

RESUMO EXECUTIVO

Maria Alicia D. Ugá

O texto que segue resume duas Notas Técnicas ⁶ que são produto da Primeira Fase do Subprojeto “**NOVAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DO RISCO COM PROVEDORES DE SERVIÇOS**”, referentes à experiência estadunidense de *managed care* e, ainda, à evolução da qualidade dos serviços médico-assistenciais vinculados a operadoras de planos de saúde que adotam algum modelo de atenção gerenciada.

1) Notas Introdutórias

O sistema de saúde norte-americano vem sendo objeto de mudanças substanciais processadas durante os últimos trinta anos, que se referem fundamentalmente ao mercado de assistência privada. A histórica preponderância dos seguros-saúde nesse mercado cedeu lugar ao surgimento e expansão de sistemas alternativos de assistência médica, notadamente, o modelo de atenção gerenciada (*managed care*)¹. A adoção deste modelo cresceu de forma expressiva nos EUA durante os anos oitenta e, atualmente, é a forma dominante de cobertura privada, responsável pela assistência à saúde de aproximadamente metade da população norte-americana (GABEL, 1997). Tais mudanças afetam o acesso da população aos serviços

⁶ Participaram do projeto: Maria Alicia D. Ugá (Coord.) Angela M. Penalva Santos , Déa Mara C. Arruda, Márcia F. Teixeira Pinto e Silvia Marta Porto

¹ Os primeiros movimentos de fortalecimento da atenção gerenciada nos Estados Unidos possuem referência a partir dos anos sessenta, em um contexto de crescimento dos custos federais com a assistência à saúde. Diante dessa realidade, o Governo aumentou o seu interesse nas organizações que trabalhavam com planos pré-pagos, mas que ainda se constituíam em uma pequena parte de todo o sistema de saúde estadunidense à época. O primeiro impulso para o desenvolvimento da atenção gerenciada foi a criação de planos de assistência à saúde, tendo como modelo o pré-pagamento, em substituição a esquemas de reembolso, durante as décadas de sessenta e setenta, pelas escolas médicas (como por exemplo, as Universidades de Harvard, Yale e Johns Hopkins).

de saúde, bem como o relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de assistência médica, como se observará ao longo deste trabalho.

O termo atenção gerenciada é usado para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais planos de saúde buscam conter os custos e/ou racionalizar a utilização de serviços / insumos incorporados em cada tratamento. Tais planos e produtos fazem parte de um sistema que integra financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura - *health maintenance organizations* (HMOs)², *preferred provider organizations* (PPOs) e planos denominados *point-of-service* (POS), considerados formas mais atualizadas de prestação e que concedem aos beneficiários maior poder de escolha (IGLEHART, 1994; GOLD *et al.* 1995).

Estas organizações são denominadas "Organizações de Atenção Gerenciada" (OAGs), definidas como aquelas empresas que negociam contratos com prestadores individuais ou em grupo e introduzem incentivos financeiros para controlar a utilização da assistência à saúde pelos pacientes e os custos por parte dos prestadores (DRANOVE *et al.*,1998). Os principais elementos dos processos de atenção gerenciada são:

- *Contratação seletiva de prestadores → constituição de uma rede*
- *Gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, incluindo:*
 - * **Adoção de protocolos clínicos**
 - * **Introdução do médico generalista de “porta de entrada”**
 - * **Requisição de autorizações prévias**
 - * **Revisão / supervisão das práticas médicas**
 - * **Adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos prestadores para conter custos**
- *Remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador.*

² No início dos anos setenta, o conceito de HMO avança como uma estratégia efetiva ao sistema de reembolso que prevalecia. Tal conceito foi, originalmente, concebido por Paul Ellwood e inclui os planos de pré-pagamento e a criação de um modelo de assistência médica (DORSEY, 1975). Na verdade, o conceito proposto tinha por objetivo criar uma modalidade para promover o desenvolvimento do setor privado e, simultaneamente, incorporar incentivos para a contenção dos custos (WILLIAMS & TORRENS, 1993). Portanto, durante governo do presidente Nixon, diante da possibilidade de tais planos oferecerem assistência a um baixo custo, contrariamente, ao planos convencionais, é publicado o HMO Act de 1973 (P.L. 93-222).

- **Negociação de preços** → *preços x número de pacientes*
- **Adoção de incentivos financeiros e não financeiros** aos beneficiários, para induzir a escolha de prestadores associados aos planos ou aqueles considerados preferenciais.
- **Gerenciamento da qualidade** → *satisfação do cliente*

Mais especificamente, os planos de atenção gerenciada têm em comum o uso de mecanismos capazes de restringir a utilização de serviços intermediários. Nesse sentido, a perda de autonomia dos médicos é uma das principais discussões éticas desse modelo de atenção, posto que são os agentes designados pelas empresas para obter sempre o melhor resultado entre contenção de custos e atendimento da clientela, conforme suas demandas. Em contrapartida, a adoção integral dessa prática - vigilância preventiva sobre os custos - garante um fluxo de pacientes para os profissionais.

Assim, as seguintes práticas estão cada vez mais presentes nos sistemas de atenção gerenciada:

- a) **Introdução do *gatekeeper***: é o médico generalista que presta a atenção primária e cumpre o papel de “porta de entrada” ao sistema médico-assistencial, com o intuito de racionalizar o gasto das operadoras com serviços de saúde.
- b) **Revisão da função de produção** dos serviços prestados: monitoramento da incorporação de insumos e de serviços intermediários (exames, medicamentos, etc.), através, p.ex., da adoção de protocolos clínicos pré-definidos. Inclui o controle da utilização de serviços de atenção primária, secundária e terciária, bem como, em muitos casos, a análise da prática médica e do desempenho de cada profissional contratado / credenciado.
- c) **Controle do consumo de serviços** (da gama de serviços envolvida em cada tratamento): pode ser alcançado através de uma variedade de mecanismos, como o gerenciamento de casos ou *case management*. (é a coordenação da assistência exigida para cada paciente, principalmente, quando o tratamento requer a prestação de múltiplos serviços de saúde e diferentes prestadores). É um conceito que tem crescido na denominada "indústria das HMOs", inclusive com empresas especializadas que oferecem esse tipo de serviço. Porém, não existem evidências de

que seja capaz de reduzir os custos e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência na prestação da assistência à saúde.

- d) **Negociação dos preços, em troca de um maior volume maior de pacientes.**

2) Tipos de Organizações de Atenção Gerenciada

A tipologia norte-americana das organizações de atenção gerenciada não se fundamenta em um consenso geral, principalmente, no que diz respeito às HMOs e seus modelos. Os termos possuem interpretações diferentes, contribuindo para que a população em geral e os profissionais que atuam nesse mercado confundam a sua forma de funcionamento (WELCH *et al.*, 1990).

