

## PARADIGMAS REGULATÓRIOS DA SAÚDE PÚBLICA NORTE-AMERICANA: UMA ANÁLISE SOBRE O *OBAMACARE* E SUAS CONSEQUÊNCIAS

CARLOS EMMANUEL JOPPERT RAGAZZO<sup>1</sup>

VICTOR COSTA RODRIGUES<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente artigo discute a implementação do maior sistema de acesso à saúde formulado nos Estados Unidos nos últimos cinquenta anos: o *Obamacare*. Tem por propósito identificar os principais aspectos regulatórios do programa, assim como reproduzir os resultados decorrentes com base em estudos que foram elaborados na sequência da sua implementação. Em particular, o artigo foca em dois objetivos regulatórios: a redução de custos por meio do aumento de escala, fomentado por conta da inclusão de novos segurados no sistema, acompanhado de maior garantia de permanência por meio de subsídios governamentais e a mitigação dos problemas de assimetria de informação, sobretudo por conta da inclusão obrigatória de consumidores com doenças pré-existentes e a fixação de cobertura mínima. Ainda, serão demonstradas modificações que vem ocorrendo neste sistema após a eleição de Donald Trump e o seu impacto no sistema de saúde norte-americano, relacionando-as especificamente com as condições de acesso e sustentabilidade a longo prazo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública; *Obamacare*; Planos de Saúde; Alternativas Regulatórias; Solidarização da Saúde.

<sup>1</sup> Professor e membro permanente do corpo do mestrado e doutorado da Fundação Getúlio Vargas – FGV/RJ. Mestre e Doutor em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; LL.M. in Trade Regulation and Competition Policy pela New York University – NYU. Visiting Scholar na University of California at Berkeley. Foi Conselheiro e Superintendente Geral do Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE. E-mail: carlos.ragazzo@fgv.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9694200934261935>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4049-7691>.

<sup>2</sup> Mestrando em Direito da Regulação pela Fundação Getúlio Vargas – FGV/RJ. Pós-Graduado em Direito e Economia da Regulação e Concorrência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Graduado em Direito pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Advogado. E-mail: victorcr@outlook.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6708151013416344>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5376-0108>.



**ABSTRACT:** This article discusses the implementation of the largest health access system formulated in the United States in the last fifty years: Obamacare. Its purpose is to identify the main regulatory aspects of the program, as well as to reproduce its results based on studies that were prepared following its implementation. In particular, the article focuses on two regulatory objectives: cost reduction through increased scale, fostered by the inclusion of new consumers in the system, accompanied by greater guarantee of permanence through government subsidies and the mitigation of asymmetry problems information, mainly due to the mandatory inclusion of consumers with pre-existing diseases and the setting of minimum coverage standards. In addition, changes that occur in this system after the election of Donald Trump and its impact on the US health system will be demonstrated, relating those changes specifically to conditions of access and long-term sustainability.

**KEYWORDS:** Public Health; *Obamacare*; Health Insurance; Regulatory Alternatives; Health Solidarity.

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, o sistema americano de saúde escolheu acolher apenas dois tipos de vulneráveis para uma política de saúde pública<sup>3</sup>: os hipossuficientes (*Medicaid*) e os idosos/deficientes (*Medicare*). Os demais, principalmente aqueles que se encontravam na classe média e média/baixa, sofriam para obter qualquer tipo de apoio governamental ou optavam por não se segurarem, o que criava um amplo grupo de pessoas sem cobertura pública ou privada.

O preço dos planos de saúde nos EUA sempre foi um fator problemático para a parcela da população que não podia utilizar os serviços do *Medicaid* ou *Medicare* e que não estava vinculado a um plano coletivo. O ponto de inflexão residia justamente naqueles que não possuíam emprego formal: não aproveitavam os benefícios dos planos empresariais e tampouco buscavam obter planos de saúde de forma individualizada porque precisavam do dinheiro para manter seu padrão de vida. Eram pessoas que se encontravam no meio do sistema, não recebiam tão pouco para serem inseridas em programas destinados aos hipossuficientes, e tampouco ganhavam tanto para arcar com os valores de planos de saúde para toda a família.

Essa situação, no entanto, deixava um grupo considerável de americanos sujeitos ao pagamento de serviços de saúde apenas em caso de sinistro, em um sistema com altos custos. Entre os itens apontados nos estudos (KAMAL; MCDERMOTT; COX, 2019; SHRANK; ROGSTAD; PAREKH, 2019; INSTITUTE OF MEDICINE, 2013, p.105; BERWICK; HACKBARTH, 2012) estão: (i) o alto preço dos medicamentos nos EUA em comparação com o restante do mundo; (ii) alto custo

---

<sup>3</sup> Há também, em menor escala, programas de saúde específicos para veteranos de guerra e indígenas que não serão abordados neste artigo.

das burocracias administrativas; (iii) uso excessivo de recursos hospitalares desnecessariamente; (iv) fraudes; (v) falhas de coordenação e (vi) ausência de adoção de melhores práticas (BLOOM et al., 2010). Além disso, o custo da mão-de-obra especializada nos EUA é quantitativamente mais cara que no restante do mundo, contribuindo para a elevação de gastos totais (LATHAM, 1996). Todo esse cenário impactava diretamente os preços dos planos de saúde, impondo repasse de preços aos segurados pessoas físicas do mercado individual e coletivo (com impacto particularmente grande no acesso a planos individuais).

A apresentação do projeto de lei chamado *Affordable Care Act* (ACA) no congresso americano ocorreu em novembro de 2009, tendo aprovação no Senado (*US Senate*) em dezembro do mesmo ano sem um único voto de qualquer parlamentar do partido Republicano. Contou apenas com o apoio de democratas e independentes. Posteriormente, em março de 2010, o projeto foi aprovado na Câmara dos Representantes (*House of Representatives*), com 219 votos a favor e 212 contra. Essa votação foi mais apertada e contou com oposição de membros do próprio partido Democrata (em termos mais específicos, 34 parlamentares do Partido Democrata e todos os 178 deputados republicanos votaram por rejeitar o projeto de lei). Dentre os argumentos elencados pelos opositores, o principal era o maior endividamento do Estado pela expansão dos subsídios, com previsões de aumento de custos exponenciais.

Do momento de sua apresentação até a sanção presidencial, o projeto tramitou por seis meses com diversos embates entre os dois principais partidos. Por fim, foi promulgado em 23 de março de 2010, dois dias após a aprovação na Câmara dos Representantes. Embora alguns itens da legislação tenham produzido efeito imediatamente, as principais disposições da *Affordable Care Act* entraram em vigor somente em 2014, alterando de forma substancial o mercado de seguros individuais norte-americano. A legislação foi o primeiro grande movimento, em mais de 50 anos, de inclusão daqueles que estavam fora do sistema. A expansão provocou um aumento nos gastos estatais com subsídios por parte do governo, em especial dos planos mais baratos, mas em proporção muito inferior àquilo que imaginavam seus opositores (BUCK, 2020). Ainda, teve como principal intenção o provimento de acesso a todos os cidadãos, mantendo o mercado privado, característico da tradição norte-americana, em oposição a um sistema estatal existente em alguns países europeus (REINHARDT, 1993).

