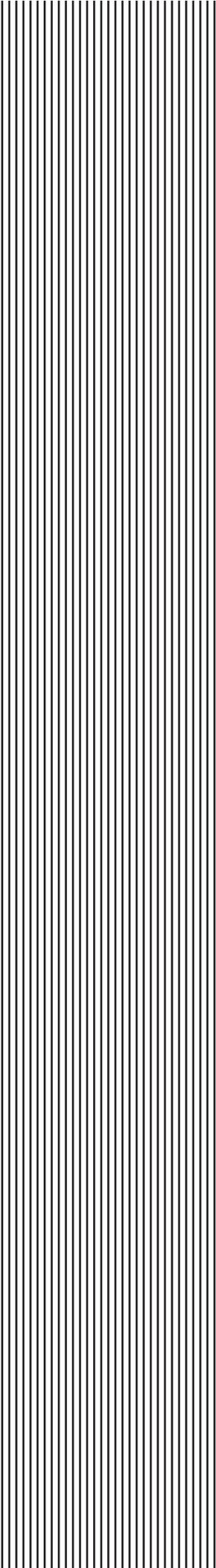


Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados

RELATÓRIO EXECUTIVO



Fevereiro/2011
Rio de Janeiro, RJ



Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados

RELATÓRIO EXECUTIVO

Fevereiro/2011
Rio de Janeiro, RJ

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO

Gerência-Geral de Informação e Sistemas – GGISS/DIDES

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/DICOL

Elaboração Técnica do Estudo

Gerência de Produção e Análise de Informação – GEPIN/GGISS/DIDES

Equipe Técnica

Daniele Silveira, Ana Cecília de Sa Campello Faveret, Cecília Pessanha Lima,
Fernando Seixas Alves, Juliana Pires Machado, Márcia Franke Piovesan,
Ceres Albuquerque

Colaboradores

Equipe Técnica da Gerência-Geral Econômico-Financeira de Produtos -
GEFIP/GGEFP/DIPRO
André Almeida Magalhães

Equipe Técnica da Gerência de Desenvolvimento Institucional - GDAI/
GGDI/DIGES
Maria Tereza de Marsillac Pasinato

Projeto gráfico

Sílvia de Almeida Batalha

Revisão Ortográfica e gramatical

Ana Flores

Fotografias (capa)

Getty Image

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

A 265e Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Experiências de financiamento dos idosos em países selecionados : relatório executivo / Agência
Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.
848 KB ; ePUB.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.ans.gov.br>.
ISBN 978-85-63059-28-4 (online).

1. Serviços de saúde para idosos. 2. Financiamento da assistência à saúde. 3. Políticas públicas de
saúde. I. Título.

CDD 362.19897

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

Sumário

Apresentação	05
Contextualização	07
Metodologia	11
Resultado: experiências de financiamento da saúde dos idosos	13
Brasil	13
Alemanha	15
Austrália	16
Canadá	19
Espanha	22
Estados Unidos	24
França	27
Inglaterra	30
Considerações: principais características das experiências internacionais estudadas	33
Comparativos dos países	35
Quadro I – Informações demográficas e de financiamento do sistema de saúde	35
Quadro II – Informações sobre as experiências de financiamento da saúde do idoso	36
Bibliografia	39
Anexo: Tipologia de seguros-saúde privados voluntários (VHI)	43

Apresentação

Em quase todos os países ocidentais, um progressivo e constante aumento da esperança de vida e um acelerado processo de envelhecimento populacional têm sido observados ao longo das últimas décadas. Essa conjunção de fatores é uma das principais razões do aumento da prevalência de agravos severos e persistentes, doenças crônicas e incapacidades nas sociedades contemporâneas. A isso se associam mudanças profundas na estrutura e dinâmica familiares, bem como a percepção de que a atual organização dos cuidados e os tradicionais modelos de atenção ao idoso respondem com dificuldades às exigências de uma população cada vez mais envelhecida.

Esse cenário pauta indagações que exigem respostas com características diferentes das usualmente dadas pelos sistemas e serviços de saúde dos países. Aspectos do financiamento da atenção à saúde do idoso e de outras modalidades de cuidado e apoio que extrapolam o campo de intervenção da saúde, apresentam-se com vigor e urgência e exigem o esforço de implementação de políticas intersetoriais.

No Brasil, à intensidade do envelhecimento populacional somam-se condições econômicas e sociais mais difíceis nessa fase da vida, principalmente após a aposentadoria, além de poucas opções de acesso a cuidados prolongados, sejam no âmbito público ou privado.

No que diz respeito ao mercado de planos privados de saúde no Brasil, destaca-se que, até a promulgação da Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, os planos privados de assistência médica geralmente limitavam a cobertura de procedimentos e de exames de alto custo a essa população, chegando até mesmo a excluir da cobertura determinadas doenças, o que desde 1998 é proibido. Um marco político relevante foi a promulgação do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que regulamentou os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos. No mercado de planos privados de saúde, a aplicação do Estatuto do Idoso provocou profundas mudanças com relação às regras para o reajuste por faixa etária, que passaram a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004 para planos contratados ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, após a publicação pela ANS da RN nº 63, em 22 de dezembro de 2003. Desde então, além de vedado o reajuste das mensalidades por faixa etária dos beneficiários com 60 anos ou mais, ficou determinado que o valor fixado para a

mensalidade da última faixa etária (59 anos ou mais) não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos).

Porém, como os idosos podem representar maiores gastos para as operadoras de planos de saúde, é muito comum que as empresas utilizem artifícios para dificultar o acesso de beneficiários acima de 60 anos ou criem mecanismos para expulsar essa população de suas carteiras. O valor das mensalidades dos planos de saúde para idosos é um dos aspectos que funcionam como barreira à compra do plano e contribui para agravar a situação.

Pelos motivos expostos, a presente pesquisa tem a finalidade de investigar algumas das políticas públicas e regulatórias que vêm sendo implementadas em outros países com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, pública ou privada, à população idosa.

O estudo faz parte do plano de trabalho da Gerência de Produção e Análise de Informação (GEPIN/GGISS) para o ano de 2010, estando previsto no Planejamento da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) e na Agenda Regulatória 2011-12.

O presente documento propõe explorar as experiências de países selecionados no que tange ao financiamento da saúde para a população idosa. Busca identificar, na experiência internacional, as principais políticas voltadas para atender às demandas de saúde dos idosos, incluindo a perspectiva das políticas intersetoriais, tanto no âmbito do governo quanto das práticas do setor privado.

O documento está organizado em 4 seções. A primeira trata da contextualização do envelhecimento populacional no Brasil e em outros países, a segunda descreve o método e as etapas do estudo, a terceira seção apresenta os resultados por países, e a quarta consolida as informações contextuais e as informações de financiamento da saúde do idoso, permitindo uma fácil comparação entre as experiências analisadas.

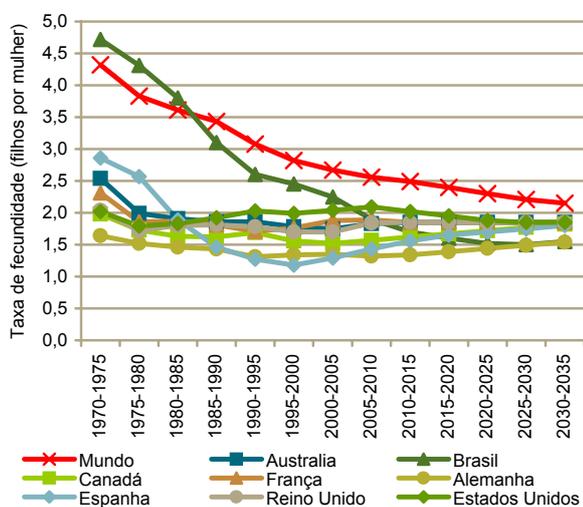
Destaca-se que o trabalho não pretende esgotar todos os aspectos envolvidos no financiamento à saúde do idoso nos países selecionados. Trata-se de uma análise exploratória das experiências estudadas.

Contextualização

Um triunfo da humanidade nas últimas décadas tem sido a possibilidade de as pessoas viverem mais. Estima-se que, atualmente, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (idosos) correspondam à cerca de 11% da população mundial e que em 2030 representarão 16,5%. No Brasil, as estimativas apontam que a participação dos idosos no total da população seja cerca de 10,2% e que ocorra a duplicação dessa população nos próximos 20 anos, alcançando 19% em 2030 (Tabela 1).

As transformações da estrutura etária da população no mundo e no Brasil, com o aumento da participação absoluta e relativa de pessoas em idades avançadas refletem a mudança de um regime demográfico marcado por altas taxas de fecundidade e mortalidade para um marcado por baixas taxas de fecundidade e mortalidade, com elevada expectativa de vida (Tabela 1, Figura 1A e Figura 1B) (Veras, 1991; Paes-Souza, 2002; U.S. Department of State, 2007; ONU, 2009a).

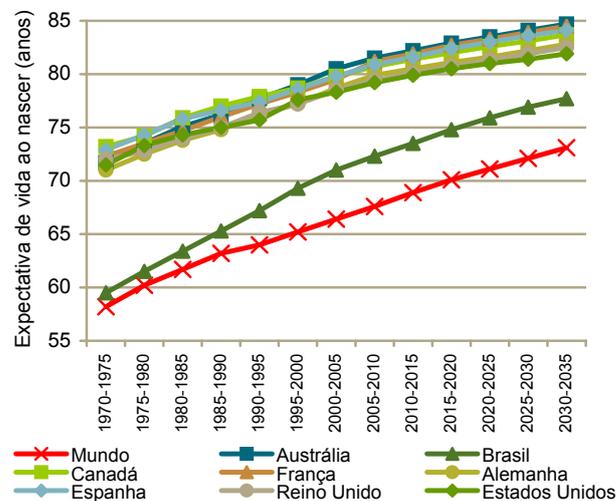
Figura 1A Taxa de Fecundidade - Mundo e Países selecionados (1970-2035)



Fonte: Dados populacionais - ONU, 2009b.

Os avanços médico-tecnológicos e de infraestrutura urbana têm contribuído para a queda da mortalidade em todas as faixas etárias e na maioria dos países. No Brasil, foi expressiva a queda da mortalidade infantil nas últimas décadas, tendo passado de 90,5 por mil nascimentos entre 1970 e 1975 para 27,3 entre 2000 e 2005. O perfil de morbimortalidade também apresentou importantes mudanças resultantes do processo de transição epidemiológica atravessado pelo país, levando à redução da taxa de

Figura 1B Esperança de vida ao nascer – Mundo e Países selecionados (1970-2035)



Fonte: Dados populacionais - ONU, 2009b.

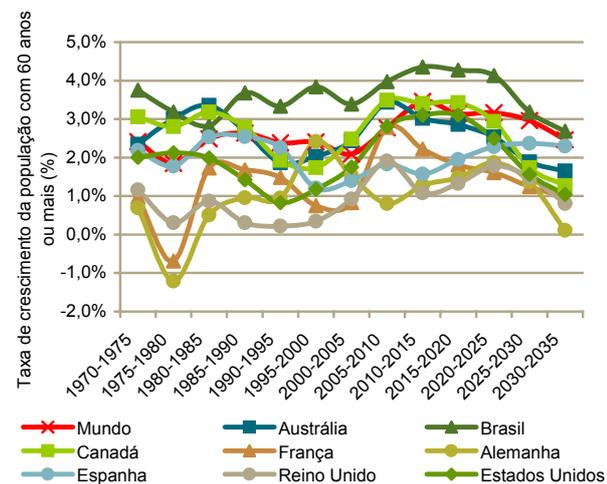
mortalidade também em idades mais avançadas. Isso resulta em aumento da expectativa de vida ao nascer da população, que passou de 59,5 entre 1970 e 1975 para 71,0 entre 2000 e 2005 no país (Tabela 1).

O processo de transição demográfica assume velocidades variadas dependendo do desenvolvimento socioeconômico e demográfico dos países. Nos países desenvolvidos, como os selecionados neste estudo, o processo de envelhecimento populacional se encontra em estágios mais avançados. Na Alemanha, os idosos já alcançavam 19,9% do total da população em 1970, enquanto no Brasil estima-se que percentual semelhante seja observado em 2030 (ONU, 2009). Essas diferenças devem-se principalmente ao fato de os países mais desenvolvidos já apresentarem taxas de fecundidade próximas ao nível de reposição da população na década de 1970, ao passo que o Brasil nesse mesmo período observava taxas de fecundidade de aproximadamente 5 filhos por mulher. No período entre 2005 e 2010, estima-se que a taxa de fecundidade brasileira encontre-se em 2,2 filhos por mulher (Chaimowicz, 1997; Schramm, 2004; ONU, 2009a) (Tabela 1, Figura 2A e Figura 2B).

Atualmente, no Brasil, o crescimento da população idosa é superior ao observado nas demais faixas etárias: enquanto a população até 59 anos de idade cresce a uma taxa inferior a 1% ao ano, a população com 60 anos ou mais apresenta crescimento de 4% ao ano segundo as estimativas para o período entre 2005 e 2010. O

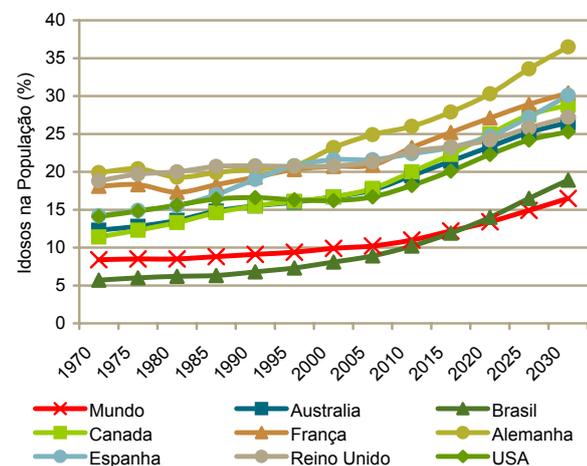
crescimento da população idosa no Brasil é também superior ao observado nos demais países analisados: na Alemanha, a taxa de crescimento desse grupo populacional alcançou 0,8% ao ano e nos Estados Unidos, 2,8% ao ano no período (Tabela 1, Figura 2A e Figura 2B).

Figura 2A Taxa de crescimento da população com 60 anos ou mais – Mundo e Países selecionados (1970-2035)



Fonte: Dados populacionais - ONU, 2009b.

Figura 2B Participação percentual do grupo de pessoas com 60 anos ou mais na população – Mundo e Países selecionados (1970-2035)

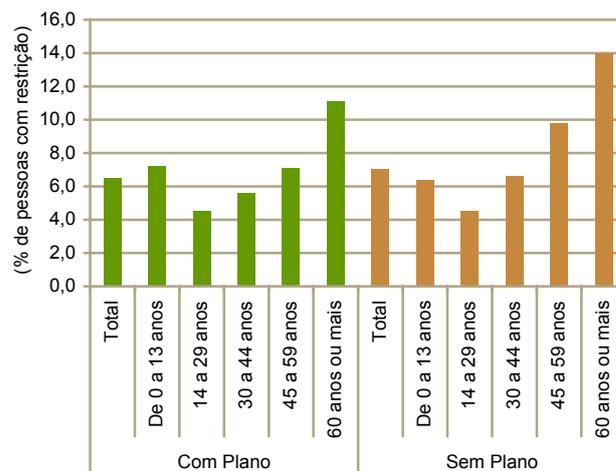


Fonte: Dados populacionais - ONU, 2009b.

