

NOTAS ECONÓMICAS 7

REVISTA DA FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ALAIN LIPIETZ LE MONDE DE L'APRÈS-FORDISME

TONY CULYER O IMPACTO DA ECONOMIA DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

PEDRO NOGUEIRA RAMOS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO MONETÁRIA: UMA ANÁLISE COM BASE EM DADOS ESPACIAIS

HORÁCIO CRESPO FAUSTINO COMÉRCIO INTRA-SECTORIAL E VANTAGENS COMPARATIVAS ENTRE PORTUGAL E ESPANHA (1983-1992)

MARIA ISABEL R. T. SOARES IRREVERSIBILIDADE E DIFERIMENTO DE INVESTIMENTOS PRODUTIVOS

CARLOS TENREIRO SMEs IN EUROPE: THERE'S NO BUSINESS LIKE SMALL BUSINESS

JOÃO SOUSA ANDRADE CONFUSÕES À VOLTA DA UNIFICAÇÃO MONETÁRIA EUROPEIA

PAULINO TEIXEIRA EMPREGO E TRANSFORMAÇÃO DA ECONOMIA



O Impacto da Economia da Saúde nas Políticas Públicas

Tony Culyer Universidade de York, Inglaterra

resumo

Este artigo contesta a visão negativa, recentemente veiculada por alguns autores, de que a economia da saúde tem tido um impacto menor sobre as políticas do sector. Tony Culyer sustenta que essa conclusão resulta de quatro equívocos: o equívoco da actividade (o impacto deve ser medido apenas em termos das acções empreendidas); o equívoco da especificidade (a política tem que levar em conta aspectos que não os económicos); o equívoco da míopia (o impacto tem de ser imediato); e o equívoco do contributo invisível (o impacto da economia será sempre manifesto através da actividade dos economistas). O trabalho apresenta diversos exemplos, alguns retirados da experiência própria do autor, que ilustram bem os equívocos identificados e que apontam para um impacto substancial da ciência económica sobre a política de saúde.

résumé / abstract

Cet article relate la vision négative récemment véhiculée par certains auteurs sur l'impact mineur que l'économie de la santé a eu sur la politique sectorielle.

Tony Culyer soutient qu'une telle conclusion résulte de quatre erreurs: *erreur sur l'activité* (l'impact doit être seulement mesuré en termes d'actions accomplies); *erreur sur la spécificité* (cette politique doit considérer les aspects autres que les aspects économiques); *erreur de myopie* (l'impact doit être instantané) et *erreur sur l'apport invisible* (l'impact de la science économique sera toujours visible, ceci du fait de l'action des économistes). L'auteur donne divers exemples — dont certains sont issues de sa propre expérience — qui illustrent clairement les quatre erreurs identifiées, tout en montrant l'impact significatif de la science économique sur la politique de la santé.

This paper disputes the negative view recently expressed by some authors about the minor impact that health economics has had on public policy. Culyer argues that such a conclusion stems from four fallacies: the *fallacy of activity* (the impact must be assessed only in terms of accomplished actions); the *fallacy of specificity* (the policy should consider aspects other than economic ones); the *myopic fallacy*. (the impact must be instantaneous); and the *fallacy of the invisible input* (the impact of economics will always be apparent due to the action of economists). The author gives several examples, some of which from his own experience, that clearly show those four fallacies and bring to light the significant impact of economics on health policies.

Introdução*



Alguns economistas chegaram recentemente à conclusão de que o impacto da economia da saúde nas políticas públicas tem sido decepcionante. Entre os grandes especialistas que partilham esta opinião, destaca-se o francês Emil Levy, economista da saúde, que assim o afirmou na comunicação apresentada na sessão plenária do Congresso Europeu de Economia da Saúde, realizado em Estocolmo em 1995. Esta visão pessimista (quanto a mim, e a ser verdade, pelo menos para os economistas da saúde, porque para outros especialistas da saúde pode não ser tão má!) levanta duas questões. A primeira é o facto de eminentes colegas meus terem chegado a uma conclusão tão claramente oposta à minha, pois considero que a economia da saúde teve um impacto muito grande e bem visível. A segunda tem a ver com os factos subjacentes a uma conclusão sobre o assunto: como é que pode saber-se se houve ou não impacto, que tipo de provas há e o que é que elas *na verdade* parecem indicar? Neste artigo, não vou ocupar-me com a primeira questão. Tratarei apenas da segunda (mas também discutirei outras).

Alguns problemas metodológicos

As únicas provas do impacto e do tipo de impacto dos economistas da saúde nas políticas públicas são inevitavelmente e em grande parte episódicas. Nestas circunstâncias, resta-nos esperar que esses episódios revelem uma orientação sistemática. Lembro aqui o excelente conselho de Harry Johnson a todos os empiristas, quando dizia que uma recolha de histórias que nos são contadas é, no fundo, constituída por rumores (o que não me parece coadunar-se com os trabalhos de Johnson). Apesar da opção que nos resta ser muito limitada, não devemos esquecer que pode haver recolhas cuidadosas e verdadeiras "salsadas", sendo as conclusões muito diferentes num caso e no outro. Além disso, as fontes utilizadas na compilação deste tipo de histórias são, muitas vezes, fruto de perspectivas parciais, isto é, estão especificamente marcadas por características geográficas, administrativas, culturais e pessoais. O que é válido para um determinado país, num determinado momento pode não o ser noutro país nesse mesmo momento, ou no mesmo país num momento diferente, e a minha observação dos factos pode não coincidir com a de outras pessoas. Apesar destas reservas, vamos, mesmo assim, avançar, para que o leitor possa depois concluir se a experiência portuguesa difere muito daquela que vou aqui expor.

