

# A REFORMA OBAMA E O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA

Júlio Pinto da Costa<sup>1</sup>

## RESUMO

Os sistemas de saúde resultam de opções políticas feitas pelos governantes, que determinam a forma como os cuidados são prestados, financiados e organizados. O modelo vigente nos EUA (Estados Unidos da América), habitualmente considerado liberal, sofreu importantes alterações promovidas pela administração Obama. Como resultado, passou a incorporar preocupações sociais mais profundas, nomeadamente ao nível da universalidade, da acessibilidade e da regulação. Manteve, contudo, a liberdade de escolha, a natureza privada da prestação de cuidados e a tipologia do financiamento.

A importância da reforma mede-se ainda pelo reforço dos cuidados primários, pela melhoria da qualidade e da eficiência, e pela aposta na redução dos custos. Sobre este último objectivo é ainda muito cedo para se tirar qualquer ilação.

A vitória histórica do presidente Obama corrige um dos maiores anátemas do país, que apesar de rico e poderoso, convivia com 40 milhões de cidadãos sem qualquer protecção em caso de doença. Espera-se agora, que os resultados em saúde melhorem substancialmente, fazendo justiça ao elevado nível da sua tecnologia e do estado da arte da sua medicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** SISTEMA DE SAÚDE; REFORMA; EUA

## THE OBAMA REFORM AND THE USA HEALTH SYSTEM

### ABSTRACT

Health systems are the result of political decisions made by governments, which influence the way how the care is provided, funded and organized. The model of the United States of America is usually considered liberal. The Obama administration introduced important changes, incorporating deeper social concerns, in particular concerning to the levels of universality, accessibility and regulation. However, the system kept some important characteristics of the anterior model: freedom of choice, private nature of the provision of care and the type of funding.

Other important measures of the reform are: the reinforcement of primary health care; the improvement of the quality and efficiency; a larger preoccupation with the reduction of costs. This last objective is very important and it is still too early to draw any conclusion. Investigators and politicians are not unanimous about the success of this purpose.

One of the most important problems of the USA health system was, until 2010, the observation that the most rich and powerful country, still lived with 40 million citizens without any protection in case of illness. The reform introduced by Obama's administration, the high level of their technology and State of the art of medicine will improve, certainly, the health outcomes.

**KEY-WORDS:** HEALTH SYSTEM; REFORM; USA

1. UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende avaliar o impacto da reforma da Saúde promovida pela administração Obama. Considerando a permanente mudança dos sistemas de saúde e, principalmente, o facto das alterações aprovadas nos EUA em 2010 ainda estarem em curso, aquilo que se procura analisar é a tendência do comportamento das variáveis caracterizadoras dos sistemas de saúde a médio prazo. Trata-se, por isso, de uma análise qualitativa que utiliza a técnica do estudo de casos.

A escolha dos EUA é do máximo interesse, porque se trata de um país que procedeu a um reforma recente, ainda em curso, mas também porque quebra, finalmente, a tradição não universalista do país, dando ao modelo características sociais, que até aqui não tinha. Obama conseguiu aquilo que muitos presidentes, desde Franklin Delano Roosevelt, tinham tentado, sem sucesso.

O *Patient Protection and Affordable Care Act* representa uma viragem importante na forma de encarar a saúde nos EUA, não apenas ao nível do financiamento, mas também dos próprios subsistemas e da importância dada aos cuidados de saúde primários.

## CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

De acordo com os dados recolhidos através da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o país tem uma área geográfica superior a 9 milhões de Km<sup>2</sup> e 317.641 mil habitantes (2010). Os indicadores económicos são globalmente positivos. Considerando a riqueza dos EUA e o seu nível de desenvolvimento, os gastos públicos em saúde, em % do Produto Interno Bruto (PIB), são baixos, inferiores, para o mesmo ano, aos de Portugal, Reino Unido e França. Reconhece-se, contudo, que nos últimos anos se verificou uma evolução positiva desta variável, que em 2009 atingiu já os 8,3%, colocando os EUA numa situação mais confortável. Nos indicadores de saúde merece saliência especial (pela negativa) a taxa de mortalidade infantil (**Tabela 1**), pior que a da generalidade dos países desenvolvidos. Na mesma data, Portugal apresentava o valor de 3,3‰, a França de 3,8‰ e a Holanda de 4,4‰. O desempenho a este nível é considerado, pela generalidade dos investigadores, bastante fraco.

Como diz Chua,<sup>1</sup> o sistema de saúde americano polariza opiniões: é o melhor do mundo, para aqueles que sublinham a tecnologia e o estado da arte da

medicina; é muito mau, para aqueles que argumentam com a sua ineficiência, não universalidade e despesismo.

**TABELA 1** EUA – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
ÁREA	-	KM <sup>2</sup>	9.363.520
POPULAÇÃO	2010	MILHARES	317.641
TAXA DE DESEMPREGO	2008	%	5,8
PIB PER CAPITA EM PPC	2008	US\$	35.631
GASTO PÚBLICOS COM A SAÚDE	2004	% DO PIB	6,9
ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA	2006	ANOS	78,1
TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	2009	0/00	8
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	2006	0/00	6,7

FONTE: ADAPTADO A PARTIR DE OECD HEALTH DATA<sup>2</sup> E DE IBGE<sup>3</sup> PPC - PARIDADE DO PODER DE COMPRA

## HISTÓRIA RECENTE DA SAÚDE NOS EUA

Os serviços de saúde foram-se desenvolvendo sem grandes amarras ideológicas ou, pelo menos, sem uma preocupação nítida pela coerência do sistema, possivelmente fruto da primazia dada à liberdade, mas também devido à existência de inúmeros estados com elevada autonomia. De forma nem sempre organizada, foram aparecendo diversas práticas médicas “desde a clínica individual tradicional até às mais variadas experiências colectivas empresariais lucrativas, comerciais e voluntárias (sem interesse lucrativo)”.<sup>4</sup> Paralelamente, alguns Estados americanos (Havai, Califórnia e outros) lançaram experiências no sentido de melhorar os níveis de universalidade e acessibilidade, mas os projectos não vingaram tanto quanto os governantes desejaram.