A mudança observada no perfil demográfico das populações não se relaciona somente ao envelhecimento populacional e ao aumento do contingente idoso, mas também à formação de um grupo de idosos caracterizado por sua heterogeneidade. A faixa etária composta pelos idosos compreende uma enorme amplitude etária, envolvendo aproximadamente 30 anos da vida de um indivíduo (OECD, 2007). Assim, significativas parcelas desse contingente

gozam de boas condições de saúde - geralmente os idosos com menos de 80 anos de idade. Com o avanço da idade, tendem a surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, principalmente em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos. Com isso, o contingente de idosos mais idosos - com 80 anos ou mais de idade - tende a apresentar maior vulnerabilidade, com maiores perdas de autonomia e independência (Figura 3).

Figura 3 População com restrições na atividade diária segundo faixas etárias (Brasil, 2008)



Fonte: Suplemento Saúde - PNAD/IBGE 2008

Junto à rápida transição demográfica observada no Brasil, nota-se uma transição epidemiológica incompleta: ocorre a elevação na prevalência de doenças crônicas e incapacidades relacionadas à maior expectativa de vida e, paralelamente, a manutenção de casos infecciosos e doenças consideradas negligenciadas, principalmente em grupos mais pobres, sobre os quais ainda incidem os efeitos de condições de vida desfavoráveis (PAHO, 2000; PAHO, 2002).

Nesse contexto, as transições demográfica e epidemiológica exigem importantes adequações no planejamento e financiamento da atenção à saúde (Conass, 2006), gerando desafios importantes às políticas públicas, principalmente em ambientes de alta desigualdade social como no Brasil (Louvison et al, 2008). Além da necessidade de adequação do sistema de saúde, soma-se a preocupação com cuidados sociais direcionados ao envelhecimento ativo e à independência desse grupo populacional, que vêm tomando espaço cada vez mais importante nas políticas públicas em todo o mundo. Tais desafios ampliam-se à medida que, além da rápida e incompleta transição epidemiológica, a transição demográfica implica também um contingente menor de contribuintes ativos na população, com impacto importante

sobre o equilíbrio do financiamento dos sistemas de saúde e de seguridade social (Turra, 2001).

O processo de transição demográfica e epidemiológica e a heterogeneidade de características do grupo populacional idoso implicam a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde, não exclusivamente para sua sustentação financeira, mas também para atender a uma população distinta daquela para a qual tais sistemas foram criados há algumas décadas.

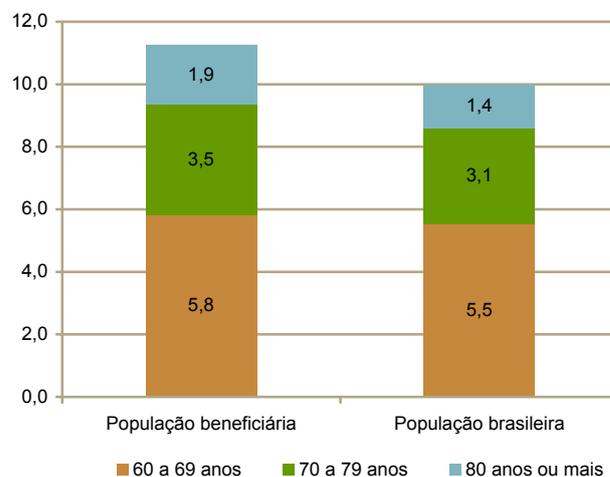
As mudanças observadas nas populações de todo o mundo exigem esforços que ultrapassam os limites da assistência à saúde, envolvendo outros setores. Apesar dos avanços na qualidade de vida observados nas últimas décadas principalmente entre os idosos mais jovens, o envelhecimento da população implica a exposição ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas e à perda de autonomia e independência por parcelas cada vez mais importantes da população. Nesse sentido, a extensão da expectativa de vida com um número cada vez maior de idosos e de idosos mais idosos, como já mencionado, demanda políticas voltadas para os cuidados de longa duração que os auxiliem na realização das Atividades da Vida Diária (AVD) – instrumentais e/ou funcionais (Pasinato & Kornis, 2009).

Segundo a OCDE, os cuidados de longa duração podem ser definidos como "uma área de política de corte transversal que reúne uma gama de serviços voltados para indivíduos que dependem de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD) por longos períodos de tempo", discutindo ainda a maior prevalência da demanda por tais serviços entre os idosos, já que eles apresentam maior prevalência de doenças crônicas que podem gerar incapacidades (OCDE, 2006). Já a Organização Mundial de Saúde apresenta um conceito ampliado para cuidados de longa duração, que incluem um conjunto de ações executadas por cuidadores informais (amigos, familiares ou vizinhos) ou profissionais (de saúde, assistência social ou outros), com vistas a garantir à pessoa com incapacidade a mais alta qualidade de vida possível, com respeito às preferências pessoais e segundo os melhores níveis de independência, autonomia, participação social, realização pessoal e dignidade humana (OMS & Milbank Memorial Fund, 2000). De modo geral, os cuidados de longa duração têm sido definidos na literatura como um conjunto de serviços de saúde ou assistência social, prestados de maneira continuada a indivíduos que necessitam apoio devido às suas limitações, sejam elas físicas ou mentais (Pasinato, 2009).

No âmbito da saúde suplementar no Brasil, cerca de 11,2% da população de beneficiários de planos privados têm 60 ou mais anos de idade, entre os quais 5,8% estão entre 60 e 69

anos de idade, 3,5% entre 70 e 79 anos e 1,9% têm 80 anos ou mais. Na população brasileira, as estimativas para cada uma dessas faixas apontam, respectivamente, 5,5%, 3,1% e 1,4% da população (Figura 4).

Figura 4 Percentual de idosos na população beneficiária de planos de saúde e na população brasileira segundo faixas etárias de idosos – Brasil, 2010.



Fonte: SIB/ANS/MS – 06/2010 e População – IBGE/Projeção 2010

Alguns importantes avanços na relação entre operadoras e beneficiários idosos, com vistas à proteção do idoso beneficiário, foram realizados desde a promulgação do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, de outubro de 2003. A partir de janeiro de 2004 (RN nº 63/2003), passaram a vigorar mudanças com relação às regras para o reajuste por faixa etária para planos contratados ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, que passaram a ter o valor das mensalidades da última faixa etária (59 anos ou mais) fixado em no máximo seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). Ainda assim, há percentual importante de beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos ainda vinculado a planos antigos, aqueles contratados antes da promulgação da Lei nº 9.656 de 1998 e cuja atuação não sofre inteiramente os efeitos da regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mesmo entre os idosos em planos novos (contratados após a promulgação de Lei nº 9.656 de 1998), é significativo o percentual de vínculos anteriores ao ano de 2004, e dessa forma não submetidos às regras contratuais em conformidade ao previsto no Estatuto do Idoso (ANS, 2010).

Outro importante avanço para a população de beneficiários, com repercussões importantes para os idosos cobertos por planos privados de saúde, foi a concessão, instituída em 2005 pela RN nº94 (ANS, 2005a), de ativos garantidores diferenciados para as operadoras de planos privados de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de doença de seus beneficiários, conforme previsto na IN nº 10/2005 (ANS, 2005b).

Apesar da inegável necessidade de promoção de mecanismos para a defesa da população beneficiária idosa, em termos sociais e mais especificamente para o sistema de saúde brasileiro, a mudança na estrutura etária, decorrente dessa nova dinâmica demográfica, apresenta implicações sobre a viabilidade intergeracional dos atuais mecanismos de financiamento que compõem o sistema e são essenciais para a manutenção do bem-estar tanto das gerações mais velhas quanto das gerações mais novas.

Assim, é necessário, além de pensar estratégias que incentivem a continuidade da prestação de assistência em

todo o ciclo da vida, propor ações que contribuam para a manutenção da população com mais de 60 anos em seus planos privados de maneira financeiramente sustentável. Considerando as perspectivas globais, tornam-se essenciais as investigações sobre estratégias direcionadas ao enfrentamento das novas necessidades assistenciais geradas pelo envelhecimento da população, bem como sobre as estratégias para seu financiamento, que desafiam o atual sistema de mutualismo intergeracional adotado no Brasil.

Tabela 1 Composição da população e indicadores selecionados para os Países do estudo

Composição da população e indicadores	Ano/Período	Alemanha	Austrália	Brasil	Canadá	Espanha	Estados Unidos	França	Reino Unido
Composição da população									
% de população de 0 a 14 anos	1970	23,2%	28,8%	42,4%	30,1%	27,9%	28,3%	24,8%	24,1%
	2000	15,6%	20,7%	29,6%	19,1%	14,8%	21,6%	18,8%	19,0%
	2030	12,5%	17,5%	17,0%	16,1%	14,0%	18,0%	16,4%	17,2%
% de população de 15 a 59 anos	1970	56,9%	58,9%	51,9%	58,5%	57,8%	57,6%	57,1%	57,1%
	2000	61,2%	62,7%	62,3%	64,2%	63,6%	62,3%	60,5%	60,2%
	2030	51,0%	55,9%	64,1%	55,1%	55,9%	56,8%	53,2%	55,7%
% de população com 60 anos ou mais	1970	19,9%	12,3%	5,7%	11,4%	14,2%	14,1%	18,1%	18,8%
	2000	23,2%	16,7%	8,1%	16,7%	21,6%	16,2%	20,7%	20,8%
	2030	36,5%	26,5%	18,9%	28,8%	30,1%	25,3%	30,4%	27,2%
% de população com 80 anos ou mais	1970	1,9%	1,4%	0,4%	1,6%	1,6%	1,8%	2,4%	2,3%
	2000	3,5%	3,1%	1,0%	3,0%	3,8%	3,3%	3,8%	4,1%
	2030	8,0%	6,0%	2,9%	6,0%	6,8%	5,2%	7,9%	6,2%
Indicadores selecionados									
Expectativa de vida ao nascer (anos)	1970-1975	71,0	71,7	59,5	73,2	72,9	71,5	72,3	72,0
	2000-2005	78,7	80,5	71,0	79,8	79,8	78,3	79,5	78,5
	2030-2035	82,8	84,7	77,7	83,7	84,1	81,9	84,5	82,5
Taxa de fecundidade (filhos por mulher)	1970-1975	1,6	2,5	4,7	2,0	2,9	2,0	2,3	2,0
	2000-2005	1,4	1,8	2,3	1,5	1,3	2,0	1,9	1,7
	2030-2035	1,5	1,9	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9
Taxa bruta de natalidade (nascimentos por 1.000 pessoas)	1970-1975	11,4	19,6	33,7	15,6	19,5	15,7	16,1	14,5
	2000-2005	8,8	12,7	19,8	10,6	10,3	14,2	12,9	11,6
	2030-2035	7,8	11,2	10,5	10,3	9,1	11,8	10,6	11,1
Taxa bruta de mortalidade (mortes por 1.000 pessoas)	1970-1975	12,3	8,5	9,9	7,3	8,6	9,2	10,9	11,8
	2000-2005	10,3	6,8	6,4	7,2	8,9	7,9	9,1	10,3
	2030-2035	13,5	8,5	8,3	9,4	10,0	9,2	10,4	10,2
Taxa de mortalidade infantil (mortes por 1.000 nascidos vivos)	1970-1975	21,1	16,6	90,5	16,4	21,4	18,1	16,3	17,4
	2000-2005	4,3	5,4	27,3	5,1	4,1	6,4	4,2	5,2
	2030-2035	3,5	3,1	10,1	3,9	3,3	4,6	3,3	3,6
Taxa de crescimento populacional (%)	1970-1975	0,1%	1,4%	2,4%	1,3%	1,1%	0,9%	0,8%	0,2%
	2000-2005	0,1%	1,2%	1,3%	1,0%	1,3%	1,0%	0,6%	0,5%
	2030-2035	-0,4%	0,7%	0,2%	0,6%	0,2%	0,5%	0,2%	0,3%
Taxa de crescimento da população de 0 a 59 anos (%)	1970-1975	0,0%	1,3%	2,5%	1,1%	1,0%	0,7%	0,7%	0,0%
	2000-2005	-0,4%	1,0%	1,2%	0,8%	1,4%	0,9%	0,6%	0,3%
	2030-2035	-0,7%	0,3%	-0,4%	0,4%	-0,7%	0,4%	-0,2%	0,2%
Taxa de crescimento da população com 60 anos ou mais (%)	1970-1975	0,7%	2,3%	3,8%	3,1%	2,2%	2,0%	1,0%	1,2%
	2000-2005	1,5%	2,4%	3,4%	2,5%	1,4%	1,8%	0,8%	0,9%
	2030-2035	0,1%	1,6%	2,7%	1,3%	2,3%	1,0%	1,0%	0,8%

Fonte: ONU, 2009

Metodologia

Etapas do Estudo

O estudo foi realizado em quatro etapas, descritas a seguir.

1ª Etapa:

Foram coletadas informações sobre 11 países localizados na América do Norte, América Latina, Europa e Ásia. Foram considerados como principais critérios de inclusão no estudo: a participação dos idosos na população, a existência de mercado de seguros privados de saúde voluntários (VPHI), e as composições de mix público-privado no financiamento e/ou na prestação dos serviços de saúde.

2ª Etapa:

Procedeu-se à avaliação da disponibilidade de informações relativas a características demográficas, do financiamento e da configuração do sistema de saúde, bem como as referentes à existência de seguro-saúde específico para idosos ou seguros para cuidados prolongados.

Após uma análise exploratória do material disponível em sítios de governo, de seguradoras de saúde e sítios de busca de artigos científicos (Scirus, Pubmed Central, BVS, Scielo, Google Acadêmico) alguns países foram mantidos e outros excluídos do estudo. Ao final, foram selecionados sete países: Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Inglaterra.

Os critérios de exclusão consideraram:

- a. a escassez ou ausência de informação acerca de políticas específicas para idosos num dado país;
- b. a escassez ou ausência de informação sobre seguros-saúde específicos para idosos ou seguros para cuidados prolongados (como é o caso da Colômbia e do Chile);
- c. características muito específicas no financiamento e na configuração do sistema de saúde de um dado país, que dificultassem a comparação com os demais.

3ª Etapa:

Consistiu de análise, discussão e sistematização das informações dos sete países selecionados para compor o estudo, de acordo com variáveis previamente escolhidas: variáveis demográficas, variáveis de financiamento do

sistema de saúde, elementos relativos à configuração do sistema de saúde (mix público-privado) e variáveis específicas sobre a disponibilidade de seguro-saúde para idosos ou seguros para cuidados prolongados em saúde.

4ª Etapa:

Consolidação e elaboração do documento final.

Variáveis Selecionadas para Estudo

Compõem o estudo variáveis de contexto e informações sobre as experiências de financiamento da saúde dos idosos.

Entre as variáveis de contexto, foram elencados indicadores relativos ao processo de envelhecimento populacional, à composição dos sistemas de saúde e ao perfil de gastos com saúde, com a finalidade de possibilitar a comparação entre os países.

As fontes dessas informações incluem:

- Organização Mundial de Saúde (OMS) – www.who.int
- United Nations (ONU) – Department of Economic and Social Affairs – Population Division (DESA/ONU) – <http://www.un.org/en/development/desa/index.shtml>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) – www.oecd.org

Para todas as variáveis foram coletadas as últimas informações disponíveis nas fontes consultadas.

As projeções calculadas pela Organização das Nações Unidas (DESA/ONU) baseiam-se em dados enviados pelos países e consideram em suas projeções a dinâmica populacional e a previsão detalhada da fecundidade, mortalidade e migração internacional em cada país a partir de dados do passado. A última atualização da base de dados utilizada data do ano de 2009.

