



**F U N D A Ç Ã O  
GETULIO VARGAS**

---

**EPGE**

Escola de Pós-Graduação  
em Economia

Ensaaios Econômicos

Escola de

Pós-Graduação

em Economia

da Fundação

Getúlio Vargas

Nº 382

ISSN 0104-8910

## Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano

Marcos de Barros Lisboa, Mônica Viegas Andrade

Maio de 2000

URL: <http://hdl.handle.net/10438/436>

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Fundação Getulio Vargas.

ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

Diretor Geral: Renato Fragelli Cardoso

Diretor de Ensino: Luis Henrique Bertolino Braido

Diretor de Pesquisa: João Victor Issler

Diretor de Publicações Científicas: Ricardo de Oliveira Cavalcanti

de Barros Lisboa, Marcos  
Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso  
Americano/ Marcos de Barros Lisboa, Mônica Viegas Andrade -  
Rio de Janeiro : FGV,EPGE, 2010  
(Ensaio Econômico; 382)

Inclui bibliografia.

CDD-330

# **Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano**

*Mônica Viegas Andrade\**

*Marcos de Barros Lisboa\*\**

## **I. INTRODUÇÃO:**

O objetivo deste trabalho é sistematizar as principais características institucionais do sistema de saúde americano, enfatizando as reformas ocorridas nos anos 70 e os problemas identificados em regulamentar o setor privado de serviços médicos e hospitalares. Estes problemas estão relacionados, em sua grande maioria, à regulamentação dos contratos permitidos entre as seguradoras, os provedores de serviços médicos e hospitalares e os segurados. A análise do caso americano se justifica principalmente por dois motivos: primeiro por ser a experiência mais consolidada de seguro-saúde privado, e segundo, por constituir referência para o entendimento das relações contratuais estabelecidas entre os agentes neste mercado.

Os Estados Unidos se caracteriza como a única economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no financiamento e gestão do setor de saúde para a população economicamente ativa. Até meados da década de sessenta, a participação do Estado nos gastos com saúde oscilava em torno de 1% do PIB, enquanto os gastos do setor privado chegavam a pouco menos de 5%.<sup>1</sup> A quase totalidade dos serviços médicos e hospitalares era provida pelo setor privado, e os gastos com saúde eram financiados principalmente através de seguradoras e planos de assistência médica privados. Dados do

---

\* Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro e Departamento de Economia da Universidade Federal de Minas Gerais /UFMG.

\*\* Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas- EPGE/FGV, Rio de Janeiro. Samuel Pêsoa comentou com a gentileza usual versão preliminar do artigo. Quaisquer erros remanescentes são de responsabilidade dos autores.

<sup>1</sup> Como veremos ao longo do texto, muito embora a taxa de crescimento dos gastos públicos seja superior à dos gastos privados, em decorrência principalmente dos programas públicos de saúde implementados nos anos 70, a participação do Estado Americano no provimento e/ou financiamento dos serviços de saúde à população economicamente ativa é significativamente menor à observada na grande maioria dos países

Censo de Cobertura de Seguro-Saúde para o ano de 1995 evidenciam que mais de 75% da população possui cobertura privada de seguro-saúde.<sup>2</sup>

Em 1965 o governo americano criou dois programas públicos de saúde com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de cuidado da saúde à população com mais de 65 anos, *Medicare*, e às famílias de baixa renda, *Medicaid*.<sup>3</sup> A criação destes programas refletiu a percepção à época de falhas neste mercado, que terminam resultando em exclusão de alguns grupos sociais do mercado de serviços de saúde.

No período de 1960 a 1975 a participação dos gastos com saúde no produto interno bruto americano se elevou de cerca de 5% para 8%. Este crescimento elevado e a perspectiva de aumento continuado dos gastos com saúde motivou o *Health Maintenance Organization Act* de 1973, que tem como objetivo reduzir as despesas médicas e hospitalares ao permitir novas formas de gerenciamento dos planos de saúde.<sup>4</sup> O novo sistema de gerenciamento dos serviços de saúde, denominado de *Managed Care*, é estruturado a partir de contratos estabelecidos entre as *Managed Care Organizations*, que compreendem as organizações que gerenciam a utilização e financiamento dos planos de saúde e os provedores de serviços de saúde<sup>5</sup>. Os contratos estabelecidos com o *Managed Care* buscam solucionar o problema de risco moral inerente ao provimento de serviços de saúde que acaba por determinar elevação dos gastos.

Este trabalho está dividido em seis seções além desta.

Na próxima seção faremos uma caracterização do mercado de serviços de atenção à saúde, dando ênfase às relações contratuais estabelecidas entre os agentes. Na terceira e

---

desenvolvidos. Os gastos públicos americanos se destinam basicamente para o provimento de serviços para a população idosa e crianças.

<sup>2</sup> Ver Tabela I no apêndice de tabelas.

<sup>3</sup> *Medicare e Medicaid – Titles XVIII e XIX of the Social Security Act - Health Insurance for the Aged and Disabled* aprovados pelo Congresso Americano em 1965.

<sup>4</sup> Em 1973 foi estabelecido o *HMO Act – Health Maintenance Organization*, no qual o governo federal institucionaliza o apoio ao *Managed Care*. Pontos principais deste ato:

- 1) Estabelece a possibilidade de concessão e empréstimo para a criação de novas organizações *HMO* e para a expansão das já existentes,
- 2) Estabelece que as leis estaduais restritivas ao desenvolvimento das *HMO's* seriam desconsideradas para as organizações com certificado federal,
- 3) Estabelece a provisão de escolha dual: os empregadores com 25 ou mais empregados que ofereciam seguro-saúde segundo o sistema de reembolso deveriam também oferecer duas opções de contrato junto à *HMO*: staff model ou open panel (*IPA*).

<sup>5</sup> O principal tipo de organização gerenciadora é a *HMO*. Os provedores de serviços de atenção à saúde podem ser os médicos, hospitais, laboratórios e clínicas especializadas.

quarta seção apresentamos o sistema tradicional de seguro-saúde privado, predominante na economia americana até a década dos oitenta e o *Managed Care*. Na seção seguinte abordaremos a regulamentação americana no que concerne à especificação dos contratos estabelecidos para o provimento dos serviços de atenção à saúde. Na sexta seção comparamos os dois sistemas sob os aspectos de custo e qualidade. A última seção conclui.

A principal conclusão deste trabalho é mostrar que a flexibilização dos contratos tem efeito significativo na redução dos custos do seguro-saúde, resultando sobretudo em maior eficiência dos serviços ofertados.<sup>6</sup> Esta flexibilização, não significou no entanto, eliminação da regulação por parte do Estado do setor de seguro-saúde privado. A regulamentação do Estado é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira dos seguros.

## **II. O Mercado de Serviços de Atenção à Saúde: o problema de risco moral**

O consumo individual de serviços de saúde apresenta duas características fundamentais: incerteza e distribuição não uniforme dos gastos ao longo do tempo. Por um lado, os indivíduos não sabem quando irão ficar doentes, e por outro, o acesso a serviços de saúde determina, em geral, elevado volume de gastos.<sup>7</sup> Na maior parte dos casos, as probabilidades individuais de estar doente são independentes, isto é, o risco individual é independente do risco agregado associado àquela população. Desse modo, do ponto de vista do bem estar social, é melhor para os indivíduos se associarem realizando divisão do risco entre todos aqueles que compõem a população. O agente intermediador desta divisão de risco é a seguradora. A seguradora calcula o risco médio associado à população e financia o fluxo de gastos realizados através dos recursos auferidos com os indivíduos que não estão utilizando os serviços.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> O conceito de eficiência está associado a bem-estar social. Este tema será abordado na seção VI do trabalho.

<sup>7</sup> Acrescente-se ainda o fato de que, “em estando doente”, a demanda por estes serviços se torna praticamente inelástica.

<sup>8</sup> A maior parte das seguradoras compra resseguro para situações de epidemias ou riscos catastróficos. Nestas situações, os eventos individuais são correlacionados.

Usualmente as seguradoras cobram prêmio de risco calculado em função dos gastos esperados.<sup>9</sup> O cálculo do prêmio de risco segundo os gastos esperados é denominado de *experience rating*. A consequência deste sistema de tarifação é que indivíduos com maior risco irão pagar prêmios mais elevados. Entre as classes de maior risco incluem-se a população idosa e os indivíduos com doenças crônicas. A utilização da tarifação pelo sistema *experience rating* é criticada por vários autores (Enthoven and Singer, 1995 : Aaron, 1994), principalmente em virtude dos resultados perversos sobre os indivíduos com elevado grau de risco.<sup>10</sup>

A impossibilidade de discriminação dos indivíduos segundo grau de risco resulta em seleção adversa de consumidores. A seleção adversa de consumidores pode ser decorrência de regulamentação do Estado ou da existência de assimetria de informação entre o paciente e a seguradora. Muito embora a assimetria de informação seja freqüentemente apontada na literatura como elemento gerador de seleção adversa, empiricamente, a sua importância tem sido bastante reduzida com a introdução de exames médicos quando da realização dos contratos junto às seguradoras. Particularmente, no caso americano, a regulamentação permite a discriminação de consumidores segundo grau de risco, não se verificando, portanto, o problema de seleção adversa. O problema de seleção adversa no mercado de serviços de atenção à saúde está associado à proposta de sistema de saúde implementada pelo governo, que muitas vezes busca garantir o provimento destes serviços à toda população através de regulamentação do setor privado. Este tópico será abordado na quinta seção.

O mercado de serviços de atenção à saúde apresenta algumas particularidades não observadas em outros mercados de bens. Estas particularidades são traduzidas nas relações contratuais estabelecidas entre os agentes deste mercado: relação paciente-provedor e relação seguradora-provedor.

---

<sup>9</sup> Os critérios para cálculo dos gastos futuros esperados podem ser faixa etária, história de vida, hábitos de consumo, localização geográfica, estado da saúde.

