

Universalização do acesso à saúde via seguros privados

Marcos Paulo Novais Silva
Carina Burri Martins

José Cechin
Superintendente Executivo

APRESENTAÇÃO

Este trabalho analisa a reforma do Sistema de Saúde dos EUA. Descrevem-se os motivos para reformar o sistema de saúde - custos e cobertura; as tentativas de reforma no passado; as principais medidas previstas na lei aprovada; e a relação entre a reforma e a legislação brasileira.

1 INTRODUÇÃO

Os Estados Unidos enfrentam há décadas contínuos aumentos nos custos de saúde, de forma que, a cada ano maior parcela da renda é destinada ao pagamento de serviços relacionados à saúde.

Por um lado os EUA possuem um sistema de saúde invejável no que se refere à: tecnologia, capacidade de realização de procedimentos complexos, sistema judiciário bem desenvolvido, hospitais de qualidade, capacidade expressiva de geração de conhecimento (resultando em grande número de patentes), dentre outros. No entanto, o funcionamento deste complexo sistema resultou em elevados custos, que oneram os orçamentos públicos, encarecem os preços dos planos de saúde e, conseqüentemente, deixam parcela expressiva da população sem cobertura. Abaixo estão em destaque alguns dos principais pontos que geram problemas de custo e cobertura.

- o elevado número de processos judiciais implica dois tipos de medidas de precaução por parte dos agentes (prestadores, médicos, operadoras, etc.). A primeira é a contratação de seguros de responsabilidade, que encarecem os serviços prestados, A segunda é a tendência à prática da medicina defensiva, em que os prestadores realizam um número excessivo de procedimentos para se resguardarem de possíveis ações responsabilidade. As duas linhas de ação impactam os custos;
- a incorporação de tecnologia passou a ser realizada sem a devida avaliação de custo e efetividade (Custos);

- a implantação da cultura do co-pagamento, cujo objetivo era de ser um fator moderador de utilização para evitar o uso desnecessário dos recursos da medicina e assim conter a escalada dos custos, encontrou dificuldades, pois muitos beneficiários não possuem renda suficiente para pagar sua parte no tratamento (Cobertura);
- a exclusão de elevado número de cidadãos que ficam sem nenhum tipo de cobertura médica, pois não são elegíveis aos programas do governo nem possuem renda suficiente para pagar as mensalidades dos planos (Cobertura).

A interferência do Estado na saúde via criação de um sistema público é de difícil aprovação por parte da sociedade norte-americana. As exceções foram os programas do Medicare e Medicaid criados em 1965. A própria proposta original do presidente Obama incluía um sistema público de saúde, na verdade uma operadora pública de seguro-saúde. Entretanto, para aprovação perante o Congresso tal medida teve de ser retirada do conjunto de propostas. A reforma aprovada representa, em linhas gerais, a obrigatoriedade de se contratar seguro-saúde, subsídios do estado para evitar que a contratação de planos privados comprometa parcela expressiva da renda das pessoas, aumento da cobertura do Medicaid, e interferências pontuais do estado na saúde. Em suma, trata-se de uma reforma dos seguros, cujo ponto central é proporcionar cobertura privada a milhões de americanos que atualmente não possuem.

2 CONTEXTUALIZANDO

O parque instalado de saúde nos Estados Unidos originou-se com instituições de direito privado sem fins lucrativos, de caridade, na sua maioria. Como bem expressado por Paul Starr¹ conforme a ciência foi introduzida no sistema, instituições filantrópicas e universidades foram se transformando em centros de treinamento e pesquisa para médicos. Grupos religiosos e étnicos estabeleceram seus próprios hospitais; também políticos colocaram sua marca no sistema, empenhando-se na montagem e operação de hospitais municipais e de condado, em troca de recompensa nas urnas. Em pouco tempo, empreendedores da saúde descobriram o potencial lucrativo de hospitais privados.

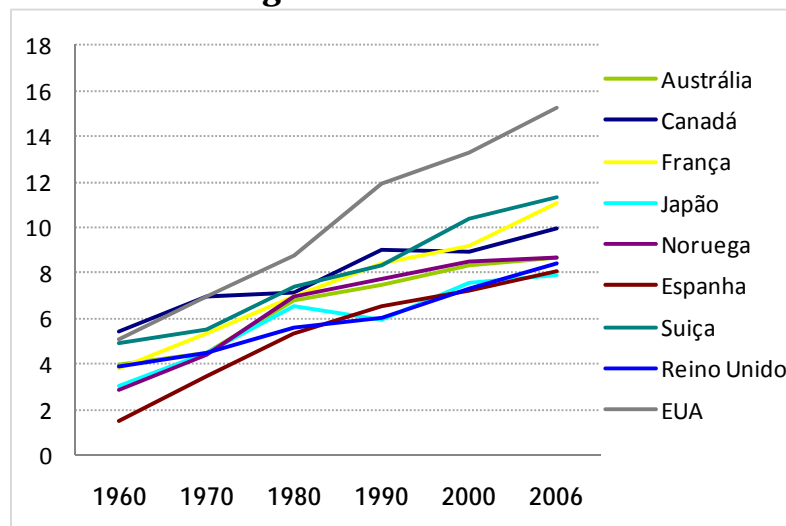
A preocupação sistemática com os crescentes custos da saúde tem registros que datam da época precedente à Grande Depressão. Ao final dos anos 20, cientistas e médicos ligados ao governo federal criaram o Comitê de Custos da Assistência Médica que, já àquele tempo, propôs reformulação do sistema de pagamento aos prestadores de serviços de saúde, substituindo o *fee for service*, visto como impulsionador de custos, por outras mecânicas menos premiadoras do uso excessivo. Contudo, as recomendações do comitê foram rechaçadas por grupos médicos que não admitiam abrir mão de controle, para nenhuma forma de intervenção governamental.

