

Sistemas Internacionais de Saúde

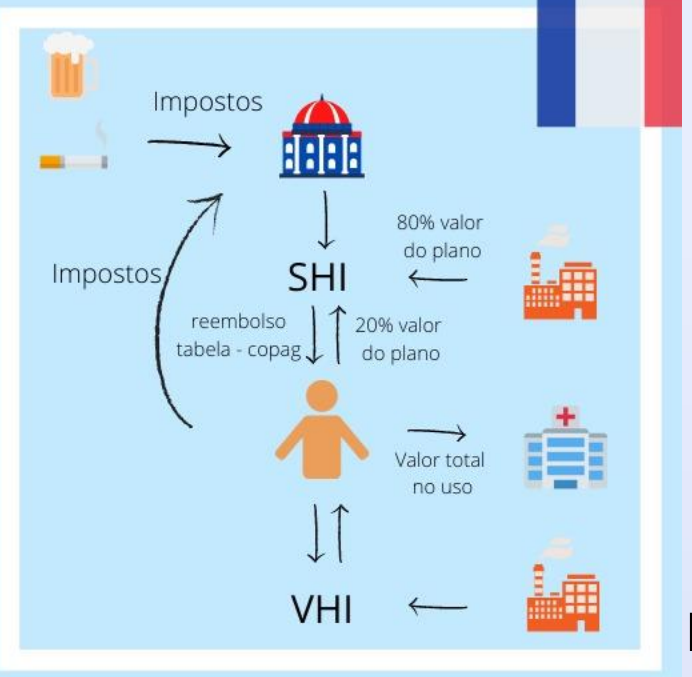
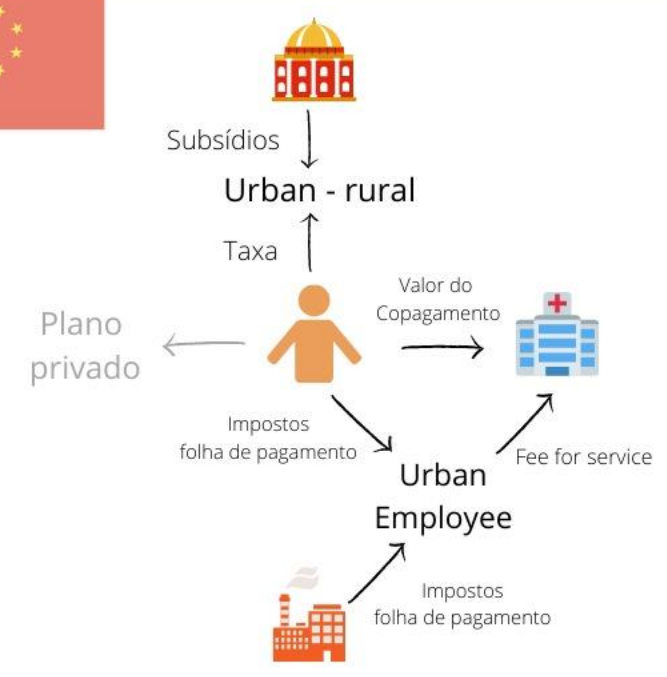