A lei se constituiu como uma mistura complexa de sistemas de seguros públicos e privados. Por um lado, era público por meio da expansão dos programas supracitados (*Medicare* e *Medicaid*), nos quais o governo arcava com o pagamento sem contraprestação dos indivíduos. Por outro, privado, na medida em que criava mecanismos para o oferecimento de planos de saúde a preços mais baixos por parte das seguradoras. Um agravante para essa complexidade se dava em função da autonomia significativa dos estados em relação às políticas de saúde, o que trouxe uma adoção heterogênea desse programa entre os estados americanos.

Um dos objetivos do *Obamacare* era a expansão obrigatória do *Medicaid* em todo o território para cobrir mais americanos de baixa renda. Com a expansão, a elegibilidade do *Medicaid* seria estendida a adultos até 64 anos<sup>4</sup>, com renda de até 138% do nível federal de pobreza<sup>5</sup>. No entanto, a Suprema Corte dos Estados Unidos decidiu que essa obrigatoriedade de expansão não poderia ser imposta aos estados-membros da federação, e a escolha por expandir ou não seria própria de cada ente federado (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2012). Por isso, a legislação não é aplicada de forma homogênea em relação aos seus requisitos em todo o território americano, o que provoca discrepâncias<sup>6</sup> (GARFIELD; ORGERA; DAMICO, 2020).

Levando em consideração o impacto provocado pelo *Affordable Care Act* no acesso a planos no mercado de saúde americano, é importante averiguar: (i) quais instrumentos normativo-regulatórios foram utilizados pelo governo para incentivar a criação de planos individuais e o acesso com cobertura significativa para aquela parcela de excluídos da classe média e média/baixa americana, e (ii) como tais instrumentos representam um tipo de escolha pública capaz de prover soluções às falhas de mercado na área da saúde.

Há diferentes dificuldades regulatórias que são vislumbradas como verdadeiros paradigmas para a consecução da finalidade a que se destinam. Dentre as mais gravosas estão assimetrias de informação e economias de escala que devem ser enfrentados pelos criadores de políticas públicas em todo o mundo para prover sustentabilidade e solidez ao sistema.

## 2. SETOR DE SAÚDE NORTE-AMERICANO: SOLIDARIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE

O Durante o governo de Barack Obama, um dos principais desafios enfrentados por uma promessa de campanha foi a melhora do sistema de saúde. Em razão disso, o poder legislativo promulgou o *Affordable Care Act*, conhecido pelo seu apelido: *Obamacare*. A proposta do sistema era simples: ampliar o acesso da população ao sistema de saúde. Os meios para atingir esse objetivo, complexos: a legislação possuía mais de 900 páginas.

Em que pese o *Obamacare* ter sofrido bastante resistência da opinião pública no início de sua implantação em 2014, com cerca de 33% de aprovação – um pouco antes da maior parte dos instrumentos entrar em vigência –, os dados mostram que a aprovação em 2020 está em patamar recorde, com 55% dos entrevistados se posicionando favoravelmente à iniciativa (KFF, 2020).

<sup>4</sup> A partir dos 65, passam a ser considerados idosos e, por isso, devem ser inseridos no *Medicare*.

<sup>5</sup> Para uma família de 4 pessoas, 100% do nível de pobreza em 2020 equivale a US\$ 25.750,00 anuais, enquanto para uma pessoa o valor é de US\$ 11.770,00. Logo, 138% desses valores são US\$ 35.535,00 e US\$ 16.242,60, respectivamente

<sup>6</sup> Em 14 Estados membros, ainda se aplica a legislação antiga, que impõe custos maiores para o acesso a população. Um dos exemplos é que, em alguns Estados, a obtenção do benefício tem como requisito o recebimento de renda máxima de 40% do nível de pobreza federal. Para mais informações sobre os Estados que não adotaram a expansão do *Medicaid*.

Esse crescimento na popularidade demonstra os pontos positivos da política pública de saúde inaugurada pelo ex-presidente Obama. Na realidade, a nova legislação produziu resultados interessantes no que tange à sustentabilidade do programa de saúde (CENTER ON BUDGET AND POLICY PRIORITIES, 2019). Houve desaceleração dos gastos (KAMAL; MCDERMOTT; COX, 2019), embora o seu crescimento ainda seja maior que o PIB anual, fato este que demanda atenção. De qualquer forma, é evidente que o *Obamacare* foi uma mudança substancial de paradigma. Ele fez com que 6% de toda população americana tivesse acesso a um seguro via *Medicare* ou seguros privados, o que significa o ingresso de aproximadamente 20 milhões de pessoas no sistema de saúde.

### 2.1. *Obamacare: ganhos de escala na prestação de serviços de saúde*

A ideia principal do programa capitaneado por Obama era a filiação compulsória de todos os cidadãos americanos ao sistema, e a criação de *marketplaces*<sup>7</sup> nos quais se poderia contratar seguros por preços reduzidos. Nos *marketplaces* disponibilizados há contribuição do indivíduo com subsídio governamental. Imaginou-se, em um primeiro momento, aumentar a base de segurados, impondo que todos aqueles com condições financeiras contribuíssem, repartindo o risco com o objetivo de conferir mais solidez ao setor. O acesso ao programa foi franco, até mesmo porque indivíduos com condições preexistentes – dentre elas doenças crônicas e genéticas – puderam finalmente ingressar no sistema. Além deles, profissionais liberais e pequenos empresários sem seguro de empregadores passaram a se beneficiar.

Antes, o principal entrave que afastava os indivíduos era o alto preço cobrado (DIAMOND et al., 2018). Essa dificuldade foi contornada a partir do aumento do *pool* de pessoas que passou a procurar planos de saúde, o que auxiliou a promover uma redução nos valores dos seguros como consequência e a contribuir com a previsibilidade de demanda que dava segurança ao fluxo de caixa das seguradoras. Ressalte-se ainda a garantia governamental que os subsídios continuariam a ser pagos. Tendo que optar por ter um plano de saúde, ou pagar uma multa<sup>8</sup>, a grande

<sup>7</sup> Segundo os dados da Kaiser Family Foundation – KFF, o número de seguros de saúde alcançou seu auge durante o ano de 2016, último ano da Administração de Barack Obama, com cerca de 12,6 milhões de segurados por meio desse sistema. Após o ingresso de Donald Trump à Casa Branca, esse valor vem sendo reduzido ano a ano. Ao final de 2019, o número de pessoas que era segurado pelos *marketplaces* era de 11,4 milhões. Dados obtidos em: KAISER FAMILY FOUNDATION – KFF. **Marketplace Enrollment, 2014-2019**. Disponível em: <<https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-enrollment/?activeTab=graph&currentTimeframe=0&startTimeframe=5&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

<sup>8</sup> Como o Sistema era de vinculação obrigatória, a consequência para aqueles que não contratassem um plano de saúde era a imposição de uma multa substancial.

maioria dos norte-americanos ainda não cobertos por seguro optou pela obtenção do benefício.

Tais *marketplaces* funcionavam de maneira intuitiva, em que o indivíduo inseria seu endereço, renda anual, idade, e quantidade de pessoas em sua família<sup>9</sup>. Tais perguntas são necessárias para a precificação do seguro de saúde de maneira que não haja segregação por cor, sexo ou condição preexistente. A partir daí, o sistema é capaz de gerar uma lista dos seguros disponíveis e os diferentes preços e coberturas dos planos que poderiam atender em determinada área. Esse procedimento aumentou o poder de escolha do consumidor e permitiu distinguir os planos existentes com menos assimetria de informação.