¹ Vencedor do prêmio Pulitzer por seu trabalho “The Social Transformation of American Medicine” (1982).

Os gastos com saúde ultrapassaram, em 2008, US\$ 2,3 tri ou 16% do PIB (US\$ 14,5 tri), sendo que, em 1960 os gastos com saúde representavam apenas 5% do PIB norte americano. De 1990 a 2008 os gastos, que eram de US\$ 713 bi, triplicaram.

O aumento nos custos no setor de saúde é um fenômeno mundial, fato claramente evidenciado no Gráfico 1. De 1960 a 2006, a Austrália que gastava 4% do PIB passou a 8,7%, na França e Noruega este valor triplicou (França de 3,8% para 11,1% e Noruega de 2,9% para 8,7%) e na Espanha mais do que quintuplicou, passando de 1,5% para 8,1%.

Gráfico 1 – Gastos em Saúde como Percentual do PIB para alguns Países da OECD



Fonte: OECD Health Data 2006 e World Health Data 2009.

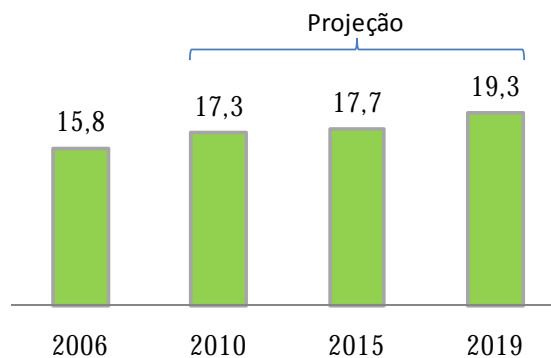
Os EUA² iniciaram a década de 1960 gastando um percentual do seu PIB em saúde muito próximo aos demais países, inclusive percentual menor do que o gasto pela Suíça. Entretanto, o país descola dos demais durante todo o período analisado. O gasto per capita em saúde dos americanos é o maior do mundo, em torno de US\$8.300 em 2009 (CBO, 2008), enquanto, em 2006, a Alemanha, França, Inglaterra e Japão gastaram US\$3.328, US\$3.554, US\$2.784 e US\$2.514, respectivamente (estatísticas da Organização Mundial da Saúde).

De acordo com Ranji et al. (2010) existem cinco principais fontes determinando o crescimento dos custos nos EUA: incorporação de tecnologias, envelhecimento da população, aumento da exposição para doenças crônicas, altos custos administrativos – atualmente estimados em 30% dos

² De acordo com Porter (2007) o elevado gasto norte americano não resulta em melhor assistência à saúde.

gastos totais³ e a própria elevação da renda que torna possível tratamentos antes não disponíveis para determinados indivíduos⁴. Diante destes, projeções do *Centers for Medicare and Medicaid Services* indicam que os custos continuarão crescendo e em 2019 os gastos em saúde serão responsáveis por, aproximadamente, um quinto do PIB deste país. Já em 2040, projeções do CBO⁵ (2008) estimam gastos com saúde da ordem de 40% do PIB.

Gráfico 2 – Projeção para os Gastos com Saúde como percentual do PIB Norte Americano



Fonte: Centers for Medicare and Medicaid Services⁶.

Se os preços para procedimentos, dispositivos, equipamentos e fármacos praticados nos EUA estivessem mais próximos aos dos demais países da OECD, seria possível economizar US\$650 bi por ano. O consumo de fármacos é um bom exemplo, pois, o consumo per capita dos EUA é 10% menor do que o dos demais países da OECD, no entanto, os preços são 50% superiores, resultando em gastos adicionais da ordem de US\$45 bi (Manchikanti e Hirsch, 2009).

A elevação nos custos da saúde representa um dos motivos para implantação da Reforma do Sistema Americano. Entretanto, existem outros problemas como: cobertura, coparticipação e preço dos planos de saúde. O Sistema de Saúde dos Estados Unidos contava com 46,3 milhões de americanos (15,4% da população) sem cobertura de saúde, em 2008 (DeNavas-Walt, 2009). Estima-se que 80 milhões de americanos têm alguma dificuldade de pagar os custos dos serviços de saúde, os preços dos planos dobrarão entre 2009 e 2020 e 8,3% da população têm planos com sistema de coparticipação, nos quais para alguns procedimentos esses custos pagos pelo segurado são superiores à renda familiar, tornando-os não segurados (Collins et al., 2009).

³ De acordo com Manchikanti e Hirsch (2009) ao considerarmos os gastos administrativos das seguradoras, prestadores de serviços, Medicare e Medicaid os custos com administração atingem 30% do total gasto em saúde.

⁴ Tosetti e Moscone (2007) fizeram testes para detectar a relação entre renda e gastos com saúde nos EUA. De acordo com os autores conforme a renda aumenta os indivíduos tendem a gastar mais com saúde.