Em finais do Século XX, a tendência era, claramente, para o desenvolvimento de hospitais privados com fins lucrativos, enquanto ao nível do financiamento proliferavam os seguros privados. O modelo contratual assentava no sistema de reembolso das despesas.

Existiam ainda, desde 1965, dois importantes subsistemas de saúde sustentados por dinheiros públicos: o Medicaid, suportado essencialmente por dinheiros dos Estados, destinado às pessoas de baixos rendimentos, e o Medicare, financiado pelo governo federal, para os idosos com mais de 62 anos. A sua criação ocorreu no mandato do presidente Lyndon Johnson.

Existem também alguns programas federais destinados a veteranos e à população indígena.

Em 1985 foi promulgada legislação que possibilitava aos empregados manter o seguro de saúde, mesmo depois de retirado, e em 1987 foi criado o *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP), com o objectivo de prestar cuidados de saúde às crianças das famílias mais pobres. Contudo, existiam largas

faixas da população (trabalhadores por conta de pequenos empresários, desempregados, trabalhadores independentes, pequenos agricultores, trabalhadores a tempo parcial e imigrantes legais e ilegais) sem cobertura para efeitos de saúde.

A complexidade deste sistema de saúde obriga a uma sistematização do conhecimento, para que as variáveis caracterizadoras possam de seguida ser explicadas convenientemente. Assim, em traços gerais, são os seguintes os subsistemas de saúde dos EUA:

> *Públicos* – Medicare; Medicaid; Serviço de Saúde a Indígenas; Serviço de Saúde dos Servidores Civis; Serviço de Saúde dos Militares; Programa de Seguro de Saúde para Crianças.

> *Privados com fins lucrativos* – HMO (*Health Maintenance Organizations*); IPA (*Independent Practice Associations*); PPO (*Preferred Provider Organizations*); outras companhias de seguros.

> *Privados sem fins lucrativos* – Blue Cross; Blue Shield; Kaiser-Permanente; Health Insurance Plan of Greater New York e outros.

A **Tabela 2** procura descrever a população americana de acordo com o tipo de cobertura para efeitos

ADAPTADO A PARTIR DE US CENSUS BUREAU<sup>5</sup> E RIBEIRO<sup>6</sup>; POPULAÇÃO: MILHARES; GASTOS: MIL MILHÕES DE DÓLARES

**TABELA 2** POPULAÇÃO E GASTOS EM SAÚDE NOS EUA, EM 2002

TIPO DE SUBSISTEMA	POPULAÇÃO		GASTOS	
MEDICAID	25775	9,0%	250,4	16,1%
MEDICARE	30960	10,8%	267,1	17,2%
OUTROS SUBSISTEMAS PÚBLICOS	7984	2,8%	195,9	12,6%
SEGUROS LIGADOS AO EMPREGO	155995	54,6%	549,6	35,4%
SEGUROS INDIVIDUAIS	25443	8,9%		
(PESSOAS NÃO COBERTAS)	39776	13,9%		
PAGAMENTOS DIRECTOS			212,5	13,7%
OUTROS PAGAMENTOS (PRIVADOS)			77,5	5,0%
<b>TOTAL</b>	<b>285933</b>	<b>100%</b>	<b>1.553,0</b>	<b>100%</b>

de saúde, conforme recolhido no US (United States) Census Bureau,<sup>5</sup> após correcção da duplicação motivada pela inscrição de cidadãos em mais que um seguro de saúde, bem como dar uma ideia da repartição dos gastos,<sup>6</sup> em ambos os casos para o ano 2002.

Conclui-se, da leitura da tabela, que cerca de 22,6% dos americanos beneficiava de um seguro público de saúde, enquanto 63,5% tinha um seguro privado. Os restantes 13,9% não tinham qualquer cobertura em caso de doença

Os gastos públicos ascendiam a 45,9% do total das despesas com a saúde. Os restantes 54,1% eram gastos privados, sendo que os pagamentos directos (*out of pocket*) somavam 13,7% do total e os prémios de seguros 35,4%.

A luta por um sistema de saúde universal nos EUA data já do tempo da grande depressão (1929), altura em que prevaleceu um sistema baseado na iniciativa privada, apesar da não concordância do presidente Franklin Delano Roosevelt. Como se disse, em 1965, com o presidente Lyndon Johnson, surgiram o Medicaid e o Medicare. O presidente Clinton tentou uma reforma profunda do sistema de saúde, basicamente através de uma forte regulação estatal, mas não foi bem sucedido. Em 23 de Março de 2010, o Congresso americano aprovou, e o presidente Obama sancionou, a lei que se prevê alargue substancialmente a cobertura da população e reduza a tendência para crescimento dos custos com a Saúde. Nasceu assim o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), que numa tradução livre se poderá designar por Lei da Protecção do Paciente e da Acessibilidade aos Cuidados.

## A REFORMA OBAMA

O projecto para a Saúde de Barack Obama e Joe Biden apela à redução dos custos para que o sistema de saúde trabalhe para as pessoas e para as empresas – e não apenas para as companhias de seguros. O crescimento da eficiência e a redução de custos assentam no investimento em sistemas electrónicos de informação em saúde, no desenvolvimento do acesso a programas de prevenção, na adopção de medidas que favorecem a concorrência nos mercados dos seguros e dos medicamentos e na redução de custos com doenças catastróficas para empregados e empregadores.

As melhorias ao nível da acessibilidade e da universalidade assentam em diversos princípios, dos quais se destacam a garantia da elegibilidade (pelas companhias de seguros) dos cidadãos, independentemente do seu historial de saúde, a garantia

da cobertura em cuidados de saúde para todas as crianças, a atribuição de incentivos fiscais a quem subscreva seguros de saúde e o alargamento da elegibilidade no âmbito do Medicaid.

Inicialmente o projecto previa a criação de um Seguro Nacional de Saúde alternativo. Esta medida foi, contudo, retirada da votação, com o objectivo de facilitar a sua aprovação.