E o que explica essa escolha regulatória? Os seguros nessa área de saúde possuem um equilíbrio baseado em três fatores: qualidade, preço e acesso (BEVAN; HELDERMAN; WILSFORD, 2010), também conhecidos como o triângulo de ferro da saúde (SMOLENSKY, 2003). O financiamento de uma modelagem para prover saúde à população é uma questão regulatória complexa. Parte-se do pressuposto que não há um modelo tido como correto, e todos apresentam vantagens e desvantagens, com gastos governamentais maiores ou menores a depender do tipo de organização e objetivos da política pública adotada. Nos Estados Unidos, os cuidados de saúde são constituídos basicamente como bens econômicos financiados, e não como direito fundamental como ocorre no Brasil. Essa configuração pode se dar (a) por meio de um sistema fragmentário de planos públicos<sup>10</sup>; (b) subsídios para a compra de cobertura privada (*marketplaces*) e (c) cobertura privada fornecida como um benefício do emprego (MCKINSEY, 2008).

Ao longo dos anos, houve vários movimentos de concentração no setor de saúde no mercado norte-americano, que se justificaram, *inter alia*, pelo perfil de benefícios que maior escala traria, sobretudo em custos administrativos. A multiplicidade de seguradores provoca gastos administrativos e de infraestrutura que poderiam ser reduzidos com a concentração do setor. Além disso, se sabe que o mercado de seguros funciona numa lógica de pulverização de risco. Logo, quanto mais pessoas inseridas<sup>11</sup>, menor o risco para os seguradores.

No entanto, à época das discussões do *Obamacare*, existia a percepção de que o benefício econômico decorrente de maior escala não vinha sendo repassado aos consumidores de maneira geral nos EUA, pois os valores cobrados por medicamentos, gastos com internações e outros serviços não seriam suficientemente competitivos na comparação com outros países (BISHOP et al., 2017). Como indicativo para essa conclusão, o cidadão americano pagava mais por serviços que outras nacionalidades (como exemplo, estudos apontam que

<sup>9</sup> Um site do governo utilizado para o direcionamento para os *marketplaces* estaduais é o “<https://www.healthcare.gov>”.

<sup>10</sup> Medicare, Medicaid, Indian Health Service (programa para indígenas) e VA healthcare (programa de saúde para veteranos).

<sup>11</sup> Pessoas jovens, idosos, homens, mulheres dentre outros. Diversificação é a chave para dissolução de riscos, e no setor de saúde, quanto mais jovens inseridos, melhor.

aproximadamente 8% da população da norte-americana teve que recorrer à importação de medicamentos de outros países com a finalidade de economizar) (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2016). Se for levado em consideração que os gastos não tinham uma indicação de redução, sendo certo que a população também vinha e ainda vem envelhecendo paulatinamente, o mercado de saúde – público e privado – se apresentava como um dos principais riscos sociais em razão da inelasticidade da demanda (SMITH, 2009).

Para reduzir os efeitos da fragmentação e buscar ganhos de escala, o *Obamacare* se utilizou de algumas estratégias para aumentar o número de pessoas que contratam planos de saúde. A ideia que deu origem a todo o programa tinha como escopo aumentar o número de contribuintes, de forma a solidarizar o risco que as operadoras de saúde teriam com o aumento da demanda. Com a integração de jovens saudáveis de maneira obrigatória e com uma base de segurados mais larga, seria possível a redução dos custos tanto para seguradoras quanto para os indivíduos. Somado a isso, o governo federal também começou a subsidiar os *marketplaces* ajudando as seguradoras a oferecerem planos mais baratos para a população mais pobre (SMITH, 2009)<sup>12</sup>.

Com essa finalidade, o Estado passou a subsidiar um percentual ainda maior de pessoas que conseguissem comprovar uma renda baixa. Assim, ao mesmo tempo em que as seguradoras continuavam recebendo pela prestação do serviço com preços mais competitivos para os cidadãos, outro segmento da população teve acesso aos planos de saúde, mediante subsídios. Aqui, o Estado entra no arranjo econômico do mercado privado com uma função de garantidor, propondo aos agentes econômicos um subsídio cruzado (BROOKS; GALLE; MAHER, 2018), ainda que de forma oculta: há uma diferenciação de aporte financeiro entre os cidadãos, a partir de sua renda por meio de impostos que são destinados em forma de subsídios (WILEY, 2018). Além de subsídios que ampliam a base, o *Obamacare* tentou prover condições de maior igualdade material entre os segurados, acabando com a subscrição aos planos de saúde baseada em risco, protegendo pessoas com condições preexistentes que, de outra forma, não seriam seguráveis no mercado privado.

Além disso, o *Obamacare* impôs uma série de deveres sobre as empresas privadas nos EUA: a principal delas foi a obrigatoriedade de fornecer, de forma compulsória<sup>13</sup>, seguro de saúde aos seus funcionários quando o número destes

<sup>12</sup> Em troca, há o pagamento de subsídios por parte do governo às operadoras de saúde. Eles variam a depender dos salários dos cidadãos. A partir de US\$ 48.560,00 anuais, se perde o direito aos subsídios governamentais para planos individuais. As tabelas podem ser consultadas no link: <<https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-questions-about-health/>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

<sup>13</sup> Antes, não havia qualquer obrigatoriedade de fornecimento, em que pese esse fosse o padrão. A diferença era que o conteúdo dos planos de saúde não abrangia diversos procedimentos que passaram a ser considerados básicos pelo programa.

fosse superior a 50 pessoas<sup>14</sup>. Isso ocorre desde que o regime de trabalho desses empregados seja de tempo integral (mais de 30 horas por semana) ou quando a soma dos tempos de trabalhadores em tempo parcial equivaler à de 50 funcionários em período integral. Em contrapartida, o governo também impôs uma multa pesada em caso de descumprimento dessa norma por cada funcionário fora do plano de saúde, com a finalidade de obrigar as empresas a cumprirem tal determinação.

As empresas com menos de 50 funcionários não possuem este dever. Os empregados contratados por elas, bem como os próprios empregadores e até mesmo os trabalhadores autônomos começaram a ganhar acesso a seguros de saúde por meio dos *marketplaces* disponibilizados pelo *Obamacare*. Tradicionalmente, a principal fonte de seguro de saúde dos americanos é a que advém dos planos coletivos de saúde, com mais de 55% de cobertura dos cidadãos. A compra direta de planos de saúde, de cobertura individual abrange aproximadamente 10% no final de 2018 (BERCHICK; BARNETT; UPTON, 2018), sem contar o contingente do *Medicaid* e *Medicare*.

Segundo o censo americano, em 2013, havia 36,3 milhões de adultos (não idosos) nos Estados Unidos trabalhando para uma empresa com menos de 50 funcionários, dos quais 28,1% não tinham seguro. Naquela época, os funcionários dessas pequenas empresas representavam 40% de todos os trabalhadores sem seguro nos EUA. Houve redução significativa de ausência de cobertura desde a implementação do *Obamacare*: em 2016, o número de não segurados já tinha sido reduzido para 19,4%, uma redução de aproximadamente 9% (CHASE; ARENSMEYER, 2018). Também houve ganhos semelhantes na cobertura para trabalhadores autônomos. Em 2013, 29% dos autônomos não estavam segurados. Em 2016, essa taxa havia caído para 19,2% (esses indivíduos encontraram cobertura por meio da expansão do *Medicaid* e o restante pelos *marketplaces*, o que demonstra a ampliação do acesso dos indivíduos a programas de saúde).

