

CONTA POUPANÇA DE SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE E REDUÇÃO DE CUSTOS NA ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

Hermann Moraes Mirindiba¹

Izabel Maria Laeber²

Resumo: Este artigo tem como objetivo avaliar a viabilidade de implementação da conta poupança de saúde (CPS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Nossa análise aponta que, caso sejam tomados as devidas precauções, a CPS tem potencial para diminuir consideravelmente o gasto governamental com saúde, aumentando assim, a eficiência na alocação de recursos no âmbito do Orçamento da Seguridade Social. Entretanto, para que isso ocorra é necessário alterar o modelo de gestão atual do SUS, que centraliza tanto o financiamento quanto à execução direta dos serviços de saúde nos agentes estatais.

Palavras-chave: saúde; SUS; eficiência; seguridade social.

HEALTH SAVINGS ACCOUNT: A PROPOSITION FOR QUALITY IMPROVEMENT AND COST REDUCTION ON HEALTHCARE

Abstract: *This article aims to evaluate the establishment of health savings account (HSA) into the Unified Health System (SUS). Our analysis indicates that, if precautionary measures are taken, HSA has the potential to reduce government spending on health care considerably, thus reaching higher efficiency in resource allocation at the Social Security Budget. However, in order to make this happen the current centralized government management model must be replaced.*

Keywords: *health; SUS; efficiency; social security.*

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 assegurou o direito universal à saúde, em contraposição ao modelo até então vigente, que caracterizava a saúde como um benefício trabalhista. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a materialização das propostas apresentadas na Declaração de Alma-Ata e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que visavam universalizar o acesso aos serviços de saúde tendo como foco a atenção primária. Embora a universalização da saúde constitua uma política pública extremamente oportuna e desejável, o modelo de gestão do sistema é ineficiente e ineficaz, pois centraliza tanto o financiamento quanto à prestação direta dos serviços na figura do Estado. Próximo de completar três décadas desde sua implantação, através da Lei Nº 8.080/1990, o modelo

1 Aluno do curso de pós-graduação em administração pública do Ifes Colatina. Pesquisador.

2 Coordenadora do curso de pós-graduação em administração pública do Ifes Colatina. Orientador.

atual do SUS ainda apresenta recorrentes problemas de operacionalização da assistência médica e hospitalar, como a superlotação de hospitais públicos, falta de leitos, insumos e profissionais, incapacidade gerencial, bem como o aumento do tempo de espera para realização de consultas, exames e procedimentos (Medici, 1992; Arretche, 2003; Silva, 2011). Além disso, são recorrentes os desvios de recursos públicos frutos da corrupção em todas as esferas estatais. Soma-se a estes problemas a questão do financiamento do sistema com o aumento substancial dos custos a cada ano. Segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o gasto total com saúde dos entes federativos teve um crescimento de 341,58%³ no período 2003-2016 (Brasil, 2017). Este crescimento gera preocupações sobre o equilíbrio fiscal do país, pois está acima de outros indicadores, como inflação, crescimento populacional e arrecadação tributária⁴ (Brasil, 2017). A função “Saúde” é o terceiro maior gasto do orçamento federal, atrás de “Encargos Especiais” e “Previdência Social” (Brasil, 2017).

Em paralelo ao SUS, o país fomenta uma política de saúde suplementar, direcionada sobretudo àqueles que ganham acima de R\$ 2.380 por mês (equivalente a R\$ 28.559,70 por ano). Em razão da obrigatoriedade de apresentar declaração de imposto de renda, estas pessoas podem deduzir sem limites da base de cálculo do referido imposto todos os gastos com despesas médicas aplicáveis pela legislação, incluindo planos de saúde e desembolsos para pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde (Brasil, 2017).

Embora a população brasileira valorize a aquisição de planos de saúde, apenas 24,5% dos brasileiros possuem planos de assistência médica, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Estudos realizados nos Estados Unidos associam um risco de morte aumentado à ausência de cobertura com planos de saúde (Franks, 1993; Wilper, 2009). De acordo com a Receita Federal do Brasil (RFB), o pagamento de despesas médicas dos contribuintes do IRPF foi de R\$ 68,8 bilhões no ano calendário 2014, dos quais R\$ 56,6 bilhões foram deduzidos da base de cálculo do referido imposto. Em termos de renúncia fiscal, as deduções de despesas médicas naquele ano foram de R\$ 10,6 bilhões (Brasil, 2017).

Enquanto isso, estima-se que o gasto público com assistência médica e hospitalar⁵, do qual dependem exclusivamente os 75,5% restantes da população, foi de R\$ 165,6 bilhões no mesmo

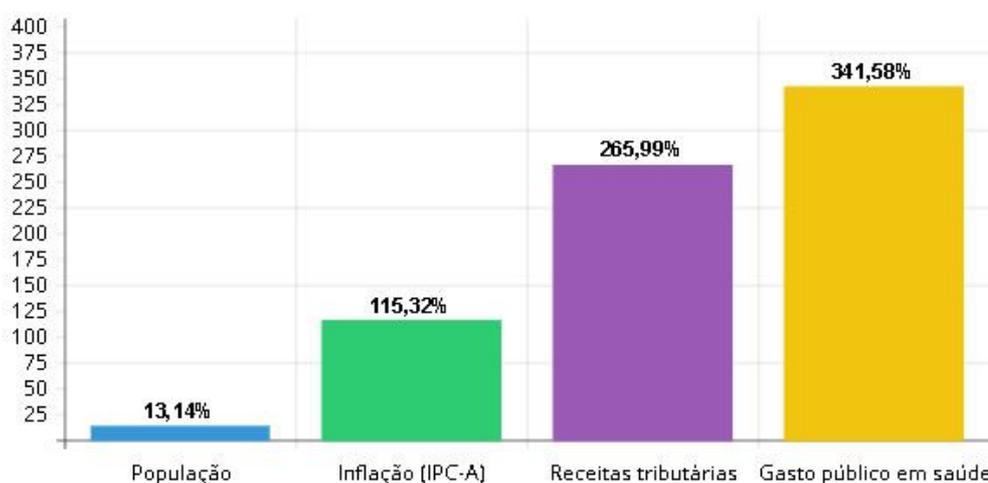
3 Referente à despesa total executada com saúde pela União, e despesas com recursos próprios em saúde informada pelos estados e municípios.

4 A arrecadação tributária segue a metodologia da Secretaria da Receita Federal do Brasil, que consolida a arrecadação dos tributos federais, estaduais e municipais. Para o ano de 2016, consideramos a estimativa de arrecadação divulgada na Nota Técnica nº 07/2017/CESEF/STN, de 31 de março de 2017.

5 Inclui as subfunções “Atenção Básica”, “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” e “Suporte Profilático e Terapêutico”.

período⁶. A disparidade na qualidade dos serviços oferecidos em ambos os sistemas é claramente percebida e tem gerado uma insatisfação crescente entre os usuários do SUS. Uma pesquisa de opinião do Instituto Datafolha realizada com 3.320 pessoas em oito regiões metropolitanas (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus) revelou que ter um plano de saúde é o terceiro principal item de desejo para aqueles que dependem exclusivamente do SUS, atrás da casa própria e educação. Na mesma pesquisa, quase a totalidade dos entrevistados (96%) “concordam totalmente ou em parte” que “quem conta com plano de saúde tem mais segurança, no caso de doença ou acidente” (IESS, 2013).