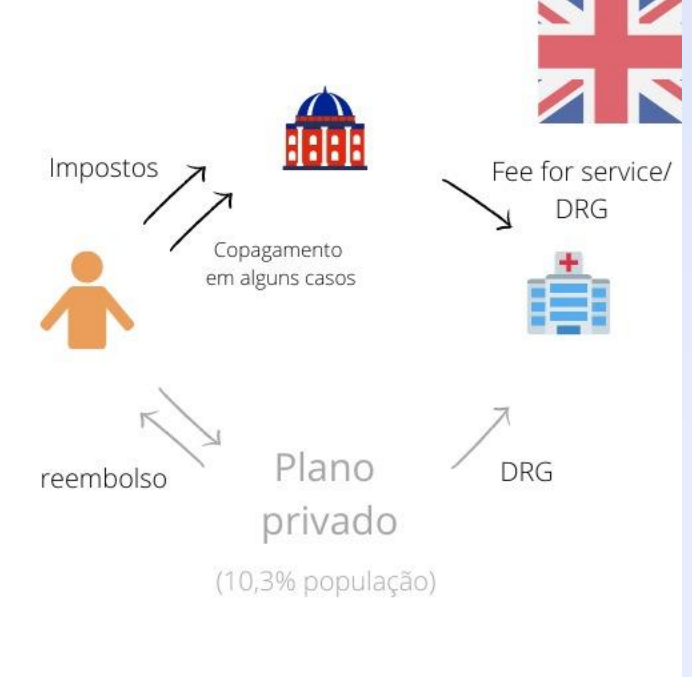
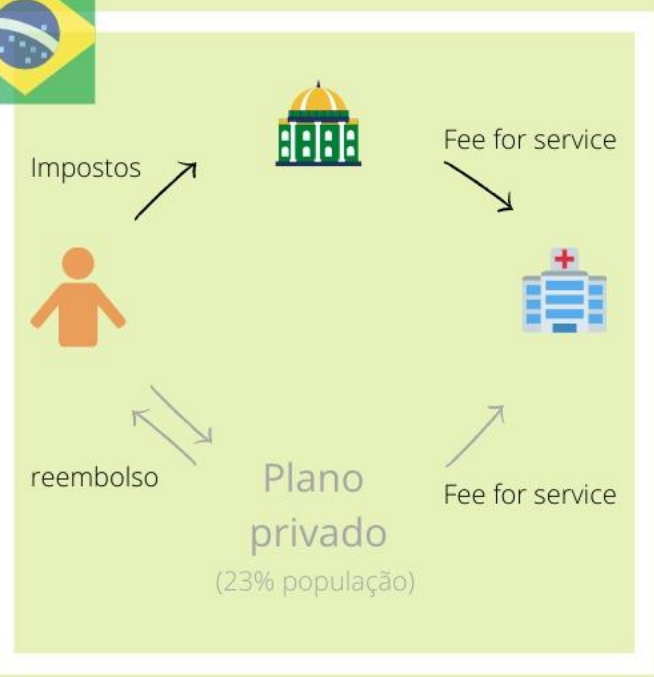
USP