Houve um grande cuidado com a escolha do título. Não foi por acaso que decidi tratar do impacto da *economia* da saúde e não do impacto dos *economistas* da saúde. Explicarei adiante a razão por que o fiz, mas, em certa medida, trata-se dum problema metodológico que não sei muito bem como resolver. Começo, assim, por outras questões metodológicas mais facilmente resolúveis.

Analisemos, em primeiro lugar, os problemas que a noção de "impacto" comporta. Se formos simplistas ao ponto de considerar que o único impacto importante é a aplicação imediata (ou pelo menos, rápida) de uma determinada recomendação resultante da investigação realizada por economistas da saúde, corremos o risco de incorrer, pelo menos, em quatro equívocos.

O primeiro é que ignoramos totalmente o impacto das recomendações *negativas*. Limitar as possibilidades de impacto a iniciativas *novas* redundando numa espécie de erro do Tipo II. Na verdade, é perfeitamente possível que uma das recompensas mais importantes para os

* O autor é Professor e Vice-Reitor da Universidade de York. Para além de ter publicado diversos livros e artigos na área da economia social, muitos dos quais referência indispensável para estudantes da matéria, é também co-editor do Journal of Health Economics, a principal revista de economia da saúde a nível mundial. O artigo aqui publicado foi apresentado como conferência inaugural do 5º Encontro Nacional de Economia da Saúde, realizado em Lisboa, Fevereiro de 1996. O Conselho de Redacção agradece ao Prof. Doutor João Pereira a revisão final desta versão portuguesa

** Quero agradecer a Alan Maynard e a Alan Williams, os comentários que fizeram ao texto e alguns dos exemplos que aqui utilizei.



economistas a quem são pedidos pareceres sobre políticas públicas seja o facto de *se evitar* que aconteça o que não deve acontecer. A isto chamo *equivoco da actividade*. Nem todos os resultados positivos obrigam a tomar medidas, nem há que tomá-las se o melhor for não fazer nada!

O segundo equívoco tem a ver com a especificidade da recomendação. Quando se elabora uma política, devem ter-se em conta não só as particularidades, mas também as generalidades. Pode até dizer-se que se fossem as particularidades a determinar o impacto das políticas públicas, os universitários — quase todos nós — ficariam eternamente condenados ao desajustamento das políticas nascidas em torre de marfim. A razão disto é simples: a política real é e deve ser determinada pelo contexto a que se destina e adaptar-se aos recursos e condicionalismos existentes, um aspecto que não nos compete analisar nem tão-pouco solucionar. Todas as recomendações dos economistas sobre políticas específicas, que neste momento me ocorrem, acabam, na prática, por ser filtradas e alteradas por processos políticos de tal forma que a política final delas resultante (quando, de facto, isso acontece) pode afastar-se muito da proposta inicial ou da conclusão dos especialistas universitários. Ora isto não significa inexistência de impacto. As propostas ou conclusões iniciais podem até ser indispensáveis para desencadear um processo de transformação. Chamo a isto *equivoco da especificidade*. É estranho que os economistas da saúde se deixem cair neste erro, já que, na nossa área, toda a literatura sobre políticas públicas não se cansa de repetir que as análises e os algoritmos de que nos servimos são meros auxiliares de raciocínio e nunca seus substitutos, tal como o nosso contribuído não é definir a política concreta, mas fornecer as estruturas teóricas necessárias para a sua concepção. Talvez seja conveniente lembrar aqui que para além de não sermos publicamente responsáveis (salvo se ocuparmos cargos políticos), tão-pouco nos compete tomar decisões, por muita vontade que tenhamos de o fazer. Como Keynes escreveu:

"[...] não sobrevalorizemos a importância do problema económico, nem sacrifiquemos aos seus alegados imperativos outras questões com uma importância maior e menos fugaz. É um problema que, tal como a estomatologia, compete a especialistas. Seria magnífico que à semelhança dos dentistas, os economistas dessem de si uma imagem de pessoas discretas e competentes!" (Keynes, 1971: 332)

Mas a ideia de um economista modesto continua a ser um oxímoro.

O terceiro equívoco reside em considerar que o impacto tem forçosamente de ser imediato. É o que designo por *equivoco da miopia*. O impacto de algumas das grandes teorias (como o utilitarismo, o marxismo, o keynesianismo ou o monetarismo) só se sentiu muito tempo depois do seu aparecimento, apesar dos carismáticos dotes de persuasão dos seus defensores. Os exemplos que referi são, evidentemente, exemplos de "formas de pensamento" mais gerais do que específicas. No entanto, haverá quem duvide do impacto que tiveram? Às vezes, o impacto surge só na geração seguinte. Em meu entender, não foi por acaso que a fase florescente das políticas monetaristas só tenha ocorrido quando a geração que aprendera nas universidades as teorias da *Escola de Chicago* começou a ocupar altos cargos na vida política e nos governos por esse mundo fora, muito embora elas tivessem sido defendidas, logo de início, por um dos economistas com maior magnetismo e capacidade de persuasão: Milton Friedman. É, no fundo, uma ironia que nessa altura o rumo da investigação universitária tivesse mudado e que a teoria macroeconómica tivesse absorvido alguns princípios fundamentais do monetarismo e rejeitado outros. Não é de admirar que as declarações públicas de muitos políticos, com conhecimentos de economia rudimentares — por vezes até já esquecidos — sejam desconcertantes, mesmo para um defensor acérrimo da corrente intelectual em causa, quer se trate do monetarismo ou de outra corrente qualquer. As ideias — mesmo as dos economistas — podem "entusiasmar" e criar um quadro analítico que permita resolver (pelo menos em parte) um certo número de problemas. O impacto propaga-se, mas só se sente uns tempos depois. No entanto, o que é inegável é que as ideias (boas) têm (ou acabam por ter) impacto nas políticas públicas! Citemos Keynes, mais uma vez:

"[...] as ideias dos economistas [...], correctas ou erradas, têm mais poder do que geralmente se admite. Na verdade, o mundo é comandado por pouco mais do que elas. Os homens de acção, que se consideram isentos de quaisquer influências intelectuais, são sempre escravos dum economista já morto. A fúria dos loucos que estão no poder, e que ouvem vozes, inspira-se nalgum escrevinhador académico do passado. Em minha opinião, exagera-se demasiado a importância dos direitos adquiridos comparativamente com a da infiltração progressiva das ideias. Não de imediato, como é evidente, mas ao fim dum certo tempo [...] são as ideias e não os direitos adquiridos que, mal ou bem, se revelam perigosos" (Keynes, 1936: 383-4).



É estranho que os economistas possam ser vítimas desta miopia, não só porque todos lemos a *Teoria Geral*, mas também porque a análise intertemporal é um instrumento básico do nosso arsenal teórico.

O quarto equívoco é o do *contributo invisível*. Grande parte da actividade dos economistas britânicos da saúde — e creio que noutros lados acontece mais ou menos o mesmo — passa-se nos "bastidores": em reuniões de comissões governamentais, em conferências de altos funcionários da administração pública, etc. As universidades são os locais ideais para este tipo de encontros confidenciais onde se respeitam as chamadas regras de "Chatham House" (que asseguram franqueza e abertura de ambas as partes garantindo a confidencialidade das sessões). Na Universidade de York, tem havido vários encontros deste tipo, geralmente para tratar de pormenores relativos a alterações de uma política específica (por exemplo, o estudo de uma nova regulamentação para uma determinada indústria). Estes encontros podem ter impactos positivos, impactos negativos, ou nem sequer ter impacto algum. Mas o seu traço distintivo é a *invisibilidade do contributo*. Só raros privilegiados sabem que houve, efectivamente, um contributo. Os restantes desconhecem esse facto e são, por isso, incapazes de descobrir qualquer impacto, mesmo que reconheçam ter havido alterações ou evoluções nessa política. O nexo entre o contributo e o resultado não é visível.

Estes quatro equívocos vão influenciar negativamente a avaliação do impacto dos economistas na elaboração de políticas públicas.

Existem ainda outros problemas. Um deles, a que já aludi, é o facto de ser necessário distinguir entre o impacto dos economistas na sua qualidade de economistas ou na qualidade de, por exemplo, professores universitários, membros dum partido político ou membros do governo. Aí corre-se o risco de atribuir à economia impacto *a mais*, e não *a menos*. Nessas situações, pode acontecer que os conhecimentos dos economistas, embora muitas vezes de forma intuitiva, sejam importantes para a política em causa, mas a razão fundamental do impacto talvez resida noutras características que os economistas possam ter, por exemplo, legitimidade política, reputação de bom avaliador das circunstâncias ou outras qualidades (eventualmente menos meritórias).

Na Grã-Bretanha, Lionel Robbins ficou célebre, para quem não é economista, como o autor da primeira grande reforma do sistema universitário, graças ao impacto dum volumoso relatório (Robbins, 1963) apresentado em 1963 por uma comissão a que ele presidiu (uma entre as múltiplas distinções que já lhe tinham sido conferidas). Essa comissão trabalhou durante quase três anos e reuniu um enorme acervo de dados (o relatório, propriamente dito, tem mais de trezentas páginas, os anexos mais de duas mil e os volumes que contêm os dados recolhidos ultrapassam também esse número de páginas). Embora a classe dos economistas possa orgulhar-se de produzir cientistas com a estatura, o humanismo e a cultura de um Robbins, o êxito do seu relatório não pode ser considerado nosso, tal como um eventual fracasso não poderia ser imputado à falta de impacto da *ciência económica*. Se Keynes nos recorda que para se definir uma política não basta a teoria económica, Robbins afirma (como Keynes poderia tê-lo feito) que muitos economistas têm bastante mais para oferecer ao mundo do que os seus conhecimentos de economia. Deixo ao critério do leitor distinguir entre os contributos dados às



políticas públicas pela teoria económica, pelos economistas na sua qualidade de economistas e pelos economistas numa outra qualidade qualquer. A distinção é quase sempre tão enfadonha quanto ociosa, mas como pretendo sublinhar o contributo da teoria económica (isto é, dos economistas *enquanto* economistas), há que estabelecer uma certa distinção. Mais adiante, darei um testemunho pessoal da dificuldade que isso representa, quando relatar um contributo meu cujo êxito ficou a dever-se, pelo menos em parte, *ao facto de não deixar transparecer demasiado até que ponto ele era tributário da teoria económica*. Este é mais um aspecto da questão metodológica: onde *está* a teoria económica num parecer dado por economistas, em matéria de políticas públicas, quer eles decidam deliberadamente escondê-la em prol duma persuasão mais eficaz, quer isso faça pura e simplesmente parte dos preconceitos implícitos comuns à generalidade dos economistas?