Figura 1 – Crescimento no período 2003-2016 (em %)



Fontes: IBGE/BC/RFB/STN/SIOPS – elaborado pelo autor

2 UM PANORAMA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A saúde é um dos três componentes da seguridade social, na qual estão incluídas a previdência social e a assistência social. No Brasil, o regime de seguridade social é custeado por meio da tributação de toda a coletividade, e conta com orçamento exclusivo. Este modelo possui vulnerabilidades que prejudicam a eficiência na alocação de recursos, como a facilitação de fraudes e a tendência ao desequilíbrio financeiro e atuarial, o que demanda constantes ajustes em suas regras ao longo do tempo (Oliveira, 1992). Reformas paramétricas, como a que está em discussão no governo, trazem certo alívio fiscal, mas não são suficientes em termos de eficiência e sustentabilidade.

⁶ A base de dados do SIOPS em relação a estados e municípios não desmembra os recursos próprios e transferências na contabilização da despesa com as três subfunções.

Não obstante todos esses problemas, o SUS permanece sendo financiado exclusivamente com recursos dos orçamentos de cada ente federativo, ao que tudo indica por decisão meramente política, em aparente descumprimento do art. 2º, da Lei nº 8.080/1990, especialmente em seu parágrafo 2º, *in verbis*:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

Essa objeção política tem suas raízes em uma clara distorção do conceito de saúde e sua classificação em termos econômicos. Atualmente, há consenso de que a saúde é um complexo biopsicosocial, isto é, tem influência de diversos fatores determinantes e condicionantes, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, entre outros (Asensi, 2015). Tal conceito está claramente evidenciado pelo legislador ao destacar a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade na promoção da saúde, em parceria com o Estado. Visando a eficiência e efetividade das políticas públicas, é indispensável que essa repartição de responsabilidades se submeta ao cálculo econômico sistematizado na chamada economia da saúde. Segundo Pereira (1995), a saúde comporta três classificações econômicas de bem, conforme os elementos abordados.

Os **bens privados** se caracterizam pela rivalidade (o uso de um bem ou serviço reduz a quantidade do mesmo para o restante dos usuários) e exclusividade (o uso de um bem ou serviço impede o acesso do mesmo a outros usuários). Em saúde, este é o caso do atendimento médico e hospitalar, no qual a utilização de um leito hospitalar por um paciente, ao mesmo tempo impossibilita o acesso concomitante àquele bem e reduz as vagas disponíveis a outros pacientes. A mesma classificação se aplica a consultas médicas, exames e medicamentos.

No polo oposto, estão os **bens públicos**, caracterizados pela não-rivalidade (o consumo de determinada pessoa não reduz a quantidade disponível do bem para os restantes membros da sociedade) e não-exclusividade (impossibilidade de excluir do consumo um indivíduo em particular). Como exemplo de bens públicos na área da saúde, temos o conjunto de ações atribuídos às vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Por fim, Pereira (1995) classifica os bens de consumo individual que têm capacidade de gerar externalidades positivas como **bens de mérito** ou **bens sociais**. A vacinação e o acesso universal ao

sistema de saúde são exemplos desse tipo de bens. Podemos incluir nesta categoria as campanhas de prevenção de doenças e de incentivo à saúde.

Em relação aos bens públicos e sociais no setor de saúde, constata-se, respectivamente, a impossibilidade e inconveniência da iniciativa privada em oferecer tais bens. É altamente improvável que alguma empresa demonstre interesse em procurar focos de mosquitos *Aedes aegypti* nos domicílios e pulverizar com inseticida as ruas de uma cidade. E mesmo que houvesse interesse, como a mesma seria remunerada? Por residência ou por mosquito eliminado? E se os moradores recusassem o serviço? Provavelmente, este empreendimento iria à falência no curto prazo e a população continuaria exposta a epidemias.

No âmbito da Administração Pública, as contratações de pessoal, insumos e prestadores de serviços devem seguir regras burocráticas, como concursos públicos e licitações. Além da ineficiência decorrente da burocracia, estas contratações são vulneráveis a graves problemas, incluindo fraudes e desvios por todo o país (Brasil, 2016).

Dessa forma, é preciso reconhecer que para uma alocação eficiente de recursos, cabe à iniciativa privada a responsabilidade de oferecer os bens privados de saúde, enquanto os entes federativos fornecem bens públicos e bens sociais. Logo, é preciso adotar uma nova forma de remuneração da iniciativa privada pelos serviços médicos e hospitalares, que garanta a equidade, integralidade e liberdade de escolha do paciente.

3 REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Praticamente todos os países do mundo implementaram ou vêm discutindo reformas que visam a redução dos custos com seus sistemas de saúde, principalmente aqueles que oferecem acesso universal à assistência médica e hospitalar (Lassey, 1997). Geralmente, as propostas convergem para a coparticipação dos usuários no pagamento de despesas com saúde, estímulo à concorrência, separação dos papéis de financiador e prestador, entre outros aspectos (Lassey, 1997). No Brasil, a análise do custo-efetividade é cada vez mais utilizada para avaliar economicamente novas tecnologias ou intervenções (Moraz, 2015). Porém, o mesmo não ocorre na avaliação e tomada de decisão com relação às políticas públicas de saúde. Dentre as alternativas propostas, a conta poupança de saúde (CPS) tem apresentado resultados consistentes em relação à redução de custos. Segundo Goodman (1992), a CPS deveria ser estimulada como forma de evitar as iniquidades que elevam os custos de saúde em sistemas de terceiro pagador, como é o caso do SUS. De acordo com o autor, essas iniquidades incluem o risco moral (em inglês, *moral hazard*), fenômeno que ocorre

quando um consumidor se dispõe a utilizar mais recursos quando estes não são pagos diretamente por ele. De fato, o estudo *RAND Health Insurance Experiment* (HIE) concluiu que a probabilidade de utilizar os serviços de saúde é maior quando não há mecanismos de contenção, como coparticipação e franquia (Aron-Dine, 2013).

4 CONTA POUPANÇA DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

A CPS é uma estratégia proveniente da chamada saúde voltada para o paciente. De acordo com Herzlinger (2011), “a saúde voltada para o paciente coloca o poder nas mãos dos indivíduos e permite que eles exerçam sua força quando se trata das ofertas de médicos, hospitais, seguradoras e empresas farmacêuticas”. A CPS foi implementada sistematicamente em quatro países do mundo. Em Cingapura e China ela é compulsória e recebe o nome de *Medical Savings Account* (MSA). Na África do Sul e nos Estados Unidos ela é voluntária e recebe os nomes *Medical Savings Account* e *Health Savings Account* (HSA), respectivamente.

4.1 Cingapura

Cingapura é uma cidade-estado da Ásia com uma população estimada de 5,7 milhões de habitantes (CIA, 2017). Após se tornar independente da Grã-Bretanha em 1965, resolveu reformar o sistema de saúde público financiado por impostos que foi herdado da antiga metrópole.