<sup>10</sup> Em proposta de reforma do sistema de saúde, o Presidente Bill Clinton propôs a substituição da *experience rating* pela *community rating*. Neste caso todos os indivíduos pagam o mesmo prêmio, calculado em função do risco agregado. A determinação do prêmio de risco em função do risco agregado da sociedade, gera um problema de seleção adversa de consumidores. Somente os indivíduos com risco superior ao risco agregado médio irão comprar o seguro-saúde, e desse modo a implementabilidade desse sistema de tarifação só é possível se a compra do seguro-saúde for compulsória como foi proposto pelo Presidente Bill Clinton. (Ver Aaron, 1994; Enthoven and Singer, 1995)

Na relação paciente-provedor existe um problema de risco moral. O provimento destes serviços através do seguro pleno cria incentivos à sobre-utilização dos serviços médicos pelos pacientes, pois, neste caso, o custo marginal do serviço demandado é zero.<sup>11</sup> Os indivíduos não possuem incentivos para racionalizar a escolha e uso de provedores, determinando excesso de utilização dos serviços médicos. A seguradora incorpora este comportamento dos indivíduos ao realizar o cálculo dos gastos esperados o que determina elevação dos prêmios de risco.<sup>12</sup>

Para minorar a sobre-utilização de serviços por parte dos provedores, as seguradoras tradicionalmente determinam sistemas de divisão de custos com os segurados. Os principais mecanismos utilizados são franquias, limites de dispêndio, co-pagamentos e co-seguros. Estes mecanismos serão descritos com maiores detalhes na próxima seção.

Os incentivos à sobre-utilização de serviços de atenção à saúde estão também presentes na relação contratual entre a seguradora e o provedor. No sistema tradicional o provedor é reembolsado segundo volume de procedimentos realizados. Esta relação contratual determina um problema de risco moral pois os provedores têm incentivo a determinar maior demanda por serviços de saúde. Este incentivo está associado ao reembolso direto, vinculado ao volume de serviços prestados, e à possibilidade de auferir rendimento indireto decorrente do maior volume de encaminhamentos.<sup>13</sup> Este rendimento indireto pode ser: gratificação por encaminhamentos laboratoriais, desconto no aluguel de equipamento durável, gratificação por maior número de internações ou relação financeira entre o provedor e a instituição que realiza os procedimentos de encaminhamento.<sup>14</sup> Outro fator explicativo da sobre-utilização de serviços pelos provedores é a tentativa de minimizar

---

<sup>11</sup> No caso do seguro pleno não existe restrição ao volume de serviços utilizados pelos pacientes.

<sup>12</sup> A presença do terceiro pagador na relação entre o paciente e o médico também é fator determinante da sobre-utilização de serviços. Grande parte dos indivíduos que adquirem seguro-saúde o fazem através de um terceiro agente, que pode ser o empregador ou o governo. A introdução deste terceiro agente reduz a percepção dos indivíduos sobre os gastos realizados. Embora este seja um elemento importante na explicação da sobre-utilização dos serviços de saúde, foge ao escopo deste trabalho abordar as formas de financiamento dos serviços de saúde promovidas principalmente pelos empregadores.

<sup>13</sup> O médico encaminha o paciente para médicos especialistas, realização de exames, internação em hospitais entre outros.

<sup>14</sup> Nos Estados Unidos, a prática de sobre-utilização dos serviços decorrente da existência de relação financeira entre provedores determinou a criação da legislação federal *STARK I* e *STARK II*. Estas leis proíbem a ordenação de encaminhamentos médicos para instituição na qual os médicos possuem relação financeira. Os resultados do estudo "*Financial Arrangements Between Physician and Health Care Businesses*" mostram que os pacientes de médicos com relações financeiras nas instituições realizadoras dos

a incerteza dos diagnósticos. Procedimentos errôneos podem ocasionar danos à reputação do médico ou gastos com processos judiciais, gerando perda de utilidade aos provedores.<sup>15</sup>

O problema de risco moral existente nas relações contratuais paciente-provedor e seguradora-provedor determinam maior volume de utilização dos serviços de saúde. Esta sobre-utilização é incorporada pela seguradora no cálculo dos gastos esperados determinando elevação do valor do prêmio de risco e conseqüentemente dos gastos totais com saúde.

As particularidades do mercado de serviços de atenção à saúde traduzem-se em um amplo debate acerca das diversas formas de implementação dos sistemas de saúde assim como da criação e extensão dos mecanismos de regulação neste mercado. Os problemas de risco moral existem em qualquer sistema, independente da estrutura de propriedade, pública ou privada. A análise desenvolvida busca mapear as falhas deste mercado, propiciando subsídios para o debate sobre o papel do Estado no provimento destes serviços.<sup>16</sup>

Na próxima seção, apresentamos as principais características do modelo tradicional de seguro-saúde vigente na economia americana até os anos oitenta, o qual enfatiza a divisão de custos como estrutura de incentivos para reduzir o problema de risco moral na relação paciente-provedor.

---

encaminhamentos receberam 45% de serviços acima da média dos pacientes atendidos pelo programa Medicare. Ver Valiant e Matyas, 1997.

<sup>15</sup> Esta desutilidade depende da definição dos parâmetros da função de utilidade do provedor. No caso americano, a legislação sobre a prática médica é extremamente rigorosa. Nesse sentido, a prática da medicina defensiva é um fator relevante na explicação da sobre-utilização dos serviços. MacClelan e Kessler (1996) constataram evidência de medicina defensiva nos Estados Unidos. Os autores mostram que nos estados americanos onde foram realizadas reformas na legislação da prática médica os gastos hospitalares foram reduzidos de 5 a 9%, não se revelando, entretanto conseqüências sobre a qualidade do serviço prestado.

<sup>16</sup> Um dos casos onde a participação do Estado no provimento de serviços é essencial, ocorre na presença de externalidades entre os indivíduos. É o caso, por exemplo, de doenças transmissíveis onde não existe um mercado para comercializar o risco de um indivíduo transmitir uma doença para os demais (Ver Arrow, 1963). Outra abordagem importante a ser considerada no entendimento do papel do Estado no provimento e/ou financiamento dos serviços de saúde é a abordagem que considera o “bem saúde” como um bem meritório. Este entretanto, não é o enfoque do artigo.



### III. O Sistema Tradicional de Seguro-Saúde: Contratos *Fee-for-Service*

O sistema tradicional de seguro-saúde, também denominado de *fee-for-service*, se caracteriza como um sistema de reembolso por procedimento realizado. As relações contratuais estabelecidas entre os agentes do mercado buscam solucionar o problema de risco moral atinente ao comportamento dos pacientes. O problema de risco moral na relação médico-seguradora não é vislumbrado nestes contratos. Neste sistema a seguradora oferta basicamente um plano de seguro pleno, garantindo reembolso quase total dos gastos efetuados pelos indivíduos.<sup>17</sup> A diferenciação entre os planos se dá pela divisão de custos e tipos de cobertura ofertada. A escolha de provedores é livre aos pacientes.

O problema de risco moral presente na relação paciente-provedor, caracterizado pela ausência de estrutura de incentivos que determine a racionalização do uso e escolha de provedores pelos consumidores, é abordado através da divisão de custos entre a seguradora e o paciente.<sup>18</sup> Além do prêmio de risco mensal, calculado em função dos gastos esperados, os indivíduos são responsáveis por uma parcela do pagamento do serviço no ato da realização deste, definida através das taxas de co-participação e co-seguro. A co-participação é um valor monetário fixo independente do valor do procedimento realizado, enquanto que o co-seguro define a contribuição percentual no total dos gastos. Outros mecanismos de incentivo implementados nos contratos são as franquias e limites de dispêndio. A franquia estabelece o montante a ser pago pelo segurado antes de usufruir do seguro e o limite de dispêndio o valor máximo que o segurado pode pagar por ano, incluindo a franquia, as taxas de co-participação e co-seguros.

A relação contratual da seguradora com os provedores se restringe ao pagamento dos procedimentos efetuados. O provedor tem total autonomia sobre a realização dos procedimentos e não há controle sobre a necessidade dos cuidados dispensados. O paciente pode utilizar o serviço de qualquer provedor e será reembolsado segundo as normas

---

<sup>17</sup> Existe uma tabela de valores a serem reembolsados por procedimento realizado.

<sup>18</sup> O experimento realizado pelo *Rand Health Insurance* demonstra que a divisão de custos reduziu o gastos totais em torno de 25 a 30% em relação ao plano com seguro pleno. Todos os tipos de serviços médicos foram reduzidos com a divisão de custos. A propósito ver Newhouse (1996).

contratuais estabelecidas com a seguradora. O problema de risco moral presente na relação médico-seguradora não é considerado.

O sistema *fee-for-service* foi preponderante na economia americana até a década de 80, quando as práticas da concorrência gerenciada começaram a ser introduzidas (Tabela 3). Em sua maior parte, estes contratos eram ofertados pelos empregadores, que utilizavam do benefício adicional de seguro-saúde como atrativo para os empregados. Além disso, esses benefícios significavam deduções de impostos para os empregadores.

