



# estudo técnico



Abramge . Sinamge . Sinog

Ano III. Nº 05. Abril 2018

Novos produtos e a  
Utilização dos Mecanismos  
Financeiros de Regulação:

Coparticipação e Franquia



abramge • sinamge • sinog

# Novos produtos e a Utilização dos Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia

# estudo técnico

Abramge . Sinamge . Sinog

Ano III. Nº 05. Abril 2018

## *Apresentação*

Os mecanismos financeiros de regulação estão no centro das discussões desde o início do debate de reforma da regulação vigente, na ANS.

A reforma é salutar e traz a possibilidade de que o setor adote novos modelos de produtos já consolidados em outros países. É certo que precisarão ser adaptados à realidade brasileira e que no decorrer deste processo a regulamentação poderá impor restrições, mas é importante haver flexibilidade para que a operadora possa adaptar os planos às necessidades dos contratantes.

Para contribuir com o desenvolvimento de novos modelos de coparticipação e franquia, que esta edição do Estudo Técnico do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog aborda o tema trazendo análises dos resultados de estudos e detalhando o funcionamento dos exemplos adotados fora do país.

## Mecanismos Financeiros de Regulação: Origem e Objetivos

Os planos de saúde assim como todo o mercado segurador estão sujeitos a falhas de mercado há muito tempo identificadas e estudadas na teoria econômica. É considerada falha de mercado toda situação em que uma decisão individual potencialmente venha a prejudicar o resultado do grupo ou da sociedade, ou seja, se o funcionamento pleno do mercado tende a gerar um resultado ótimo na perspectiva da sociedade, quando há uma falha a consequência é o não atingimento daquele ponto ótimo.

Um exemplo de falha de mercado se dá quando um indivíduo decide aderir a um plano de saúde para ter acesso a cobertura e tratamento para um problema de saúde conhecido por ele. Após a adesão ao plano, o beneficiário começa o tratamento, onera todo o grupo que está assegurado no mesmo produto, uma vez que as despesas são custeadas por todos, e ainda tem a oportunidade de cancelar o plano de saúde em momento posterior, quando já tiver feito o tratamento.

O setor de saúde suplementar é afetado pelas mais diversas falhas de mercado, que invariavelmente perpassam pelas decisões dos beneficiários de planos de saúde e prestadores serviços de saúde, conforme exemplificado.

### → Risco moral (beneficiário)

Há risco moral quando um indivíduo altera seu comportamento ou toma uma decisão diferente a depender do contexto econômico em que se encontra e a outra parte não consegue observar a mudança.

**Exemplo:** ao aderir ao plano de saúde, o beneficiário se torna menos cuidadoso e não realiza ações de prevenção de doenças, por se sentir seguro de que, caso seja acometido por uma doença grave, o tratamento será coberto pelo plano. Ou o contrário, quando o beneficiário utiliza em demasia as coberturas proporcionadas pelo plano, já que não paga diretamente por estes procedimentos que são custeados pelo mútuo de indivíduos assegurados.

### → Risco moral com principal-agente (prestador de serviços de saúde)

O problema do tipo principal – agente ocorre quando o principal (operadora) contrata o agente (prestador de serviços) para realizar tarefa que é do interesse

do principal, sendo que, neste caso, ele não possui informação suficiente para observar se o agente está desempenhando a tarefa de forma satisfatória.

**Exemplo:** no mercado de saúde suplementar o problema do tipo principal-agente pode ser observado na relação entre operadora e prestador de serviços de saúde. O prestador é credenciado pela operadora para realizar o atendimento do beneficiário de plano de saúde, e diante da impossibilidade da operadora fiscalizar todas as ações, o prestador realiza o atendimento seguindo seus próprios interesses, sem se preocupar com desperdícios e excessos.

### → Seleção adversa

A seleção adversa é a resultante de uma assimetria de informação no momento da negociação, fazendo com que uma parte tenha mais conhecimento sobre determinada condição que a outra.

**Exemplo:** em planos de saúde, por exemplo, a operadora precifica o plano levando em consideração que parte dos futuros contratantes serão indivíduos saudáveis e a outra parte vai requerer maiores cuidados de saúde. Tendo em vista esta condição, o preço tende a ser considerado elevado pelo indivíduo que tem baixa utilização das coberturas e ele está propenso a não aderir ou até mesmo a cancelar o plano. Assim, a operadora acaba selecionado indivíduos que têm maior probabilidade de utilização do plano, criando desequilíbrios que vão exigir novos aumentos de preço, o que em seguida pode causar novos cancelamentos por indivíduos que tem menor utilização, criando um círculo vicioso em que o aumento do preço seleciona indivíduos que tem maior taxa de utilização das coberturas.

São para mitigar as falhas de mercado que foram criados os mecanismos financeiros de regulação, sendo eles a coparticipação e a franquia. O objetivo é estimular os agentes econômicos a tomarem a melhor decisão sob o ponto de vista da coletividade e desestimular a busca pelo melhor resultado individual. Com a cobrança o beneficiário passa a perceber que a utilização da cobertura tem um custo e que, portanto, deve-se otimizar cada atendimento e buscar o serviço quando realmente houver necessidade.