⁵ *Congress Budget Office*

⁶ Disponível em: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2009.pdf>

2.1 Linha do Tempo

Em 1943, Franklin D. Roosevelt põe em prática a primeira tentativa na história americana de formulação de um sistema universal de saúde. O então presidente, preocupado com o ônus fiscal e social trazido pela Segunda Grande Guerra, rendeu-se à pressão dos grupos profissionais (médicos), já fortalecidos em seus argumentos por representantes das indústrias farmacêuticas e de seguros (Hoffman, 2003).

Em 1945, Harry S. Truman enviou ao congresso a proposta de um programa nacional para saúde⁷. O objetivo do plano era assegurar que todas as comunidades, não importando tamanho e nível de renda, possuíssem acesso à saúde. A principal medida propunha a criação de um seguro saúde nacional, aberto para qualquer americano. Os participantes pagariam uma mensalidade que cobriria os custos de atendimento médico e o governo pagaria pelos serviços do médico.

O presidente Lyndon Johnson, em 1965, sancionou o Medicare e o Medicaid (detalhados na seção seguinte). Ao contrário das tentativas frustradas de reforma ocorridas até então, marcadas pela rejeição da associação dos médicos, seguradoras e hospitais, os programas do Medicare e Medicaid obtiveram apoio destas sociedades. O principal motivo para o apoio ao Medicare está relacionado à elevação na expectativa de vida, encarecendo os custos da saúde e reduzindo a rentabilidade das seguradoras. Diante disto o governo passa assumir a responsabilidade pelo cuidado dos indivíduos maiores de 65 anos.

Richard Nixon, em 1974, enfatiza a necessidade combater os crescentes custos em saúde, que na ocasião apresentavam taxa de crescimento de 20% ao ano. Para tanto, propõe um programa que universalizava o seguro de saúde. O seguro não poderia custar mais do que cada americano pudesse pagar, sendo que, havendo necessidade, parte do prêmio seria pago por um fundo público. Não fazia parte da proposta um sistema público de saúde e sim subsidiar planos privados àqueles que não pudessem pagar.

O presidente Bill Clinton lançou, em 1993, uma proposta de projeto que propunha a criação de um conselho nacional de saúde, responsável por supervisionar os preços dos seguros de saúde, especificar os benefícios que deveriam ser cobertos e fazer cumprir as limitações gerais de gastos nos níveis estadual e nacional. O projeto de lei também requeria que todos os americanos obtivessem seguro de saúde. Tentativa foi barrada no Congresso.

⁷ Public Papers of the Presidents Harry S. Truman (disponível em: <http://www.trumanlibrary.org>).

Figura 1 – Linha do Tempo – Projetos de Reforma da Saúde Americana



Foram muitas as tentativas de implementar uma reforma no sistema de saúde americano. Todavia, todas elas apresentam características que as assemelham, por exemplo: o ponto de partida sempre foi a elevação dos custos da saúde e a cobertura, e no geral as propostas não indicam a criação de um sistema público e sim a formação de fundos públicos para subsidiar planos privados. É possível perceber que com o tempo as propostas ganham mais força. Isto se deve ao fato de que, os custos da saúde estão se tornando insustentáveis⁸ (Gráfico 1).

2.2 Medicare e Medicaid

Os Programas Medicare e Medicaid representam a primeira iniciativa pública de saúde nos EUA. A prioridade foi atender aos idosos, cujos custos de provimento de saúde são tão maiores quanto mais elevada é a expectativa de vida, e pobres sem qualquer tipo de acesso à saúde. Ficam fora destes benefícios indivíduos com idade inferior a 65 anos que possuem rendimentos superiores aos limites do Medicaid e imigrantes tanto legais quanto ilegais.

O Medicare é um sistema de seguros de saúde gerido pelo governo e destinado às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos. Em geral, idosos podem ser beneficiários do Medicare se tiverem contribuído para o sistema durante sua vida de trabalho por pelo menos 10 anos. Pessoas com menos de 65 podem se beneficiar da assistência do Medicare se forem portadores de alguma deficiência ou estiverem com doenças renais graves.

O programa do Medicare se divide em quatro grandes grupos: Parte A, Parte B, Parte C e Parte D. Antes de entender o que representa cada parte é importante destacar que o Medicare não cobre tudo. E o nível de cobertura está baseado nos serviços contratados (Parte A, B, C e D).

A Parte A cobre as internações hospitalares, assim como alguns cuidados paliativos, emergências e em alguns casos *home-care*. A maioria das pessoas não precisa pagar pela Parte A, pois já contribuíram durante a vida de trabalho com taxa descontada da folha de pagamento e igual parte paga pelo empregador.

⁸ O relatório **A Saúde em 2015: “Ganha-Ganha” ou “Todos Perdem”** aponta que o sistema de saúde poderá se tornar insustentável, no caso de não adaptação ao novo ambiente de mercado, constituído por: mudanças demográficas, globalização, consumismo, maior incidência de doenças, tecnologias e tratamentos novos e caros.

A Parte B oferece cobertura para serviços médicos e ambulatoriais. Para este é necessário o pagamento de um prêmio mensal.

