para a moderação da prescrição de MCDT desnecessários.

4.3.1 Resultados por Exercício de Funções de Gestão

Do total dos inquiridos, 17 (24,6%) desempenham ou já desempenharam funções de gestão.

Na Tabela 14 encontram-se discriminadas as respostas às questões incluídas na Tabela 3 por exercício de funções de gestão, ou seja, segundo os resultados obtidos para a Questão 29 “Já exerceu ou exerce funções de gestão?”.

Tabela 14 Resultados por Exercício de Funções de Gestão às Questões 1-7, 17 e 18

		Discordo/ Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/ Concordo totalmente
1. O médico, individualmente, pode desempenhar um papel no controlo dos custos em cuidados de saúde.	Já exerci. Exerço.	2 (11,8)	1 (5,9)	14 (82,4)
	Nunca exerci.	(11,5)	1 (1,9)	44 (86,5)
2. Nalguns casos, são prescritos MCDT desnecessários.	Já exerci. Exerço.	1 (5,9)	2 (11,8)	14 (82,4)
	Nunca exerci.	3 (5,8)	2 (3,9)	47 (90,4)
3. Em geral considero que é necessária uma maior contenção na prescrição de MCDT.	Já exerci. Exerço.	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)
	Nunca exerci.	(11,5)	15 (28,9)	31 (59,6)
4. Os médicos têm conhecimento do custo dos MCDT que prescrevem.	Já exerci. Exerço.	7 (41,2)	3 (17,7)	7 (41,2)
	Nunca exerci.	20 (39,2)	7 (13,7)	24 (47,1)
5. É importante que os médicos tenham acesso à informação do custo dos MCDT em geral e dos que prescrevem habitualmente.	Já exerci. Exerço.	0	2 (11,8)	15 (88,2)
	Nunca exerci.	5 (9,6)	6 (11,5)	39 (78,9)
6. O custo-efetividade deve ser considerado pelo médico aquando da escolha dos MCDT a prescrever.	Já exerci. Exerço.	0	2 (12,5)	14 (87,5)
	Nunca exerci.	4 (7,7)	11 (21,2)	37 (71,2)
7. Existe informação acessível aos médicos sobre o custo-efetividade dos MCDT.	Já exerci. Exerço.	7 (41,2)	5 (29,4)	5 (29,4)
	Nunca exerci.	20 (40,4)	10 (19,2)	21 (40,4)
17. Tenho conhecimento do custo dos MCDT que prescrevo mais frequentemente.	Já exerci. Exerço.	3 (18,8)	1 (6,3)	12 (75,0)
	Nunca exerci.	12 (24,0)	4 (8,0)	34 (68,0)
18. Se tivesse acesso à informação do custo dos MCDT para o hospital no momento de prescrição provavelmente reduziria a minha prescrição.	Já exerci. Exerço.	7 (43,8)	5 (31,3)	4 (25,0)
	Nunca exerci.	33 (63,5)	13 (25,0)	6 (11,5)

Entre os médicos que já exerceram cargos de gestão e aqueles que nunca o fizeram, não existem diferenças de perceção que importam relatar entre ambos os grupos para as Questões 1-17. No que respeita a uma das questões mais relevantes para este estudo (Questão 18), verifica-se que é entre os profissionais de saúde que já foram responsáveis pela gestão de uma qualquer atividade que existe mais apoio à hipótese de que o acesso a informação sobre o custo modera a prescrição. Esta opinião talvez se deva ao facto de o exercício de atividades de gestão tornar o seu comportamento mais sensível aos custos incutidos pelos serviços médicos solicitados.

Na Tabela 15 encontram-se as respostas ao conjunto de questões constituintes da Tabela 8, segundo as quais o contacto prévio/atual, ou inexistente, com o exercício de gestão é avaliado.

Tabela 15 Resultados por Exercício de Funções de Gestão à Questão 24

		É irrelevante	É por vezes considerado	É sempre considerado
a)	O(s) custo(s) da sua realização para o doente (líquido(s) de coberturas de seguros ou outros).	Já exerci. Exerço. 1 (5,9)	14 (82,4)	2 (11,8)
		Nunca exerci. 11 (22,5)	27 (55,1)	11 (22,5)
b)	O tempo despendido pelo doente com a realização de vários procedimentos.	Já exerci. Exerço. 2 (11,8)	13 (76,5)	2 (11,8)
		Nunca exerci. 14 (28,0)	31 (62,0)	5 (10,0)
c)	O incómodo e grau de intrusão para o doente.	Já exerci. Exerço. 1 (5,9)	10 (58,8)	6 (35,3)
		Nunca exerci. 5 (10,0)	21 (42,0)	24 (48,0)
d)	O(s) custo(s) da realização para o serviço clínico a que pertença.	Já exerci. Exerço. 2 (11,8)	10 (58,8)	5 (29,4)
		Nunca exerci. 18 (36,7)	28 (57,1)	3 (6,1)
e)	O(s) custo(s) da realização para o hospital.	Já exerci. Exerço. 2 (11,8)	10 (58,8)	5 (29,4)
		Nunca exerci. 18 (36,7)	29 (59,2)	2 (4,1)
f)	O(s) custo(s) da realização para o SNS.	Já exerci. Exerço. 2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)
		Nunca exerci. 18 (36,7)	27 (55,1)	4 (8,2)
g)	O(s) custo(s) para a seguradora ou subsistema, caso aplicável.	Já exerci. Exerço. 5 (29,4)	10 (58,8)	2 (11,8)
		Nunca exerci. 33 (68,8)	15 (31,3)	0
h)	O(s) custo(s) da realização para a sociedade em geral.	Já exerci. Exerço. 1 (5,9)	11 (64,7)	5 (29,4)
		Nunca exerci. 18 (36,7)	27 (55,1)	4 (8,2)

Os resultados obtidos sugerem que o desempenho de funções de gestão está associado a uma maior preocupação dos médicos com os custos das entidades produtoras de cuidados de saúde em todos os níveis de agregação (serviço clínico, hospital e SNS) e das entidades pagadoras (seguradoras ou SNS e sociedade).

Quanto ao custo e tempo despendido pelo doente, a maioria dos profissionais de ambos os grupos têm, por vezes, estes dois fatores em consideração aquando da sua decisão de prescrição. No que respeita ao incómodo e grau de intrusão do MCDT, é quem nunca desempenhou funções de gestão quem tem maior atenção com estes dois fatores.