As dificuldades de entendimento dos diversos tipos de Organizações de Atenção Gerenciada (OAGs) residem no dinamismo desse mercado e, particularmente, na diversificação dos produtos oferecidos. Ademais, como se evidenciará abaixo, distintamente do que nos aponta a tradicional tipologia das OAGs, as organizações se distinguem fundamentalmente pela **forma de relacionamento** entre os prestadores e pelo **tipo de plano** oferecido. No primeiro caso, existem diferenças nos acordos realizados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde. Tais acordos podem estar relacionados com a forma de remuneração, o compartilhamento financeiro dos riscos e a exclusividade no atendimento ao beneficiário. No que se refere ao tipo de plano, as diferenças estão relacionadas às alternativas que as operadoras oferecem, como o preço, o nível de liberdade de escolha do prestador e a cobertura (por exemplo, a inclusão de tratamento dentário e de facilidades na compra de medicamentos).

Cabe apontar que o nível de liberdade de escolha do prestador é um diferencial de fundamental importância para a diferenciação dos distintos tipos de OAGs. O espectro de planos disponibilizados por seguros, HMOs, PPO e POS apresenta variações que dizem respeito à existência ou não de um generalista e ao acesso à assistência (por exemplo, as opções de acesso podem ser a livre escolha, a rede, mas com a opção de tratamento fora dessa rede ou somente prestadores preferenciais ou referenciados),

Apresenta-se a seguir a tipologia de Organizações de Atenção Gerenciada comumente adotada na bibliografia norte-americana.

2.1. *Health Maintenance Organizations - HMOs*

As HMOs constituem as formas mais antigas de atenção gerenciada, através das quais é oferecida uma grande variedade de serviços de saúde. Elas são dominantes no mercado estadunidense - entre 1990 e 1995, o número de norte-americanos beneficiários das HMOs cresceu de 36,5 para 58,2 milhões, com destacada participação de planos empresariais, co-financiados pelas empresas (GABEL, *op.cit.*). O plano de saúde de cada indivíduo (portanto, a sua potencial utilização de serviços) é monitorado pelo médico de atenção primária. São organizações que garantem o acesso a um conjunto de serviços pré-estabelecidos, a partir de um pagamento pré-determinado e geralmente mensal (FELDMAN *et al.*, 1989).

Existem quatro modelos organizacionais de HMOs (HILLMAN, 1987): **grupo** e *staff*, nos quais as equipes médicas são contratadas para oferecer serviços, sendo que no *staff* esse quadro é assalariado e no modelo grupo o convênio é feito com grupos e/ou empresas; **associações de prática independente** (*Independent Practice Association - IPA*), em que os prestadores são indivíduos contratados de forma independente; e **rede** (*network*), na qual uma HMO celebra contrato com dois ou mais grupos para oferecer serviços de saúde (HILLMAN, *op.cit.*; CHRISTIANSON *et al.*, 1991).

No que se refere à remuneração dos prestadores, as HMOs utilizam **três métodos de pagamento - assalariamento, capitação ou pagamento por ato médico / unidade de serviço**. Note-se que a forma de remuneração é de fundamental importância em termos dos incentivos que introduz (contenção de custos, p.ex.) ao sistema.

Ainda, os **arranjos contratuais** entre médicos e HMOs podem ser realizados de duas formas: (i) através de um contrato direto entre uma HMO e um médico individual ou (ii) mediante a contratação, pela HMO, de um grupo de profissionais que, por sua vez, contrata médicos também de forma individual. Esse último arranjo, conforme observaram HILLMAN *et al.* (1992), em um *survey* de 1989 abrangendo 260 HMOs, é utilizado por 36% das organizações.

Conforme já observado anteriormente, os médicos generalistas das HMOs são freqüentemente incentivados a controlar os custos da assistência oferecida por ele mesmo, pelos especialistas e pelos hospitais, partilhando com as operadoras o risco financeiro da atenção à saúde. É nesse sentido que, em uma HMO típica, os recursos destinados ao pagamento de prestadores são distribuídos em diferentes tipos de fundos com propósitos específicos - ajustados por características demográficas dos beneficiários - para o pagamento de determinados serviços, como: ambulatoriais e aqueles prestados por generalistas, especialistas e hospitais. O fundo do médico generalista é utilizado para pagar esses

profissionais, embora um percentual (geralmente 20%) desse montante seja retido (*withhold*), por um ano. Se a HMO tiver lucro no fim do período, o valor retido retorna ao médico, mas se o resultado for um *déficit*, a HMO incorpora tal valor para cobrir o prejuízo (HILLMAN, *op.cit.*). Assim, a HMO induz os médicos a controlarem os custos, sob pena de se arcarem com parte do ônus financeiro da operadora.

Existe, ainda, agentes intermediários entre a HMO e os diversos prestadores: é o caso do prestador *middle-tier* que pode ser um *staff* médico, pertencente ou não a um hospital, ou, ainda, outras empresas de assistência médica. Nesse modelo, a HMO pode dividir o seu risco com o prestador e o intermediador, através de acordos que pressupõem duas formas de remuneração distintas e incorporam incentivos ou restrições para evitar a sobreprestação dos serviços.

A tendência do mercado norte-americano tem sido de crescimento das duas modalidades - rede e associações de prática independente - descritas acima. Uma das razões dessa expansão refere-se às facilidades assistenciais que essas modalidades proporcionam, já que no caso de funcionários das empresas que trocam uma HMO rede por uma associação de prática independente ou vice-versa, não há interrupção de sua assistência, pois muitos médicos que são contratados por essas duas modalidades têm duplo vínculo (GABEL, *op.cit.*).

Na tentativa de impedir tal expansão, as HMOs *staff* e grupo têm procurado estabelecer arranjos com grupos independentes. Tal estratégia produziu um modelo misto, posto que se uma HMO celebra esse arranjo, acaba se tornando uma HMO *staff*/associação de prática independente (GABEL, *op.cit.*).

Cabe ainda ressaltar que uma das mudanças mais expressivas na assistência médica privada pode ser observada no monitoramento da prática assistencial. Tal fato foi verificado em setenta e cinco HMOs, de âmbito nacional, que desenvolveram um conjunto de 1800 protocolos clínicos. Essa tendência vem sendo acompanhada por hospitais e outras organizações de atenção gerenciada que também estão criando suas diretrizes (GABEL, *op.cit.*).

2.2. Preferred Provider Organization - PPO

É a forma de atenção gerenciada mais próxima do seguro. Essas organizações celebram acordos com médicos, hospitais e outros prestadores que concordam em reduzir seus preços para serem cadastrados na lista de prestadores preferenciais (DE LISSOVOY *et al.*, 1987).