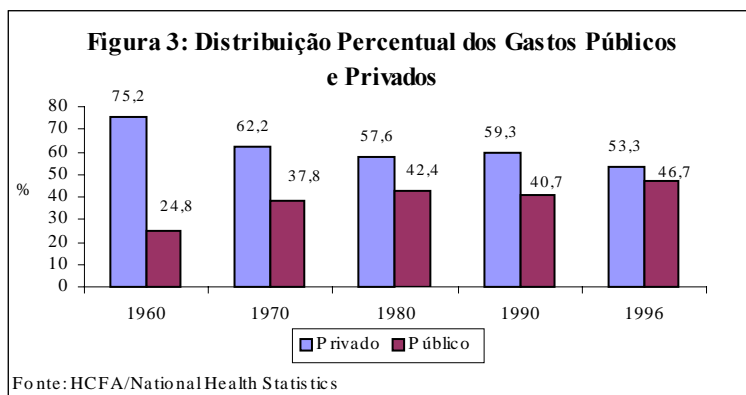
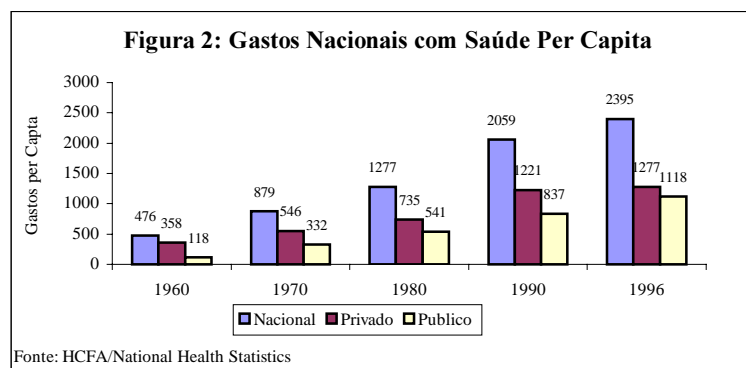
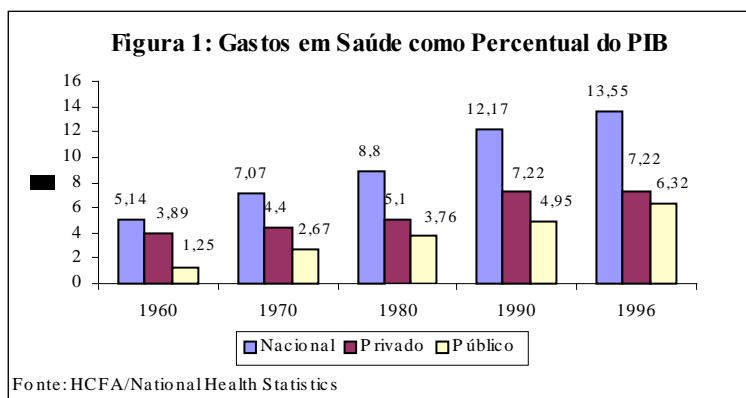
O sistema tradicional de seguro-saúde apresenta como deficiência principal a ausência de incentivos ao controle das despesas médicas e hospitalares, não solucionando o problema de risco moral presente na relação contratual provedor-seguradora. Por um lado, a remuneração dos médicos e hospitais proporcional aos serviços utilizados estimula o aumento das despesas que é incorporado no cálculo dos gastos esperados. Por outro, a padronização do tipo de plano ofertado pelas seguradoras, baseado na prática do reembolso, limita a escolha dos indivíduos a plano com prêmio de seguro elevado. O plano de seguro pleno determina maior grau de utilização dos serviços médicos apresentando portanto prêmio de risco mais elevado mesmo quando são incorporadas as taxas de co-participação e co-seguros. A inexistência de uma oferta mais ampla de tipos de plano de seguro-saúde torna a demanda por serviços de atenção à saúde praticamente inelástica impedindo os indivíduos de realizarem alocação eficiente de sua renda.

De fato, entre 1960 e 1980 os gastos totais per capita, em valores constantes, aumentaram 168%, sendo que os gastos privados aumentaram 105%.<sup>19</sup> A maior taxa de crescimento dos gastos privados per-capita ocorreu no período 80/90, quando se observou aumento de 66% (figura 2<sup>20</sup>). Nos últimos 30 anos, os gastos com saúde nos Estados Unidos tiveram um crescimento significativo na sua participação no produto interno bruto (PIB) passando de 5% em 1960 para 14% em 1996 (figura 1). Os gastos privados passam de 3.8% para cerca de 7% no mesmo período. Observando a distribuição dos gastos públicos e privados no montante total, nota-se a importância do setor privado: em 1990 estes representavam 59.3% enquanto em 1960 a participação deste setor era de 75.2% (Figura 3).

---

<sup>19</sup> Neste período os gastos públicos se elevaram em 358%. Este aumento é decorrente da criação dos programas públicos do *Medicare* e *Medicaid*. Na última seção deste trabalho faremos uma breve descrição destes programas.

A redução da importância relativa do setor privado no montante total dos gastos com saúde é resultado principalmente das novas relações de contrato estabelecidas entre a seguradora e os provedores implementadas sobretudo a partir dos anos 90.



<sup>20</sup> Dados a preços constantes 1982-84=100.

#### **IV. O *Managed Care***

O *Managed Care*, ou Concorrência Gerenciada, foi motivado pela elevação dos gastos com saúde verificada na economia americana. Este sistema busca implementar a concorrência entre os tipos de plano de seguro, - permitindo flexibilidade nos contratos e maior oferta de desenho de benefícios -, e determina o gerenciamento da utilização dos serviços médicos e hospitalares. O gerenciamento dos serviços procura solucionar o problema de risco moral presente na relação provedor-seguradora. A intensificação da concorrência aliada às práticas de gerenciamento da utilização dos serviços resultaria em redução da taxa de crescimento dos gastos com saúde.

O objetivo principal das práticas introduzidas pelo *Managed Care* é a racionalização do uso dos serviços médicos e hospitalares. A racionalização do uso dos serviços é alcançada através do médico generalista, que passa a determinar todos os encaminhamentos necessários, isto é, os pacientes não podem mais se dirigir diretamente aos médicos especialistas. Para garantir que o médico generalista determine uma utilização racional dos serviços de saúde, os contratos estabelecem a seguinte estrutura de incentivos: por um lado, é introduzida a divisão do risco entre as seguradoras e os médicos que busca minorar a sobre-utilização dos serviços, por outro, o médico generalista tem interesse tanto em manter o paciente em sua carteira, como em tentar garantir o seu estado de saúde no longo prazo reduzindo os gastos esperados futuros.

A criação de outros tipos de planos de seguro, assim como das práticas de gerenciamento, tornam complexas as relações contratuais entre os agentes ofertantes no que concerne à utilização dos serviços e ao sistema de reembolso dos provedores. Este arranjo de contratos resulta na criação de um novo agente do lado da oferta de serviços: as organizações de provedores. Desse modo, o *Managed Care* é um sistema sustentado por três agentes na oferta de serviços: as seguradoras ou organizações gerenciadoras, as organizações de provedores e os provedores.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> As seguradoras passam a ser denominadas de organizações gerenciadoras, pois além da função de financiamento passam a realizar o gerenciamento dos serviços.

As organizações gerenciadoras ou seguradoras são as instituições que vendem o seguro para os indivíduos.<sup>22</sup> Além da função de seguradoras, estas realizam o gerenciamento da utilização dos serviços médicos e hospitalares. Neste sistema, as seguradoras possuem rede de provedores credenciados. O que distingue estes tipos de organização é principalmente o pacote de benefícios ofertado definido em função da restrição imposta sobre o grupo de provedores disponível.<sup>23</sup> As organizações de gerenciamento mais comuns são: as HMOs (*Health Maintenance Organizations*), as PPOs (*Preferred Provided Organizations*) e as POS (*Point of Service*).<sup>24</sup>

O segundo agente na oferta de serviços são as organizações de provedores (IDS) as quais consistem em associações de médicos e/ou hospitais.<sup>25</sup> Estas instituições intermediam as relações entre as seguradoras e os provedores.<sup>26</sup> O contrato de reembolso mais usual entre as IDS e as organizações de gerenciamento é a capitação global, através do qual as IDS aceitam praticamente todo o risco das despesas médicas, incluindo os riscos decorrentes de gastos com profissionais e serviços auxiliares.

Os médicos se distinguem entre os generalistas e os especialistas. O médico generalista é o elemento fundamental no gerenciamento e racionalização do uso dos serviços: efetua o atendimento básico e controla a utilização de serviços médicos avaliando o estado de saúde e encaminhando o paciente para médicos especialistas e exames necessários.<sup>27</sup> Todos os indivíduos quando adquirem um plano de seguro escolhem um

---

<sup>22</sup> Fazendo analogia ao caso brasileiro, empresas como Bradesco Seguros ou SulAmérica Seguros seriam organizações gerenciadoras ofertando apenas o seguro *fee-for-service*. No Brasil, não existe a figura das organizações de provedores. Em geral os provedores são contratados diretamente pelas seguradoras, sendo reembolsados segundo tabela estabelecida previamente.

<sup>23</sup> Para efeito de simplificação, iremos tratar cada tipo de organização gerenciadora como ofertante de apenas um tipo de pacote de benefícios, embora, na realidade, se observe maior multiplicidade de pacotes ofertados pela mesma seguradora. A propósito Gold e Hurley (1997) realizam estudo sobre os produtos ofertados pelas organizações gerenciadoras e verificam que 71% destas ofertam múltiplos produtos. Ver também Kongstevdt, 1996.

<sup>24</sup> Ver apêndice I onde descrevemos os diversos tipos de organização gerenciadora. Neste trabalho apresentamos a título de simplificação da análise apenas os tipos principais “puros”. A evidência empírica mostra que existem organizações que são tipos híbridos. Para os propósitos analisados no trabalho esta simplificação não compromete as conclusões entretanto, uma taxonomia muito mais completa pode ser apresentada. (Ver Kongstevdt, 1996).

<sup>25</sup> O nome na literatura destas instituições é *Integrated Delivery Systems (IDS)*.

<sup>26</sup> Existem três tipos de instituições de provedores: 1) sistemas de médicos integrados; 2) sistemas integrados de médicos e hospitais e/ou ambulatorios; 3) sistemas que incluem as funções de seguros.

<sup>27</sup> Os associados do plano de saúde só podem consultar um médico especialista mediante autorização do generalista, exceto nos casos de obstetrícia e ginecologia, quando nem sempre é requerida autorização prévia.

médico generalista e são integrados à carteira deste médico. Na ausência do médico generalista, os pacientes tendem a utilizar crescentemente os serviços especializados, o que acaba determinando custos mais elevados pelo uso indevido de serviços médicos. Cada médico generalista é responsável pela administração de uma carteira de clientes.<sup>28</sup> O desempenho do médico generalista está associado à implementação de estrutura de incentivos adequada através de sistemas de reembolso que privilegiam a divisão de risco entre o provedor e a seguradora. Além disso, as práticas do *Managed Care* determinam uma relação temporal entre o médico generalista e o paciente. Uma vez que o paciente passa a integrar a carteira de clientes do médico, este tem incentivos em garantir a saúde do paciente no longo prazo, pois assim pode reduzir os gastos futuros esperados. Nesse sentido, o generalista é fundamental na implementação de políticas de promoção à saúde e cuidado preventivo.