## Desdobramentos dos mecanismos financeiros de regulação – experiência nacional e internacional

Os possíveis impactos da coparticipação e franquia sobre custos e resultados assistenciais foram estudados em diversos países, por diferentes pesquisadores. Esta seção apresenta alguns destes trabalhos, avalia os resultados e identifica as principais conclusões.

### EUA:

Os EUA possuem o maior mercado de saúde do mundo, com mais de 80% da população coberta e rápida incorporação tecnológica. O país enfrentou nas últimas décadas um “quadrelema” da atenção à saúde, com o aumento da cobertura por plano de saúde e a rápida incorporação tecnológica pressionando custos e a necessidade de conter despesas e preservar a qualidade da assistência<sup>1</sup>. Diante dos desafios, a utilização de mecanismos financeiros de regulação ganhou importância e contribuiu para conter a utilização excessiva de recursos mantendo a qualidade da atenção, conforme avaliação publicada em diversos estudos apresentados a seguir.

Nas décadas de 1970 e 1980, o governo federal norte-americano contratou a *RAND Corporation* para conduzir o *Health Insurance Experiment* (HIE), maior estudo de política de saúde da história dos EUA e o primeiro que levantou informações capazes de avaliar como os mecanismos financeiros de regulação afetam a utilização dos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados.

A equipe da RAND recrutou 2.750 famílias de seis grandes cidades em todo os EUA, abrangendo mais de 7.700 pessoas com menos de 65 anos. As famílias

foram alocadas aleatoriamente para um dos tipos de planos de saúde criados especificamente para o experimento, conforme o seguinte descritivo:

1. Plano sem coparticipação, ofertando cobertura sem contrapartida do beneficiário;
2. Plano com franquia;
3. Plano com coparticipação de 25%;
4. Plano com coparticipação de 50%;
5. Plano com coparticipação de 95%;

Os planos possuem um limite anual de desembolso de recursos pelo beneficiário o pagamento da franquia e coparticipação baseado em um percentual (5%, 10% e 15%) da renda anual do indivíduo. Para famílias de baixa renda, o valor cobrado a título de mecanismo financeiro de regulação foi limitado a estas porcentagens e também em US\$ 1.000 por ano.

Um dos primeiros trabalhos que utilizaram a base de dados demonstrou que o plano com maior taxa de coparticipação reduz as despesas com atendimento médico em 31% em relação ao plano sem mecanismo financeiro de regulação.<sup>2</sup> Outro trabalho desenvolvido ainda na década de 1980 identificou que<sup>3</sup>:

→ A relação entre cobertura de plano e demanda por serviços é positiva, ou seja, beneficiários com maior cobertura tendem a utilizar mais serviços;

→ O plano que tem 25% de coparticipação apresenta metade da demanda por serviços de saúde se comparado ao plano sem mecanismo financeiro de regulação;

Estudo mais recente que também utiliza a base de dados do experimento da RAND indicou que<sup>4</sup>:

com  
**95%**  
de coparticipação, há um  
declínio das despesas médicas  
anuais de **US\$ 845 (39%)**

com  
**25%**  
de coparticipação, o declínio é  
de **US\$ 648 (30%)**

<sup>1</sup> Durante os anos 1980 e 1990, Weisbrod [1991] identificou um “quadrelema” da atenção à saúde, que consiste na relação entre o desenvolvimento e lançamento de novas tecnologias, a cobertura dos planos de saúde, a qualidade da atenção à saúde e a contenção dos custos.

<sup>2</sup> Newhouse et. al [1981] <sup>3</sup> Keeler e Rolph [1988]

Um estudo encomendado pelo Instituto *Kaiser Family Foundation* buscou aferir o impacto do mecanismo financeiro de regulação sobre a condição de saúde dos beneficiários<sup>5</sup>. Os resultados indicaram que a coparticipação não tem efeito sobre a condição de saúde do paciente médio, ou seja, há elementos para indicar que não procede a preocupação em relação ao mecanismo financeiro de regulação gerar subtratamento. Importante ressaltar que o resultado carece de mais avaliações para inferir o efeito sobre indivíduos portadores de doenças crônicas.

Por fim, um estudo publicado ano passado analisou a migração de produto dentro de uma grande companhia, em que funcionários mudaram de plano sem mecanismo financeiro de regulação para plano com franquia elevada (*High-Deductible Health Plans ou HDHPs*), mantendo a rede de atendimento<sup>6</sup>. Após a implementação da mudança, os resultados indicaram redução de 11,8% a 13,8% nas despesas assistenciais anuais da companhia. Os trabalhadores também se beneficiaram da mudança, pois suas despesas pessoais com saúde reduziram 42%.

#### CHINA:

A China passou por profundas reformas sociais e econômicas, que proporcionaram crescimento do PIB, da renda per capita e mudança do perfil demográfico, fatores que consolidaram uma posição de destaque no cenário mundial e que impulsionou a demanda no mercado de planos de saúde.