O pagamento é compartilhado pela operadora e o beneficiário (que co-financia a sua utilização, através do pagamento de tarifas que correspondem, a aproximadamente, US\$ 10 por consulta médica, por exemplo. Se o beneficiário opta pelo tratamento fora da rede de prestadores preferenciais, ele terá que pagar uma franquia, além de co-financiar essa assistência). Ademais, concede liberdade de escolha ao beneficiário para procurar atendimento fora da rede. Por isso, é um tipo de plano com maior flexibilidade para o usuário, mas está vinculado a sua disponibilidade de pagamento. Ou seja, se a assistência é oferecida por um prestador preferencial, o usuário terá maiores benefícios financeiros. Porém, se o paciente escolhe um prestador “não referenciado”, tais benefícios desaparecem e, portanto, os custos serão maiores (tais custos referem-se ao pagamento direto, denominado *out-of-pocket costs*)³

Há vários acordos possíveis entre as PPOs e prestadores, empregadores, empregados e administradores de planos e seguros de saúde. A PPO pode celebrar qualquer acordo entre um grupo de prestadores (médicos, hospitais ou outros profissionais de saúde) e compradores que conduzirão os pacientes para os preferenciais. Cada programa desenvolvido pela PPO representa uma negociação única entre as partes, com o objetivo de alcançar o máximo de benefícios nos arranjos que incluem o financiamento e a assistência à saúde (MERZ, 1986).

Através de um inquérito nacional, DE LISSOVOY *et al.* (*op.cit*) encontraram evidências importantes referentes aos mecanismos de controle da utilização de serviços incorporados pelas PPOs. As respostas apontaram para o crescimento da procura de uma segunda opinião médica, o uso em escalas diferentes pelas operadoras do médico generalista e, conforme os mesmos autores, o desenvolvimento de uma significativa forma de restrição - *physician profiling* - através da qual se avalia a prática médica. Tais mecanismos de controle permitem identificar aqueles médicos considerados *outliers* - cuja prática é intensiva no uso de recursos ou então aqueles que restringem a prestação da assistência.

2.3. Point of Service Plans ou Open-ended Plans

Esta modalidade de assistência permite aos beneficiários escolherem o prestador, seja ele preferencial ou não⁴. Se é o médico do plano que indica ao beneficiário um prestador fora

³ Como exemplo de plano PPO, é possível citar uma das opções da empresa norte-americana CIGNA, que tem atuação nacional:

- *Select Source SM* é o plano original que possui em sua rede mais de 200.000 médicos em todo o país e que inclui uma extensão de serviços compreendidos desde saúde mental até medicamentos.

⁴ A CIGNA, por exemplo, oferece planos POS, sendo que sua proposta é a seguinte: o plano possui três opções: a) cada beneficiário deve ter o médico de atenção primária que presta uma variedade de serviços, inclusive referenciando para

da rede, os custos desse atendimento são da própria operadora; porém se é o paciente que decide consultar um prestador “não referenciado”, que executa serviços oferecidos por prestadores credenciados, através do plano é o usuário quem irá arcar com os custos.

Um número crescente de HMOs vem oferecendo a opção POS aos seus membros. A oferta de tal produto varia com o tamanho da HMO: entre 1994 e 1995, 87,6 % das organizações de grande-porte (com mais de 250.000 beneficiários) ofereceram planos POS, enquanto que apenas 46% das HMOs de pequeno porte (com menos de 20.000) ofereceram essa modalidade de produto (GABEL *et al.*, 1994).


Produtos POS são mais comuns naqueles mercados onde a atenção gerenciada é bem aceita pelos profissionais médicos. Tais produtos possuem a racionalidade comum aos planos que permitem a livre escolha (GOLD & HURLEY, 1997). Desta forma, os beneficiários podem fazer suas consultas com outros prestadores, fora do plano, e ainda ter alguma cobertura para esse atendimento: se o paciente procura assistência fora da rede de prestadores e tal serviço é coberto pelo plano, ele deverá fazer o co-pagamento (GHAA, 1999).

3) Classificação das Organizações de Atenção Gerenciada

A atual tipologia das organizações norte-americanas de atenção gerenciada diferencia HMOs, PPOs, planos POS (ou *open-ended plans*) e seguros-saúde a partir de determinadas características do plano oferecido, como a extensão da liberdade de escolha do consumidor, o acesso à rede, a existência do *gatekeeper* e a forma de remuneração dos prestadores. Ou seja, as diferenças não estão relacionadas à estrutura organizacional, mas a uma linha diversificada de produtos que oferece alternativas aos consumidores em termos de sistemas de provisão de serviços de saúde. A seguir, um quadro sintético dessas estruturas indica, a partir do grau de liberdade de escolha, características básicas dos planos de saúde. Cabe ressaltar que o espectro de produtos é diversificado, depende de cada empresa e de sua atuação (geográfica, tipo de clientela e participação no mercado, por exemplo).

outros prestadores da rede a um baixo custo; b) o beneficiário pode procurar assistência em outros prestadores da rede sem que o seu médico generalista indique ; e c) o beneficiário poderá escolher um prestador não referenciado na rede CIGNA. Se a escolha do membro do plano é pelas opções 2 ou 3, ou seja, quando a indicação de tratamento não parte do médico generalista, quem se responsabiliza pela maior parcela do custo de tal tratamento é o próprio beneficiário.

QUADRO 1 – Tipos de Planos Oferecidos

	Livre Escolha Máxima			Controle máximo do custo
	<i>Livre Escolha</i>	<i>Rede x Fora da Rede</i>		<i>Somente Rede</i>
	Seguros-Saúde	PPO	POS	HMO*
POSSUI REDE	Não	Sim	Sim	Sim
ACESSO A REDE	Qualquer prestador	Prestador preferencial; pode utilizar prestadores fora da rede, mas o custo é alto	Prestador preferencial; pode utilizar prestadores fora da rede, mas o custo é alto	Utilização restrita aos prestadores da rede
GATEKEEPER	Não	Não	Sim	Sim
FORMA DE REMUNERAÇÃO	Ato médico	- Ato médico - Salário - Capitação - <i>Mix</i> dos três modelos	- Ato médico - Salário - Capitação - <i>Mix</i> dos três modelos	-Ato médico - Salário - Capitação - <i>Mix</i> dos três modelos

Fonte: Elaboração própria, a partir de: HILLMAN (1987), WELCH *et al.* (1990) e AGENCY FOR HEALTH CARE AND POLICY RESEARCH (1999)

*A denominada indústria das HMOs está dividida nos seguintes modelos: Associações de Prática Independente (IPA), grupo, *staff* e rede

A extensão da liberdade de escolha é um dos princípios que define a classificação vigente das organizações de atenção gerenciada. A partir dessa perspectiva, as PPOs diferem das HMOs, pois permitem o acesso a qualquer prestador preferencial, mas impõem elevados copagamentos se os beneficiários optarem pelo tratamento através de um prestador não credenciado. A existência desse "prestador preferencial" também distingue a PPO dos seguros tradicionais (WHOLEY & CHRISTIANSON, 1994).