O *Obamacare* ainda permite que filhos de até 26 anos possam permanecer incluídos nos planos de saúde de seus pais por meio de planos obtidos em *marketplaces*, pagando valores reduzidos. Isso também representa uma medida de ampliação do acesso (já que entram como dependentes nos planos de saúde individuais dos seus pais). Antes da nova legislação entrar em vigor, os planos de saúde não eram obrigados a prover cobertura para maiores de idade como uma extensão do plano de saúde de seus pais. Essa alteração legislativa permitiu que pessoas jovens integrassem o sistema de saúde com preços mais baratos, já que o aumento dos planos familiares pelo acréscimo de um jovem adulto era proporcionalmente mais interessante, do ponto de vista econômico, do que a compra de um novo plano individual. Isso ajudou a equilibrar a arrecadação do sistema. Esse aspecto sempre foi mais crítico, pois os desembolsos recaíam sempre sobre o orçamento das famílias americanas de forma direta, sem subsídios e outros

<sup>14</sup> ACA Section 1513.





tipos de ajuda governamental. Com a inclusão dos jovens adultos nos planos individuais, foi possível reduzir os gastos das famílias americanas.

A lógica que deu origem aos resultados alcançados pelo *Obamacare* se embasava no seguinte binômio de obrigações regulatórias: (i) obrigatoriedade de estar cadastrado junto a um plano de saúde, e (ii) a impossibilidade de o plano negar o acesso a qualquer condição preexistente. Se, no entanto, por algum motivo, o indivíduo não pudesse honrar com seu compromisso de pagamento – em razão da perda de emprego, por exemplo – seria possível, posteriormente, retornar ao plano de saúde sem qualquer tipo de rejeição pelo surgimento de uma doença neste ínterim, sem contar com a provável cobertura no *Medicaid* durante o período de stress financeiro<sup>15</sup>. Também seriam evitadas maiores discussões sobre possibilidade ou não de cobertura para uma determinada doença, focando-se na atividade fim: prover soluções de saúde.

Por fim, ainda que se tenha melhorado o acesso, ainda há um longo caminho para que o programa possa por fim ao impasse entre o binômio mercado-desenvolvimentismo e a solidariedade intrínseca aos sistemas de saúde pública. Existem fortes discussões sustentando que os subsídios seriam custosos, levantando a necessidade de alterações tributárias para que o sistema possa se sustentar<sup>16</sup>. Não obstante, o sistema também deve ser reconhecido por seus méritos: quem precisa de mais cuidados foi integrado (o modelo seria economicamente racional e socialmente justo (SMITH, 2017), como qualquer sistema de saúde público deveria ser, necessitando de ampliação do acesso para cobrir a todos).

Pelo que se viu da política implementada pelo *Obamacare*, a ideia da centralização do sistema por incentivos e obrigações imposta pelo Estado como principal promotor de saúde pública visou reduzir custos administrativos e pôr fim a incentivos para sobreutilização e subutilização dos recursos<sup>17</sup>. No entanto, do

<sup>15</sup> O *Medicaid* é a maneira que o sistema de saúde norte-americano encontrou de prover saúde aos hipossuficientes. Logo, caso o cidadão: (i) não tenha condições de continuar arcando com o pagamento dos planos contratados pelos *marketplaces* em função da redução da sua capacidade financeira; ou (b) passe a receber uma renda abaixo dos 138% do nível de pobreza, estaria qualificado para o ingresso no programa, passando ao seguro de saúde público, ao invés do privado obtido no marketplace.

<sup>16</sup> O governo federal sustenta financeiramente a expansão do *Medicaid*, bem como os subsídios no mercado individual de seguros de saúde. Apesar do *Obamacare* ter desacelerado o crescimento dos gastos, eles ainda estão em trajetória ascendente, e preocupam no médio-longo prazo. Isso significa que cedo ou tarde, novas reformas de saúde deverão ser realizadas para adequar o sistema à realidade. Como a opção dos EUA foi por aumentar os gastos públicos para prover acesso, a provável solução para continuar provendo sustentabilidade ao sistema seria por um aumento na carga tributária para financiar os custos que crescem acima da inflação ou um redirecionamento de recurso de outras áreas, o que por sua vez poderia acarretar impactos difíceis de serem mensurados.

<sup>17</sup> A professora de Harvard Regina Herzlinger (HERZLINGER, 2011, p. 259-260), especialista na crise da saúde pública norte americana afirma que: “A falta de seguro-saúde prejudica o estado de saúde; e todos nós pagamos, de um modo indireto e ineficaz, pelos serviços destinados à população sem seguro”.

ponto de vista jurídico, isso também se transformou em um dos pontos mais polêmicos da normativa, pois o governo federal impunha uma obrigatoriedade de contratação por parte dos cidadãos, excluindo-lhes o direito de escolha sobre querer ou não um plano de saúde. Há até o presente momento uma grande discussão sobre a constitucionalidade dessa previsão na legislação americana<sup>18</sup>. É importante dizer que o modelo de incentivos fez com que todos os cidadãos fossem obrigados a arcar com uma multa em caso de não contratação, que nos primeiros anos era baixa, mas com o passar do tempo chegou a valores substanciais<sup>19</sup> daí surgindo a razão para as respectivas discussões judiciais.

## 2.2. *Obamacare: redução dos impactos decorrentes de assimetrias de informação*

O setor de saúde é reconhecido pela assimetria de informação existente entre provedores e usuários (OGUS, 2004). Tradicionalmente, à seguradora de saúde interessa verificar se há alguma doença preexistente e, com o apoio dos históricos de saúde do paciente<sup>20</sup>, descobrir se há alguma tendência a desenvolver determinadas condições, a fim de precificar os valores que serão cobrados do consumidor com base no risco encontrado. Do ponto de vista do paciente, há uma procura por preços acessíveis, cobertura abrangente de procedimentos, e uma quantidade de médicos e infraestrutura para o atendimento adequado de suas necessidades.

Dada a natureza imprevisível das doenças, é difícil vislumbrar “se” e “quando” alguma condição negativa irá se desenvolver. As causas podem ser múltiplas: problemas genéticos, fatores externos, mutações, hábitos alimentares, vícios, dentre outros. A imprevisibilidade é um fator central nesse tipo de contrato e, por essa razão, uma atenção especial deve ser dada ao momento de sua celebração (MÜHLBACHER et al., 2018). Os agentes contratantes possuem informações incompletas para estabelecer todos os pontos deste instrumento, pois, durante o período de tratativas, os fatores de risco podem não ser plenamente estabelecidos *ex ante* de forma satisfatória. Isso se explica pelo fato do seguro de saúde ser um contrato de longa duração, em que o conteúdo é estabelecido apenas pelos prestadores de serviço, havendo uma clara padronização em relação à abrangência da cobertura do plano, sem contar novas situações como tratamentos e doenças descobertos no decurso da relação contratual.

<sup>18</sup> Atualmente, a necessidade de pagamento da multa foi declarada inconstitucional pelo tribunal de apelações norte-americano (METZGER; MORRISON, 2013).

<sup>19</sup> Essa multa poderia chegar a 2,5% da renda anual do cidadão ou U\$ 695,00 por adultos e U\$ 347,50 por crianças e adolescentes (menores de 18 anos). Aplicar-se-ia o maior valor final. Ou seja, eram multas substanciais, que por vezes inviabilizavam outra opção que não a contratação dos seguros, em especial da faixa da população que tinha subsídios governamentais para a contratação, afinal, melhor ter um plano de saúde que não ter, e ainda precisar pagar uma multa.