4.3.2 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar (Exclusividade)

Do total dos respondentes, 24 (34,3%) trabalha em exclusividade com o CHEDV.

Na Tabela 16 encontram-se discriminadamente as respostas às questões da Tabela 3 consoante o vínculo dos profissionais com o centro hospitalar (Questão 30: Trabalha em exclusividade no CHEDV?). Encontram-se evidenciados os resultados que a autora considera revelantes para a análise dos dados.

Tabela 16 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar às Questões 1-7, 17 e 18

		Discordo/ Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo/ Concordo totalmente
1. O médico, individualmente, pode desempenhar um papel no controlo dos custos em cuidados de saúde.	Sim	4 (16,7)	0	20 (83,3)
	Não	5 (10,9)	2 (4,4)	39 (84,8)
2. Nalguns casos, são prescritos MCDT desnecessários.	Sim	0	2 (8,3)	22 (91,7)
	Não	4 (8,7)	2 (4,4)	40 (90,0)
3. Em geral considero que é necessária uma maior contenção na prescrição de MCDT.	Sim	1 (4,2)	10 (41,7)	13 (54,2)
	Não	6 (13,0)	12 (26,1)	28 (60,9)
4. Os médicos têm conhecimento do custo dos MCDT que prescrevem.	Sim	10 (41,7)	5 (20,8)	9 (37,5)
	Não	18 (40,0)	5 (11,1)	22 (48,9)
5. É importante que os médicos tenham acesso à informação do custo dos MCDT em geral e dos que prescrevem habitualmente.	Sim	1 (4,2)	4 (16,7)	19 (79,2)
	Não	5 (10,9)	4 (8,7)	37 (80,4)
6. O custo-efetividade deve ser considerado pelo médico aquando da escolha dos MCDT a prescrever.	Sim	1 (4,2)	5 (20,8)	18 (75,0)
	Não	3 (6,7)	8 (17,8)	34 (75,6)
7. Existe informação acessível aos médicos sobre o custo-efetividade dos MCDT.	Sim	9 (37,5)	4 (16,7)	11 (45,8)
	Não	20 (43,5)	11 (23,9)	15 (32,6)
17. Tenho conhecimento do custo dos MCDT que prescrevo mais frequentemente.	Sim	6 (27,3)	2 (9,1)	14 (63,6)
	Não	9 (20,0)	3 (6,7)	33 (73,3)
18. Se tivesse acesso à informação do custo dos MCDT para o hospital no momento de prescrição provavelmente reduziria a minha prescrição.	Sim	14 (58,3)	8 (33,3)	2 (8,3)
	Não	27 (60,0)	10 (22,2)	8 (17,8)

Os resultados obtidos sugerem que a exclusividade do exercício médico com o CHEDV não implica diferenças de resposta que importam relatar em todas as questões indicadas na Tabela 3.

Na Tabela 17 encontram-se as respostas às questões da Tabela 8 segundo o vínculo dos profissionais com o centro hospitalar.

Tabela 17 Resultados por Vínculo ao Centro Hospitalar à Questão 24

		É irrelevante	É por vezes considerado	É sempre considerado
a)	O(s) custo(s) da sua realização para o doente (líquido(s) de coberturas de seguros ou outros).	Sim 4 (17,4)	14 (60,9)	5 (21,7)
		Não 8 (18,2)	28 (63,6)	8 (18,2)
b)	O tempo despendido pelo doente com a realização de vários procedimentos.	Sim 7 (29,2)	16 (66,7)	1 (4,2)
		Não 9 (20,5)	29 (65,9)	6 (13,6)
c)	O incómodo e grau de intrusão para o doente.	Sim 3 (12,5)	11 (45,8)	10 (41,7)
		Não 3 (6,8)	21 (47,7)	20 (45,5)
d)	O(s) custo(s) da realização para o serviço clínico a que pertence.	Sim 6 (26,1)	13 (56,5)	4 (17,4)
		Não 14 (31,8)	26 (59,1)	4 (9,1)
e)	O(s) custo(s) da realização para o hospital.	Sim 6 (26,1)	13 (56,5)	4 (17,4)
		Não 14 (31,8)	27 (61,4)	3 (6,8)
f)	O(s) custo(s) da realização para o SNS.	Sim 5 (21,7)	15 (65,2)	3 (13,0)
		Não 15 (34,1)	24 (54,6)	5 (11,4)
g)	O(s) custo(s) para a seguradora ou subsistema, caso aplicável.	Sim 8 (36,4)	14 (63,6)	0
		Não 30 (68,2)	12 (27,3)	2 (4,6)
h)	O(s) custo(s) da realização para a sociedade em geral.	Sim 6 (26,1)	15 (65,2)	2 (8,7)
		Não 13 (29,6)	24 (54,6)	7 (15,9)

No seguimento da tabela anterior, é possível fazer algumas ilações. Das respostas à Questão 24 d), depreende-se que os profissionais de saúde que exercem exclusivamente no CHEDV são os que proporcionalmente mais se preocupam com os custos incutidos ao serviço clínico em que estão inseridos. As respostas à questão seguinte corroboram estes resultados e reforçam a hipótese de que existe uma associação positiva entre exclusividade e consideração pelos custos imputados ao hospital. Contudo, a diferença na importância atribuída aos custos pelos dois grupos de médicos cai significativamente quando a agregação é ao nível do SNS (Questão 24 f)), podendo indicar que os médicos se importam com o “seu” serviço clínico/hospital. Em linha com esta ideia estão as respostas às Questões 24 g) e 24 h), com estes médicos a dar menor importância aos custos para a seguradora ou subsistema e para a sociedade em geral.

5 Conclusão

5.1 Conclusões Gerais

No presente capítulo são discutidos os principais resultados que se obtiveram com a aplicação do questionário no CHEDV, atendendo aos objetivos do estudo.

Tanto quanto se conhece, esta foi a primeira investigação realizada em Portugal com o propósito de compreender em que medida o conhecimento do custo dos MCDT influencia o comportamento de prescrição dos médicos. Neste sentido, elaborou-se um questionário que procura avaliar as perceções dos médicos relativamente aos custos dos MCDT e o seu impacto no seu comportamento de prescrição.

Os resultados apresentados sugerem que o conhecimento do custo dos MCDT por parte dos médicos não é, por si só, uma solução eficaz e suficiente para controlar a despesa hospitalar. Também é possível aferir que existem discrepâncias na importância atribuída aos custos entre os médicos inquiridos.