Com o avanço do mercado de planos também cresceu a demanda por estudos e pesquisas, e a mesma *RAND Corporation* que desenvolveu o experimento nos Estados Unidos, realizou levantamento similar na China, o chamado *China Rural Health Insurance Experiment (CRHIE)*. O objetivo do estudo foi analisar a demanda por

assistência médica em planos de saúde em um país em desenvolvimento e com a maior parte de sua população em zonas rurais.

O estudo<sup>7</sup> investigou os efeitos de seis faixas de coparticipação para 7.333 beneficiários e concluiu:

**10%**  
de redução da  
demanda por  
internações  
hospitais  
quando há  
coparticipação entre  
**40% e 70%**

**18%**  
de redução  
da demanda  
por exames  
e consultas

Posteriormente o estudo foi aperfeiçoado e o relatório final apontou que<sup>8</sup>:

- A contratação do plano de saúde tende a aumentar a utilização médica per capita, confirmando a presença de risco moral;
- A coparticipação reduz as despesas com procedimentos ambulatoriais de forma mais efetiva do que os procedimentos que envolvem internação;
- Para países em desenvolvimento, é importante considerar outros fatores para o desenho dos planos de saúde, como os custos administrativos e de gerenciamento, a integração com sistema de cuidados primários de promoção de saúde e prevenção de doenças.

<sup>4</sup> Aron-Dine, Einav e Finkelstein (2013) <sup>5</sup> Gruber (2006) <sup>6</sup> Brot-Goldberg et. al (2017) <sup>7</sup> Sine (1994). <sup>8</sup> Cretin, Willians e Sine (2007).

No Brasil, os mecanismos financeiros de regulação, estão presentes em

**33%**

dos planos de saúde registrados na Agência e

**50%**

dos beneficiários, metade do mercado, estão vinculados a produtos que têm mecanismo financeiro de regulação.

### BRASIL:

No Brasil, os números falam por si só: 33% dos planos de saúde registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsáveis pelo atendimento de 50% dos beneficiários, se utilizam dos mecanismos financeiros de regulação. O que nos dá uma noção da sua importância para o mercado interno.

Apesar da predominância de planos com coparticipação, são poucos os estudos dedicados a avaliação deste mecanismo. Alguns deles já identificaram a presença de risco moral no mercado brasileiro, caracterizado pela utilização de um maior volume de coberturas em saúde por indivíduos que têm plano de saúde<sup>9</sup>.

Estudo publicado em 2002, e que toma por base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/IBGE e dados da Associação Brasileira de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estadual – ABRASPE, indicou que<sup>10</sup>:

- A demanda por serviços médicos é reduzida em 0,2 consultas ao ano (-9,8%) quando o beneficiário possui plano com mecanismo financeiro de regulação.
- Para os indivíduos vinculados a ABRASPE a redução é ainda maior, de 1,3 consultas ao ano (o equivalente a -37,3%);

Pesquisa publicada em 2009, baseada em dados de grande operadora da modalidade de autogestão que tinha quase 700 mil beneficiários, também identificou redução da demanda por serviços de saúde quando adotado mecanismos financeiros de regulação<sup>11</sup>. Para exames auxiliares de diagnose e tratamento, por exemplo, os resultados indicaram redução de 5,0 exames por ano (66,6%) na região nordeste e 4,3 exames por ano (63,5%) na região Sudeste.

Estudo de 2011 aprofunda o tema apresentando o resultado da adoção de *gatekeeper* sobre a demanda por procedimentos de saúde, com base em dados de 2009 que compila informações de 80 mil beneficiários de planos de saúde. Os resultados indicaram que<sup>12</sup>:

- O beneficiário vinculado a plano com coparticipação reduz a demanda em 0,31 consultas/ano (-5,8%). Resultado semelhante a este também é verificado em estudo publicado em 2017, em que a coparticipação de 20% implicou em redução de 7,2% no número de consultas por beneficiário .
- Para beneficiários vinculados a planos com *gatekeeper* o volume é reduzido em 3,9 consultas/ano (-73,3%);