Descrição das Variáveis:

Para realizar a análise descritiva da contextualização do envelhecimento populacional no Brasil e em outros países foram selecionadas variáveis demográficas e epidemiológicas disponibilizadas pela Organização das Nações Unidas (DESA/ONU):

- a. Percentual de população de 0 a 14 anos;
- b. Percentual de população de 15 a 59 anos;
- c. Percentual de população com 60 anos ou mais;
- d. Percentual de população com 80 anos ou mais;
- e. Expectativa de vida ao nascer (anos);
- f. Taxa de fecundidade (filhos por mulher);
- g. Taxa bruta de natalidade (nascimentos por 1.000 pessoas);
- h. Taxa bruta de mortalidade (mortes por 1.000 pessoas);
- i. Taxa de mortalidade infantil (mortes em crianças menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos);
- j. Taxa de crescimento populacional (%);
- k. Taxa de crescimento da população de 0 a 59 anos (%);
- l. Taxa de crescimento da população com 60 anos ou mais (%).

Para compor a análise das experiências de financiamento da saúde dos idosos nos países selecionados, as variáveis elencadas foram:

- a. Países: Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Inglaterra;
- b. Distribuição Percentual de Idosos na População – DESA/ONU 2010:
 - Percentual da população com 60 anos e mais;
 - Percentual de população com 80 anos e mais.
- c. Taxa de fecundidade – DESA/ONU 2010
- d. Expectativa de vida – OMS 2008:
 - Expectativa de vida ao nascer
 - Expectativa de vida
- e. Percentual de gastos públicos em saúde – OMS 2007:
 - Percentual de gastos públicos com saúde
 - Percentual de gastos com seguro-saúde privado voluntário (PHI)
 - Percentual de gastos diretos em saúde (*out-of-pocket*)
- f. Gastos *per capita* em saúde (PPP U\$) – OMS 2007
- g. Renda bruta *per capita* (PPP U\$) – OMS 2008

- h. Fontes de financiamento do sistema – classificação da OECD
 - Impostos gerais
 - Seguro social
 - Seguro privado obrigatório
 - Misto
- i. Tipo de seguro saúde privado voluntário – classificação da OECD (ver Anexo):
 - Duplicado
 - Complementar
 - Suplementar
 - Primário
 - o Principal
 - o Substituto
- j. Percentual da população coberta por:
 - Sistema público de saúde
 - Seguro-saúde obrigatório
 - Seguro-saúde privado voluntário (VPHI)

Descrição das Variáveis Específicas sobre os Idosos:

- a. Existe plano ou seguro-saúde específico para idoso? (Sim/Não – Qual?)
- b. Existe plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC)? (Sim/Não – Qual?)
- c. Estratégias de atenção à saúde do idoso
 - Características do sistema de saúde
 - Destaques sobre políticas voltadas para os idosos
 - Sobre os seguros para *Long-Term Care*

Resultado: experiências de financiamento da saúde dos idosos

Nesta seção serão apresentados os resultados das experiências de financiamento da atenção à saúde das pessoas idosas no Brasil e no mundo.

As informações estão organizadas em cinco principais itens a saber:

- Dados demográficos
- Dados do financiamento do sistema de saúde
- Aspectos da configuração do sistema de saúde
- Estratégias de atenção à saúde dos idosos
- Bibliografia

São apresentadas as experiências dos seguintes países selecionados:

- Brasil
- Alemanha
- Austrália
- Canadá
- Espanha
- Estados Unidos
- França
- Inglaterra

Destaca-se que o presente estudo não pretende esgotar a análise das experiências de financiamento da saúde do idoso nos países selecionados. O material ora apresentado baseia-se em documentos oficiais disponíveis em sítios de governo, artigos publicados em revistas científicas e na legislação vigente que regulamenta a proteção social ou os cuidados em saúde nos países selecionados. Entretanto, informações adicionais e complementares podem ser encontradas em documentos que não tenham sido analisados ou que porventura não tenham sido incluídos na busca de material para o estudo.

Por fim, ressalta-se o caráter exploratório e descritivo do presente estudo, que não tem a pretensão de avaliar ou emitir qualquer julgamento sobre as modalidades de financiamento da saúde dos idosos adotadas pelos países incluídos na pesquisa.

Brasil

1. Dados demográficos:

Dados	Brasil
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	10%
Acima de 80 anos	2%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,9
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	73
Entre 60 e 64 anos	21

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Brasil
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	42%
Gastos seguro saúde privado	23%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	34%
Gastos <i>Per Capita</i> em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	837
Renda Bruta <i>Per Capita</i> (PPP \$) (OMS 2008)	10.080

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

3.2 Tipo de seguro saúde privado voluntário:

Duplicado.

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

100%

3.4 % da população coberta - seguro saúde privado voluntário (VPHI):

24%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não.

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Não.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso no Brasil:

4.1 Características do sistema de saúde:

O sistema de saúde brasileiro tem componentes público e privado. O sistema público – Sistema Único de Saúde (SUS) – é de acesso universal e financiado por meio de impostos, sendo gerenciado pelos governos federal, estadual e municipal. No sistema privado estão os planos de saúde, cujo acesso depende da adesão de indivíduos aos planos coletivos e individuais de assistência médica e/ou odontológica. Os planos coletivos são principalmente financiados pelas empresas (empregadores). O desembolso direto a prestadores privados, sem a mediação dos planos de saúde, também faz parte do componente privado do sistema.

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

O Estatuto do Idoso no Brasil, que data de 2003, ampliou os direitos dos cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994 que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade. O Estatuto abrange diferentes políticas públicas, dentre elas podendo ser citadas:

- Saúde: atendimento preferencial no SUS, distribuição gratuita de remédios de uso continuado, impedimento de reajuste das mensalidades dos planos de saúde de acordo com o critério de idade, acompanhante em caso de internação hospitalar;
- Transportes coletivos: gratuito aos maiores de 65 anos, reserva de 10% dos assentos, gratuidade para até dois idosos com renda baixa no transporte interestadual;
- Trabalho: proibida a discriminação por idade e a fixação de limite máximo de idade na contratação de empregados, sendo passível de punição quem o fizer; e
- Habitação: obrigatória a reserva de 3% das unidades residenciais para os idosos nos programas habitacionais públicos ou subsidiados por recursos públicos.

Especificamente em relação à política de saúde, em fevereiro de 2006, foram publicadas no âmbito do Pacto pela Saúde, as prioridades do Governo Brasileiro para a Saúde do Idoso, que figura entre as seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Para o seu cumprimento, foi instituída, pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política tem como finalidade primordial a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia

e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Destacam-se, entre as principais ações do governo federal no âmbito dessa política, as seguintes:

- A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para a saúde da pessoa idosa, espécie de prontuário individual entregue a eles. Nela são registradas informações importantes, como dados de identificação pessoal, vacinas, marcação de consultas, medicamentos que estão sendo usados, bem como ocorrência de doenças, número de quedas, entre outros. Isso traz ao gestor e ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação do paciente.
- Capacitação no campo da prevenção da Osteoporose, Quedas e Fraturas, para trabalhar numa linha de cuidado que vise à prevenção da osteoporose e das quedas, e à identificação de “idosos caidores”, em uma visão multi e interdisciplinar, tendo como instrumento auxiliar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
- Facilitação da venda de medicamentos a idosos: em vez de ir pessoalmente às unidades de venda, quem tem 60 anos ou mais pode assinar uma procuração para que qualquer pessoa compre os remédios, em seu nome, nas farmácias particulares com o selo “Aqui tem Farmácia Popular”.

Em relação ao campo da Assistência Social, está prevista na Lei Orgânica da Assistência Social a concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência. Trata-se de um benefício assistencial pago pelo Governo Federal, cuja análise de elegibilidade e concessão do benefício é responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. O benefício é assegurado por lei e permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna.

No caso da pessoa idosa, para obter o benefício é necessário comprovar que possui 65 anos de idade ou mais, que não recebe nenhum benefício previdenciário, ou de outro regime de previdência e que a renda mensal familiar *per capita* seja inferior a 1/4 do salário mínimo vigente.

O benefício assistencial pode ser pago a mais de um membro da família, desde que comprovadas todas as condições exigidas. Nesse caso, o valor do benefício concedido anteriormente será incluído no cálculo da renda familiar.

O benefício deixará de ser pago quando houver superação das condições que deram origem à concessão do benefício ou pelo falecimento do beneficiário. O benefício assistencial é intransferível e, portanto, não gera pensão aos dependentes.

No Brasil, não existem seguros privados de saúde específicos para os idosos e nem planos ou seguros para *Long-Term Care*.

5. Bibliografia:

Consulta aos Portais:

- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35338&tjanela=1.
- <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>.
- http://www.direitoshumanos.gov.br/ld_idoso.

Alemanha

1. Dados demográficos:

Dados	Alemanha
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	26%
Acima de 80 anos	5%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,3
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	80
Entre 60 e 64 anos	23

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Alemanha
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	77%
Gastos seguro saúde privado	9%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	13%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	3.588
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	35.950

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Seguro Social.

3.2 Tipo de seguro saúde privado voluntário:

Primário Substitutivo e Suplementar

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

90%

3.4 % da população coberta - seguro saúde privado voluntário (VPHI):

10%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não.

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Sim.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso na Alemanha:

4.1. Características do sistema de saúde:

O sistema de proteção social alemão é, desde a sua origem, caracterizado como seguro social. Assim, a cobertura por um seguro-saúde é obrigatória, seja por fundos públicos ou seguros privados, sendo os últimos residuais.

Os fundos públicos de saúde, que cobrem aproximadamente 90% da população, são gerenciados por organizações não governamentais, independentes e sem fins lucrativos reguladas por lei, e são financiados por empregados e empregadores baseado em suas receitas. Até julho de 2009, os fundos eram livres para definir as suas taxas de contribuição, quando então eles passaram a aplicar ao salário a taxa de 14,9%, sendo 7,9% pago pelo empregador e 7% pelo empregado. Todas as contribuições são centralizadas em um fundo nacional de saúde, que aloca recursos para cada fundo com base em uma fórmula de captação ajustada ao risco. Os empregados são livres para escolher entre os fundos públicos de sua região, e todos eles garantem um nível bem parecido de cobertura, já que 95% dos benefícios são pré-definidos. No entanto, eles variam sutilmente em detalhes, como, por exemplo, a cobertura de algum medicamento alternativo. Cerca de 24 % da população tem algum tipo de cobertura suplementar que não está coberta pelo plano público, como assistência odontológica.

Os 10% restantes da população possuem seguros de saúde privados, onde os prêmios são calculados com base

em fatores de risco dos segurados. Para poder optar pelo seguro privado de saúde, o empregado deve satisfazer um requisito de renda mínima (€48.600 em 2009). Trabalhadores independentes são um dos maiores grupos em seguros de saúde privados, já que eles são excluídos dos planos públicos.

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

No sistema de saúde alemão não existe um seguro de saúde específico para idoso, mas sim um seguro compulsório público para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung* – SCLD), criado em 1994. Entretanto, apesar de o SCLD abranger toda a população que necessite de cuidados prolongados, 10 anos após sua criação, 78% dos beneficiários tinham 65 anos ou mais e aproximadamente metade desses, 80 anos ou mais.

4.3 Sobre os seguros para LTC na Alemanha:

Com a criação de um seguro compulsório público para cuidados de longa duração em 1994, o SCLD, os gastos com o tratamento de longa duração dos idosos foram excluídos do sistema de saúde. Este seguro é cofinanciado por empregadores e empregados, com uma taxa de 1,7% sobre os salários.

A avaliação da necessidade de cuidados prolongados para inclusão do indivíduo no SCLD é de responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. A assistência para a execução de atividades da vida diária ocorre por no mínimo 6 meses, em razão de incapacidade/doença física e/ou mental. Os serviços são classificados quanto à necessidade de cuidados, como: baixa (indivíduos requerem assistência de cuidadores pelo menos uma vez ao dia); média (assistência pelo menos três vezes ao dia); alta (cuidados intensivos dia e noite).

Os cuidados podem ser prestados nas residências ou em instituições de longa permanência. Em caso de cuidados domiciliares, há possibilidade de escolha entre receber o benefício em dinheiro ou em serviços, além de ser possível também a combinação de ambos, sendo os benefícios em dinheiro inferiores ao serviço equivalente.

Os prestadores de cuidados contam com o reconhecimento do Estado, como previdência e férias. Os cuidadores domiciliares sem formação na área de saúde têm suas tarefas supervisionadas por enfermeiras formadas.

5. Bibliografia:

Kinsella K, Velkoff VA. An Aging World: 2001. U.S. Department of Health and Human Services. 2001.

Knieps F. How Germany is reining in health care costs: An interview with Franz Knieps. McKinsey Quarterly Business Journal. 2010.

Lafortune G, Balestat G & the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers nº 26. March, 2007.

Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers nº 50. 2010.

Pasinato MTM. Envelhecimento, Ciclo de Vida e Mudanças Socioeconômicas: Novos Desafios Para os Sistemas de Seguridade Social. Tese de Doutorado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. 2009.

Austrália

1. Dados demográficos:

Dados	Austrália
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	20%
Acima de 80 anos	4%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,8
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	82
Entre 60 e 64 anos	25

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Austrália
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	68%
Gastos seguro saúde privado	8%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	18%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	3.357
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	37.250

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

3.2 Tipo de seguro-saúde privado voluntário:

44,9% Duplicado e Complementar e 40,3% Suplementar.

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

100%

3.4 % da população coberta - seguro-saúde privado voluntário (VPHI):

10%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Sim. Programa de Desconto (subsidiado pelo Governo) para australianos idosos com seguro-saúde privado. Plano de Cobertura Vitalícia (*Lifetime Health Cover*).

3.6 Plano ou seguro para Long-Term Care (LTC):

Não. Os Programas de LTC têm financiamento público e se inserem nas Políticas do *Medicare* australiano. O governo australiano implementou os *Community Aged Care Packages* (CACPs), *Home and Community Care Program* (HACC), *Extended Aged Care at Home* (EACH): pacotes individuais de cuidados personalizados para pessoas idosos. Incentivo à manutenção dos cuidados no domicílio e na comunidade. Oferta de graus diferenciados de complexidade do cuidado.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso na Austrália:

4.1. Características do sistema de saúde:

A Austrália tem um sistema político dividido em três níveis: nacional ou *Commonwealth*, os seis estados e dois territórios, e a administração local (câmaras municipais e conselhos locais). No sistema federal australiano, o *Commonwealth* coleta a maioria dos impostos, e os estados administram e são responsáveis pela maior parte da prestação dos serviços públicos. A Austrália tem um sistema complexo de cuidados de saúde, com muitos tipos de prestadores de serviço e uma gama variada de mecanismos de financiamento e de regulação. Regido pelo princípio da universalidade do acesso, o sistema é financiado principalmente por impostos. Os serviços de saúde são operacionalizados por meio de dois regimes de subvenção nacionais, o *Medicare* e o *Pharmaceutical Benefits Scheme*.

O *Department of Health and Ageing* é a principal agência nacional na área de saúde (www.health.gov.au).

O setor privado desempenha um papel importante na oferta de serviços e, em menor medida, no financiamento dos serviços de saúde. No final de 1990, o financiamento do setor privado representava cerca de um terço de todas as despesas de saúde, incluindo as despesas de seguro de saúde privado (10%) e desembolso direto (16%) (*Australian Institute of Health and Welfare*).