Esta reforma, cujo prazo de implementação é bastante alargado (de 2010 até 2018), não altera na sua essência a natureza do sistema de saúde. Os aspectos que mudam são, principalmente, os seguintes: extensão da cobertura; redução do défice (nem todos concordam que isto seja possível); maior atenção dada à promoção da saúde e prevenção da doença; eliminação dos co-pagamentos por parte dos utilizadores dos subsistemas públicos e incentivo aos privados para seguirem a mesma orientação; melhoria da eficiência; melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; reforço da regulação do Estado; melhoria da integração dos subsistemas públicos e privados; colocação do doente no centro do sistema.

Um dos aspectos cruciais da reforma assenta na criação dos *benefits exchanges*, ou seja, de um mercado organizado de venda de planos de saúde, designado de *National Health Insurance Exchange*, diferente do mercado geral, que se caracteriza por ter pacotes definidos pela autoridade sanitária, ser fortemente regulado, ter preços mais baixos, repartição dos riscos, resseguro, acessibilidade das pequenas empresas e de cidadãos com baixos rendimentos (não elegíveis pelos programas públicos), portabilidade do seguro aquando da mudança de empregador e impedir a rejeição de pessoas com riscos de saúde pré-existentes. Esta condição é também imposta ao mercado de seguros individuais e ao dos pequenos grupos. As companhias de seguro não são obrigadas a participar neste mercado, podendo continuar a vender os seus planos dentro do esquema tradicional.

O mercado agora criado terá cinco categorias de seguros: *Bronze Plan*, *Silver Plan*, *Gold Plan*, *Platinum Plan* e *Catastrophic Plan*. As quatro primeiras cobrem os cuidados de saúde essenciais, se bem que tenham diferentes participações nos custos do seguro, bem como nos pagamentos directos por conta do utilizador. A última categoria, possível apenas no mercado individual, garante, no essencial, a cobertura contra doenças catastróficas até determinado montante.<sup>7</sup>

Ainda segundo este último autor, os Estados ficam autorizados, caso o desejem, a criar um Plano Básico de Saúde para as pessoas sem seguro, com rendimentos entre 133% e 200% do nível de pobreza,

que estejam em condições de serem elegíveis para o mercado *Exchange*.

O nível federal de pobreza (federal poverty level) é, em 2012 (excepto para Alasca e Havai), de \$11.170, \$15.130 e \$19.090 (etc.) para famílias de uma, duas e três pessoas, respectivamente (valores anuais). A Lei obriga a que a faculdade concedida por esses Estados não fique mais cara que os benefícios atribuídos para inclusão dos cidadãos no mercado *Exchange*.

Em 30 de Março de 2010 foi promulgado o *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*, que altera o PPACA. Os aspectos essenciais das alterações são os seguintes: altera o quadro dos benefícios fiscais e das penalizações; atrasa a implementação de algumas medidas; acrescenta preocupações de equivalência dos preços entre médicos do Medicare e Medicaid; altera a participação federal na comparticipação dos custos. Estas medidas não desvirtuam o PPACA, sendo até, em alguns casos, mais benéficas para os cidadãos.

A reforma Obama tem um factor crítico: o dos custos, independentemente de serem resultantes dos pagamentos das companhias de seguros privadas aos prestadores de serviços (que poderão fazer aumentar os prémios), ou derivados do alargamento da elegibilidade dos subsistemas públicos. É nestes aspectos que se deverá concentrar a atenção dos governantes.

## METODOLOGIA

Tratando este estudo de caso do impacto da reforma Obama no sistema de saúde dos EUA, houve que comparar a situação antes e depois das respectivas alterações. Para tal foi necessário:

> Construir um quadro com as variáveis caracterizadoras do sistema de saúde, que possibilitasse a mencionada comparação (anexo);

> Classificar cada variável, antes e depois das reformas, de acordo com a opinião de diversos autores e investigadores, consoante o valor que assume no contexto global – Não existe (NE), Baixo, Médio e Alto.

A classificação atrás referida foi obtida por uma de duas formas: através do posicionamento do país no contexto internacional (por exemplo no que respeita aos níveis de universalidade e solidariedade); através da avaliação do peso da variável no contexto nacional (a maioria dos casos).

Para evitar erros de interpretação e avaliação foram consultadas diversas obras (sempre que possível), todas elas mencionadas no respectivo quadro. Procurou-se assim despistar possíveis enganos resultantes da leitura de apenas um texto.

O ponto seguinte discrimina detalhadamente a classificação atribuída, que deverá ser acompanhada pela leitura da **Tabela 3**.

## A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA

Em 1990, apenas 24,5% dos americanos estava coberto por um regime público ou social de financiamento da saúde. Era o nível mais baixo de universalidade da OCDE. De acordo com Dain e Janowitz,<sup>8</sup> 37 milhões de adultos não estavam cobertos por qualquer tipo de seguro. Muitos investigadores consideram que os EUA tinham um nível de universalidade *Baixo*.

A reforma pretende alterar este estado de coisas de forma decidida, através de: concessão de incentivos fiscais aos indivíduos que subscrevam seguros; penalizações para os que não o fizerem, salvo se não tiverem rendimentos para o efeito; atribuição de subsídios às empresas com 50 ou menos trabalhadores para segurarem estes últimos; penalizações às empresas com mais de 50 trabalhadores caso não os contemplem com seguros de saúde; aumento da abrangência de cobertura dos subsistemas públicos; proibição da negação da subscrição de um seguro, ou da fixação de prémios mas altos, baseada em condições prévias de saúde; alargamento da idade de inclusão dos jovens nos seguros dos pais. Estima-se que as medidas permitam cobrir, obrigatoriamente, quase toda a população (ficarão de fora os imigrantes ilegais).