A Parte C (chamada de *Medicare Advantage Plus*) combina aspectos das Partes A e B, porém, abrange todos os cuidados necessários. A principal diferença é que são empresas privadas que oferecem este tipo de cobertura e diferentemente da Parte A é necessário pagamento pelos serviços.

E a Parte D, destinada para cobertura de fármacos, pode ser adquirida por qualquer beneficiário do Medicare mediante pagamento de prêmios mensais.

O Medicaid é o programa de saúde destinado a indivíduos e famílias de baixa renda. Para ser elegível ao programa são considerados diversos aspectos, que podem incluir: idade, gravidez, deficiência física e nível de renda. A idade é fator tanto para o Medicare quanto Medicaid, pois é possível integrar os benefícios dos dois programas. A administração do Medicaid, assim como as exigências para ser elegível ao programa são definidas por cada estado.

Não é propósito deste trabalho apresentar a legislação vigente em cada um dos 51 estados. Por isso, apresenta-se uma visão geral a respeito da renda mínima necessária para elegibilidade. Em 34 dos 51 estados, é necessário, para ser elegível ao Medicaid, renda inferior à linha de pobreza federal (LPF), sendo que em 17 destes o limite de renda é ainda menor – metade da LPF. Em 2009 estavam na linha de pobreza federal, indivíduos solteiros que receberam até US\$ 10.830 no ano ou família de quatro pessoas com rendimentos de até US\$ 22.050 no ano.

Para financiar o Medicaid cada estado conta com transferências do governo federal às quais deve adicionar recursos próprios. A porcentagem dos gastos cobertos pelo governo federal varia de estado para estado, sempre entre 50% e 83%. A transferência está inversamente relacionada à renda per capita do estado – estados ricos têm menor participação do governo federal do que estados pobres.

Ambos os programas atendem somente a cidadãos americanos ou imigrantes que estejam no país de forma legal.

3 REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA: ASPECTOS GERAIS

A reforma pretende abordar oito principais pontos: reduzir a taxa de crescimentos dos custos em saúde; proteger as famílias de gastos não esperados para o cuidado da saúde; garantir, aos beneficiários, a escolha do médico e do plano; investir em prevenção e no bem-estar; melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente; assegurar o acesso à cobertura de planos de saúde

de qualidade a preços acessíveis; e acabar com as barreiras que impedem a contratação do seguro por pessoas que tenham doenças pré-existentes.

Adiante, estão dispostas as principais medidas a serem tomadas⁹:

- **Obrigação do indivíduo:** todo cidadão americano ou imigrante legal deve contratar um seguro de saúde, sob pena de multa se não o fizer. É garantida exceção para indivíduos com dificuldades financeiras, objeções religiosas, índios, presidiários e aqueles que ficaram sem seguro por no máximo 3 meses.

- **Obrigação das empresas:** toda empresa que empregue mais de 50 funcionários, não ofereça seguros de saúde aos mesmos e ao menos um funcionário possua subsídio do governo para pagamento do prêmio de seguro será obrigada a disponibilizar seguros aos seus empregados ou pagar multa ao governo.

- **Expansão do programa Público:** é responsabilidade do governo federal expandir a cobertura do programa Medicaid.

- **Subsídios ao indivíduo:** todo indivíduo com renda mensal de até quatro vezes a linha de pobreza federal (US\$ 43.320 para solteiros e US\$ 88.200 para famílias com quatro pessoas), excluídos aqueles já atendidos pelo programa Medicaid, receberão auxílio (subsídio) de um fundo público para o pagamento do plano de saúde. Indivíduos que possuem plano coletivo poderão receber subsídios se o empregador custear menos de 60% do prêmio ou a parcela do empregado exceder 9,8% da sua renda. O subsídio oferecido pelo governo não poderá custear cobertura para aborto.

- **Subsídios às empresas:** pequenas empresas receberão subsídios do governo para comprar seguro saúde para seus funcionários, desde que tenham não mais do que 25 empregados e salários médio que não ultrapasse US\$40 mil.

- **Taxas e Impostos:** a proposta envolve a criação das seguintes fontes de receita: multa que incide sobre indivíduos e grandes empresas que não contratam planos de saúde; taxa sobre os planos ditos “*cadillac*” (planos com cobertura completa)¹⁰; aumentos dos encargos sobre a folha de pagamento, que custeiam o Medicare Part A, de 1,45% para 2,35% (para renda individual anual de

⁹ **Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposal.** Kaiser Family Foundation. Disponível em: <http://www.kff.org/healthreform/sidebyside.cfm>

¹⁰ De acordo com McDevitt (2009) é um equívoco taxar planos ditos mais caros. O autor justifica que os preços dos planos de saúde variam muito de região para região e tipo de profissão do beneficiário, tão logo, não necessariamente estariam sendo taxados indivíduos de alta renda, e sim moradores de certas regiões ou cuja profissão exijam seguros mais caros.

no mínimo US\$ 200 mil e casais US\$ 250 mil); e tributos que incidem sobre a cadeia da saúde, por exemplo, sobre dispositivos médicos, operadoras e indústria farmacêutica.

- **Criação de opção pública para seguro:** a criação de uma opção pública de seguros não faz parte da proposta do Senado ou do Presidente Obama.

- **Cobertura Mínima:** cria um conjunto mínimo de benefícios que deverão ser cobertos (plano referência) e impõe limites para a co-participação dos beneficiários. Requer a criação de uma secretaria que atualize anualmente o conjunto mínimo de benefícios, de forma transparente e pública.