É importante ter em mente que, a par das conclusões referidas, a solução pode não passar por abandonar esta medida. Para que se obtenha os benefícios pretendidos, é possível que seja necessário associá-la a outra(s). A seguir, com base nos resultados obtidos, discutem-se medidas que, aliadas à transparência dos custos, podem contribuir para o controlo da despesa.

5.2 Implicações do Estudo para Políticas Públicas

No geral, a transparência do custo dos MCDT aquando da sua prescrição não aparenta, segundo os resultados obtidos, ser uma medida eficaz na redução dos custos com os cuidados de saúde. Contudo, e de acordo com as perceções dos médicos refletidas nas suas respostas ao questionário, é possível deduzir que aqueles profissionais que já contactaram com atividades de gestão são os que mais consideração têm com a despesa implicada. Este resultado pode ser explicado pelo contacto com a escassez de recursos em saúde e com a necessidade destes serem mais eficientemente geridos, que decorre do exercício de funções de gestão. Uma implicação destes resultados é que a exposição de médicos – em exercício ou formação – à necessidade de gerir recursos eficientemente, aliada à maior transparência dos custos, pode contribuir para o controlo da despesa. Esta maior exposição pode ser conseguida através do exercício obrigatório

ou mais incentivado de funções de gestão ou pelo contacto com noções de economia/gestão/administração hospitalar durante o período de formação.

Uma outra solução que se propõe passa pela educação dos médicos já em exercício. Foi percebido, no local, que alguns profissionais, aquando de prescrição de um MCDT, desconhecem a existência da informação do seu custo, mesmo esta estando seguida ao nome do MCDT a seleccionar e a cor diferente. Neste caso, os benefícios aparentemente comedidos que se possam ter verificado com a implementação desta medida têm aqui uma eventual causa - alguns médicos não têm sequer conhecimento da existência desta informação. Assim, como poderíamos esperar que considerassem esta informação na sua prática diária? Estando o sistema informático já preparado para fornecer esta informação aos médicos de forma clara, só resta uma medida – a educação destes profissionais de saúde de forma a acautelá-los para a existência desta ferramenta e a sua finalidade.

Em menor grau, os resultados levantam a hipótese de que os médicos com exclusividade ao centro hospitalar se preocupam mais com os custos imputados à instituição. Neste caso, o exercício de funções em regime de exclusividade nos hospitais do SNS pode ter efeitos positivos sob a despesa, um benefício que não geralmente apontado pelos seus proponentes.

Finalmente, interessa referir a importância que a consideração pelo custo-efetividade pode representar nos cuidados de saúde prestados. A verdade é que, quando está em causa a contenção dos custos, uma das preocupações dos médicos é a manutenção do padrão de qualidade dos serviços médicos. Desta forma, o custo-efetividade pode ser um “meio termo” aceitável para os médicos que, de acordo como os resultados, agem em larga medida motivados pelo bem-estar dos doentes. Assim, por aliar o impacto clínico ao custo de provisão, talvez seja um conceito importante de transmitir, nomeadamente pelas orientações clínicas que poderiam fundamentar-se mais nesta análise económica para cada MCDT por elas indicado para um dado caso clínico.

5.3 Limitações do Estudo e Propostas para Investigações Futuras

Como todos os estudos, este também apresenta algumas limitações. Relativamente à amostra, é de notar que apenas 70 médicos do CHEDV se mostraram disponíveis para responder ao inquérito, sabendo que o total de profissionais em carreira interna são cerca de 280 e internos 150. Além disso, foram principalmente os profissionais do sexo feminino (71%) que optaram por participar nesta investigação. Com isto, pode-se admitir a existência de algum viés nos resultados, pois apenas podem ter colaborado aqueles médicos com interesse particular no estudo. Em alternativa, é possível aferir que são poucos os profissionais com competências clínicas que se interessam por matérias de economia da saúde e gestão da despesa hospitalar e, neste número reduzido de participantes, é o sexo feminino que mais se dispôs a cooperar e que mais interesse demonstrou nestes temas. Outra explicação pode dever-se à desvalorização dos benefícios que o estudo pudesse aportar e, assim, a indiferença com o mesmo conteve a sua participação.

Por outro lado, este estudo realizou-se num único centro hospitalar, o que pode não refletir, a nível nacional, a opinião desta classe profissional que presta cuidados de saúde diferenciados à população.

Interessa ainda mencionar que, somente pelo facto de o estudo ter como base a aplicação de um questionário, estão intrínsecas algumas desvantagens. Primeiro, não é garantido que os inquéritos devolvidos estivessem completamente preenchidos. Depois, pela possível existência de dificuldades de interpretação a algumas questões pelos participantes, as respostas podem não ter sido as que mais correspondiam às suas reais perceções.

É, ainda, importante notar que um tipo de viés associado à aplicação de questionários é o viés de cortesia. A priori, esse enviesamento poderá ocorrer tanto no sentido de subvalorizar como no de sobrevalorizar a importância dos custos. Neste caso, por um lado, os médicos têm associado um forte dever de ética profissional para com o doente; por outro, cada vez mais é-lhes incutida a responsabilidade dos custos imputados pelos serviços médicos que oferecem aos seus doentes. Tentou-se contornar este problema ao recorrer-se a um questionário anónimo e confidencial, mas compreende-se que poderá não ter sido o suficiente para evitar este cenário.

Importa referir que tanto no caso do exercício de funções de gestão como no de exercício da medicina em regime de exclusividade no SNS, os resultados deste estudo não permitem estabelecer uma associação positiva, ainda que esta possa com efeito estar presente. Os

resultados podem dever-se a um problema de seleção. Por um lado, os médicos com maior sensibilidade aos custos de provisão de cuidados de saúde podem estar mais predispostos a desempenhar funções de gestão. Por outro, a maior consideração pelos custos imputados pode dever-se a uma identificação com a instituição que levou, em primeiro lugar, os médicos a optar pelo exercício de funções em regime de exclusividade.

Finalmente, sendo este um estudo de caso, pressupõe-se que os resultados sejam interpretados no contexto do centro hospitalar em causa, o que significa ter em conta a existência da ferramenta de visualização dos custos de MCDT no sistema informático. Contudo, note-se que qualquer preocupação observada com os custos poderá estar inflacionada pois o CHEDV pode, de certa forma, ter inculcido, através desta ferramenta, uma política de moderação de custos, nomeadamente pelos MCDT solicitados. Esta situação implica estar presente um potencial enviesamento nos dados uma vez que, ao haver aqui uma maior sensibilidade com o tema, o mesmo pode não se verificar num hospital sem essa ferramenta.