Escoval<sup>9</sup> caracteriza este sistema de saúde como tendo um nível de acessibilidade *Baixo*, o que vem ao encontro do que se disse anteriormente. Cite-se a título de exemplo que o Medicare, até à reforma Obama, deixava de fora muitos cuidados de saúde, como os preventivos, os de longa duração e os de oncologia. Muitas das medidas adoptadas pelo PPACA, entre elas a eliminação dos co-pagamentos nos subsistemas públicos (medida que será tentada, também, ao nível dos privados), a melhoria da eficiência, a obrigatoriedade das seguradoras aplicarem mais dinheiro em tratamentos médicos e a garantia de cobertura total na imagiologia e imunização farão aumentar o nível de acessibilidade. Os seguros vendidos no âmbito do *National Health Insurance Exchange* terão também um maior nível de abrangência (hospitalização, visitas médicas domiciliárias, medicamentos, maternidade e alguns cuidados preventivos). Porque se trata de medidas a implementar gradualmente, não havendo ainda evidência dos resultados, considera-se razoável a atribuição do nível *Médio*.

À não cobertura da globalidade da população por um subsistema público de saúde, acresce o facto de muitos americanos das classes média e baixa terem seguros de doença voluntários que garantem um leque reduzido de cuidados de saúde. Há ainda seguros cujo prémio tem apenas como base o

estado de saúde do beneficiário e não o seu rendimento. Isto faz com que muitas pessoas daquelas classes não vejam as suas necessidades em saúde satisfeitas, o que se traduz num *Baixo* nível de equidade. A legislação promulgada em 2010 prevê algumas alterações a este nível, que permitem concluir pela tendência de melhoria do nível de equidade. São elas, entre outras: a impossibilidade das companhias de seguros impedirem a cobertura de pessoas acima de determinada idade ou com situações de doença pré-existentes; a atribuição de subsídios e créditos fiscais a empresas e trabalhadores (os prémios e subsídios são fixados em função dos rendimentos); o alargamento dos subsistemas públicos a um maior número de pessoas, cuidados e áreas geográficas; a anulação, limitação ou dedução dos co-pagamentos. Isto reduzirá significativamente a iniquidade prevalecente, devido ao aumento substancial do grau de cobertura da população por cuidados de saúde e à não diferenciação do prémio do seguro em função do estado de saúde do subscritor. Mas há ainda outras medidas relacionadas com a equidade no financiamento, como por exemplo o aumento dos prémios do Medicare para as famílias de mais altos rendimentos e a redução dos subsídios aos beneficiários deste último subsistema que tenham aderido às

**TABELA 3** EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		ANO	DEPOIS DAS REFORMAS	
	VALOR	FONTES		VALOR	FONTES
UNIVERSALIDADE	BAIXO	(Simões, 2004); Dain e Janowitz (2006); Ribeiro (2006); Escoval (1999); Santos (s.d.)	2010	ALTO	PPACA (2010); OPSS (2010); WHO (2010); Santos (s.d.); Escoval et al. (2010)
ACESSIBILIDADE	BAIXO	Escoval (1999); Sparer (2011); Chua (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); WHO (2010); Escoval et al. (2010); Escoval et al. (2009); Sparer (2011)
EQUIDADE	BAIXO	Ferreira (1989); Dain e Janowitz (2006); Ribeiro (2006); Escoval (1999); WHO (2010); Chua (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010); WHO (2010); Santos (s.d.); RRM (s.d.)
SOLIDARIEDADE	BAIXO	Nishijima e Biasoto Junior (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010)
LIBERDADE DE ESCOLHA	ALTO	Ferreira (1989); PAHO (2007)	2010	ALTO	PPACA (2010); Jost (2010); Escoval et al. (2010); Escoval et al. (2009); RRM (s.d.)
REGULAÇÃO	BAIXO	Ferreira (1989); Dain e Janowitz (2006); Santos (s.d.); PAHO (2007)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010); Sparer (2011); Frogner et al. (2011)
CONTRIBUINTES - EMPRESAS	MÉDIO	Ribeiro (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010)
CONTRIBUINTES - TRABALHADORES	MÉDIO	Ribeiro (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010)
CONTRIBUINTES - TRABALHADORES	BAIXO	Ribeiro (2006)	2010	BAIXO	PPACA (2010); Jost (2010)
UTENTES - POPULAÇÃO	BAIXO	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010)	2010	BAIXO	PPACA (2010)
UTENTES - CONTRIBUINTES	ALTO	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010)	2010	ALTO	PPACA (2010)
ESTADO	MÉDIO	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); Ribeiro (2006); Sparer (2011); Chua (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010)
SEGUROS SOCIAIS/PREVIDÊNCIA	NE	-	-	NE	-
SEGUROS PRIVADOS	MÉDIO	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); Ribeiro (2006); Chua (2006)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010)
EMPRESAS	BAIXO	Ferreira (1989)	2010	BAIXO	PPACA (2010); MCOL (2012)
PROPRIEDADE - PÚBLICA	BAIXO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007); Chua (2006)	2010	BAIXO	PAHO (2007)
PROPRIEDADE - PRIVADA	ALTO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007); Chua (2006)	2010	ALTO	PAHO (2007)
LEGISLAÇÃO - PÚBLICA	BAIXO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	BAIXO	PAHO (2007)
LEGISLAÇÃO - PRIVADA	ALTO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	ALTO	PAHO (2007)
GESTÃO - PÚBLICA	BAIXO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	BAIXO	PAHO (2007)
GESTÃO - PRIVADA	ALTO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	ALTO	PAHO (2007)
PLANEAMENTO	BAIXO	Ferreira (1989); PAHO (2007)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Escoval et al. (2010)
FINANCIAMENTO - IMPOSTOS	MÉDIO	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011); Sparer (2011)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); OPSS (2010); KFF (2011)
FINANCIAMENTO - S. SOCIAL/PREV.	NE	-	-	NE	-
FINANCIAMENTO - SEG. VOLUNTÁR.	MÉDIO	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); OPSS (2010); Escoval et al. (2010); KFF (2011)
SISTEMA DE REEMBOLSO	BAIXO	Ribeiro (2006)	2010	BAIXO	Frogner et al. (2011); KFF (2011); PPACA (2010)
SISTEMA DE CONTRATO	MÉDIO	Ribeiro (2006); Knickman (2011); Chua (2006)	2010	MÉDIO	Frogner et al. (2011); KFF (2011)