Alguns exemplos (na maioria britânicos) do impacto da economia da saúde nas políticas públicas

Começarei por referir uma prova (eventualmente um “rumor”) que se relaciona com o equívoco da actividade e que é, de certo modo, a história da mais notável recensão que ultimamente se fez a um livro. A obra em causa, que tem por título *The Public/Private Mix for Health* (McLachlan e Maynard, 1982), é composta por vários artigos encomendados e publicados pela Administração dos Hospitais Provinciais de Nuffield. Os organizadores foram Gordon Malachlan, Secretário da Administração, e o meu colega Alan Maynard que, por artes do destino, é quem agora ocupa esse lugar. A obra surgiu num contexto de preocupação geral com a “capacidade financeira” do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em situação económica difícil, e de procura de novas formas de financiamento. Cada proposta era objecto de uma atenta análise, pois era voz corrente que alguns elementos do governo conservador, eleito em 1979, eram ideologicamente contrários à manutenção do SNS e poderiam propor novos mecanismos, como por exemplo, um maior recurso aos seguros privados de saúde. Dos autores que colaboraram nessa obra fazem parte, além de mim próprio, Alan Maynard, Frans Rutten, Bob Evans e John Deeble, professores universitários com créditos firmados no domínio da economia da saúde, alguns especialistas britânicos de reconhecida competência em matéria de políticas de saúde pública, como Gordon Forsyth e Rudolph Klein, e ainda vários colaboradores de outros países da Europa e da América do Norte. Coube aos organizadores a tarefa de apresentarem uma introdução pormenorizada da obra e as importantes conclusões finais. Os artigos abrangiam uma grande diversidade de soluções e sintetizavam a nítida convergência internacional existente na identificação de um conjunto de problemas (comuns, como veio a verificar-se). Havia também grande convergência de opiniões acerca do que devia ser feito e da forma de estudar os problemas — nunca correr o risco de deitar fora o fundamental na ânsia de rejeitar o desnecessário, ter em conta que os seguros de saúde podem causar inúmeros problemas novos sem necessariamente resolver os que existem, definir claramente o objectivo a atingir e analisar cuidadosamente o custo-efectividade de processos alternativos, recorrendo sobretudo à teoria microeconómica e a casos concretos. A obra é particularmente notável na forma como trata a questão das “dificuldades de financiamento” e a necessidade de evitar a banalidade do “controlo dos custos”. Pode, sem dúvida, haver vários livros tão bons como este, mas, pelo menos nessa altura, este foi excepcionalmente bom.

Não são estas, porém, as razões que tornaram este livro numa obra célebre. A fama advém-lhe de ter sido escolhido para tema de debate na Câmara dos Lordes, em Abril de 1983, por proposta de Lord Hunter (um ilustre professor de medicina que durante a guerra fora o médico particular do marechal Montgomery e que, jubilado em 1983, abandonara o cargo de Reitor da Universidade de Birmingham). As actas do debate ocupam mais de 40 colunas do jornal das sessões (Câmara dos Lordes, 1983, cols. 969-1004). Foram especificamente mencionados vários colaboradores da obra (Forsyth, Maynard, McLachlan e eu próprio), e foram também referidos mais dois artigos, um de Alan Maynard (1983) e outro meu (Culyer, 1982). Foi um debate invulgarmente erudito, mesmo dentro dos elevados padrões de cultura da Câmara dos

Lordes! No fim do debate, e como é tradição na Câmara dos Lordes, não foi votada qualquer moção. Não restam praticamente dúvidas de que para além da natureza da argumentação económica relativamente à política do SNS ter sido considerada suficientemente importante para ser alvo de debate (e ultrapassar o tempo que lhe fora concedido!), as incipientes certezas quanto à simplicidade da eficácia de uma solução de mercado para os problemas do SNS mostraram bem o que valiam. Este caso é um bom exemplo da forma como o impacto do trabalho dos economistas da saúde pode “causar um entusiasmo” bastante generalizado e da importância do tipo de impacto negativo (a meu ver, positivo) que os economistas podem ter nas políticas públicas.

Posso dar mais exemplos de trabalhos de economistas da saúde que tiveram um impacto (negativo) semelhante (embora em circunstâncias de menor aparato). Um é uma série de *Working Papers* dirigida por mim, em 1988, no Instituto de Administração de Saúde, até ao momento em que o governo introduziu as grandes alterações no SNS (IHSM, 1988). Embora esses documentos tenham tido uma enorme divulgação, nunca viram a luz do dia através das vias “normais” das publicações académicas, o que mostra, aliás, que pode haver impacto se, de facto, existir uma preocupação constante de recordar aos responsáveis das políticas públicas “A nossa versão dos factos”. É provável que o leitor também conheça algum caso semelhante no seu país.

O segundo exemplo é um caso de impacto positivo e universal que demorou mais tempo a manifestar-se. Refiro-me à atitude extraordinariamente radical — amplamente difundida — dos responsáveis pelas políticas públicas de adoptarem a distinção dos economistas entre oferta e procura e *de a transporem para a estrutura institucional* dos sistemas de saúde através de múltiplas variações sobre o tema da separação entre financiamento e prestação. Creio que não subsistem dúvidas nem quanto à origem dessa ideia fundamental (a economia, como é evidente) nem quanto ao profundo impacto nas políticas públicas, tanto na concepção inicial do sistema como, já depois de introduzidas alterações, na aplicação prática de políticas específicas, por exemplo, a prestação convencionada de serviços médicos para dar resposta às necessidades da população. Essa noção e as instituições a que ela deu origem tornaram-se para nós tão familiares que corremos o risco de nos esquecer do impacto que a teoria económica teve. Se querem saber, só quando Alan Williams me chamou a atenção para o facto, é que passei a incluir este exemplo no meu rol de “rumores com valor de prova”.