Ciente dos problemas de sustentabilidade do modelo de bem-estar social adotado pelas nações desenvolvidas, Cingapura preferiu seguir o princípio da “responsabilidade compartilhada” ao criar um sistema de saúde em parceria com a iniciativa privada. Nesse regime, os empregados e empregadores contribuem de forma individualizada para o pagamento de despesas com saúde, e o governo garante uma remuneração anual sobre estes depósitos, além de subsidiar certas despesas médicas. Surgiu, assim, em 1984, a *Medisave* – a primeira conta poupança de despesas médicas do mundo (Lim, 2004).

A *Medisave* é uma das três contas que compõem o *Central Provident Fund* (CPF), sistema público de seguridade social sob regime de capitalização. As outras duas são a *Ordinary Account* (direcionada para moradia, seguro, investimento e educação) e a *Special Account* (exclusiva para investimentos e aposentadoria). Ao completar 55 anos de idade, uma quarta conta, a *Retirement Account*, é criada automaticamente. Empregados e empregadores são obrigados a contribuir para as contas do CPF (tabela 1) e o montante aplicado nas contas é remunerado com juros que vão de 2,5 a

5% a.a. Trabalhadores autônomos e empresários com renda líquida anual acima de \$6.000 são obrigados a contribuir apenas para a conta *Medisave* em alíquotas que variam de 4% a 5,76%. O saque é permitido nas seguintes situações: 1) aniversário de 55 anos de idade; 2) morte do titular; 3) razões médicas; 4) saída definitiva do país; e 5) malaios que residem na Malásia Ocidental.

Tabela 1 – Alíquotas de contribuição para o CPF (salários acima de \$ 750)

Idade	Empregador (% do salário)	Empregado (% do salário)	Total (% do salário)
Até 55	17%	20%	37%
55 a 60	13%	13%	26%
60 a 65	9%	7,5%	16,5%
Acima de 65	7,5%	5%	12,5%

Fonte: Central Provident Fund Board

Ao longo dos anos, o sistema de saúde de Cingapura foi evoluindo para oferecer múltiplas camadas de proteção. Além da conta poupança *Medisave*, o governo oferece programas complementares, como o *Medishield Life* – um plano de saúde subsidiado cujas mensalidades podem ser pagas com dinheiro da conta *Medisave*; e o *Medifund* – um fundo de dotação público para auxiliar os mais necessitados em caso de insuficiência dos subsídios e esgotamento do saldo de suas contas poupança *Medisave*. Esta rede de proteção, conhecida como 3M, é a essência do sistema de saúde cingapuriano.

Além da rede de proteção 3M, o governo oferece também o *ElderShield* – um seguro para pessoas com deficiência grave que necessitam cuidado de longo prazo, em especial os idosos, e programas de saúde bucal (*The Community Health Assist Scheme*) e de assistência pré-natal (*Medisave Maternity Package*). Segundo Lim (2004), periodicamente o governo complementa esses programas a partir de superávits orçamentários de modo a beneficiar os mais idosos e carentes. Todo o sistema de saúde se fundamenta no princípio da eficiência alocativa e da equidade, desde as alíquotas progressivas de contribuição até os subsídios pagos nas internações hospitalares, que variam de acordo com o tipo de acomodação (tabela 2).

Esse sistema inovador proporcionou que o país alcançasse elevados níveis de saúde e desenvolvimento humano, a um custo extremamente baixo. O país tem uma expectativa de vida ao nascer de 83,2 anos e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,925, o 5º mais elevado do mundo. Em 2014, o gasto total de despesas com saúde foi de 5% do Produto Interno Bruto, sendo apenas 2,1% de fontes governamentais e o restante da iniciativa privada (OMS, 2017).

Ademais, o governo do país asiático gasta expressivamente menos que outros países desenvolvidos e, ao mesmo tempo, apresenta melhores indicadores de saúde, comprovando uma alta eficiência na alocação de recursos do sistema de saúde daquele país.

Tabela 2 – Política de subsídios a internações de Cingapura

CLASSE	SUBSÍDIO (%)	UNIDADES DE INTERNAÇÃO
A	0	Um ou dois leitos, ar condicionado, banheiro privativo, TV, telefone, escolha de médico
B1	20	Quatro leitos, ar condicionado, banheiro privativo, TV, telefone, escolha de médico
B2+	50	Cinco leitos, ar condicionado, banheiro privativo
B2	65	Seis leitos, sem ar condicionado
C	80	Mais de seis leitos, enfermaria coletiva

Fonte: LIM (2004)

4.2 China

Com mais de 1,3 bilhões de habitantes, a China é o país mais populoso do mundo (CIA, 2017). Cerca de 44% da população ainda vive na área rural. A medicina tradicional chinesa (acupuntura, massagens) é amplamente praticada, frequentemente em conjunto com a medicina moderna. Um desafio atual é superar as disparidades de qualidade e acesso à saúde entre regiões urbanas e rurais. Após a morte de Mao Tsé-Tung, em 1976, a China iniciou um período de reformas e modernização liderado por Deng Xiaoping e marcado pela transição de uma economia planificada para uma economia de mercado. Nesse contexto, o sistema de saúde centralizado e operado pelo Estado foi gradualmente cedendo espaço à iniciativa privada. Com a obrigação de passar por exames de suficiência, muitos dos chamados “médicos de pés descalços” foram reprovados e acabaram abandonando a profissão (Lassey, 1997). O atendimento médico e hospitalar foi separado da saúde pública e passou a ser privatizado e descentralizado ao nível local. Até então, metade da população urbana contava com basicamente dois importantes seguros de saúde: o *Government Insurance Scheme* (GIS) e o *Labor Insurance Scheme* (LIS). Como os nomes sugerem, o GIS era financiado com recursos públicos e oferecia cobertura a funcionários públicos, aposentados, militares com invalidez, além de professores e alunos universitários, enquanto o LIS atendia empregados e aposentados das empresas estatais com mais de 100 empregados, bem como seus dependentes através de reembolso total das despesas médicas. Em ambos os programas, os custos com assistência à saúde cresciam em termos reais acima do PIB e representavam um gasto cada vez

maior do orçamento público. A participação do GIS no orçamento da saúde passou de 14% em 1978 para 30% em 1993 (Yip, 1997).

Para conter os custos crescentes com saúde da população urbana, foram implementadas em 1994 duas experiências nas cidades de Zhenjiang e Jiujiang que tinham como fundamentos a conta poupança de despesas médicas remunerada a juros baixos (MSA), o uso de franquia e o gerenciamento de risco social. Uma diferença dessas experiências em relação aos seguros GIS/LIS, é que o reembolso dos gastos de saúde com dependentes estava limitado a 50%. As alíquotas de contribuição do empregado e do empregador eram, respectivamente, 1% e 10% do salário anual. Desse montante, 6% era depositado na conta poupança individual de cada trabalhador para o pagamento de despesas médicas, e 5% era aplicado em um fundo com a finalidade de proteger os segurados de despesas catastróficas. O primeiro nível era a conta poupança, usada exclusivamente para pagar as despesas de saúde. Quando o segurado utilizava todo dinheiro de sua conta poupança era obrigado a pagar uma franquia correspondente a 5% do salário anual (segundo nível). As despesas com saúde que ultrapassassem o saldo da conta poupança mais 5% do seu salário eram consideradas despesas catastróficas, pagas por intermédio do fundo de risco social (terceiro nível). Essa estratégia de três níveis, atrelada à remuneração dos prestadores por valores fixos e em conjunto com a elaboração de uma Lista de Medicamentos Essenciais, resultou na redução de 24,6% no gasto total com saúde já no primeiro ano em Zhenjiang (Yip, 1997). Em duas cidades vizinhas que mantiveram os seguros GIS/LIS, o gasto total com saúde aumentou de 35% a 40% no mesmo período. Foi constatada que tal redução não se deu em razão de alterações na taxa de utilização dos serviços médicos ou tempo de internação, mas sim, pelo uso reduzido de fármacos e serviços diagnósticos caros (tabela 3).

