

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

Mônica Viegas Andrade\*\*

Marcos de Barros Lisboa\*\*\*

Sumário: 1. Introdução; 2. O mercado de serviços de atenção à saúde: o problema de risco moral; 3. O sistema tradicional de seguro-saúde: contratos *fee-for-service*; 4. O *managed care*; 5. A regulamentação dos contratos; 6. Comparações entre os dois sistemas: o *managed care* e o sistema tradicional; 7. Considerações finais.

Palavras-chave: seguro-saúde; managed care; HMO; regulação; regulamentação.

Códigos JEL: D82, H51, I10 e I18.

O mercado de serviços de atenção à saúde apresenta particularidades não observadas em outros mercados de bens, traduzidas nas relações contratuais estabelecidas entre os agentes deste mercado: relação paciente-provedor e relação seguradora-provedor. Na relação seguradora-provedor existe um problema de risco moral que cria incentivos à sobreutilização de serviços médicos. O objetivo deste trabalho é sistematizar as principais características institucionais do sistema de saúde americano, enfatizando as reformas ocorridas na década de 1970 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 principal conclusão deste trabalho é mostrar que a flexibilização dos contratos entre provedores e seguradora tem efeito significativo na redução dos custos do seguro-saúde, resultando sobretudo em maior eficiência dos serviços ofertados. Os novos desenhos de contratos estabelecidos permitem a divisão do risco entre os provedores e seguradora, além de centralizar a decisão de encaminhamentos médicos a serem realizados configurando utilização mais racional destes serviços. A flexibilização dos contratos não significou, no entanto, eliminação da regulação por parte do Estado do setor de seguro-saúde privado, sendo fundamental para garantir a sustentabilidade financeira dos seguros.

The aim of this paper is to organize the main institutional characteristics of the American Health System, emphasizing the reforms that occurred during the age of seventy and the difficulties to regulate

---

\*Artigo recebido em fev. e aprovado em set. 1999. Samuel Pessoa comentou, com a gentileza usual, a versão preliminar do artigo. Quaisquer erros remanescentes são de responsabilidade dos autores.

\*\*EPGE/FGV-Rio de Janeiro e Departamento de Economia da Face/Cedeplar/UFMG.

\*\*\*EPGE/FGV-Rio de Janeiro.

the private sector of medical and hospital services. The most part of these problems are related to the contract regulation between the providers of medical and hospital service and the patients. The analysis of the American case is justified mainly because it is the most consolidated experience of private health insurance.

The United States is the only developed economy with reduced participation of the public sector in financing and providing services to the labor population. In 1965 the American govern created two health programs to guarantee health care to the population of 65 and over, Medicare, and to the family with low income, Medicaid. The creation of these programs were an answer to the market imperfections that result in exclusion of some social groups from the market of health services.

From 1960 to 1975 the health expenditure in United States rose from about 5% of the inner product to 8%. The tendency of continued rising motivated The Health Maintenance Organization Act of 1973, which main objective was to reduce the medical and hospital expense allowing a new way of managing health insurance. The new system of managing health services called Managed Care is organized with contracts established between three agents: Managed Care Organizations that manage the utilization of health services and their financing, the Integrated Delivery Systems that are the organizations of hospital and providers and the providers. The contracts established with the Manage Care try to solve the problem of moral hazard that exists in the supply of health services.

The main conclusion of this paper is to show that contract flexibility has a meaningful effect in reducing the costs of health insurance resulting in more efficiency of health care offered. This flexibility didn't result in complete elimination of State regulation in the health insurance sector. The regulation is very important to guarantee the stability of health plans.

## 1. Introdução

O objetivo deste artigo é sistematizar as principais características institucionais do sistema de saúde americano, enfatizando as reformas ocorridas nos anos 1970 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; segundo, por constituir referência para o entendimento das relações contratuais estabelecidas entre os agentes neste mercado.

Os EUA se caracterizam como a única economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no financiamento e gestão do setor saúde para

a população economicamente ativa. Até meados da década de 1960, 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 censo de cobertura de seguro-saúde para o ano de 1995 evidenciam que mais de 75% da população possuem 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 terminaram 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 *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

---

<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 1970, a participação do Estado americano no provimento e/ou financiamento dos serviços de saúde à população economicamente ativa é significativamente do que a menor a observada na grande maioria dos países desenvolvidos. Os gastos públicos americanos se destinam basicamente para o provimento de serviços para a população idosa e infantil.