- **Mudanças para seguros privados:** estabelece um processo para revisar o aumento nos preços dos prêmios do plano de saúde, podendo até exigir justificativas para o aumento ou vetá-lo. Proíbe as seguradoras de: impor limites sobre o valor da cobertura; discriminar beneficiários em razão de doenças pré-existentes; e rescindir contratos de cobertura, exceto em caso de fraude. Propõe a criação de um resseguro temporário, para ajudar a estabilizar o valor dos prêmios nos primeiros três anos do programa, em especial, devido ao risco de intensificação da seleção adversa.

- **Obrigações do Estado:** entre todas as obrigações do estado já descritas entre os vários itens da reforma, destaca-se também a criação de um escritório responsável por dar assistência aos beneficiários de planos de saúde, servindo-os como defensores.

- **Contenção dos custos:** para reduzir custos a reforma prevê: simplificar a administração das operadoras; alterar a forma de pagamento do Medicare para premiar as melhorias de performance e qualidade; criar um centro de inovação dentro dos programas do Medicare e Medicaid para testar, avaliar e expandir as estruturas de pagamento e diferentes metodologias para promover o cuidado ao paciente; autorizar a agência FDA (*Food and Drug Administration*) a aprovar as versões genéricas dos medicamentos após 12 anos de registro da patente; reduzir as fraudes, desperdícios e abusos aos programas públicos, através de uma seleção mais criteriosa de prestadores de serviços; e criar uma base de dados completa e compartilhada entre o governo federal e estadual.

- **Melhorando a Qualidade e performance do Sistema de Saúde:** Estabelece um centro de pesquisas, cujo objetivo é identificar prioridades e conduzir estudos que comparam a efetividade de tratamentos médicos. Requer a divulgação das transações financeiras entre médicos, prestadores, fabricantes, distribuidores e seguradoras. No âmbito do Medicare e Medicaid as propostas incluem: constituição de um programa piloto que avalie diferentes formas de pagamentos por serviços médicos; um programa de *homecare* e de acompanhamento com equipes de profissionais, cujo objetivo é diminuir hospitalizações evitáveis e re-internações; promoção e desenvolvimento de formas de pagamento que premiem a qualidade e desempenho do atendimento.

- **Prevenção e bem-estar:** prevê um programa nacional de prevenção e promoção da saúde. Para coordenar o programa é sugerida a criação de um conselho de saúde pública e formação de um fundo público. A cobertura de serviços de prevenção não pode conter co-participação por parte do beneficiário. No que tange a bem-estar, serão disponibilizados subsídios para pequenas empresas que estabelecerem programa de melhoria na qualidade de vida, além de permitir que os empregadores ofereçam aos empregados bônus para quem participar do programa.
- **Outros Investimentos:** promover um sistema de controle que permite o desenvolvimento de uma estratégia para a força de trabalho na saúde. Alguns quesitos essenciais são: aumentar o número de formandos em medicina; redistribuir a oferta de profissionais; priorizar a formação de clínico e cirurgião geral; apoiar a formação de profissionais de enfermagem; e melhorar o financiamento para centros de saúde comunitários.
- **Custo do Programa:** de acordo com o CBO (*Congressional Budget Office*) a reforma exige gastos que giram em torno de US\$938 bi nos próximos dez anos. Entretanto, devido às melhorias na qualidade da assistência, na produtividade dos trabalhadores, economias no Medicare, e principalmente aumento da tributação estima-se que o resultado final seja uma redução do déficit fiscal do governo no período de US\$124 bi.

As seções seguintes objetivam ampliar a compreensão do que está previsto no novo sistema de Saúde norte-americano.

3.1 Subsídios

A reforma pretende estender o programa do Medicaid, regulamentando-o em âmbito federal, para que qualquer indivíduo, ou família, com renda de até 133% da LPF (ou US\$ 14.404 para um indivíduo e US\$ 29.327 para famílias com 4 pessoas) torne-se elegível ao programa.

Além de aumentar o número de assistidos pelo Medicaid, serão oferecidos subsídios para compra de planos para indivíduos e famílias com rendas de até quatro vezes a LPF (US\$ 43.320 para solteiros e US\$ 88.200 para famílias). O fornecimento de subsídios prevê limites para o uso da renda dos indivíduos com pagamentos de mensalidades de plano, sendo que, a parcela que exceder este limite será subsidiada pelo governo. Por exemplo, indivíduos com renda de US\$ 16 mil pagarão no máximo 2,5% de sua renda com planos de saúde, ou seja, se o plano custar US\$ 6.000 ao ano o indivíduo arcaria com US\$ 400 e o governo pagaria o restante. Estimativas do CBO (2010) apontam gastos do governo da ordem de US\$ 350 bi entre 2010 e 2019 com pagamento de subsídios.

3.2 Faixa Etária

Com o avanço da idade maior fica o risco relacionado à saúde e maiores tendem a ser os custos para tratamento. Isso ocorre por causa da maior incidência de doenças crônicas e crônico-degenerativas, maior tempo necessário para recuperação, necessidade de exames complementares, maior uso de medicamentos, etc. De fato, a idade é importante quesito para diferenciar o risco entre beneficiários. Estudos¹¹ demonstram que os gastos em saúde podem variar mais do que 7 vezes entre faixas etárias.