No *Managed Care*, os provedores são contratados pelas associações de médicos não se verificando contrato direto com as seguradora. Em geral, as seguradoras realizam um contrato com as associações, que representam um grupo de médicos, para prover cuidado a um grupo populacional. O ponto crucial definido nos contratos dos médicos generalistas e as associações é a divisão do risco com as seguradoras. A divisão do risco propicia mecanismos de controle do problema de risco moral na atividade médica. O sistema usual de reembolso dos médicos generalistas é a capitação parcial.<sup>29</sup> Neste sistema o médico recebe pagamento fixo prévio calculado em função da carteira de associados que administra, independente do volume de serviço realizado. A capitação prevê cobertura sobre todos os serviços prestados pelo médico generalista, incluindo serviço preventivo e cuidados dentro e fora do hospital. Em geral, este sistema é acompanhado do estabelecimento de fundos, cuja finalidade é o pagamento de especialistas e/ou exames não realizados pelo médico generalista. No sistema de capitação parcial o médico recebe além de seu rendimento um valor monetário que é depositado nestes fundos para

---

<sup>28</sup> Esta carteira de clientes é selecionada segundo critérios como faixa etária, gênero, área geográfica entre outros, evitando concentração de associados de determinada característica em uma mesma carteira. Este controle impede que ocorra seleção adversa de associados. Os médicos generalistas não podem recusar a associação de pacientes em sua carteira.

<sup>29</sup> O reembolso através do sistema *fee-for-service* é utilizado apenas em situações não adequadas à implementação do sistema de capitação, por exemplo em área geográfica onde o *Managed Care* apresenta baixa penetração no mercado.

encaminhamento. Existem três tipos principais de encaminhamentos médicos e fundos correspondentes:

- *referral* (encaminhamentos a especialistas);
- *hospital* (encaminhamentos a hospitais);
- serviços auxiliares.

Além destes fundos para encaminhamentos, os contratos de capitação podem também especificar percentual de retenção do reembolso do médico generalista, denominado de *withhold*, a ser utilizado em caso de déficit nos fundos de encaminhamentos de todos os generalistas que atendem a determinada população; assim como podem também especificar um limite de perda financeira para os médicos generalistas (*stop loss*).

Veamos um exemplo. Suponha que um médico generalista aufera nos Estados Unidos aproximadamente US\$45,00 por consulta e que o número de consultas estimadas por paciente são de três por ano. Assim este médico irá receber mensalmente por cada paciente de sua carteira, o equivalente a US\$11,25 resultante do cálculo de  $(3 \times \text{US}\$45,00) / 12$ . Usualmente, a carteira dos generalistas é composta de 1000 associados (Grumbach and Fry, 1993). Além deste valor *per-capita*, o generalista recebe também valor monetário para as despesas de encaminhamento, que é depositado em conta conjunta com todos os generalistas que atendem àquela população constituindo os fundos para encaminhamento. Cada vez que o médico generalista determina um encaminhamento o registro é realizado e o pagamento do especialista é realizado através de débito neste fundo. Em caso de saldo líquido positivo nos três fundos, este é redistribuído aos médicos generalistas através de sistema de bônus inversamente proporcional ao volume de encaminhamento efetuado pelo médico. Em caso de saldo líquido negativo, as seguradoras podem determinar redução do reembolso, realizando o rateamento deste saldo entre todos os médicos generalistas que atendem àquela população utilizando a parcela retida do rendimento dos médicos. O percentual de retenção, em geral varia dentro do intervalo de 5 a 20%. Assim, no exemplo anterior, o médico generalista, caso tivesse uma especificação de retenção de 20%, iria auferir um rendimento líquido mensal de US\$9,00 por paciente. Caso esta retenção não seja utilizada, este valor é devolvido aos médicos no final do período.

Sob o regime de capitação o rendimento do médico varia em função de duas situações de risco: 1) o montante pago por procedimento depende do volume de serviço prestado, e 2)

existe o risco financeiro decorrente das retenções do reembolso para pagamento dos encaminhamentos. O médico especialista auferir rendimento segundo reembolso por procedimento realizado.

Desse modo, os contratos estabelecidos com o *Managed Care* buscam solucionar o problema de risco moral presente na relação provedor-seguradora introduzindo estrutura de incentivos baseada na divisão do risco. No sistema tradicional todo o risco inerente ao provimento dos serviços de atenção à saúde é de responsabilidade das seguradoras, o que gera incentivos à sobre-utilização de serviços determinada pelos próprios provedores.

Do ponto de vista dos indivíduos, a introdução de novos tipos de planos de seguro possibilitou a concorrência entre as seguradoras ao mesmo tempo que criou condições para um ajustamento entre a oferta e demanda de serviços de saúde. A diversidade de planos ofertada pelo *Managed Care* é garantida por uma regulamentação caracterizada por reduzida intervenção do Estado no desenho dos contratos dos seguros.

Na próxima seção faremos uma descrição da regulamentação vigente na economia americana dando ênfase às restrições impostas aos contratos.

## **V. A REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS**

A regulamentação dos tipos de contrato e desenho de benefícios a serem ofertados pelo setor privado é questão crucial na definição do sistema de saúde. Como salientado anteriormente, os problemas de seleção adversa decorrem em sua maior parte da regulamentação sobre os tipos de planos a serem ofertados implementada pelo Estado.

Usualmente o sistema de tarifação definido pelas seguradoras é o sistema *experience rating*. Neste caso os indivíduos são taxados de acordo com os gastos esperados, os quais são calculados em função das características dos indivíduos como faixa etária, gênero, localização geográfica, hábitos de consumo, história de vida, etc. A consequência deste tipo de tarifação é que indivíduos com grau de risco mais elevado irão pagar prêmio de risco maior. Na tentativa de proteger os grupos de indivíduos com grau de risco mais



elevado, por exemplo a população idosa, o Estado, muitas vezes, regulamenta os contratos ofertados no setor privado impedindo a discriminação de determinados grupos.

A impossibilidade de discriminação dos indivíduos segundo grau de risco resulta em seleção adversa de consumidores. O segurador, ao ofertar o seguro com prêmio baseado no risco médio da população, atrai apenas os indivíduos com risco superior ao risco médio o que configura seleção adversa de consumidores. Os mecanismos da concorrência, entretanto, diante da impossibilidade de discriminação, garantem a criação pelo mercado de outros incentivos à revelação dos indivíduos. Para evitar a seleção adversa de consumidores, as seguradoras ofertam pacotes de benefícios diferenciados por qualidade e preço, buscando, através destes, a auto-seleção dos indivíduos. Estes sistemas de incentivos alternativos baseados sobretudo na qualidade do seguro podem resultar em perdas de bem-estar significativas quando comparadas à alocação do mercado com discriminação entre os diversos grupos de risco.<sup>30</sup>

Na presença de seleção adversa a alocação resultante no livre mercado é ineficiente: é possível se obter outra alocação onde todos os indivíduos de todas as classes de risco estariam com nível de bem estar igual ou superior, respeitando a restrição de recursos da economia.<sup>31</sup> Este resultado ocorre devido às externalidades negativas que o grupo de risco mais elevado determina sobre o grupo de risco menor.

Freqüentemente, o Estado institui mecanismos de regulação para determinar subsídio cruzado entre os diversos grupos populacionais de forma a evitar a ineficiência resultante da existência de seleção adversa procurando ao mesmo tempo realizar políticas redistributivas. O Estado pode determinar mecanismos de regulação diretos ou mecanismos

---

<sup>30</sup> A alocação alcançada com a discriminação perfeita é denominada de “alocação *first best*” e gera o melhor resultado em termos de eficiência e bem-estar.

<sup>31</sup> Este é um dos três principais resultados do modelo de Rothschild and Stiglitz (1976). Os autores concluem que: 1) o equilíbrio competitivo é um equilíbrio separador, isto é, na alocação de equilíbrio os tipos de agentes compram contratos de seguro diferentes; 2) as alocações resultantes do equilíbrio competitivo não são Pareto-ótimo e 3) dependendo da proporção de indivíduos com grau de risco elevado na população, a existência do equilíbrio competitivo não está garantida. A ineficiência da alocação de equilíbrio competitivo decorre da impossibilidade de se obter alocações de equilíbrio separador com subsídio cruzado entre os diferentes tipos de agente. A presença de tipos com grau de risco mais elevado gera externalidades negativas sobre os indivíduos com grau de risco mais baixo. Na alocação de equilíbrio, o tipo com grau de risco mais elevado está tão bem quanto estaria na situação de discriminação perfeita, enquanto que o tipo com risco mais baixo fica pior. Os autores demonstram que é possível se determinar uma alocação que respeita a restrição de escassez da economia, mas onde todos os indivíduos se encontram melhor ou tão bem quanto na alocação de equilíbrio competitivo. Esta alocação é denominada *second-best*. Neste tipo de equilíbrio, é considerada, além

através do setor privado.<sup>32</sup> Um exemplo de mecanismo direto é a taxaço dos jovens em contrapartida de subsídio à população idosa. Neudeck e Podckzeck (1996) mostram que a introdução pelo Estado de mecanismos de regulaço para determinaço de subsídio cruzado através do setor privado não gera alocaçoes eficientes. Os autores analisam três tipos de mecanismos: padronizaço do pacote de benefícios ofertado pelas seguradoras com cobertura plena e parcial e determinaço de um pacote mínimo de benefícios.<sup>33</sup> Este é um resultado importante para a confecço de política públicas.

A regulamentação americana do setor privado de saúde tem como característica essencial a reduzida intervenço do Estado na determinaço de contratos de seguro ofertados se concentrando no estabelecimento de mecanismos institucionais que garantam a sustentabilidade de longo prazo das gerenciadoras de seguro.