<sup>2</sup> Ver tabela 1 no apêndice C.

<sup>3</sup> Medicare e Medicaid, títulos XVIII e XIX do 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: estabelece a possibilidade de concessão e empréstimo para a criação de novas HMOs e para a expansão das já existentes; estabelece que as leis estaduais restritivas ao desenvolvimento das HMOs seriam desconsideradas para as organizações com certificado federal; 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).

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 artigo 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 quarta seções apresentamos o sistema tradicional de seguro-saúde privado, predominante na economia americana até a década de 1980 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 o artigo.

A principal conclusão deste artigo 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.

## 2. 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 ficarão 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 a

---

<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.

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

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

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>

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 *experience rating*. A consequência deste sistema de tarifação é que indivíduos com maior risco pagarão 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 & 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 o 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

---

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

<sup>9</sup> Os critérios para cálculo dos gastos futuros esperados podem ser faixa etária, história de vida, hábitos de consumo, localização geográfica e 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 comprarão o seguro-saúde e, desse modo, a implementação desse sistema de tarifação só é possível se a compra do seguro-saúde for compulsória, como foi proposto pelo presidente Bill Clinton (Aaron, 1994; Enthoven & Singer, 1995).

busca garantir o provimento destes serviços a toda a população através de regulamentação do setor privado. Este tópico será abordado na seção 5.

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.

Na relação paciente-provedor existe um problema de risco moral. O provimento de serviços de atenção à saúde através do seguro pleno cria incentivos à sobreutilização 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 o uso de provedores, determinando o excesso de utilização dos serviços médicos. A seguradora incorpora este comportamento dos indivíduos ao realizar o cálculo dos gastos esperados, o que determina a elevação dos prêmios de risco.<sup>12</sup>

Para minorar a sobreutilização de serviços por parte dos indivíduos, 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 sobreutilização 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 o 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

---

<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 sobreutilização de serviços. Grande parte dos indivíduos que adquirem seguro-saúde o faz 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 sobreutilização dos serviços de saúde, foge ao escopo deste artigo 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 e internação em hospitais, entre outros.*

no aluguel de equipamento durável, gratificação por maior número de interações, ou relação financeira entre o provedor e a instituição que realiza os procedimentos de encaminhamento.<sup>14</sup> Outro fator explicativo da sobreutilização de serviços pelos provedores é a tentativa de minimizar a incerteza dos diagnósticos. Procedimentos errôneos podem ocasionar danos à reputação do médico ou gastos com processos judiciais, gerando perda de utilidade para os 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 sobreutilização 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, independentemente 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 desses serviços.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> *Nos EUA, a prática de sobreutilização dos serviços decorrente da existência de relação financeira entre provedores determinou a criação da legislação federal Stark I e Stark II. Estas leis proibem 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 encaminhamentos receberam 45% de serviços acima da média dos pacientes atendidos pelo programa Medicare (Valiant & 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 sobreutilização dos serviços. McClelan e Kessler (1996) constataram evidência de medicina defensiva nos EUA. 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 (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.*

Na próxima seção, apresentamos as principais características do modelo tradicional de seguro-saúde vigente na economia americana até os anos 1980, o qual enfatiza a divisão de custos como estrutura de incentivos para reduzir o problema de risco moral na relação paciente-provedor.

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

O sistema tradicional de seguro-saúde, também denominado *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 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 estabelece 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

---

<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 os 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).*



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 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 1980, quando as práticas da concorrência gerenciada começaram a ser introduzidas (tabela 3 no apêndice C). Em sua maior parte, estes contratos eram ofertados pelos empregadores, que utilizavam o 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 planos 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-seguro. 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 uma 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 1980-90, quando se observou aumento de 66% (figura 2).<sup>20</sup> Nos últimos 30 anos, os gastos com saúde nos EUA 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

---

<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 artigo faremos uma breve descrição desses programas.

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

estes representavam 59,3%, enquanto em 1960 a participação deste setor era de 75,2% (figura 3). 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 1990.

#### 4. O *Managed Care*

O *managed care* 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.