Em relação aos planos POS, oferecidos por algumas HMOs, ao que parece, funcionam como um contraponto ou até mesmo uma estratégia de mercado para competir com os seguros e as PPOs. Conforme mostra o QUADRO 1, as HMOs, em geral, possuem uma rede referenciada, através da qual não é permitida a utilização de prestadores que não estejam credenciados nessa rede. Logo, a opção POS é uma alternativa de utilização de prestadores

não credenciados (mesmo a um alto custo, já que se aplica a essa modalidade de assistência o copagamento e/ou a franquia), que concede ao cliente uma maior liberdade de escolha que os planos tradicionalmente oferecidos pelas HMOs, associada a um ônus financeiro. Essa diversificação dos produtos oferecidos pelas HMOs os assemelha progressivamente com os dos planos PPOs e dos seguros-saúde.

É importante ressaltar, ainda, que a existência ou não do médico *gatekeeper*, devido a sua função de “porta de entrada” do sistema, determina também o grau de liberdade de escolha concedido ao beneficiário (QUADRO 1).

O método de remuneração dos prestadores - salário, capitação e unidade de serviço (ato médico) – é, por sua vez, um elemento decisivo no resultado financeiro das organizações de atenção gerenciada e dos prestadores, dado que ele define o nível de compartilhamento do risco financeiro que se dá entre esses agentes, sejam eles hospitais, médicos, grupos de médicos ou outras entidades que de alguma forma prestam assistência à saúde.

A esse respeito, HILLMAN (*op.cit.*), em um *survey* com 595 HMOs, identificou uma relação entre o tipo de organização de atenção gerenciada e o método de pagamento do médico de atenção primária adotado. Assim, observou que no modelo *staff* predomina o pagamento por salário, enquanto que o modelo Associação de Prática Independente adota um *mix* de capitação e unidade de serviço. Por sua vez, a remuneração por capitação é predominante no modelo de rede. A princípio, a remuneração por salário e por capitação induzem a um maior controle na utilização de insumos e serviços, porém, importa ressaltar que em todos os acordos realizados está presente o controle da utilização e à co-responsabilização do risco financeiro da assistência.

4) **Intermediações, formas de pagamento e deslocamento do risco**

As questões que emergem hoje como cruciais na evolução que vem tendo *o managed care* em seu país de origem dizem respeito à transferência do *locus* do risco financeiro através da introdução de **intermediações** nos arranjos entre operadoras e prestadores, bem como da adoção de **sistemas de pagamento** mistos que, conjugados, transferem o risco financeiro de um agente para outro.

Assim, desde meados da década de 80 as operadoras de planos de saúde, em função dos constantes aumentos dos custos da assistência médica, e com o objetivo de partilhar e/ou transferir o risco financeiro relativo aos planos de saúde, procuram desenvolver novas formas de remuneração e de relacionamentos contratuais, em especial com os profissionais

médicos considerados os principais ordenadores da despesa, tendo em vista que são principalmente eles que definem a demanda da cesta de serviços que compõem cada tratamento.

Pesquisa realizada em 1989 por Alan Hillman, que toma como universo 260 HMOs, identificou duas formas de relacionamento entre os planos de saúde e os médicos (Gabel. J,1997):

- (i) **Direta** (*two-tiered*), quando o contrato da HMO é efetuado diretamente com o médico;
- (ii) **Intermediada** (*three-tiered*), quando o contrato da HMO é efetuado com um grupo de médicos que agencia a relação ou com uma instituição que, por sua vez, efetua contratos individuais com os médicos.

Identificar a forma de relacionamento (*two-tiered / three-tiered*) e os métodos de pagamento utilizados entre as operadoras e os prestadores de serviços médico-assistenciais é fundamental para entender os incentivos introduzidos no sistema e compreender seus efeitos sobre os resultados em termos de utilização e de custos (Welch.WP *et al.*, 1990). Ao mesmo tempo, o conhecimento do mosaico de relações contratuais permite analisar os compartilhamentos dos riscos financeiros efetuados, identificando responsabilidades e a magnitude do risco assumido por cada agente.

No caso da relação com os prestadores ser estabelecida em forma direta, as formas de remuneração utilizadas com maior frequência são: salário, por capitação e por produção. Os incentivos introduzidos por cada uma dessas formas de remuneração são amplamente conhecidos, assim como as formas de compartilhamento do risco financeiro, e existe uma extensa bibliografia sobre o tema. (Ugá, M.A, 1994; Glaser WA, 1970; Hillman. A, 1987; Hillman. A, 1990; Hillman. A, 1992)

Dessa forma, nas relações contratuais **diretas** existem duas situações polares de responsabilidade do risco financeiro:

- (i) a operadora remunera os prestadores por produção (por ato médico, na maior parte dos casos), responsabilizando-se pela diferença entre suas receitas e seus gastos;
- (ii) a operadora remunera os prestadores por capitação, transferindo, ao menos a maior parte do risco para os prestadores.

Uma forma de distribuição mais equilibrada do compartilhamento do risco pode-se dar no caso de os prestadores serem assalariados, já que pode existir uma complementação salarial em função da diminuição do gasto efetuada por cada prestador (Hillman, A, 1992).

Note-se que os resultados da pesquisa mencionada mostraram que já no final da década de 80, 36% das HMOs, responsáveis por 61% da população beneficiária, utilizavam formas contratuais intermediadas para contratação dos médicos (Gabel, 1997).

No caso de relacionamento **intermediado**, em geral existe um *mix* de formas de pagamentos, sendo as mais frequentes:

a) A operadora de planos de saúde contrata o grupo ou instituição intermediária por capitação e esta, por sua vez, remunera os médicos por produção.

Esta combinação de formas de pagamentos apresenta a vantagem da auto-regulação. Quem recebe *per capita* efetuará um controle rigoroso sobre possíveis “excessos” na prestação de serviços e eventuais superfaturamentos. Por outro lado, como os médicos são remunerados por produção, fica excluída a possibilidade de subprestações, principal perigo da modalidade de pagamento por capitação. Neste caso são prioritariamente as instituições intermediárias as que assumem o risco financeiro.

b) A operadora de planos de saúde contrata o grupo ou instituição intermediária por capitação e os médicos são assalariados.