Os principais agentes do setor saúde são descritos a seguir:

- a) seguro de saúde privado: as três maiores companhias de seguros cobrem quase dois terços do mercado: *Medibank Private* (em 1997 tornou-se uma empresa do governo), *Medical Benefits Fund of Australia* e *National Mutual Health Insurance*. A indústria de seguros privados de saúde é fortemente regulada, principalmente no âmbito do quadro regulamentar estabelecido na *National Health Act 1953* e do *Health Insurance Act 1973*, e é administrada por uma autoridade legal, *Private Health Insurance Administration Council*. Um fundo de seguros privados deve ter um registro da *Health Benefit Organization* e suas atividades são rigorosamente controladas. Por exemplo, as seguradoras devem aceitar todos os candidatos e não devem discriminar na criação de prêmios e pagamento de benefícios (conhecido como *community rating*).
- b) sistema de seguro universal de saúde, o *Medicare*: é financiado essencialmente pelas receitas fiscais. Há uma obrigatoriedade para os contribuintes individuais (contribuição para o *Medicare*), o que equivale a 1,5% do lucro tributável acima de determinados níveis de renda ou 2,5% para pessoas de maior renda sem seguro de saúde privado.

As principais mudanças em curso no âmbito dos seguros privados na Austrália incluem: facilitar a comparação entre os diferentes fundos privados de saúde oferecidos; ampliar o leque de serviços que podem ser cobertos fora dos hospitais, como por exemplo: quimioterapia domiciliar, programas de manejo de doenças cardíacas e diabetes; e recompensar a aquisição e a manutenção de seguro-saúde privado (subsídio governo).

4.2. Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

O cuidado ao idoso na Austrália é fruto da colaboração entre todos os níveis de governo, bem como setores não-governamentais, na formulação de políticas, financiamento,

administração e prestação de serviços. Os cuidados domiciliares a idosos são financiados pelo *Commonwealth* e são prestados principalmente pelo setor privado – financiamento público e prestação de serviços privada –, pois o *Commonwealth* e os estados cofinanciam e administram os serviços de cuidados comunitários.

Pessoas com alto grau de dependência e idosos podem ser atendidos em asilos, em sua própria casa ou em casa de família, às vezes com a ajuda de serviços à comunidade (desde apoio domiciliar para atividades diárias, serviços de enfermagem a entrega de refeições). A comunidade de enfermagem propôs subsídios, em 1962, como parte de uma política de saúde destinada a mudar para fora dos hospitais os cuidados de longo prazo às pessoas mais idosas. Atualmente, os idosos australianos estão sendo cada vez mais cuidados em lares subsidiados (*Residential Care*) pelo *Commonwealth* em vez de hospitais do Estado, acompanhado por uma grande expansão do setor privado do lar de idosos.

Na década de 80, o *Commonwealth* reformulou a política de cuidados domiciliares aos idosos. Desde 1986, a oferta de lares para idosos (*Residential Care*) tem sido guiada por razões de ordenamento do território, com a intenção de reduzir a institucionalização excessiva e apoiar as pessoas mais idosas, sempre que possível, a serem cuidadas em suas próprias casas. Além disso, o financiamento para os serviços comunitários foi ampliado com o *Aged Care Act 1997*, que normatiza e define todos os aspectos da prestação de cuidados de idosos, incluindo apoio domiciliar e serviços flexíveis na comunidade.

Destaca-se também que Documento do Parlamento Australiano (*Research Paper 4*) aponta que cobranças específicas para atenção ao idoso e pagamento para cuidados prolongados deveriam ser considerados na reforma das políticas do setor saúde. Uma proposta apresentada por um grupo de Pesquisadores da Universidade de Sydney (*Ensuring Quality of Later Life or EQOLL model*) defende que pessoas com mais de 25 anos de idade, com renda superior a uma determinada faixa, deveriam pagar 1.1% sobre sua renda no período de 2000 a 2011 como uma das formas de cobrir os custos com cuidados prolongados. As 4 opções apontadas pelos pesquisadores foram: a) 1.1% de imposto sobre a renda pago como cobrança suplementar ao *Medicare*; b) 1.1% de imposto sobre a renda pago a um Fundo de Seguro de Vida "aprovado" pela *Health Benefit Organization*; c) 1.1% de imposto sobre a renda pago a um Fundo de Seguro para Idosos (*Aged Care Insurance*); d) 1.1% da renda pago ao "*Continuing Care Retirement Communities*", fundos comunitários de saúde e aposentadoria.

Seguros privados de saúde: descontos maiores para os australianos idosos

O Governo australiano incentiva as pessoas a adquirirem um seguro-saúde privado, oferecendo um desconto sobre o valor de seus prêmios para coberturas hospitalares e tratamentos mais gerais. Todos com cobertura de seguro-saúde privada recebem um desconto de pelo menos 30%. A partir dos 65 anos, o desconto é de 35%, aos 70 anos o desconto sobe para 40%.

São três as opções para receber o desconto:

- Reduzir o prêmio pago para o seu fundo de saúde;
- Solicitar reembolso do valor pago em um escritório do *Medicare* Australiano; ou
- Solicitar reembolso na restituição do imposto de renda anual.

Seguro para cobertura vitalícia na Austrália – *Lifetime Health Cover*

O *Lifetime Health Cover*, é um tipo de seguro-saúde privado para pessoas que adquirem um seguro com cobertura hospitalar antes de completarem 31 anos de idade, pagando menos por isso. Caso contrário, o beneficiário do plano com cobertura hospitalar paga mais 2% por cada ano de espera para adquirir o seguro.

Por exemplo, quem espera até os 40 anos de idade pagaria um extra de 20% por um plano com cobertura hospitalar. O governo australiano tem melhorado as regras do *Lifetime Health Cover* para incentivar a permanência das pessoas nos seguros-saúde. Pela legislação atual, depois de ter contribuído ininterruptamente por 10 anos para um plano com cobertura hospitalar, o beneficiário é liberado do pagamento do "carregamento extra" que seria devido por ter adquirido o seguro após os 31 anos de idade.

Outros programas do governo australiano para idosos

- *National Palliative Care Program*
- *Accessible Cinema – Helping Older Australians Enjoy the Movies*
- *The National Falls Prevention for Older People Initiative*

4.3 Sobre os seguros para LTC na Austrália:

Community Aged Care Packages (CACPs)

São pacotes individuais de cuidados personalizados para os idosos. Destina-se a idosos que continuam vivendo em suas próprias casas e com poucas necessidades de cuidado

especializado em saúde. São financiados pelo governo australiano para atender a necessidades de cuidados em idades avançadas. Incluem serviços, como: cuidados pessoais, apoio social, transporte para consultas, preparação de refeições, jardinagem, entre outros.

O Governo Australiano fornece os *Community Aged Care Packages* (CACPs) por meio de prestadores credenciados com um subsídio diário por pacote para fornecer e coordenar os serviços de cuidados a idosos em suas residências. Os serviços individuais, dentro de um CACP, podem ser fornecidos por uma variedade de organizações em sua área local, coordenadas e planejadas pelo provedor de serviços autorizado pelo governo australiano.

Para receber um CACP, o idoso deve ser avaliado por um *Aged Care Assessment Team* (ACAT). Se a avaliação da ACAT aprova o idoso como elegível para o cuidado ele poderá ser acompanhado em sua própria casa ou ser encaminhado para um prestador de serviços locais que possa lhe oferecer uma *Community Aged Care Package*, se houver uma disponível.

Home and Community Care Program (HACC)

Home and Community Care (HACC) oferece cuidados integrados e continuados para pessoas idosas que residem em casa poderem manter sua autonomia e independência na comunidade. É um programa integrado do Governo Australiano (*Commonwealth*) e dos governos locais (estados e territórios). A entrada no programa depende da avaliação da renda e da quantidade de serviços que serão necessários.

Extended Aged Care at Home (EACH)

Os programas do *Extended Aged Care at Home* (EACH) são pacotes de cuidados planejados individualmente e de forma coordenada entre os serviços. O EACH é voltado para idosos com necessidades de cuidado mais complexas para manterem-se residindo em casa.

5. Bibliografia

Greg McIntosh. Parliament of Australia. Research Paper 4 -1998-99. The 'Boomer Bulge': Ageing Policies for the 21st Century. Social Policy Group. 1998. Disponível em: <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/1998-99/99rp04.htm>.

Hilless M & Healy J. Health Care Systems in Transition: Australia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2001.

Parliament of Australia. Global Ageing: Economic Implications for Australia. Department of Parliamentary Services.

Parliamentary Library. Information, analysis and advice for the Parliament. Research Note 10. 2005.

Canadá

1. Dados demográficos:

Dados	Canadá
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	20%
Acima de 80 anos	4%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,6
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	81
Entre 60 e 64 anos	24

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Canadá
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	70%
Gastos seguro saúde privado	13%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	15%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	3.900
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	38.710

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

3.2 Tipo de seguro saúde privado voluntário:

Suplementar.

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

100%

3.4 % da população coberta - seguro saúde privado voluntário (VPHI):

65%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não.

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Sim. *Long-Term Care Insurance* (LTCI). Os LTCI são suplementares ao seguro público de LTC, com 3 tipos de apólices: reembolso, indenização e renda. Financiamento privado (indivíduos e empresas).

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso no Canadá:

4.1. Características do sistema de saúde:

O sistema de saúde canadense é predominantemente financiado pelo governo (seguro social), sendo a provisão de serviços privada. Sua cobertura é universal e extensa no que diz respeito à atenção hospitalar e ambulatorial, sendo regulamentada pelo *Canada Health Act*. Cada província canadense administra o seguro para os residentes locais, sendo assegurada a portabilidade do direito. O seguro privado é de cunho complementar, assegurando cobertura adicional ao seguro público; e inclui serviços de medicina estética e odontologia. Segundo dados da OECD, 65% da população canadense possui seguro de saúde privado voluntário.

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

No que diz respeito à atenção à saúde dos idosos, no Canadá destacam-se as políticas de *Home Et Continuing Care* que, embora não sejam voltadas exclusivamente para a população idosa, estão intimamente ligadas ao envelhecimento populacional e à decorrente necessidade de cuidados domiciliares e continuados. Trata-se do *Long-Term Care* (LTC), que pode ser assim tipificado:

- Cuidados profissionais: para aquelas condições médicas que requerem cuidados médicos, de enfermagem e de outros terapeutas;
- Cuidados pessoais: quando é necessária ajuda na execução de tarefas cotidianas, como tomar banho, vestir, movimentar-se na casa;
- Supervisão: quando é necessária a supervisão na execução de tarefas cotidianas para o caso de incapacidade cognitiva (ex: Mal de Alzheimer).

O governo organiza suas políticas de *Home Et Continuing Care* (LTC) em quatro eixos:

- Cuidadores familiares / informais: hoje existem mais de 2 milhões de cuidadores dessa categoria no país;
- Cuidados domiciliares e comunitários: são serviços para pessoas em domicílio em vez de no hospital ou numa instituição. Os serviços são prestados por profissionais de saúde (ex: enfermagem),

trabalhadores não regulados pelo sistema de saúde, voluntários, amigos e familiares;

- Recursos humanos para cuidados domiciliares: os profissionais, familiares e amigos envolvidos devem ser dimensionados, recrutados, mantidos, educados, treinados, acompanhados;
- Instituições de LTC: voltadas para aquelas pessoas que requerem cuidados permanentes, incluindo cuidados de saúde, pessoais e serviços, como refeições, manutenção de roupas e cuidados com a casa. Tais instituições não são asseguradas à população pelo *Canada Health Act*, sendo os esquemas gerenciados pelas províncias e governos locais. Portanto, há diferenças na oferta de tais serviços no país.

Note-se que nem os seguros públicos geridos pelas províncias nem os seguros de saúde privados costumam incluir LTC no domicílio ou numa instituição específica, limitando-se a fornecer pontualmente uma assistência profissional em casa, o que representa somente 12% da LTC - os demais 88% são relativos a cuidados pessoais e supervisão.

Os documentos oficiais consultados tratam principalmente de um conjunto de políticas sociais que afetam os idosos. No que diz respeito à saúde, reconhecem que há necessidade de melhoria na eficiência do sistema - as propostas oficiais são todas de aprimoramento nos tempos de espera, integração entre os serviços, melhoria na informação (incluindo o prontuário eletrônico do paciente), capacitação de geriatras e de temas ligados à geriatria, realização de pesquisas sobre capacidade e competência, aprimoramento das políticas de habitação, implementação de programa integrado de cuidados no fim da vida (cuidados paliativos). Principalmente, deseja-se mudar as percepções sobre os idosos, superando o chamado "*ageism*" (preconceito de idade).

No que diz respeito ao financiamento, fala-se de um fundo para compensar as províncias em termos das diferenças em percentual de idosos. Há preocupação quanto à poupança dos idosos, propondo-se isenção de taxas e formação de fundos suplementares aos programas públicos. Outra grande preocupação é o apoio aos cuidadores. Mudanças nos sistemas de pagamento dos prestadores também são mencionadas.

Em suma, a proposta oficial é a de manutenção e expansão dos programas públicos de LTC e outros da Assistência Social e demais áreas sociais. Não há uma proposta para a privatização dos cuidados aos idosos, embora haja um

amplo debate sobre o aumento da participação do setor privado. A maior parte da literatura explorada indica os perigos da duplicação da cobertura.

4.3 Sobre os seguros para LTC no Canadá:

Os seguros para LTC (denominados *Long-Term Care Insurance* – LTCI) no Canadá têm como objetivo financiar gastos decorrentes de alguma incapacidade. Os cuidados podem ocorrer em casa (*home care*) para manter a independência ou numa instituição para prover um determinado padrão de acomodação e o cuidado. Esse tipo de seguro pode pagar todo ou uma parte do cuidado necessário, dependendo da cobertura selecionada. Foi introduzido nos anos 80 nos EUA e mais recentemente no Canadá e é hoje considerado como o “produto do futuro”. Poucas empresas oferecem o produto.

O LTCI pode ser caro sendo seu custo dependente do valor e do tipo de serviço contratado e também onde ele é obtido. Por exemplo, varia entre *home care* e em instituições e, também, entre instituições, dependendo da localização, da extensão do subsídio governamental e do tipo de acomodação. Em 2008, o custo numa instituição de LTC variava de Can\$ 19.000 a Can\$ 26.000 por ano, dependendo da acomodação.

Além disso, deve-se considerar que boa parte dos cuidadores pagam o provimento de cuidados a um membro de sua família. Além de não estarem disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana e terem que ser substituídos, o que implica custos, muitas vezes a situação do emprego do cuidador é afetada, sendo necessário pedir demissão, se aposentar ou fazer mudanças na carga horária e/ou função desempenhada.

Hoje no Canadá existem os seguros individuais e os de grupo (coletivos), sendo os últimos restritos aos empregados e seus dependentes. As apólices não são padronizadas e as empresas vendem seguros que combinam benefícios e cobertura de diferentes formas como segue:

- podem-se comprar apólices que dão cobertura para 1 a 5 anos; ou
- pode-se comprar cobertura de um pool de recursos financeiros, tipicamente de Can\$ 50.000 a Can\$ 300.000, do qual se pode sacar durante a vida; ou
- pode-se comprar cobertura ilimitada, que é a opção mais cara.

Quanto à forma, as apólices são de três tipos:

- Reembolso: são as mais baratas e as menos flexíveis – simplesmente reembolsam toda ou parte da despesa direta realizada com LTC até o limite estabelecido (diário, semanal ou mensal);

- Indenização: são mais caras do que as primeiras e mais flexíveis e requerem comprovação de utilização – remuneram a pessoa física ou instituição designada diária, semanal ou mensalmente, desde que a despesa seja comprovada;
- Renda: são as mais caras – remuneram a pessoa física ou instituição designada diária, semanal ou mensalmente, até o limite estabelecido, independentemente do serviço ter sido prestado.