## REFERÊNCIAS TABELA 3

- . Escoval, A. (Coord.), Matos, T. e Ribeiro, R. (2009). Contraturalização em cuidados de saúde primários. Horizonte 2015/20. Fase 4: O processo de contraturalização de cuidados de saúde primários em Portugal. Estudo de caso (versão preliminar). Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- . Knickman, J. (2011). Health care financing. In: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). Health care delivery in the United States. New York, Springer Publishing Company, pp. 47-66.
- . Kovner, A. e Knickman, J. (2011). The current U. S. health care system. In: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). Health care delivery in the United States. New York, Springer Publishing Company, pp. 3-8.
- . Nishijima, M. e Biasoto Júnior, G. (2006). O padrão de financiamento da saúde nos países da América. In Bisoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- . Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera 2010. Disponível em <http://www.observaport.org/rp2010>. [Consultado em 29/11/2011].
- . PAHO - Pan American Health Organization (2007). Health in the Americas. Disponível em <http://www.paho.org/hia/homeing.html>. [Consultado em 6/1/2012].
- . Patient Protection and Affordable Care Act (2010). Lei com a reforma do sistema de saúde dos EUA, sancionada pelo presidente Obama em 23/3/2010. Disponível em [http://burgess.house.gov/UploadedFiles/hr3590\\_health\\_care\\_law\\_2010.pdf](http://burgess.house.gov/UploadedFiles/hr3590_health_care_law_2010.pdf). [Consultado em 21/11/2011].
- . RRM - Responsible reform for the middle class. Democrats. Senate. Gov/Reform. Disponível em <http://dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf>. [Consultado em 2/2/2012].
- . Santos, N. (s.d.). Política pública de saúde: Qual o rumo? Disponível em [http://www.cebes.org.br/media/file/Sus\\_politica.pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf). [Consultado em 24/1/2012].
- . Simões, J. (2004). Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho. Coimbra, Livraria Almedina.
- . The federal government website managed by the U.S. Department of Health & Human Services (USDHHS). Disponível em <http://www.healthcare.gov>. [Consultado em 22/2/2012].
- . World Health Organization (2010). Bulletin of the World Health Organization – Reality check for American dream. Geneva, World Health Organization.

seguradoras privadas (o designado *Medicare Advantage*). Em face do exposto, entende-se correcto aumentar o nível de equidade para *Médio*.

Em 2000, os gastos públicos com a saúde nos Estados Unidos atingiam os 5,8% do PIB, o que de acordo com a distribuição verificada na OCDE representa um nível de solidariedade Baixo, mas próximo do escalão seguinte. Dada esta pequena diferença, é provável que as medidas adoptadas pela reforma possibilitem a subida de um nível na classificação. Uma delas relaciona-se com a obrigatoriedade das seguradoras incluírem os segurados individuais num grupo de risco único e os empregados de pequenas empresas num outro. Os Estados podem, contudo, combinar grupos de risco.

Os americanos prezam a liberdade e isso reflecte-se na possibilidade de escolha do seguro de doença e do prestador de serviços, pelo menos na maioria dos casos. A criação do Medicare Advantage, em 2003, reforçou a liberdade de escolha para um estrato de beneficiários dos seguros públicos. A reforma trouxe ainda algumas melhorias a esta liberdade, alargando as possibilidades de escolha (de seguradores, nível dos prémios, pacotes de benefícios, repartição dos custos e fornecedores de serviços de saúde) e possibilitando a transferência de segurados entre companhias de seguros sem penalização. Considerou-se que em ambos os momentos a classificação seria *Alto*, por ser a que mais traduz a realidade.

O Estado intervém muito pouco no Sector, preferindo deixar funcionar o mercado. Não havia uma política de saúde superiormente definida. O papel regulador do Estado era, por isso, *Baixo*. A reforma Obama implica um maior controlo por parte do Estado, mas o seu muito reduzido envolvimento na prestação, aliado a um financiamento que é maioritariamente privado, factos que deixam ainda uma larga margem à iniciativa privada, só permitem subir a classificação para *Médio*. O reforço da regulação do Sector, passa pelas seguintes medidas: divulgação dos termos dos contratos de seguro; pacotes mínimos de benefícios aos segurados; repartição de custos entre grupos de segurados; impossibilidade de rejeição de segurados em função do seu historial clínico. Sparer<sup>10</sup> vai ao ponto de afirmar que a reforma impõe, pela primeira vez, a supervisão dos Estados sobre as seguradoras privadas.

Na generalidade dos subsistemas americanos, o direito à protecção da saúde conquista-se pela contribuição de trabalhadores e empresas para um seguro de saúde, actuando o Estado apenas nos casos de pessoas com baixos rendimentos, idosos,

**TABELA 3 (cont.)** EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA

PAG. DIRE. INTEGRAL PELO UTENTE	BAIXO	Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); Santos (s.d.); Kovner e Knickman (2011)	2010	BAIXO	PPACA (2010); RRM (s.d.); KFF (2011)
SISTEMA INTEGRADO	BAIXO	Ribeiro (2006)	2010	BAIXO	Knickman (2011)
PAGAMENTO AO ACTO	MÉDIO	Dain e Janowitz (2006); Ribeiro (2006); Knickman (2011)	2010	MÉDIO	PPACA (2010); Knickman (2011); Frogner et al. (2011); RRM (s.d.); KFF (2011)
PAGAMENTO POR DOENTE	BAIXO	Ribeiro (2006); Barros (2005); Knickman (2011)	2010	BAIXO	Knickman (2011); Frogner et al. (2011); RRM (s.d.); KFF (2011)
DIÁRIA	BAIXO	Knickman (2011)	2010	BAIXO	Knickman (2011); Frogner et al. (2011)
CAPITAÇÃO	BAIXO	Dain e Janowitz (2006); Knickman (2011)	2010	BAIXO	PPACA (2010); Knickman (2011); Frogner et al. (2011); KFF (2011)
PAG. DIRE. PARCIAL PELO UTENTE	BAIXO	Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011)	2010	BAIXO	PPACA (2010); Jost (2010); Escoval et al. (2010); RRM (s.d.)
ORÇAMENTO GLOBAL	BAIXO	Ribeiro (2006); Frogner et al. (2011)	2010	BAIXO	KFF (2011); Frogner et al. (2011)
CIRCULAÇÃO (LIBERDADE)	ALTO	Ferreira (1989); Escoval (1999); PAHO (2007)	2010	MÉDIO	USDHHS (2012)

