

Alberto Hideki Kanamura^I

Ana Luiza D'Ávila Viana^{II}

Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê

High expenditure on a private healthcare plan: for whom and in what

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os gastos e o perfil de beneficiários de um plano de saúde privado e o impacto desses gastos nas finanças do plano e dos beneficiários.

MÉTODOS: Estudo descritivo, incluindo 64.219 clientes de um plano de saúde que opera no Estado de São Paulo, no ano de 2003. Foram analisadas as características dos clientes de gastos elevados segundo a distribuição etária, por sexo, natureza dos gastos e doenças relacionadas.

RESULTADOS: Dentre todos os clientes, 642 beneficiários (1%) produziram os maiores gastos no ano, responsáveis por 36% do total. Dentre esses beneficiários, 45% eram idosos acima de 60 anos. O maior gasto foi com material e medicamento. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, do sistema osteomuscular, do aparelho respiratório e as causas externas foram as mais freqüentemente relacionadas a esses gastos.

CONCLUSÕES: A idade é um importante fator associado aos gastos elevados, tendo estreita relação com as doenças crônico-degenerativas. Assim, o envelhecimento da população aponta a necessidade de mudanças estratégicas na gestão dos planos de saúde privados.

DESCRITORES: Sistemas pré-pagos de saúde, economia. Gastos em saúde. Custos de cuidados de saúde. Economia e organizações de saúde.

^I Programa de Pós-graduação. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina (FM). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. FM-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Alberto Hideki Kanamura
R. Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, apto. 34
05415-020 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: ahkanamura@uol.com.br

Recebido: 17/5/2006

Revisado: 1/2/2007

Aprovado: 20/6/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess expenditures and the profile of beneficiaries of a private health plan and the impact of these expenditures on the finances of both the plan and of beneficiaries.

METHODS: Descriptive study including 64,219 costumers of a health insurance plan of the State of São Paulo in the year of 2003. The characteristics of high spenders were assessed according to age group, gender, type of expenditure, and related diseases.

RESULTS: Among all customers, 642 beneficiaries (1%) were the highest spender in the year, accounting for 36% of the total. Among these beneficiaries, 45% were elderly, over 60 years old. Greatest expenditure was with medical supplies and drugs. Circulatory diseases, cancer, musculoskeletal diseases, respiratory tract diseases and the external causes were most frequently associated with these expenditures.

CONCLUSIONS: Age is an important factor associated with high expenditures, being closely connected with chronic degenerative diseases. Thus, ageing of the population points out to the need for strategic changes in the management of private health care plans.

KEY WORDS: Health maintenance organizations, economics. Health expenditures. Health care costs. Health care economics and organizations.

INTRODUÇÃO

Saúde é um dever do Estado, segundo a Constituição. O Brasil possui um sistema de saúde de financiamento público, de acesso universal e gratuito. A despeito disso, regulamentou-se com a Lei 9.656 de 1998, o que se convencionou chamar de “planos de saúde”, de financiamento privado e de acesso restrito a associados pagantes. Desde então, a adaptação dos planos às novas regras ainda não se deu em toda a sua plenitude, segundo Bahia¹ (2001). Operadoras e consumidores não estão satisfeitos. Os pontos críticos para as primeiras são os custos e para os outros, os preços cobrados.

Um mundo sem doenças parece mais próximo, mas a que custo? Weinstein & Stason¹⁰ (1977) afirmam: “Agora é quase universal a crença de que recursos disponíveis para cuidados à saúde são limitados. Esse fato não era, talvez, perceptível há poucas décadas, antes da difusão do seguro saúde e da proliferação da tecnologia médica que se tem hoje”. Carvalho & Garcia² (2003) alertam para o rápido envelhecimento da população brasileira, o que tem forte impacto nos gastos em saúde. De acordo com projeções de Kilsztajn et al,⁷ esses gastos podem chegar a 25% do produto interno bruto (PIB) em 2050. O crescimento da participação no PIB dos gastos com saúde é

tema entre políticos, administradores e acadêmicos do mundo todo.