O exemplo que se segue pertence também à categoria dos que “criam entusiasmo”. Refiro-me ao que se passou com o QALY que, na sua versão europeia, é sobretudo a história dum longo programa iniciado e pacientemente continuado durante muitos anos por Alan Williams (Williams, 1985; 1995) — que creio ter na origem um trabalho de Culyer, Lavers e Williams (1971). Aquilo que começou por ser uma categorização de tipos de medição (de componentes, de resultados e de transformações) acabou por se concentrar no elemento que, nessa altura, estava menos desenvolvido: a medição dos resultados. Daí passou-se directamente para o (controverso) desenvolvimento teórico do QALY e do EuroQoL, ideias hoje quase universalmente aceites, que estão para além de qualquer discussão económica ou de qualquer discussão entre economistas. A marca que o quadro teórico do QALY imprimiu no debate público sobre o significado (indiscutível) do “valor do dinheiro” no domínio dos cuidados de saúde teve como resultado “criar um entusiasmo” geral. Temos aqui um bom exemplo de como uma ideia do início da década de setenta foi amplamente difundida e utilizada por várias gerações (e não apenas entre gerações), em grande parte graças ao constante desenvolvimento e permanente divulgação dos trabalhos. Evidentemente que o impacto não foi imediato. Recordo-me bem de em 1970 e 1971 — quando trabalhava mais nesse campo do que agora — me terem dito várias vezes que o programa que Alan Williams e eu preconizávamos era “impossível” e “impraticável” (sabíamos que o seu impacto só viria a sentir-se significativamente pelo menos ao fim de dez). A receptividade negativa veio quase sempre dos meios académicos, o que revela como a comunidade científica pode errar quando avalia o impacto que a investigação pode ter nas políticas públicas! De qualquer forma, apesar de ser evidente que o impacto *imediato* não foi grande, este é um bom





exemplo de como os resultados da investigação devem ser avaliados ao fim de períodos mais longos do que um ou dois anos e de como é fundamental que os autores da ideia a defendam e difundam incansavelmente.

A utilização em casos práticos das medições QALY em estudos de eficácia e efectividade em epidemiologia e em várias análises de custo-efectividade acabam por ter um impacto directo nas políticas públicas (por exemplo, nas indicações dadas às administrações hospitalares e às administrações regionais de saúde do Reino Unido). Estes últimos exemplos são, efectivamente, casos de impacto *específico*, mas são parte do impacto dum vasto conjunto de trabalhos de investigação, inicialmente económicos e epidemiológicos, que se complementam perfeitamente. Os resultados são divulgados quer através de orientações explícitas sobre a efectividade fornecidas quer pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, quer por outros meios de difusão (com apoio oficial) dos quais apenas alguns assumem forma impressa, por exemplo, o *Bandolier*, lançado pela Administração Regional de Saúde de Oxford, e os folhetos *Effectiveness Matters*, *CRD Reports*, *Effectiveness Matters* e *Informed Choice*, todos publicados pelo Centro de Publicações e Difusão do SNS. Podem levantar-se dúvidas quanto ao impacto final deste trabalho na alteração dos hábitos dos médicos (e de outros agentes), mas a simples existência destas publicações, todas directamente apoiadas pelo Ministério da Saúde, prova cabalmente que houve impacto nas políticas públicas. Não pode falar-se aqui de desajustamento fruto de torres de marfim!

Há inúmeros casos de trabalhos de investigação de economistas da saúde que tiveram um impacto imediato (sobretudo no caso de trabalhos encomendados por decisores políticos) e que também exemplificam esse equívoco da especificidade. Há um caso relacionado com um trabalho, em que colaborei, sobre o financiamento dos hospitais escolares. As conhecidas propostas do *Resource Allocation Working Party-RAWP* (Grupo do Trabalho para a Afectação de Recursos) sobre a afectação de recursos aos hospitais (RAWP, 1976), apresentadas por economistas da saúde do próprio Ministério da Saúde, exigiam um suporte empírico para uma determinação correcta do subsídio destinado a cobrir os custos adicionais com a formação de médicos, custos esses não incluídos nos da prestação normal de serviços. Por encomenda do Ministério, os meus colegas e eu elaborámos um estudo econométrico do problema (parcialmente incluído em Culyer e Drummond, 1978, e em Culyer, Drummond, West e Wiseman, 1978) que permitiu calcular o *Acréscimo Especial Destinado ao Ensino*. A verdadeira utilidade do nosso trabalho foi permitir que se criasse uma espécie de princípio geral, ignorando (por razões práticas) várias precauções e restrições ("ignorar" talvez não seja a palavra adequada, porque os economistas do Ministério tinham plena consciência das limitações do nosso trabalho, mas tiveram de as "esquecer" em nome dum resultado que na prática satisfizesse as exigências da política em causa). Este é um exemplo de um trabalho com impacto imediato, apesar das conclusões terem sido filtradas por uma série de considerações de ordem prática e da urgência de regulação nesse campo. O trabalho valeu essencialmente como uma prova para fundamentar a decisão sobre os níveis mais ou menos correctos de subsídio, caso contrário a decisão não passaria de mera conjectura, como tal exposta a críticas, sobretudo às de quem se considerasse prejudicado. Isto não impediu, no entanto, que o RAWP fosse criticado, mas pelo menos refreou algumas línguas afiadas.