Quanto à elegibilidade, as empresas utilizam diferentes critérios que caracterizam a necessidade de utilização do seguro (*trigger* – gatilho), dentre eles estão as ADLs (*Activities of Daily Living*, ou atividades do dia a dia). A incapacidade de fazer uma ADL é a forma mais comum das empresas decidirem quando uma pessoa é elegível para os benefícios. Tipicamente, uma apólice paga os benefícios quando a pessoa não é capaz de fazer uma quantidade das seis ADLs descritas na literatura que indica que, normalmente, o banho é a primeira que a pessoa não consegue realizar.

A carência depende da escolha do consumidor no momento da compra – quanto menor, maior o preço, e vice-versa.

Quanto aos reajustes para a inflação, pode ser adquirida a proteção para inflação de três tipos: incremental, proteção automática ou ajuste do custo de vida.

5. Bibliografia:

Andrews D. Assessing alternative financing methods for the Canadian health care system in view of population aging. SEDAP Research Paper No. 224. McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá. 2007.

Canadian Medical Association. Health care transformation in Canada – change that works, care that lasts. 2010.

Health Canada. Canada’s aging population. A report prepared by Health Canada in collaboration with the Interdepartmental Committee on Aging and Seniors Issues. Ed. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.

Health Canada. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-eng.php>

LTC Long-term care planning in Canada Inc. *Long-Term Care insurance in Canada*. Disponível em: http://www.longtermcarecanada.com/articles_ltc_insurance.html

Special Senate Committee on Aging. Canada’s aging population: seizing the opportunity. Final Report. 2009.

The Council on Aging of Ottawa. *Long-Term Care insurance in Canada: what is it and do I need it?* Ottawa, Canada. 2008.

Espanha

1. Dados demográficos:

Dados	Espanha
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	22%
Acima de 80 anos	5%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,4
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	81
Entre 60 e 64 anos	24

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Espanha
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	72%
Gastos seguro saúde privado	6%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	21%
Gastos <i>Per Capita</i> em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	2.671
Renda Bruta <i>Per Capita</i> (PPP \$) (OMS 2008)	30.830

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

3.2 Tipo de seguro-saúde privado voluntário:

Duplicado e Suplementar

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

100%.

3.4 % da população coberta - seguro-saúde privado voluntário (VPHI):

13%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não.

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Não.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso na Espanha:

4.1. Características do sistema de saúde:

Segmento Público

A Constituição Espanhola de 1978 estabeleceu o direito de proteção da saúde e a atenção sanitária para todos os cidadãos espanhóis, sendo a atenção à saúde um dos principais instrumentos das políticas redistributivas de renda entre os cidadãos na Espanha, uma vez que cada pessoa paga em função de sua capacidade econômica e recebe os serviços de saúde em função de suas necessidades de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde espanhol (SNS) compreende o conjunto coordenado dos serviços de saúde a cargo da Administração do Estado e das Comunidades Autônomas. O SNS se organiza em dois níveis assistenciais: Atenção Primária e Atenção Especializada em que o acesso espontâneo dos cidadãos e a complexidade tecnológica se encontram em relação inversa, ou seja, no primeiro o acesso é livre e quase imediato, porém com restrições nos procedimentos de maior complexidade. Os principais recursos físicos são os Centros de Saúde e os Centros de Especialidades e Hospitalares, respectivamente.

Segmento Privado

O Seguro de Saúde Privado compreendia cerca de 11,1 milhões de vidas em junho de 2010. Já o volume de prêmios alcançou cerca de €3,2 bilhões em igual período, de acordo com estatísticas da *Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones* (ICEA), resultando num prêmio médio mensal *per capita* de € 48,00. A principal modalidade ofertada pelas seguradoras é a *Asistencia Sanitaria* que são os seguros mais completos e que garantem a assistência médica, hospitalar e cirúrgica através de um quadro médico especializado e de centros assistenciais, clínicos e hospitalares. Esses seguros respondiam por cerca de 60% e 63% do número de vidas e dos prêmios do setor, respectivamente, no primeiro semestre de 2010.

Ressalta-se que seguros *Asistencia Sanitaria* são precificados com base no sexo, faixa etária e local de residência. O prêmio médio de um segurado sofre um aumento entre 75% e 100% quando ele completa 65 anos. Destaca-se, ainda, que a oferta de apólices privadas é mais ampla para as faixas etárias mais jovens, sendo bem mais reduzida para os idosos. Foi observada, ainda, no caso dos

idosos, a não divulgação de preços na Internet por parte de algumas seguradas.

Há indícios de subsegmentação do mercado de seguros na Espanha, como no caso de cobertura de transplantes. Observou-se ainda a limitação de reembolsos no tratamento do câncer e da AIDS.

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos

Fatores relacionados ao envelhecimento populacional na Espanha, somados às mudanças nos padrões familiares, com maior participação da mulher no mercado de trabalho, incentivaram a criação de um sistema voltado para os cuidados de longo prazo da população, o SAAD, *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*.

Nesse contexto, foi aprovada em dezembro de 2006, a *Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas em Situación de Dependência* (LAPAD). Por meio dessa lei, foi estabelecida a natureza universal dos benefícios para pessoas em situação de dependência e o direito de acessá-lo em igualdade de condições, tanto para idosos quanto para aqueles fisicamente ou mentalmente incapacitados para as atividades básicas do dia a dia, tais como alimentação, asseio pessoal e o ato de vestir.

Os principais serviços compreendidos são:

- Serviços de prevenção de situações de dependência e para a promoção da autonomia pessoal: o propósito desse serviço é a prevenção do surgimento ou agravamento de doenças ou incapacidades e seus efeitos colaterais, através da implementação coordenada dos serviços sociais, de saúde e de iniciativas que promovam condições saudáveis da vida cotidiana. Além disso, contempla programas específicos para a prevenção e reabilitação de idosos e de incapacitados e também para aqueles que sofreram um longo processo de internação hospitalar.
- Sistema Pessoal de Alerta: oferece assistência aos beneficiários por meio do uso de tecnologia de comunicação e informação, com o suporte dos recursos necessários de pessoa e a imediata resposta em situações de emergência, perigo, solidão e isolamento.
- *Home Help Services*: é composto por um conjunto de iniciativas que são executadas na casa da pessoa com dependência de forma a suprir as suas necessidades, podendo esse serviço ser ofertado por entidades ou

companhias que foram certificadas para tal (ex. serviços de limpeza, lavagem de roupas).

- Centro de Serviços "Dia e Noite" e "*Residential Care Services*".

Para o financiamento do *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD) foi reservada a quantia de cerca de €13 bilhões para a Administração Central, devendo as Comunidades Autônomas contribuírem com similar quantia entre 2007 e 2015. Estima-se que em 2010 os recursos investidos no SAAD a cargo da Administração Central Espanhola alcançaram €1,5 bilhão.

Conforme o artigo da *Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas Dependientes*, os beneficiários devem contribuir para o financiamento dos serviços por meio de uma coparticipação de acordo com o custo e a natureza dos serviços providos. O poder aquisitivo da pessoa com dependência e de sua família são fatores adicionais a serem considerados na determinação do valor da coparticipação. Destaca-se que em 2009 cerca de 17% dos recursos foram provenientes de receitas de coparticipação, com base em dados da *Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales*.

4.3 Sobre os seguros para LTC na Espanha:

Não foi identificada uma modalidade de seguro privado específica para idosos, incluindo as coberturas para "cuidados de longo prazo" (*Long-Term Care - LTC*). Entretanto, existe a possibilidade de desenvolvimento de seguros complementares ou substitutivos para essa cobertura, além de produtos financeiros destinados a facilitar o autofinanciamento das despesas de cuidado de longa duração. A *Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas Dependientes* aprovada em 2006 (ver seção 4.2), foi o primeiro passo para a conscientização da necessidade de incremento de recursos para o cuidado de longo prazo, ao garantir cobertura básica do LTC pelo setor público, podendo, ainda, criar incentivos para o setor privado de forma complementar.

5. Bibliografia:

Costa-Font, J & García-González. A Long-Term Care Reform in Spain. *Health Policy Developments*. Eurohealth. 2007; 13(1): 20-22.

Costa-Font J & Rovira-Forns J. Willingness to Pay for Long-Term Care Coverage: The role of Private Information and Self-Insurance. Washington (DC): World Bank, 2010.

Gutiérrez, MF et al. The Spanish *Long-Term Care System*. Economic Policy. ENEPRI Research Reports nº88. Contribution to The Ancien Project. 2010

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponível em: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Estados Unidos

1. Dados demográficos

Dados	Estados Unidos
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	18%
Acima de 80 anos	4%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	2,1
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	78
Entre 60 e 64 anos	23

2. Dados de financiamento do sistema de saúde

Dados	Estados Unidos
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	46%
Gastos seguro saúde privado	35%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	12%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	7.285
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	46.790

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Seguro Privado. Impostos para o *Medicare*, *Medicaid* e Programa Estadual de seguro-saúde infantil (SCHIP).

3.2 Tipo de seguro saúde privado voluntário:

Primário (Principal), Suplementar e Complementar.

3.3 % da população coberta – público / seguro obrigatório:

24,7% (Inclui *Medicare*, *Medicaid* e SCHIP).

3.4 % da população coberta – seguro-saúde privado voluntário (VPHI):

71,9%

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Sim. *Medicare*.

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Sim. LTCI.

4. Estratégias de Atenção à Saúde do Idoso nos Estados Unidos:

4.1 Características do Sistema de Saúde:

Nos Estados Unidos, a participação do setor privado na provisão de programas previdenciários e de assistência à saúde é bastante ampla. No campo dos serviços de atenção à saúde, os seguros-saúde privados convivem com a provisão dos serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, como o *Medicare*, o *Medicaid* e o Programa Estadual de Seguro-Saúde Infantil (SCHIP).

O seguro social americano, *Medicare*, oferece cobertura para pessoas com 65 anos ou mais e para pessoas com incapacidades e/ou agravos severos. Pessoas com menos de 65 anos de idade com determinadas deficiências, e pessoas de todas as idades com doença renal na fase final (insuficiência renal, que necessite de diálise permanente ou de transplante renal) também são elegíveis para o *Medicare*. O *Medicaid* oferece cobertura a pessoas pobres ou na linha da pobreza e o Programa Estadual de seguro-saúde infantil (SCHIP) é destinado a crianças pobres. A elegibilidade para o *Medicaid* varia conforme a política definida pelos estados.

Todos esses programas, o *Medicare*, o *Medicaid* e o Programa Estadual de Seguro-Saúde Infantil (SCHIP) são geridos pelo Departamento de Saúde do Governo Americano (CMS/HHS). A prestação dos serviços é feita por meio de hospitais privados contratados e organizações do tipo medicina de grupo chamadas de *Managed Health Care*, a exemplo das: *Health Maintenance Organizations* (HMOs) e as *Preferred Providers Organizations* (PPOs). As HMO exercem papel importante na competição do mercado, pois realizam a intermediação da compra e venda dos serviços e atuam na divisão dos riscos. A proposta do *Managed Care* foi reformulada em 1973, por meio de um ato normativo do governo dos Estados Unidos, o HMO Act, que regulamentou o sistema de saúde privado e introduziu as *Health Maintenance Organization* (HMO).

A Reforma Obama americana aprovada na Câmara dos Deputados, em março de 2010, traz uma série de mecanismos que estendem a cobertura a 32 milhões de americanos

antes desassistidos pelo sistema público. A lei aumenta a cobertura dos programas *Medicare* e *Medicaid*, acabando com as exceções dos planos para doenças pré-existentes. Além disso, impede as seguradoras de saúde de cobrarem aumentos abusivos ou taxas extras para cobrirem eventuais prejuízos por conta de erros médicos. Atualmente, grande parte das pessoas que possuem seguro privado (cerca de 70%) nos Estados Unidos depende do empregador para o seu financiamento.

O *Medigap* é um tipo de seguro-saúde privado destinado a cobrir algumas das lacunas de cobertura do *Medicare*. Alguns planos do *Medigap* ofertam benefícios em casas de recuperação e serviços de cuidados pessoais quando o segurado estiver coberto pelo *Medicare*. O médico do segurado deve solicitar esse cuidado pessoal em conjunto com os serviços especializados. Este tipo de cobertura é voltado para pessoas que se recuperam de doença aguda, lesão ou cirurgia. As organizações de cuidado gerenciado (MCOs) e outros planos de saúde de grupo (coletivos), por vezes, incluem a cobertura de serviços de *home-care*. Beneficiários do *Medicare* que estão inscritos numa *Managed Care Organization* podem eleger seu hospital de escolha. Essas organizações apenas intermediam o pagamento dos serviços que são pré-aprovados.

As apólices de seguro-saúde privado geralmente cobrem alguns serviços de atendimento domiciliar para as necessidades agudas, mas os benefícios para os serviços de longa duração variam de plano para plano. Seguradoras comerciais, incluindo a *Blue Cross* e a *Blue Shield*, em geral, pagam por serviços de cuidados domiciliares com co-participação dos beneficiários nos custos. A maioria dos seguros privados de saúde cobre os serviços hospitalares, inclusive a enfermagem, serviço social, terapia, higiene pessoal, medicamentos e suprimentos médicos e equipamentos.

Os principais tipos de financiamento dos seguros privados de saúde nos Estados Unidos são:

1. *Flexible Spending Accounts* (FSAs): uma FSA permite que um empregado desconte uma parcela de seu salário para pagar despesas qualificadas, como despesas médicas, como estabelecido no *Cafeteria Plan* (tipo de benefício recebido pelos empregados nos EUA), mas podendo incluir outros tipos de despesas, como despesas com dependentes. O valor descontado do salário em uma FSA não está sujeito a impostos sobre os salários, resultando numa poupança fiscal significativa sobre a folha de pagamento. Formulários

em papel ou um cartão de débito das FSAs podem ser utilizados pelos beneficiários para acessar a conta.

2. *Health Saving Accounts* (HSAs): é uma alternativa ao seguro de saúde tradicional, é um produto que oferece uma maneira diferente para os consumidores pagarem por cuidados de saúde. Os HSAs possibilitam o pagamento das despesas de saúde atual ao mesmo tempo em que formam uma poupança, em uma base livre de impostos, para futuramente arcar com despesas médicas e de saúde. Para adquirir os HSAs a pessoa deve estar coberta por uma franquia do *High-Deductible Health Insurance* (HDHP). Um HDHP geralmente custa menos do que seguros tradicionais, pois o pressuposto é de que o dinheiro que o consumidor economizar no seguro será investido na formação de uma poupança para os gastos em saúde. Em outras palavras, gastos em saúde no valor até o limite da franquia serão cobertos pela poupança individual formada nos HSAs, e gastos acima do limite da franquia, cobertos pelo seguro-saúde.
3. *Health Reimbursement Arrangements* (HRAs): programas que permitem ao empregador reembolsar despesas médicas pagas pelos empregados participantes do programa, obtendo benefícios fiscais para compensar os custos dos cuidados em saúde.
4. *High-Deductible Health Plan* (HDHP): é um seguro-saúde com prêmios mais baixos e franquia mais elevada que os seguros-saúde tradicionais. Destinado a cobrir gastos catastróficos em saúde. Em 2008, por exemplo, para se enquadrar nos critérios de elegibilidade da HSA a pessoa deveria estar coberta por um HDHP, com uma parte dedutível de no mínimo U\$1.100,00 (cobertura individual) ou U\$2.200,00 (cobertura familiar). O gasto direto anual, incluindo deduções e pagamentos, não podia exceder a U\$ 5.600,00 (cobertura individual) ou U\$11.200 (cobertura familiar).