(HEP0153 - 2020)

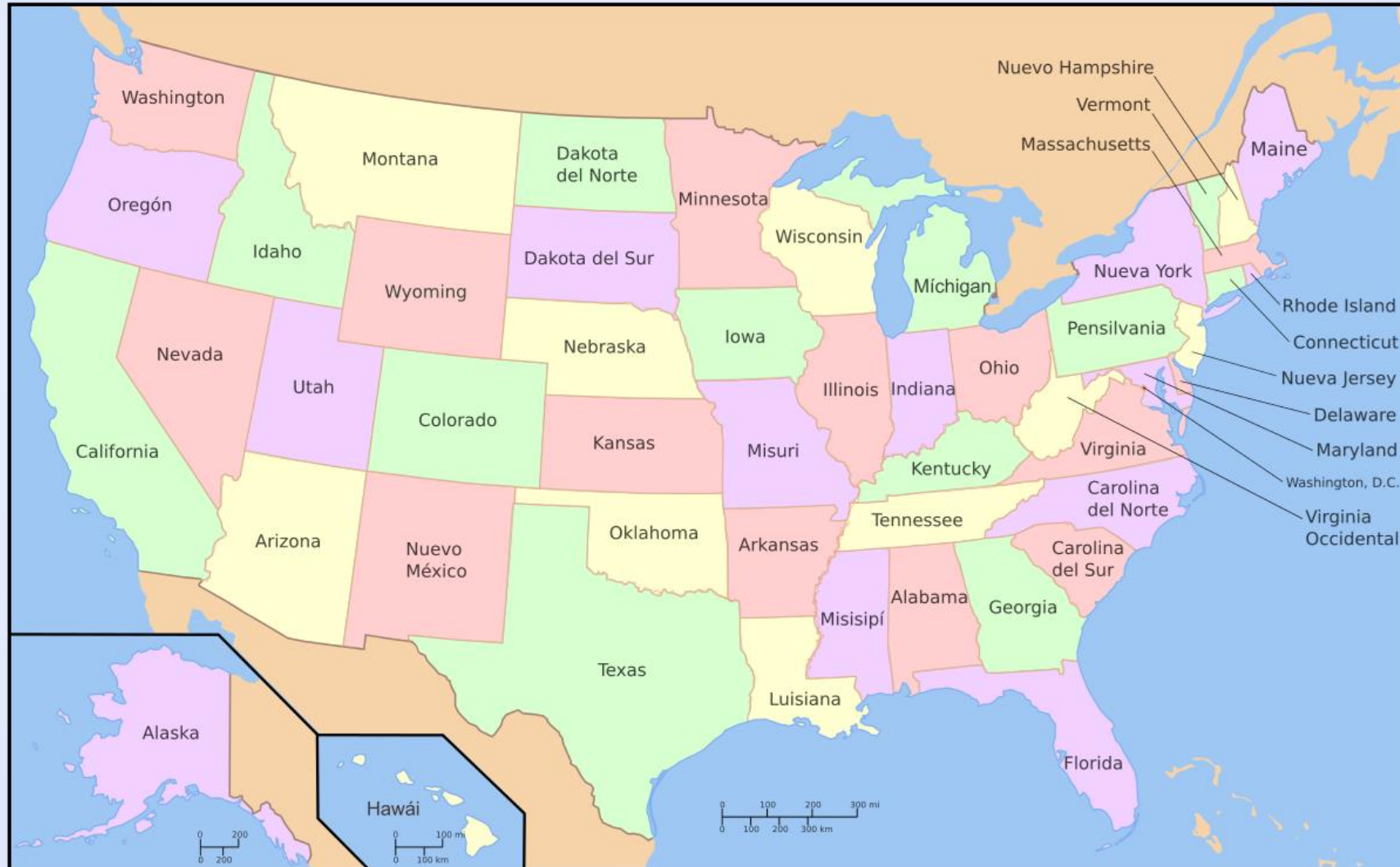
Prof. Dr. Alexandre Chiavegatto Filho

Alunos Monitores: Fabricio Nobile
e Paulo Ricardo Silva.





Sistema de Saúde nos EUA





EUA



- ❑ Sistema de saúde misto: público para alguns grupos específicos e sistema privado para os restantes.
 - ❑ Medicare: adultos com 65 anos e mais e pessoas com deficiências específicas.
 - ❑ Medicaid: adultos e crianças de baixa renda.
 - ❑ Veterans Affairs: membros e ex-membros do exército.
- ❑ Federalismo: detalhes de cobertura e acesso mudam segundo Estados.
- ❑ 2010: 16% sem seguro.
- ❑ 2019: 8,5% sem seguro.
- ❑ País que mais gasta com saúde no mundo:
 - ❑ 17% do PIB (World Bank, 2017).
 - ❑ US\$ 10.246 anual per capita (2017).





EUA



☐ Medicare

- ☐ Criado em 1965.
- ☐ Acesso universal para pessoas com 65 anos ou mais.
- ☐ A partir de 1972: também elegíveis indivíduos com menos que 65 anos com deficiência de longo prazo ou doença renal em estágio terminal.
- ☐ Para cidadãos e residentes legais que trabalharam por algum tempo (se não, em alguns casos pode solicitar e pagar mensalidade).
- ☐ Parte A, B, C e D.
- ☐ Em geral, todos entram para o Medicare tradicional (Parte A e B).
- ☐ Parte A:
 - ☐ Cobre internações em hospitais, cuidados paliativos e alguns cuidados de enfermagem qualificados.
 - ☐ Sem mensalidade, porém possui franquia (US\$ 1.408 por admissão em 2020, se ficar mais que 60 dias tem algum copagamento).





EUA



☐ Medicare

- ☐ Parte B: cobre consultas médicas, testes laboratoriais, exames diagnósticos, equipamentos médicos, ambulância e outros serviços ambulatoriais.
- ☐ Mensalidade de US\$ 144 em 2020.
- ☐ Pode optar por não se inscrever, mas se decidir entrar depois a mensalidade será mais cara (seleção adversa).
- ☐ Franquia anual de US\$ 198 (2020) e cerca de 20% de co-seguro.