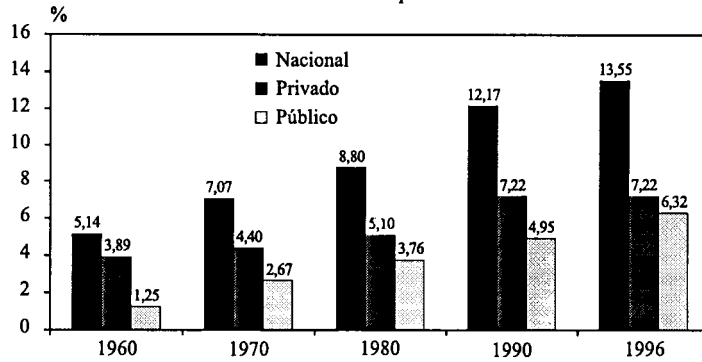
O objetivo principal das práticas introduzidas pelo *managed care* é a racionalização do uso dos serviços médicos e hospitalares. Esta racionalização é alcançada através do médico generalista, que passa a determinar todos os encaminhamentos necessários, isto é, os pacientes não podem mais se dirigir 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, a qual busca minorar a sobreutilização dos serviços; por outro, o médico generalista tem interesse tanto em manter o paciente em sua carteira, quanto em tentar garantir 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, torna 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>

---

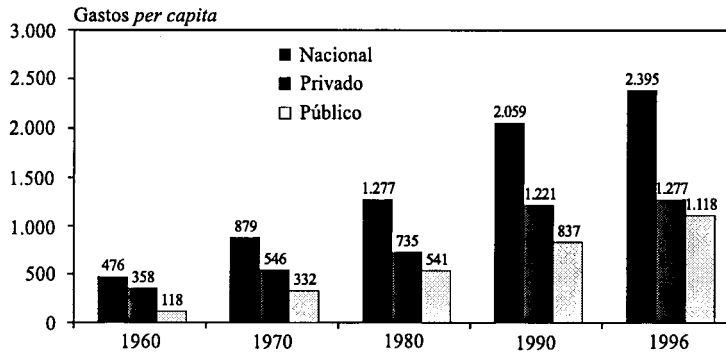
<sup>21</sup> As seguradoras passam a ser denominadas organizações gerenciadoras, pois, além de terem a função de financiamento, passam a realizar o gerenciamento dos serviços.

Figura 1  
Gastos em saúde como percentual do PIB



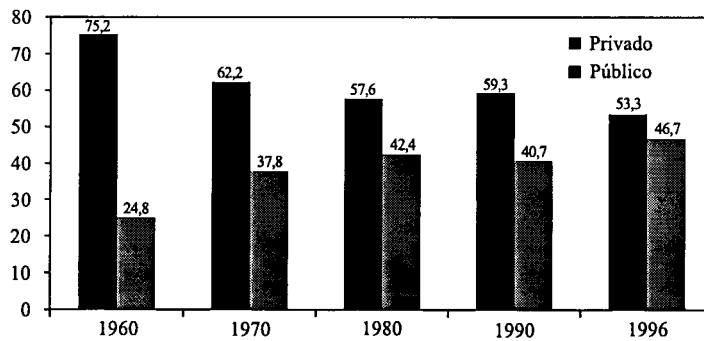
Fonte: HCFA, National health statistics.

Figura 2  
Gastos nacionais com saúde *per capita*



Fonte: HCFA, National health statistics.

Figura 3  
Distribuição percentual dos gastos públicos e privados



Fonte: HCFA, National health statistics.

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 uma rede de provedores credenciados. O que caracteriza 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 POSs (*points 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 da qual as IDS aceitam praticamente todo o risco das despesas médicas, incluindo os 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

---

<sup>22</sup> *Fazendo analogia ao caso brasileiro, empresas como Bradesco Seguros ou Sul América 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, trataremos 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 Kongstvedt, 1996).*

<sup>24</sup> *Ver apêndice A, onde descrevemos os diversos tipos de organização gerenciadora. Neste artigo 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 artigo, esta simplificação não compromete as conclusões. Entretanto, uma taxonomia muito mais completa pode ser apresentada (ver Kongstvedt, 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: sistemas de médicos integrados; sistemas integrados de médicos e hospitais e/ou ambulatorios; 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.*

plano de seguro escolhem um 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 seguradoras. 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, que 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, independentemente 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 nesses fundos para encaminhamento. Existem três tipos principais de encaminhamentos médicos e fundos correspondentes:

---

<sup>28</sup> *Esta carteira de clientes é selecionada segundo critérios como faixa etária, gênero e área geográfica, 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.*

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

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

Vejamos um exemplo. Suponha que um médico generalista aufera nos EUA aproximadamente US\$45 por consulta e que o número de consultas estimadas por paciente é de três por ano. Assim, este médico receberá mensalmente, por paciente de sua carteira, o equivalente a US\$11,25, resultante do cálculo de  $(3 \times 45) / 12$ . Usualmente, a carteira dos generalistas é composta de mil associados (Grumbach & Fry, 1993). Além deste valor *per capita*, o generalista recebe um 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 encaminhamentos. Cada vez que o médico generalista determina um encaminhamento, o registro é realizado e o pagamento do especialista é feito através de débito nesse fundo. Em caso de saldo líquido positivo nos três fundos, este é redistribuído aos médicos generalistas, através de um sistema de bônus inversamente proporcional ao volume de encaminhamentos efetuados. 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 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: o montante pago por procedimento depende do volume de serviço prestado; existe o risco financeiro decorrente das retenções do reembolso para pagamento dos encaminhamentos. O médico especialista aufera rendimento segundo o 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 uma 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 sobreutilização 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 a demanda de serviços de saúde. A diversidade de planos ofertada pelo *managed care* é garantida por uma regulamentação caracterizada pela 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.

## 5. 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 de *experience rating*. Neste caso os indivíduos são taxados de acordo com os gastos esperados, os quais são calculados em função das características dos indivíduos, tais como faixa etária, gênero, localização geográfica, hábitos de consumo e história de vida. A consequência deste tipo de tarifação é que indivíduos com grau de risco mais elevado pagarão prêmios 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 o 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 médio, o que configura seleção adversa de consumidores. Os mecanismos da concorrência, entretanto, diante da impossibilidade de dis-

criminação, 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 comparados 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 através do setor privado.<sup>32</sup> Um exemplo de mecanismo direto é a taxação dos jovens em contrapartida de subsídio à população idosa. Newdeck e Podckzeck (1996) mostram que a

---

<sup>30</sup> A alocação alcançada com a discriminação perfeita é denominada "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 e Stiglitz (1976). Os autores concluem que: o equilíbrio competitivo é um equilíbrio separador, isto é, na alocação de equilíbrio os tipos de agentes compram contratos de seguro diferentes; as alocações resultantes do equilíbrio competitivo não são ótimas no sentido de Pareto; 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 o tipo com risco mais baixo fica pior. Os autores demonstram que é possível determinar uma alocação que respeite a restrição de escassez da economia, mas onde todos os indivíduos se encontrem melhor ou tão bem quanto na alocação de equilíbrio competitivo. Esta alocação é denominada second best. Neste tipo de equilíbrio, é considerada, além 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, sete 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 seis vezes o prêmio de seguro da faixa etária mais jovem.



introdução, pelo Estado, de mecanismos de regulação para determinação de subsídio cruzado através do setor privado não gera alocações eficientes. Os autores analisam três tipos de mecanismos: padronização do pacote de benefícios ofertado pelas seguradoras com cobertura plena e parcial e determinação de um pacote mínimo de benefícios.<sup>33</sup> Este é um resultado importante para a confecção de políticas públicas.

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

A configuração institucional do sistema de saúde americano é consistente com a percepção 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 realização de políticas públicas voltadas principalmente para o desenvolvimento tecnológico e o bem-estar social. Por outro, a população economicamente ativa tem acesso a estes serviços através do setor privado, caracterizado fundamentalmente pela flexibilização dos contratos, que permite aos mercados determinar o provimento destes serviços, gerando a melhor alocação do ponto de vista de bem-estar social.

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

---

<sup>33</sup> *No caso da padronização 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 alocação first best. A ineficiência é gerada devido ao comportamento das firmas com relação aos indivíduos de baixo risco. As firmas têm incentivos para ofertar o pacote de benefícios com cobertura parcial, concorrendo para selecionar indivíduos deste tipo. Esta concorrência torna o equilíbrio instável. Os resultados para padronização com cobertura parcial são análogos.*

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

e o acirramento da concorrência entre as seguradoras pode resultar em restrições na qualidade do benefício ofertado. Alguns autores argumentam que os consumidores não têm capacidade de resposta à imposição dessas 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 à regulamentação dos planos ofertados, de modo a garantir a proteção aos consumidores quanto à 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 1990 e, desse modo, os resultados obtidos ainda não são conclusivos.