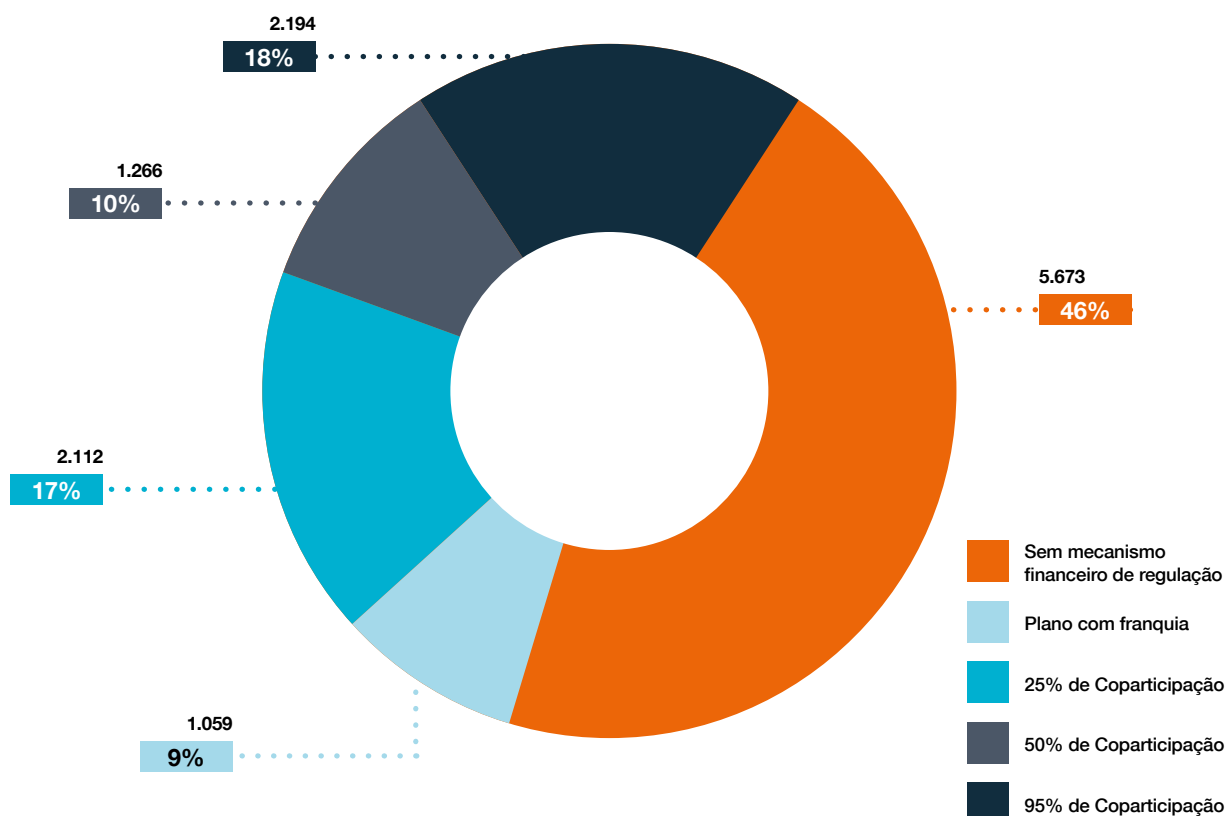
## Um olhar sobre os dados da *RAND health insurance experiment*

O *RAND Health Insurance Experiment (HIE)* é um dos maiores estudos de política de saúde realizado na história dos EUA e o primeiro experimento no mundo que identificou como os mecanismos de regulação financeira afetam a demanda por serviços de saúde e a qualidade do cuidado.

O arquivo com as informações referentes ao RAND HIE pode ser obtido através de acesso institucional no portal ICPSR (*Inter-University Consortium for Political and Social Research*), que é uma plataforma de compartilhamento de dados de pesquisas<sup>13</sup>.

Com base em amostra dos dados do experimento da RAND foram realizadas análises com o objetivo de identificar resultados que possam direcionar políticas públicas no Brasil ou até mesmo contribuir para a formatação de novos produtos. A amostra extraída para este Estudo Técnico conta com informações de 3.411 beneficiários, sendo eles vinculados a planos com as seguintes características: sem mecanismo financeiro de regulação (46% dos indivíduos); planos com franquia (9% dos indivíduos); planos com coparticipação de 95% (18% dos indivíduos), planos com coparticipação de 25% (17% dos indivíduos) e com coparticipação de 50% (10% dos indivíduos).

**Gráfico 1 – Características da Amostra Extraída – Beneficiários por Faixa de Coparticipação – RAND HIE (1974–1982)**



Fonte: Elaborado pela ABRAMGE com dados do RAND – HIE.

<sup>13</sup> O ICPSR pode ser acessado em <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/index.jsp>. Depois é necessário realizar um login institucional para ter acesso ao conteúdo do portal.

