

Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde

Reflections on the role of health economics units regarding national health care systems

Fabiola Sulpino Vieira

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: fabiolasulpino@uol.com.br

Resumo

O objetivo deste texto é apresentar algumas reflexões sobre o papel e a relevância das unidades de economia da saúde (UES) no âmbito de sistemas nacionais de saúde. Parte-se dos fundamentos deste campo de conhecimento e de sua contribuição à gestão em saúde para tecer considerações sobre o papel e a relevância dessas unidades. São discutidas questões como o conhecimento dos gestores da saúde e lideranças políticas sobre economia da saúde, a necessidade de atuação transversal da UES na organização e de corpo técnico multidisciplinar qualificado, assim como a natureza técnica e política do trabalho, as possibilidades e limites para sua atuação, seus aspectos e a relação com grupos externos de pesquisa. Por fim, ressalta-se que o trabalho de equipe interna especializada em economia da saúde constitui um dos meios para qualificar o processo de tomada de decisão nas organizações públicas de saúde, visando à otimização do uso dos recursos e à equidade em sua alocação.

Palavras-chave: Economia da Saúde; Sistemas de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Administração Pública.

Correspondência

SBS, Quadra I, Bloco J, Ed. BNDES, Sala 1413
Brasília (DF). CEP: 70.076-900. Brasil.

Abstract

This text aims to introduce some reflections on the role and relevance of health economics units (HEUs) regarding national health care systems. The starting points are the core aspects of this knowledge field and its contribution to health care management, to give rise to considerations on the role and relevance of such units. Matters such as the health care managers' and political leaders' knowledge on health economics, the need for HEUs to take simultaneous action at various levels in the organization of a qualified multidisciplinary technical body, as well as the technical and political nature of the work, their possibilities and limits for action, their aspects, and their relationship with external research groups. Finally, the work of a specialized internal health economics team is one of the means to qualify the decision-making process in public health care organizations, to optimize the use of resources and their proper equitable allocation.

Keywords: Health Economics; Health Care Systems; Public Health Care Policies; Public Administration.

Introdução

Atualmente, um dos grandes desafios que se apresentam aos sistemas nacionais de saúde diz respeito à sustentabilidade financeira do sistema diante da crescente demanda por serviços e tecnologias sanitárias, de forma a assegurar o acesso, segundo os preceitos do direito à saúde em cada país.

Fatores como o aumento da esperança de vida ao nascer e o consequente envelhecimento da população, aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, surgimento de novas tecnologias e atuação das empresas do complexo industrial da saúde têm sido apontados como promotores da expansão dos gastos dos sistemas de saúde (Zucchi; Del Nero; Malik, 2000; Smith; Newhouse; Freeland, 2009; Ke; Saksena; Holly, 2011). Desde os anos 1970, os países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) têm observado aumento médio de 3,5 pontos percentuais das despesas com saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) até atingir cerca de 6% em 2006-2010, o que tem pressionado os orçamentos públicos, na medida da ampliação do esforço para o financiamento das ações e serviços (OECD, 2013).

Ainda que haja preocupação sobre a situação e sejam implementadas iniciativas para que o uso dos recursos seja mais eficiente, isso não se torna um grande problema se a economia nacional está bem. Entretanto, esta não é a realidade. A partir de 2008, a crise econômica em vários países provocou redução das receitas dos Estados, colocou mais pressão sobre esses orçamentos e, conseqüentemente, sobre os gastos em saúde.

Segundo a OCDE, “nos países associados, em média, quase três quartos dos gastos com saúde vêm de fontes públicas (ou do governo geral ou de seguro social de saúde). A evolução do gasto total com saúde é conseqüentemente dirigida pelas tendências do gasto público. O forte crescimento econômico pré-crise resultou em crescimento do gasto público com saúde a uma taxa anual média de 4%. Em 2010, o crescimento do gasto público em saúde sofreu redução em muitos países, tornando-se muito lento, alinhado ao crescimento econômico” (OECD, 2015, p. 4).

Nessa situação, a economia da saúde enquanto disciplina que agrega os campos de conhecimento da economia e das ciências da saúde pode ter um papel relevante no processo de tomada de decisão sobre intervenções, políticas e programas em saúde, a fim de otimizar a utilização dos recursos públicos, sendo igualmente importante discutir os meios pelos quais os tomadores de decisão acessam essas informações especializadas.

Assim, pensando sobre o contexto das organizações públicas, este texto tem por objetivo refletir sobre o papel e a relevância das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde.

O campo da economia da saúde

É reconhecido mundialmente que o trabalho exploratório de Arrow (1963) sobre o que diferencia os cuidados médicos de outros produtos, enquanto objeto de análise da economia, inaugurou a disciplina de economia da saúde (Svedoff, 2004). No contexto norte-americano daquela época, com forte mercantilização de serviços de saúde, o artigo trouxe uma contribuição importante ao evidenciar que há vários fatores que inviabilizam a aplicação dos pressupostos do modelo competitivo para o mercado de cuidados médicos. O autor ressaltou a existência de incertezas envolvendo a saúde e a necessidade de cuidados médicos e afirmou que, nessa situação, informação e conhecimento se transformam em commodities que como outras têm custo de produção e de transmissão, o que faz que naturalmente não se espalhem por toda a população, mas fiquem concentrados entre aqueles que podem lucrar mais com eles.

Sobre as características especiais do mercado de cuidados médicos, destacou a irregularidade e imprevisibilidade da demanda dos indivíduos por estes serviços, além da probabilidade considerável de redução da integridade pessoal, pois há algum risco de morte, de comprometimento da capacidade física dos indivíduos e de perda ou redução da capacidade produtiva, sendo a recuperação de uma doença tão imprevisível como sua incidência.

Outra questão importante para o autor era que nos cuidados médicos, o produto e a atividade de

produção são idênticos, o que faz o comportamento dos ofertantes de cuidados médicos ser diferente do homem de negócios geral. O consumidor não pode testar o produto e, por isso, há um elemento de confiança na sua relação com o ofertante. A assimetria de informação é muito intensa, porque o conhecimento médico é complicado, e a informação que o médico possui a respeito das consequências e possibilidades de tratamento são muito maiores do que as que o paciente dispõe.