EUA



☐ Medicare

- ☐ Parte C: plano privado suplementar.
- ☐ Um terço dos beneficiários optam por essa cobertura.
- ☐ Para ter acesso ao C tem de se inscrever também no A e B (pagar mensalidade do B).
- ☐ Tem de se registrar em uma organização de manutenção de saúde (health maintenance organizations, HMO): mais cobertura para serviços odontológicos e oftalmológicos e para medicamentos.
- ☐ HMO: rede de médicos e serviços de saúde que controlam o acesso.
- ☐ Porta de entrada por meio de um médico de atenção primária, que encaminha os pacientes para especialistas caso necessário.
- ☐ Gastos anuais máximos: US\$ 6.700.





EUA



☐ Medicare

Desde 2003:

- ☐ Parte D: compra de plano de saúde para acesso a medicamentos por meio de uma operadora privada.
- ☐ Cada opção com diferentes mensalidades, coparticipação e franquia.
- ☐ Franquia de US\$ 415, depois disso 25% dos custos.
- ☐ Cobertura catastrófica obrigatória: se gastar US\$6.350 diretamente pelos medicamentos – paga só 5% dos custos até o fim do ano.
- ☐ Incentivos a medicamentos com melhor custo-benefício, por meio de menores valores de cosseguro.



EUA



❑ Medicaid

- ❑ Criado em 1965.
- ❑ Sistema público alguns adultos e crianças de baixa renda.
- ❑ Cobre 17,9% da população.
- ❑ Administrado pelos Estados, critérios de elegibilidade mudam.
- ❑ É necessário de inscrever - e reinscrever a cada ano.
- ❑ Mais de 2/3 recebem via HMO.
- ❑ Cobertura: serviços hospitalares para pacientes internados e ambulatoriais, cuidados de longo prazo, serviços laboratoriais e de diagnóstico, entre outros.
- ❑ A maioria dos estados inclui alguma assistência odontológica.
- ❑ Visitas médicas: co-pagamento máximo de US\$ 4 ou cosseguro de 10 a 20%.
- ❑ Internação hospitalar: co-pagamento máximo de US\$ 75 e cosseguro de 10 a 20%.





EUA



❑ Veterans Health Administration

- ❑ Serviço de saúde público que oferece atendimento de saúde a militares e veteranos.
- ❑ É propriedade e operado pelo Departamento de Veteranos do governo (todas as instalações são próprias).
- ❑ Alguns veteranos têm co-pagamentos para cuidados de saúde e medicamentos do VA, dependendo da sua prioridade (que varia segundo sequelas de serviço militar, situação de emprego, participação em guerras e honrarias militares).

VA



U.S. Department
of Veterans Affairs





EUA



☐ **Affordable Care Act (ACA) / “Obamacare”:**

- ☐ Sancionada em 2010, entrou em vigor em 2014.
- ☐ Maior expansão de cobertura de saúde nos EUA desde Medicaid e Medicare (1965).
- ☐ Principal mudança: seguradoras não podem mais cobrar preço diferente segundo doenças pré-existentes nem situação demográfica (exceto idade).
 - ☐ Problema: seleção adversa.



Seleção Adversa



❑ **Gasto médio de saúde previsto:** R\$ 5 mil.

❑ **Valor cobrado pelo seguro (devido a lucro e custos administrativos):** R\$ 5,5 mil.



Pacientes sadios não vão participar



Pacientes com problemas de saúde vão participar

Consequência?



EUA



❑ **Affordable Care Act (ACA) / “Obamacare”:**

❑ Sancionada em 2010, entrou em vigor em 2014.

❑ Maior expansão de cobertura de saúde nos EUA desde Medicaid e Medicare (1965).

❑ Principal mudança: seguradoras não podem mais cobrar preço diferente segundo doenças pré-existentes nem situação demográfica (exceto idade).