Tabela 3 – Taxa de Utilização de Procedimentos (Por 1.000 beneficiários)

Procedimento	1994	1995
Tomografia computadorizada	14,2	13
Ressonância magnética	0,8	0,6
Doppler colorido	12,2	5,2
Radiografia	158,0	77,2
Ultrassom	120,4	72,3

Fonte: YIP (1997)

Essa experiência preliminar revelou que, ao final do primeiro ano, 35% dos depósitos nas conta individuais não foram gastos, porém o fundo para despesas catastróficas teve um déficit de 4% no

mesmo período (Yip, 1997). Isso pode ser explicado pela heterogeneidade dos segurados, em que indivíduos saudáveis (baixo risco) tendem a poupar, enquanto portadores de doenças crônicas e idosos (alto risco) estão mais suscetíveis a dispendir recursos com despesas médicas. No entanto, de acordo com Yip (1997), à medida que mais depósitos se acumularem nas contas individuais, menor será a pressão financeira sobre o fundo para despesas catastróficas.

Em 1998 o governo chinês tornou obrigatória a MSA para todos os trabalhadores urbanos, e em 2003 instituiu um programa de financiamento voluntário para a população rural que combina a utilização de MSA e seguro catastrófico com franquias elevadas (Wouters, 2016). Com isso, o governo chinês reduziu significativamente os subsídios com saúde. Em 2014, o gasto do governo chinês com saúde representava 3,1% do PIB. Já o desembolso dos usuários para custear despesas médicas correspondia a 32% do gasto total com saúde (OMS, 2017).

4.3 Estados Unidos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os Estados Unidos é um dos países que mais gastam com saúde no mundo. Em 2014, o gasto total com saúde *per capita* foi de US\$ 9.403, o terceiro maior do mundo, logo atrás de Suíça (US\$ 9.674) e Noruega (US\$ 9.522). Proporcionalmente, o país está no topo: o total de gastos com saúde representa 17% do Produto Interno Bruto (PIB) estadunidense (OMS, 2017). Apesar do gasto expressivo, o país apresenta os piores indicadores de saúde dentre os países desenvolvidos. Esse desempenho, somado a um sistema de saúde extremamente complexo e pulverizado, fomenta o debate sobre a reforma do sistema há pelo menos um século, com o advento do estado de bem-estar social. De fato, os Estados Unidos é um dos poucos países desenvolvidos que não possui um sistema de saúde universal. O governo oferece assistência médica e hospitalar, principalmente, através de dois programas: *Medicare*, direcionado a idosos e portadores de doença renal grave; e *Medicaid*, voltado para pessoas de baixa renda e deficientes físicos.

Na tentativa de reduzir os custos com saúde, diversas operadoras passaram a oferecer planos de saúde de franquia alta (HDHP, sigla em inglês para *high-deductible health plan*). Um HDHP se caracteriza pelo pagamento de mensalidades menores e dispêndios maiores ao utilizar procedimentos, enquanto os planos de saúde tradicionais cobram mensalidades maiores, porém exigem dispêndios menores para utilização dos procedimentos. Os planos de franquia alta se tornaram populares a partir de 2003, com a promulgação da Lei de Modernização do *Medicare*, que autorizava a portabilidade de contas poupança de saúde (HSA) em conjunto com esse tipo de plano

(Waters, 2011). De acordo com o *Employee Benefit Research Institute*, cerca de 20 a 22 milhões de usuários possuem planos de saúde conjugados com HSA (Ebri, 2016).

4.4 África do Sul

O sistema de saúde do país se divide em dois setores: público e privado. A adesão a planos de saúde na África do Sul não é obrigatória. Segundo Matisonn (2000), apenas 20% da população tem plano de saúde privado. Mesmo assim, 51% dos planos de saúde comercializados no país são planos na modalidade MSA, instituídos a partir da desregulamentação do setor de saúde em 1994.

O restante da população (80%) depende exclusivamente do sistema de saúde público, no qual é cobrado uma taxa equivalente a US\$ 3 por consulta médica⁷. O atendimento hospitalar não é cobrado. O problema da Aids é um fator que pressiona significativamente o orçamento público da saúde. Em 1998, 22,8% das gestantes eram portadoras do vírus HIV (Matisonn, 2000).

Exige-se o pagamento de franquia nos planos MSA sul-africanos apenas em relação a despesas discricionárias de saúde, tais como: consultas médicas e outros serviços ambulatoriais. Assim, não há cobrança de franquia para despesas não-discricionárias, como: cirurgia cardiovascular, internações hospitalares e medicamentos para doenças crônicas. Não há um percentual obrigatório para a contribuição dos empregados e empregadores para as contas poupança. A contribuição individual média anual equivale a US\$ 685. Tal valor representa cerca de 62% da franquia anual, que equivale a US\$ 1.100 (Matisonn, 2000). Tanto as contribuições dos empregados quanto dos empregadores têm dedução de 70% nos respectivos impostos devidos.

Algo que diferencia a MSA sul-africana é a possibilidade de contrair empréstimos para pagar despesas com saúde. O cálculo do crédito é feito a partir da contribuição mensal multiplicada por 12. Se, por exemplo, um indivíduo deposita US\$ 50 por mês na sua conta poupança, ele poderá pegar um empréstimo de até US\$ 600 naquele ano para pagar eventuais despesas com saúde. A taxa de juros cobrada pelos bancos costuma ser a mesma usada para remunerar os depósitos, e corresponde ao índice de inflação de preços ao consumidor (Matisonn, 2000).

De acordo com Matisonn (2000), que avaliou os gastos com planos de saúde de 61.760 famílias, a adesão a planos de saúde MSA induz, em média, à redução de 50% nos gastos discricionários com saúde e 30% nos gastos não-discricionários. Convém ressaltar que esta redução é significativa em todas as faixas etárias (tabela 4).

7 A moeda da África do Sul é o Rand, representado pela letra R

Tabela 4 – Gasto anual médio com saúde – África do Sul (1997)

Idade do chefe de família	Despesas discricionárias			Despesas não-discricionárias		
	Famílias não-MSA	Famílias MSA	Redução de gastos com saúde	Famílias não-MSA	Famílias MSA	Redução de gastos com saúde
20-35	R 6.044,00	R 3.368,00	44%	R 2.355,00	R 1.896,00	19,5%
36-50	R 9.178,00	R 4.704,00	48,7%	R 3.339,00	R 2.148,00	35,7%
51-65	R 10.299,00	R 5.294,00	48,6%	R 4.393,00	R 2.969,00	32,4%
Acima de 66	R 13.668,00	R 6.365,00	53,3%	R 8.211,00	R 5.979,00	27,2%

Fonte: Matisonn (2000)

5 METODOLOGIA

Com o propósito de avaliar a eficiência da CPS, optamos por elaborar uma revisão sistemática cujo objetivo é obter respostas às seguintes questões:

- 1) A conta poupança de saúde contribui para redução de custos na assistência médica e hospitalar?
- 2) A implementação da conta poupança de saúde acarreta deterioração na qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários em comparação com os planos de saúde tradicionais?