Do ponto de vista da oferta, Arrow destacou a existência de barreiras à entrada na profissão de médico, pois há controle na abertura de novas escolas, os custos da educação médica são altos e a licença para atuação é exigível, aumentando os custos dos cuidados médicos. Ademais, enfatizou que são bem conhecidas as práticas não comuns de precificação, por exemplo, a discriminação do preço pela renda e a cobrança por serviços ou por meio de pré-pagamento.

O autor chamou atenção ainda para o fato de que os indivíduos são normalmente avessos ao risco e de que há um consenso geral de que a solução do livre mercado para a medicina é intolerável. Defendeu os seguros de saúde como meio para reduzir as incertezas e riscos para os pacientes, mas destacou que, apesar deles, existirão lacunas, uma vez que certos grupos como desempregados, pessoas institucionalizadas e idosos estavam quase completamente descobertos nos Estados Unidos da década de 1960.

Por fim, Arrow expressou o desejo de que suas propostas fossem julgadas como contribuição para reduzir a incerteza do paciente em relação à qualidade dos cuidados médicos adquiridos, pontuando que a licença para o exercício da medicina e os padrões educacionais são instituições sociais desenhadas para prevenir o problema da assimetria de informação.

Dessa forma, Arrow apresentou as falhas do mercado de cuidados médicos e as razões para a adoção de medidas que pudessem diminuir as incertezas para os pacientes, seja do ponto de vista da imprevisibilidade quanto ao uso desses cuidados seja quanto a sua qualidade. Obviamente que sua defesa da necessidade de ampliação da oferta de seguros se deu no contexto norte-americano, com alta

mercantilização dos serviços de saúde. Contudo, as falhas de mercado apontadas por ele subsidiaram também a discussão quanto à intervenção do Estado nesse mercado, justificando sua regulação, a exemplo do que ocorre no Brasil (ANS, 2015), e a oferta de programas de saúde pelo Estado, como no caso do *Medicare*, *Medicaid* e, mais recentemente, do subsídio para seguros privados previsto no *Affordable Care Act (ObamaCare)* nos Estados Unidos (CMS, 2015; HHS, 2014).

Contribuições da economia da saúde para a gestão de sistemas nacionais de saúde

Nas décadas subsequentes, sob a ótica da gestão, muitas outras contribuições foram dadas por diversos autores, estabelecendo com maior clareza as potenciais contribuições do campo da economia da saúde para a gestão em saúde. Destaca-se nesse aspecto o trabalho de Mooney e Drummond que, por meio de uma série de artigos, propuseram subsidiar os médicos com a discussão de algumas questões básicas de economia da saúde, a partir de uma análise da aplicação desse conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (National Health System - NHS) do Reino Unido, tanto para o alcance dos objetivos do cuidado de saúde, da melhor forma possível com os recursos disponíveis, quanto pela contribuição para o planejamento e a avaliação da atenção à saúde (Mooney; Drummond, 1982a).

Os autores preocuparam-se em desmistificar o entendimento dos profissionais de saúde sobre a economia. Neste trabalho começaram esclarecendo que a economia não representa meramente um conjunto de ferramentas analíticas, mas que consiste fundamentalmente em um modo de pensar as escolhas; que o dinheiro existe na economia para possibilitar que diferentes recursos sejam somados e valorados, mas que uma economia pode existir sem ele. Em relação aos custos, ressaltaram sua importância, mas não mais do que a dos benefícios e que o conceito relevante é o de custo de oportunidade. Uma vez que os recursos são finitos, aplicá-los em uma alternativa significa não dispor deles para obter a próxima

melhor alternativa. Esclareceram, ainda, que o corte de custos não é feito como um fim em si mesmo, mas para maximizar os benefícios do cuidado de saúde, o que se traduz em maior eficiência.

Em outro texto da série, os autores enfatizaram que os economistas tentam comparar diferentes padrões de uso de recursos com os vários padrões de benefícios obtidos, ao aplicar a economia aos problemas da atenção à saúde (Mooney; Drummond, 1982b). Argumentaram que uma vez que estão sendo tomadas decisões sobre a alocação de recursos, então, ao menos implicitamente, os benefícios da atenção à saúde estão sendo valorados e que, ao usar o conceito de custo de oportunidade, são adotadas intervenções cujos benefícios (vantagens) superam os custos (desvantagens).

Quanto ao financiamento da atenção à saúde, iniciam o texto alertando para o fato de que a escolha do sistema de saúde não está separada da ideologia política e que o método de financiamento é uma decisão básica que os governos precisam tomar (Drummond; Mooney, 1982a). Além disso, o financiamento do sistema não lida apenas com dinheiro, mas é preciso tratar de uma complexa relação envolvendo médicos, pacientes, instituições, tais como, hospitais e operadoras de seguro de saúde, bem como a comunidade em geral (Drummond; Mooney, 1982b). Nesse contexto, a demanda dos pacientes e a demanda induzida pelos ofertantes são fundamentais. Esclareceram que a demanda dos pacientes é uma demanda por saúde, em que a atenção à saúde consiste apenas em um dos meios para melhorá-la. Relembrem neste ponto o conceito de risco moral, que diz respeito, nesse caso, ao consumo excessivo de serviços de saúde pelo fato de que não é necessário pagar por este consumo ou pelo consumo adicional (ou seja, quando o consumo do cuidado passa do ponto no qual o benefício da última unidade de cuidado é menor do que o custo de oportunidade para a comunidade).

No tocante à demanda induzida pelos ofertantes, chamam atenção para o fato de que pode ser modulada pela compreensão de como os incentivos e desincentivos afetam o comportamento dos profissionais em cada sistema de financiamento e organização

da atenção à saúde, sendo esta uma medida fundamental com vistas à obtenção de maior eficiência.