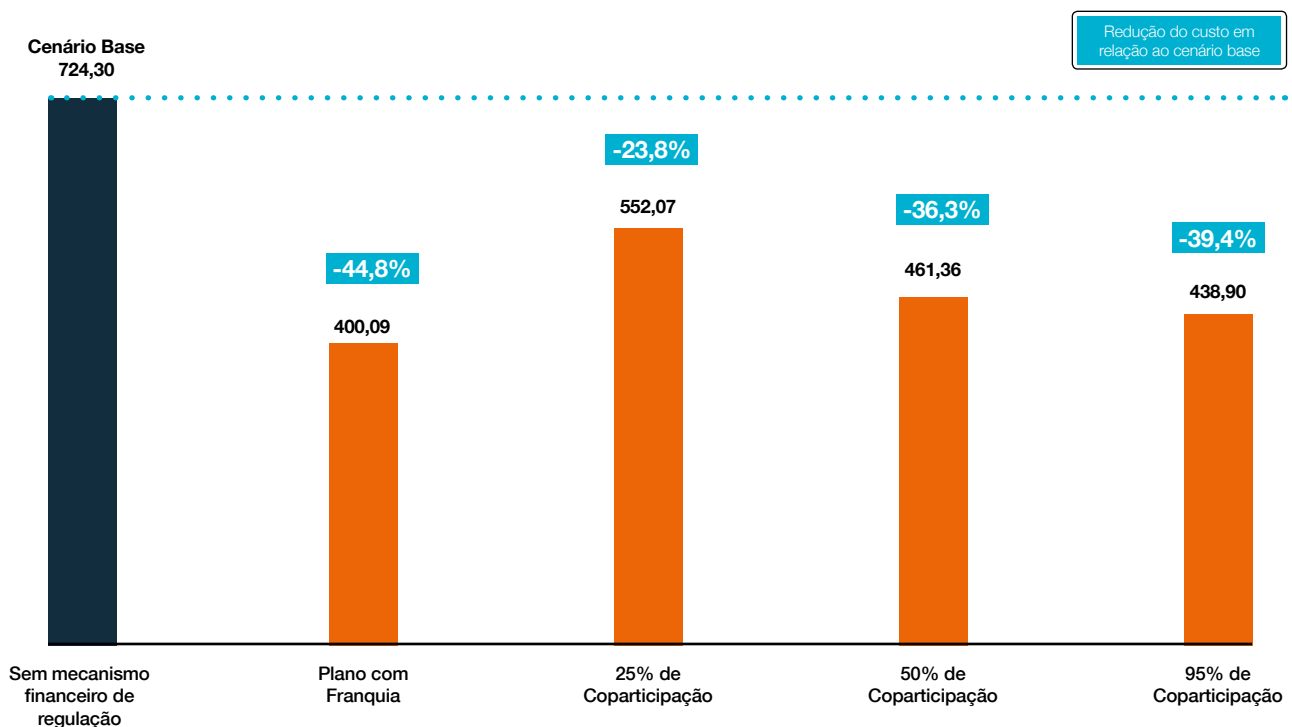


Os indivíduos do experimento foram acompanhados por até cinco anos, sendo que alguns deles cancelaram o plano durante o intervalo do experimento, fazendo com que a informação contemple apenas parte do período. Além disso, na amostra selecionada para este estudo, os procedimentos realizados pelos beneficiários foram agrupados em consulta médica, odontológica e psiquiátrica e internações hospitalares.

Os dados indicam haver redução do custo

assistencial em todos os cenários quando inserido algum tipo de mecanismo financeiro de regulação nos produtos, conforme apresentado no Gráfico 3. O custo para cobertura de procedimentos ambulatoriais em plano com franquia é reduzido em até 44,8% em relação ao cenário base, que conta com plano sem mecanismo financeiro de regulação. O plano com coparticipação de 25% reduz as despesas ambulatoriais em até 23,8%, para coparticipação de 50% a diminuição é de 36,3% e na coparticipação de 95% foi de 39,4%.