Em seguida, buscamos estudos relevantes sobre o tema junto ao Portal de Periódicos da Capes/MEC utilizando as chaves de pesquisa “*Medical Savings Account*” e “*Health Savings Account*” na busca avançada por títulos. Foram utilizados três critérios na busca: tipo de material, idioma, e data da publicação, a fim de delimitar os resultados a artigos em inglês publicados entre 1990 e 2016. O levantamento retornou 133 estudos realizados em países que implementaram a CPS. Para seleção dos artigos foram utilizados alguns critérios. Visando diminuir o viés de publicação, selecionamos artigos de periódicos distintos e excluímos os estudos que não apresentavam, pelo menos, 10 referências bibliográficas. Foram incluídos todos os estudos que tenham abordado de forma conclusiva pelo menos uma das duas questões de pesquisa, tanto a partir de experiências públicas quanto privadas. A partir de então, foram encontrados apenas três artigos que atenderam aos critérios. A extração de informações desses estudos leva em consideração os seguintes aspectos: 1) metodologia; 2) número de participantes; e 3) resultados (tabela 5).

Tabela 5 – Artigos selecionados para esta revisão sistemática

Autor	Procedimento de pesquisa	Amostra	País	Questão 1	Questão 2
Frostin e Roebuck (2013)	Documental	21.018	Estados Unidos	Sim	N/A*
Springer (2000)	Bibliográfica	N/A*	Estados Unidos	Sim	Não
Zhang e Yuen (2016)	Documental	114.657	China	Sim	N/A*

Fonte: elaborado pelo autor

* Não abordada no estudo

6 RESULTADOS

O estudo de Frostin e Roebuck (2013) compara as despesas médicas de dois grupos de trabalhadores ao longo de cinco anos. O grupo intervenção era composto de 10.509 empregados e seus dependentes de uma grande empresa do centro-oeste dos Estados Unidos que possuíam planos de saúde de franquia alta com a HSA. Dados de uma segunda empresa da mesma região foram utilizados para criar um grupo controle. Esta empresa oferecia planos de saúde tradicionais a seus trabalhadores na modalidade PPO⁸. Também foram selecionados 10.509 indivíduos de acordo com as características do primeiro grupo em relação a idade, sexo, tempo de trabalho, número de dependentes e índice de comorbidade de Charlson. De acordo com os autores, o grupo HSA apresentou redução significativa do custo total com assistência médica em relação ao grupo controle, e um aumento a partir do segundo ano com internação hospitalar (tabela 6).

Springer (2000) faz uma comparação do custo de três modalidades de planos de saúde para uma família de três membros comercializados na região metropolitana de Filadélfia, EUA (pais com 36 e 39 anos de idade). A MSA (precursora da HSA) possuía o menor prêmio – US\$ 2.000, porém, a franquia era de US\$ 4.500. Em comparação, esses valores eram respectivamente de US\$ 6.500 e US\$ 500 no plano tradicional e de US\$ 6.000 e isento de franquia no *managed care*⁹. Assim, os valores máximos que a família gastaria com saúde na comparação entre MSA, plano tradicional e *managed care* eram de US\$ 6.500, US\$ 7.000 e US\$ 6.000, respectivamente. Considerando que a família depositasse na conta poupança o valor máximo permitido pela legislação da época para isenção de impostos, isto é US\$ 3.375, e a família gastasse US\$ 2.000 com despesas médicas, a economia da família com o plano de franquia alta seria de US\$ 1.375. E caso não tivesse despesas

8 Sigla para *Preferred Provider Organization*. Os planos PPO também possibilitam a escolha de um prestador de saúde fora da rede conveniada, porém o copagamento é maior e alguns serviços não possuem cobertura.

9 Modalidade de plano de saúde na qual há restrições a escolha de profissionais e procedimentos com a finalidade de reduzir custos. Os copagamentos variam muito, chegando a milhares de dólares por ano.

médicas naquele ano, a economia seria de US\$ 3.375 neste caso hipotético. Nenhuma economia seria possível nas outras modalidades (Springer, 2000). Springer (2000, p. 10-11) afirma que a conta poupança para pagamento de despesas médicas consegue contornar as ineficiências causadas pelo sistema de terceiro pagador na assistência médica graças ao processo de decisão mais racional do usuário quando está gastando do seu próprio dinheiro. Finalmente, Springer (2000, p. 15) conclui que a MSA possibilita a contenção de custos, ao mesmo tempo que preserva a qualidade dos serviços médicos.

Tabela 6 – Porcentagem de impacto da HSA sobre custos médicos, relativo a 2006, por ano e tipo de serviço

Medida de Custo (variável dependente)	2007	2008	2009	2010
Total	-25%	-8%	-4%	-6%
Internação hospitalar	-33%	6%	30%	11%
Pronto atendimento	-17%	-8%	8%	5%
Ambulatório hospitalar	-13%	2%	-7%	-12%
Consultas médicas	-14%	1%	4%	5%
Abuso de substâncias e saúde mental	-22%	-12%	2%	0%
Laboratório	-36%	-21%	-20%	-19%
Farmácia	-32%	-26%	-26%	-20%

Fonte: Frostin e Roebuck (2013) – tradução livre

Zhang e Yuen (2016) analisaram os dados de 114.657 usuários de conta poupança MSA na cidade de Guangzhou, China, entre 2002 e 2007. O grupo era composto de trabalhadores (59,5%) e aposentados (40,5%) com uma idade média de 57 anos. Os autores concluem que a MSA facilita o acesso a consultas médicas, tendo em vista que 87% dos usuários foram a pelo menos uma consulta por ano. Em relação a contenção de custos, os autores observaram uma relação complexa entre saldo financeiro das contas e utilização de serviços médicos. Para alguns usuários, primordialmente aqueles cujo saldo financeiro é menor, esta relação é negativa. No entanto, quanto maior o saldo da poupança, maior a utilização de serviços médicos, o que sugere possível utilização desnecessária a partir de determinado saldo. Para Zhang e Yuen (2016, p. 9), a MSA atinge seus três objetivos, que são “Redução de custos”, “Poupança para o futuro” e “Facilitação do acesso a serviços médicos”.

7 PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA CPS BRASILEIRA

Uma estratégia muito difundida para aumentar a eficiência dos bens e serviços sociais é o programa de *voucher*, criado pelo economista Milton Friedman. Em sua concepção, o programa de *voucher* foi direcionado à educação, com a premissa de que a liberdade de escolha do cidadão é um indutor da eficiência, à medida em que fomenta a concorrência entre os prestadores de serviço. Para conquistar clientes, eles teriam que oferecer diferenciais, favorecendo a melhoria da qualidade e redução de preços (Friedman, 2016).