Ao discutir alguns meios pelos quais a economia pode ser utilizada no sistema nacional de saúde para apoiar o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde, Mooney e Drummond (1982c) destacaram o subsídio à tomada de decisão no planejamento da atenção à saúde; a contribuição para medir a saúde, enfatizando o valor natural da saúde e a necessária distinção entre os julgamentos técnicos e de valor em tais medidas; e, por fim, a avaliação dos custos e benefícios das diferentes alternativas, aplicadas em diferentes graus para cumprimento das necessidades de saúde.

Para os autores, os tomadores de decisão precisam considerar o custo de oportunidade e explicitar os pesos dos benefícios relativos das diferentes alternativas. Frequentemente o que ocorre é que se define arbitrariamente a necessidade e igualmente estabelecem-se os padrões de cuidado à saúde para atender a esta necessidade. Nesse contexto, a ignorância de princípios econômicos básicos leva à ineficiência e a ineficiência, a menor melhoria na saúde. Melhorar a eficiência econômica pode ser um mecanismo para a diminuição do sofrimento e das mortes (Mooney; Drummond, 1982d). Ainda segundo os autores, os economistas podem subsidiar a tomada de decisão, mas não tomar a decisão, uma vez que o planejamento da atenção à saúde e a formulação de políticas são inevitavelmente subjetivos, e a decisão é tomada pelas lideranças no âmbito do sistema de saúde (Mooney; Drummond, 1982e, 1982f).

Destacam o uso das avaliações econômicas no planejamento dos serviços de saúde, que em nível nacional, por exemplo, podem ser utilizadas para o planejamento de novos hospitais ou para a ampliação de unidades de saúde existentes. Muitas análises de custos podem ser úteis para subsidiar a tomada de decisão, assim como as análises de custo-benefício, empregadas na avaliação das demandas de recursos dos clínicos para o desenvolvimento de serviços em nível local (Drummond; Mooney, 1982c, 1982d). Também podem ser criados índices da situação de saúde com o objetivo de expressar os estados de saúde ou de saúde-doença em termos do nível de funcionamento físico, mental e social,

a fim de obter avaliações dos indivíduos quanto ao valor relativo que eles dão a cada estado de saúde. Esses índices são úteis na valoração dos benefícios das diferentes alternativas no âmbito da atenção à saúde. E, por fim, eles recomendaram que qualquer que seja a avaliação econômica feita, é sempre importante dedicar atenção especial ao método de custeio, à interpretação dos resultados e à qualidade das evidências consideradas na análise (Drummond; Mooney, 1982d).

Quanto à equidade, os autores diferenciam a equidade horizontal (igual tratamento dos iguais) da vertical (desigual tratamento para os desiguais), enfatizando que é preciso dizer o que se entende por equidade antes de decidir como melhorar as medidas de saúde e de necessidade de cuidados de saúde, uma vez que a equidade, assim como a necessidade de saúde, não é um conceito absoluto ou objetivo. É relativo e valorativo (Mooney; Drummond, 1982f).

Em relação aos desafios para o futuro no âmbito dos sistemas nacionais de Saúde, Drummond e Mooney (1982e) elencaram questões que continuam atuais, tais como o insulamento decorrente da centralização das decisões, a dificuldade para fazer escolhas difíceis, a necessidade de avaliação clínica e econômica das alternativas, as deficiências na contribuição dos economistas da saúde pela insuficiência de profissionais nas equipes, pela necessidade de melhorar suas habilidades e entendimento sobre os contextos e fatores sociais, culturais e políticos nos quais as decisões em atenção à saúde são tomadas, além da sua dificuldade de comunicação com os profissionais da saúde. Por fim, os autores recomendaram para enfrentar estes desafios o estabelecimento de prioridades, a adoção de incentivos para a eficiência, o fortalecimento do papel da avaliação e a oferta de mais formação em economia da saúde (Drummond; Mooney, 1982f).

Estes trabalhos tiveram papel central na difusão dos conceitos básicos e na aplicação da economia da saúde à gestão dos serviços de saúde. Do ponto de vista metodológico, Drummond et al. (2007) lançaram mais luz aos diversos tipos de avaliações econômicas de programas de atenção à saúde ao publicar um livro em que descreveram detalhadamente os procedimentos utilizados para realizá-las, bem

como discutiram as limitações dessas técnicas e a forma de analisá-las criticamente.

Ainda no âmbito dos métodos, mais recentemente, uma revisão sistemática sobre diretrizes para a realização de avaliações econômicas de intervenções em saúde pública ofereceu doze questões para apoiar o governo, administradores do NHS e economistas da saúde em suas considerações sobre a metodologia dessas avaliações, no que se refere aos desafios adicionais de aplicar a economia da saúde à saúde pública (Edwards; Charles; Lloyd-Williams, 2013). Os autores desta revisão destacam ainda os trabalhos metodológicos mais notáveis a respeito da realização de avaliações econômicas de intervenções em saúde pública (Paynea; McAllister; Davies, 2013; Weatherly et al., 2009; Kelly et al., 2005).

Quanto à aplicação desses métodos à gestão em saúde, Herrera et al. (2002) defendem seu uso no planejamento, nas contas nacionais de saúde e na contabilidade no âmbito das unidades de saúde. Em outro trabalho, Kyriopoulos e Tsiantou (2010) discutiram a importância de utilizar as ferramentas de economia da saúde para estabelecer prioridades na política de saúde, ao estudar a relação entre elas e as políticas e intervenções principais em saúde pública, tais como a promoção e a educação em saúde, em um contexto de crise financeira e de recessão econômica. Concluíram que a economia da saúde oferece metodologia completa para melhorar o uso dos recursos escassos, por meio da redução da morbidade e da hospitalização, além dos ganhos em termos de capital humano.

No mesmo sentido, Mann et al. (2011) apresentaram a mais recente estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para fortalecimento dos sistemas de saúde, considerando como a pesquisa em economia da saúde pode ser usada para medir as realizações de cada objetivo da estratégia. Ressaltaram que o fortalecimento dos sistemas de saúde requer a tomada de decisão para obter o melhor valor dos recursos disponíveis e que a economia da saúde como uma ciência da alocação de recursos pode ajudar a quantificar os custos e os benefícios de duas ou mais escolhas concorrentes.