No que concerne à 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 e de reservas e a exigência de depósitos. Usualmente, o Estado determina a criação de planos contingentes à ocorrência de dificuldades financeiras, permitindo aos associados usufruir os 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 de seguro-saúde privado. Os dados disponíveis são favoráveis às práticas utilizadas pelo *managed care* e não evidenciam redução na eficiência dos

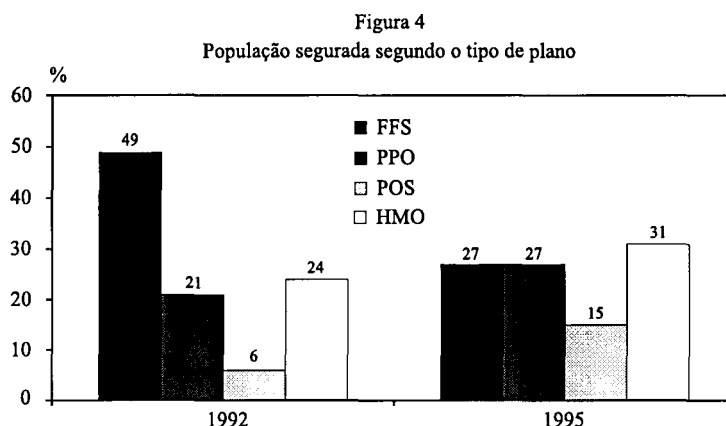
---

<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 oferecem apenas uma opção de plano de saúde aos empregados. Este percentual é decrescente com o tamanho das firmas: para as empresas com mais de 5 mil 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 HMOs. A regulação dos diversos tipos de organização de gerenciamento dos serviços de saúde apresenta pequenas distinções.

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 Higgns, a participação do seguro *fee-for-service* caiu de 49%, em 1992, para 27%, em 1995, enquanto 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 ainda são prematuros os impactos da utilização destas práticas na qualidade do serviço ofertado.



Fonte: Foster Higgins, National survey of employer S. Health Plans (1995).

## 6. 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 an-

<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 página da American Association of Health Plans (<http://www.aahp.org/images/mg1.gif>).

<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.

terior, 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 (Brook, MacGlynn & Cleary, 1996). O índice de resultado pode ser um indicador pouco robusto da qualidade, pois nem sempre os procedimentos adotados alcançam resultado favorável.<sup>40</sup> A conjugação desses 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 consumidores e rotatividade dos associados, são também usualmente utilizados como índice de qualidade.<sup>41</sup>

A maior qualidade dos serviços não necessariamente implica 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, quanto da renda disponível para a aquisição de outros bens. Nesse sentido, plano de seguro-saúde com nível de qualidade muito elevado 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.

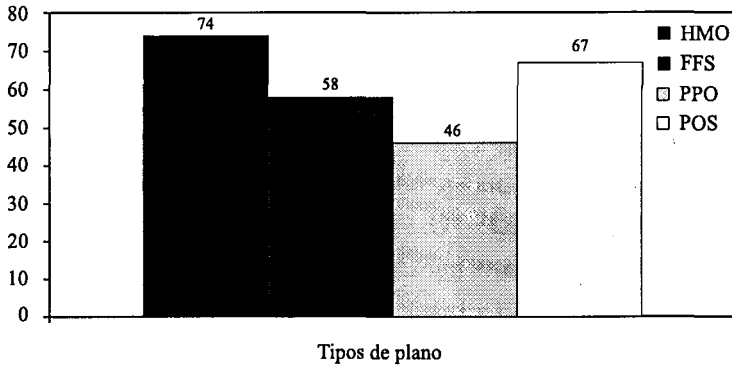
O critério escolha do tipo de plano pelos consumidores é favorável ao *managed care*. Pesquisa realizada pela Barents Group e divulgada pela AAHP mostra que, no universo de associados à HMO, 75% destes escolheram se associar à HMO, mesmo tendo outras opções de plano, enquanto no universo do plano tradicional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

---

<sup>40</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.

<sup>41</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.