Na inexistência de algum ajuste dos salários segundo os resultados financeiros da intermediária, é ela que assume a totalidade do risco, posto que receberá um valor fixo independente dos custos ocasionados pelas práticas realizadas pelos médicos assalariados.

c) A operadora de planos de saúde contrata o grupo ou instituição intermediária por capitação e esta, por sua vez, remunera os médicos através de uma sub-capita.

Neste caso, parte da diferença entre os valores capita e sub-capita poderá ser distribuída entre os prestadores contratados como forma de incentivar um maior controle nas práticas complementares. Assim, o risco será compartilhado entre a instituição intermediária e os prestadores.

Em suma, a relação intermediada (*three-tiered*) desloca o risco através do compartilhamento desse entre a instituição intermediária e os prestadores, existindo variações nas correspondentes magnitudes segundo o tipo de combinações de sistemas de remunerações

adotado. Porém, em todos os casos existe uma diminuição do risco assumido pelas operadoras de planos de saúde.

Cabe destacar, ainda, que estudos realizados nos EUA, considerando a existência de formas de relacionamentos intermediadas, permitiram verificar que a forma de remuneração mais freqüente dos médicos era por produção, contrariamente as informações disponíveis anteriormente que identificavam que mais de 50% dos médicos recebiam por capitação (Hillman. A, 1992). Esta evidências desenham um panorama novo, no que diz respeito ao incentivos introduzidos para racionalização da demanda e conseqüentemente dos correspondente gastos em saúde.

É necessário observar, entretanto, que existem outros incentivos financeiros, sejam eles penalizações (retenções sobre as remunerações) ou bônus, que tomam como base os saldos positivos das operadoras. Por exemplo, HILLMAN (1987) verificou que o método de controle efetuado através de retenções sobre os rendimentos dos médicos de cuidados primários era adotado por dois terços da HMOs, sendo implementado em 82% das que remuneram por ato médico, em 67% das que pagam *per capita* e somente em 21% das que pagam por salário. A porcentagem de retenção mais freqüente oscilou entre 11 e 20%, chegando em alguns casos a 40% dos rendimentos).

Além das retenções mencionadas, existem formas complementares de penalização financeira, em função do desempenho individual dos médicos: a taxa de retenção pode aumentar diferenciadamente segundo o nível de desempenho do profissional.

Ainda, deve-se mencionar a existência de incentivos ou restrições não financeiras introduzidos pelas Organizações de Atenção Gerenciada relacionados, por exemplo, à adoção de protocolos clínicos ou à introdução da figura do médico generalista que serve de “porta de entrada” ao sistema, de influência não desprezível sobre a assistência oferecida por essas organizações.

Assim, os modelos de atenção gerenciada não podem ser estudados a partir de tipologias simplificadas, das formas de pagamento tomadas como variáveis isoladas e do tratamento global dos incentivos financeiros: é necessário conhecer a complexa matriz que conformam os diversos *mixes*, de modelos de pagamento, arranjos organizacionais, incentivos financeiros e não financeiros.

5) A Qualidade e a Atenção Gerenciada nos EUA: Acerca do Dilema Qualidade x Custos

Foi feito um levantamento bibliográficoⁱ sobre a questão da qualidade na assistência privada à saúde. Os textos levantados têm, na sua maioria, como pano de fundo, o aparente conflito entre a obtenção de níveis de **qualidade** satisfatórios e o controle dos **custos** (seja através da adoção de determinados métodos de pagamentos aos prestadores, seja mediante a implantação de protocolos clínicos e diversas formas de racionamento da utilização de serviços intermediários, por exemplo exames diagnósticos).

Assim, a preocupação com a manutenção de qualidade dos serviços de saúde num contexto em que os custos destes serviços vêm sendo contidos pode sugerir uma interpretação segundo a qual as práticas vigentes do *managed care* não conduzem à combinação desejada de “qualidade com menores custos”. Em busca de evidências que confirmem ou refutem tal suposição, os pesquisadores MILLER & LUFT (1997) revisitaram pesquisa que eles próprios haviam realizado anteriormente (1994) buscando responder a questão “O *Managed care* conduz a uma melhor ou pior qualidade na assistência?” (MILLER & LUFT, 1997) e, com essa finalidade, revisaram pesquisas publicadas sobre qualidade na assistência à saúde através das HMOs e nas formas tradicionais de prestação destes serviços.

Os autores mencionados elaboraram uma metodologia para inclusão / exclusão de pesquisas disponíveis, além de definição de seis critérios de comparação entre HMOs e planos tradicionais, que remuneram os prestadores por ato médico: taxa de hospitalização; utilização de exames e procedimentos de maior custo; consultas médicas; utilização e gastos com assistência à saúde no domicílio; custos totais e prêmios. Ademais, foram elaborados critérios de desempenho também com relação à satisfação dos pacientes: satisfação total; aspectos financeiros; aspectos não-financeiros para todos os beneficiários; aspectos não-financeiros para os beneficiários de baixa renda. Os resultados encontrados não apontam um claro padrão na utilização dos recursos relacionados a médicos ou hospitais, ao passo que a evidência sobre o grau de satisfação do beneficiário varia segundo o critério utilizado, bem como o tipo de beneficiário. Portanto, não foi encontrada evidência conclusiva acerca de uma possível uniformidade na piora da qualidade dos serviços de saúde vinculados a HMOs. Do mesmo modo, não há evidência do contrário, isto é, de que as HMOs tenham melhorado a qualidade na assistência à saúde, em parte devido à vagarosa mudança na prática clínica, à ausência de unidades de capitação ajustadas segundo o risco, bem como às inadequadas medidas e avaliações de qualidade (MILLER & LUFT, *op.cit.*).

Levantamento bibliográfico sobre estudos comparativos entre a prestação de serviços submetidos às práticas do *managed care* contrapostos às práticas tradicionais, efetuado por

SULLIVAN (1999), desde 1980 só encontrou os dois estudos acima mencionados, realizados por MILLER & LUFT em 1994 e 1997. Dado que estes autores concluíram que praticamente não havia diferenças relevantes entre as duas práticas, SULLIVAN decidiu refazer o mesmo procedimento daqueles autores, buscando, entretanto, maior homogeneidade na amostra selecionada, o que resultou, de início, na exclusão de algumas daquelas unidades utilizadas por MILLER & LUFT.

Nessa revisão, autor adotou o que chama de “critério de cobertura” para não mascarar os resultados. Isso porque, segundo ele, uma HMO dos tipos grupo ou *staff* proporciona evidentemente maior acesso a consultas com o médico de primeiro atendimento do que IPA com copagamento. Isto é, metodologicamente, é incorreto comparar planos com distintas coberturas.