Após a realização do presente estudo, foi possível delinear algumas recomendações que se julgam ser úteis para o planeamento e desenvolvimento de investigações com objetivos comuns.

Primeiramente, será útil conceber projetos que permitam a minimização das limitações previamente referidas. Assim, um estudo realizado em múltiplos centros hospitalares e que seja acompanhado de uma maior taxa de resposta permitirá a obtenção de uma amostra mais representativa da população de médicos a nível nacional.

De modo que se explore todas as vantagens associadas à nova ferramenta informática, cujo objetivo é viabilizar o conhecimento do custo dos MCDT, poder-se-ão averiguar os benefícios que possam advir da introdução de medidas que promovam a educação dos médicos sobre a utilidade e finalidade da própria ferramenta. Posteriormente, poderá revelar-se interessante avaliar o conhecimento efetivo do custo dos MCDT pelos médicos e não apenas a sua perceção, pois somente assim será possível obter uma noção real dos benefícios associados à implementação da medida de transparência do custo dos MCDT.

6 Referências Bibliográficas

ACSS. (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Acedido em 17 de outubro de 2018. Obtido de www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf

Allan, G. M., & Innes, G. (2002). Family Practice Residents' Awareness of Medical Care Costs in British Columbia. *Family Medicine*, 34(2), 104-109. Acedido em 2 de outubro de 2018. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874018>

Allan, G. M., & Lexchin, J. (2008). Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: A systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(2), 158-165. <https://doi.org/10.1017/S0266462308080227>

Alpuim, A. I. C. G. (2014). *Auditoria aos Sistemas de Informação Hospitalares* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Acedido em 19 de outubro de 2018. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34142/1/Ana%20Isabel%20Castro%20da%20Guia%20Alpuim.pdf>

Barros, P. P. (2019). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.

Cadamuro, J., Ibarz, M., Cornes, M., Nybo, M., Haschke-Becher, E., von Meyer, A., Lippi, G., & Simundic, A.-M. (2018). Managing inappropriate utilization of laboratory resources. *Diagnosis*, 6(1), 5-13. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0029>

CHEDV. (2010). *Caracterização da Empresa – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.* Acedido em 9 de novembro de 2018. Obtido de www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chedv/chedvouga_15_01_2010_caracterizacao_empresa.pdf

CHEDV. (2016). *Relatório de Gestão e Contas 2016 – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.* Acedido em 9 de novembro de 2018. Obtido de www.chedv.min-saude.pt/images/PDF/CHEDV_R&C_2016.pdf

CHEDV. (2019). Apresentação. Acedido em 5 de janeiro de 2019. Obtido de http://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=190&Itemid=322

Chien, A. T., Lehmann, L. S., Hatfield, L. A., Koplan, K. E., Petty, C. R., Sinaiko, A. D., Rosenthal, M. B., & Sequist, T. D. (2016). A Randomized Trial of Displaying Paid Price Information on Imaging Study and Procedure Ordering Rates. *Journal of General Internal Medicine*, *32*(4), 434–448. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3917-6>

Colla, C. H., Mainor, A. J., Hargreaves, C., Sequist, T., & Morden, N. (2016). Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, *74*(5), 507–550. <https://doi.org/10.1177/1077558716656970>

Despacho n.º 9186/2011 de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2011 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Durand, D. J., Feldman, L. S., Lewin, J. S., & Brotman, D. J. (2013). Provider Cost Transparency Alone Has No Impact on Inpatient Imaging Utilization. *Journal of the American College of Radiology*, *10*(2), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2012.06.020>

Ellemdin, S., Rheeder, P., & Soma, P. (2011) Providing clinicians with information on laboratory test costs leads to reduction in hospital expenditure. *South African Medical Journal*, *101*(10), 746-748. Acedido em 3 de novembro de 2018. Obtido de <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/4941/3582>

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider Behavior Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply. *Journal of Health Economics*, *5*(2), 129–151. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90002-0](https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90002-0)

Ericksson, W., Bothe, J., Cheung, H., Zhang, K., & Kelly, S. (2017). Factors leading to overutilisation of hospital pathology testing: the junior doctor's perspective. *Australian Health Review*, *42*(4), 374-379. <https://doi.org/10.1071/AH16290>

Feldman, L. S., Shihab, H. M., Thiemann, D., Yeh, H.-C., Ardolino, M., Mandell, S., & Brotman, D. J. (2013). Impact of Providing Fee Data on Laboratory Test Ordering. *JAMA Internal Medicine*, *173*(10), 903-908. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.232>

Freedman, D. B. (2015). Towards better test utilization - strategies to improve physician ordering and their impact on patient outcomes. *EJIFCC*, *26*(1), 15–30. Acedido em 28 de novembro de 2018. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975220/>

Ginsburg, M. E., Kravitz, R. L., & Sandberg, W. A. (2000). A survey of physician attitudes and

practices concerning cost-effectiveness in patient care. *Western Journal of Medicine*, 173(6), 390–394. Acedido em 3 de outubro de 2018. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071190/>

Goetz, C., Rotman, S. R., Hartoularos, G., & Bishop, T. F. (2015). The Effect of Charge Display on Cost of Care and Physician Practice Behaviors: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(6), 835–842. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3226-5>

Hirota, Y., Suzuki, S., Ohira, Y., Shikino, K., & Ikusaka, M. (2019). The Effectiveness of Cost Reduction with Charge Displays on Test Ordering under the Health Insurance System in Japan: A Study Using Paper-based Simulated Cases for Residents and Clinical Fellows. *Internal Medicine*, 58(2), 187-193. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0738-17>

Horn, D. M., Koplan, K. E., Senese, M. D., Orav, E. J., & Sequist, T. D. (2013). The Impact of Cost Displays on Primary Care Physician Laboratory Test Ordering. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2672-1>

Janssens, P. M. W. (2010). Managing the demand for laboratory testing: Options and opportunities. *Clinica Chimica Acta*, 411(21-22), 1596-1602. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2010.07.022>

Kesternich, I., Schumacher, H., & Winter, J. (2015). Professional norms and physician behavior: Homo oeconomicus or homo hippocraticus? *Journal of Public Economics*, 131, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2015.08.009>

Machado, C. (2018). *Metodologia de investigação e competências transversais*. Apontamentos, Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho, Braga.