O desenho institucional do sistema de saúde americano é consistente com a percepço das falhas de mercado. Por um lado, o Estado garante o provimento dos serviços de saúde para os grupos considerados marginalizados pelo mercado: crianças, indivíduos de baixa renda e população idosa, além de se concentrar na realizaço de políticas públicas voltadas principalmente para o desenvolvimento tecnológico e bem estar social. Por outro lado, a população economicamente ativa tem acesso a estes serviços através do setor privado, caracterizado fundamentalmente pela flexibilizaço dos contratos, que permite aos mercados determinar o provimento destes serviços gerando a melhor alocaço do ponto de vista de bem estar-social.

A flexibilidade no desenho dos contratos se traduz na diversidade de produtos ofertada. Os produtos diferem no grau de cobertura, rede de provedores, regime de divisào de custos, períodos de carência entre outros critérios. Esta diversidade possibilita melhor

---

da restrição de recursos da economia, a restrição informacional: nenhum tipo de agente tem ganhos de utilidade fingindo ser de outro tipo.

<sup>32</sup> Recentemente, a regulamentação brasileira dos seguros e planos de saúde implementada pelo Ministério da Saúde propõe mecanismos regulatórios que determinam subsídio cruzado da população jovem à população idosa. A regulamentação determina a criação de, no máximo, 7 faixas etárias que podem ser discriminadas segundo o prêmio de seguro. Além disso, institui que o prêmio de seguro na faixa etária mais elevada pode custar no máximo até 6 vezes o prêmio de seguro da faixa etária mais jovem.

<sup>33</sup> No caso da padronizaço com cobertura plena, os resultados encontrados pelos autores mostram que os indivíduos com risco elevado adquiririam em equilíbrio o pacote de benefícios com seguro pleno estando tão bem quanto na alocaço *first-best*. A ineficiência é gerada devido ao comportamento das firmas com relação aos indivíduos de baixo risco. As firmas têm incentivos a ofertar pacote de benefícios com cobertura parcial concorrendo para selecionar indivíduos deste tipo. Esta concorrência torna o equilíbrio instável. Os resultados para padronizaço com cobertura parcial são análogos.

ajustamento entre o plano de seguro que os indivíduos desejam adquirir e a estrutura de oferta, isto é, garante que os mecanismos da concorrência determinem a melhor alocação *second-best*.

Embora seja consenso entre as seguradoras a necessidade de se garantir flexibilidade nos contratos, o debate acerca da regulamentação do *Managed Care* está em aberto na literatura econômica.<sup>34</sup> A rápida expansão desta cobertura e o acirramento da concorrência entre as seguradoras pode resultar em restrições na qualidade do benefício ofertado. Alguns autores argumentam que os consumidores não tem capacidade de resposta à imposição destas restrições principalmente porque, em sua maior parte, adquirem os planos através dos empregadores que nem sempre apresentam variado conjunto de escolha.<sup>35</sup> Hoje, o principal debate no mercado privado de saúde americano versa sobre a necessidade da intervenção do Estado no que concerne a regulamentação dos planos ofertados de modo a se garantir proteção aos consumidores sobre a qualidade do produto ofertado. Os resultados em teoria econômica nos induzem a acreditar que a concorrência entre as seguradoras seria suficiente para garantir a oferta de pacotes de benefícios adequada às preferências dos indivíduos.<sup>36</sup> A experiência com as práticas do *Managed Care* se expandiram com maior importância a partir dos anos 90, e desse modo os resultados obtidos ainda não são conclusivos.

No que concerne a sustentabilidade financeira das seguradoras, a intervenção do Estado é direta. A constituição de uma *HMO* requer a obtenção de licença Federal a qual é renovada anualmente mediante a apresentação dos resultados financeiros.<sup>37</sup> Entre os mecanismos de proteção à solvência dos planos destacam-se o estabelecimento de especificação de capital, reservas e requerimentos de depósitos. Usualmente, o Estado determina a criação de planos contingentes à ocorrência de dificuldades financeiras que

---

<sup>34</sup> A propósito ver Iglehart (1997), Moran (1997); e Enthoven and Singer (1997) e (1995).

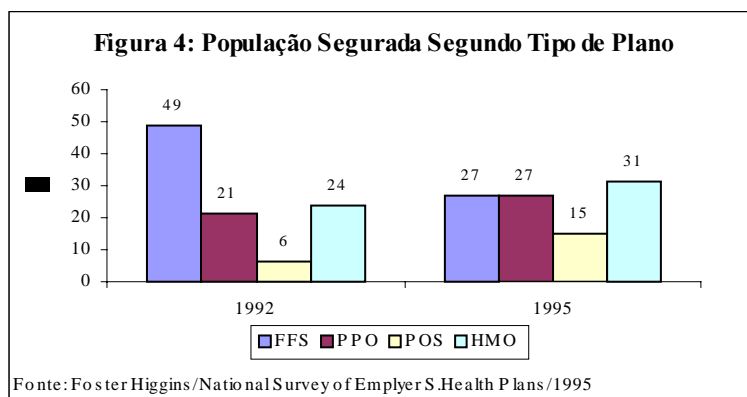
<sup>35</sup> Pesquisa realizada pela *Barrents Group, LCC.* e divulgada pela *American Association of Health Plans*, mostra que 90% das firmas com até 50 empregados oferece apenas uma opção de plano de saúde aos empregados. Este percentual é decrescente com o tamanho das firmas: para as empresas com mais de 5000 empregados menos de 20% oferecem apenas uma opção.

<sup>36</sup> Recentemente, na economia americana o Estado pressionado pela mídia e pelos consumidores estava prestes a promulgar lei federal estabelecendo que o planos de seguros deveriam ofertar cobertura de pelo menos 48 horas em hospital para as mulheres que tiveram bebês. As seguradoras entretanto acabaram se antecipando à promulgação desta lei e ampliaram o período de hospitalização para 48 horas.

<sup>37</sup> Vamos apresentar em linhas gerais alguns mecanismos de regulação das *HMO's*. A regulação dos diversos tipos de organização de gerenciamento dos serviços de saúde apresenta pequenas distinções.

permitam aos associados usufruir dos benefícios durante o período de contrato para o qual o pagamento de prêmio já tenha sido realizado. Por fim, em caso de ameaça de falência, o regulador tem o direito de intervir e gerenciar a *HMO*.

Na próxima seção faremos uma comparação entre os dois tipos de sistema privado. Os dados disponíveis são favoráveis às práticas utilizadas pelo *Managed Care* e não evidenciam redução na eficiência dos resultados de saúde. Além disso a elevada expansão dos indivíduos que apresentam este tipo de cobertura é mais uma evidência importante (Figura 4). Segundo dados da *Foster Higgins*, a participação do seguro *fee-for service* caiu de 49% em 1992 para 27% em 1995, enquanto que a participação de todos os planos ofertados pelo *Managed Care* se elevou para todas as categorias.<sup>38</sup> Há de se ressaltar entretanto que os impactos da utilização destas práticas na qualidade do serviço ofertado ainda são prematuros.



<sup>38</sup> Embora existam diferenças nos dados apresentados nas diversas pesquisas, a tendência de crescimento dos planos ofertados pelo *Managed Care* é presente em todas estas. A propósito ver *American Association of Health Plans*. <http://www.aahp.org/images/mg1.gif>

## VI. Comparações entre os dois sistemas: *O Managed Care* e o sistema tradicional

Diante das reformas institucionais propostas pelo *Managed Care* é fundamental avaliar os resultados alcançados. A principal crítica às práticas de gerenciamento implementadas diz respeito à qualidade do serviço ofertado. Argumenta-se que com a racionalização da utilização dos serviços médicos e hospitalares, a qualidade do cuidado ofertado é inferior: a divisão do risco entre o provedor e a seguradora criaria um incentivo à diminuição de procedimentos clínicos. Além disso, a definição pela seguradora de critérios para autorização de serviços reduziria a autonomia dos médicos no processo decisório do tipo de cuidado a ser dispensado.<sup>39</sup> Como salientado na seção anterior, a necessidade de regulamentação dos contratos no que tange à proteção do consumidor é a grande polêmica introduzida com o *Managed Care*.

A comparação entre os sistemas será feita sob os aspectos de custo e qualidade. Esta comparação apresenta dificuldades. A qualidade do cuidado médico pode ser avaliada a partir dos critérios de estrutura, procedimento e resultado. As informações sobre estrutura concernem às características dos hospitais e quadro de médicos; os procedimentos abordam os testes de diagnóstico e exames preventivos e o índice de resultado se refere ao estado da saúde do paciente após receber o cuidado médico.<sup>40</sup> O índice de resultado pode ser um indicador pouco robusto da qualidade pois nem sempre os procedimentos adotados alcançam resultado favorável.<sup>41</sup> A conjugação destes critérios provavelmente gera comparações mais fidedignas à realidade, mas a pouca disponibilidade de dados dificulta este tipo de análise. Outros critérios como acesso aos serviços, satisfação dos

---

<sup>39</sup> A proposta republicana de regulamentação do setor saúde sugere que as seguradoras também possam ser executadas em processos sobre a prática médica.

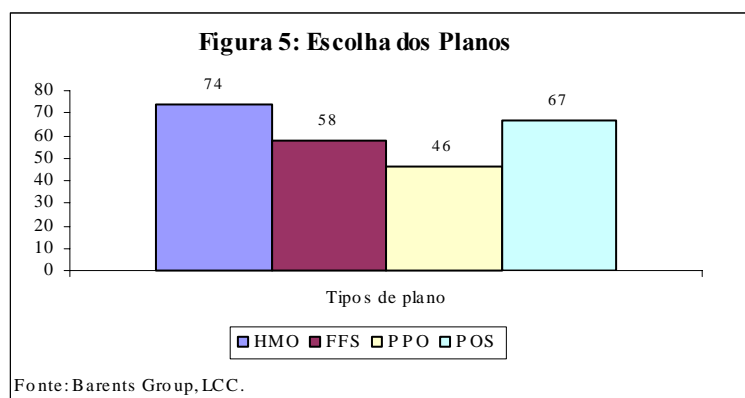
<sup>40</sup> Brook, MacGlynn e Cleary (1996).