No contexto indiano, Nath (2008) defende um ponto de vista semelhante, enfatizando que em um

país com recursos escassos e uma sempre crescente população, com diversas necessidades de atenção à saúde, a economia da saúde tem papel fundamental ao determinar a disponibilização de serviços de saúde equitativos e custo-efetivos.

Entretanto, apesar da conscientização sobre a importância da economia da saúde, ainda é preciso avançar muito para que a informação seja produzida e efetivamente utilizada na formulação de políticas e programas. Arredondo (1999), em análise publicada sobre os campos de aplicação da economia da saúde, sua definição e áreas de pesquisa à época concluiu que em todos os países da América Latina e do mundo, em geral, havia uma preocupação sobre a não utilização dos recursos com a equidade, eficácia e eficiência necessárias. Contudo, verificou que a maior parte dos recursos alocados em saúde não estava sendo bem aproveitada em virtude de métodos deficientes de avaliação e gestão.

Outro estudo conduzido com o objetivo de avaliar o uso das análises econômicas por pesquisadores e gestores em saúde pública observou que a falta de experiência, o financiamento, o tempo, as ferramentas, os dados, além do desconforto com a teoria econômica foram apontados como barreiras para a aplicação da economia da saúde. Nesse trabalho, dos 294 participantes que responderam o questionário, 56,9% disseram que não usam ou usam muito pouco a economia da saúde em seu trabalho (Ammermann et al., 2009).

Sobre o desenvolvimento da economia da saúde nos países de baixa e média renda, Mills (2014) afirma que ao contrário dos países de alta renda, nos quais a economia da saúde foi estimulada pelo interesse acadêmico crescente na economia da política pública, pelo aumento da demanda nacional por economistas da saúde, o que estimulou a oferta de novos programas educacionais e o aumento do financiamento de pesquisas, nos países de baixa e média renda os usuários das análises econômicas em nível mundial, como a OMS e as agências multilateral e bilateral de auxílio, constituíram o fio condutor para sua expansão. Segundo a autora, isso emprestou ao desenvolvimento da economia da saúde uma estreita ligação às tendências políticas destas agências. Um exemplo disso tem sido

a discussão conduzida pela OMS sobre a cobertura universal em saúde, que está na agenda política mundial.

Já para a América Latina e especificamente para o caso do Peru, Petrera (2007) faz algumas reflexões e discute desafios da economia da saúde. Destaca três aspectos: a) o conceito de equidade no setor saúde, enfatizando que um dos objetivos centrais dos países da região deveria ser a busca de melhor distribuição dos recursos e das capacidades; b) a eficiência para a efetividade do sistema de saúde, destacando que no caso do Peru os problemas de qualidade dos serviços tinham sua origem no modelo organizacional e em sua administração; e c) a relação entre o desenvolvimento econômico e a saúde, defendendo que o desenvolvimento de evidências a favor da teoria do capital humano e de sua contribuição ao desenvolvimento econômico e social não implica visão oposta ao desenvolvimento de direitos sociais.

Em Cuba, González (2003) apontou que a economia da saúde deu um salto qualitativo nos anos 1990 com a criação da Sociedade Cubana de Economia da Saúde, com representações em todas as províncias, e de curso de economia da saúde pela Faculdade de Saúde Pública que foi oferecido em várias delas. A autora destacou que uma questão importante discutida à época foi a eficiência no sistema de saúde. Como o país sofreu uma grave deterioração de sua economia, houve uma intensa repercussão sobre o sistema de saúde, tanto em relação às despesas de capital quanto nas despesas correntes, com grande redução do gasto em saúde.

No Brasil, Mendes e Marques (2006, p. 259-293) apresentaram uma perspectiva histórica sobre o desenvolvimento da economia da saúde, destacando a relevância e o pioneirismo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que desenvolveu metodologia para apuração do gasto social federal no final dos anos 1980 e publicou livro em 1995, organizado por Piola e Vianna (2002), sobre o conceito de economia da saúde e sua contribuição para a gestão em saúde. Mendes e Marques também ressaltaram a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde, em 1989, como importante instância para fomento ao debate nesta área, que no Brasil dos anos 1980

e 1990 estava muito focado na crescente restrição de recursos, provocada pela crise econômica, e no desafio de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS), agregando parcelas da população ao sistema de maneira mais eficiente e equitativa.

Quanto à institucionalização do campo da economia da saúde no país, os autores afirmam que esta ganhou contornos mais definitivos com a criação do Departamento de Economia da Saúde no Ministério da Saúde em 2003 e defendem a política implantada por meio deste Departamento, de criação de núcleos de economia da saúde em secretarias de saúde dos governos estaduais e municipais como forma de atrair os profissionais e trabalhadores da saúde para que a pesquisa nesse campo se amplie e seja desenvolvida de forma aplicada aos serviços de saúde do SUS.

Na seção seguinte, apresentam-se algumas reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito dos sistemas nacionais de saúde.

Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde

A equipe de Economia e Financiamento da Saúde da área de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem acompanhado com certa regularidade o desenvolvimento de unidades ou departamentos de economia da saúde (UES) nos países da América Latina e do Caribe. Em 2006 realizou a primeira reunião dessas unidades em Buenos Aires e, entre o final de 2006 e julho de 2008, fez um levantamento junto ao ministério da saúde de cada país da região com o objetivo de obter mais informação sobre o seu funcionamento (OPS, 2008). Nesse trabalho, verificaram a existência de UES em 10 países: Argentina, Brasil, Chile, Uruguai e Paraguai no Cone Sul; Colômbia na Comunidade Andina; Costa Rica e México na América Central; República Dominicana no Caribe Latino; e Trinidad e Tobago no Caribe Inglês. Nesses países, os temas gerais de interesse das UES incluíam a sustentabilidade e dimensões fiscais do financiamento do acesso universal à saúde, os estudos de avaliação econômica de programas, intervenções ou de atividades de saúde, os estudos sobre os mercados e

preços de medicamentos, além dos estudos relacionados à farmacoeconomia.