Os estudos revisados foram distribuídos em três grupos: (i) 17 estudos gerais (por doenças), que evidenciaram que os níveis de qualidade encontrados são mais elevados em dois planos de *managed care*; em oito são equivalentes e em sete são piores; (ii) 18 estudos utilizando o critério de prestador para o Medicare – sendo 2 melhores; 11 equivalentes e 5 piores nos sistemas de atenção gerenciada; (iii) 9 estudos de avaliação da satisfação do consumidor, verificando-se, em todos, piores resultados nos planos de *managed care* do que nos sistemas tradicionais.

Dentre os principais resultados da pesquisa, que analisou 44 dos estudos observados por MILLER & LUFT destacam-se os seguintes:

a) os 44 estudos selecionados pelos autores produziram um total de 57 observações.⁷ Destas, em 10 as OAGs foram melhor avaliadas, em 25 foram equivalentes aos esquemas de pagamento por ato médico e, finalmente, em 22 pior avaliadas. Como afirmam os autores, “estes resultados sugerem que os planos *managed care* são equivalentes ou piores que os *FFS*”.

b) dos 10 estudos excluídos pelo critério de cobertura, em 4 as organizações de atenção gerenciada haviam sido consideradas melhores e 6 eram equivalentes. Esses estudos apresentavam resultados desproporcionalmente melhores nos planos de *managed care*, o que mostra como pode-se mascarar os resultados, caso não se comparem somente planos semelhantes em termos de cobertura. Cabe, ainda, lembrar que existem outros aspectos, dentre outros, os relativos a peculiaridades do paciente (gênero, idade, etc.) que é necessário considerar para tornar significativos esse tipo de estudos comparativos.

5-As 57 observações estão referidas a diferentes patologias, de forma que um mesmo estudo abordou, em alguns casos, mais de uma patologia.

Desta revisão de estudos comparativos entre as duas práticas, o autor concluiu que a qualidade dos serviços prestados submetidos ao *managed care* foi equivalente ou pior do que os demais (SULLIVAN, 1999).

6) Conclusões

É difícil extrair, a partir dos estudos resenhados neste trabalho, alguma afirmação conclusiva acerca da relação entre a evolução da qualidade e os modelos de atenção gerenciada que ocupam boa parte do mercado de planos de saúde nos EUA.

1) Em primeiro lugar, porque os estudos realizados discriminam as HMOs a partir da tipologia tradicional de modelos de atenção gerenciada (*Staff*, Grupo, Rede, IPA), considerando-as como modelos puros, sendo que já em 1987 pesquisa realizada por HILLMAN apontava que 7% das HMOs que responderam ao inquérito efetuado se auto-classificaram como formas mistas de dois ou mais modelos. Cabe destacar que segundo GABEL *et al.* (*op.cit.*), em 1994, a porcentagem de HMOs consideradas como modelos mistos era de mais de 69% .

Por outra parte, em termos gerais, as análises efetuadas estabelecem uma relação biunívoca entre os diferentes modelos e as distintas formas de pagamento. Assim, são freqüentes os trabalhos que associam os resultados obtidos para as HMOs modelos *staff* e modelo grupo com a remuneração através de salário, os correspondentes as HMOs modelo rede com o pagamento por capitação e os relativos aos modelos IPA com o pagamento por ato médico, sem levar em conta que HMOs de um mesmo modelo podem utilizar formas de pagamento diferentes. Por exemplo, em 1987, somente 39% das HMOs modelo grupo remuneravam os médicos de cuidados primários através de salários, 35% por capitação e 26% por ato médico; do modelo rede, 76% da HMOs utilizavam pagamento por capitação, 22% por ato médico e 2% a forma salarial; sendo que no modelo IPA 53% pagavam por ato médico, 43% por capitação e 4% através de salários (HILLMAN, *op.cit.*).

Ao mesmo tempo, desde meados da década de 80 as operadoras de planos de saúde, com o objetivo de partilhar e/ou de transferir o risco financeiro, implementaram novos arranjos institucionais, introduzindo intermediações no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços. Assim, na relação intermediada (*three-tiered*) a operadora contrata uma organização ou instituição que, por sua vez, efetua contratos individuais com os prestadores. (GABLE, *op.cit.*). Segundo BERWICK (*op.cit.*), no novo contexto destes arranjos organizacionais, o pagamento por capitação não produz necessariamente incentivos sobre a conduta médica, pois, na realidade, muitas vezes são as organizações ou instituições

intermediárias as que recebem por capitação, remunerando seus prestadores de serviços através dessa ou de outra forma de pagamento. Nesse sentido, estudos realizados nos EUA, considerando a existência de formas de relacionamentos intermediadas, permitiram verificar que a forma de remuneração mais freqüente dos médicos era por ato médico, contrariamente às informações disponíveis anteriormente, que identificavam que mais de 50% dos médicos recebiam por capitação (HILLMAN *et al.*, 1992).

Outra constatação importante, que invalida estudos comparativos sobre os incentivos introduzidos pelas diversas formas de pagamento, é a existência de outros incentivos financeiros, sejam eles implementados a partir de penalizações (retenções sobre as remunerações) ou através de bônus que tomam como base os saldos positivos das operadoras. Por exemplo, verificou-se que o método de controle efetuado através de retenções sobre os rendimentos dos médicos de cuidados primários era adotado por dois terços da HMOs, sendo implementado em 82% das que remuneram por ato médico, em 67% das que pagam *per capita* e somente em 21% das que pagam por salário. A porcentagem de retenção mais freqüente oscilou entre 11 e 20%, chegando em alguns casos a 40% dos rendimentos (HILLMAN, 1987).

Além das retenções mencionadas, existem formas complementares de penalização financeira, em função do desempenho individual dos médicos: a taxa de retenção pode aumentar diferenciadamente segundo o nível de desempenho do profissional.

Para finalizar, cabe destacar que os incentivos ou restrições não financeiras introduzidos pelas Organizações de Atenção Gerenciada relacionados, por exemplo, à adoção de protocolos clínicos ou à introdução da figura do médico generalista que serve de “porta de entrada” ao sistema, não são levados em conta na maior parte dos estudos efetuados.

Assim, pode-se concluir que os modelos de atenção gerenciada não podem ser estudados a partir de tipologias simplificadas, das formas de pagamento tomadas como variáveis isoladas e do tratamento global dos incentivos financeiros. Para analisar as conseqüências da adoção de modelos de atenção gerenciada sobre a qualidade dos cuidados médicos, é necessário conhecer a complexa matriz que conformam os diversos *mixes* de modelos, formas de pagamento, arranjos organizacionais, incentivos financeiros e outros tipos de incentivos não financeiros.