Neste caso tratou-se dum trabalho relativamente pequeno, certamente igual a dúzias de outros (muitos dos quais podem nem sequer ter sido publicados). Esta história tem ainda um outro pormenor que está na origem do relatório RAWP de 1976 e que prova que, para além do impacto técnico há também a considerar o impacto político (que depois levou à colaboração técnica que a que me referi). Como é do conhecimento geral, o SNS da Grã-Bretanha assenta no princípio da igualdade de acesso (não pretendo, de modo nenhum, enredar-me aqui na discussão do significado duma expressão tão vaga como esta). Por volta de 1968, Michael Cooper e eu (nessa altura ambos a trabalhar na Universidade de Exeter) considerámos bastante estranho que, vinte e dois anos depois de o Parlamento o ter instituído por lei, não tivesse ainda havido, que nós soubéssemos, qualquer estudo, nem da comunidade científica nem dos organismos do



Estado, sobre a eventual diminuição, aumento ou persistência das assimetrias da distribuição geográfica dos recursos do SNS. Decidimos, então, deitar mão a todos os dados empíricos que encontrássemos para analisar a situação e, com o patrocínio da *British Medical Association*, publicámos um extenso artigo com as conclusões a que chegámos (Culyer e Cooper 1970). O artigo não tem hoje qualquer interesse (os métodos utilizados eram extremamente primitivos, apesar do trabalho dum jovem assistente de investigação chamado L.G. Godfrey, actualmente um dos grandes especialistas mundiais de econometria), mas na época teve impacto político quer no ministro da saúde trabalhista (Crossman) quer no conservador (Joseph), ao ponto de um deles considerar a questão das assimetrias geográficas o problema mais grave que teve de enfrentar. O artigo não incluía praticamente nenhum tratamento teórico da questão, era um mero relatório. Os factos eram, porém, indiscutivelmente importantes e a questão que levantámos (óbvia, depois de aprendida a lição) fez, sem dúvida, vibrar uma corda. É óbvio que mais cedo ou mais tarde, alguém teria feito o mesmo que nós, mas (que eu saiba), nessa altura, os primeiros a fazê-lo foram economistas. Talvez não devéssemos gabar-nos desta contribuição da *teoria económica* para a política da saúde, embora seja característico dos economistas analisar cuidadosamente um objectivo que se definiu e procurar medir os resultados obtidos.

Um exemplo mais espectacular (e actual) de um algoritmo que teve um impacto directo numa política pública é o trabalho de uma equipa de economistas da saúde, coordenada pelo meu colega Paul Smith (Smith *et al.*, 1994), que representa a versão mais recente da política do RAWP. Era preciso criar (em 1996) um sistema de afectação de uma verba anual de cerca de 18 biliões de libras (desta vez destinada às administrações regionais de saúde). A escala e a complexidade deste estudo, para além da extensão do sector público afectada pelos resultados, conferia a este trabalho uma importância completamente diferente da do exemplo anterior. Também aqui, os resultados foram filtrados por inúmeros processos políticos (o produto final não tem necessariamente de obter a aprovação de todos os autores!), embora a fórmula e a base de cálculo adoptadas pelo Ministério da Saúde correspondessem substancialmente ao que os economistas propuseram. Também aqui, não podem subsistir quaisquer dúvidas quanto ao enorme impacto que este trabalho de investigação efectuado por economistas da saúde teve — e quase imediatamente — na política adoptada.

O exemplo que vou agora referir insere-se no domínio da análise custo-efectividade, um género de investigação que provavelmente ocupa a maioria dos economistas da saúde da Grã-Bretanha interessados no estudo de casos práticos. Diga-se de passagem, que quem fizer uma pesquisa no *Journal of Health Economics* fica, de facto, com uma ideia diferente sobre os interesses dos economistas da saúde. Nos últimos tempos não fiz nenhuma pesquisa, mas a mais recente (Culyer, 1987) revelou-me que só 6% dos artigos da revista podiam incluir-se nessa área. Esta conclusão tem muito mais a ver com os critérios editoriais sobre o que tem ou não interesse para publicação (e sobre a qualidade do que é efectivamente publicado) do que com a variedade da investigação dos economistas da saúde! Houve uma verdadeira avalanche de artigos que utilizavam a estrutura analítica de custo-efectividade e custo-utilidade, e apareceram algumas revistas novas. Não tenho uma opinião formada acerca do impacto de cada um desses trabalhos, mas há uma coisa que me parece evidente: o impacto que esta abordagem analítica do custo-efectividade teve nas políticas públicas foi, sem dúvida, extraordinário, pelo menos no Reino Unido. Há aí, contudo, um efeito perverso, pois muitos dos que não são economistas consideram que a análise custo-efectividade é o *único* contributo que os economistas da saúde e a economia da saúde podem dar às políticas públicas. Tem ainda que fazer-se um importante esforço educativo para contrariar esta ideia.

O impacto desta ideia enraizada sobre investigação na área da economia da saúde está bem patente na própria natureza do programa de I&D do SNS, e especificamente no Programa de Avaliação da Tecnologia da Saúde, coordenado, não por um economista, mas por um grande cirurgião, Sir Miles Irving. O último relatório deste programa sobre a elaboração de políticas públicas — que, no fundo, se destina mais a apoiar o SNS do que os interesses científicos dos investigadores (Department of Health, 1995) —, descreve os 54 projectos de investigação que