Martins, C., Azevedo, L. F., Ribeiro, O., Sá, L., Santos, P., Couto, L., Costa-Pereira, A., & Hespanhol, A. P. (2013). A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal—What Services (and Frequencies) Are Deemed Necessary by Patients? *PLOS ONE*, 8(11), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081256>

Melendez-Rosado, J., Thompson, K. M., Cowdell, J. C., Alvarez, C. S., Ung, R. L., Villanueva, A., Jeffers, K. B., Imam, J. S., Mitkov, M. V., Kaleem, T. A., Jacob, L., & Dawson, N. L. (2017). Reducing unnecessary testing: an intervention to improve resident ordering practices. *Postgraduate Medical Journal*, 93(1102), 476–479. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134513>

Miyakis, S., Karamanof, G., Liontos, M., & Mountokalakis, T. D. (2006). Factors contributing to

inappropriate ordering of tests in an academic medical department and the effect of an educational feedback strategy. *Postgraduate Medical Journal*, 82(974), 823–829. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2006.049551>

Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*, 344, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>

OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Owens, D. K., Qaseem, A., Chou, R., & Shekelle, P. (2011). High-Value, Cost-Conscious Health Care: Concepts for Clinicians to Evaluate the Benefits, Harms, and Costs of Medical Interventions. *Annals of Internal Medicine*, 154(3), 174-180. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00007>

Portaria n.º 126/2018 de 8 de maio. Diário da República n.º 88/2018 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Riise, J., Hole, A. R., Gyrd-Hansen, D., & Skåtun, D. (2016). GPs' implicit prioritization through clinical choices – evidence from three national health services. *Journal of Health Economics*, 49, 169–183. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.07.001>

Riley, J. D., Stanley, G., Wyllie, R., Kottke-Marchant, K., & Procop, G. W. (2018). The Impact of an Electronic Expensive Test Notification. *American Journal of Clinical Pathology*, 149(6), 530–535. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqy021>

Rischatsch, M. (2015). Who joins the network? Physicians' resistance to take budgetary co-responsibility. *Journal of Health Economics*, 40, 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.12.002>

Sá, L., Costa-Santos, C., Teixeira, A., Couto, L., Costa-Pereira, A., Hespanhol, A., Santos, P., & Martins, C. (2015). Portuguese Family Physicians' Awareness of Diagnostic and Laboratory Test Costs: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 10(9), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137025>

Sá, L., Teixeira, A. S. C., Tavares, F., Costa-Santos, C., Couto, L., Costa-Pereira, A., Hespanhol, A. P., Santos, P., & Martins, C. (2017). Diagnostic and laboratory test ordering in Northern Portuguese Primary Health Care: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(11), 1-10.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018509>

Schmidt, R. L., Colbert-Getz, J. M., Milne, C. K., Vargo, D. J., Hussong, J. W., Hoidal, J. R., Markewitz, B. A., Walker, B. S., & Kawamoto, K. (2017). Impact of Laboratory Charge Display Within the Electronic Health Record Across an Entire Academic Medical Center: Results of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Clinical Pathology*, *148*(6), 513–522. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqx110>

Sedrak, M. S., Myers, J. S., Small, D. S., Nachamkin, I., Ziemba, J. B., Murray, D., Kurtzman, G. W., Zhu, J., Wang, W., Mincarelli, D., Danoski, D., Wells, B. P., Berns, J. S., Brennan, P. J., Hanson, C. W., Dine, C. J., & Patel, M. S. (2017). Effect of a Price Transparency Intervention in the Electronic Health Record on Clinician Ordering of Inpatient Laboratory Tests: The PRICE Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *177*(7), 939-945. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1144>

Sedrak, M. S., Patel, M. S., Ziemba, J. B., Murray, D., Kim, E. J., Dine, C. J., & Myers, J. S. (2016). Residents' Self-Report on Why They Order Perceived Unnecessary Inpatient Laboratory Tests. *Journal of Hospital Medicine*, *11*(12), 869–872. <https://doi.org/10.1002/jhm.2645>

Sehgal, R. T., & Gorman, P. (2011). Internal Medicine Physicians's Knowledge of Health Care Charges. *Journal of Graduate Medical Education*, *3*(2), 182-187. <https://dx.doi.org/10.4300%2FJGME-D-10-00186.1>

Silvestri, M. T., Xu, X., Long, T., Bongiovanni, T., Bernstein, S. L., Chaudhry, S. I., Silvestri, J. I., Stolar, M., Greene, E. J., Dziura, J. D., Gross, C. P., & Krumholz, H. M. (2018). Impact of Cost Display on Ordering Patterns for Hospital Laboratory and Imaging Services. *Journal of General Internal Medicine*, *33*(8), 1268–1275. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4495-6>

Stremikis, K., Schoen, C., & Fryer, A.-K. (2011). A Call for Change: The 2011 Commonwealth Fund Survey of Public Views of the U.S. Health System. *The Commonwealth Fund*, *6*(1492), 1–23. Acedido em 9 de dezembro de 2018. Obtido de <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2011/apr/call-change-2011-commonwealth-fund-survey-public-views-us-health>

Tilburt, J. C., Wynia, M. K., Sheeler, R. D., Thorsteinsdottir, B., James, K. M., Egginton, J. S., Liebow, M., Hurst, S., Danis, M., & Goold, S. D. (2013). Views of US Physicians About Controlling Health Care Costs. *JAMA*, *310*(4), 380-388. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8278>

van der Horst, A., van de Wijngaart, D. J., Scherrenburg, J., van Dijk, N., & Janssens, P. M. W. (2017). Practical motives are prominent in test-ordering in the Emergency Department. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, *55*(10), 1523–1529. <https://doi.org/10.1515/cclm-2016-1092>

van Walraven, C., & Naylor, C. D. (1998). Do We Know What Inappropriate Laboratory Utilization Is? A Systematic Review of Laboratory Clinical Audits. *JAMA*, *280*(6), 550–558. <https://doi.org/10.1001/jama.280.6.550>

APÊNDICE 1 – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

- **Apresentação da Organização**

Como consequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, em 1 de fevereiro de 2009 surgiu o CHEDV. Este centro hospitalar agrega o Hospital de São Sebastião, E.P.E. em Santa Maria da Feira (sede), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel em Oliveira de Azeméis. Desta forma, o CHEDV compromete-se a fornecer cuidados de saúde a cerca de 340.000 cidadãos (CHEDV, 2019).