A segunda reunião foi realizada em Buenos Aires, em 2009, com o objetivo de contribuir com o intercâmbio e a difusão de conhecimentos, ideias e experiências regionais entre as UES (OPS, 2009). Resultou pactuada, nesse encontro, a criação do Fórum Permanente Regional sobre Saúde e Desenvolvimento Econômico e Social com os objetivos de destacar a importância da saúde no processo de desenvolvimento econômico e social nos países, tornar mais visível o trabalho das UES e promover o desenvolvimento de linhas de cooperação para o seu fortalecimento, a fim de garantir sua consolidação e continuidade institucional. Aparentemente a ideia de criação do fórum não se concretizou, pois não foi possível localizar documentos a seu respeito na internet.

A terceira reunião ocorreu em Washington em 2011, e as UES trocaram experiências a respeito do impacto do envelhecimento sobre o gasto e financiamento dos sistemas de saúde, a implementação de mecanismos de pagamento para melhorar a eficiência na utilização de recursos e a aplicação de métodos de avaliação econômica na seleção de medicamentos e tecnologias sanitárias. Também revisaram os avanços no desenvolvimento de uma agenda comum de investigação e sobre a definição de critérios para o funcionamento de uma rede interinstitucional de unidades/departamentos de economia da saúde de ministérios da saúde dos países participantes (OPS, 2011).

Por fim, na quarta reunião que ocorreu em Santiago do Chile, em 2013, discutiram-se a proteção financeira que oferecem os sistemas de saúde da região, a definição de uma estratégia para a atualização periódica do gasto direto do bolso e de indicadores de proteção financeira, estratégias para que as UES contribuam em seus países e em nível regional para a tomada de decisão e o desenho de políticas públicas em torno da proteção financeira, da eficiência do sistema de saúde, além da revitalização da coordenação das UES por meio da definição de um objetivo comum de desenvolvimento para o período entre 2014 e 2015 (OPS, 2013).

Está claro que houve um movimento na América Latina e no Caribe de institucionalizar a economia da saúde nas organizações públicas de saúde, por meio da criação de unidades especializadas, com o objetivo de que estas pudessem contribuir para a formulação e implementação de políticas e programas. No entanto, como costuma ser característico dessas organizações, parece haver ondas de fortalecimento e enfraquecimento institucional, a depender dos grupos políticos que assumem a liderança nos ministérios da saúde. Tal situação pode ser observada pelo esforço da equipe da OPS para criar uma rede de colaboração entre as unidades e discutir estratégias para garantir a sua consolidação e continuidade institucional. Este foi tema recorrente nas reuniões realizadas com tais unidades.

Uma questão que parece ser crucial é que, embora tenha aumentado o reconhecimento da importância do campo da economia da saúde, muitos gestores da saúde e lideranças políticas têm pouco conhecimento sobre o seu objeto de trabalho e sobre como o campo pode contribuir no âmbito do sistema de saúde. Talvez por isso haja dificuldade para pensar institucionalmente o funcionamento da unidade e de sua relação com as demais unidades especializadas da organização, além das questões que possam ser respondidas pela UES para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores.

No contexto intraorganizacional, é preciso ter clareza de que a atuação da UES será sempre transversal, considerando a natureza do seu objeto de trabalho. A equipe da UES necessitará interagir com as demais equipes no âmbito institucional, com o objetivo de apoiá-las nos processos de tomada de decisão, caso estes ocorram de forma mais descentralizada, ou mesmo para obter colaboração, coletar dados e ter acesso à informação para temas específicos. Dessa forma, uma posição na hierarquia da organização que possibilite o exercício pleno desta transversalidade é fundamental. Barreiras hierárquicas podem dificultar e, em alguns casos, inviabilizar o trabalho da UES.

No tocante às atribuições e temas tratados pela UES, um ponto a ser destacado é que ela faz

parte de uma das organizações de um Estado, que está sob a gestão de um governo, no geral eleito, no contexto latino-americano, com base em uma plataforma política envolvendo visões ideológicas, preferências e escolhas quando da formulação das políticas públicas. A depender do estado de direito e dessas visões, preferências e escolhas dos governantes, a UES poderá ter mais ou menos liberdade para tratar de determinados temas e publicar estudos que tenham sido realizados. Um exemplo dessa situação pode ser dado com a discussão do financiamento do sistema de saúde. Ainda que os estudos técnicos evidenciem a necessidade de ampliar as fontes de financiamento ou a participação da esfera de governo ao qual a UES faz parte no financiamento do sistema, se a decisão política for de rejeitar tais propostas, a unidade pouco poderá fazer a respeito, mesmo que haja fundamento técnico para subsidiar a discussão.

Daí a necessidade de compreender as possibilidades e limites das UES. Ela pode ter dificuldade para publicar trabalhos e conduzir estudos que produzam evidências que apoiem outras esferas de governo e, mesmo outras instituições de saúde, mas que contrariem as decisões tomadas pelos governantes. Isso não significa que não possa ou deva fazê-lo para, no âmbito interno de sua organização, tentar contribuir para o debate e, por meio das evidências, dissuadir os tomadores de decisão da adoção de medidas que possam não ser as melhores do ponto de vista socioeconômico. Entretanto, nem sempre tal postura será bem-vista.

O campo de atuação da UES não é fácil. Muitas vezes seu trabalho ocorrerá depois da decisão tomada e apontará que a escolha não foi a melhor do ponto de vista da eficiência, evidenciando desperdícios na gestão dos recursos. Nesse caso, dependendo da abertura dos tomadores de decisão para aceitação do fato e revisão das decisões, isso pode fortalecer o trabalho da UES pelo reconhecimento de sua contribuição ou mesmo pode ser visto como uma ameaça aos gestores pelo entendimento, no geral equivocado, de que se trata de ação política e não técnica.