❑ Problema: seleção adversa.

❑ Solução: obrigação de ter seguro, ou paga multa (entre aqueles não elegíveis para Medicaid, Medicare ou veterano).

❑ Caiu em 2019.





EUA



❑ **Affordable Care Act (ACA) / “Obamacare”:**

- ❑ Outras mudanças:
 - ❑ Jovens podem permanecer nos planos privados dos pais até os 26 anos.
 - ❑ Abertura de mercados de seguro saúde que oferecem subsídios de mensalidade para indivíduos de renda média e baixa.
 - ❑ Expandiu a elegibilidade do Medicaid com a ajuda de subsídios federais (nos estados que escolheram essa opção).
 - ❑ Determinou que as seguradoras de mercado forneçam cobertura de saúde mental e condições de uso de substâncias.
- ❑ 20 milhões ganharam cobertura, reduzindo a proporção de adultos não segurados com 19 e 64 anos de 20% em 2010 para 12% em 2018.





EUA



❑ Seguro privado:

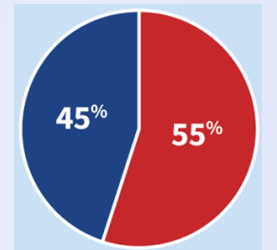
- ❑ 67% dos residentes têm seguro privado como sua cobertura principal de saúde.
- ❑ A maioria do seguro privado (55%) é patrocinada pelo empregador.
- ❑ Os planos em geral cobrem os trabalhadores e seus dependentes.
- ❑ O ACA estabeleceu um mercado de compra de seguro privado HealthCare.gov para facilitar o processo de escolha.
- ❑ Geralmente paga-se o custo total até a franquia (a média para uma pessoa solteira era de US \$ 1.846 em 2018).
- ❑ Co-pagamentos e cosseguro variam conforme plano.
- ❑ A cobertura de saúde do empregador geralmente não cobre benefícios dentários ou oftalmológicos.



EUA



- ❑ **Gastos públicos:** 8% do PIB são compostos por gastos públicos em saúde.
 - ❑ No Brasil, os gastos públicos em saúde são 4% do PIB.
- ❑ A distribuição de gastos público e privado é semelhante ao Brasil (45% público e 55% privado).
- ❑ **Financiamento:**
 - ❑ *Medicare:* impostos federais gerais, imposto obrigatório sobre a folha de pagamento que paga a Parte A (seguro hospitalar) e mensalidades.
 - ❑ *Medicaid:* via impostos, sendo 63% federais e o resto receitas estaduais e locais.
 - ❑ *Veteran Health:* impostos federais.
- ❑ Lei federal que exige que a maioria dos hospitais trate todos os pacientes que requerem cuidados de emergência.





EUA



TYPICAL PATIENT COPAYMENTS AND SAFETY NETS*

SERVICE	FEES PER ENCOUNTER/SERVICE	MAXIMUM OUT-OF-POCKET COSTS	SAFETY-NETS (COST SHARING EXEMPTIONS)
Primary and specialist outpatient care, per visit	<p>Medicare (Part B): 20% coinsurance after meeting annual deductible (USD 185).</p> <p>Medicaid: Maximum allowable copay between USD 4.00 and 10%–20% coinsurance.</p> <p>Private insurance: Varies by insurer; fees considerably higher for out-of-network providers.</p>	<p>Traditional Medicare: No cap for care obtained on a fee-for-service basis.</p> <p>Medicare Advantage: \$6,700 (in-network) or \$10,000 (in-network and out-of-network combined) for Part A and Part B services.</p> <p>Medicaid/Children's Health Insurance Program: 5% of household income per year.</p> <p>Private insurance (individual marketplace):</p> <ul style="list-style-type: none"> Individual: USD 7,900 per year Family: USD 15,800 per year. 	<p>Medicaid</p> <ul style="list-style-type: none"> Children generally exempt. Exemptions for emergency services, family planning, pregnancy-related care, preventive services for children, and care for terminally ill and institutionalized individuals. <p>Children's Health Insurance Program:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exemptions for American Indian/Alaskan Native children and for well-baby and well-child care. <p>Private insurance (employer-sponsored, individual marketplace):</p> <ul style="list-style-type: none"> Preventive services exempt if provided by in-network providers. <p>Private insurance (individual marketplace):</p> <ul style="list-style-type: none"> Cost-sharing reductions for low- and middle-income families No cost-sharing for low-income American Indians and Alaska Natives. <p>Medicare: Certain preventive services exempt from cost-sharing.</p> <p>Medicare (Part D): Lower cost-sharing for beneficiaries with low income.</p>
Hospitalization	<p>Medicare (Part A):</p> <ul style="list-style-type: none"> Days 0–60: Full cost up to USD 1,364 deductible, then no charge Days 61–90: USD 341 per day Days 90+: USD 682 per day. <p>Medicaid: Maximum allowable copayment USD 75 or 10%–20% coinsurance per stay.</p>		