Um dos grandes desafios na gestão de um plano privado de assistência médico-hospitalar é o manejo dos eventos mórbidos que resultam em gastos elevados. Até a promulgação da Lei 9.656 os planos reduziam o risco que esses eventos representavam, limitando a cobertura de dias de internação (em especial em terapia intensiva), exames de alto custo, ou mesmo a exclusão na cobertura de determinadas afecções, o que agora é proibido. Os gastos com saúde não afetam as pessoas de forma uniforme, e é quase intuitivo que uma minoria gaste muito, enquanto a grande maioria gaste pouco. Essa distribuição se enquadra no princípio de Pareto, observando uma proporção na qual uma minoria das ações produz a maioria dos resultados, conceito difundido no meio empresarial.

A presente pesquisa teve por objetivo analisar os maiores gastos e o perfil de beneficiários de um plano de saúde privado e o impacto desses gastos nas finanças do plano e dos beneficiários. Adicionalmente, estudou-se, na perspectiva epidemiológica, as características das pessoas beneficiárias do plano de saúde que incorreram em gastos elevados.

MÉTODOS

O universo do estudo foi a população de beneficiários do plano de saúde de uma empresa do setor de serviços, que atua no estado de São Paulo e que opera um plano de saúde, destinado a empregados, dependentes e agregados. O plano está organizado há mais de dez anos na modalidade autogestão, participando da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.* O acesso à base de dados foi autorizado pela empresa, salvaguardado o aspecto sigiloso da informação.

“Custo” e “gasto” são utilizados como sinônimos, uma vez que os valores em reais expressos referem-se para a operadora aos custos dos serviços e gastos nos pagamentos. A definição de “gasto elevado” foi inspirada em obra de Pochman et al⁹ (2004), cujo objeto do estudo foram as cinco mil famílias com volume patrimonial equivalente a 42% de todo o fluxo de renda gerada pelo País no período de um ano. Nesse estudo definiu-se ricos, “*grosso modo*, como o centil superior da distribuição de renda”. Transportou-se então essa idéia para definir o conceito de gasto elevado, considerando-se como tal todo gasto situado a partir do percentil 99, adotado como separatriz em uma distribuição de gastos feitos durante um ano por cada beneficiário, ordenadas em ordem crescente. O critério define o gasto elevado como valor relativo, mantendo uma proporção constante de beneficiários em relação ao todo, permitindo avaliar o impacto dos gastos desses beneficiários nas finanças do plano de saúde.

Uma vez que o período adotado foi de um ano, o valor entre uma despesa feita em janeiro e outra feita em dezembro foi influenciado por inflação de 14,7%, variação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) em 2002. Os valores não foram corrigidos mês a mês, considerando que o poder de compra da moeda foi constante ao longo do ano. Essa opção implicou em assumir um erro na posição da separatriz com variação de até 14,7%.

Os dados foram provenientes de fonte secundária, fornecidos em três arquivos em planilha eletrônica. Um primeiro arquivo referente ao perfil da população (quantidade de indivíduos e totalização de gastos realizados) por faixa etária, segundo a distribuição preconizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) à época (de zero a 17 anos, de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos e maiores de 70 anos). Um segundo arquivo referente à consolidação de todas as despesas pagas entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2002, por indivíduo da lista dos 642 casos que compuseram o grupo de gastos elevados pelo gasto elevado. Cada indivíduo foi identificado por um número de registro, sua idade, sexo,