<sup>20</sup> Hoje em dia pode se falar ainda de histórico de compras para detecção de doenças, exames de sequenciamento de DNA e outros paradigmas que têm surgido em detrimento das inovações tecnológicas no mundo.

Esclarecidos esses pontos, o objetivo do sistema anterior ao *Obamacare* era prover a divisão do risco, num sistema de tudo ou nada<sup>21</sup>, no qual os jovens tem receio de não serem assistidos no futuro e, por isso, começam a contribuir desde logo. Dessa forma, se eventualmente viessem a adquirir alguma enfermidade, já estariam custeando o sistema há algum tempo. Todavia, o lado negativo desse tipo de sistema é a exclusão completa do acesso daqueles que, por algum motivo, não tinham seguro de saúde e passaram a sofrer com alguma doença. A sistemática é parecida com a que se adota em países como o Brasil com a exceção de que, aqui, o indivíduo ainda poderia contar com a ajuda do sistema público de saúde, embora sabidamente precário. Em países sem tradição de sistema público, como é o caso dos EUA, a situação era mais dramática, porque não haveria outra opção que não arcar com os custos de forma direta.

O *Obamacare* entendeu essa realidade e criou um sistema que visava endereçar soluções às principais dificuldades encontradas no arranjo descrito. Nesse sentido, reformou o mercado de seguros individuais para que qualquer pessoa sem benefícios de saúde do empregador, independentemente de seu histórico de saúde, pudesse encontrar e pagar um plano que fornecesse cobertura pelo menos tão abrangente quanto um plano coletivo fornecido pelas empresas. As seguradoras do mercado individual deveriam oferecer um plano a todos os que se candidataram, sem cobrar mais com base na saúde ou no sexo. Ainda, as seguradoras foram limitadas em quanto mais poderiam cobrar de uma pessoa idosa em relação a alguém mais jovem ou ainda realizar rescisões pelo simples fato de o segurado ter adquirido alguma doença. A lei ainda restringiu muito fortemente a possibilidade de discriminação com base em fatores individuais (como, por exemplo, gênero) para a precificação dos prêmios<sup>22</sup>.

Aliás, dentro da sistemática promovida pelo programa de saúde, foram diversas as mudanças em relação às seguradoras. Além da proibição de negativa de cobertura ou cobrança de preços mais altos a alguém com um problema de saúde preexistente, é possível verificar as seguintes obrigações: (i) a proibição das seguradoras estabelecerem um limite vitalício para a cobertura dos segurados<sup>23</sup>; (ii)

<sup>21</sup> Na verdade, caso o jovem não fizesse parte do sistema, ele não poderia usufruir dos seus benefícios quando de fato necessitasse. A utilização de travas regulatórias como as condições preexistentes servem para incentivar aqueles que possuem condições econômicas a participarem dos planos de saúde o mais cedo possível para não serem vetados em momento posterior quando alguma condição negativa surgisse.

<sup>22</sup> Fatores individuais não entram no cálculo (ex. ser homem ou mulher ou ainda possuir alguma doença crônica). O que pode vir a integrar o cálculo dos prêmios a serem pagos é a idade (pessoas mais jovens pagam menos), o Estado (em razão do sistema federativo americano) e categoria do plano (bronze, prata, ouro ou platina).

<sup>23</sup> Antes do *Obamacare*, as seguradoras possuíam em seus contratos limitações na apólice de cobertura. Significa dizer que, caso o segurado ultrapassasse aquele patamar de gastos, não seria mais coberto pelo plano de saúde. Na legislação, está prevista na seção 2711: “Um plano de saúde de grupo e um emissor de seguro de saúde que ofereça cobertura em grupo ou individual não podem estabelecer: (A) limites vitalícios do valor em dólar dos benefícios para qualquer participante ou beneficiário”.

obrigatoriedade de que as seguradoras ofereçam um pacote mínimo de benefícios<sup>24</sup>; (iii) garantia de que os serviços preventivos de saúde sejam cobertos sem copagamento; e (iv) a introdução do “*medical loss ratio*”, cujo objetivo é garantir que ao menos 80% do valor arrecadado nos prêmios seja utilizado para a atividade fim de saúde. Essa limitação implica o uso racional dos valores obtidos para a atividade fim, ou seja, para os cuidados médicos diretos aos segurados e a melhoria da qualidade do serviço, reservando como quota máxima o percentual de 20% do orçamento para gastos administrativos e marketing.

Percebe-se que as medidas tomadas proporcionaram um ambiente regulatório com características mais solidárias entre seguradoras e consumidores. As assimetrias de informação são reduzidas a partir do momento em que os segurados começam a ter direitos assegurados por lei em forma de cobertura mínima (também existente em vários lugares do mundo), bem como ao impor um controle mais intenso sobre os planos de forma a controlar os aumentos arbitrários. Para ajudar os consumidores a escolher os seguros de saúde, reduzindo a assimetria de informação também nesse aspecto, todos os planos são vendidos com quatro níveis de cobertura (bronze, prata, ouro e platina<sup>25</sup>), que variam apenas de acordo com os valores dos prêmios e da divisão de custos (copagamentos para os procedimentos realizados). O pacote de benefícios permanece o mesmo e deve cobrir um conjunto essencial de serviços.

### 3. IMPLEMENTAÇÃO, CRÍTICAS E ALTERAÇÕES DO *OBAMACARE* NO GOVERNO TRUMP

Uma das principais bandeiras de campanha de Trump foi a substituição do *Obamacare* por outro programa de saúde. Dentre as críticas promovidas pelos

<sup>24</sup> Um detalhe importante é que os EUA solidarizaram até mesmo tratamentos que não eram incluídos a todos antes do *Obamacare*. Neste caso, todos os planos incluem coberturas para despesas derivadas da maternidade (pré-natal e parto por exemplo), que possuem seus custos solidarizados até mesmo para homens, que não utilizam tal benefício. A seção 1302 do *Obamacare* estabelece como obrigatórios os serviços de: (a) Serviços ambulatoriais de pacientes; (b) serviços de emergência; (c) hospitalização; (d) Maternidade e cuidados com o recém-nascido; (e) Serviços de distúrbios de saúde mental e uso de substâncias, incluindo tratamento comportamental de saúde; (f) Prescrição de medicamentos; (g) Serviços e dispositivos de reabilitação e habilitação; (h) Serviços de laboratório; (i) Serviços de prevenção e bem-estar e gerenciamento de doenças crônicas; (j) Serviços pediátricos, incluindo cuidados orais e visuais.

<sup>25</sup> A diferença entre as camadas de metal é como as companhias de seguros dividem os custos com os consumidores. Cada camada tem uma divisão de custo médio associada a ela. Em uma plano Bronze, o consumidor paga 40% dos procedimentos, e a seguradora paga 60%. O percentual de custos para o consumidor vai sendo reduzido em 10% a medida em que planos melhores serão obtidos. O Consumidor paga por 30% dos procedimentos no plano prata, 20% no ouro e 10% no platina. Isso também significa que os valores dos prêmios são maiores à medida em que impõem um custo maior à seguradora. No plano platina, a seguradora arca com 90% dos custos. Isso permite uma opção por parte das pessoas. Se são saudáveis, podem preferir arcar com um plano bronze, pagando prêmios reduzidos nas comparações com planos de categoria superior, mas tendo que eventualmente arcar com um pouco mais de dinheiro no uso do plano.