Tal estratégia tem sido defendida também na área da saúde. Medici et al (1993) propõe a distribuição à população de *vouchers* com duração de um ano para uso em qualquer organização de saúde, pública ou privada, de acordo com a preferência individual de cada cidadão. Segundo os autores, essa estratégia se aplica à assistência médica e hospitalar nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário. Os aspectos de saúde pública como vacinação, combate a endemias, vigilância sanitária, bem como a regulação e fiscalização do mercado de saúde continuariam sob responsabilidade dos entes federativos.

Bresser-Pereira (2000), ao tratar da Reforma Gerencial do Estado de 1995, defende a legitimação do uso de *vouchers* para pagamento de serviços sociais, como saúde e educação. No entanto, o autor discorda da coparticipação financeira dos cidadãos por entender que a saúde e a educação básica são uma obrigação unilateral do Estado. Este ponto tem caráter eminentemente político-ideológico, pois esse posicionamento se reflete na manutenção da responsabilidade do Estado como prestador direto dos serviços de educação e saúde até os dias de hoje.

Embora os princípios inerentes aos programas de *vouchers* sejam úteis para solucionar os problemas de qualidade e crescimento dos custos no âmbito do SUS, a operacionalização desse sistema é considerada ultrapassada, tendo em vista a evolução dos sistemas informatizados nos últimos anos. Como os *vouchers* são documentos nominiais impressos em papel moeda, a emissão e distribuição dos mesmos traria inconvenientes, como: o custo e a possibilidade de perda, extravio ou fraude. Assim, entendemos que a conta poupança de saúde é a estratégia mais indicada em função da agilidade, rastreabilidade e capilaridade do atual sistema financeiro brasileiro.

7.1 Financiamento

Como já vimos, o financiamento da CPS conta com a participação de três agentes: o Estado, os empregadores e os próprios trabalhadores. Nesta seção, iremos detalhar como se daria essa cooperação no cenário brasileiro.

7.1.1 Estado

O Estado deverá cumprir seu papel de subsidiar os usuários do sistema de saúde. Todos os entes federativos deverão transferir a parte de recursos próprios destinada a assistência médica e hospitalar para o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esses recursos poderão ser repassados mensalmente às contas poupanças individuais de cada usuário do SUS, conforme tabela progressiva de subsídios. Nesse caso, fariam jus a esses subsídios todos os cidadãos brasileiros isentos de imposto de renda pessoa física. A fim de evitar a duplicidade de meios para atingir fins idênticos, os subsídios estatais à CPS deveriam ser vedados aos servidores públicos que possuam auxílio a saúde suplementar e aos contribuintes do IRPF, pois estes já contam com subsídios garantidos na dedução de despesas médicas.

Para determinar a faixa de subsídio a qual pertence os indivíduos, deverá ser adotado o critério da renda domiciliar *per capita*, calculada anualmente a partir das informações obtidas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com as declarações de IRPF. Assim, todos os cidadãos brasileiros estarão obrigados a entregar a DIRPF, mesmo que estejam isentos do referido imposto. A gestão da CPS ficaria a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pela experiência que possui em concessão de benefícios sociais, pela capilaridade de agências no território nacional e pela integração de sistemas que já possui com a RFB. Os percentuais de repasses dos entes federativos ao FNS deverão ser calculados sobre a Receita Corrente Líquida (RCL) e serão regulamentados pela Lei Complementar N° 141/2012.

Outra possibilidade é seguir o modelo de subsídios de Cingapura, no qual um assistente social analisa individualmente a situação financeira familiar para conceder, a partir de critérios objetivos, auxílio financeiro suficiente para a quitação de despesas médicas e hospitalares.

7.1.2 Empregadores

O financiamento dos empregadores às contas poupança individuais deverá ser feito por intermédio das contribuições que atualmente são repassadas ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Essa medida trará as seguintes vantagens:

1. Evitar o aumento da carga tributária: todo empregador deve recolher o equivalente a 8% do salário bruto de cada trabalhador contratado pelo regime da CLT. Em 2015, o Fundo obteve uma arrecadação bruta de R\$ 113,5 bilhões (BRASIL, 2016). A vinculação dos depósitos regulares do FGTS às contas poupança individuais evitará a criação e/ou majoração de tributos para financiamento do sistema de saúde.

2. Aumento do gasto total com saúde: segundo a OMS, em 2014 o Brasil gastou US\$ 195,2 bilhões com saúde, ou o equivalente a 8% do PIB. A vinculação do FGTS à saúde poderá proporcionar um incremento significativo no gasto total com saúde.

3. Utilização de recursos: uma das críticas ao FGTS é a falta de liberdade do trabalhador para utilização de seus recursos. Os saques das contas de FGTS são permitidos apenas em casos específicos, como: demissão sem justa causa, aposentadoria, doenças graves, aquisição de imóvel, entre outros. Outra reclamação contumaz diz respeito à baixa remuneração dos depósitos no FGTS. A partir da implementação da CPS, os beneficiários poderão utilizar os saldos mensalmente com despesas médicas aplicáveis ou ainda guardar o dinheiro na conta, que oferecerá taxas de juros mais atrativas.

4. Equilíbrio fiscal: a utilização do FGTS para compor o gasto total com saúde poderá aliviar substancialmente o Orçamento da Seguridade Social, pois diminuiria a necessidade de aportes de recursos públicos na função “Saúde” do orçamento federal. Essa economia poderia, então, ser remanejada para a função “Previdência Social”.

7.1.3 Trabalhadores

A contribuição dos trabalhadores para a CPS poderá ser feita mediante retenção na folha de pagamento e/ou recolhimentos por meio da rede bancária. Tal como ocorre em Cingapura, as alíquotas de contribuição dos trabalhadores devem diminuir com o avançar da idade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira trata do pequeno número de estudos encontrados que comparam os custos da conta poupança de saúde com planos tradicionais. Apesar da consistência de tais estudos, é desejável que outros pesquisadores repitam essa investigação nos demais lugares que implementaram a CPS. A segunda limitação diz respeito a escassez de estudos que tratem de forma direta a questão da qualidade dos serviços médicos sob o regime da CPS. Para contornar o problema, serão necessários estudos que levem em consideração não apenas aspectos objetivos, como também a opinião dos usuários, que pode ser obtida através de pesquisas.

Além das limitações deste estudo, existem aspectos controversos e aspectos positivos sobre a CPS (tabela 7). A principal crítica feita à conta poupança de saúde trata da seleção adversa, fenômeno econômico que ocorre quando as informações disponíveis não são suficientes para determinar a escolha mais vantajosa, prejudicando, assim, alguns agentes (Robinson, 2005; Wouters, 2016). Esse

problema pode ser contornado com o levantamento e divulgação do desempenho dos planos de saúde pela ANS e organizações não governamentais.

Outra crítica feita à CPS trata da menor adesão a tratamentos que seus usuários demonstram (Lee e Zapert, 2005). Ainda que não esteja comprovada o agravamento das condições de saúde desses usuários, este é um aspecto que merece especial atenção dos formuladores de políticas públicas. Cuidados primários de saúde e medicamentos para doenças crônicas como hipertensão, colesterol alto e diabetes deveriam ter cobertura total sob a estratégia de CPS (Lee e Zapert, 2005, p. 1204).