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

O Estatuto do Idoso, *Older Americans Act* (OAA), foi instituído em 1965, ano em que foram criados também o *Medicare* e o *Medicaid*. As principais diretrizes previstas no OAA prevêm: (1) renda na aposentadoria adequada ao padrão de vida norte-americano; (2) melhores práticas nas áreas de saúde física e mental, independentemente da situação econômica dos indivíduos; (3) habitações apropriadas, projetadas e localizadas de forma a atender às necessidades especiais dos idosos; (4) serviços de reabilitação para aqueles que exigem o cuidado institucional;

(5) oportunidades de emprego sem práticas discriminatórias por causa da idade; (6) aposentadoria dos idosos, com saúde, honra e dignidade, dentre outros aspectos.

No que diz respeito ao *Medicare*, o Programa é composto de 4 partes:

Hospital Insurance (Parte A): Adesão obrigatória e cobertura parcial dos gastos de hospitalização.

Medical Insurance (Parte B): Caráter complementar. Adesão voluntária. Cobre honorários médicos, serviços domiciliares, diagnósticos radiológicos, transplante de órgãos.

Medicare Advantage Plans (conhecido como Parte C): É um plano de extensão da cobertura de saúde do Medicare.

Medicamentos - Prescription Drug Benefit (Parte D): Para beneficiários de baixa renda, inicialmente provê assistência financeira temporária de até U\$ 600,00 por ano para compra de medicamentos, mais uma taxa subsidiada para os cartões de desconto. Desde 2006, a cobertura da Parte D também pode ser contratada voluntariamente, por meio do pagamento de um prêmio pelos indivíduos com direito às partes A e B.

Destaca-se na Parte A - *Hospital Insurance*, a disponibilização dos seguintes serviços:

Cuidados especializados de enfermagem: É coberto pela "parte A" somente nos 30 dias subsequentes a uma internação de no mínimo 03 dias, e sob prescrição médica. Os cuidados cobertos são similares àqueles dados aos pacientes internados, mas também incluem serviços e equipamentos de reabilitação. O número de dias cobertos pela parte A é limitado a 100 por período de benefício, com uma co-participação do usuário do 21º ao 100º dia. Não há cobertura se não houver prescrição médica.

Home Health Agency (HHA): Cobertura de cuidados domiciliares, cobertos tanto pela parte A quanto pela parte B. O HHA transfere da parte A para a parte B os serviços de saúde domiciliar (desde 1º de janeiro de 1998) que não estiverem associados à internação. A parte A cobre as primeiras 100 visitas que se seguem a uma internação hospitalar de no mínimo 3 dias ou cuidados de enfermagem. A parte B cobre visitas posteriores. Os cuidados domiciliares tanto da parte A quanto da parte B não exigem coparticipação do usuário, e não são dedutíveis.

Cuidados asilares: serviço prestado a pacientes terminais com expectativa de vida de 06 meses ou menos, e que escolhem não receber o tratamento coberto pelo *Medicare* para sua doença. Ao invés disso, optam por receber somente cuidados asilares, incluindo analgésicos, serviço de suporte médico

e social, fisioterapia, cuidados de enfermagem, e controle de sintomas. No entanto, se um paciente asilar requerer tratamento para um quadro patológico não relacionado à doença terminal, o *Medicare* irá cobrir todos os cuidados necessários. O beneficiário não paga taxas pelo programa asilar, mas paga parte dos medicamentos e cuidados.

Destaca-se na Parte B - *Medical Insurance*, a disponibilização dos seguintes serviços:

Cuidados domiciliares não cobertos pela parte A.

Equipamentos médicos para uso domiciliar, como oxigênio, cadeiras de rodas, próteses, curativos e sondas.

Financiamento do Medicare

O financiamento operacional do *Medicare* é feito por 2 fundos:

- um de contribuições obrigatórias tripartites (empregados, empregadores e governos);
- outro de contribuições voluntárias do segurado, quando este procura cobertura maior de serviços.

Estes fundos são contas especiais do Tesouro dos EUA, e não podem ser utilizados para nenhuma outra finalidade.

4.3 Sobre os Seguros para LTC nos Estados Unidos

Os seguros para cuidados prolongados (LTCI) nos Estados Unidos variam amplamente em todo o país.

Todas as principais seguradoras oferecem planos que cobrem cuidados em asilos, casas de saúde, creche para adultos, casas de repouso e serviços de cuidados alternativos. Dez, dos 12 seguros mais vendidos, também oferecem um benefício instalação separado do *Assisted Living* (programa de supervisão e assistência para atividades de vida diária (AVDs) que inclui monitoramento e suporte de atividades diárias com a finalidade de garantir bem-estar, saúde e segurança). O prêmio médio anual para o seguro privado de cuidados prolongados, adquiridos aos 65 anos de idade, com uma cesta básica de procedimentos e serviços que abrange quatro anos de lar de idosos ou casa de saúde, foi de US\$ 980, podendo chegar a U\$ 1.829,00 e U\$ 2.432,00 se forem incluídas coberturas adicionais com proteção contra a inflação.

Um recente Relatório sobre o Direito do Consumidor sugere que apenas cerca de 10% a 20% dos idosos americanos podem pagar por seguros privados de cuidados prolongados (LTCI). Uma estimativa sugere que uma única pessoa deveria ter, pelo menos, U\$ 40.000,00 em ativos líquidos para considerar a compra do seguro.

Muitos pesquisadores e conhecedores da dinâmica do mercado de seguros têm sugerido que o seguro privado para cuidados prolongados pode desempenhar papel importante no financiamento desses serviços somente se houver um mercado de seguros coletivos com base no empregador voltado para pessoas ainda economicamente ativas que irão usufruir dos benefícios do seguro muito adiante. Os prêmios de seguros de LTC, cofinanciados pelo empregador podem ser menores do que os que são vendidos como produtos individuais porque (1) os empregadores têm os jovens para o mercado; (2) os custos de administração e comissões de agentes são mais baixos, e (3) os empregadores poderão usar o poder de barganha para reduzir percentagens de lucro das seguradoras em função do contingente de pessoas que podem adquirir o seguro.

Em síntese, nos Estados Unidos pessoas idosas e pessoas com alto grau de dependência possuem como alternativas de cobertura para cuidados em saúde: o Programa Social *Medicare* (nos casos de elegibilidade para o mesmo); o *Medicaid*, que oferece apenas algumas coberturas para cuidados prolongados direcionados para pessoas com baixos rendimentos; e os tradicionais seguros-saúde comercializados pelas HMOs e PPOs. Para os cuidados prolongados (LTC), o mercado de seguros americano oferece alguns produtos com diferenciais na cobertura e nos valores dos prêmios. Entre as estratégias de financiamento dos seguros-saúde mais debatidas atualmente no cenário americano, destacaram-se as *Health Saving Accounts* (HSAs) e as *High-Deductible Health Plan* (HDHP), modalidades que privilegiam redução nos valores dos prêmios e estabelecem altas franquias.

5. Bibliografia utilizada para os itens 1.5 a 1.7:

America's Seniors and Health Insurance Reform: Protecting Coverage and Strengthening Medicare. *Out-of-Pocket Expenses: Americans Shoulder the Burden of Growing Health Care Costs*. Disponível em: <https://www.healthreform.gov>.

Employee Benefit Research Institute. Savings Needed to Fund Health Insurance and Health Care Expenses in Retirement. EBRI Issue Brief 295. Washington, DC. 2006.

Office of the Actuary, Centers for Medicare and Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2008-2018. Disponível em: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2008.pdf>

Silva AVRS, Aredes A, Zanatta CL, Helena PC. Sistema de Saúde dos Estados Unidos da América. Monografia do Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde. São Paulo: CEAS, Fundação Getúlio Vargas. 2009.

The Henry J. Kaiser Family Foundation. Medicare Spending and Financing. Washington, D.C. 2007.

França

1. Dados demográficos:

Dados	França
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	23%
Acima de 80 anos	6%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,9
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	81
Entre 60 e 64 anos	25

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	França
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	79%
Gastos seguro saúde privado	13%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	7%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	3.709
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	33.280

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

3.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

3.2 Tipo de seguro-saúde privado voluntário:

Complementar e Suplementar.

3.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

99,9%

3.4 % da população coberta - seguro-saúde privado voluntário (VPHI):

86% (92% incluindo a *Couverture Maladie Universal* - CMU, que existe desde 2000 e o governo paga o prêmio pela pessoa)

3.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não

3.6 Plano ou seguro para *Long-Term Care* (LTC):

Não.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso:

4.1. Características do sistema de saúde:

O sistema de saúde francês baseia-se em três grandes princípios: solidariedade, pluralismo e medicina liberal. O seguro-saúde é obrigatório para todos os residentes legais. O modelo de financiamento do sistema de saúde francês é baseado em contribuições sobre a renda. O financiamento dos serviços advém de impostos e contribuições de empregados e empregadores que compõem 85% da CNAMTS (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*).

Um elemento importante do seguro social francês é a solidariedade: quanto mais doente e vulnerável uma pessoa se torna, menos ela paga pelos serviços dos quais necessita.

O Governo tem a responsabilidade pelo gerenciamento operacional e financeiro do seguro-saúde, determinando níveis de premiação relacionados à renda e estabelecendo os preços de bens e serviços. Em geral, o seguro público de saúde ressarcem 70% dos custos com saúde dos pacientes, e 100% em casos de serviços de cuidados prolongados. Isso significa que pessoas com doenças crônicas ou graves são 100% reembolsadas pelo seguro social e são dispensadas das cobranças de copagamento, normalmente previstas no sistema de seguro-saúde francês.

O mercado de planos privados de saúde (VHI) é bem desenvolvido na França. O seguro privado de saúde cobre principalmente custos de utilização não elegíveis para reembolso pelo sistema público de seguro-saúde, tais como: copagamentos de consultas médicas ambulatoriais, taxas de diárias para acomodação hospitalar e despesas extras autorizadas para um pequeno número de ambulatorios médicos.

Somente cerca de 3,7% dos custos com tratamento hospitalar são reembolsados por planos privados de saúde, mas esse percentual é mais elevado para órteses e próteses (21,9%), medicamentos (18,6%) e assistência odontológica (35,9%). O reembolso tem taxas uniformes, como nos exemplos a seguir:

- 70% do custo de uma visita a um médico de família ou especialista é reembolsado;
- 95% para uma grande cirurgia;
- 80% para pequena cirurgia;
- de 95 a 100% para uma gravidez e parto;
- 70% para raios-x, atendimento odontológico de rotina e de enfermagem no domicílio;
- Medicamentos prescritos dependem do tipo de medicação e variam de 15% a 65%;

- Um paciente pode receber 100% de cobertura em determinadas condições: doença crônica ou aguda (incluindo câncer, diabetes com dependência de insulina, doenças cardíacas, etc); - cuidados de longa duração; internação hospitalar por mais de 30 dias;

Há obrigatoriedade de copagamento para um conjunto de procedimentos com taxas variadas pagas diretamente pelos usuários (Seguro Complementar Voluntário):

- 30% para consulta com generalista ou especialista;
- 0 a 65% para medicamentos;
- 40% para exames laboratoriais;
- 20% por dia após trinta dias de internação por causas não relacionadas à maternidade;
- diferenças de custos em próteses dentárias e óculos.

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

Programas sociais e suporte financeiro aos idosos e às pessoas em situação de vulnerabilidade foram criados, a exemplo da assistência em instituições asilares ou assistência domiciliar com subsídio do governo, por meio dos fundos de seguro-saúde. O sistema de seguro-saúde financia parte dos custos hospitalares para pessoas abrigadas em instituições asilares por meio de subsídios fixos (*flat-rate allowances*).

A prestação dos serviços para assistência domiciliar é feita por profissionais autônomos ou por serviços de atendimento especializados em *home-care*. Apesar de os cuidados na comunidade serem considerados uma prioridade, há pouca coordenação entre os serviços de saúde financiados pelos fundos de seguros de saúde e serviços sociais geridos pelo governo local.

Além disso, existem políticas de *Long-Term Care* na França, que oferecem desde facilidades não-médicas como serviços de lavanderia até assistência domiciliar de enfermagem.

Não foi identificada nenhuma modalidade de seguro-saúde privado para idosos na França.

4.3 Sobre os seguros para LTC na França:

Os cuidados em saúde para pessoas idosas são fornecidos por vários tipos de instituições que oferecem diferentes níveis de serviços. Alguns são basicamente de habitação coletiva, oferecendo desde uma gama de facilidades não-médicas (como lavanderia) a serviços de assistência de enfermagem.

As instituições financiadas pelos fundos públicos de seguros-saúde para prestar cuidados de saúde aos idosos incluem:

- os chamados "lares", em que o nível de cuidados de saúde prestado é classificado em duas categorias: a) de acordo com a gravidade dos casos, os cuidados de saúde são financiados por fundos de seguros-saúde sob a forma de ajudas de custo diários de €3,00 para cuidados de rotina com a saúde e; b) €23,00 para as pessoas mais dependentes. O número total de leitos nessas instalações é de 416.000 (153.000 são para pessoas dependentes);
- cuidados de longa duração, nas residências de idosos autônomos ou em enfermarias de hospitais, para pessoas muito doentes e dependentes. A taxa de diárias é €41,00 e 83.000 leitos estão disponíveis. Nessas instituições não há copagamento. No entanto, os custos de habitação, financiadas pelo paciente ou sua família, são elevados (cerca de €40,00-45,00 por dia). Para as pessoas consideradas de baixa renda, as despesas de alojamento residencial podem ser financiadas pelos conselhos gerais. Há um debate recorrente sobre a partilha de custos entre as duas instituições (Fundos de Seguro-Saúde e Serviços Sociais geridos pelos governos locais).

De 1997 a 2001, vigorou na França um subsídio de dependência específica (PSD). Financiado pelos conselhos gerais, o PSD remunerava o trabalho das pessoas que trabalham nas casas ou em instituições para pessoas altamente dependentes com 60 anos ou mais. A avaliação dos níveis de dependência era realizada por uma equipe de saúde e assistência social. O subsídio total dependia de avaliação da renda e estava sujeito a um teto fixo, estabelecido por decreto, de €950,00 por mês para uma única pessoa. Até o final de 2000, 53% das pessoas que recebiam o subsídio residiam em casa. O subsídio PSD médio foi de €530,00 por mês para aqueles que empregavam alguém em sua própria casa e €290,00 por mês para os que viviam em instituições. A média do subsídio PSD variou amplamente entre os departamentos da França.

Em julho de 2001, uma nova lei substituiu a PSD com um subsídio de independência pessoal, a *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). Ao contrário do PSD, este é um subsídio uniforme em todo o país. É sujeito à avaliação da renda e é ajustado em relação ao nível de renda do indivíduo, à dependência e às condições de vida e necessidades, bem como é avaliado por uma equipe de saúde e assistência social.

Em síntese, as políticas atuais concernentes às pessoas idosas e pessoas com alto grau de dependência na França têm dois objetivos primordiais: aumentar a capacidade de admissão em instituições asilares para atender à demanda crescente e desenvolver formas desinstitucionalizadas de oferecer o cuidado necessário a essa população (como *home-care*).

As propostas também definem reformas mais amplas que englobam políticas que envolvem os setores de cuidado em saúde e cuidados sociais.

5. Bibliografia:

Buchmueller, TC & Couffinhal, A. Private Health Insurance in France. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2004.

Courbage C. Association de Genève. La Couverture du Risque de Dépendance. Disponível em: <http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/>.

Joël M-E, Dufour-Kippelen S, Duchêne C, Marmier M. European Network Of Economic Policy. Research Institutes. Ancien Assessing Needs Of Care In European Nations. Long-Term Care In France. University Paris. Research Report No. 77. Contribution To The Ancien Project. 2010.

Polton D. Recent Reforms affecting private health insurance in France. Euro Observer: Newsletter of the European observatory on Health Systems and Policy. 2004; 6(1):4-5.

Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.