Figura 5  
Escolha dos planos



Fonte: Barents Group, LCC.

O consumidor, ao escolher o plano do *managed care*, revela preferir este serviço, ofertado com custo e intensidade do cuidado médico inferiores aos *fee-for-service*. Frequentemente, argumenta-se que a assimetria de informação entre consumidor e seguradora limita a escolha dos 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>42</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 um elevado percentual de indivíduos esteja trocando de plano, cerca de 12%.<sup>43</sup> A

<sup>42</sup> Existem várias empresas de acreditação nos EUA. Uma das mais importantes é a National Committee for Quality Assurance, que é uma empresa sem fins lucrativos criada em 1989 para promover acreditação sobre os planos de saúde ofertados por HMOs. 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: qualidade da performance dos planos de saúde; acesso aos provedores e grau de satisfação dos consumidores; utilização dos serviços e performance dos provedores; situação financeira; gerenciamento do plano.

<sup>43</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 das HMOs, 85% dos indivíduos abaixo de 65 anos e 92% destes acima de 65 reportaram satisfação com o cuidado recebido.

maioria (60%) dos indivíduos troca de plano por motivos financeiros, e apenas 20% o fazem em virtude de problemas relacionados ao seguro. Alguns autores estimam 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 organizations* (SHMOs) e do sistema *fee-for-service*.<sup>44</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:

- a) *acesso/conveniência* (tempo e esforço requerido para obter o serviço, tempo de espera e conveniência da localização);
- b) *qualidade/competência* (conhecimento e competência do médico);
- c) *custos e benefícios*;
- d) *relações interpessoais* (cortesia e simpatia dos médicos);
- e) *índice geral de satisfação* (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 SHMOs, 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>45</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.

---

<sup>44</sup> O universo amostral estudado compreende as SHMOs 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 maioria, é uma instituição sem fins lucrativos.

<sup>45</sup> No Brooklyn, 77% dos pacientes *fee-for service* estão satisfeitos, em contraposição a 86,2% dos associados das SHMOs. Sobre as relações interpessoais, em Minneapolis, 92% dos indivíduos em SHMOs estão satisfeitos com as relações interpessoais, enquanto no sistema *fee-for-service* este percentual se eleva para 95%.

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 desses 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>46</sup> A redução da participação relativa dos gastos privados também evidencia essa tendência: no mesmo período esta se reduz de 59 para 53% (figura 3). 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 dos prêmios ofertados por HMOs e PPOs oscilavam em torno de 12%; em 1997, a taxa cai para o patamar de 2%. Segundo dados do Federal Employee Health Benefits Program (FEHBP), entre 1996 e 1997 o prêmio das HMOs elevou-se 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>47</sup> A participação deste tipo de gasto reduziu-se em dois pontos percentuais no período 1995-90. 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, o qual 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 mais tem crescido nos EUA é o cuidado em casa (*homecare*) principalmente para casos de pacientes com doenças crônicas.

---

<sup>46</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 *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>47</sup> Ver tabela 2 no apêndice.

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>48</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 mais uniforme dos gastos entre os pacientes.

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 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* (por exemplo, cuidado preventivo, pacientes com câncer e menor mortalidade em CTIs).<sup>49</sup>

A comparação entre os dois sistemas nos permite inferir que o *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.

## 7. 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

---

<sup>48</sup> As práticas do *managed care* incentivam a utilização do cuidado fora do hospital, já que o cuidado hospitalar é extremamente oneroso.

<sup>49</sup> Estudos do Center for Disease Control and Prevention and the National Health Statistics mostram que mulheres associadas às HMOs apresentam maior probabilidade de realizar exames preventivos. Segundo a National health interview survey, 62% das mulheres entre 50 e 64 anos em HMOs realizam mamografia, comparada à cifra de 50% no total das mulheres. No universo do Medicare, 62% realizam mamografia, em oposição a 39% para o *fee-for-service*. Pacientes das HMOs 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 mil californianos com problema nas artérias coronárias: em média os pacientes das HMOs foram submetidos a 1,5 angioplastia, enquanto que os pacientes do *fee-for-service* apresentam probabilidade de serem submetidos a 2,3. (ver [www.aahp.org/services/research\\_library/highlight/b512L.htm](http://www.aahp.org/services/research_library/highlight/b512L.htm))



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 esteja em aberto o debate sobre a necessidade de regulamentação para garantir a qualidade do serviço ofertado. Notadamente, para alguns tipos de cuidado específico, como o 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 tem 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 ao de outras economias desenvolvidas. Algumas hipóteses podem ser levantadas 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 artigo 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, é o elemento fundamental para determinar um ajustamento entre a oferta e a 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 autofinanciamento 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.