- **Missão, Objetivos e Políticas da Organização**

O CHEDV está focado numa gestão de cuidados de saúde aos doentes da zona norte do distrito de Aveiro com qualidade e no tempo adequado. Visa ainda prestar cuidados de saúde económica e financeiramente sustentáveis, com especial atenção à eficiência. A promoção da sua participação no ensino, o incentivo à formação de pessoal técnico de saúde e a aposta na investigação clínica são também alguns dos desígnios a serem alcançados (CHEDV, 2010).

O exercício do CHEDV tem em vista a resolução de algumas carências percecionadas pela instituição, nomeadamente no que concerne à sua integração com outras entidades de prestação de cuidados de saúde. Importa também referir que o CHEDV tem o intento de introduzir políticas como a racionalização da utilização de exames de diagnóstico, podendo ser o recurso a protocolos clínicos ajustados à situação clínica uma medida viável para o efeito; e o reforço do investimento em equipamentos de MCDT (CHEDV, 2010).

- **Desempenho económico da Organização**

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas do CHEDV de 2016, em dezembro o centro hospitalar registou uma despesa num montante próximo dos 6 665 000€. Em relação à produção subcontratada a outras entidades, os custos com os Meios Complementares de Diagnóstico foram de 1 899 294,22€, enquanto que os custos com os Meios Complementares de Terapêutica foram cerca de 1 212 569,29€. Estes valores implicam que a despesa com MCDT não incluídos na produção interna do centro hospitalar representou, sozinha, mais de 4% do total da faturação ao SNS em 2016. No que respeita aos Meios Complementares de Diagnóstico, a sua subcontratação pelo CHEDV sofreu um aumento de 19,8% face ao ano anterior, sendo de salientar os custos revelados pela área da Imagiologia, 42,3% superiores ao exercício do ano prévio (CHEDV, 2016).

APÊNDICE 2 – Questionário aos médicos

Este questionário insere-se numa dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho. Tem como objetivo avaliar a perceção dos médicos relativamente ao custo e prescrição dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

As suas respostas são confidenciais e anónimas e apenas serão usadas no âmbito da investigação. As informações sociodemográficas solicitadas servem apenas para efeito de interpretação das respostas.

O questionário tem uma duração média de preenchimento de 10-15 minutos e pressupõe que aceite participar no estudo. Assinale no quadrado respetivo se concorda ou não fazer parte deste trabalho.

Concordo. Não concordo.

Obrigada pela sua colaboração.

Considerando o contexto de um hospital público, indique a sua concordância com as seguintes afirmações numa escala de 1 a 5, optando pelo número que melhor corresponda à sua opinião.

Enquadramento	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. O médico, individualmente, pode desempenhar um papel no controlo dos custos em cuidados de saúde.					
2. Nalguns casos, são prescritos MCDT desnecessários.					
3. Em geral considero que é necessária uma maior contenção na prescrição de MCDT.					
4. Os médicos têm conhecimento do custo dos MCDT que prescrevem.					
5. É importante que os médicos tenham acesso à informação do custo dos MCDT em geral e dos que prescrevem habitualmente.					
6. O custo-efetividade deve ser considerado pelo médico aquando da escolha dos MCDT a prescrever.					
7. Existe informação acessível aos médicos sobre o custo-efetividade dos MCDT.					
8. Os médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm margem de discricionariedade total na escolha de MCDT (em termos de quantidade e custos).					
9. Alguns doentes não reconhecem a escassez dos recursos em saúde, o que promove o maior uso dos MCDT.					
10. Incentivos financeiros atribuídos ao médico pelo hospital para contenção de custos podem promover a moderação na prescrição de MCDT.					
Prescrição de MCDT					
11. A minha formação (por exemplo, a universidade e o local do curso) influencia a minha prática de prescrição de MCDT.					
12. A minha especialidade influencia a minha prática de prescrição de MCDT.					
13. A força do hábito influencia a minha prática de prescrição de MCDT.					

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
14. A preferência ou pressão do doente para a realização de determinado MCDT têm efeito na minha decisão de prescrição.					
15. Um maior tempo de consulta com o doente permitiria diminuir a necessidade de prescrição de MCDT.					
16. Salvaguardando as diferenças de gravidade, a prescrição de MCDT é mais ponderada no âmbito do internamento do que nas consultas externas.					
17. Tenho conhecimento do custo dos MCDT que prescrevo mais frequentemente.					
18. Se tivesse acesso à informação do custo dos MCDT para o hospital no momento de prescrição provavelmente reduziria a minha prescrição.					
Outras considerações					
19. A crise económica vivida na última década alterou a minha prática de prescrição no sentido de poupar recursos.					
20. A preocupação institucional com a contenção de custos pode comprometer a qualidade dos cuidados de saúde prestados.					
21. As situações de diagnóstico dúbio aumentam a prescrição de MCDT.					
22. Em resultado do maior acesso a informação médica (por exemplo, internet ou televisão), alguns doentes exercem pressão sobre o médico para a realização de determinado MCDT ou de um maior número de MCDT.					
23. O modelo de remuneração do médico (por exemplo por salário, por serviço prestado ou por doente atendido) pode influenciar a maior ou menor prescrição de MCDT.					

24. A decisão de prescrição de MCDT pode estar, ou não, inerente a diversos fatores. De acordo com a sua opinião, indique a consideração pelos seguintes fatores aquando da decisão de prescrição de MCDT.

	É irrelevante	É por vezes considerado	É sempre considerado
a) O(s) custo(s) da sua realização para o doente (líquido(s) de coberturas de seguros ou outros).			
b) O tempo despendido pelo doente com a realização de vários procedimentos.			
c) O incómodo e grau de intrusão para o doente.			
d) O(s) custo(s) da realização para o serviço clínico a que pertença.			
e) O(s) custo(s) da realização para o hospital.			
f) O(s) custo(s) da realização para o SNS.			
g) O(s) custo(s) para a seguradora ou subsistema, caso aplicável.			
h) O(s) custo(s) da realização para a sociedade em geral.			

25. A prescrição de vários MCDT pode, por vezes, ser realizada de forma simultânea (o doente realiza todos os MCDT prescritos e regressa à consulta) ou sequencial (o doente realiza um MCDT e, apenas no caso deste ser inconclusivo, realiza outro MCDT).

Na decisão de prescrição em simultâneo versus sequencial, tenho em consideração:	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
a) o custo financeiro que o doente terá que suportar, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo (isto é, a prescrição sequencial evita a realização de MCDT adicionais, no caso em que o(s) primeiro(s) MCDT é(são) conclusivo/suficiente(s)).					
b) o custo a suportar pelo SNS, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo.					
c) a disponibilidade de tempo do doente para realizar os MCDT de forma sequencial (no caso de ter menor disponibilidade profissional ou familiar poderá preferir em simultâneo).					
d) se terei maior facilidade em realizar diagnóstico a partir de vários MCDT em simultâneo.					