Inglaterra

1. Dados demográficos:

Dados	Inglaterra
Proporção de idosos na população (ONU 2010)	
Acima de 60 anos	23%
Acima de 80 anos	5%
Taxa de Fecundidade (ONU 2010)	1,8
Expectativa de Vida (OMS 2008)	
Ao nascer	80
Entre 60 e 64 anos	23

2. Dados de financiamento do sistema de saúde:

Dados	Inglaterra
Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde (OMS 2007)	
Gastos públicos	82%
Gastos seguro saúde privado	1%
Desembolso direto (<i>out-of-pocket</i>)	11%
Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) (OMS 2007)	2.992
Renda Bruta Per Capita (PPP \$) (OMS 2008)	36.240

3. Aspectos da configuração do sistema de saúde:

1.1 Fontes de financiamento do sistema:

Impostos.

1.2 Tipo de seguro-saúde privado voluntário:

Duplicado e Suplementar.

1.3 % da população coberta - público / seguro obrigatório:

100%

1.4 % da população coberta - seguro-saúde privado voluntário (VPHI):

10%

1.5 Plano ou seguro-saúde específico para idoso:

Não

1.6 Plano ou seguro para Long-Term Care (LTC):

Sim. Plano de cuidados imediatos; plano de cuidados futuros; plano de cuidados pré-financiado e plano de pagamento em dinheiro.

4. Estratégias de atenção à saúde do idoso:

4.1. Características do sistema de saúde:

O NHS (*National Health Service*) foi criado na Grã-Bretanha em 1948 e, em sua origem, era composto de 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais: País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte. O sistema é financiado por impostos gerais e provê cobertura universal baseado nos princípios de equidade e integralidade, com algumas exceções (tratamento dental, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Esse sistema originou-se centrado na figura do *General Practitioner* (GP), médicos de atenção primária que recebiam por captação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de pacientes. Os GPs, hoje organizados em grupos de provedores, são os responsáveis pelos serviços ambulatoriais e agem como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não-emergencial.

Após uma série de reformas que buscaram introduzir elementos de mercado no sistema, incluindo a separação entre "compradores" e "provedores", com a reorganização da rede de GPs e de hospitais (estes em forma de *trusts*), houve um incentivo à economia no NHS, acompanhada de maior controle e transparência dos custos. Contudo, o custo da regulação do sistema também aumentou e houve uma fragmentação do sistema. Em 1997, havia 3.600 grupos compradores diferentes e aproximadamente 450 provedores. O nível regional havia sido eliminado, e uma variedade de interesses muito arraigados procurava seu próprio curso e prestava pouca atenção à coerência do conjunto.

Em 1997, o governo britânico apresentou uma nova proposta de reforma do NHS, implantada em 1999, tendo por medida principal reafirmar o caráter universal do sistema de saúde britânico enquanto direito básico de toda a população, bem como reverter a política de cortes progressivos praticada pelos conservadores. Algumas inovações foram introduzidas como os *NHS Walk-in Centres* (centros onde não é necessário o agendamento, oferecendo conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes) e o *NHS Direct* (linha telefônica operada por enfermeiros, que funciona 24 horas por dia fornecendo informações de saúde e fazendo encaminhamento aos serviços).

Para o controle e a avaliação dos serviços de saúde prestados pelos provedores com distintos níveis de complexidade, foram introduzidos Padrões Nacionais de Serviços, com o objetivo de aumentar a qualidade e reduzir variações entre diferentes prestadores. Além disso,

para compatibilizar a incorporação de novas tecnologias e garantir a maior efetividade possível, foi criado o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), para a seleção, produção e disseminação de protocolos clínicos (Tanaka & Oliveira, 2007).

4.2 Destaques sobre políticas voltadas para os idosos:

No que diz respeito à atenção à saúde dos idosos, ela surge no âmbito do sistema britânico de *Long-Term Care* - LTC. Este sistema é não-contributivo e dependente de renda, características existentes desde a criação do NHS. Originalmente, as autoridades locais providenciavam assistência em instituições asilares (para os mais pobres) e o NHS cuidava dos mais frágeis (com serviço de enfermagem em domicílio). Nos anos 80, ocorre o uso mais intensivo de seguro social como meio de financiar o LTC (benefícios previdenciários sem teto e sem teste de meios para financiar pessoas em residências no setor privado). Em 1993, o *Health and Community Care Act* força aqueles com poupança a pagar pelos cuidados (no âmbito da autoridade local). O cuidado é feito em instituições com ou sem cuidados de enfermagem. A introdução do seguro privado para LTC ocorre em 1991 e hoje há uma variedade de ofertas. Todos os residentes legais são cobertos pelo sistema público de LTC, sendo que 11,5% possuem seguro privado de saúde e uma parcela mínima (32.000) possui um seguro privado de LTC.

A filosofia do sistema de LTC inglês de fato enfatiza o componente não-saúde dos cuidados. Somente os indivíduos com renda e bens abaixo do nível indicado no teste de meios recebem assistência social pública, que é também direcionada para aqueles que moram sozinhos e não recebem cuidados informais.

O gasto com LTC em 2002 era de 1,5% do PIB inglês, sendo estimado em 1,9% para o ano de 2022. Trata-se de crescimento de 110% no gasto total em libras e de 40% no número de pessoas com incapacidades no período de 2002 a 2022.

LTC é considerada na Inglaterra como ajuda com tarefas domésticas e com cuidados pessoais. Um número cada vez maior de idosos recebe dinheiro ao invés de serviços, na forma de pagamentos diretos ou aportes nos orçamentos individuais. A assistência tipo LTC na residência normalmente é provida por cuidadores informais. Os serviços formais são providos pelas autoridades locais, pelos serviços de saúde e pelo setor privado (com ou sem fins lucrativos). A assistência à saúde é financiada pelo NHS, pelas autoridades locais, instituições de caridade e pelos próprios idosos.

A autoridade local é que normalmente aplica o teste de meios e estabelece o tipo de assistência a ser prestada. Embora não seja responsável direta pela provisão da assistência, cabe a ela garantir que as necessidades da população local sejam supridas. A autoridade local recebe um orçamento do governo central e tem autonomia para sua gestão, mas os resultados de sua ação devem estar de acordo com o Painel de Indicadores Nacionais.

Hoje existem três tipos de benefícios em dinheiro (*cash benefits*) disponíveis:

- *Attendance allowance* – benefício previdenciário universal (que não depende de teste de meios) cujo pré-requisito é a pessoa acima de 65 anos ter tido ajuda durante seis meses. É uma compensação pela incapacidade e não um pagamento por serviço – os valores dependem de a pessoa idosa precisar de assistência no dia ou no dia e à noite;
- *Carer's allowance* – benefício pago ao cuidador informal (no mínimo 35 horas por semana);
- *Individual budget (Ib)* – introduzido em 2005, é disponível para os indivíduos, trazendo para um orçamento único todos os recursos disponíveis a ele e dando ao indivíduo maior flexibilidade no seu uso – por exemplo, o pagamento de cuidadores que morem no mesmo domicílio do beneficiário.

Em relação à saúde, a Inglaterra tem um longo histórico de políticas que buscam melhorar a coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais. Em 2004, um processo único de avaliação foi introduzido para pessoas idosas nos dois serviços, incluindo elementos de saúde física e mental. Essa avaliação é voltada para pessoas com necessidades complexas.

Uma das áreas de dificuldade nessa integração é a alta hospitalar, quando idosos deixam de ter alta porque não têm acesso a serviços de LTC.

O *Health and Social Care Bill 2008* é outro importante marco nessa integração, trazendo para uma única agência reguladora – a *Care Quality Commission* (CQC) – reguladores das duas áreas com novos poderes para garantir a qualidade dos serviços.

As propostas oficiais mais recentes para o sistema de LTC na Inglaterra são datadas de 2009 e 2010. Ambas cuidam da intensificação dos esforços ingleses em estruturar o sistema e garantir o seu financiamento. Em 2010, as diretrizes previstas no *Green Paper* de 2009 é revista e algumas modificações são implementadas.

O *Green Paper* 2009 prevê 3 esquemas de financiamento:

1. Parceria: onde os indivíduos participam com uma parte de seus gastos com saúde (1/3, 2/3), sendo que os mais pobres com nada, aplicável a todas as idades;
2. Seguro: privado ou público (a ser criado) – além da parceria, os custos individuais seriam viabilizados mediante um seguro aplicável a pessoas com idade acima da idade de aposentadoria;
3. *Comprehensive* (Abrangente): todos acima da idade de aposentadoria e que têm os recursos devem possuir um seguro público e a contribuição deve ser calculada com base na poupança ou bens das pessoas.

Na proposta de 2010, originadas do *Green Paper* 2009, duas alternativas são destacadas:

1. a Parceria, onde os indivíduos participam com 50% dos seus gastos em saúde;
2. o *Free Personal Care Model*, que não exige teste de renda para cuidados de atenção individual (*personal care*) e inclui o financiamento por meio de impostos ou seguro social.

4.3 Sobre os seguros para LTC na Inglaterra:

Os seguros para LTC na Inglaterra têm caráter complementar à atenção financiada pelo governo. O teste de meios é utilizado pelas Autoridades Locais no momento que surge a necessidade de cuidados prolongados em domicílio ou em uma instituição (excluindo-se os benefícios universais de "Attendance allowance" e de atenção à saúde do NHS). A linha de corte é a posse de bens excedentes a 21.500 libras. A definição de bens normalmente inclui o imóvel da família, exceto se o cônjuge ou membro próximo da família também reside nele. Se a pessoa possui bens avaliados de 12.750 a 21.500 libras, ocorre a coparticipação no financiamento do cuidado.

Cinco empresas comercializam planos de LTC na Inglaterra, sendo três as categorias dos produtos ofertados: seguro, investimento e *equity release schemes* (tipo hipoteca). As duas últimas são produtos financeiros.

Os seguros de LTC são assim categorizados:

- *Immediate care plan* (plano de cuidados imediatos): é um produto personalizado comprado quando há necessidade imediata do cuidado. Requer o aporte prévio de um valor determinado segundo avaliação da necessidade de cuidado. No caso de ocorrer morte antes do tempo previsto, a seguradora paga o serviço;
- *Deferred care plan* (plano de cuidados futuros): similar ao anterior, mas onde os benefícios são pagos algum

tempo depois da compra – normalmente é mais barato do que o plano de cuidados imediatos;

- *Pre-funded care plan* (plano de cuidados pré-financiado): se aplica no caso de a pessoa prever necessidades futuras e o benefício começa a ser pago quando ocorre o enquadramento nos critérios da seguradora (idade, por exemplo). Poucas pessoas com menos de 55 anos compram esse tipo de seguro, que é isento de impostos;
- *Care cash plan* (plano de pagamento em dinheiro): é um plano que paga um valor ou renda por um período restrito no futuro, ou seja, não reembolsa gastos e não dura até a morte. Não há uma relação entre o valor e o custo do cuidado. Os pagamentos são realizados conforme situações específicas, tais como o diagnóstico de Mal de Alzheimer ou Parkinson, bem como casos de incapacidades (mobilidade, alimentação, etc.).

5. Bibliografia:

Comas-Herrera, A Pickard L, Wittenberg R, Malley J, King D. The English long-term care system ANCIEN project report. PSSRU Discussion paper 2685. Personal Social Services Research Unit. LSE Health and Social Care. 2010.

Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. 2010.

Harker R. Projections of *Long-Term Care* expenditure. Standard Note – SN/SG/3126. House of Commons Library. 2008.

Humphries R Forder J Fernández J. Securing good care for more people – options for reform. London: The King's Fund, 2010.

Karlsson M, Mayhew L, Plumb R, Rickayzen B. An international comparison of long-term care arrangements. 2004.

Malley J, Wittenberg R, Comas-Herrera A, King D, Pickard A. Long-term care expenditure for older people, projections to 2022 for Great Britain. PSSRU Discussion Paper nº 2252. Personal Social Services Research Unit. LSE Health and Social Care. 2005.

Private Healthcare UK: helping you make the right choice. Health Insurance Centre. <http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/long-term-care-plans/>

Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc* [online]. 2007; 16(1):7-17.

Considerações: principais características das experiências internacionais estudadas

A transição demográfica em curso no mundo tem como consequência uma crescente demanda por cuidados, ações e serviços voltados para a população idosa. Os governos de países desenvolvidos, em especial, vêm implementando um conjunto de políticas públicas de previdência, emprego e renda, saúde e assistência social, voltado ao atendimento de tais demandas. O setor privado também se organiza de diferentes formas para suprir as novas demandas, ofertando produtos de caráter suplementar ao arcabouço de proteção social existente. Esse novo escopo da ação governamental e do setor privado é denominado de Cuidados Prolongados (*Long-Term Care*).

No presente estudo foram investigados elementos que compõem essa nova linha de ação de governos e do mercado de seguros e planos de saúde. Além do Brasil, foram estudados Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Inglaterra.

Cabe indicar que as diferentes configurações dos sistemas de proteção social nos países tornam complexa a comparação entre as diferentes experiências estudadas. Assim, partindo de uma leitura individual sobre o que se passa nos diferentes países, constata-se que:

- dos 7 países estudados, apenas os Estados Unidos possuem um programa, na modalidade de seguro social, específico para a cobertura da assistência à saúde de pessoas idosas, o *Medicare*.
- a análise da experiência australiana foi particularmente rica pela variedade de programas públicos voltados para a população idosa e pelas iniciativas em curso no mercado de seguros-saúde também voltadas para essa população. O destaque é para o Programa de Desconto do Governo Australiano para pessoas idosas, que subsidia e incentiva a adesão e a permanência dessa parcela da população em seguros-saúde. No mercado de seguros-saúde, o *Lifetime Health Cover* aparece como uma das alternativas de compensação do desequilíbrio ocorrido no mercado em décadas anteriores, ao incentivar a aquisição de seguros-saúde por jovens australianos (até completarem 31 anos) com reduções significativas nos valores dos prêmios;
- destaca-se que, embora na Austrália haja atualmente esses mecanismos de incentivo, há uma ampla

cobertura de serviços de saúde e disponibilidade de programas de cuidados prolongados financiados pelo governo federal em conjunto com os governos estaduais e dos territórios;

- nos demais países, Alemanha, Canadá, Espanha, França e Inglaterra, não foram identificados mecanismos de financiamento da saúde do idoso voltados exclusivamente para essa parcela da população. As políticas e estratégias de cuidado e de atenção à saúde do idoso, bem como os modelos de financiamento nesses países, estão atrelados ao sistema de proteção social e financiamento da seguridade;
- Com relação às políticas e / ou seguros para cuidados prolongados (LTC), observou-se que os países estudados podem ser divididos em três blocos:
 1. o primeiro no qual o financiamento desse tipo de cuidado é fortemente dependente dos impostos e tributos e é controlado pelo setor público, como no caso do Reino Unido;
 2. um outro bloco, em que os cuidados de LTC são financiados pelo seguro social, como na Alemanha e na França;
 3. e o terceiro bloco no qual se inserem os EUA, onde os cuidados prolongados são majoritariamente financiados por meio da aquisição dos *Long-Term Care Insurance* (LTCI), altamente dispendiosos e de pouca acessibilidade para grande parte da população.