A TABELA REFLECTE AS ALTERAÇÕES VERIFICADAS NO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA ATRAVÉS DA EVOLUÇÃO DAS SUAS VARIÁVEIS CARACTERIZADORAS, ENTRE OS PERÍODOS ANTES E DEPOIS DAS REFORMAS. AS VARIÁVEIS ESTÃO ORGANIZADAS POR COMPONENTES (ESTADO, POPULAÇÃO/EMPRESAS, GESTORES DE FUNDOS E PRESTADORES DE SERVIÇOS) E FLUXOS (FINANCEIROS E DE SERVIÇOS) DOS SISTEMAS DE SAÚDE. AS PRIMEIRAS 6 INTEGRAM O GRUPO ESTADO, AS 5 SEGUINTE PERTENCEM AO CONJUNTO POPULAÇÃO/EMPRESAS, DEPOIS MAIS 4 QUE REPRESENTAM OS GESTORES DE FUNDOS E 7 QUE FAZEM PARTE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS. AS 13 SEGUINTE INTEGRAM OS FLUXOS FINANCEIROS, NA ÓPTICA DA ORIGEM DE FUNDOS, DO MODELO CONTRATUAL E DA MODALIDADE DE PAGAMENTO. A ÚLTIMA CARACTERIZA A CIRCULAÇÃO DENTRO DO SISTEMA. FONTE: AUTOR; NE - NÃO EXISTENTE

militares, etc. Não há dados para se poder separar a contribuição de empregados e empregadores. Contudo, se é verdade que nas HMO (trabalhadores – 31%; empresas – 69%) e nas IPA a contribuição dos segundos é maior que a dos primeiros, também não é menos verdade que há muitos americanos com seguros individuais (complementares ou não), sendo a tendência claramente a favor do aumento destes. A reforma, ao obrigar empresas e cidadãos a subscreverem seguros de saúde (colectivos ou individuais) e ao alargar o leque de beneficiários dos subsistemas públicos, interfere com todos os tipos de contribuintes, não sendo de prever que haja mudanças na posição relativa de cada um.

O direito de utilização dos serviços de saúde pertence, essencialmente, àqueles que descontam para tal, seja este último efectuado directamente ou através do empregador, algumas vezes, inclusive, como parte integrante de um benefício remuneratório. Apenas a parcela de cidadãos com muito baixo rendimento, poderá ter acesso aos cuidados sem efectuar qualquer desconto para tal efeito. Como se viu na Tabela 2, o Medicaid abrangge apenas 9% da população e alguns dos seus elementos, em função do seu nível de rendimento, têm de contribuir para um seguro social. Apesar do esforço de maior cobertura da população para efeitos de saúde, que incluirá o alargamento da abrangência dos subsistemas públicos, o financiamento continuará a assentar, principalmente, nos

descontos para seguros de saúde. Por isso, o direito aos cuidados pertence, principalmente, aos contribuintes e não à população em geral.

A Tabela 2 permite concluir, que 45,9% dos fundos eram geridos por organismos públicos (Estado, Agências Federais e seus Centros). Os fundos privados representavam 40,4% e os pagamentos directos 13,7%. Nestas condições, parece correcto atribuir o grau de participação *Médio* ao Estado e aos seguros privados, enquanto gestores de fundos.

Ainda no âmbito dos responsáveis pela gestão de fundos, saliente-se as designadas *Health Maintenance Organizations*, que garantem, mediante um determinado pré pagamento, cuidados de saúde aos seus beneficiários, podendo ou não possuir serviços próprios, incluindo hospitais. Algumas HMO são pertença de grandes empresas, que as constituíram com o objectivo de cobrir para efeitos de saúde as necessidades dos seus funcionários e respectivas famílias. Em finais da década de 80 do Século XX, abrangiam cerca de 20 milhões de pessoas, o que, apesar de significativo, representa um valor baixo em termos relativos.

O PPACA trará para o sistema de saúde americano cerca de 32 milhões de novos beneficiários, que se repartirão pelos subsistemas públicos e privados, o que não permitirá alterar significativamente a relação acima descrita. Apesar do aumento do número de inscritos em organizações tipo HMO, que aponta, em 2010, para cerca de 66 milhões de pessoas,<sup>11</sup> a classificação das empresas enquanto gestoras dos fundos da saúde não se altera, tanto mais que o número destas que possuem serviços de saúde é relativamente pequeno.

Uma grande parte dos doentes é atendida em hospitais federais e clínicas. Estes são, na sua maioria, privados e prestam cuidados primários, secundários e terciários. De notar ainda, que muitos médicos exercem clínica a título individual ou em grupo, em regime privado. O mesmo regime aplica-se aos laboratórios. O Medicaid, o Medicare e os restantes subsistemas públicos, muito em particular o dos militares, possuem também serviços, incluindo hospitais. Ribeiro<sup>6</sup> menciona também que o fornecimento de cuidados de saúde é, principalmente, efectuado por privados, opinião que é partilhada por todos os autores consultados. A reforma introduzida pelo presidente Obama não altera esta relação entre público e privado.

A legislação subjacente ao modelo de funcionamento e à organização dos serviços de saúde americanos, em particular no que toca aos hospitais, é fundamentalmente privada. É o que se depreende da leitura de Ferreira,<sup>4</sup> bem como dos restantes

autores consultados. A clínica privada exercida em consultório individual ou de grupo, é, por maioria de razão, da mesma natureza. Também aqui, não há qualquer alteração resultante da reforma de 2010. A gestão das unidades prestadoras de serviços de saúde é, atendendo ao exposto anteriormente, maioritariamente privada, quer num período, quer noutro.