Nesse quesito vale lembrar que a atuação da UES é técnica e política, entendendo o termo “po-

lítica” do ponto de vista das políticas de saúde, ou seja, das soluções que são implementadas para resolver os problemas identificados pela sociedade e por seus governantes. Esta discussão é bastante complexa. O que vale a pena destacar aqui é que os princípios e as diretrizes para sua atuação são aqueles que norteiam o sistema de saúde. Se o país possui uma constituição que determina que a saúde constitui um direito universal, igualitário e integral, como no caso do Brasil, esses são os princípios básicos que devem orientar o trabalho da unidade, além das diretrizes para o funcionamento do sistema, previstas em leis, e das normas formuladas pelos gestores, desde que, neste caso, é claro, esteja preservada a observância dos princípios constitucionais e legais. Nesse exemplo, a maior decisão política já foi tomada, que é a de ter a saúde como direito de cidadania.

A UES pode ter que deparar, como qualquer outra unidade de uma organização pública, com questões éticas que podem afetar seu trabalho. Vale lembrar aqui o que foi enfatizado por Drummond e Mooney (1982e) quanto à tomada de decisão, de que os economistas da saúde podem subsidiá-la, mas não tomá-la, uma vez que o planejamento da atenção à saúde e a formulação de políticas são subjetivos, e a decisão é tomada pelas lideranças no âmbito do sistema de saúde. Assim, a decisão por uma alternativa de intervenção em saúde ou outra pode até ser feita sem considerar os aspectos econômicos evidenciados pela UES, mas o limite para aceitação da decisão, sem questionamentos, deve ser definido pelos princípios constitucionais e legais que regem o sistema de saúde.

Voltando ao âmbito da formação e/ou conhecimento sobre economia da saúde, tem-se clareza de que um dos maiores desafios para a constituição das UES é a qualificação profissional. As organizações públicas têm processos específicos para contratação de pessoal, por meio de concurso público, em geral, e é muito provável que esses processos não consigam suprir as necessidades de corpo técnico para as UES. Isso pode acontecer por dificuldades quando da formulação dos editais dos processos seletivos, seja por falta de demanda por perfis específicos

para a unidade responsável pela política de gestão de pessoas, falta de priorização desse perfil profissional ou até mesmo pela carência de profissionais qualificados interessados em atuar no setor público, os quais, portanto, não participam de tais processos.

Ao não dispor imediatamente de corpo técnico qualificado para atuar na UES, grande esforço precisa ser feito para formar ou capacitar os profissionais da equipe, sejam eles da área da saúde ou economistas. Obviamente o investimento exige tempo e, conseqüentemente, o aumento da equipe que precisa ser qualificada não implica aumento imediato da capacidade produtiva do grupo. É provável que se adicione a esse outros desafios comuns ao setor público, como os baixos salários e a inexistência ou limitação dos planos de carreira, os quais contribuem para uma alta rotatividade nos postos de trabalho. No geral, essa rotatividade é duplamente prejudicial às equipes porque os processos seletivos não ocorrem na modalidade de fluxo contínuo para reposição dos cargos vagos e porque será necessário investir em formação e capacitação para o novo trabalhador.

É possível que essas dificuldades sejam a fonte de uma aparente desconfiança dos gestores da saúde e lideranças políticas sobre a capacidade da UES de produzir boas análises e estudos. Muitas vezes parece que é mais fácil confiar estes trabalhos para grupos externos à organização que contar com a equipe interna para fazê-lo. É claro que os desafios apontados para composição de uma equipe multidisciplinar e especializada em economia da saúde têm papel relevante nesse contexto, pois boa parte do tempo e da energia da UES precisa ser alocada para sua superação, entretanto, muito pode ser feito por esta equipe, que muito mais do que pesquisadores externos, conhece as questões técnicas e políticas no âmbito da organização e tem acesso facilitado às fontes de dados. Não se trata, portanto, de escolher entre o trabalho interno ou externo, e sim de avaliar o que pode ser feito internamente e o que pode ser conduzido mais apropriadamente por pesquisadores externos.

Por exemplo, grandes avaliações econômicas, em termos de complexidade metodológica e con-

sumo de recursos, tais como pessoal especializado e tempo, podem ser conduzidas, e geralmente são, por pesquisadores de universidades ou de institutos de pesquisa. Nesses casos, a administração pública poderá publicar processos seletivos para contratação dos estudos, que são importantes para subsidiar a tomada de decisão sobre a incorporação de uma determinada tecnologia ao sistema de saúde. Esse tipo de decisão ocorre, em geral, com uma periodicidade programada, o que é complementemente diferente do dia a dia das decisões no sistema, envolvendo pressões de grupos de interesse e a definição de políticas que para serem formuladas necessitam da rápida produção de informação sobre custos de procedimentos, de serviços, valores de ressarcimento por serviços prestados, financiamento do próprio sistema, entre outros temas. Para produzir evidências nessas situações, considerando o pouco tempo disponível, dificilmente a organização poderá contar com a elaboração de uma análise por grupos externos, pois as formas de contratação, o acesso às fontes de dados e, especialmente, o tempo constituem barreiras à realização do trabalho por esta via.

Isso demonstra que há um nicho de trabalho para as UES muito claro e não concorrente com aquele das universidades e institutos de pesquisa nesta área. Daí que a decisão sobre a realização de um estudo por uma ou outra instituição precisa considerar fatores como a necessidade de conhecimento especializado em determinado tema da saúde, recursos financeiros, tempo disponível para apresentação e uso dos resultados para a tomada de decisão. Não dispor de uma UES ou de equipe especializada em economia da saúde na organização pode significar a tomada de decisão sem a consideração dos aspectos econômicos que influem sobre os resultados da decisão tomada, implicando alocação ineficiente dos recursos escassos disponíveis.