Comparativo dos países

Quadro I - Informações demográficas e de financiamento do sistema de saúde

País	Proporção de idosos na população ¹		Taxa de Fecundidade ¹	Expectativa de Vida ²		Proporção (%) de gastos em relação ao total de gastos em saúde ³			Gastos Per Capita em Saúde (PPP \$) ³	Renda Bruta Per Capita (PPP \$) ²
	Acima de 60 anos	Acima de 80 anos		Ao nascer	Entre 60 e 64 anos	Gastos públicos	Gastos seguro saúde privado	Desembolso direto (out-of-pocket)		
Alemanha	26,0%	5,1%	1,3	80	23	77%	9%	13%	3.588	35.950
Austrália	19,5%	3,9%	1,9	82	25	68%	8%	18%	3.357	37.250
Brasil	10,2%	1,5%	1,7	73	21	42%	23%	34%	837	10.080
Canadá	20,0%	3,9%	1,6	81	24	70%	13%	15%	3.900	38.710
Espanha	22,4%	5,0%	1,6	81	24	72%	6%	21%	2.671	30.830
Estados Unidos	18,2%	3,8%	2,0	78	23	46%	35%	12%	7.285	46.790
França	23,2%	5,5%	1,9	81	25	79%	13%	7%	3.709	33.280
Inglaterra	22,7%	4,7%	1,9	80	23	82%	1%	11%	2.992	36.240

Fontes: Foram coletados os últimos dados disponíveis para consulta: (1) DESA/ONU 2010; (2) OMS 2008; (3) OMS 2007.

Quadro II – Síntese do estudo sobre as experiências de financiamento da saúde do idoso

(continua)

País	Tipo de Sistema de Saúde ¹	Fontes de Financiamento do Sistema ¹	Tipo de Seguro Saúde Voluntário ¹	% da População Coberta ¹		Plano ou Seguro-Saúde Específico para Idosos		Plano ou seguro para Long-Term Care - LTC	
				Público/Obrigatório	Seguro Saúde Privado Voluntário (VPH)	Sim/Não e Qual	Tipo de Financiamento	Sim/Não e Qual	Tipo de Financiamento
Alemanha	Seguro Social	Seguro Social (predominante) e Seguro Privado (optativo)	Primário Substitutivo e Suplementar	90,0%	10%	Não	Não se aplica	Sim. Seguro compulsório público para cuidados de longa duração.	Seguro Social: alíquota de 1,7% sobre o salário.
Austrália	Sistema Nacional de Saúde	Impostos. Sistema Nacional de Saúde (<i>Medicare</i> Australiano)	44,9% Duplicado e Complementar e 40,3% Suplementar	100,0%	10%	Sim. Programa Público de Desconto para australianos idosos com seguro-saúde privado. Plano Privado de Cobertura Vitalícia (<i>Lifetime Health Cover</i>); seguro-saúde privado com desconto para pessoas que adquirem seguro com cobertura hospitalar antes de completarem 31 anos de idade.	Subsídios do Governo na forma de redução do prêmio pago para o fundo de saúde, reembolso do valor pago em um escritório do <i>Medicare</i> Australiano ou reembolso na restituição do imposto de renda anual. Plano Privado de Cobertura Vitalícia (<i>Lifetime Health Cover</i>); seguro-saúde privado com desconto para pessoas que adquirem seguro com cobertura hospitalar antes de completarem 31 anos de idade.	Não. O governo australiano implementou os <i>Community Aged Care Packages (CACPs)</i> , <i>Home and Community Care Program (HACC)</i> , <i>Extended Aged Care at Home (EACH)</i> ; pacotes individuais de cuidados personalizados para pessoas idosas. Incentivo a manutenção dos cuidados no domicílio e na comunidade. Ofertam graus diferenciados de complexidade do cuidado.	Não se aplica. Os Programas de LTC tem financiamento público e se inserem nas Políticas do <i>Medicare</i> Australiano.
Brasil	Sistema Nacional de Saúde	Impostos – sistema público; Seguro-saúde privado – contribuição das empresas e dos indivíduos; Gasto Direto – medicina liberal.	Duplicado	100,0%	24,0%	Não	Não se aplica	Não	Não se aplica
Canadá	Seguro Social	Seguro Social	Suplementar	100,0%	65,0%	Não	Não se aplica	Sim. <i>Long-Term Care Insurance (LTCI)</i> . Os <i>LTCI</i> são suplementares ao seguro público de LTC, com 3 tipos de apólices: reembolso, indenização e renda.	Financiamento privado (indivíduos e empresas).

Quadro II – Síntese do estudo sobre as experiências de financiamento da saúde do idoso

País	Tipo de Sistema de Saúde ¹	Fontes de Financiamento do Sistema ¹	Tipo de Seguro Saúde Privado Voluntário ¹	% da População Coberta ¹		Plano ou Seguro-Saúde Específico para Idosos		Plano ou seguro para <i>Long-Term Care - LTC</i>		(conclusão)
				Público/Obrigatório	Seguro Privado Voluntário (VPHI)	Sim/Não e Qual	Tipo de Financiamento	Sim/Não e Qual	Tipo de Financiamento	
Espanha	Sistema Nacional de Saúde	Impostos	Duplicado, Suplementar	100,0%	13%	Não	Não se aplica	Não	Não se aplica	Não se aplica
Estados Unidos	Sistema de Saúde Privado	Sistema de Saúde Privado. Impostos para o <i>Medicare</i> , <i>Medicaid</i> e Programa Estadual de seguro-saúde infantil (<i>SCHIP</i>).	Primário (Principal), Suplementar e Complementar	24,7% (Inclui <i>Medicare</i> , <i>Medicaid</i> e <i>SCHIP</i>)	71,9%	Sim. <i>Medicare</i> .	Contribuições obrigatórias tripartites (empregados, empregadores e governos) e outro de contribuições voluntárias do segurado, quando este procura cobertura maior de serviços.	Sim. <i>Long-Term Care Insurance (LTCI)</i> .	Seguros Privados de Saúde comercializados pelas <i>HMOs</i> e <i>PPOs</i> . Dentre as modalidades de financiamento estão as: <i>Flexible spending accounts (FSAs)</i> ; <i>Health saving accounts (HSAs)</i> ; <i>Health reimbursement arrangements (HRAs)</i> ; <i>High-Deductible Health Plan (HDHP)</i> .	
França	Seguro Social	Seguro Social	Complementar e Suplementar	99,9%	86% (92% incluindo a <i>Coverture Maladie Universel - CMU</i>)	Não	Não se aplica	Não.	Não se aplica.	Não se aplica.
Inglaterra	Sistema Nacional de Saúde	Impostos	Duplicado e Suplementar	100,0%	10,0%	Não	Não se aplica	Sim. Plano de cuidados imediatos; plano de cuidados futuros; plano de cuidados pré-financiado e plano de pagamento em dinheiro.	Sim. As operadoras oferecem planos suplementares ao sistema de <i>LTC</i> .	

Fonte: Estudo "Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados", Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2010.

(1): classificação da OECD

Bibliografia

- Andrews D. Assessing alternative financing methods for the Canadian health care system in view of population aging. SEDAP Research Paper No. 224. McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá. 2007.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005. Dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. 2005a
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 10, de 23 de Março de 2005. Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN n.º 94 de 23 de março de 2005. 2005b.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e planos privados de saúde: composição etária dos beneficiários e sua relação com despesas assistenciais. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos, março de 2010. 2010
- Buchmueller TC & Couffinal A. Private Health Insurance in France. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2004.
- Canadian Medical Association. Health care transformation in Canada – change that works, care that lasts. 2010.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997; 31 (2): 184-200.
- Comas-Herrera A, Pickard L, Wittenberg R, Malley J, King D. The English long-term care system. ANCIEN project report. Discussion Paper nº2685. Personal Social Services Research Unit. LSE Health and Social Care. April 2010.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006. SUS: avanços e desafios. Brasília: 2006.
- Costa-Font J & García-González A. Long-Term Care Reform in Spain. Health Policy Developments. Eurohealth. 2007; 13(1): 20-22.
- Costa-Font J & Rovira-Forns J. Willingness to Pay for Long-Term Care Coverage: The role of Private Information and Self-Insurance. Washington (DC): World Bank, 2010.
- Courbage C. Association de Genève. La Couverture du Risque de Dépendance. Disponível em: <http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/>.
- Employee Benefit Research Institute. Savings Needed to Fund Health Insurance and Health Care Expenses in Retirement. EBRI Issue Brief 295. Washington, DC. 2006.
- European Commission & the Economic Policy Committee (AWG). The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060). Brussels: European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. 2008.
- Greg McIntosh. Parliament of Australia. Research Paper nº4 -1998-99. The 'Boomer Bulge': Ageing Policies for the 21st Century. Social Policy Group. 1998. Disponível em: <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/1998-99/99rp04.htm>.
- Gutiérrez MF et al. The Spanish *Long-Term Care* System. Contribution to Wp1 of The Ancien Project. Economic Policy. ENEPRI Research Reports nº 88.. 2010
- Harker R. Projections of *Long-Term Care* expenditure. Standard Note – SN/SG/3126. House of Commons Library. February 2008.
- Health Canada. Canada's Aging Population. A report prepared by Health Canada in collaboration with the Interdepartmental Committee on Aging and Seniors Issues. Canada: Minister of Public Works and Government Services. 2002.
- Health Canada. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-eng.php>
- Hilless M & Healy J. Health Care Systems in Transition: Australia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2001.
- Humphries R, Forder J, Fernández J. Securing good care for more people – options for reform. London: The King's Fund. 2010.
- Joël M-E, Dufour-Kippelen S, Duchêne C, Marmier M. European Network Of Economic Policy. Research Institutes. Ancien Assessing Needs Of Care In European Nations. Long-Term Care In France. Contribution To The Ancien Project. Research Report No. 77. University Paris. 2010.

- Karlsson M, Mayhew L, Plumb R, Rickayzen B. An international comparison of long-term care arrangements. 2004.
- Kinsella K, Velkoff VA. An Aging World: 2001. U.S. Department of Health and Human Services. 2001.
- Knieps F. How Germany is reining in health care costs: An interview with Franz Knieps. McKinsey Quarterly Business Journal. 2010.
- Lafortune G, Balestat G & the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers nº 26. 2007.
- Long-Term Care Planning in Canada Inc. *Long-Term Care* insurance in Canada. Disponível em: http://www.longtermcarecanada.com/articles_ltc_insurance.html.
- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2008;42(4):733-40.
- Malley J, Wittenberg R, Comas-Herrera A, King D, Pickard A. Long-term care expenditure for older people, projections to 2022 for Great Britain. PSSRU Discussion paper 2252. Personal Social Services Research Unit. LSE Health and Social Care. September 2005.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponível em: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
- OCDE. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Health And Long-Term Care Expenditures: What Are The Main Drivers? Economics Department Working Papers no. 477. 2006.
- OCDE. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Lafortune G, Balestat G e membros do grupo "Disability Study Expert Group". Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health Working Papers nº26. 2007.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Milbank Memorial Fund. Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing. Ageing and Health Programme. World Health Organization. 2000. Disponível em: <http://www.milbank.org/000712oms.pdf>.
- ONU. Organização das Nações Unidas. World population prospects: The 2008 revision. Vol. II Sex and age distribution of the world population. New York. 2009a. Disponível em: http://esa.un.org/unpd/wpp2008/publications/vol_2/16%20March%202010_FINAL_FINAL%202008WPP%20VOL_II%20_FULL%20DOCUMENT_PRESS%20QUALITY.pdf.
- ONU. Organização das Nações Unidas. World population prospects: The 2008 revision. Population Database. 2009b. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>;
- Paes-Souza, 2002. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(5):1411-1421.
- PAHO. Pan American Health Organization. Health Situation Analysis in the Americas - 1999-2000. Epidemiological Bulletin. 2000; 21(4):1-3.
- PAHO. Pan American Health Organization. Demographic and Mortality Trends in the Region of the Americas - 1980-2000. Epidemiological Bulletin. 2002; 23(3): 1-4.
- Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers nº 50. 2010.
- Parliament of Australia. Global Ageing: Economic Implications for Australia. Department of Parliamentary Services. Parliamentary Library. Information, analysis and advice for the Parliament. Research Note nº10. 2005.
- Pasinato MTM & Kornis GEM. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Texto para Discussão nº1371. Série Seguridade Social. Ipea, 2009.
- Pasinato MTM. Envelhecimento, Ciclo de Vida e Mudanças Socioeconômicas: Novos Desafios Para os Sistemas de Seguridade Social. Tese de Doutorado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. 2009.
- Polton D. Recent Reforms affecting private health insurance in France. Euro Observer: Newsletter of the European observatory on Health Systems and Police. 2004; 6(1):4-5.
- Private Healthcare UK – helping you make the right choice. Health insurance centre. Disponível em: <http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/long-term-care-plans/>.
- Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.
- Silva AVRS, Aredes A, Zanatta CL, Helena PC. Sistema de Saúde dos Estados Unidos da América. Monografia do Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde. São Paulo: CEAHS, Fundação Getúlio Vargas. 2009.

Special Senate Committee on Aging. Canada's aging population: seizing the opportunity. Final Report. 2009.

Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saude soc. [online]. 2007;16(1):7-17.

The Council on Aging of Ottawa. *Long-Term Care* insurance in Canada: what is it and do I need it? Ottawa, Ontario. 2008.

The Henry J. Kaiser Family Foundation. Medicare Spending and Financing. Washington, D.C. 2007.

Turra CM. Intergenerational Accounting and Economic Consequences of Aging in Brazil. In: Annual Meeting of the Population Association of America, 2001, Washington, DC.

U.S. Department of Health & Human Services. America's Seniors and Health Insurance Reform: Protecting Coverage and Strengthening Medicare. Disponível em: <http://www.healthcare.gov/>

U.S. Department of State. Why Population Aging Matters: a Global Perspective. National Institute on Aging, National Institutes of Health, 2007.

UK Department of Health. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. 2010.

Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. Rev Saude Pública. 1991; 25(6): 476-488.

WHO. Department of Health System Financing. Financing long-term care programmes in health systems With a situation assessment in selected high, middle and low-income countries. Discussion Paper nº 6. World Health Organization: Geneva. 2007.

Anexo:

Tipologia de seguros-saúde privados voluntários (VHI)

A tipologia de seguros-saúde privados voluntários adotada no presente estudo é a utilizada pela OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) a partir do documento elaborado por Colombo e Tapay (2004). Os tipos identificados são os seguintes:

- Duplicado: ocorre sempre que os mesmos serviços são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, quando o seguro privado desempenha o papel de duplicar a cobertura do sistema público.
- Complementar: ocorre quando os serviços cobertos pelo sistema público são parcialmente financiados pelo sistema público e parcialmente financiados de forma privada, ou seja, realiza-se copagamento privado a serviços ofertados pelo sistema público. O usuário pode contratar o seguro privado para cobrir eventuais gastos com esse co-pagamento e nesse caso o seguro privado desempenha o papel de complementar o sistema público.
- Suplementar: ocorre nos casos em que os elementos de sofisticação, como hotelaria, requintes de luxo, escolha de medicamento não genérico, que são comodidades de serviços, comumente chamadas "*top-up*", são contratadas pelo seguro privado porque o sistema público não as oferece. Observado em países com seguro social, como Holanda, Alemanha, Áustria, Israel, Suíça, Bélgica, França, sendo que para copagamento somente nos dois últimos.
- Primário: ocorre nos casos em que é o seguro privado, e não o sistema público, que disponibiliza acesso aos principais serviços de saúde. Pode ser de dois subtipos:
 - Principal: quando não há opção de sistema público para a maior parte dos indivíduos, sendo o privado a principal possibilidade, como nos EUA.
 - Substituto: quando há possibilidade de seguro social ou do sistema público, porém o indivíduo opta pelo seguro privado como exclusão à possibilidade à participação do sistema público.

NÚCLEOS DA ANS

BAHIA

CEARÁ

DISTRITO FEDERAL

MATO GROSSO

MINAS GERAIS

PARÁ

PARANÁ

PERNAMBUCO

RIBEIRÃO PRETO

RIO DE JANEIRO

RIO GRANDE DO SUL

SÃO PAULO



Ministério
da Saúde



Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656