código de procedimento utilizado, descrição do procedimento, a quantidade consumida e o valor da despesa por código. Um terceiro arquivo contendo o número de registro e o código CID-10 declarado pelo fornecedor do serviço e quantidade de vezes que o código foi declarado. O primeiro arquivo permitiu a construção da tabela de distribuição da população por faixa de idade e o volume de despesa relativo. O segundo arquivo foi tratado para determinar, para cada beneficiário, gastos com honorários (serviços médicos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), diárias (acomodação por um dia de internação), taxas hospitalares (serviços não incluídos como honorário ou diária), materiais e medicamentos (consumido de forma individualizada e discriminado como tal). O terceiro arquivo relacionou cada caso de afetado com os diagnósticos declarados. Dado que cada beneficiário podia ter tido uma série de contatos com serviços de saúde durante o ano, houve mais de um diagnóstico registrado por beneficiário. O critério adotado na escolha do diagnóstico principal foi o da “análise por causa única em morbidade”, procurando seguir as recomendações das Regras e Disposições para a Codificação de Mortalidade e Morbidade da Classificação Internacional de Doenças.⁸

Com a união dos dados dos arquivos 2 e 3 foi construída uma planilha com: um caso em cada linha (642 casos) e dez colunas indicando o número de ordem, idade, sexo, diagnóstico principal, uso de terapia intensiva, gasto com honorários, gasto com diárias, gasto com taxas hospitalares, gasto com materiais e medicamentos, soma dos gastos. Desses dados foi feito estudo descritivo dos gastos, das características da população, dos diagnósticos e das frequências nas diversas combinações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 29/4/04, sob protocolo número 271/04.

RESULTADOS

A população do universo (total de beneficiários do plano de saúde em 2002) foi composta por 64.219 beneficiários, gasto de R\$ 76.759.169,00; gasto médio per capita de R\$ 1.195,00 (Tabela 1) e mediana de R\$ 306,00.

As 642 pessoas, classificadas como usuários com gasto elevado (UGE), gastaram R\$ 27.848.801,00. O gasto variou de R\$ 13.980,00 a R\$ 569.899,00. O gasto médio per capita foi de R\$ 43.378,00 (Tabela 2) e a mediana de R\$ 26.705,00. A população masculina gastou 56% do total, enquanto a feminina 44%. Os homens gastaram

* União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão em saúde no Brasil, 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo; 2005.

mais em todas as faixas, exceto na faixa de 30 e 39 anos. O gasto médio dos homens foi de R\$ 46.945,00 e das mulheres R\$ 39.582,00.

No conjunto dos beneficiários do universo do estudo (Tabela 1) o gasto médio per capita cresceu à medida que a idade avançava. O gasto médio dos maiores de 60 e 70 anos foram respectivamente 8,3 e 11,4 vezes maior que o dos menores de 18 anos; o gasto médio dos UGE (Tabela 2) não teve a mesma tendência. A dispersão em torno da média dos valores per capita foi pequena. Quando há gasto elevado, gasta-se muito, independente da idade.

Dentre os UGE, 45,4% tinham mais de 60 anos de idade, enquanto na população universo 8,5% tinham mais de 60 anos. A mediana etária entre os UGE foi de 58 anos, enquanto a mediana no universo entre 30 e 39 anos foi próxima a 34. Desses usuários, 51,5% eram do sexo masculino, esta proporção era de 49,3% na população universo.

O gasto total dos UGE teve importante impacto no custo per capita do plano de saúde. Esses usuários gastaram o

Tabela 1. Distribuição de todos os beneficiários de um plano de saúde privado, segundo faixa etária, proporção e gasto per capita. Estado de São Paulo, 2002.

Faixa etária	N	%	Gasto per capita (R\$)
0 a 17 anos	17.627	27,5	483
18 a 29 anos	10.864	16,9	783
30 a 39 anos	9.999	15,6	994
40 a 49 anos	12.708	19,8	1.175
50 a 59 anos	7.528	11,7	1.697
60 a 69 anos	3.056	4,7	2.807
> de 70 anos	2.437	3,8	5.534
Total	64.219	100,0	1.195

equivalente a 36,2% do total despendido pelo plano de saúde. O gasto médio per capita da população com gasto elevado correspondeu a gasto 36,29 vezes maior que a universo. Isso significa que o grupo de gastos elevados, representante de 1% dos beneficiários, consumiu 56,38 vezes mais recursos, em média, que os demais 99%.