subsídia, *todos eles com uma nítida componente custo-efectividade ou eficiência*. Não admira, aliás, que assim seja, porque os critérios usados na enumeração e hierarquização dos temas, quer no programa quer nas memórias descritivas dos projectos de investigação, contêm componentes claramente económicas semelhantes às dos critérios seguidos nas encomendas de trabalhos de investigação. De facto, a encomenda de estudos permite que os eventuais investigadores recorram aos conhecimentos especializados dos economistas, sempre que na instituição que faz a encomenda não haja especialistas nessa área. Aqui não é apenas o impacto da economia nas políticas públicas, é sim a economia a tornar-se parte integrante do próprio processo de elaboração dessas políticas — neste caso, o da *política de investigação do país*. Acontece que a investigação é, por sua vez, influenciada por uma perspectiva da aplicação prática de determinada política, o que inegável e efectivamente exige uma análise de custo-efectividade e custo-utilidade a fim de se avaliarem os reais benefícios que ela possa oferecer a um serviço nacional de saúde. Além disso, pretende-se, isto é, quem elabora a política pretende que o impacto se faça sentir o mais depressa possível, independentemente do que se aprove ou não aprove (por exemplo, incentivar o uso de determinadas tecnologias novas e desincentivar o de outras; aconselhar uma utilização mais selectiva de tecnologias antigas e desaconselhar a utilização de outras). Este programa foi, aliás, uma excelente forma de incentivar a investigação multidisciplinar com *objectivos práticos* e contou, desde a assinatura do protocolo, com a colaboração não só de economistas, mas de outros cientistas sociais, juntamente com a de médicos e biólogos.

O último exemplo é (mais uma vez!) um caso que se passou comigo e que tem a ver com as dificuldades que se levantam quando o conteúdo económico do trabalho é deliberadamente ocultado por um economista ligado à elaboração de determinada política. O grupo de trabalho que, por incumbência do Ministério da Saúde, dirige em 1993/4, foi encarregado de conceber um sistema de financiamento e de controlo da qualidade da I&D do SNS. Nessa época, a falta de coordenação das várias fontes de financiamento e de controlo público (incluindo os apoios de vária ordem do sector privado) gerava um grande mal-estar quer entre os investigadores subsidiados quer entre quem os subsidiava. As dificuldades causadas pela multiplicidade de regimes existentes pioraram nos últimos tempos com as alterações que o “mercado interno” introduziu no SNS, com os contratos de assistência médica a terem de baixar cada vez mais os custos unitários e sem os velhos artifícios que até então tinham permitido subsidiar grande parte da investigação científica que se fazia nas faculdades de medicina e nos hospitais escolares. Houve outros factores e outros problemas que complicaram ainda mais a situação, com os quais não vou maçar o leitor. O relatório que apresentámos foi devidamente publicado (Culyer, 1994) e aprovado quase na íntegra pelo Ministro da Saúde, estando agora em fase de execução.

Poderá pensar-se que se tratou de um grande êxito (o que para um professor universitário é invulgar). Mas foi um êxito de quem? Da economia (da saúde) ou dum economista (da saúde)? Um economista dividiria facilmente os diferentes problemas que o grupo de trabalho analisou pelas seguintes categorias bem conhecidas: as *externalidades* que faziam que o funcionamento dum mercado distorcesse o funcionamento do outro; o *carácter público*, sobretudo a divulgação da procura de I&D por parte do sector público; a *produção conjunta*, sobretudo, por um lado, da investigação no domínio dos serviços médicos e de saúde, e por outro, da prestação de cuidados do serviço da saúde; a *elaboração de contratos*, principalmente o cumprimento de contratos de I&D; a *informação*, sobretudo a informação que pudesse evitar duplicação na I&D, informação sobre a qualidade dos investigadores e dos respectivos trabalhos realizados, e informação sobre os recursos necessários para a existência duma investigação científica eficiente e de alta qualidade (resumindo, a função de produção da investigação); e *custos de transacção*, principalmente a necessidade de diminuir o mais possível os custos de transacção de qualquer sistema que pretenda obter elevadas taxas, padrões e qualidade de I&D. Estes cinco pontos encontravam-se subjacentes a todas as recomendações do grupo de trabalho. No entanto, não duvido que se tivéssemos elaborado o relatório seguindo pura e simplesmente este árido enquadramento económico (já para não falar do jargão), o resultado final teria sido

completamente diferente. Era fundamental que a linguagem do relatório se adequasse aos seus principais destinatários (a comunidade de investigadores da medicina e da saúde e o governo). Era também essencial que o grupo de trabalho (em que eu era o único economista) utilizasse nas conclusões uma linguagem que todos os seus membros compreendessem. Em minha opinião, o relatório, enquanto contributo *económico* (como considero que o é), deve o êxito do seu impacto (imediatamente) na política do governo à teoria económica, embora isso só seja imediatamente perceptível aos especialistas. Não duvido, aliás, que haja opiniões diferentes. No entanto, digam o que disseram, eu considero-o um êxito para a economia.



Conclusões

Tenho consciência de que pode haver alguma parcialidade nas afirmações que faço. As histórias que constituem a minha recolha são, evidentemente, muito pessoais, quer pelo valor que lhes atribuo quer por se referirem, na generalidade, a trabalhos a que estive mais ou menos ligado (o que, aliás, me parece inevitável, pois são os casos que conheço melhor). No entanto, apesar de tudo, creio que contribuí para contrariar o presságio generalizado de que a economia da saúde não tem qualquer impacto nas políticas públicas. Considero, pelo contrário, que esse impacto tem sido não só vastíssimo, mas constante. Foram muitas as ideias que consegui alterar e, nalguns casos, incentivou (de forma bem radical) a reformulação de instituições; umas vezes evitou que determinadas coisas acontecessem, outras vezes nada teria acontecido sem a sua intervenção. Acredito que esse impacto tenha sido maior no Reino Unido do que em muitos outros países, quer por razões institucionais quer pelo facto de, na Grã-Bretanha, o interesse pela economia da saúde ter começado muito cedo (muito antes de se ter generalizado a concessão de subsídios públicos para a investigação — e formação — nesta área), mas duvido que alguma vez possa ter sido nulo. Se em Portugal foi menor do que o esperado (e isso eu não sei), o exemplo do Reino Unido pode dar algum alento. No fim de contas, os problemas das políticas públicas que no Reino Unido estiveram na origem da grande procura de investigação na área da economia da saúde não são, de modo algum, problemas exclusivamente britânicos. Bem pelo contrário, as suas causas e características são universais.