Nas questões seguintes, seleccione a resposta adequada.

26. Dos fatores seguintes, qual o principal que a comunidade médica deveria considerar na decisão de prescrição de um Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)?

- O benefício do MCDT para o doente. O custo financeiro do MCDT.
- O custo-efetividade do MCDT.

27. Dos seguintes fatores que podem influenciar a decisão de prescrição de MCDT, indique o que considera ser o mais importante de acordo com as diretrizes orientadoras de um hospital público:

- O benefício do MCDT para o doente. O custo financeiro do MCDT.
- O custo-efetividade do MCDT.

28. Com o decorrer da sua carreira médica, considera que tem maior, igual ou menor preocupação com os custos associados aos cuidados de saúde?

- Maior preocupação. Menor preocupação.
- Igual preocupação.

29. Já exerceu ou exerce funções de gestão?

- Já exerci funções de gestão. Nunca exerci nem exerço atualmente
- Exerço atualmente funções de gestão. funções de gestão.

30. Trabalha em exclusividade no CHEDV?

- Sim Não

(Caso a sua resposta seja Sim, avance para a pergunta 32.)

31. Caso não trabalhe em exclusividade no CHEDV:

a) Onde mais exerce?

- Num hospital privado. Outro.
 Num consultório. Qual? _____

b) Considera que a sua prática de prescrição difere nos diferentes locais onde exerce?

- Sim Não

c) Considera que o seu comportamento de prescrição difere consoante o doente esteja ou não coberto por um seguro de saúde privado ou um subsistema de saúde?

- Sim Não

32. Considere a prescrição de MCDT no contexto de consultas de especialidade num hospital privado e num hospital público. Com base na sua experiência e no conhecimento direto ou indireto que tem dessas duas realidades, considere o peso que cada um dos seguintes fatores tem na decisão de prescrição de MCDT:

	Mais peso no contexto de hospital privado	Igual peso	Mais peso no contexto de hospital público
a) Tempo necessário para o doente fazer todos os exames.			
b) Custo financeiro para o doente.			
c) Custo para a sociedade.			

Informações Sociodemográficas (Selecione a alternativa adequada.)

Sexo:

- Masculino Feminino

Idade:

- Menos de 20 anos 40 - 49 anos Mais de 69 anos
 20 - 29 anos 50 - 59 anos
 30 - 39 anos 60 - 69 anos

Anos de experiência médica após conclusão do internato:

- Menos de 5 anos 16 - 25 anos 36 - 45 anos
 5 - 15 anos 26 - 35 anos Mais de 45 anos

Serviço Clínico a que pertence:

- Área Médica Área Cirúrgica Outras Área

Caso tenha alguma dúvida e necessite de esclarecimentos adicionais entre em contacto com a investigadora através do email pg34494@alunos.uminho.pt.

APÊNDICE 3 – Frequências absoluta e relativa das respostas às questões do questionário aos médicos

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O médico, individualmente, pode desempenhar um papel no controlo dos custos em cuidados de saúde.	1 (1,4)	8 (11,4)	2 (2,9)	40 (57,1)	19 (27,1)
2. Nalguns casos, são prescritos MCDT desnecessários.	1 (1,4)	3 (4,3)	4 (5,7)	38 (54,3)	24 (34,3)
3. Em geral considero que é necessária uma maior contenção na prescrição de MCDT.	1 (1,4)	6 (8,6)	22 (31,4)	29 (41,4)	12 (17,1)
4. Os médicos têm conhecimento do custo dos MCDT que prescrevem.	1 (1,5)	27 (39,1)	10 (14,5)	27 (39,1)	4 (5,8)
5. É importante que os médicos tenham acesso à informação do custo dos MCDT em geral e dos que prescrevem habitualmente.	1 (1,4)	5 (7,1)	8 (11,4)	34 (48,6)	22 (31,4)
6. O custo-efetividade deve ser considerado pelo médico aquando da escolha dos MCDT a prescrever.	0	4 (5,8)	13 (18,8)	32 (46,4)	20 (29,0)
7. Existe informação acessível aos médicos sobre o custo-efetividade dos MCDT.	2 (2,9)	27 (38,6)	15 (21,4)	23 (32,9)	3 (4,3)
8. Os médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm margem de discricionariedade total na escolha de MCDT (em termos de quantidade e custos).	2 (3,0)	25 (37,3)	27 (40,3)	10 (14,9)	3 (4,5)
9. Alguns doentes não reconhecem a escassez dos recursos em saúde, o que promove o maior uso dos MCDT.	0	5 (7,1)	6 (8,6)	31 (44,3)	28 (40,0)
10. Incentivos financeiros atribuídos ao médico pelo hospital para contenção de custos podem promover a moderação na prescrição de MCDT.	21 (30,4)	23 (33,3)	14 (20,3)	8 (11,6)	3 (4,4)
11. A minha formação (por exemplo, a universidade e o local do curso) influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	6 (8,6)	9 (12,9)	11 (15,7)	38 (54,3)	6 (8,6)
12. A minha especialidade influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	0	5 (7,1)	8 (11,4)	43 (61,4)	14 (20,0)
13. A força do hábito influencia a minha prática de prescrição de MCDT.	3 (4,3)	25 (35,7)	10 (14,3)	30 (42,9)	2 (2,9)
14. A preferência ou pressão do doente para a realização de determinado MCDT têm efeito na minha decisão de prescrição.	5 (7,1)	39 (55,7)	12 (17,1)	13 (18,6)	1 (1,4)