**Gráfico 3 - Custo anual da cobertura ambulatorial de cada beneficiário**

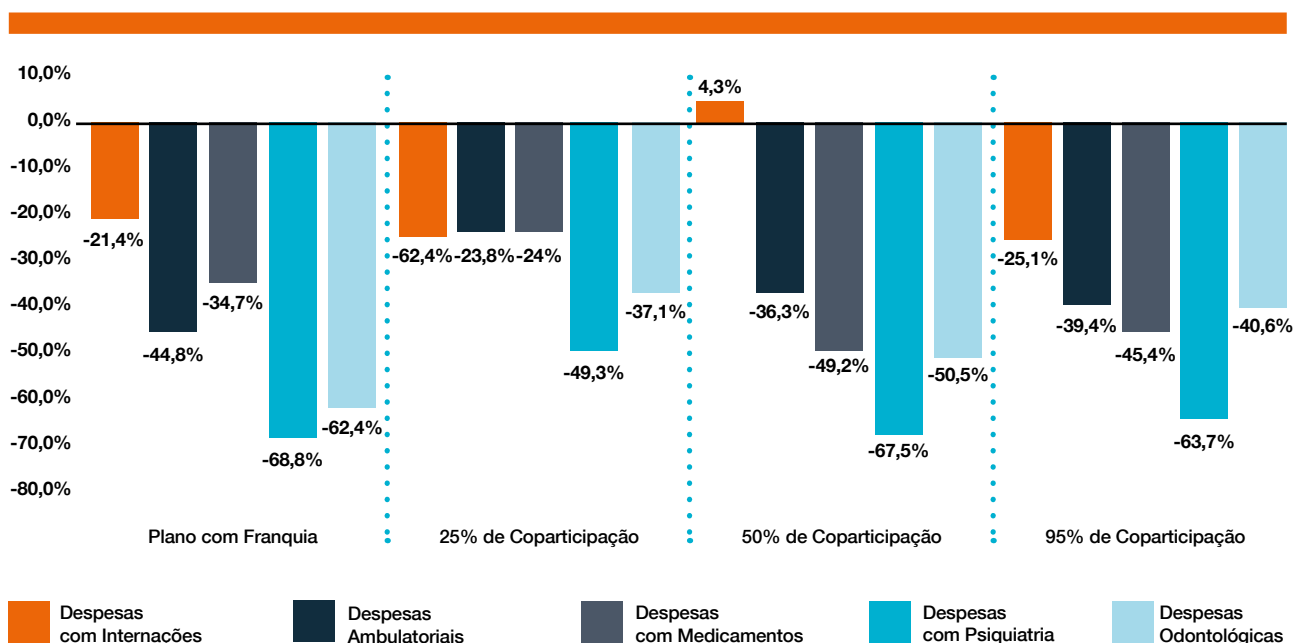


“

Os dados indicam redução do custo assistencial em todos os cenários quando inserido algum tipo de mecanismo financeiro de regulação.

”

**Gráfico 4 – Variação (%) das Despesas Assistenciais Médias Anuais por Beneficiário- RAND HIE (1974-1982)**



Fonte: Elaborado pela ABRAMGE com dados do RAND – HIE.

O estudo da RAND foi pioneiro e realizou uma análise econômica robusta sobre o problema da assimetria de informação e do impacto da utilização de mecanismos financeiros de regulação. Apesar de ter sido realizado três décadas atrás, seus resultados se mostram atuais e trazem evidências que contribuem para o desenho de produtos em planos de saúde, bem como para elaboração de políticas públicas voltadas para o tema.

## Experiências com mecanismos financeiros de regulação – desenvolvimento de produtos

Para o desenvolvimento de produtos utilizando novos modelos de mecanismos financeiros de regulação, em especial quando estes forem regulamentados pela Agência, é importante observar o mercado e os modelos de planos comercializados nos Estados Unidos, país em que a coparticipação e a franquia estão mais difundidas.

Nos Estados Unidos são cinco os tipos de planos de saúde mais comuns, conforme apresentado a seguir:

### → *Health Maintenance Organizations (HMOs)*

As coberturas são instituídas por meio de rede referenciada, que também poder ser rede própria, o beneficiário tem alguma liberdade para escolher o prestador, mas é comum a necessidade de referência médica para acessar especialistas.

### → *Preferred Provider Organizations (PPOs)*

O beneficiário tem maior liberdade para acessar a rede de atendimento, seja ela referenciada ou não, e pode buscar atendimento direto com especialistas.

### → *Exclusive Provider Organizations (EPOs)*

O beneficiário pode escolher o prestador dentro da rede referenciada da operadora, podendo acessar

diretamente especialistas, e em caso de utilização de prestadores não referenciados o beneficiário deverá pagar 100% dos custos.

### → *Point-Of-Service (POS)*

Este tipo de plano guarda semelhança com os tipos HMO e PPO, sendo que o beneficiário pode acessar prestadores da rede referenciada e não referenciada, mas para acessar especialistas precisará ter sido referenciado por um médico generalista.

### → *High-Deductible Health Plans (HDHPs) ou planos de elevada franquia*

Os HDHPs podem ou não estar conectados com uma *health saving account* (HSAs) ou “conta popanço para saúde”. Os planos de elevada franquia também podem ser um tipo de HMO, PPO, EPO ou POS, mas necessariamente contam com elevado valor de franquia, devendo respeitar os seguintes limites mínimo e máximo em 2017:

→ Franquia mínima de US\$ 1.300 para um indivíduo ou US\$ 2.600 para família;