Creio, por isso, que há razões para optimismo, quer relativamente ao que foi feito quer relativamente ao que há a fazer. No entanto, como já tenho referido, é a nós que, em certa medida, cabe determinar as perspectivas futuras. É fundamental que a informação e a difusão sejam constantes e se dirijam a uma grande diversidade de ouvintes e leitores. Ficarmos metidos nos nossos gabinetes a escrever artigos interessantes não chega. É preciso que haja, entre nós, quem se decida a entrar no mundo da política para tratar das questões da saúde e da medicina, mesmo que esse não seja o nosso ideal de vida. Não é necessário, no entanto, que todos o façam, sobretudo todos os que têm uma visão semelhante dos problemas. O êxito resulta dum trabalho persistente realizado ao longo de anos por aqueles que se empenham pessoalmente (e não apenas profissionalmente), um trabalho assente numa colaboração entre os vários intervenientes que podem ter ou ideias semelhantes ou, pelo menos, interesses comuns, independentemente da sua área profissional ou científica.

A recompensa é enorme. Não é só a satisfação de reconhecer o impacto (às vezes imediato) do próprio trabalho, mas é também a de ver como ele informa os termos do debate público (ou pelo menos, a discussão sobre as políticas públicas). À medida que os êxitos se vão acumulando, depressa se multiplicam as oportunidades de colaborar em projectos de investigação. E depressa surgem também possibilidades para o desenvolvimento de estabelecimentos de ensino superior, de centros de investigação e para a criação de massas críticas onde a investigação fundamental em economia da saúde se conjuga com a investigação aplicada e orientada para a elaboração de políticas públicas, influenciando-se mutuamente e acabando por resultar numa massa crítica de conhecimentos especializados de que tantas vezes depende o verdadeiro êxito da investigação.

Convém, por isso, não esquecer que há um sem número de possibilidades a explorar!



Referências Bibliográficas

Câmara dos Lordes (1983) *Official Report* (Hansard) 27 April.

Cooper, M. H.; Culyer, A. J. (1970) An economic assessment of some aspects of the organisation of the NHS, in I. M. Jones (org.), *Health Services Financing*, Londres, British Medical Association.

Culyer, A. J. (1982) Health services in the mixed economy, in Lord Roll of Ipsden (org.), *The Mixed Economy* (Proceedings of Section F — Economics — of the British Association for the Advancement of Science), Londres, Macmillan, 128-144.

Culyer, A. J. (1987) Health economics: the topic and the discipline in J. M. Horne (org.), Proceedings of the Third Canadian Conference on health Economics 1986, Universidade de Manitoba, Department of Social and Preventive Medicine, Winnipeg, 1-17.

Culyer, A. J. (1994) *Supporting Research and Development in the NHS*, A Report to the Minister of Health by a Research and Development Taskforce chaired by Professor A. J. Culyer, Londres, HMSO.

Culyer, A. J.; Lavers, R. J.; Williams, A. (1971) Social indicators — health, *Social Trends*, 2, 3142 (reeditado com o título Health indicators, in A. Shonfield e S. Shaw, orgs., *Social Indicators and Social Policy*, Londres, Heinemann, 1972.

Culyer, A. J.; Drummond, M. F. (1978) Financing medical education — interrelationships between medical school and teaching hospital expenditure, in A. J. Culyer e K. G. Wright (orgs.), *Economic Aspects of Health Services*, Londres, Martin Robertson, 123-140.

Culyer, A. J.; Drummond, M. F.; West, P. A.; Wiseman, J. (1978) What accounts for the higher costs of teaching hospitals? *Social and economic Administration*, 12, 20-30.

Department of Health (1995) *Report of the NHS Health technology Assessment Programme*, Londres, Department of Health.

Institute of Health Services management (1988) Working Party on Alternative Delivery and Funding of Health Services: 6 papers by various authors, IHSM, Londres.

Keynes, J. M. (1936) *The General Theory of Employment Interest and Money*, Londres, Macmillan.

Keynes, J. M. (1971) Economic possibilities for our grandchildren, in *Collected Writings, vol. 9, Essays in Persuasion*, Londres, Royal Economic Society/Macmillan.

McLachlan, G.; Maynard, A. (1982) *The Public/Private Mix for Health: the Relevance and Effects of Change*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Maynard, A. K. (1983) Privatizing the NHS, *Lloyds Bank Review*, 149, 28-41.

RAWP (Resource Allocation Working Party) (1976) *Sharing Resources for Health in England and Wales*, Londres, HMSO.

Robbins, Lord (Chairman of the Committee of Higher Education) (1963) *Higher Education*, Cmnd 2154, Londres, HMSO.

Smith, P.C. et al. (1994) *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*, Centre for Health Economics, Universidade de York.

Williams, A. (1985) Economics of coronary artery bypass grafting, *British Medical Journal*, 291, 326-329.

Williams, A. (1995) *The Measurement and Valuation of Health: A Chronicle*, Discussion Paper 136, Centre for Health Economics, Universidade de York.