Tabela 7 – Resumo dos Principais Aspectos da Conta Poupança de Saúde, segundo autores

Aspectos Positivos	Aspectos Controversos
Portabilidade	Seleção adversa
Liberdade de escolha	Transferência de renda
Redução do risco moral	Menor adesão a tratamentos
Diminuição de custos	
Incentivo à poupança/investimento	
Engajamento em saúde	

Fontes: Bolt-Lee (2000), Bond (1996), Frostin e Roebuck (2013), Goodman e Musgrave (1992), Herzlinger (2011), Lee e Zapert (2005), Lim (2004), Matisonn (2000), Reed et al (2012), Robinson (2005), Springer (2000), Waters (2011), Wouters (2016), Yip (1997) e Zhang e Yuen (2016). Elaborado pelo autor.

Uma preocupação comum diz respeito às condições de saúde de idosos e doentes crônicos, que tendem a utilizar mais recursos de suas contas do que pessoas jovens e saudáveis (Robinson, 2005; Wouters, 2016; Zhang e Yuen, 2016). Assim, a conta poupança de saúde seria um instrumento de transferência de renda para os últimos às custas de idosos e doentes crônicos. Entretanto, observou-se que, na prática, isso não se verifica nos países que implementaram a CPS em razão da sistemática progressiva de contribuição e acesso aos subsídios estatais.

A universalização da saúde é uma conquista da sociedade brasileira. No entanto, o modelo de gestão do SUS, desde a sua implantação, é essencialmente centralizado nos agentes estatais. Esse monopólio estatal contribui para ocorrência de diversos problemas na assistência médica e hospitalar em todo o país. Tais problemas decorrem da fragmentação de políticas públicas, inércia dos agentes políticos, burocracia e metas conflitantes que tendem a preservar o *status quo* (Wu, 2014). Com a promulgação da Emenda Constitucional N° 19/1998, o princípio da eficiência foi introduzido no texto constitucional (Brasil, 1998). Essa alteração teve origem na Reforma Gerencial do Estado em meados de 1990. Segundo Bresser-Pereira (2000), o Estado deveria executar

formalmente apenas as suas atividades exclusivas, que incluem a defesa nacional, a segurança pública, a cobrança de tributos, e a regulamentação e fiscalização dos setores econômicos através de agências reguladoras. Em relação aos serviços não-exclusivos, como saúde e educação, o Estado deve subsidiá-los e deixar que os setores privados e público não-estatal os ofereçam à população.

Mesmo com a Reforma Gerencial do Estado e a mudança constitucional que incluiu o princípio da eficiência na administração pública, o modelo de gestão do SUS continuou centralizado nos agentes estatais. A conta poupança de saúde é uma estratégia que visa corrigir esse equívoco, de forma a proporcionar maior eficiência na alocação dos recursos públicos para a saúde.

Apesar das diferenças conceituais de cada país, observa-se que a CPS é utilizada primordialmente para contenção de custos em saúde. Segundo Reed et al (2012), a quantia depositada nas contas poupanças de saúde tem impacto significativo na busca por assistência médica e hospitalar. Isso sugere que a falta de financiamento adequado, quer seja do empregador, do empregado ou de subsídio governamental, pode gerar preocupações quanto às condições de saúde e/ou endividamento do usuário.

Nota-se que estudos relevantes não foram incluídos na revisão sistemática por não atender de forma plena todos os critérios definidos. De todo modo, isso não implica, necessariamente, a rejeição dos mesmos, pois corroboram com os resultados encontrados. Segundo Bolt-Lee (2000), a mensalidade de um plano de saúde vinculado a conta poupança para pagamento de despesas médicas (MSA) chega a ser 40 a 50% menor em relação aos planos tradicionais, e ainda oferece a vantagem de poupar recursos financeiros para o pagamento de despesas médicas futuras ou investimentos. Para Bond (1996), a MSA pode ser uma solução melhor que os planos de saúde tradicionais para conter o aumento dos custos com saúde. Segundo Bond (1996):

As MSAs estão chamando atenção como meio de reintrodução das forças de mercado no sistema de saúde ao permitir que os consumidores adquiram serviços de saúde de forma consciente. Os trabalhadores estão propensos a gastar o próprio dinheiro com mais cautela do que o fariam em relação a planos de saúde tradicionais e, assim, tomar decisões mais sábias, que resultam em custos reduzidos (tradução livre).

A descentralização político-administrativa se revelou insuficiente para garantir eficiência a um sistema com 207 milhões de usuários, como o SUS. Além das dificuldades burocráticas do aparelho estatal, pesa contra a eficiência dos entes federativos o tamanho de alguns municípios. Naqueles menores, o problema é a falta de recursos para garantir estruturas mínimas de atendimento. Nos maiores, o desafio é atender, com qualidade, milhões de usuários. Essa política concentrada nos agentes estatais resulta em uma alocação desigual de recursos entre as regiões do país (Ugá, 2003).

A conta poupança de saúde viabilizará a descentralização político-administrativa da prestação de serviços em saúde para a iniciativa privada, que é mais eficiente em seus processos de aquisições, contratações e alocação de recursos, principalmente, por causa da concorrência que há entre eles (Herzlinger, 2011). Portanto, há evidências significativas para considerar a CPS uma alternativa mais eficiente e eficaz ao modelo de gestão atual do SUS. A observância de todos os seus aspectos controversos deve ser cuidadosamente seguida na formulação dessa política pública, de forma a garantir tratamento equitativo a todos os usuários, independente de suas condições socioeconômicas. A implementação dessa estratégia de saúde pressupõe a integração de diversas políticas públicas, com potenciais benefícios nas áreas de saúde, assistência social, educação e economia.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARON-DINE, Aviva. et al. **The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later**. The journal of economic perspectives: 27(1), 2013, pp 197–222. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943162/>>. Acesso em 02 set. 2017.

ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>>. Acesso em 18 ago. 2017.

ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde: Lei 8.080/1990 e legislação correlata**. Brasília: Alumnus, 2015.

BOLT-LEE, Cynthia. **Making Sense of the Medical Savings Account and MedicarePlus Choice MSA**. The CPA Journal, Janeiro de 2000, p. 26. Academic OneFile, disponível em <go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capes&v=2.1&id=GALE%7CA59844172&it=r&asid=d2a161df4d90335d82d79e706507a5e0>. Acesso em 19 nov. 2017.

BOND, Michael T. **Can MSAs help reduce healthcare costs?** Healthcare Financial Management, Abril de 1996, p. 34. Academic OneFile, disponível em <go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capes&v=2.1&id=GALE%7CA18318627&it=r&asid=ebba3797f3fca6114941dad8f1df309d>. Acesso em 19 nov. 2017.

BRASIL. **Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar** [recurso eletrônico]: 4^a trimestre de 2016. Vol.1, n.1 (jul./set. 2009). Rio de Janeiro: ANS, v. 8, n.1, 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de cobertura de planos de saúde**. Março de 2017. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 18 ago. 2017.

_____. Banco Central. **Calculadora do cidadão**. Disponível em <<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>>. Acesso em 19 ago. 2017.

_____. Conselho Curador do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. **Demonstrações Contábeis 2015**. Disponível em <http://www.caixa.gov.br/Downloads/fgts-demonstracao-financeira/DEMONSTRACAO_FINANCEIRA_FGTS_2015.pdf>. Acesso em 03 set. 2017.

