

A Reforma da Saúde Norte-americana

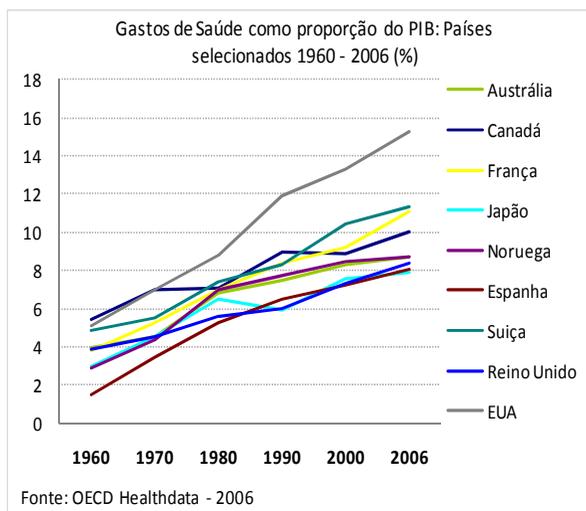
Universalização do acesso à saúde via seguros privados

A Reforma da saúde nos EUA é a principal questão para o governo Obama. O modelo vigente apresentava severos problemas como o crescimento vertiginoso das despesas médicas *per capita*, comprometendo a qualidade da assistência, os gastos públicos, os orçamentos familiares e, especialmente, excluía um elevado percentual da população dos serviços de assistência à saúde.

As motivações para a Reforma

A primeira motivação é o crescimento dos custos *per capita*, origem desta e outras propostas de reforma. A elevação dos custos é tendência mundial. Nos EUA, passaram de 5% do PIB em 1960 para 17% em 2009, para alcançar 20% em 2019. Na Espanha, de 1,9% do PIB em 1960 para 8% em 2006 (gráfico). A saúde caminha para ser o mais importante setor, que responde por $\frac{1}{5}$ de todos os gastos nos EUA.

A segunda é a exclusão: 45 milhões de pessoas (15% da população) não têm seguro nem são elegíveis aos programas públicos, exclusão essa que resulta do crescimento dos custos. A maioria das pessoas (52%) tem plano



empresarial associado ao vínculo empregatício e apenas 4% têm planos individuais. O governo mantém o Medicare para idosos, financiado por contribuições sobre a folha, que cobre não-idosos incapazes ou doentes renais (12%), e o Medicaid para pobres ou crianças (14%), financiado por impostos.

A Reforma Obama

Após colocar o tema como prioridade, em março o Congresso aprovou a reforma que inclui mais pessoas no sistema de saúde via **seguro privado**. Espera-se reduzir o número de não segurados em 32 milhões até 2019, data em que ainda haveria 23 milhões sem cobertura.

As principais medidas podem ser separadas em dois grandes grupos: custos e cobertura. As medidas para conter custos incluem monitoramento dos reajustes das mensalidades, gratificações para melhorias no desempenho de prestadores, criação do plano de cobertura mínima (ou plano referência), incentivo ao uso de medicamentos genéricos, análise da efetividade da tecnologia antes de incorporação aos procedimentos, redução de fraudes, promoção e prevenção de saúde. Por serem medidas genéricas, sua eficácia dependerá do plano detalhado de sua implantação. No entanto, a tributação de dispositivos médicos, seguros de alto valor e indústria farmacêutica dificultarão a contenção dos custos.

Para aumentar a cobertura a Lei amplia o limite de renda para ser elegível ao Medicaid e reforma os seguros privados. As principais medidas da reforma do seguro são: obriga as pessoas a contratarem seguro privado de saúde com subsídio do governo se as mensalidades comprometerem fração alta da renda da família; limita a 3 vezes a diferença de preços entre faixas etárias; veda excluir ou negar cobertura aos portadores de deficiência, doenças crônicas ou pré-existentes; incentiva as empresas a oferecerem seguro aos funcionários com multas aos faltosos; e proíbe a rescisão por parte da operadora (exceto por fraude).

Reajuste por Faixa Etária

Limitar a diferença de preços entre as faixas etárias a 3 vezes implica preços maiores para os jovens e menores para idosos do que os custos médios de cada grupo. Para os jovens a mensalidade é muito alta em relação aos gastos que esperam ter e se fosse possível optariam por não ter plano. O oposto acontece com os idosos, que teriam

mensalidades inferiores ao custo esperado. O seguro seria especialmente atrativo para as pessoas com maiores problemas de saúde e, portanto usuárias mais intensivas dos serviços médicos, o que elevaria os custos médios. Esse mecanismo, conhecido como seleção adversa, poderia quebrar todo o seguro saúde. Para evitar que a seleção adversa ameace a sobrevivência do setor, a reforma tornou obrigatória a aquisição do seguro, com multa para aqueles que não o adquiram. O fato de os maiores de 65 anos que contribuíram para o Medicare serem elegíveis a esse programa público restringe o número de idosos nos planos privados. A universalização do seguro também contribui para a diluição do risco.

Principais Semelhanças	
Reforma Norte-americana	Legislação Brasileira
<ul style="list-style-type: none"> • Permite variar em até 3 vezes o preço do plano entre faixas etárias • Cria o plano-referência, com o mínimo de procedimentos a serem cobertos • Monitoramento dos reajustes praticados pelas operadoras • Veta discriminar beneficiários por doença pré-existente e idade • Veta o rompimento do contrato por parte da operadora, exceto em casos de fraudes e débitos • Incentivos ao uso de medicamentos genéricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Variação entre a primeira e última faixa etária não pode exceder 6 vezes • O plano-referência deve ser ofertado e cabe à ANS atualizá-lo periodicamente • O reajuste dos planos individuais é determinado pela ANS, os coletivos são livremente negociados • Proibição da discriminação de beneficiários • Proíbe rompimento do contrato de planos individuais, exceto por fraude ou débito • Desde 1999 o governo incentiva o uso de genéricos

Considerações

A reforma universaliza o acesso à saúde via seguro privado, tornando-o obrigatório e com subsídios para limitar o grau de comprometimento da renda das famílias. Essa escolha contrasta com a um universalização constitucional brasileira - que definiu saúde como Direito da Pessoa e Dever do Estado. A obrigatoriedade vem em parte da redução da diferença de preços por faixa etária para equacionar a seleção adversa que ocorre sempre que os preços se distanciam dos custos esperados. Finalmente, é importante lembrar que diversos dispositivos já faziam parte da legislação brasileira desde 1999.

Documento de suporte: *Universalização do acesso à saúde via seguros privados*
 disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00322010reformaamericana.pdf>

O IESS

Entidade sem fins lucrativos, apoiada por operadoras de planos de saúde, com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar

Atuação

O IESS focaliza sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que deverão servir de embasamento teórico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, preparando o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitando as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos.

Visão

Tornar-se referência nacional em estudos da saúde suplementar pela excelência técnica, pela independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas, pela promoção de debates que levem à sustentabilidade das operadoras e contínua qualidade do atendimento aos beneficiários.

Missão

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

Valores

Integridade, qualidade, excelência, rigor científico, cidadania, ética.

**IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar | Rua Joaquim Floriano, 1052 - Conj. 42
CEP: 04534-004 - Itaim Bibi - São Paulo - SP | Tel.: (11) 3706-9747**

Contato: José Cechin - Superintendente Executivo | jcechin@iess.org.br

www.iess.org.br