Prescription drugs

Medicare (Part B): 20% coinsurance for drugs administered in physician offices, after meeting deductible (USD 185).

Medicare (Part D): Varies by prescription drug plan:

- Generics: USD 0–13 copay
- Brand-name-preferred drugs: USD 25–47 copay
- Nonpreferred drugs: 32%–50% coinsurance
- Specialty drugs: 25%–33% coinsurance.

Medicaid: Maximum allowable copays:

- Preferred drugs: USD 4.00
- Nonpreferred drugs: Between USD 8 and 20% coinsurance.

Medicare (Part D): No cap. Patients pay 100% of cost up to maximum deductible of USD 415; thereafter, 25% of costs and dispensing fee, up to USD 8,140 and then 5% of costs.

Medicaid/CHIP: Family maximum of 5% of household income per year.

* Fees listed are from 2019. For Medicaid, maximum allowable copayment varies by income, relative to federal poverty level. Coinsurance reflects proportion of state-based costs Medicaid pays. Medicare Parts A, B, and D data from Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) and Kaiser Family Foundation (KFF).¹⁶ Medicare Part D prescription cost data based on 10 largest stand-alone Part D plans; 2019 data from KFF.¹⁷ Medicare Part C (Advantage) data from KFF.¹⁸ Medicaid/CHIP data based on CMS and KFF data.¹⁹ Private, individual marketplace insurance data from CMS.²⁰





EUA



- ❑ A maioria das escolas médicas (59%) são públicas, com mensalidades bastante altas.
- ❑ Vários programas federais de redução da dívida, perdão de empréstimos e bolsas de estudo: muitos para colocação em regiões carentes.
- ❑ Médicos de atenção primária: pagos por meio de uma combinação de métodos, incluindo taxas negociadas (seguro privado), captação (seguro privado e alguns seguros públicos) e taxas definidas administrativamente (seguro público).
- ❑ A maioria (66%) das receitas da prática de atenção primária vem de pagamento por procedimento.
- ❑ Desde 2012, o Medicare tem experimentado modelos alternativos de pagamento para cuidados primários e prestadores especializados.
- ❑ Nem todos os especialistas aceitam pacientes com seguro público, por causa das taxas de reembolso baixas estabelecidas pelo Medicaid e pelo Medicare.