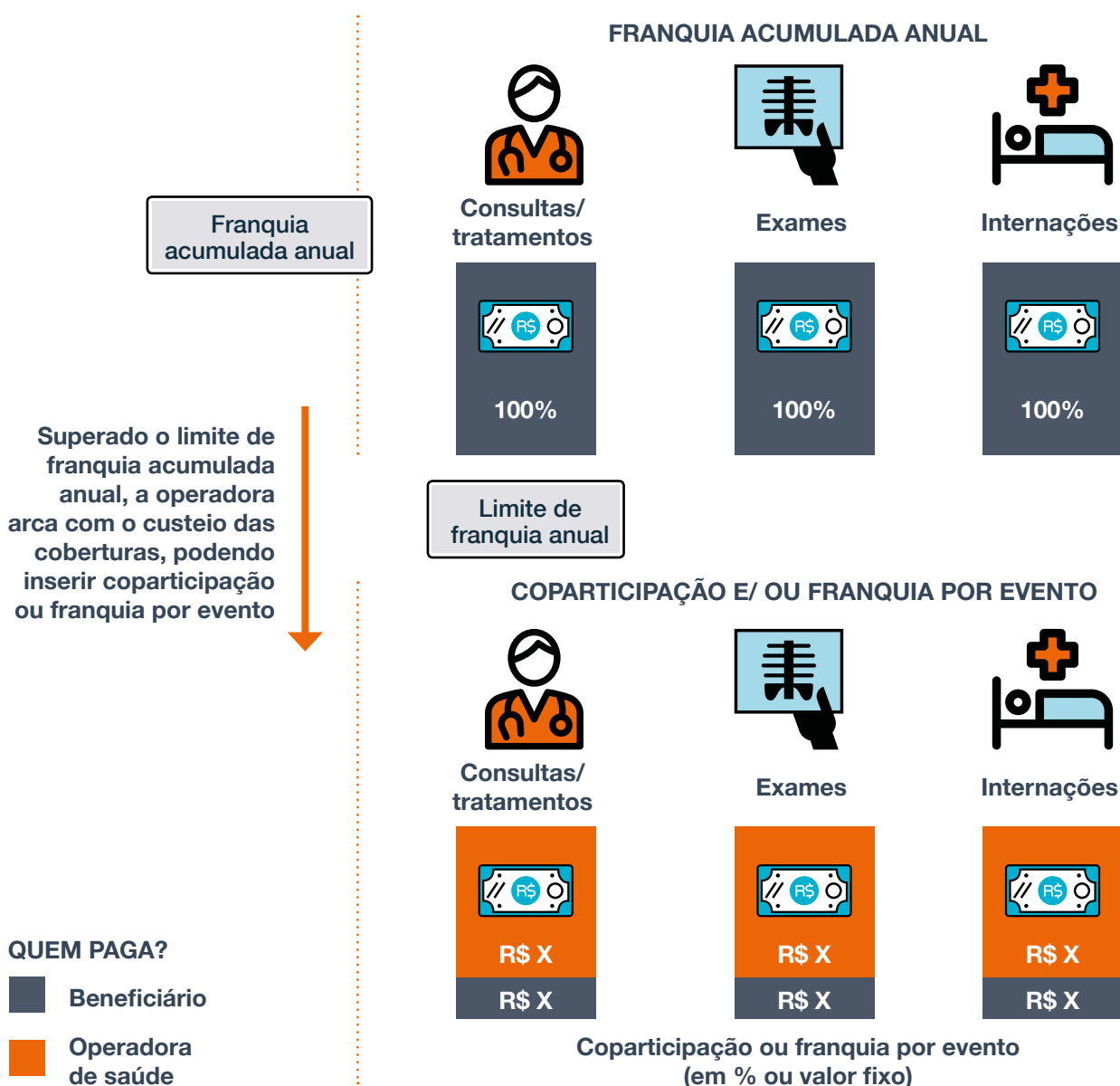
→ Franquia máxima de US\$ 6.550 para um indivíduo ou US\$ 13.100 para família.

As variações no modelo de cobrança dos mecanismos financeiros de regulação possibilitam a oferta de produtos diferenciados, de modo que o contratante pode escolher aquele que melhor se adequa ao seu perfil de utilização e à sua condição orçamentária.

A prática mais comum no modelo norte americano é mesclar a franquia e a coparticipação em um mesmo produto, o que não quer dizer que ambos incidem sobre o mesmo procedimento, conforme observado na Figura 1.

**Figura 1 - Mecanismos de regulação financeira: como são utilizados na experiência internacional**

**Exemplo de plano com franquia acumulada anual conjugada com coparticipação e franquia por evento**



É comum que o produto possua uma franquia acumulada anual, que representa um limite até o qual os eventos de saúde não são cobertos pela operadora, ou seja, são custeados pelo próprio beneficiário. O valor do evento a ser somado deve ser equivalente ao valor reembolsado ou pago pela operadora na sua rede, por exemplo: caso o beneficiário realize uma consulta no valor de R\$ 500, e o valor reembolsado pela operadora é equivalente a R\$ 100, computa-se o valor de R\$ 100 para fins de apuração da franquia acumulada anual.

Ultrapassado o limite de franquia anual, a operadora passa a cobrir os próximos eventos de saúde, podendo inserir coparticipação ou franquia por evento. É frequente a utilização de um limite anual, mais conhecido como *out-of-pocket limit*. Na prática, este é um valor previamente estabelecido, que limita o montante até o qual o beneficiário contribuirá durante o ano a título de coparticipação e franquia, ou seja, superado este valor limite, todos os eventos passam a ser custeados integralmente pelo plano.

## Considerações finais

---

Os estudos e relatórios apresentados indicaram que a adoção de mecanismos financeiros de regulação reduz custos, mitiga os problemas com a assimetria de informação e não prejudicam a saúde do beneficiário.

Estes mecanismos mostram-se imprescindíveis para a manutenção do equilíbrio dos planos de saúde e colaboram de forma significativa para o

uso consciente do plano de saúde, bem como para a redução de desperdícios e de fraudes. Além disso, permitem a disponibilização de planos a preços mais acessíveis e o aumento do portfólio de produtos disponíveis, possibilitando adequar a oferta às necessidades dos beneficiários. Deste modo, é importante que a sociedade civil, as operadoras de planos de saúde e os órgãos responsáveis estimulem o uso dos mecanismos financeiros de regulação.