_____. Emenda Constitucional N° 19, de 04 de junho de 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em 03 set. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008**. Disponível em <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP300&t=revisao-2008-projecao-populacao-brasil>>. Acesso em 04 set. 2017.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 24 ago. 2017.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Portal da transparência – Despesas por função orçamentária.** Disponível em <<http://www.transparencia.gov.br/>>. Acesso em 03 set. 2017.

_____. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Carga Tributária no Brasil.** Disponível em <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil>>. Acesso em 18 ago. 2017.

_____. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Tributários Bases Efetivas – 2014.** CETAD – Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Março de 2017.

_____. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Grandes números IRPF – ano calendário 2014, exercício 2015.** CETAD – Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Abril de 2017.

_____. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Imposto sobre a renda – pessoa física: perguntas & respostas.** 2017, pp 22; 350-375. Disponível em <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/interface/cidadao/irpf/2017/perguntao/pir-pf-2017-perguntas-e-respostas-versao-1-1-03032017.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2017.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Nota Técnica nº 07/2017/CESEF/STN.** Brasília, 31 de março de 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma gerencial do Estado de 1995.** Revista de Administração Pública, v. 34, n. 4, pp 7-26, 2000.

CIA. **The World Factbook.** Disponível em <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>>. Acesso em 25 ago. 2017.

CINGAPURA. Central Provident Fund Board. **CPF Contribution and Allocation Rates.** Disponível em <<https://www.cpf.gov.sg/Employers/EmployerGuides/employer-guides/paying-cpf-contributions/cpf-contribution-and-allocation-rates>>. Acesso em 29 ago. 2017.

_____. Central Provident Fund Board. **Interest Rates.** Disponível em <<https://www.cpf.gov.sg/Members/AboutUs/about-us-info/cpf-interest-rates>>. Acesso em 29 ago. 2017.

EBRI. **Health Savings Account Balances, Contributions, Distributions, and Other Vital Statistics, 2015: Estimates from the EBRI HSA Database.** Employee Benefit Research Institute. Novembro de 2016; 427: pp 1-28. Disponível em <https://www.ebri.org/publications/ib/index.cfm?fa=ibDisp&content_id=3397>. Acesso em 04 set. 2017.

FRANKS, P. et al. **Health insurance and mortality. Evidence from a national cohort.** JAMA. Agosto de 1993; 270(6):737-41. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8336376>>. Acesso em 29 ago. 2017.

FRIEDMAN, Milton; FRIEDMAN, Rose. **Livre para escolher;** tradução: Ligia Filgueiras. - 3 ed. - Rio de Janeiro: Record, 2016.

FRONSTIN, Paul; ROEBUCK, MC. **Health care spending after adopting a full-replacement, high-deductible health plan with a health savings account: a five-year study**. EBRI Issue Brief. Estados Unidos, 388, 3-15, Julho de 2013. ISSN: 0887-137X.

GOODMAN, John C; MUSGRAVE, Gerald L. **Controlling health care costs with medical savings account**. Dallas: National Center for Policy Analysis, 1992.

HERZLINGER, Regina. **Valor para o paciente: o remédio para o sistema de saúde**; tradução: Francisco Araújo da Costa; revisão técnica: Paulo Marcos Senra Souza. Porto Alegre: Bookman, 2011.

IBGE. **Série Histórica – IPCA**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços do Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultseriesHist.shtm>. Acesso em 19 ago. 2017.

IESS. **Maioria dos beneficiários de planos de saúde não pretende trocar de plano, mostra Datafolha**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Disponível em <<https://www.iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia&id=27>>. Acesso em 23 ago. 2017.

LASSEY, Marie L. et al. **Health care systems around the world: characteristics, issues, reforms**. New Jersey: Prentice-Hall, 1997.

LEE, Thomas H; ZAPERT, Kinga. **Do High-Deductible Health Plans Threaten Quality of Care?** New England Journal of Medicine, Volume 353, edição 12, pp 1202-1204, 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058209>>. Acessado em 29 nov. 2017.

LIM, Meng-Kin. **Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore**. Health Policy, Volume 69, edição 1, 2004, pp 83-92, ISSN 0168-8510, disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.12.009>>.

MATISONN, Shaun. **Medical Savings Accounts in South Africa**. National Center for Policy Analysis, Washington - 2000. Estudo nº 234. Disponível em <<http://www.ncpa.org/pub/st234>>. Acesso em 02 set. 2017.

MEDICI, André César; OLIVEIRA, Francisco E. B. de. **Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde**. Texto Para Discussão nº 252, abril de 1992 – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0252.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017.

_____, André Cezar; et al. **Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde brasileiro**. Texto Para Discussão nº 316, outubro de 1993 – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0316.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017.

MORAZ, Gabriele; et al. **Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3211-3229, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.00962015

OLIVEIRA, Francisco Eduardo B. de. **Proposta de um referencial básico para a discussão da seguridade social**. Texto Para Discussão nº 251, abril de 1992 – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0251.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017.

OMS. **Global Health Expenditure Database**. Disponível em <<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>>. Acesso em 29 ago. 2017.

PEREIRA, João. **Glossário de economia da saúde**. In: PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs.) Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995.

REED, Mary; et al. **Consumer-directed Health Plans With Health Savings Accounts: Whose Skin is in the Game and How do Costs Affect Care Seeking?** Medical Care. 2012; Volume 50: pp 585–590, julho de 2012. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322099>>. Acesso em 05 nov. 2017.

ROBINSON, James C. **Health Savings Accounts — The Ownership Society in Health Care**. New England Journal of Medicine. 2005; Volume 353; 12; pp 1199-1202. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058097>>. Acesso em 07 nov. 2017.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Junho 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>>. Acesso em 18 ago. 2017.

SPRINGER, David. **Medical Savings Account Plans: A Patient-Centred Approach to Medical Insurance**. Disease Management & Health Outcomes. 8, 1, 9-15, Julho 2000. ISSN: 1173-8790.

UGA, Maria Alicia et al. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.2, pp.417-437. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>>.

WATERS, Teresa M. et al. **Impact of High-Deductible Health Plans on Health Care Utilization and Costs**. Health Services Research 46.1 Pt 1 (2011): 155–172. PMC. Acesso em 02 set. 2017.

WILPER, Andrew P. et al. **Health insurance and mortality in US adults**. American Journal of Public Health. Dezembro de 2009; 99(12): 2289–2295. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775760/>>. Acesso em 29 ago. 2017.

WOUTERS, Olivier J. et al. **Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care**. Health Economics, Policy and Law, volume 11, issue 3, pp 321–335, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26883211>>. Acesso em 16 de agosto de 2017

WU, Xun et al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**; Brasília: Enap, 2014.

YIP, W. C.; HSIAO, W. C. **Medical savings accounts: lessons from China**. Health Affairs, volume 16, issue 6, 1997, pp 244-251. Disponível em <<http://content.healthaffairs.org/content/16/6/244.citation>>. Acesso em 16 de agosto de 2017.

ZHANG, Hui; YUEN, Peter P. **Medical Savings Account balance and outpatient utilization: Evidence from Guangzhou, China.** Social Science & Medicine, Volume 151, 2016, pp 1-10. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.035>>. Acesso em 05 nov 2017.