2) Em segundo lugar, porque os trabalhos baseados em pesquisas de opinião (como, por exemplo, aqueles direcionados à aferição do nível de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde –fundamentalmente os médicos) baseiam-se em respostas que estão impregnadas, obviamente, dos interesses específicos dos distintos atores sociais envolvidos.

Assim, como aponta FRIEDMAN (*op.cit.*), as opiniões dos médicos entrevistados se dão num contexto de perda de poder dos mesmos sobre o sistema de prestação de serviços de saúde, acompanhada, muitas vezes, de perdas nos seus rendimentos; e, por sua vez, na opinião da autora, as considerações dos consumidores de planos de saúde sofrem a influência da mídia.

De todas formas, consideramos que, embora os elementos apontados não permitam resultados conclusivos nos estudos que analisam a **relação entre os modelos de atenção gerenciada e a qualidade dos cuidados em saúde** e que devam ser relativizados os obtidos através de pesquisas sobre a **satisfação do profissional e do consumidor**, eles não invalidam os indícios achados nos estudos acerca do acesso e da utilização de serviços de saúde, dentre outros aspectos abordados ao longo deste trabalho.

Apesar das limitações mencionadas, e de que autores como TERRIS (1997), defensores dos sistemas de atenção gerenciada, apontem que é impossível que a conduta profissional de médicos com a mesma formação (técnica e ética) seja muito distinta entre os diversos modelos de atenção à saúde; consideramos que, tendo em vista o papel exercido tanto pelos incentivos financeiros introduzidos, como pelas restrições colocadas pela implantação de rotinas e protocolos clínicos, cada vez mais comuns nos ambientes de atenção gerenciada, existem fortes indícios de que os elementos que conformam os novos modelos de atenção gerenciada podem estar afetando de forma negativa os padrões de qualidade nos cuidados de saúde. Desconhecer esses elementos é desprezar todo e qualquer aporte da Economia Institucional.

i: **BIBLIOGRAFIA**

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1999. “Choosing and Using a Health Plan”. <http://www.ahcpr.gov>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO, 1998. “Atendimento Administrado na Saúde”, *Revista Medicina Social*, setembro

BERWICK, D.M., 1996. “Quality of Health Care – Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, No. 16, october

BLENDON, R.J., BRODIE, M., BENSON, J.M., ALTMAN, D.E., LEVITT, L., HUGICK, L., 1998. “Understanding the Managed Care Backlash”. *Health Affairs*, vol.17, Nº 4.

- BODENHEIMER, T., 1999. "The American health care system--the movement for improved quality in health care" *The New England Journal of Medicine*, vol. 340, No. 6, pp.488-92 1999 Feb
- BOROWSKY, S.J., DAVIS,M.K., GOERTZ, C., LURIE,N., 1997. "Are All Health Plans Created Equal" *Journal of American Medicine Association*, vol 278, No.11, pp.917-921
- BROOK, R. & LOHR, K. "Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality. *Medical Care*, vol 23, n.5.
- BURNS,L.R. & WHOLEY,D.R., 1991. "Differences in Access and Quality of Care Across HMO Types". *Health Services Management Research*. Vol.4 No 1, March.
- CIGNA, 1999. "Health Care - Health Plans Information" <http://www.cigna.com>
- CHRISTIANSON,J.B.; SANCHEZ, S.M.; WHOLEY, D.R.; SHADLE, M., 1991. "The HMO Industry: Evolution in Population Demographics and Market Structures". *Medical Care Review*. 48(1): 5-45.
- DAVIS, K., & SCHOEN, C., 1998. "Assuring Quality, Information, and Choice in Managed Care". *Inquiry*, 35:104-114
- DE LISSOVOY, G.; RICE, T.; GABEL, J.; GELZER, H.J., 1987. "Preferred Provider Organizations One Year Later". *Inquiry*. 24:127-135, Summer.
- DRANOVE, D.; SIMON,C.J.; WHITE, W., 1998. "Determinants of *Managed care* Penetration". *Journal of Health Economics*. 17:729-745.
- DORSEY, J.L., 1975. "The Health Maintenance Organization Act of 1973 (P.L.93-222) and Prepaid Group Practice Plans". *Medical Care*. vol.13, n° 1.
- DONABEDIAN, A., 1969. "An Evaluation of Prepaid Group Practice". *Inquiry*, 6:3-7
- _____, 1982. "A Explorations in Quality Assessment and Monitoring; vol.1 e 2. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

- _____, 1980. "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.I, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- _____, 1986. "Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring" *QRB*, vol. 12 (3):99-108.
- DONABEDIAN, A ., 1990. "The Seven Pillars of Quality". *Arch Pathol Lab Med*, vol. 114: 1115-1118.
- DONABEDIAN, A ., WHELLER, J.R.C., WYSZEWIANSKI, L., 1992. "Quality, Cost, and Health: an Integrative Model". *Medical Care*, vol. 20 (10): 975-992.
- DUDLEY,R., MILLER, R.H., KORENBROT, T.Y., LUFT,H., 1998. "The Impact of Financial Incentives on Health Care". *The Milbank Quartely*, vol.76, No 4.4
- FELDMAN, R.; KRALEWSKI, J.; DOWD, B., 1989. "Health Maintenance Organizations: The Beginning or the End?" *Health Services Research*. 24: 2, June.
- FRIEDMAN, E., 1997. "Managed Care, Rationing, and Quality: A Tangled Relationship". *Health Affairs*, vol.16, No. 3
- GABEL, J., 1997. "Ten Ways HMOs Have Changed During The 1990s" *Health Affairs*, vol. 16 (3), pp. 134-145
- GABEL, J., WHITMORE, H., BERGSTEN, C., GRIMM, L.P., 1997. "Growing Diversification in HMOs, 1988-1994", *Medical Care Research and Review*, vol. 54, No.1, March
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE, 1997. Employment-based insurance: costs increase and family coverage decreases. Washington, DC.: Government Printing Office, February.
- GOLD, M.R.; HURLEY, T.L.; ENSOR, E.; BERENSON;R., 1995. "A National Survey of the Arrangements *Managed care* Plans Make with Physicians". *New England Journal of Medicine*. 333(25): 1678-1683.
- GOLD, M.R. & HURLEY, T.L, 1997. "The Role of *Managed care* "Products" in *Managed care* "Plans". *Inquiry*. 34:29-37.