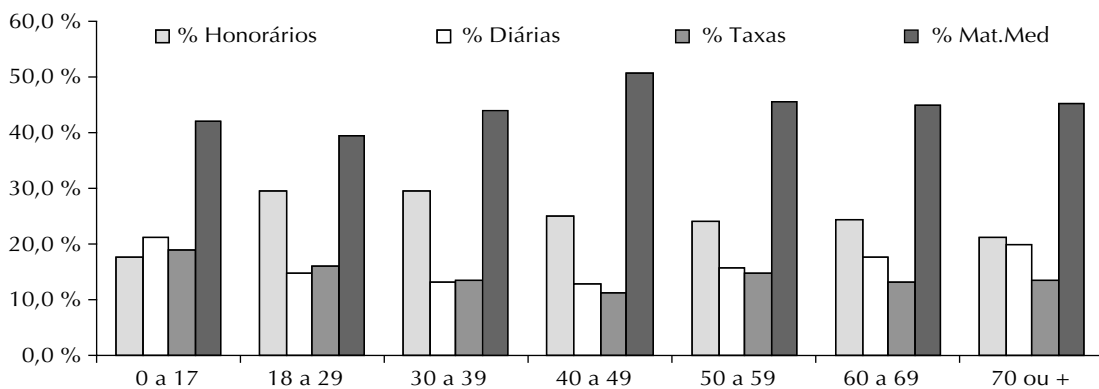


Figura 1. Participação percentual dos gastos dos beneficiários de plano de saúde privado com gastos elevados, segundo faixa etária. Estado de São Paulo, 2002.

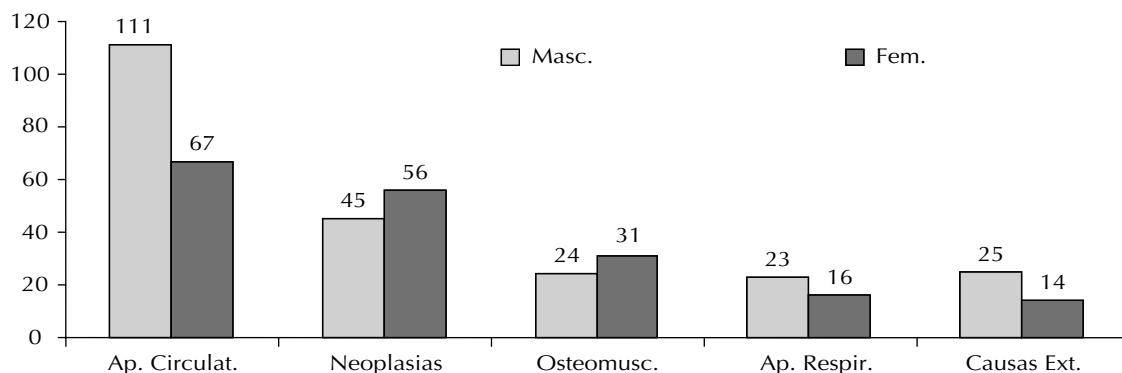


Figura 2. Diagnósticos mais frequentes a beneficiários de plano de saúde privado com gastos elevados, segundo sexo. Estado de São Paulo, 2002.

Tabela 2. Distribuição de beneficiários de um plano de saúde privado com os maiores gastos, segundo faixa etária, proporção de beneficiários e gasto per capita. Estado de São Paulo, 2002.

Faixa etária	N	%	Gasto per capita (R\$)
0 a 17 anos	29	4,5	53.338
18 a 29 anos	43	6,9	36.343
30 a 39 anos	42	6,5	33.396
40 a 49 anos	108	16,8	34.675
50 a 59 anos	128	19,9	38.754
60 a 69 anos	106	16,5	46.257
> de 70 anos	186	28,9	52.300
Total	642	100,0	43.378

Observa-se uma relação inversa ao analisar as proporções dos beneficiários por faixa de idade; a proporção decresce com a idade na população universo (Tabela 1) e cresce naquela com gastos elevados (Tabela 2).