<sup>41</sup> Este argumento pode ser refutado quando se utilizam amostras grandes para os dois sistemas. Pela Lei dos Grandes Números ambos os sistemas estariam sujeitos à mesma expectativa de resultado não favorável. O experimento realizado por Newhouse (1996) mostra que não ocorreu seleção adversa favorável às *HMOs*.

consumidores, e rotatividade dos associados são também usualmente utilizados como índice de qualidade.<sup>42</sup>

A maior qualidade dos serviços não necessariamente implica em maior nível de bem estar social. Do ponto de vista do segurado, as variáveis relevantes na escolha do plano de saúde são qualidade do serviço e custo envolvido. O bem estar depende tanto do serviço que eventualmente se pode receber, como da renda disponível para a aquisição de outros bens. Nesse sentido, plano de seguro-saúde com nível de qualidade muito elevada pode minorar o bem estar dos indivíduos, ao invés de aumentá-lo. Um critério adequado para se comparar a qualidade entre os dois sistemas é a própria escolha dos consumidores.

O critério escolha do tipo de plano pelos consumidores é favorável ao *Managed Care*. Pesquisa realizada pela *Barents Group* e divulgada pela *AAHP* mostra que no universo de associados à *HMO*, 75% destes escolheu se associar à *HMO*, mesmo tendo outras opções de plano, enquanto que no universo do plano tradicional este número se reduz para 58% (Figura 5).



O consumidor ao escolher o plano do *Managed Care* revela preferir este serviço, ofertado com custo e intensidade do cuidado médico inferior ao *fee-for-service*.

<sup>42</sup> Índices de qualidade baseados na satisfação do consumidor, são mais apropriadamente interpretados como um *matching* entre as preferências e expectativas dos beneficiários e o plano ofertado, do que como uma mensuração da qualidade do cuidado médico ofertado.

Freqüentemente, argumenta-se que a assimetria de informação entre consumidor e seguradora limita a escolha do indivíduos. Dois elementos enfraquecem este argumento: em primeiro lugar, a assimetria de informações entre os consumidores e as seguradoras tem sido significativamente reduzida através das informações fornecidas aos consumidores pelas empresas de acreditação; em segundo lugar, a evidência empírica não corrobora esta crítica.<sup>43</sup> Neste caso, dever-se-ia observar, além de elevada taxa de insatisfação entre os associados ao *Managed Care*, o retorno destes para os planos *fee-for-service*. Os resultados da pesquisa *Medical Expenditure Panel Household Component (Rounds 1,2)* gerida pela *Agency for Health Care Policy and Research* indicam que a satisfação com a fonte provedora é praticamente universal, embora elevado percentual de indivíduos esteja trocando de plano, cerca de 12%.<sup>44</sup> A maioria (60%) dos indivíduos troca de plano por motivos financeiros e apenas 20% o fazem em virtude de problemas relacionados ao seguro. Luft (1987) mostra que a taxa média de desassociação anual dos planos oscila entre 10 e 30%.

Newcomer, Preston e Harrington (1996) estudam a relação entre o grau de satisfação com o plano e a taxa de desassociação. O universo amostral compreende associados das *Social Health Maintenance Organization (SHMO)* e do sistema *fee-for-service*.<sup>45</sup> Os autores mensuram o grau de satisfação dos consumidores utilizando o *Questionário de Satisfação do Paciente (PSQ)* desenvolvido pelo *RAND Health Insurance Experiment*. A construção do índice de satisfação é baseada em quatro elementos:

---

<sup>43</sup> Existem várias empresas de acreditação nos Estados Unidos. Uma das mais importantes é a *National Committee for Quality Assurance* que é uma empresa não lucrativa criada em 1989 para promover acreditação sobre os planos de saúde ofertados por HMO's. Ela é responsável pela realização do principal índice de qualidade utilizado: *HEDIS – Health Plan Employer Data and Information Set*. O *Hedis 2.5*, tipifica as informações em cinco grupos: 1) qualidade da performance dos planos de saúde, 2) acesso aos provedores e grau de satisfação dos consumidores, 3) utilização dos serviços e performance dos provedores, 4) situação financeira e 5) gerenciamento do plano.

<sup>44</sup> Segundo pesquisa de amostra nacional realizada pela Sachs/Scarborough, 76% dos associados às HMOs com menos de 65 anos e estado de saúde precário estão satisfeitos com o serviço recebido. Entre os associados com boa saúde este percentual se eleva para 84%. (Sachs/Scarborough Health Plans 1996 Survey). Segundo a *National Research Corporation –(NRC Healthcare Market guide VI Survey, september/1996)*-entre os associados às HMOs, 85% dos indivíduos abaixo de 65 anos e 92% destes acima de 65 reportaram satisfação com o cuidado recebido.

<sup>45</sup> O universo amostral estudado compreende as *SHMO* e os indivíduos associados ao sistema *fee-for-service* durante o período de 1984 a 1988. A *SHMO* difere da *HMO* pois oferece prescrição de remédios, óculos e aparelhos de audição e em sua maior parte são instituições sem fins lucrativos.

- **acesso/conveniência** (tempo e esforço requerido para obter o serviço, tempo de espera, conveniência da localização);
- **qualidade/competência** ( conhecimento e competência do médico);
- **Custos e benefícios** ;
- **Relações interpessoais** ( cortesia, simpatia dos médicos).
- **Índice Geral de Satisfação** (expressa um grau de qualidade geral do cuidado ofertado).

Os resultados obtidos pelos autores mostram que o grau de satisfação dos pacientes da *SHMO* e do sistema *fee-for-service*, incluindo os desassociados, apresenta pequena variação. Em média, o índice de satisfação global é de 86,9% para os associados das *SHMO*'s, comparado à cifra de 90% para os associados ao *fee-for-service*, dependendo da região analisada. A maior variação obtida diz respeito aos custos e benefícios, onde os pacientes da *SHMO* estão mais satisfeitos.<sup>46</sup>

Quanto à relação entre a taxa de desassociação e a satisfação global, a pesquisa sugere que esta não pode ser considerada medida robusta da ação do paciente. A decisão de se manter vinculado a um plano é sensível a variações nos itens custo/benefícios e relação médico-paciente.

Desse modo, a avaliação da qualidade do serviço ofertado utilizando os critérios de grau de satisfação e escolha do plano pelos consumidores sugere que os planos de seguro introduzidos pelo *Managed Care* têm sido satisfatórios para os pacientes. A elevada taxa de rotatividade observada, provavelmente, está muito mais associada à relação pessoal com o médico e o custo, como mostram os resultados do estudo de Newcomer, Preston e Harrington (1996) do que com resultados de saúde ruins. Com a expansão destes planos, o consumidor vai adquirindo maior capacidade de se informar e se espera que no longo prazo as taxas de desassociação apresentem tendência de redução.

A evolução dos custos dos serviços de saúde aponta diminuição dos gastos privados. O período 1996/90, quando houve maior disseminação do *Managed Care*, foi o de menor taxa de crescimento dos gastos privados per capita, apenas 4%. (Figura 2)<sup>47</sup> A redução da

---

<sup>46</sup> No Brooklyn, 77% dos pacientes *fee-for service* estão satisfeitos em contraposição a 86,2% dos associados às *SHMO*'s. Sobre as relações interpessoais, em Mineapolis, 92% dos indivíduos em *SHMO*'s estão satisfeitos com a relações interpessoais, enquanto que no sistema *fee-for-service* este percentual se eleva para 95%.

<sup>47</sup> A evolução dos gastos públicos não apresenta redução tão significativa. Em 1996/90 a taxa de crescimento dos gastos públicos per capita foi de 33%. Este comportamento pode ser explicado pela baixa penetração do



participação relativa dos gastos privados também evidencia essa tendência: no mesmo período esta se reduz de 59% para 53% (Figura3). A diminuição dos custos alcançada com o *Managed Care* se traduz no comportamento das taxas de crescimento dos prêmios de seguro. Em 1991 as taxas de crescimento do prêmios ofertados por *HMO's* e *PPO's* oscilava em torno de 12%, em 1997 esta taxa cai para o patamar de 2%. Segundo dados do *Federal Employee Health Benefits Program (FEHBP)* entre 1996 e 1997, o prêmio das *HMO's* elevou em 1.03%, enquanto o prêmio do seguro *fee-for-service* se elevou em 2.9%. A principal fonte de redução de custos com o *Managed Care* são os gastos hospitalares.<sup>48</sup> A participação deste tipo de gasto reduziu-se em dois pontos percentuais no período 1995/1990. As práticas do *Managed Care* incentivam a utilização do cuidado fora do hospital, não só porque em muitos dos casos não é necessário que o paciente receba atendimento dentro do hospital e o mesmo pode ser realizado em ambulatórios, como também porque o cuidado fora do hospital em muitos casos é mais recomendado pois o paciente pode contar com o apoio familiar. Um dos tipos de práticas que tem mais crescido nos Estados Unidos é o cuidado em casa (*homecare*) principalmente para casos de pacientes com doenças crônicas.

Ligou (1994) mostra que a despeito da igualdade entre as despesas médias com pacientes fora do hospital entre os dois sistemas, o sistema tradicional apresenta maior variância e assimetria na distribuição deste tipo de dispêndio.<sup>49</sup> Este fato pode ser explicado pelo maior número de médicos consultados neste sistema e pela menor padronização dos procedimentos adotados, que resultam em gastos elevados com pequeno número de pacientes. A utilização gerenciada, por outro lado, procura homogeneizar os procedimentos médicos resultando em distribuição dos gastos entre os pacientes mais uniforme.

Segundo pesquisa da *Agency for Health Care Policy and Research* os pacientes do *Managed Care* permanecem em média dois dias a menos nas Unidades de Terapia Intensiva do que os pacientes internados pelo sistema tradicional. Esta redução não altera os

---

*Managed Care* nos programas de saúde públicos, sobretudo no *Medicare*, que constitui a alavanca dos gastos públicos. A expansão dos beneficiários do sistema público junto às *HMOs* é mais significativa para os beneficiários do *Medicaid*, em função das características da população atendida.