É importante verificar que efeitos se pode esperar da limitação de diferenciar preços dos planos e seguros de saúde por idade. Se fosse adotado preço médio único para todas as idades, o preço resultante seria maiores do que o risco para os jovens e menores que o risco para idosos. Os jovens perceberiam uma mensalidade muito alta em relação aos gastos que esperam ter e, deixados livres, optariam por não ter plano. O oposto com os idosos que teriam mensalidades inferiores ao custo esperado. Os jovens seriam desestimulados a participar do seguro; e o contrário com os idosos. O resultado seria um novo preço médio mais alto, o que reduz ainda mais o número de jovens. Este mecanismo, conhecido como seleção adversa, resultaria em preços de planos elevados e menor número de pessoas cobertas.

Assim, limitar a diferença de mensalidades por idade em amplitude menor do que a diferença nos custos esperados tem como consequência um subsídio cruzado, com os jovens arcando com uma parcela do custo dos idosos. A razão para esse subsídio cruzado seria o fato de os idosos, normalmente já aposentados, terem reduzidas as suas fontes de renda. Mas o efeito é intensificar a seleção adversa, pois os jovens, podendo, optariam por não ter seguro-saúde.

Para evitar a seleção adversa decorrente do limite de variação de preços por idade em três vezes, a reforma americana torna obrigatório o seguro saúde e impõe multas para aqueles que são elegíveis a financiar seu plano caso não o adquiram. O objetivo da obrigatoriedade e da multa é impedir a seleção adversa, ou seja, a opção dos jovens de não ter seguro-saúde e o conseqüente encarecimento das mensalidades.

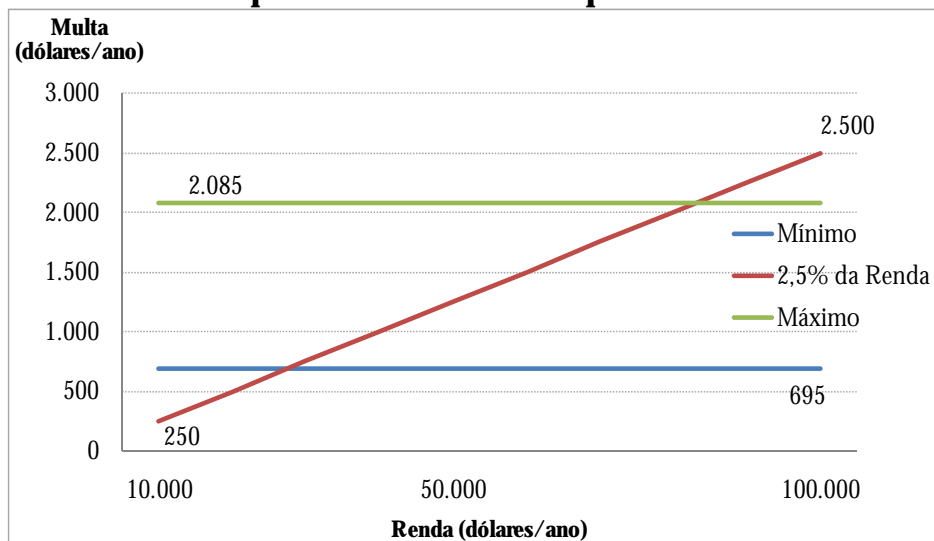
É importante deixar claro que como o Medicare oferece cobertura a indivíduos com idade superior a 65 anos, a diferença de mensalidades por idade que afeta a seleção adversa é a que prevalece nas idades até a da elegibilidade a esse programa público. A diferença de despesas médicas médias, que equivalem ao risco a ser coberto pelo seguro-saúde, entre as idades até os 65 anos deve estar próxima a três vezes. Alguns estudos mostram que a relação de gastos com saúde entre os mais jovens e idosos na faixa de 60-69 anos é de quatro vezes¹¹. Deverá, portanto ser um pouco menor

¹¹ *Parecer Técnico Atuarial*, disponível em: <http://www.iess.org.br/html/FaixaEtariaParecerTecnicoAtuarial.pdf>

para idades até 65. Assim, a imposição do limite de variação não está muito distante da variação dos gastos.

A multa é de 2,5% da renda por ano e incide sobre o bolso do indivíduo, respeitando o valor mínimo de US\$ 695 e máximo US\$ 2.085 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Multa Aplicada aos indivíduos que não contratarem Planos



3.3 Responsabilidade dos empregadores

A regra acima se aplica somente aos chamados planos individuais – os planos coletivos têm regras diferentes. Nos planos coletivos a intenção é oferecer créditos às pequenas empresas que disponibilizam planos aos seus funcionários e taxar grandes empresas que não o fazem.

A reforma prevê créditos fiscais para empresas que tenham até 25 funcionários, salários médios abaixo de US\$ 40.000, e que contribuem com no mínimo 50% do preço dos planos.

Em contrapartida, empresas que tenham mais de 50 trabalhadores, não ofereçam cobertura e possuam ao menos um empregado que recebe subsídio do governo devem pagar uma taxa de US\$2 mil por trabalhador, excluídos os primeiros 30 empregados. Se a organização disponibiliza o seguro, e ainda assim tem trabalhadores que recebem subsídios do governo a empresa deve pagar o menor valor entre US\$ 3 mil dólares por trabalhador que recebe subsídios ou US\$ 2 mil por trabalhador de tempo integral.