Republicanos está o fato de que uma parcela da população também perdeu seu plano de saúde com a promulgação do programa, fazendo um contraponto àquelas que ganharam (dado que houve aumento de preços para alguns segurados que tinham planos de saúde com cobertura muito restrita)<sup>26</sup>.

Antes do *Obamacare*, não havia uma estipulação sobre o que deveria ou não estar contido no seguro de saúde. Os planos eram de longa duração e possuíam menos requisitos a serem cumpridos, o que lhes garantia preços mais baixos<sup>27</sup>. Após a nova legislação, houve uma obrigatoriedade de um pacote mínimo de serviços que elevou os preços. A quantidade de novas disposições fez com que os próprios planos de saúde cancelassem apólices de segurados, tendo em vista o desequilíbrio advindo da modificação legislativa (JACKSON, 2013). Além disso, houve também no debate norte-americano uma grande preocupação com as consequências da imposição de custos de saúde sobre empresas e nas próprias seguradoras (REOMJARDT, 2016), o que por reflexo pode produzir efeitos indesejados sobre o mercado de trabalho.

Enquanto o presidente Obama (OBAMA, 2016) chegou a afirmar que o número de empregos estava aumentando com dados oficiais à época, é preciso reconhecer que isso não invalida o argumento anterior de forma automática, tendo em vista uma multiplicidade de fatores econômicos que podem justificar o crescimento no número de empregos. Não obstante, há estudos independentes que põem em dúvida essas afirmações dos opositores do *Obamacare* (ALMEIDA et al. 2020; BOWEN et al., 2017). Sem chegar a uma conclusão definitiva em razão da falta de dados, afirmam que o que pode ter ocorrido é uma pequena transformação de empregos, de tempo integral para tempo parcial no setor de saúde<sup>28</sup>, ainda que haja divergências metodológicas sobre isso. Fato é que não existe um número oficial do governo americano sobre o ganho ou perda de empregos derivados da implantação do *Obamacare* e, por esse motivo, o debate pode ser considerado especulativo.

Além disso, o modelo federalista norte-americano (BAGLEY, 2018) impõe uma complexidade a mais quando se trata de divisão de competências. Levando-se em consideração que uma das principais propostas do *Obamacare* consistiu em expandir o *Medicaid* nos estados, e tendo em mente que o custo dessa expansão

<sup>26</sup> Cerca de 6 milhões de americanos também perderam a cobertura do plano de saúde quando o ACA foi implantado. Isso pode ser explicado pelo fato de que muitos dos planos não se enquadrava na cobertura mínima exigida pela nova lei federal. Logo, as alternativas para as pessoas que tinham planos de saúde antigos era aceitar pagar mais por uma maior cobertura, ou aceitar o cancelamento e tentar obter um novo plano junto aos *marketplaces*. Com isso, o saldo positivo total do programa foi de aproximadamente 13 milhões de pessoas com seguro de saúde (BENYAMIN et al., 2017).

<sup>27</sup> Os preços poderiam ser mais baixos que os presentes nos *marketplaces* do *Obamacare*, mas em compensação, planos equivalentes a estes seriam mais caros.

<sup>28</sup> Isso se explica em razão do *Obamacare* ter tornado obrigatória a contratação de planos de saúde para empresas que possuem mais de 50 funcionários. Com a transformação de empregos para tempo parcial (menos de 30 horas), os empregadores poderiam contratar mais empregados, evitando-se o custo de compra do seguro de saúde para todos.

poderia ser alto, o governo federal optou por deixar a cargo daqueles a prerrogativa de sua expansão, garantindo a ajuda federal em caso de resposta positiva: o resultado foi a adesão de 37 Estados e o Distrito Federal (Washington)<sup>29</sup>.

Aspecto relevante da nova legislação está inserida na seção 1332 do *Obamacare*. Ela permitiu aos Estados requererem uma licença para não cumprir (*waiver*) alguns dispositivos da própria legislação. Tais *waivers* permitiram modificações dos principais recursos da ACA, incluindo, por exemplo, requisitos para o deferimento dos benefícios ou como os subsídios são projetados. No entanto, as modificações estão condicionadas. Elas não podem ter caráter que desconfigure a lei federal, devendo preservar aspectos vitais da legislação, tais como: (i) a manutenção de uma cobertura igualmente abrangente e acessível para o mesmo número de pessoas e (ii) não imposição de custos adicionais ao governo federal.

A proposta de flexibilização do *Obamacare* por parte dos Estados foi utilizada por ambos os partidos, em direções opostas. Enquanto o partido Democrata quis utilizar a seção 1332 para a implantação de um sistema de pagador único (MCDONOUGH, 2014), Donald Trump vem investindo nessa autonomia para incentivar os Estados a promoverem alterações no regramento federal com a finalidade de adaptarem às suas próprias necessidades, reduzindo a padronização do programa de Barack Obama com interpretações mais amplas sobre as *waivers* que podem ser realizadas.

Além disso, o governo federal também cortou subsídios e autorizou a oferta de seguros de saúde de curta duração, em uma tentativa de se esquivar da legislação do *Obamacare*. Tais planos são mais baratos (até 364 dias), e almejam fugir das regras previstas no *Obamacare*, eis que não contêm entregas de medicamentos, cuidados com saúde mental ou cobertura a procedimentos de gravidez. Além disso, neles há a possibilidade de vetar ou limitar a cobertura para pessoas com condições preexistentes. O surgimento desse novo tipo de seguro se explica pelo fato de que nem todos ficaram satisfeitos com as mudanças que o *Obamacare* trouxe ao mercado. Algumas pessoas não puderam mais comprar apólices básicas, com prêmios mais baratos (que vinham com franquias altas e poucos benefícios). É o caso daqueles americanos de classe média que não se qualificavam para subsídios e que afirmam que os prêmios e franquias do *Obamacare* não são acessíveis. Também serviriam para aqueles que se encontram em Estados que não expandiram o *Medicaid* e ganham entre 40,1% e 99,9% do nível de pobreza e não são qualificáveis para os subsídios dos marketplaces ou para o próprio *Medicaid*.

Por conseguinte, em 2017, o partido Republicano teve êxito em promulgar uma legislação (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2017) que conseguiu, *inter alia*, reduzir a multa sobre a não contratação de seguro a zero. Isso impactou o *Obamacare* de maneira frontal, pois as seguradoras de saúde perderam a segurança

<sup>29</sup> No Arkansas, dezenas de milhares de pessoas foram expulsas do Medicaid, não porque eram inelegíveis pelo programa de requisitos de trabalho, mas porque tinham problemas para cumprir os requisitos de relatórios - lidando com sites com diversas etapas e diversas perguntas específicas, como quantidade de horas de trabalho, por exemplo (FROELICH, 2019).

que possuíam de que as pessoas se manteriam dentro dos planos de saúde. Esse aumento de risco para elas foi acompanhado de um aumento de preços das apólices de seguro de aproximadamente 6% (COX et al., 2019).

Essas medidas de flexibilização do setor após a criação de planos de curta duração e a sustação da cobrança de multa pela não filiação ao plano de saúde enfraqueceram o sistema de saúde, na medida em que fogem à regra do *Obamacare* de qualidade e cobertura. Com isso, houve também um efeito macro sobre a política de acesso, que perdeu financiamento sem a contrapartida da multa que não está mais sendo cobrada em virtude de alteração legislativa e decisão de corte superior. Com menos pessoas, se reduz o financiamento, o que consequentemente aumenta o preço dos prêmios pagos.