<sup>48</sup> Ver Tabela 2 no apêndice.

<sup>49</sup> As práticas do *Managed Care* incentivam a utilização do cuidado fora do hospital, já que o cuidado hospitalar é extremamente oneroso.

resultados de mortalidade ou readmissão nas Unidades de Terapia Intensiva. A *American Association Health Plans*, apresenta vários resultados de saúde onde o desempenho da *HMO* é superior ao observado para pacientes associados ao plano *fee-for service*, entre eles, cuidado preventivo, pacientes com câncer e menor mortalidade em CTIs.<sup>50</sup>

A comparação entre os dois sistemas nos permite inferir que o sistema *Managed Care* apresenta redução significativa dos custos com saúde, sem que se verifique piora dos resultados obtidos com o tratamento determinado. As comparações sobre qualidade evidenciam melhoria principalmente no cuidado preventivo. Para algumas doenças os resultados do *Managed Care* são claramente satisfatórios.

## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados com o *Managed Care* nos permitem afirmar que este sistema tem se caracterizado como uma opção viável no provimento de serviços de atenção à saúde pelo setor privado. A evidência empírica mostra que as práticas implementadas reduziram a taxa de crescimento dos gastos privados substancialmente, corroborando as hipóteses apontadas pela teoria econômica. Os resultados de saúde também são favoráveis, ainda que o debate sobre a necessidade de regulamentação para garantir a qualidade do serviço ofertado esteja em aberto. Notadamente, para alguns tipos de cuidado específico, como o cuidado preventivo, as práticas do *Managed Care* são muito satisfatórias uma vez que introduzem uma relação de longo prazo entre o médico generalista e o paciente. O médico generalista têm incentivos para tentar garantir no longo prazo a saúde dos pacientes que compõem sua carteira.

A despeito da redução da taxa de crescimento dos gastos privados, o nível de gastos na economia americana ainda se encontra bem elevado quando comparado a outras

---

<sup>50</sup> Estudos do *Center for Disease Control and Prevention and the National Health Statistics* mostram que mulheres associadas às *HMO's* apresentam maior probabilidade de realizar exames preventivos. Segundo a *National Health Interview Survey* 62% das mulheres entre 50 e 64 anos em *HMO's* realizam exame de mamografia, comparado à cifra de 50% no total das mulheres. No universo do *Medicare*, 62% realiza exame de mamografia, em oposição a 39% para o *fee-for-service*. Em Langa and Sussman (1996) pacientes das *HMO's* com problemas nas artérias coronarianas apresentaram índice de mortalidade similar aos dos pacientes do sistema *fee-for service* a despeito de terem sido submetidos a número inferior de cirurgias. O universo analisado são 140.000 californianos com problema nas artérias coronárias: em média os pacientes

economias desenvolvidas. Algumas hipóteses podem ser elencadas para explicar este comportamento: o generoso sistema público de benefícios ofertado principalmente para a população idosa; os gastos com registros que as práticas de gerenciamento impõem ao sistema, os gastos com desenvolvimento tecnológico e o uso intensivo de equipamentos. Em geral, os custos administrativos observados na economia americana são mais elevados que em outros países onde o provimento dos serviços é realizado totalmente pelo setor público. Além disso, a contabilidade dos gastos nas economias com sistema de saúde público provavelmente desconsidera o custo do capital. O melhor entendimento do nível de gastos na economia americana requer um estudo comparativo entre os sistemas de saúde nos diversos países. A diferente desagregação dos dados e a falta de informação disponível tem dificultado este tipo de estudo.

A principal conclusão do trabalho concerne à necessidade de se garantir flexibilidade nos contratos estabelecidos no setor privado para o provimento dos serviços de atenção à saúde. A flexibilidade de contratos associada à concorrência entre as seguradoras são os elementos fundamentais para determinar um ajustamento entre a oferta e demanda de serviços resultando em eficiência e maior nível de bem-estar social.

Quanto ao papel do Estado no provimento dos serviços, a opção do sistema americano é uma experiência importante. Por um lado, o Estado garante o acesso aos serviços de atenção à saúde para os grupos sociais mais vulneráveis. O provimento destes serviços é realizado pelo setor privado com o financiamento do Estado. Por outro lado, a população economicamente ativa com condições de auto-financiamento adquire os serviços junto ao setor privado. A participação do Estado na regulamentação se reduz a garantir aos consumidores a sustentabilidade financeira dos planos de seguro.

---

das HMO's foram submetidos a 1,5 angioplastias, enquanto que os pacientes do fee-for service apresentam probabilidade de serem submetidos a 2,3.

## VII. Referências Bibliográficas

AARON, Henry. Analysis of the Clinton health Care Reform Proposal. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n.1, p.57-67, Spring 1994.

\_\_\_\_\_. Issues Every Plan to Reform Health Care Financing must Confront. . *Journal of Economic Perspectives*, vol 8, n.3, Summer 1994.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1996 Medical Expenditure Panel Survey. (online). 1996 Disponível: <http://www.meps.ahrp.gov> (capturado em ago.1998)

AMERICAN ASSOCIATION HEALTH PLANS , *Managed Care Facts*, (online) .1998. Disponível:<http://www.aahp.org/services/research> (capturado em ago.1998).

\_\_\_\_\_. Disponível: [http:// www.ahrp.gov:80/research/managed.htm](http://www.ahrp.gov:80/research/managed.htm) (capturado em ago.1998).

ARROW, K.Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, Nashville (TEEN) v.55, n.5 p.942-973, Dec.1963.

BROOK, R. H.; MAC GLYINN, E.; CLEARY, P. D. (1996): "Quality of Health Care", *The New England Journal of Medicine*, sept. 1996.

BUREAU OF LABOR STATISTICS DATA, Consumer Price Index. (online).1998. Disponível: <http://146.142.4.24/cgi-bin/surveymost> (capturado em aog.1998).

\_\_\_\_\_.Health Care Choices. (online).1997. Disponível: <http://www.aahp.org/services/research> (capturado em aog.1998).

CUTLER, David. A Guide to Health Care Reform. *Journal of Economic Perspectives*, Nashville, (TEEN), vol 8, n.3, Summer 1994.

ENTHOVEN, Alain. The History and the Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), p.25-48, supplement 1993.

ENTHOVEN, Alain and SINGER, Sara. A Single Payer in Jackson Hole Clothing. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n.1, p.81-95, Spring 1994.

\_\_\_\_\_. Why not the Clinton health Plan? *Inquiry:A journal of medical care organization, provision and financing*, Chicago (ILL),v31, p.129-135, Summer 1994.

\_\_\_\_\_. Market Based Reform:What to Regulate and by Whom. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n.1, p.105-119, Spring 1995.

\_\_\_\_\_. Markets and Coletive Action in Regulating Managed Care. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD),v.16, n.6, p.26-33, nov/dec 1997.

- FUCHS, Victor. The Clinton Plan: A researcher Examines Reform. *Health Affairs*, Chevy Chase, (MD), n.1, p.102-114, Spring 1994.
- GIOVANELLA, Lúcia e FLEURY, Sônia. Universalidade da Atenção à Saúde:Acesso como Categoria de análise. In:EIBENSHUTZ, Catalina.(org) *Política de Saúde:O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.
- GOLD, Marsha and HURLEY, Robert. The Role of *Managed Care* “Products” in the *Managed Care* “Plans”. In: *Inquiry:a journal of medical care, provision and financing*, Chicago (ILL), v. 34, p.29-37, Spring, 1997.
- GRUMBACH, Kevin and Fry, John. Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, p.940-945, 1<sup>st</sup> April 1993.
- HADLEY, Jack AND ZUCKERMAN, Stephen. Health Reform:TheGood, The Bad and The Bottom Line. *Health Affairs*, Chevy Chase, (MD), n.1, p115-131, Spring 1994.
- HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION, Brief Summaries of *Medicare* and *Medicaid*. (online).Disponível: <http://www.hcfa.gov/Medicare> (capturado em ago. 1998)
- \_\_\_\_\_. National Health Expenditures.(online) Disponível: <http://www.hcfa.gov/Medicare> (capturado em ago. 1998).
- IGLEHART, John K. State Regulation of Managed Care:NAIC President Josephine Musser. *Health Affairs*, v.16, n.6, p.36-44, nov/dec,1997.
- KONGSTEVEDT, Peter R. *Essentials of Managed Health Care*. 2 ed. Maryland: Aspen Publishers, 1997.
- \_\_\_\_\_.The Managed Health Care Handbook. 3ed. Maryland: Aspen Publishers, 1996.
- LIGOU, James A. Fee-for Service Versus HMO Outpatient Expenditure Patterns. In: *The Journal of Risk and Insurance*, v.61, n.1, mar.1994
- MC.CLELAN, Mark; KESSLER, Daniel. Do doctors practice Defensive Medicine? In: *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge, (MASS), v. n. p.353-390, May 1996.
- MÉDICI, André. *A Medicina de Grupo no Brasil*. Relatório ENCE/IBGE, 1990. 79 p.(Relatórios Técnicos 05/90).
- \_\_\_\_\_, *A Dinâmica do Setor Saúde No Brasil:Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90*. Santiago do Chile: Naciones Unidas, ComissãoEconômica para América Latina y el Caribe, 1997. 219 p.(Cuadernos de la Cepal ).
- MORAN, Donald W. Federal Regulation of Managed Care: an impulse in search of a theory? *Health Affairs*, v.16, n.6, p.7-22, nov/dec, 1997.
- NEWCOMER, R.; PRESTON, S. and HARRINGTON, C. Health Plan Satisfaction and Risk of Disenrollment Among Social/HMO and Fee-for- Service Recipients. In: *Inquiry : a journal of medical care organization,provision and financing*, Chicago (ILL), v.33: p.144-154, Summer,1996.

NEWDECK, W. and PODCZECK, K. Adverse Selection and regulation in health insurance markets. In: *Journal of Health Economics*, Amsterdam (NL), v.15 (1996), n. , p.387-408, 1996.

NEWHOUSE, Joseph P. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, 1996.504 p.