Em estudo realizado na Austrália com o objetivo de descrever como os departamentos de saúde e alguns outros departamentos do governo em New South Wales acessam recomendações econômicas para formular políticas e programas, Madden, King e Shiell (2009) verificaram que todos os

participantes do levantamento concordaram que a economia da saúde tem contribuição importante para a tomada de decisão, entretanto, que apenas um dos departamentos de saúde disse usar rotineiramente esse conhecimento para subsidiar a tomada de decisão. Em relação aos mecanismos utilizados para suprir às necessidades em economia da saúde, listaram no ambiente interno dos departamentos de saúde: a avaliação de economista ou economista da saúde, o treinamento do corpo técnico, o corpo técnico generalista com qualificação em economia da saúde, os programas de treinamento para especialistas em economia da saúde e as unidades de economia da saúde. No ambiente externo, a consultoria por produto, a contratação de pesquisa por concurso e os centros de pesquisa colaboradores.

Os autores observaram no levantamento que nem todos os mecanismos para subsidiar a tomada de decisão foram igualmente utilizados. Algumas questões que são comumente levantadas pelo governo como o custo e o efeito de intervenções que estão sendo implementadas localmente podem ser difíceis de serem respondidas por grupos externos. Além disso, que os gestores procuram respostas para questões muito práticas e isso pode não corresponder prontamente a interesses ou área de especialidade de grupos externos.

Nesse aspecto, a própria UES pode estabelecer parcerias com instituições externas, tais como universidades, institutos de pesquisa e unidades de economia da saúde de outras esferas de governo, com o objetivo de potencializar a produção de evidências em economia da saúde para a informação de políticas públicas, além de ampliar a oferta dos cursos de formação e capacitação na área, no caso de parcerias com universidades. Como a unidade pode ter uma visão estratégica e transversal do sistema, poderá contribuir com a identificação de lacunas de informação que possam ser supridas com a pesquisa feita por estes parceiros, fortalecendo-a institucionalmente. Essas parcerias ampliam as redes de trabalho, aumentam a divulgação do que é feito por ela e,

consequentemente, o seu reconhecimento no caso de bom desempenho.

Também é importante ressaltar que o trabalho da UES não necessariamente deve ficar restrito a estudos de curto prazo. Há projetos de médio e longo prazo ou mesmo estatísticas que são produzidas continuamente que podem e, em alguns casos, devem ser trabalhados pela unidade. Um exemplo disso é a produção das contas nacionais de saúde. Seja qual for a metodologia adotada, primeiro é preciso discutir o método ou métodos e, segundo, é necessário aplicá-los. Devido à natureza contínua dessa produção, da necessidade de conhecimento e acesso a bases de dados governamentais, algumas protegidas por sigilo para a maior parte das informações, além do tempo a ser dedicado à atividade, dificilmente haverá a participação de grupos externos à organização pública de saúde neste trabalho, que não aqueles que no contexto nacional são responsáveis pelas estatísticas ou análises de políticas públicas. Nesse caso, não é demais dizer da relevância da participação da própria organização pública e, no seu ambiente interno, da UES.

Outras atuações de médio e longo prazo com envolvimento direto da UES podem ser no apoio à criação de outras unidades de economia da saúde no âmbito regional e local do sistema de saúde, assim como na implementação de programa voltado à institucionalização do uso da informação em economia da saúde, a exemplo de um programa para apuração e gestão de custos em unidades de saúde ou em organizações regionais e locais do sistema, ou ainda na gestão de sistemas de informação de interesse para a área.

Para finalizar, ainda em relação aos temas que poderão ser tratados pela unidade, como dito anteriormente, a sua definição depende da qualificação da equipe, de seu tamanho, da complexidade metodológica e do tempo necessário para obtenção dos resultados. Na Figura 1 são apresentadas algumas questões que poderiam ser respondidas pela UES, segundo os grandes temas da economia da saúde.

Figura 1 – Temas da economia da saúde e algumas questões que poderiam ser respondidas pela unidade de economia da saúde

<p>Saúde e Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por que o país deve investir em saúde? • Que relação tem o investimento em saúde com o desenvolvimento social e econômico do país? • Qual a contribuição do setor saúde para a economia nacional? • Quantas ocupações e qual é a renda gerada pelo setor saúde?
<p>Financiamento e Gasto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto o país deve gastar com saúde? • Quais fontes de recursos financiam ou poderiam financiar o sistema de saúde? • O projeto de lei elaborado pelo Poder Legislativo pode trazer prejuízos ao financiamento do sistema de saúde? • Qual a participação entre o gasto público e o privado em saúde e quais são suas implicações? • Os recursos disponíveis são suficientes para o financiamento do sistema?
<p>Alocação de Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como estabelecer prioridades para alocação de recursos? • Qual o impacto orçamentário para a incorporação da tecnologia? • Quais são as necessidades de investimento das diferentes regiões do país? • Há desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde? • Como estão sendo alocados os recursos por nível de complexidade da atenção à saúde e quais são os resultados dessa alocação?
<p>Regulação Econômica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os preços das tecnologias em saúde são abusivos? • Como o país pode regular os preços de medicamentos e produtos para a saúde? • Quais ações e serviços devem ser ofertados pelas operadoras privadas e como regular os reajustes de preços? • Quais parâmetros de preços podem ser adotados para aquisições públicas de medicamentos e produtos para a saúde?
<p>Avaliação Econômica em Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual é o custo do leito hospitalar? • Como melhorar o desempenho dos serviços de saúde? • Qual é a combinação ideal de recursos humanos, materiais e financeiros para obter melhores resultados em saúde? • Os recursos estão sendo alocados com qualidade? • Que alternativas terapêuticas são mais custo-efetivas? • Que tecnologia devo incorporar ao sistema de saúde? • Qual é o custo da doença e de seu tratamento?

Considerações finais

Neste artigo, teceram-se algumas considerações sobre o papel e a relevância das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde, a partir de breve apresentação dos fundamentos e contribuição à gestão em saúde desse campo de conhecimento. Contudo, apesar do aumento da produção científica, parece que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que os gestores de saúde e as lideranças políticas utilizem a informação produzida, a partir do uso de ferramentas e da aplicação do conhecimento em economia da saúde quando da formulação e implementação de políticas e programas.