#### IV. CONCLUSÃO

A estruturação de um sistema de saúde, independentemente do país, é uma das questões mais complexas em termos regulatórios. O arranjo institucional, por vezes, possui demasiados atores econômicos, e a aprovação de medidas são custosas por envolver visões de mundo e interesses divergentes no âmbito do Poder Legislativo. Por esse motivo, as discussões estão longe de se esgotar em função de uma série de circunstâncias bastante concretas: o aumento dos custos de medicamentos e serviços, o envelhecimento populacional, e as disputas políticas sobre as melhores maneiras de gerir a saúde pública. O sistema americano apresenta gastos altos e não tem resultados tão expressivos quanto outros países europeus, não possuindo um sistema que consiga garantir acesso público de saúde a todos. Por isso, há uma demanda real por diferentes sistemas de saúde, de caráter mais equitativo, que constantemente são discutidos.

A principal proposta, o *Medicare for all*, programa que ganhou visibilidade com o senador Bernie Sanders, teria como foco principal a utilização de recursos orçamentários dos governos federal, estadual e local para o atendimento de toda a população em um sistema universal, assim como ocorre em grande parte dos países membros da OCDE. Além de realizar a cobertura de saúde de todos os americanos, alguns estudos mostram que poderia ocorrer uma forte redução na estrutura de custos, por conta da maior escala, viabilizando uma redução no valor total despendido na saúde (BLAHOUS, 2018). Em compensação ao aumento do acesso em condições iguais a todos, o investimento público teria que crescer para ocupar uma parcela do investimento privado que deixaria de existir em razão do cessamento das atividades das seguradoras.

Segundo a proposta, o programa do *Medicare* seria significativamente expandido para cobrir toda a população norte-americana e incluiria benefícios muito mais robustos (como cuidados de longo prazo) que atualmente não são cobertos. Em resumo, as bandeiras do *Medicare for all* são: a) benefícios abrangentes; b) financiamento por impostos; c) substituto para todo o seguro de saúde privado,

bem como para o atual programa *Medicare*<sup>30</sup>; d) inscrição vitalícia; e) ausência de pagamento de prêmios; e f) todas as empresas certificados e licenciados pelo estado que atendem aos padrões qualificados poderiam se candidatar para fornecimento ao Estado.

E garantir a saúde para todos tende a ser o objetivo não apenas moral, mas também econômico de todos os países. Uma política de saúde voltada para a prevenção de doenças e aumento da qualidade de vida poupa gastos muito maiores do Estado no futuro quando o cidadão realmente irá precisar recorrer a ele, incentivando eficiência. Apesar de o *Obamacare* não ter sobrevivido em sua integralidade sob a forma como foi pensado, foi um primeiro passo para uma alteração profunda no sistema norte-americano. Com ele, houve uma legítima preocupação do Estado com o acesso e um foco maior nos cidadãos, forçando os planos de saúde a reduzirem seus preços, dando como contrapartida uma obrigatoriedade de filiação, provendo escala.

É possível ou mesmo desejável copiar modelos similares ao *Obamacare*? À primeira vista, a solução parece fácil (não sob o ponto de vista político, certamente), dependendo de variações sobre o desenho institucional dado ao programa a cobrança, que poderia se dar por meio de impostos, recolhidos pelo orçamento, se levando em consideração a capacidade contributiva (da maneira como funciona hoje, o Estado providencia saúde para uma parcela da população de forma direta, e ainda arca com os custos dos subsídios para a prestação de seguradoras terceiras). No entanto, existem alguns desafios de implementação nada triviais decorrentes dos efeitos que uma política dessa poderia gerar: uma transição também teria chance de ocasionar desemprego e desinvestimentos causados pela redução do volume de empregados de operadoras de seguros de saúde, falência de empresas e redução de pesquisa e desenvolvimento, que representa uma importante fatia do investimento privado. E, por outro lado, o uso de recursos por parte do Estado é escasso, e a necessidade da população, crescente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Heitor; HUANG, Ruidi; LIU, Ping; XUAN, Yuhai. **The Impact of Obamacare on Firm Employment and Performance: Theory and Evidence.** Jan.

---

<sup>30</sup> Sob a bandeira do *Medicare for all*, os seguros privados deixariam de existir. Ao perdê-los os indivíduos receberiam um seguro governamental mais abrangente em relação a acesso e procedimentos. Para as pessoas que se encontravam no *Medicaid* ou *Medicare*, as mudanças seriam menos significativas, já que tais programas já possuem financiamento totalmente público. Seria provável que quase todos os médicos e hospitais do país aceitariam o novo seguro *Medicare for all*, porque a alternativa seria cobrar consultas particulares de todos. Assim, a conversão do sistema provavelmente não implicaria numa necessidade de mudar de médico ou hospitais, como geralmente significa quando há troca de seguradora privada.



2020. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=3073378>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

BAGLEY, Nicholas. Federalism and the End of Obamacare. **Yale Law Journal Forum**, n. 127, p. 1-26, 2017-2018.

BERCHICK, Edward R; BARNETT, Jessica C; UPTON, Rachel D. **Health Insurance Coverage in the United States**: 2018. U.S Department of Commerce. U.S Census Bureau. Publicado em novembro de 2019.

BERWICK, Donald M; HACKBARTH, Andrew D. Eliminating Waste in US Health Care. **JAMA**, v. 307, nº 14, p. 1513-1516, 2012.

BEVAN, Gwyn; HELDERMAN, Jan Kees; WILSFORD, David. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. **Health Economics, Policy and Law**. v. 5, p. 251-267, 2010.

BLAHOUS, Charles. **The costs of a national single-payer healthcare system**. Mercatus Center - George Mason University, 2018.

17

---

BLOOM, Nicholas; DORGAN, Stephen; HOMKES, Rebecca; LAYTON, Dennis; SADUN, Raffaella. **Management in Healthcare**: Why Good Practice Really Matters Report. 2010. Disponível em: <[http://worldmanagementsurvey.org/wp-content/images/2010/10/Management\\_in\\_Healthcare\\_Report\\_2010.pdf](http://worldmanagementsurvey.org/wp-content/images/2010/10/Management_in_Healthcare_Report_2010.pdf)>. Acesso em: 31 de março de 2020.

BOWEN, Garrett, A; KAESTNER, Robert; GANGOPADHYAYA, Anuj. **Recent Evidence on the ACA and Employment**: Has the ACA Been a Job Killer? 2016 Update. Fev. 2017. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=2922288>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

BROOKS, J.; GALLE, B.; MAHER, B. S. Cross-subsidies: Government's hidden pocketbook. **Georgetown Law Journal**, v. 106, n. 5, p. 1229-1286, 2018.

BUCK, Isaac D. Affording Obamacare. **Hastings Law Journal**, v. 71, n. 2, p. 261-306, 2020.

CENTER ON BUDGET AND POLICY PRIORITIES. **More Evidence of Post-ACA Slowdown in Health Care Spending**. Disponível em: <<https://www.cbpp.org/blog/more-evidence-of-post-aca-slowdown-in-health-care-spending>>. Acesso em 16 de março de 2020.



CHASE, David; ARENSMEYER, John. The affordable care act's impact on small business. **The Commonwealth Fund**. Outubro de 2018. Disponível em: <<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2018/oct/affordable-care-act-impact-small-business>>. Acesso em 16 de março de 2020.