Não existe qualquer rede de cuidados de saúde convenientemente articulada e hierarquizada. O nível de planeamento é, por isso, Baixo. Para 2013 está prevista a atribuição de incentivos, no âmbito de um programa experimental, para melhorar a coordenação entre os diversos profissionais e serviços envolvidos. Escoval et al.<sup>12</sup> falam também na coordenação de cuidados, na colocação do cidadão no centro do sistema, em liderança, colaboração e objectivos, o que acompanhado de medidas de saúde pública e de controlo e contenção de custos, permite supor uma melhoria no nível de planeamento do sistema de saúde americano.

No que respeita às fontes de financiamento, dever-se-á, desde já, ter em consideração que as mesmas se reduzem a impostos e seguros voluntários. Sintetizando, tem-se:

> Financiamento por impostos – *Medicaid*, *Children's Health Insurance Program*, *Veterans Health Administration*, *Medicare*, Serviços de Saúde dos Servidores Civis, Serviços de saúde dos indígenas e outras despesas estruturais ou de programas públicos, num total que, em 2002, rondava os 46%;

> Financiamento por seguros – Seguros privados individuais ou de grupo, que na mesma data somavam à volta de 35% (os restantes 19% são pagamentos directos e outros).

A reforma Obama introduz uma série de impostos, taxas e compensações relativas ao financiamento dos cuidados de saúde (por exemplo, os impostos sobre a actividade das seguradoras, sobre dividendos e juros e sobre os produtores de medicamentos), às contribuições para o Medicare no que respeita a indivíduos e famílias com mais altos rendimentos, à aquisição de dispositivos médicos e às multas a pagar pelos empregadores com mais de 50 trabalhadores, que não segurem os seus empregados. Isto fará, certamente, crescer a fatia suportada pelos impostos (cerca de 409,2 mil milhões de dólares para os primeiros 10 anos), mas a estrutura não será muito alterada, estimando-se que metade dos novos beneficiários seja coberta pelo Medicaid e a outra metade pelo *National Health Insurance Exchange*.

Os modelos contratuais seguidos, segundo se depreende de Ribeiro,<sup>6</sup> eram o de reembolso e o de

contrato, se bem que o próprio autor afirme que o nível de complexidade organizacional é muito elevado, tornando difícil a tipificação dos casos. O primeiro era utilizado pelas HMO, pelas empresas, pelo Medicare e pelo Medicaid, mas, segundo é possível perceber, com pouca importância. O segundo, também abordado por outros autores, tinha um peso significativo nas HMO. O modelo integrado também era utilizado pelas HMO e por alguns subsistemas públicos, como o Medicare (parcialmente) e o dos militares, uma vez que dispunham de hospitais próprios, mas com um peso reduzido. Chua<sup>1</sup> dá especial ênfase à modalidade de contrato, mas a sua análise não é suficientemente desenvolvida para se poder tirar outro tipo de ilações. Os pagamentos directos equivaliam a 13,7% do total. Mesmo não sendo possível separar os pagamentos totais dos parciais, o seu grau de utilização seria sempre Baixo. Da leitura de Frogner et al.<sup>13</sup> e da KFF<sup>7</sup> conclui-se também pelo peso significativo dos contratos, em particular no mercado das seguradoras privadas (incluindo o designado por *Exchange*), situação já existente no período anterior à reforma. Apesar da escassez de dados, admite-se a manutenção da classificação.

As reformas introduzidas em 2010 reduzem ainda mais os co-pagamentos, conforme já foi referido, mantendo-se, por isso, a classificação. De notar, que a reforma Obama inclui a isenção de co-pagamentos ou franquias para os cuidados preventivos. A partir de 2014, os pagamentos directos não podem exceder o montante permitido para os planos de seguros com maior nível de dedução.<sup>14</sup> Por outro lado, o aumento da cobertura da população e a maior facilidade no acesso aos cuidados de saúde conduzirão a menores pagamentos directos totais.

A abordagem da modalidade de pagamento nos EUA também não é fácil, devido à sua diversidade e frequente alteração. Na década de 90 do Século XX, o acentuado crescimento dos custos fez com que os programas governamentais de saúde alterassem o sistema de pagamento, abandonando, gradualmente, o modelo baseado no acto e substituindo-o pelo fundamentado no doente, adoptando para o efeito os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).<sup>15</sup> A situação anterior à reforma de 2010 poderia ser caracterizada da seguinte forma:

- > Pagamento por diária – Algumas seguradoras privadas e uma parte do Medicaid;
- > Pagamento por doente – As PPO e as HMO, a título preferencial;
- > Pagamento de base capitacional – Parte do Medicaid, do Medicare e das HMO;

> Pagamento por acto – As IPA, parte das PPO, parte das HMO lucrativas, parte das seguradoras sem fins lucrativos e o serviço prestado pelos médicos (estes últimos representam 20% dos custos totais);

> Orçamento global – Alguns hospitais pertencentes às HMO, os médicos do Medicare, o serviço de saúde dos militares e os serviços e programas de Saúde Pública.

Todos os subsistemas exigiam pagamentos parciais directos, se bem que pouco significativos. Neste contexto, entendeu-se adequado, atribuir um grau de utilização *Médio* aos pagamentos por acto (apesar da tendência para a sua redução) e *Baixo* aos restantes.

Uma das possíveis reformas, no futuro, dependendo do êxito de algumas experiências, consiste na adopção de uma modalidade de pagamento para o Medicare, e parte do Medicaid, designada por *bundled payments*, ou seja, pagamento por pacotes (pagamentos compostos), que se traduz no pagamento de base capitacional (doentes crónicos), mas ligado aos resultados (quanto melhores estes forem, mais recebem os médicos e os hospitais). Este critério de pagamento de serviços não deixa, contudo, de ter uma base capitacional. A reforma Obama não altera de forma clara este estado de coisas. Por estas razões, manteve-se a classificação atribuída.

