

A Reforma do Sistema de Saúde Americano

Neste domingo, a Câmara dos Deputados dos EUA passou a lei de seguro saúde dos Estados Unidos, após um ano de discussões e debates a respeito do assunto, em que muito se viu de argumentos demagógicos, com frases de efeito, com nítido intuito de apavorar a população ao invés de realmente tentar se ter um debate racional ao respeito do assunto.

A pergunta que fica agora na mente da maioria dos americanos é: afinal, o que de fato está na lei aprovada? Primeiramente, a lei não prevê a criação de um sistema público de saúde, mas obriga os americanos a comprar seguro-saúde de provedores privados, oferecendo uma ajuda de custo a americanos de baixa renda. Uma vez que o governo americano oferece seguro saúde para a população idosa, acredito que se perdeu uma chance única de lidar com um imenso problema que o governo americano deve enfrentar nas próximas décadas, a medida que a gigantesca geração *baby boomer* (nascidos logo após a segunda guerra mundial), chega na casa dos 65 anos: O governo vai ter que comprar serviços de saúde para uma fatia crescente da população e que tem custos altíssimos, uma vez que tem a maior chance de ficar doente e ter doenças caras, como problemas cardíacos e câncer.

Se o governo tivesse um sistema único de saúde, chamado por aqui de *single payer*, a qualidade média do segurado pelo governo subiria, reduzindo o custo médio de se segurar um indivíduo e melhoraria o poder de barganha do governo ao comprar serviços de saúde dos provedores privados. O sistema seria caracterizado pelos subsídios cruzados que estão presentes em qualquer sistema de saúde bem gerido: os jovens acabam pagando um prêmio maior do que seria o valor esperado dado a probabilidade de que eles vão precisar usar o seguro saúde, enquanto velhos pagam um valor abaixo do que deveriam. Como o sistema obriga todos a ter seguro-saúde, isso implica que não há seleção-adversa como em planos de adesão seletiva, no qual somente os com maiores problemas de saúde decidiram ter plano de saúde.

Neste sentido, embora muito tenha se falado no alto custo do atual plano de saúde, aparentemente os problemas do custo para o déficit americano vêm da criação do Medicare nos anos 60 e do envelhecimento da população. O governo tem que pagar a

conta do custo de saúde de uma fatia crescente da população que tem acesso a procedimentos cada vez mais caros, que vive cada vez mais, que tem muito tempo livre para ir ao medico e nenhum incentivo para economizar.

Quando se fala em risco moral em procedimentos médicos, em que o paciente não tem nenhum interesse em se economizar nos procedimentos de saúde ou se cuidar, uma vez que não vê a conta do medico, esse é um exemplo clássico. Nesse sentido, se os republicanos estivessem realmente interessados em controlar o déficit publico, não somente deveriam votar contra o plano de Obama, mas fazer campanha para extinguir o Medicare. Dessa forma se resolveria vários problemas: primeiro o déficit do governo, segundo o do custo de saúde, já que uma fatia importante da demanda passaria a ser mais consciente do custo dos procedimentos médicos, e finalmente o de poupança interna: se indivíduos sabem que vão ter altos gastos de saúde quando idosos e não vão poder mandar a conta pro governo, vão precisar economizar durante suas vidas produtivas para fazer frente a tais gastos. No entanto, viu-se a maioria dos republicanos defendendo veementemente o Medicare, uma vez que boa parte de sua base de apoio é composta de idosos que fizeram imensa campanha contra a nova lei, com medo de ver reduções no Medicare.

Apesar de todos esses problemas, a extensão de health care a todos os trabalhadores deve ter impactos positivos na produtividade americana: em um artigo que escrevi com Allan Dizioli (University of Pennsylvania) sobre Seguro Saúde e mercado de trabalho, analisamos uma base de dados em painel de gastos de saúde de 120 mil trabalhadores americanos de 2000 a 2007, concluímos que o acesso a seguro-saúde tem um impacto positivo na produtividade de um trabalhador, reduzindo o numero médio de faltas que um trabalhador tem ao longo do ano por motivos de saúde, mesmo após levarmos em conta diversas características dos trabalhadores (sexo, idade, nível de educação, setor em que está empregado, etc...) além da escolha endógena de ter seguro-saúde ou não. Como empresas vão responder a obrigatoriedade de oferecer seguro-saúde a todos os trabalhadores é ainda uma questão em aberto.

Roberto Pinheiro (Leeds School of Business, University of Colorado at Boulder)