Um dos meios para qualificar o processo de tomada de decisão nas organizações públicas de saúde é contar com o trabalho de equipe interna especializada na elaboração de estudos que informem as decisões e, nesse aspecto, a UES pode desempenhar papel relevante. Mas, para tanto, é preciso que seja fortalecida, por meio da disponibilização dos recursos essenciais ao seu desempenho, por exemplo, equipe multidisciplinar e qualificação de seus profissionais, e do empoderamento institucional para desenvolver seu trabalho sem barreiras hierárquicas, que inviabilizem o acesso a fontes de dados e informação, ou quaisquer outras barreiras.

Referências

- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Histórico*. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- AMMERMAN, A. S. et al. Health economics in public health. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v. 36, n. 3, p. 273-275, 2009.
- ARREDONDO, A. ¿Qué es y qué está haciendo la economía de la salud? *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, Lima, v. IV, n. 13, p. 143-158, 1999.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, Nashville, v. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.
- CMS - CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. *History*. 2015. Disponível em: <<https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html?redirect=/History/>>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part II - Financing health care. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6348, p. 1101-1102, 1982a.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part II (continued) - Financing health care. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6348, p. 1191-1192, 1982b.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part V - Assessing the costs and benefits of treatment alternatives. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6354, p. 1561-1563, 1982c.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part V (continued) - Assessing the costs and benefits of treatment alternatives. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6355, p. 1638-1639, 1982d.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part VI - Challenges for the future. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6356, p. 1727-1728, 1982e.
- DRUMMOND, M. F.; MOONEY, G. H. Essentials of Health Economics. Part VI (concluded) - Challenges for the future. *British Medical Journal*, London, v. 286, n. 6358, p. 40-41, 1982f.
- DRUMMOND, M. F. et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. ed. New York: Oxford University, 2007.
- EDWARDS, R. T.; CHARLES, J. M.; LLOYD-WILLIAMS, H. Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC Public Health*, London, v. 13, n. 1001, p. 1-13, 2013.
- GONZÁLEZ, A. M. G. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 29, n. 4, 2003.
- HERRERA, M. C. et al. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 12, n. 5, p. 359-365, 2002.
- HHS - US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. *Key features of the affordable care act*. Washington, D.C., 2014 2015. Disponível em: <<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/index.html>>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- KE, X.; SAKSENA, P.; HOLLY, A. *The determinants of health expenditure: a country-level panel data analysis*. Working Paper. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/documents/report_en_11_deter-he.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- KELLY, M. P. et al. *Economic appraisal of public health interventions*. NHS Health Development Agency 2005. Briefing paper. Disponível em: <http://www.incap.org.gt/index.php/en/component/docman/doc_download/525-nhs-economic-appraisal-of-public-health-interventions-2005>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- KYRIOPOULOS, J.; TSIANTOU, V. The role of health economics in public health planning. *Journal of Biomedical & Clinical Research*, Warsaw, v. 3, n. 2, 2010.
- MADDEN, L.; KIN G, L.; SHIELL, A. How do government health departments in Australia access health economics advice to inform decisions for health? A survey. *Australia and New Zealand Health Policy*, Melbourne, v. 6, n. 6, p. 1-7, 2009.
- MANN, G. H. et al. The role of health economics research in implementation research for health systems strengthening. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 15, n. 6, p. 715-721, 2011.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 259-293.

- MILLS, A. Reflections on the development of health economics in low- and middle-income countries. *Proceedings of the Royal Society B*, London, v. 281, n. 20140451, p. 1-9, 2014.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part I - What is economics? *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6346, p. 949-950, 1982a.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part I (continued) - What is economics? *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6347, p. 1024-1025, 1982b.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part III -Developing health care policies. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6350, p. 1263-1264, 1982c.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part III (continued) - Developing health care policies. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6351, p. 1329-1331, 1982d.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part IV - Organising health care resources. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6352, p. 1405-1406, 1982e.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of Health Economics. Part IV (continued) - Organising health care resources. *British Medical Journal*, London, v. 285, n. 6353, p. 1485-1486, 1982f.
- NATH, A. Health economics: importance for public health in India. *JK Science*, Jammu, v. 10, n. 4, p. 206-207, 2008.
- OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Focus on health spending*. OECD Health Statistics 2015. July 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.
- OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. What future for health spending? *OECD Economics Department Policy Notes*, n. 19, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.oecd.org/economy/health-spending.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Midiendo protección financiera y gasto de bolsillo: el aporte de las unidades de economía de la salud (UES) a la agenda de cobertura universal de salud (CUS)*. Santiago, Chile, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23784&Itemid=270&lang=en>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Segunda Reunión de Unidades o Departamentos de economía de la salud en países de América Latina y el Caribe. *Boletín Informativo*, Washington, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Boletin-Informativo-UES-DES-No-2.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Tercera Reunión de Unidades/ Departamentos de Economía de la Salud (UES/ DES)*. Washington, D.C., 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14992&Itemid=270&lang=en>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidades o departamentos de economía de la salud en países de América Latina y el Caribe. *Boletín Informativo*, Washington, n. 1, 2008. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Boletin_2008_s.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- PAYNEA, K.; MCALLISTER, M.; DAVIES, L. M. Valuing the economic benefits of complex interventions: when maximising health is not sufficient. *Health economics*, New York, v. 22, n. 3, p. 258-271, 2013.
- PETREIRA, M. Reflexiones y retos de la economía de la salud en América Latina. *Economía y Sociedad*, Michoacán, v. 64, p. 67-73, jul. 2007.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão em saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ipea, 2002.
- SAVEDOFF, W. D. Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 82, n. 2, p. 139-140, 2004.
- SMITH, S.; NEWHOUSE, J. P.; FREELAND, M. S. Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs*, Bethesda, v. 28, n. 5, p. 1276-84, 2009.
- WEATHERLY, H. et al. Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: key challenges and recommendations. *Health Policy*, Amsterdam, v. 93, n. 2-3, p. 85-92, 2009.
- ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-150, 2000.

Recebido: 25/09/2015

Reapresentado: 10/12/2015

Approved: 15/02/2016