A liberdade de escolha deste ou daquele médico ou hospital era, por norma, elevada, se bem que em algumas organizações, como as HMO, tal não seja possível. A criação do Medicare Advantage, já mencionada, veio também permitir aumentar o leque de escolhas aos beneficiários de seguros públicos de saúde. Não há qualquer esquema pré-definido de encaminhamento do doente dentro do sistema de saúde.

As reformas introduzidas por Obama deram lugar a alguma preocupação de políticos e articulistas quanto à redução do nível de liberdade de circulação dos utentes dos serviços de saúde. A tendência parece ser essa, mas não tão drástica quanto alguns temiam. A favor desta limitação tem-se: o aumento do número das organizações com identificação de prestadores preferenciais; a necessidade de escolha de um médico de família, que procederá à respectiva referenciação, caso necessário. Contra o cercear desta liberdade tem-se: a liberdade de escolha de pediatra e ginecologista/obstetra; a liberdade de escolha de um hospital para cuidados de emergência. Por estas razões, parece razoável, para o período após as reformas, atribuir a classificação *Médio*, por ser essa a tendência desta unidade de análise.

## CONCLUSÕES

Antes de ter sido aprovada a reforma Obama, cerca de 40 milhões de americanos não tinham qualquer cobertura para efeitos de saúde. A isto dever-se-á somar um insuficiente leque de abrangência de cuidados, mesmo para os segurados, a pouca importância atribuída aos cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, e o risco permanente de perda do seguro, em caso de desemprego.

Muitos presidentes dos EUA tentaram, ao longo de dezenas de anos, combater este estado de coisas, procurando ampliar o número de cidadãos cobertos por esquemas de saúde, aumentar a acessibilidade e, conseqüentemente, melhorar os resultados em saúde. Só em 23 de Março de 2010, devido à iniciativa e ao esforço do presidente Obama, se deu o primeiro passo dessa gigantesca mudança.

A reforma aprovada inclui medidas tendentes a aumentar a cobertura, desenvolver a promoção da saúde e a prevenção da doença, melhorar a acessibilidade, aumentar a eficiência, melhorar a qualidade, reforçar a regulação e reduzir os custos. Este último objectivo é aquele cuja realização oferece mais dúvidas.

Do ponto de vista prático, uma parte substancial da reforma assenta na criação de um mercado organizado de venda de planos de saúde (*National Health Insurance Exchange*), que tem em consideração os princípios atrás enunciados.

A análise do quadro caracterizador do sistema de saúde americano (**Tabela 3**) permite concluir pelo reforço claro do carácter social deste último, pela manutenção da liberdade de escolha e pelo reforço da regulação. Verifica-se ainda uma melhoria ao nível do planeamento e uma redução ligeira da liberdade de circulação no interior do sistema.

Após a reforma, e à semelhança do que acontecia anteriormente, o modelo de sistema de saúde americano caracteriza-se ainda por ter um financiamento misto (seguros e impostos), sustentado, principalmente, no sistema de contrato e no pagamento ao acto. Os pagamentos directos não têm grande peso. Os prestadores de cuidados de saúde são, na sua maioria, privados, e a gestão dos fundos é feita pelo Estado e pelas companhias de seguros.

Trata-se pois de uma reforma social importante, que não altera, no essencial, a organização do modelo.

---

---

## REFERÊNCIAS

1. Chua, K. (2006). Overview of the U.S. Health Care System. American Medical Student Association Jack Rutledge Fellowship. Disponível em <http://freedownload.is/pdf/kao-ping>. [Consultado em 20/2/2012].
  2. OECD Health Data (2010). Disponível em <http://stats.oecd.org/Index.aspx>. [Consultado em 13/10/2011].
  3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Disponível em [www.ibge.gov.br/paisesat/](http://www.ibge.gov.br/paisesat/). [Consultado em 13/10/2011].
  4. Ferreira, F. Gonçalves (1989). Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian (p. 248).
  5. US Census Bureau (2010). Health Insurance Coverage Status and type of coverage. Disponível em [www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/index.html](http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/index.html). [Consultado em 13/9/2011].
  6. Ribeiro, J. (2006). Financiamento e desenho institucional no sector da saúde nos Estados Unidos da América. In Bisoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
  7. KFF - Kaiser Family Foundation (2011). Focus on health reform. Summary of new health reform law. Disponível em <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>. [Consultado em 2/2/2012].
  8. Dain, S. e Janowitz, R. (2006). A saúde complementar no contexto dos sistemas de saúde: A experiência internacional. In Biasoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
  9. Escoval, A. (1999). Sistemas de financiamento da saúde. Análise e tendências. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
  10. Sparer, M. (2011). Health policy and health reform. In: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). Health care delivery in the United States. New York, Springer Publishing Company, pp. 25-45.
  11. MCOL - Managed Care On-Line (2012). Managed Care Fact Sheets. National HMO enrollment. Disponível em <http://www.mcareol.com/factsheets/factnati.htm>. [Consultado em 16/2/2012].
  12. Escoval, A. (Coord.), Matos, T., Ribeiro, R. e Santos, A. (2010). Contratualização em cuidados de saúde primários. Horizonte 2015/20. Fase 5: Relatório final. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
  13. Frogner, B., Waters, H. e Anderson, G. (2011). Comparative health systems. In: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). Health care delivery in the United States. New York, Springer Publishing Company, pp. 67-79.
  14. Jost, T. (2010). Health insurance exchanges and the affordable care act: key policy issues. Disponível em [www.commonwealthfund.org/Publications/View-All.aspx?Page=18](http://www.commonwealthfund.org/Publications/View-All.aspx?Page=18). [Consultado em 1/11/2011].
  15. Barros, P. (2005). Economia da saúde. Conceitos e comportamentos. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- 

### CORRESPONDENCE:

JÚLIO PINTO DA COSTA  
PRAÇA DOS PESCADORES, 21 – 2º DTO.  
4450 – 222 MATOSINHOS

### EMAIL:

JULIO.P.COSTA@SAPO.PT