Os gastos dos UGE foram despendidos na seguinte proporção: 45,4% com materiais e medicamentos; 23,6% com honorários; 17,2% diárias; 13,8% taxas hospitalares. O comportamento desses gastos em cada faixa de idade tem pequena variação, persistindo a predominância da maior proporção de despesas com material e medicamentos em todas as faixas etárias (Figura 1).

Cada beneficiário com gasto elevado pode ter sido acometido por uma ou várias doenças durante o período. Pela metodologia adotada, escolheu-se apenas o principal diagnóstico, aquele que mais contribuiu com o gasto elevado. Os diagnósticos principais mais frequentes estão apresentados na Tabela 3, em ordem decrescente de frequência. Os cinco diagnósticos mais frequentes apresentaram distribuição por sexo: predominância masculina nas doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e causas externas e predominância feminina para neoplasias malignas e doenças osteomusculares (Figura 2).

Analisando-se os grupos de doenças nas sub-categorias, observa-se grande frequência de doença isquêmica do coração nas doenças do aparelho circulatório; câncer de mama entre as neoplasias malignas; dorsopatias nas doenças do sistema osteomuscular. A cirurgia de hérnia discal foi predominante como tratamento e possivelmente é a razão do gasto elevado. Nas doenças do aparelho respiratório, a pneumonia foi o sub-grupo mais frequente. Entre as causas externas, a mais comum foi trauma de membro inferior e que atinge os idosos, a fratura do colo de fêmur.

Tabela 3. Proporção de diagnósticos principais entre beneficiários de um plano de saúde privado com os maiores gastos, em ordem decrescente. Estado de São Paulo, 2002.

Diagnóstico	%
Doenças do aparelho circulatório	27,7
Neoplasias malignas	15,7
Doenças do sistema osteomuscular	8,6
Doenças do aparelho respiratório	6,1
Causas externas	6,1
Sub-total	64,2
Doenças do sistema nervoso	5,4
Doenças do aparelho gênito-urinário	5,3
CID Indeterminado	4,8
Doenças do aparelho digestivo	4,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2,9
Achados anormais	2,8
Gravidez, parto e puerpério	2,0
Transtornos mentais	1,7
Doenças infecciosas	1,6
Afecções perinatais	1,6
Neoplasias benignas	1,2
Contato c/ serviço saúde	0,8
Doenças do olho e ouvido	0,5
Malformações congênitas	0,5
Doenças do sangue	0,3
Doenças pele e subcutâneo	0,2
Total	100,0

CID: Classificação Internacional de Doenças

DISCUSSÃO

Embora o presente estudo tenha se limitado à população de um plano de saúde em particular, acredita-se que a comparação com outros planos com composições populacionais semelhantes seja possível e útil.

O fato de os UGE terem grande impacto no custo per capita do plano de saúde (36%) é consistente com outros estudos. De acordo com Conwell & Cohen,* 1% da população não institucionalizada foi responsável por 22% dos gastos nos Estados Unidos; para Halvorson⁵ (2005), esta proporção foi de 30%. A diferença entre os estudos é porque o primeiro teve como fonte a pesquisa nacional em domicílio conduzida pelo *Medical Expenditure Panel Survey – Agency for Healthcare Research and Quality* (MEPS-AHRQ), em 2002, incluindo seguros privados, *Medicare*, *Medicaid* e despesas particulares. Halvorson⁵ estudou a população trabalhadora ativa americana.

* Conwell L, Cohen JW. Characteristics of Persons with High Medical Expenditures in the US Civilian Noninstitutionalized Population – 2002. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005 (MEPS Statistical Brief, 73). [Acesso em 12 maio 2005]. Disponível em: http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st73/stat73.pdf

A idade é fator de risco importante para a ocorrência do gasto elevado. A prevalência-período do desfecho estudado teve variação de 47 vezes entre as faixas extremas. No geral, o desfecho atingiu mais o sexo masculino e de forma mais importante em alguns diagnósticos.