## Referências Bibliográficas

Aaron, Henry. Analysis of the Clinton health care reform proposal. *Health Affairs*. Chevy Chase, (1):57-67, Spring 1994a.

\_\_\_\_\_. Issues every plan to reform health care financing must confront. *Journal of Economic Perspectives*, 8(3), Summer 1994b.

Agency for Health Care Policy and Research. 1996 medical expenditure panel survey. <http://www.meps.ahcpr.gov>, 1996. (Capturado em ago. 1998.)

American Association Health Plans. *Managed care facts*. <http://www.aaahp.org/services/research>, 1998a. (Capturado em ago. 1998.)

\_\_\_\_\_. <http://www.ahcpr.gov:80/research/managed.htm>, 1998b. (Capturado em ago. 1998.)

Arrow, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. Nashville, 55(5):942-73, Dec. 1963.

Brook, R. H.; MacGlynn, E. & Cleary, P. D. Quality of health care. *The New England Journal of Medicine*. Sept. 1996.

Bureau of Labor Statistics Data. Health care choices. <http://www.aaahp.org/services/research>, 1997. (Capturado em ago. 1998.)

\_\_\_\_\_. Consumer price index. <http://146.142.4.24/cgi-bin/surveymost>, 1998. (Capturado em ago. 1998.)

Cutler, David. A guide to health care reform. *Journal of Economic Perspectives*. Nashville, 8(3), Summer 1994.

Enthoven, Alain. The history and the principles of managed competition. *Health Affairs*. Chevy Chase, 1993. p. 25-48. (Supplement.)

\_\_\_\_\_. & Singer, Sara. A single payer in Jackson hole clothing. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1994a. p. 81-95.

\_\_\_\_\_. Why not the Clinton health plan? *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. Chicago, 31:129-35, Summer 1994b.

\_\_\_\_\_. Market based reform: what to regulate and by whom. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1995. p. 105-19.

\_\_\_\_\_. Markets and collective action in regulating managed care. *Health Affairs*. Chevy Chase, 16(6):26-33, Nov./Dec. 1997.

Fuchs, Victor. The Clinton plan: a researcher examines reform. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1994. p. 102-14.

Giovanella, Lídia & Fleury, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, Catalina. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. p. 177-98.

Gold, Marsha & Hurley, Robert. The role of managed care "products" in the managed care "plans". *Inquiry: a Journal of Medical Care, Provision and Financing*. Chicago, 34:29-37, Spring 1997.

Grumbach, Kevin & Fry, John. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, Apr. 1993, p. 940-5.

Hadley, Jack & Zuckerman, Stephen. Health reform: the good, the bad and the bottom line. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1994. p. 115-31.

Health Care Financing Administration. Brief summaries of Medicare and Medicaid. <http://www.hcfa.gov/Medicare>. (Capturado em ago. 1998.)

\_\_\_\_\_. National health expenditures. <http://www.hcfa.gov/Medicare>. (Capturado em ago. 1998.)

Iglehart, John K. State regulation of managed care: Naic president Josephine Musser. *Health Affairs*, 16(6):36-44, Nov./Dec. 1997.

Kongstvedt, Peter R. *The managed health care handbook*. 3 ed. Maryland, Aspen, 1996.

\_\_\_\_\_. *Essentials of managed health care*. 2 ed. Maryland, Aspen, 1997.

Ligou, James A. Fee-for-service versus HMO outpatient expenditure patterns. *The Journal of Risk and Insurance*, 61(1), Mar. 1994.

McClellan, Mark & Kessler, Daniel. Do doctors practice defensive medicine? *Quarterly Journal of Economics*. Cambridge, May 1996. p. 353-90.

Médici, André. *A medicina de grupo no Brasil*. Relatório ãnce/IBGE, 1990. (Relatórios Técnicos, 05/90.)

\_\_\_\_\_. *A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1997. (Cuadernos de la Cepal.)