## Referências:

- ANDRADE, Mônica Viegas.; MAIA, Ana Carolina. **Demanda por planos de saúde no Brasil**. 34º Encontro Nacional de Economia, Encontro Nacional de Economia da ANPEC. ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics], 2006. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A106.pdf>
- ARON-DINE, Aviva; EINAV, Liran; FINKELSTEIN, Amy. **The RAND health insurance experiment, three decades later**. The Journal of Economic Perspectives, v. 27, n. 1, p. 197-222, 2013.
- BARBOSA, Wescley; SOARES, Ricardo; MESQUITA, Kílvia. **Efeito da Coparticipação no Número de Consultas Médicas Eletivas em Modelos Dinâmicos de Contagem**. 45º Encontro Nacional de Economia da ANPEC. ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics], 2017. Disponível em: [https://www.anpec.org.br/encontro/2017/submissao/files\\_/i8-326411b61b307680c67db2bcd580ef65.pdf](https://www.anpec.org.br/encontro/2017/submissao/files_/i8-326411b61b307680c67db2bcd580ef65.pdf)
- BROT-GOLDBERG, Zarek; CHANDRA, Amitabh; HANDEL, Benjamin; KOLSTAD, Jonathan. **What does a Deductible do ? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities and Spending Dynamics**. The Quarterly Journal of Economics, v. 132, n. 3, págs. 1261-1318, 2017.
- CHAVES, Arianny. **Risco Moral no Mercado de Saúde Suplementar e Efeitos da Coparticipação na Demanda por Consultas e Exames**. Dissertação (mestrado profissional) - Programa de Pós Graduação em Economia, CAEN, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/5673/1/2009\\_dissert\\_ammchaves.pdf](http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/5673/1/2009_dissert_ammchaves.pdf)
- CRETIN, Shan; WILLIAMS, Albert P.; SINE, Jeffrey. **China Rural Health Insurance Experiment**. RAND Working Paper 411, 2007. Disponível em: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2007/RAND\\_WR411.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2007/RAND_WR411.pdf)
- GRUBER, Jonathan. **The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond**. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2006.
- KEELER, Emmett B.; ROLPH, John E. **The demand for episodes of treatment in the health insurance experiment**. Journal of health economics, v. 7, n. 4, p. 337-367, 1988.
- MACIEL JR., José Nazareno. **Fatores inibidores do risco moral na demanda por consultas médicas eletivas**. Dissertação (mestrado profissional) - Programa de Pós Graduação em Economia, CAEN, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5762/1/2011\\_dissert\\_jnmacielfjunior.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5762/1/2011_dissert_jnmacielfjunior.pdf)
- NEWHOUSE, Joseph P. et al. **Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance**. New England Journal of Medicine, v. 305, n. 25, p. 1501-1507, 1981.
- NISHIJIMA, Marislei; POSTALI, Fernando Antonio; FAVA, Vera Lúcia. **Consumo de serviços médicos e risco moral no mercado de seguro de saúde brasileiro**. 35º Encontro Nacional de Economia, Encontro Nacional de Economia da ANPEC. ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics], 2007. Disponível: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A046.pdf>
- SINE, Jeffrey. **Demand for episodes of care in the China health insurance experiment**. RAND Dissertation, 1994. Disponível em: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs\\_dissertations/2006/RGSD110.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs_dissertations/2006/RGSD110.pdf)
- STANCIOLI, Anderson. **Incentivos e Risco Moral nos Planos de Saúde no Brasil**. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Economia e Administração da USP (FEA-USP), 2002. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/teses/usp/Stancioli.pdf>
- WEISBROD, Burton A. **The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment**. Journal of economic literature, v. 29, n. 2, p. 523-552, 1991.

## Estudo Técnico

Estudo Técnico é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

A reprodução, total ou parcial desta publicação somente é permitida com citação da fonte

### Cômite Executivo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog

### Expediente Editores Responsáveis

**Reinaldo Camargo Scheibe** – Presidente da Abramge  
**Cadri Massuda** – Presidente do Sinamge  
**Geraldo Almeida Lima** – Presidente do Sinog  
**Carlito Marques** – Secretário Geral da Abramge  
**Paulo Gabriel** – Diretor da Abramge  
**Lício Cintra** – Diretor do Sinamge  
**Francisco Eduardo Wisneski** – Superintendente do Sistema Abramge

**Economista Chefe:** Marcos Novais  
**Economista:** Gustavo Bruschi  
**Jornalista Responsável:** Gustavo Sierra. Mtb 76.114  
**Gerente de Marketing e Eventos:** Keiko Otsuka Mauro  
**Projeto Gráfico:** Gilvan Filho  
**Impressão:** Gráfica Referência



abramge • sinamge • sinog

Rua Treze de Maio, 1540.Bela Vista  
013027-002 . São Paulo . SP

11 3289.7511 . [imprensa@abramge.com.br](mailto:imprensa@abramge.com.br)