3.4 Cobertura

De acordo com relatório do CBO (*Congressional Budget Office*) atualmente 46,3 milhões de pessoas não estão cobertas, número que deve alcançar 51 milhões em 2012 e 55 milhões em 2019. Diante da nova regulamentação o CBO estima que a reforma proporcione, via subsídios para seguros e Medicaid, cobertura para 32 milhões de americanos, restando 23 milhões sem cobertura em 2019.

3.5 Fontes de Recursos

A reforma propõe medidas que geram receitas ao governo por meio de taxas, impostos e multas. Algumas delas são:

- Taxa sobre planos do tipo “*cadillac*” (planos de cobertura completa). A seguradora deverá pagar uma taxa de 40% sobre os preços de plano que exceder US\$ 10.200 (individual) ou US\$ 27.500 (familiar). Se o indivíduo tiver mais de 55 anos ou trabalhar em profissões de risco o limite aumenta para US\$ 11.850 (individual) e US\$ 30.950 (familiar).
- Taxa anual sobre a indústria farmacêutica, cujos valores crescem de US\$ 2,5 bilhões em 2011 para US\$ 2,8 bilhões de 2019 em diante.
- Taxa anual de 2,3% sobre o valor de venda de dispositivos médicos.
- Taxa anual sobre as seguradoras, cujos valores podem variar de US\$ 8 bi em 2014 para US\$ 14,3 bi de 2018 em diante.
- Aumento da alíquota do imposto sobre a folha de pagamento (de 1,45% para 2,35%) para salários acima de US\$ 200 mil (indivíduo) ou US\$ 250 mil (famílias), para financiamento do Medicare.
- Multas que incidem sobre indivíduos que não contratam seguros de saúde e penalidades para empresas que não disponibilizarem seguros aos seus funcionários.

4 A REFORMA NORTE-AMERICANA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

À medida que as sociedades se desenvolvem, o Estado vai assumindo importância crescente na saúde. Na Europa, o Estado é o organizador ou o provedor de serviços de saúde para suas populações. A sociedade americana, como visto, optou por atribuir ao Estado o dever de assegurar atenção à saúde aos idosos e aos muito pobres. O sistema de saúde brasileiro, em suas intenções,

está mais próximo do sistema europeu. A Constituição definiu que a Saúde é Direito da Pessoa e Dever do Estado. Nos sistemas em que o Estado é o responsável pela Saúde, normalmente é o próprio estado que disponibiliza os serviços de saúde, com pouca ou nenhuma interferência do mercado – podendo haver contrato de prestação de serviços públicos por empresas privadas. No Brasil, o SUS é o instrumento de universalização do atendimento. No entanto, devido à falta de recursos e a conseqüente baixa qualidade dos serviços públicos o setor privado tornou-se responsável pela maior parte da assistência. Atualmente 42 milhões de brasileiros possuem planos de saúde e os gastos privados somam 58% do total de despesas em saúde.

O modelo Americano seguiu, com grandes diferenças de ênfase, o caminho traçado historicamente pelas sociedades que se desenvolvem. Até 1965 a saúde era responsabilidade de cada indivíduo, devendo este contratar serviços junto ao setor privado. Em 1965 surge o Medicare e o Medicaid e o governo passou a assegurar aos idosos e pobres acesso aos serviços de saúde pagando diretamente os prestadores privados. A Reforma Americana selou uma participação maior do governo, principalmente na regulamentação do setor, mas também obrigando os indivíduos a contratarem seguros privados de saúde, com subsídios públicos para aqueles que comprometeriam parte significativa de sua renda com as mensalidades.

O sistema de saúde norte-americano é bastante diferente do brasileiro. Lá não há direito universal à saúde pública nem o correspondente dever constitucional. Mas o estado assume papel mais relevante do que teve até o momento, quer pela ampliação do Medicaid quer pela nova regulamentação do seguro-saúde. Entretanto, algumas das medidas adotadas pela reforma do seguro já constam da legislação brasileira desde 1998. O Quadro 1 resume alguns destes pontos.