Nos planos de saúde, cujo prêmio se dá por partição do gasto de forma solidária, o gasto da população com gasto elevado pode onerar o custo per capita dos participantes com menores riscos. Esse impacto seria menor nos planos cujo prêmio é proporcional ao risco que cada participante representa. A lei que impede o reajuste a partir dos 60 anos obriga o repasse do custo para as faixas menores, o que pode contribuir para inviabilizar os planos de saúde de adesão individual e voluntária. A aquisição de um plano de saúde passa pela análise do risco de adoecer, que Dranove & Satterthwaite³ (2000) denominam de *marketability of risk*, algo como “transacionabilidade do risco”, o princípio sob o qual está alicerçado o funcionamento dos planos de saúde. A desproporção entre o valor do prêmio e o risco, estando evidente demais, inibe a adesão dos mais jovens.

Materiais e medicamentos representaram parte substancial dos gastos e evidenciam a tecnologia utilizada. O uso indevido ou sem critério técnico pode inflar esses gastos. Carolyn & Clancy* questionam o custo-efetividade das novas tecnologias médicas; o custo da assistência farmacêutica nos Estados Unidos cresce 20% ao ano e que em função de eletrocardiogramas mal interpretados para definir se uma dor no peito representa ou não infarto. Os autores estimam que sejam feitas 200.000 internações desnecessárias por ano, metade em unidades de terapia intensiva, gastos de US\$ 728 milhões que poderiam ser evitados. Ainda segundo esses autores, 4 milhões de americanos (15%) diagnosticados por ano com pneumonia, são hospitalizados por erro na avaliação do seu risco, quando poderiam ser tratados em casa.

Os honorários têm uma participação proporcional pequena (24%) entre os UGE, variando nas diversas faixas entre 20% e 30%.

A seqüência dos principais diagnósticos é parecida com as causas de mortalidade proporcional do Estado de São Paulo: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças osteomusculares, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Os dados do Ministério da Saúde,** referentes a 1999, repetem os

mesmos grupos, na mesma ordem, excetuando as doenças osteomusculares: aparelho circulatório (32,8%), neoplasias malignas (15,6%), causas externas (15,4%), aparelho respiratório (11,2%) e doenças infecciosas e parasitárias (5,3%). As doenças osteomusculares não são importantes como causa de mortalidade (apenas 0,2%).

A frequência das doenças que mais matam são também as que mais gastam, levando a crer que exista relação entre letalidade e gasto elevado. O achado corrobora um dado da literatura americana, segundo Hurley⁶ (2001), citando trabalhos de Newhouse & Weisbrod, entre os beneficiários do programa *Medicare* dos Estados Unidos, 28% dos gastos com saúde ocorre no último ano de vida dos indivíduos.

Para Halvorson⁵ (2005) a solução para a crise de custo do sistema de saúde é identificar condições crônicas e agudas que conduzam as pessoas ao grupo dos gastos elevados e desviá-las dessa trajetória por meio de intervenções. Planejamento em saúde passa por escolhas. É preciso distinguir, como propõe Williams¹¹ (1997), dois tipos de escolhas: uma que ocorra no nível da prática clínica e outra no processo de planejamento sanitário. Para um paciente em particular, o dever do médico é encontrar o que há de melhor dentro do que existe disponível. Para o processo de planejamento coletivo é preciso se preocupar com os grandes grupos de potenciais doentes para uma ação futura, que leve em consideração que conhecimentos e aparatos estarão disponíveis nesse futuro.

O gasto médio per capita encontrado de R\$ 1.195,00 é um valor adequado para financiar um sistema de saúde? A média apurada nos EUA em 2002, era de US\$ 3.302, segundo Kashihara & Carper.*** A discussão de quanto deve gastar um bom sistema de saúde não é tão simples, e mesmos entre os 29 países já desenvolvidos da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) o custo per capita anual dos seus sistemas de saúde variam mais de dez vezes, segundo Gerdtam & Jönsson⁴ (2000).