COLLINS, Sara R.; GUNJA, Munira Z.; DOTY, Michelle M.; BEUTEL, Sophie. How the Affordable Care Act Has Improved Americans Ability to Buy Health Insurance on Their Own. **The Commonwealth Fund**. Fevereiro de 2017. Disponível em: <<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/feb/how-affordable-care-act-has-improved-americans-ability-buy>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

**Concurrent resolution on the budget for fiscal year 2018**. Disponível em: <<https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-bill/1/text>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

DIAMOND, Rebecca; DICKSTEIN, Michael J; MCQUADE, Timothy; PERSSON, Petra. Take-up, drop-out and spending in ACA marketplaces. **National Bureau of Economic Research**. Working Paper Nº 24668, maio de 2018. Disponível em: <<https://www.nber.org/papers/w24668.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Compilation of Patient Protection And Affordable Care Act**. Disponível em: <<http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. **Roll Call Vote 111<sup>th</sup> Congress - 1<sup>st</sup> Session**. Disponível em: <[https://www.senate.gov/legislative/LIS/roll\\_call\\_lists/roll\\_call\\_vote\\_cfm.cfm?congress=111&session=1&vote=00396](https://www.senate.gov/legislative/LIS/roll_call_lists/roll_call_vote_cfm.cfm?congress=111&session=1&vote=00396)>. Acesso em 11 de março de 2020.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. SUPREMA CORTE AMERICANA. **National Federation of Independent Business et al v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services et al**. n. 11-393. Audiências em: 26, 27, 28 de março de 2012. Decisão de 28 de junho de 2012.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **To provide for reconciliation pursuant to titles II and V of the**

FROELICH, Jacqueline. In Arkansas, thousands of people have lost medicaid coverage over new work rule. **NPR**. Disponível em: <<https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/02/18/694504586/in-arkansas->



thousands-of-people-have-lost-medicaid-coverage-over-new-work-rule>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

GARFIELD, Rachel; ORGERA, Kendal; DAMICO, Anthony. The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid. In: Peterson **KFF - Health System Tracker**. Disponível em: <<https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/>>. Acesso em 29 de março de 2020.

GARFIELD, Rachel; ORGERA, Kendal; DAMICO, Anthony. The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid. In: Peterson **KFF - Health System Tracker**. Disponível em: <<https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/>>. Acesso em 29 de março de 2020.

HERZLINGER, Regina. **Valor para o paciente**: O remédio para o sistema de saúde (tradução por Francisco Araújo da Costa). Porto Alegre: Bookman, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington, DC: **The National Academies Press**, 2013.

JACKSON, Brooks. **Reality Confronts Obama's false promise**. Publicado em 29 de outubro de 2013. Disponível em: <<https://www.factcheck.org/2013/10/reality-confronts-obamas-false-promise/>>. Acesso em 30 de março de 2020.

KAISER FAMILY FOUNDATION – KFF. **KFF Health Tracking Poll: The Public's Views on the ACA**. Publicado em 21 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://www.kff.org/interactive/kff-health-tracking-poll-the-publics-views-on-the-aca/#?response=Favorable--Unfavorable&aRange=all>>. Acesso em: 14 de março de 2020.

KAISER FAMILY FOUNDATION – KFF. **Marketplace Enrollment, 2014-2019**. Disponível em: <<https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-enrollment/?activeTab=graph&currentTimeframe=0&startTimeframe=5&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D%7D%7D>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

KAISER FAMILY FOUNDATION. **Kaiser Family Foundation Health Tracking Poll**. Novembro de 2016. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/Kaiser-Health-Tracking-Poll-November-2016-Topline>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

KAMAL, Rabah; COX, Cynthia; FEHR, Rachel; RAMIREZ, Marco; HORSTMAN, Katherine; LEVITT, Larry. How Repeal of the Individual Mandate and Expansion of Loosely Regulated Plans are Affecting 2019 Premiums. **Kaiser Family Foundation – KFF**. publicado em 27 de novembro de 2019. Disponível em: <[https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/how-repeal-of-the-individual-mandate-and-expansion-of-loosely-regulated-plans-are-affecting-2019-premiums/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=newsletter\\_axiosvitals&stream=top](https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/how-repeal-of-the-individual-mandate-and-expansion-of-loosely-regulated-plans-are-affecting-2019-premiums/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter_axiosvitals&stream=top)>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

KAMAL, Rabah; MCDERMOTT, Daniel; COX, Cynthia. How has U.S spending on healthcare changed over time. In: **Peterson KFF - Health System Tracker**. Disponível em: <<https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/#item-start>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

LATHAM, S. R. Regulation of managed care incentive payments to physicians. **American Journal of Law & Medicine**, v. 22, n.4, p. 399-432, 1996.

MANCHIKANTI, Laxmaiah; HELM, Standiford; BENYAMIN, Ramsin M; HIRSCH, Joshua A. A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few? Health Policy Review. **Pain Physician**, v. 20, p. 111-138, 2017.

MCDONOUGH, John E. Wyden's Waiver: State innovation on steroids. Report on health reform implementation. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 39, n. 5, p. 1099-1111, 2014.

MCKINSEY. **Accounting for the cost of US health care**: A new look at why Americans spend more. McKinsey Global Institute. Dezembro de 2008. Disponível em: <[https://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/MGI\\_Accounting\\_for\\_cost\\_of\\_US\\_health\\_care\\_full\\_report.pdf](https://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/MGI_Accounting_for_cost_of_US_health_care_full_report.pdf)>. Acesso em 14 de março de 2020.

METZGER, G. E.; MORRISON, T. W. The presumption of constitutionality and the individual mandate. **Fordham Law Review**, v. 81, n. 4, p. 1715-1736, 2013.

MÜHLBACHER, AC, et al. Contract Design: The problem of information asymmetry. **International Journal of Integrated Care**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018.

OBAMA B. United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps. **JAMA**, v. 316, n. 5, p. 525–532, 2016.

OGUS, Anthony. **Regulation**: legal form and economic theory. Oregon: Hart Publishing. 2004.

REINHARDT U. Why Are Private Health Insurers Losing Money on Obamacare? **JAMA**, v. 316, n. 13, p. 1347–1348, 2016.

REINHARDT, Uwe E. Reforming the Health Care System: The Universal Dilemma. **American Journal of Law & Medicine**, v. 19, n. 1-2, p. 21-36, 1993.

SARNAK, D. O.; SQUIRES, D.; KUZMAK, G.; BISHOP, S. Paying for Prescription Drugs Around the World: Why Is the U.S. an Outlier? **The Commonwealth Fund**, outubro de 2017. Disponível em:  
<<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/oct/paying-prescription-drugs-around-world-why-us-outlier>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

SHRANK W.H; ROGSTAD, T. L; PAREKH, N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. **JAMA**, v. 322, n. 15, p. 1501-1509, 2019.

SMITH, G. Human dignity as normative standard or as value in global healthcare decisionmaking. **North Carolina Journal of International Law**, v. 42, n. 2, p. 275-306, 2017.

SMITH, G. The elderly and health care rationing. **Pierce Law Review**, v. 7, n. 2, p. 171-182, 2009.

SMOLENSKY, K. Telemedicine reimbursement: Raising the iron triangle to new plateau. Health Matrix: **Journal of Law-Medicine**, v. 13, n. 2, p. 371-414, 2003.

WILEY, L. F. Medicaid for all: State-level single-payer health care. **Ohio State Law Journal**, v. 79, n. 4, p. 843-899, 2018.