\_\_\_\_\_, Joseph P. Symposium on Health Care Reform. *Journal of Economic Perspectives*, Nashville (TEEN) v. 8, n.3, Summer 1994.

\_\_\_\_\_, Joseph P. Economists, Policy Entrepreneurs, and Health Care Reform. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n. p.182-198, Spring 1995.

RIVLIN, Alic M. ; CUTLER, David M. and NICHOLS, LEN, M. Financing, Estimation and the Economic Effects. *Health Affairs*, Chevy Chase, (MD), n.1, p.30-49 ,Spring 1994.

ROTHSCHILD, M. and STIGLITZ, J. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. In: *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge, (MASS), v. n. p.629-650, 1976.

STARR, Paul and ZELMAN, Walter. A Brigade to Compromise: Competition under a Budget. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), 1993. Supplement.

STARR, Paul. Why the Clinton Plan is not the Enthoven Plan. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*. Chicago (ILL), v.31, p.136-140, Summer 1994.

VALIANT, Carie and Matyas, David E. Legal Issues in HealthCare Fraud and Abuse: Navigating the Uncertainties. Washington: American Health Lawyers Association, 1997.

ZELMAN, Walter. The Rationale Behind the Clinton Health Care Reform Plan. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n.1, p.09-29, Spring 1994.

## **Apêndice I: Tipos de Organizações Gerenciadoras<sup>51</sup>**

### **I.1 HMO:Health Maintenance Organization**

A HMO é uma organização que provê cuidado à saúde através de contratação de provedores afiliados, que podem ser contratados individualmente pela HMO, ou através de organizações independentes de médicos e hospitais. Existem cinco principais tipos de HMOs, que se diferenciam pelo contrato estabelecido com os provedores: Staff Model, Group Practice, Network Model, IPA (*Individual Practice Association*) e Direct Contract.<sup>52</sup>

### **I.2 PPO Preferred Provided Organization**

As PPOs são seguradoras que fazem a intermediação de um empregador e um grupo de provedores de serviços de saúde. A PPO se diferencia das HMOs por permitir a utilização de serviços fora da rede de convênios, ainda que imponha divisão de custos mais onerosa para o paciente.<sup>53</sup>

### **I.3 POS:Point of Service**

A POS representa um plano híbrido que contempla características da HMO e da PPO. Este plano resulta do reconhecimento da escolha limitada de provedores como uma das principais barreiras à expansão da HMO. As POS permitem aos segurados utilizar prestadores de serviço fora da rede de conveniados. A tendência observada mostra maior concentração destas na oferta de serviços médicos especializados.

## **Apêndice II:Os programas Públicos**

### **II.1 O Medicare**

O *Medicare*, foi criado em 1965 com objetivo de atender as necessidades médicas da população com mais de 65 anos, sendo estendido em 1973 para os beneficiários do sistema de seguridade social e para pacientes em tratamento de diálise. O programa oferece duas modalidades de plano principais que se distinguem na cobertura de serviços e no

---

<sup>51</sup> Vamos apresentar uma taxonomia muito simplificada dos principais tipos de organizações gerenciadoras. As principais conclusões desenvolvidas neste trabalho não são alteradas com a introdução de tipos de organização híbridos.

<sup>52</sup> No *staff model* os médicos são contratados pela HMO, não podendo atender a pacientes não conveniados. No *group practice* a HMO estabelece um contrato com um grupo de médicos multiespecialistas, que compartilham instalações, equipamentos, registros médicos e equipe de pessoal de suporte. O modelo *Network* se diferencia do *Group Practice* pela contratação de vários grupos de médicos multiespecialistas. A IPA é uma instituição legal, em geral não lucrativa, de médicos independentes, que se associam com o propósito de estabelecer contratos com uma ou mais HMOs. A IPA se distingue dos grupos médicos pois neste caso não ocorre compartilhamento das instalações, equipamentos e registros médicos. Por último, no modelo de contrato direto, a HMO estabelece um contrato individual com cada médico, não configurando, entretanto vínculo empregatício.

<sup>53</sup> As HMOs, ao lado das PPOs, são as organizações de gerenciamento com maior número de associados. Em 1997, entre as empresas com mais de 200 empregados, 33% dos empregados estavam associados às HMOs, 31% às PPOs, 17% às POS e 18% estavam associados a planos tradicionais (*fee-for-service*).

regime de divisão de custos: *Health Insurance* (HI) e *Supplementary Medical Insurance* (SMI). O *Health Insurance* cobre hospitalização, enfermagem qualificada, cuidado em casa e cuidado especial para doentes em fase terminal (“*hospice*”). O *Supplementary Medical Insurance* (SMI) oferece todos serviços médicos para pacientes dentro e fora do hospital incluindo testes laboratoriais e de diagnóstico, vacinação, equipamentos duráveis, prescrição de remédios e drogas. Ambos planos, *HI* e *SMI*, realizam o pagamento dos médicos através do sistema de reembolso. O pagamento de hospitais é determinado pelo *Prospective Payment System* que estabelece montante pré-determinado baseado no diagnóstico do paciente (DRG).

.O *Medicare* é administrado pelo governo federal através do *Health Care Financing Administration*, criado em 1977. O *Health Insurance* é financiado, além dos copagamentos, por um imposto sobre a folha salarial – 1,45% para os empregados e 2,90% para o trabalhador autônomo. O *Supplementary Medical Insurance* é financiado pela receita auferida com os prêmios e por contribuições do Tesouro Americano. Recentemente o governo americano tem incentivado a associação de pacientes do *Medicare* aos planos do *Managed Care*.

## II.2 Medicaid

O *Medicaid*, iniciado em 1965, é um programa de abrangência federal e estadual que financia assistência médica a famílias de baixa renda.<sup>54</sup> Como o *Medicaid* é um programa Federal e Estadual, os estados possuem flexibilidade na determinação, organização e financiamento dos serviços ofertados. O governo Federal determina o desenho básico dos serviços que devem ser providos por todos os Estados. O pagamento dos provedores pode ser realizado através do sistema de reembolso ou através das organizações de *Managed Care*. Assim como o *Medicare*, o *Medicaid* vem ampliando a parcela da população contemplada. O *Medicaid*, em oposição ao *Medicare*, tem hoje, maior número de beneficiários sendo atendidos pelas agências gerenciadoras do *Managed Care*

---

<sup>54</sup>O critério de elegibilidade do Medicaid contempla os seguintes casos:

- indivíduos contemplados no programa AFDC - Aid for Families with Dependent Children
- crianças com menos de 6 anos com renda familiar 133% abaixo da linha de pobreza federal (FPL)
- mulheres grávidas com renda 133% abaixo da FPL: os serviços médicos ofertados estão restritos aos cuidados relacionados à gravidez.
- Indivíduos contemplados pela seguridade complementar (SSI)
- Crianças com nascimento após setembro de 1983, menos de 19 anos com renda familiar abaixo da FPL
- Alguns beneficiários do Medicare.



### Apêndice III: Tabelas

**Tabela 1: Distribuição da População Americana Segundo o Tipo de Seguro –1987/1995**

Ano	Pop .Total	Privado		Público		
		Emprego	Seguro Próprio	Medicare	Medicaid	Sem cobertura
1987	241.2	62,06%	13,47%	12,65%	8,37%	12,85%
1988	243.7	61,92%	12,76%	12,68%	8,49%	13,42%
1989	246.2	61,58%	13,00%	12,79%	8,61%	13,57%
1990	248.9	60,35%	12,82%	12,98%	9,76%	13,94%
1991	251.4	59,71%	12,45%	13,09%	10,70%	14,08%
1992	256.8	57,94%	12,73%	12,93%	11,45%	15,03%
1993	259.8	57,08%	13,13%	12,74%	12,20%	15,28%
1994	262.1	60,89%	9,42%	12,93%	12,06%	15,15%
1995	264.3	68,56%	9,23%	13,13%	12,07%	15,36%

Fonte: US.Bureau of the Census:Health Insurance Coverage, 1995.

**Tabela 2: Gastos Nacionais em Saúde segundo Objeto de Dispêndio: 1960/96 (EUA)**

	1960	1970	1980	1985	1990	1996
Hospitalares	34,62	37,89	41,31	39,17	36,57	34,64
Médicos e Odontológicos	27,04	24,69	23,53	24,49	25,41	24,11
Cuidados e Enfermagem em Casa	3,17	6,00	8,03	8,45	9,14	10,50
Remédios/Equipamentos e Construção	22,02	18,71	12,70	12,17	11,76	11,52
Custos com Adm.Seguro	4,35	3,68	4,74	5,54	5,51	5,88
Saúde Pública	1,37	1,82	2,69	2,70	2,80	3,43
Pesquisa	2,58	2,65	2,21	1,81	1,74	1,65
Outros serviços	4,84	4,55	4,78	5,67	7,06	8,27

Fonte:Health Care Financing Administration

**Tabela 3: Tipo de Cobertura de Seguro da População Americana segundo Faixa Etária**

	1987		1995	
	Total	%	Total	%
<b>População Total (000's)</b>	239.393	100	261.173	100
<b>Abaixo de 65 anos</b>	211.098	88.18	229.887	88.02
<b>Seguro Privado/HMO</b>	24.659	10.30	60.445	23.14
<b>Seguro Privado/NãoHMO</b>	136.849	57.16	104.173	39.89
<b>Medicare ou Medicaid</b>	16.327	6.82	28.318	10.84
<b>Sem Seguro</b>	33.263	13.89	36.951	14.15
<b>65 e mais</b>	28.295	11.82	31.286	11.98
<b>Medicare e Medicaid</b>	2.350	0.98	3.298	1.26
<b>Medicare e Seguro Privado em Grupo</b>	9.427	3.94	12.843	4.92
<b>Medicare e Seguro Privado Individual</b>	11.475	4.79	11.315	4.33
<b>Medicare</b>	4.209	1.76	2.918	1.12
<b>Sem Medicare</b>	834	0.35	912	0.35

Fonte: Agency for Health Care Policy and Research, Center for Cost and Financing Studies, National Medical Expenditure Survey