Quadro 1 – Pontos da reforma americana e a legislação brasileira

Reforma Americana	Legislação Brasileira
<ul style="list-style-type: none"> • Permite variar em até 3 vezes o preço do plano entre primeira e última faixa etária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Está previsto desde a lei nº9656/98 que a variação entre a primeira e última faixa etária não pode exceder 6 vezes.
<ul style="list-style-type: none"> • Cria o plano referência – determina o mínimo de procedimentos que deve ser coberto pelas seguradoras. Fica a cargo de uma instituição, a ser determinada, regulamentar e atualizar periodicamente o rol de procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Previsto desde a lei nº9656/98. Cabe a ANS atualizar o rol de procedimentos periodicamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Permite ao estado solicitar à operadora que explique as razões do reajuste quando julgado elevado. Caso o motivo não seja aceito o Estado pode retirar a operadora da lista de disponíveis a receber os beneficiários subsidiados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A ANS fixa teto para o reajuste de planos individuais regulamentados. Os planos coletivos são negociados livremente entre contratante e operadora.
<ul style="list-style-type: none"> • Veda negar cobertura a crianças em razão de doenças pré-existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proíbe a discriminação de beneficiários por doença pré-existente.
<ul style="list-style-type: none"> • Permite que pessoas com doenças pré-existentes contratem seguros junto a operadoras que participem de um fundo de compartilhamento de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Parcial Temporária para a doença pré-existente de até 24 meses.
<ul style="list-style-type: none"> • Proíbe o rompimento do contrato por parte da operadora, à exceção em casos de fraudes e débitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde lei nº9656/98 está proibido o rompimento do contrato de plano individual pela operadora, exceto quando beneficiário acumular débito de no mínimo 60 dias. Para plano coletivo o rompimento de contrato é livre.
<ul style="list-style-type: none"> • Proíbe a imposição de limites de custo para cobertura por parte da operadora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é permitido limitar o valor da cobertura.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula o uso de medicamentos genéricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O mercado de medicamentos genéricos foi introduzido no Brasil em 1999.
<ul style="list-style-type: none"> • Cria o Programa Nacional de prevenção e promoção da saúde. 	<p>O estado promove e financia programas de prevenção a saúde (exemplo: vacinação)</p>

5 CONCLUSÕES

O principal problema para o sistema de saúde norte-americano são os custos. Se as previsões do CBO estiverem corretas, os gastos para provimento de saúde caminham para tornarem-se metade do PIB deste país, problema tão grave que reformar o sistema tem sido a principal questão para o governo. Havia considerável resistência para sua aprovação no Congresso, em especial, por tratar de assuntos polêmicos como, por exemplo: aborto, transferência de renda entre classes de alta e baixa renda, aumento da tributação, regulamentação do mercado privado e criação de opção por plano público, todos estes pontos de discórdia entre republicanos e democratas.

A principal preocupação dos críticos¹² da reforma é se as medidas adotadas cumprirão os dois objetivos almejados, cobertura e redução de custos. O aumento da cobertura é garantido pela ampliação dos programas públicos e subsídios para pagamento das mensalidades. As medidas para conter custos, por sua vez, são demasiadamente genéricas e sua eficácia dependerá do plano detalhado de sua implantação. Todavia, a tributação de dispositivos médicos, seguros de alto valor e indústria farmacêutica dificultam a contenção dos custos.

Ao pensar em universalizar a saúde nos vem à cabeça o modelo brasileiro do SUS, com saúde provida pelo estado para qualquer um que a necessite. No entanto, este termo não pode ser usado para definir a reforma americana. Nos EUA a concepção da universalização é prover auxílios, tanto por meio de regulamentação do mercado quanto de subsídios, para que cada um adquira seu plano privado.

Portanto, assim como na maioria dos países que se desenvolveram, os EUA caminham para um sistema de saúde com maior participação do Estado, quer como regulador da atividade quer como financiador dos serviços médicos do Medicaid quer ainda como financiador dos subsídios para as pessoas adquirirem seguros de saúde. Mas a escolha dessa sociedade continua clara - a saúde continua sendo um dever das pessoas.

A reforma representa um grande avanço no que tange a proporcionar cobertura privada a indivíduos que atualmente estão excluídos do sistema de saúde. No entanto, não se pode garantir o mesmo a respeito das medidas para contenção de custos. O controle sobre os reajustes das operadoras poderá não ser efetivo como medida de contenção de custos se não houver outras medidas claras a impactar a base da cadeia de saúde, ou seja, os prestadores de serviços.

Referências

¹² De acordo com Michel E. Porter a proposta não é universalizar o atendimento à saúde, tanto público quanto privado, tão pouco, promover mudanças estruturais no sistema para combater os altos custos assistenciais.

Adams, J. Mounib, E. Pai, A. Stuart, N. Thomas, R. e Tomaszewicz, P. **A Saúde em 2015: “Ganha-Ganha” ou “Todos Perdem”?** Um retrato e um caminho para uma transformação de sucesso. **IBM Institutes for Business Value.**

CBO, **Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals.** Congress Budget Office, 2008. Disponível em: <http://www.cbo.gov/ftpdocs/99xx/doc9924/12-18-KeyIssues.pdf>.

CBO, Congress Budget Office, 2010. Disponível em: <http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/Manager%27sAmendmenttoReconciliationProposal.pdf>.

Collins, S. R. Davis, K. Nicholson, J. L. Rustgi, S. D. Nuzum, R. The Health **Insurance Provisions of the 2009 Congressional Health Reform Bills: Implications for the Coverage, Affordability and costs.** The Commonwealth Fund, 2009.

DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-236, **Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008**, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2009.

Manchikantil, L. Hirsch, J. A. Obama Health Care for All Americans: Practical Implications. **Pain Physician**, v. 12, p.289-304, 2009.

MacDevitt, R. The Problem with Taxing Cadillac Health Plans. Disponível em: http://ourfuture.org/files/documents/WatsonWyatt_2009_final.pdf.

Public Papers of the Presidents Harry S. Truman (disponível em: <http://www.trumanlibrary.org>).

Ranji, U. Lundy, J. Salganicoff, A. U.S. **Health Care Costs.** Kaiser Family Foundation, 2010. Disponível em: http://www.kaiseredu.org/topics_im.asp?id=358&imID=1&parentID=61.

Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposal. Kaiser Family Foundation. Disponível em: <http://www.kff.org/healthreform/sidebyside.cfm>