Moran, Donald W. Federal regulation of managed care: an impulse in search of a theory? *Health Affairs*, 16(6):7-22, Nov./Dec. 1997.

Newcomer, R.; Preston, S. & Harrington, C. Health plan satisfaction and risk of disenrollment among social/HMO and fee-for-service recipients. *Inquiry: a Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. Chicago, 33:144-54, Summer 1996.

Newdeck, W. & Podczeck, K. Adverse selection and regulation in health insurance markets. *Journal of Health Economics*. Amsterdam, 15:387-408, 1996.

Newhouse, Joseph P. Symposium on health care reform. *Journal of Economic Perspectives*. Nashville, 8(3), Summer 1994.

\_\_\_\_\_. Economists, policy entrepreneurs, and health care reform. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1995. p. 182-98.

\_\_\_\_\_. *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press, 1996.

Rivlin, Alic M.; Cutler, David M. & Nichols, Len M. Financing, estimation and the economic effects. *Health Affairs*. Chevy Chase, Spring 1994. p. 30-49.

Rothschild, M. & Stiglitz, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*. Cambridge, 1976. p. 629-50.

Starr, Paul. Why the Clinton plan is not the Enthoven plan. *Inquiry: a Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. Chicago, 31:136-40, Summer 1994.

\_\_\_\_\_ & Zelman, Walter. A bridge to compromise: competition under a budget. *Health Affairs*. Chevy Chase, 1993. (Supplement.)

Valiant, Carie & Matyas, David E. *Legal issues in health care 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, Spring 1994. p. 9-29.

## Apêndice A

### Tipos de Organizações Gerenciadoras<sup>50</sup>

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

A HMO é uma organização que provê cuidado à saúde através da 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 HMO, que se diferenciam pelo contrato estabelecido com os provedores: *staff model*, *group practice*, *network model*, *individual practice association (IPA)* e *direct contract*.<sup>51</sup>

#### A.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>52</sup>

#### A.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

---

<sup>50</sup> Vamos apresentar uma taxonomia muito simplificada dos principais tipos de organizações gerenciadoras. As principais conclusões desenvolvidas neste artigo não são alteradas com a introdução de tipos híbridos de organização.

<sup>51</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 sem fins lucrativos, 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>52</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 POSs e 18% estavam associados a planos tradicionais (*fee-for-service*).

provedores como uma das principais barreiras à expansão da HMO. As POSs 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 B

### Os Programas Públicos

#### B.1 O Medicare

O Medicare foi criado em 1965, com objetivo de atender às 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 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 os serviços médicos para pacientes dentro e fora do hospital, incluindo testes laboratoriais e de diagnóstico, vacinação, equipamentos duráveis, prescrição de remédios e drogas. Ambos os 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 um montante predeterminado, 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 co-pagamentos, 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*.

## B.2 Medicaid

O Medicaid, iniciado em 1965, é um programa de abrangências federal e estadual que financia assistência médica a famílias de baixa renda.<sup>53</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, que são atendidos pelas agências gerenciadoras do *managed care*.

## Apêndice C

Tabela 1  
Distribuição da população americana segundo o tipo de seguro (1987-95)

Ano	População total	Emprego	Privado		Público	
			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.

<sup>53</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 seis 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.

Tabela 2  
Distribuição dos gastos nacionais em saúde  
segundo objeto de dispêndio: 1960-96

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 administração/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  
a faixa etária

	1987	%	1995	%
População total (mil)	239.393	100,00	261.173	100,00
Abaixo de 65 anos	211.098	88,18	229.887	88,02
Seguro privado/HMO	24.659	10,30	60.445	23,14
Seguro privado/não HMO	136.849	57,16	104.173	39,89
Medicare ou Medicaid	16.327	6,82	28.318	10,84
Sem seguro	33.263	13,89	36.951	14,15
65 e mais	28.295	11,82	31.286	11,98
Medicare e Medicaid	2.350	0,98	3.298	1,26
Medicare e seguro privado em grupo	9.427	3,94	12.843	4,92
Medicare e seguro privado individual	11.475	4,79	11.315	4,33
Medicare	4.209	1,76	2.918	1,12
Sem Medicare	834	0,35	912	0,35

Fonte: Agency for Health Care Policy and Research, Center for Cost and Financing Studies, *National medical expenditure survey*.