Os resultados também apontam a necessidade de outra mudança estratégica na gestão dos planos de saúde. A idade foi a variável mais importante associada aos gastos elevados, com estreita relação com as doenças crônico-degenerativas.

* Carolyn M, Clancy MD. Testimony on Technology, Innovation and the Costs of Healthcare. Before the Joint Economic Committee, July 9, 2003. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003 [Acesso em 10 ago 2004]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/news/test70903.htm>

** Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Tabela 10.1 – Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas Seleccionadas (1) Regiões do Brasil e Unidades da Federação 1999. In: Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001 [acesso em 13 jan 2004]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/mortal/Mmortal10.1a.cfm>

*** Kashihara D, Carper K. National Healthcare Expenses in de U.S. Community Population, 2002. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. (MEPS Statistical Brief, 61). [Acesso em 12 maio 2005]. Disponível em: http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st61/stat61.pdf

A gestão das doenças crônicas e degenerativas parece crucial para redução dos gastos elevados. O avançar da idade é uma condição que não se impede, é preciso uma atitude pró-ativa para controlar o agravamento destas afecções, seja pela prevenção e pelo diagnóstico precoce ou, quando a doença já avançou, adotar procedimentos que minimizem gastos desnecessários.

Para Rosanvallon* (1998) a sociedade precisa de um novo sistema de proteção social, depois de removido o “véu da ignorância” que pressupunha igualdade dos

indivíduos diante dos diferentes riscos e que devem agora considerar as transformações por que passa a percepção do risco de adoecer.

O envelhecimento da população põe em cheque a sustentabilidade dos planos de saúde. A saúde do idoso deveria ser vista mais como problema social do que risco a ser segurado. Planos privados de saúde não são solução para a saúde do idoso. Somente o Estado pode assegurar uma velhice bem assistida, na perspectiva de um Estado Providência, que efetivamente cumpra sua função.

REFERÊNCIAS

1. Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Barjas N, Giovanni GD, organizadores. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Editora UNICAMP; 2001.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico, *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33.
3. Dranove D, Satterthwaite M. The Industrial Organization of Health Care Market. In: Culyer AJ, Newhouse JP, organizadores. Handbook of Health Economics. North Holland: Elsevier; 2000. p. 1095-139.
4. Gerdtham UG, Jönsson B. International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. In: Culyer AJ, Newhouse JP, organizadores. Handbook of Health Economics. North Holland: Elsevier; 2000. p. 13-53.
5. Halvorson GC. Healthcare tipping points. *Healthcare Financ Manage*. 2005;59(3):74-80.
6. Hurley J. An overview of the normative economics of the health sector. In: Culyer AJ, Newhouse JP, organizadores. Handbook of Health Economics. North Holland: Elsevier; 2000. p. 57-118.
7. Kilsztajn S, Rossbach A, Câmara MB, Carmo MSN. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Rev Bras Estud Popul*. 2003;20(1):93-108. [Acesso em 10/1/2005] Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n1_2003/vol20_n1_2003_8artigo_p93a108.pdf
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2001.
9. Pochmann M, Campos A, Barbosa A, Amorin R, Silva R, organizadores. Atlas da exclusão social no Brasil: os ricos no Brasil. São Paulo: Cortez; 2004. v.3.
10. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med*. 1977;296(13):716-21.
11. Williams A. The Cost-Benefit Approach In: Williams A, Culyer AJ, Maynard A, editores. Being Reasonable about the Economics of Health: Selected Essays Cheltenham, UK: Edward Elgar ;1997.

* Rosanvallon P. A nova questão social. Repensando o Estado Providência. Trad. S. Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela; 1998.

Artigo baseado em dissertação de mestrado de AH Kanamura, apresentada à Faculdade de Medicina da USP, em 2005.