- HILLMAN, A .L., 1987. “Financial Incentives for Physicians in HMOs – Is there a conflict of interest?” *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, No. 27, December
- _____, 1989. “How do Financial Incentives Affect Physicians Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations?. *The New England Journal of Medicine*, vol.321, No. 2, July.
- HILLMAN, A ., PAULY, M.V., KERSTEIN, J.J., 1989. “How do Financial Incentives Affect Physicians Clinicals Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, No. 2, July
- HILLMAN, B.J., JOSEPH, C.A ., MABRY, SUNSHINE, J.H., KENNEDY, S.D., NOETHER, M., 1990.”Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice – A Comparison of Self-Referring and Radiologist-Referring Physicians”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 323:1604-8
- HILLMAN, A .L.; WELCH, W.P.; PAULY, M.V., 1992. “Contractual Arrangements between HMOs and Primary Care Physicians: Three-Tiered HMOs and Risk Pools”. *Medical Care*. Vol.30, N° 2.
- IGLEHART, J.,1994. “Physicians and the Growth of *Managed care*”. *New Englad Journal of Medicine*. Vol.331, N° 17, pp:1167-1171.
- KAUFMAN, NAUGHTON, , OSTERWEIS & RUBIN (1992) *Health Care Delivery - Current Issues and the Public Policy Debate*. Washington: Association of Academic Health Centers
- KUTTNER, R. (1999) – “Employer-Sponsored Health Coverage”. In *The New England Journal of Medicine*. January 21.
- KNICKMAN, J. & THORPE, K. (1990) *Financing for Health Care*. In: Kovner, A. *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer Publishing Company
- LEWIS,J.C., 1996. “Latin American *managed care* partnering opportunities”. Apresentado no 8º Congresso da Associação Latino-Americana de Plano de Saúde de Pré-pagamento (ALAMI), São Paulo, Brasil, 8 de novembro.

- KERR, E.A ., MITTMAN, B.S., HAYS, R.D., LEAKE,B., BROOK, R.H., 1996.”Quality Assurance in Capitated Physician Groups Where is the Emphasis?”. *Journal of American Medical Association*, vol. 276, No. 15, October
- KUTTNER, R., 1999. “The American Health Care System – Employer-Sponsored Health Coverage”. *The New England Journal of Medicine*, volume 340, number 3, January
- LoGERFO, J.P., OKAMOTO, G., DIEHR, P.K., RICHARDSON, W., 1977. “Quality of Care for Common Infections: Comparisons of prepaid group practice and independent practice”. Paper presented at the meeting of the American Federation for Clinical Research
- LoGERFO, J.P., LAWSON, E., RICHARDSON, W.C., 1978. “Assessing the Quality of Care for urinary tract infection in office practice: a comparative organizational study”. *Medical Care*, 16, 488-95.
- LoGERFO, J.P., EFFIRD, R.A.A ., DIEHR, P.K., RICHARDSON, W.C., 1979.”Rates of surgical care in prepaid group practices and the independent setting: what are the reasons for the differences?”. *Medical Care*, 17, 1-11.
- LURIE, N., 1997. “Studying Access to Care in Managed Care Enviroments”, *Health Services Research*, 32;5, December
- LURIE, N., MARGOLIS, K.L., McGOVERN, P.G., MINK, P.J., SLATER, J.S., 1997. “Why do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast Cancer and Cervical Cancer Screening?” *Journal of General Internal Medicine*, 12:34-43, January
- LUFT, H.,1980. “Assessing the evidence on HMO performance” *Milbank Memorial Quartely* 58(4):501-36 , Fall
- _____, 1988. “HMOs and the Quality of Care”. *Inquiry*, 25:147-156, Spring
- MANNING, W.G., LEIBOWITZ, A ., GOLDBERG, G.A ., ROGERS, W.H., NEWHOUSE., 1984.”A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services”. *The New England Journal of Medicine.*, vol.310, No.23
- MANNING, W.G. & MARQUIS, M.S.,1996. “Health Insurance: The Tradeoff between Risks Pooling and Moral Hazard”. *Journal of Health Economics*, 15.

- MERZ, M., 1986. "Preferred Provider Organizations: The New Health Care Partnerships". *Hospital and Health Services Administration*. November/December.
- MILLER, R.H. & LUFT, H., 1997. "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care". *Health Affairs*, vol. 16, No 5, September/October
- MORRISEY, M.A.; ALEXANDER, J.; BURNS, L.R.; JOHNSON, V., 1999. "The Effects of *Managed care* on Physician and Clinical Integration in Hospitals". *Medical Care*. Volume 37, Number 4, pp.350-361.
- ROBINSON, J.C., 1999. "Blended Payment Methods in Physician Organizations Under *Managed care*". *Journal of American Medical Association*. Vol.282, N°13, october.
- SCHMITTDIEL, J., SELBY, J.V., GRUMBACH, K., QUESENBERRY Jr, C.P., "Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization", 278(19):1596-9 1997 Nov 19
- STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C., 1999. "The Exportation of *Managed care* to Latin America". *New England Journal of Medicine*, vol.340, N° 14, pp: 1131-1136.
- SULLIVAN, K., 1999. "Managed Care Plan Performance Since 1980: Another Look at 2 Literature Reviews". *American Journal of Public Health*, vol. 89 (7):1003-1008
- TERRIS, M., 1997. "Lean and the Mean: The Quality of Care in the Era of Managed Care". *Journal of Public Health Policy*, vol. 19, No.1.
- VUORI, H.V., 1982. "Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology". *Public Health in Europe*. Copenhagen: WHO.
- WARE, J.E., BAYLIS, M.S., ROGERS, W.H., KOSINSKI, M., TARLOV, A., R., 1996. "Differences in 4-Year Health Outcomes for Elderly and Poor, Chronically Ill Patients Treated in HMO and Fee-for-Service Systems". *Journal of American Medical Association*, vol. 276, No. 13, October
- WILLIAMS, S.J., & TORRENS, P.R., 1993. "*Managed care: Restructuring the System*". In: *Introduction to Health Services*. Org.: WILLIAMS, S.J. & TORRENS, P.R. New York: Delmar Publishers Inc.

WELCH,W.P., HILLMAN,A .L.; PAULY, M.V., 1990. “Toward New Typologies for HMOs”. *Milbank Quarterly*. Vol.68, N° 2.

UGÁ, M.A, 1997. “Propostas de Reforma do Setor Saúde nos marcos do Ajuste Macroeconômico”. Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado.

UGÁ, M.A, 1994. “Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma Proposta preliminar para a rede pública brasileira”. In: O Financiamento da Saúde no Brasil. Serie Economia e Financiamento, N.4, OPS, Representação do Brasil.

YELIN, E.H., HENKE, C.J., KRAMER, J.S., NEVITT, M.C., SHEARN, M., EPSTEIN, W.V., 1985. “A Comparison of the Treatment of Rheumatoid Arthritis in Health Maintenance Organizations and Fee-For-Service Practices”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 312, No. 15, 962-7, April