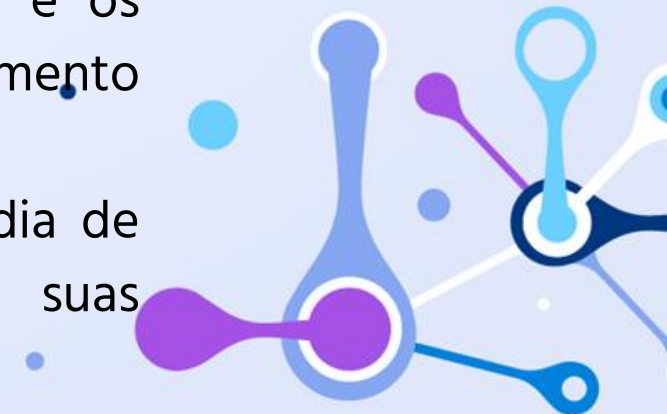


EUA



❑ **Hospitais:**

- ❑ 57% hospitais são privados sem fins lucrativos; 25% com fins lucrativos; 19% públicos do governo estadual ou local; e 4% hospitais públicos federais.
- ❑ Hospitais são livres para escolher o seguro que aceitam: a maioria aceita Medicare e Medicaid.
- ❑ Hospitais são pagos por meio de uma combinação de métodos.
 - ❑ Medicare paga aos hospitais por meio de DRG.
 - ❑ Medicaid por meio de DRG, diárias ou reembolso de custos, e os estados têm considerável liberdade para definir as taxas de pagamento dos hospitais.
 - ❑ As seguradoras privadas pagam aos hospitais geralmente por dia de internação, normalmente negociadas entre cada hospital e suas seguradoras anualmente.





EUA



❑ **ACA:**

❑ Estratégia Nacional de Qualidade:

- ❑ Conjunto de objetivos e prioridades nacionais para orientar os esforços locais, estaduais e nacionais de melhoria da qualidade.
- ❑ A estratégia inclui relatórios anuais sobre um conjunto selecionado de medidas de qualidade.

❑ **Lei federal:** provedores têm de fornecer dados sobre a qualidade de seus cuidados, e os Centros de Serviços Medicare e Medicaid relatar publicamente o desempenho nas medidas de qualidade.

- ❑ **Hospital Compare:** recurso online que resume o desempenho de mais de 4.000 hospitais em medidas de processos de atendimento, resultados de atendimento e experiências do paciente.





EUA



- ❑ **Conjunto de dados e informações de eficácia em saúde:** uma das ferramentas mais amplamente utilizadas para classificar a qualidade do provedor.
 - ❑ Usado por planos de saúde para avaliar a qualidade do provedor.
 - ❑ Inclui taxas de exames de câncer, gerenciamento de medicamentos para condições crônicas, visitas de acompanhamento e outras métricas.
- ❑ ACA expandiu a capacidade dos Centros de Serviços Medicare e Medicaid de testar modelos de pagamento alternativos que recompensam a qualidade, reduzem custos e visam melhorar a coordenação do atendimento.
 - ❑ Um desses modelos alternativos são os “pagamentos agrupados” (bundled payments), em que um único pagamento é feito para todos os serviços prestados por vários provedores para um único episódio de atendimento.
 - ❑ **Vai além do DRG:** pagamento além do hospital, também para o médico e para a atenção pós-hospitalar.





EUA



- ❑ 96% dos hospitais de cuidados agudos não federais e 86% dos médicos em consultório adotam um sistema de registro eletrônico de saúde (EHR) “certificado”.
- ❑ 80% dos hospitais e 54% dos consultórios médicos adotaram um EHR com recursos avançados, como a capacidade de rastrear dados demográficos de pacientes, listar medicamentos, armazenar notas médicas e rastrear pedidos de medicamentos, exames laboratoriais e resultados de imagem.
- ❑ 21st Century Cures Act, aprovado em 2016:
 - ❑ Promover o uso de EHRs em geral, exigindo que todos os prestadores de serviços de saúde disponibilizem aos pacientes cópias eletrônicas dos registros dos pacientes.





EUA



- ❑ Nos últimos anos, os empregadores começaram a eliminar os agentes “intermediários” - como seguradoras e gestores de benefícios farmacêuticos - da cadeia de financiamento de saúde.
- ❑ Alguns empregadores maiores se uniram a outros para formar suas próprias corporações de saúde sem fins lucrativos:
 - ❑ Amazon, Berkshire Hathaway e JP Morgan.
- ❑ Outras empresas, como a Apple, estão contratando provedores diretamente para fornecer cuidados a seus funcionários em clínicas de saúde locais.



Exercício

Quais são os benefícios e os malefícios de ter um sistema de saúde misto público e privado (público não universal com complemento privado) como no caso dos EUA, em termos de lidar com a seleção adversa, as externalidades e o risco moral?



Dúvidas?

Sistemas de Saúde nos EUA



Obrigado!