15. Um maior tempo de consulta com o doente permitiria diminuir a necessidade de prescrição de MCDT.	2 (2,9)	13 (18,6)	16 (22,9)	23 (32,9)	16 (22,9)
16. Salvaguardando as diferenças de gravidade, a prescrição de MCDT é mais ponderada no âmbito do internamento do que nas consultas externas.	4 (5,9)	23 (33,8)	25 (36,8)	15 (22,1)	1 (1,5)
17. Tenho conhecimento do custo dos MCDT que prescrevo mais frequentemente.	1 (1,5)	14 (20,9)	5 (7,5)	41 (61,2)	6 (9,0)
18. Se tivesse acesso à informação do custo dos MCDT para o hospital no momento de prescrição provavelmente reduziria a minha prescrição.	7 (10,1)	34 (49,3)	18 (26,1)	10 (14,5)	0
19. A crise económica vivida na última década alterou a minha prática de prescrição no sentido de poupar recursos.	5 (7,1)	23 (32,9)	24 (34,3)	17 (24,3)	1 (1,4)
20. A preocupação institucional com a contenção de custos pode comprometer a qualidade dos cuidados de saúde prestados.	1 (1,5)	5 (7,3)	9 (13,0)	42 (60,9)	12 (17,4)
21. As situações de diagnóstico dúbio aumentam a prescrição de MCDT.	0	1 (1,5)	2 (2,9)	44 (63,8)	22 (31,9)
22. Em resultado do maior acesso a informação médica (por exemplo, internet ou televisão), alguns doentes exercem pressão sobre o médico para a realização de determinado MCDT ou de um maior número de MCDT.	0	3 (4,3)	6 (8,6)	43 (61,4)	18 (25,7)
23. O modelo de remuneração do médico (por exemplo por salário, por serviço prestado ou por doente atendido) pode influenciar a maior ou menor prescrição de MCDT.	10 (14,3)	17 (24,3)	21 (30,0)	20 (28,6)	2 (2,9)

24.

	É irrelevante	É por vezes considerado	É sempre considerado
a) O(s) custo(s) da sua realização para o doente (líquido(s) de coberturas de seguros ou outros).	12 (17,9)	42 (62,7)	13 (19,4)
b) O tempo despendido pelo doente com a realização de vários procedimentos.	16 (23,5)	45 (66,2)	7 (10,3)
c) O incómodo e grau de intrusão para o doente.	6 (8,8)	32 (47,1)	30 (44,1)
d) O(s) custo(s) da realização para o serviço clínico a que pertença.	20 (29,9)	39 (58,2)	8 (11,9)
e) O(s) custo(s) da realização para o hospital.	20 (29,9)	40 (59,7)	7 (10,5)
f) O(s) custo(s) da realização para o SNS.	20 (29,9)	39 (58,2)	8 (11,9)
g) O(s) custo(s) para a seguradora ou subsistema, caso aplicável.	38 (57,6)	26 (39,4)	2 (3,0)
h) O(s) custo(s) da realização para a sociedade em geral.	19 (28,4)	39 (58,2)	9 (13,4)

25.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) o custo financeiro que o doente terá que suportar, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo (isto é, a prescrição sequencial evita a realização de MCDT adicionais, no caso em que o(s) primeiro(s) MCDT é(são) conclusivo/suficiente(s)).	1 (1,5)	3 (4,4)	9 (13,0)	43 (62,3)	13 (18,8)
b) o custo a suportar pelo SNS, podendo optar por prescrever MCDT de forma sequencial e não em simultâneo.	1 (1,5)	6 (8,7)	12 (17,4)	37 (53,6)	13 (18,8)
c) a disponibilidade de tempo do doente para realizar os MCDT de forma sequencial (no caso de ter menor disponibilidade profissional ou familiar poderá preferir em simultâneo).	2 (2,9)	10 (14,5)	18 (26,1)	35 (50,7)	4 (5,8)
d) se terei maior facilidade em realizar diagnóstico a partir de vários MCDT em simultâneo.	1 (1,5)	12 (17,7)	18 (26,5)	35 (51,5)	2 (2,9)

	O benefício do MCDT para o doente.	O custo-efetividade do MCDT.	O custo financeiro do MCDT.	O benefício do MCDT para o doente e o custo-efetividade do MCDT.
26. Dos fatores seguintes, qual o principal que a comunidade médica deveria considerar na decisão de prescrição de um Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)?	51 (73,9)	17 (24,6)	0	1 (1,5)
27. Dos seguintes fatores que podem influenciar a decisão de prescrição de MCDT, indique o que considera ser o mais importante de acordo com as diretrizes orientadoras de um hospital público:	29 (42,0)	34 (49,3)	5 (7,3)	1 (1,5)
	Maior preocupação.	Igual preocupação.		Menor preocupação.
28. Com o decorrer da sua carreira médica, considera que tem maior, igual ou menor preocupação com os custos associados aos cuidados de saúde?	37 (53,6)	31 (44,9)		1 (1,5)
	Já exerci funções de gestão.	Exerço atualmente funções de gestão.		Nunca exerci nem exerço atualmente funções de gestão.
29. Já exerceu ou exerce funções de gestão?	8 (11,6)	9 (13,0)		52 (75,4)

	Sim	Não
30. Trabalha em exclusividade no CHEDV?	24 (34,3)	46 (65,7)

31.

	Num hospital privado.	Num consultório.	Outro.	Num hospital privado e consultório.	Num hospital privado e outro.	Num consultório e outro.
a) Onde mais exerce?	12 (26,1)	11 (23,9)	13 (28,3)	8 (17,4)	1 (2,2)	1 (2,2)
					Sim	Não
b) Considera que a sua prática de prescrição difere nos diferentes locais onde exerce?					10 (21,7)	36 (78,3)
c) Considera que o seu comportamento de prescrição difere consoante o doente esteja ou não coberto por um seguro de saúde privado ou um subsistema de saúde?					17 (37,0)	29 (63,0)

32.

	Mais peso no contexto de hospital privado	Igual peso	Mais peso no contexto de hospital público
d) Tempo necessário para o doente fazer todos os exames.	15 (23,1)	32 (49,2)	18 (27,7)
e) Custo financeiro para o doente.	33 (52,4)	22 (34,9)	8 (12,7)
f) Custo para a sociedade.	0	33 (53,2)	29 (46,8)

Informações Sociodemográficas

Sexo	
Masculino	20 (29,0)
Feminino	49 (71,0)
Idade	
Menos de 20 anos	0
20 - 29 anos	8 (11,6)
30 - 39 anos	20 (29,0)
40 - 49 anos	11 (15,9)
50 - 59 anos	29 (42,0)
60 - 69 anos	1 (1,5)
Mais de 69 anos	0
Anos de experiência médica após conclusão do internato	
Menos de 5 anos	22 (32,8)
5 - 15 anos	10 (14,9)
16 - 25 anos	21 (31,3)
26 - 35 anos	14 (20,9)
36 - 45 anos	0
Mais de 45 anos	0
Serviço Clínico a que pertence	
Área Médica	44 (64,7)
Área Cirúrgica	17 (25,0)
Outras Áreas	1 (1,5)
Área Médica e Cirúrgica	6 (8,8)