PLANO DE SAÚDE NOS EUA

Assim como no Brasil, os Estados Unidos tem uma ampla oferta de planos de saúde ou seguro-saúde – em tradução livre do inglês *health insurance* – e operam de forma semelhante, porém detém suas particularidades. É bastante difundido que o sistema público de saúde americano tem baixa qualidade, é possível ver esse relato em séries e filmes, então, assim como no Brasil, os americanos aspiram a possuir essa ‘regalia’.

**Alguns fatores a se entender**

Primeiramente, é necessário entender algumas características que os planos de saúde americanos apresentam, algumas são análogas ao encontrado no Brasil, o que facilita o entendimento, mas outras são bastante diferentes.

* *Premium*: parcelas mensais pagas pelos indivíduos a fim de contratar a operadora de planos;
* Dedutível: é o valor que o contratante deve pagar todos os anos, antes que o plano comece a assumir efetivamente as despesas médicas;
* Co-seguro: é um porcentagem das despesas médicas que é responsabilidade do contratante de quitar, depois que o dedutível for pago. Ou seja, em um plano de 20% de co-seguro, a operadora pagará 80% das despesas enquanto o indivíduo se responsabiliza pelos 20% restantes;
* Limite de bolso máximo: o montante máximo que o indivíduo pagará por custos médicos anualmente.

Normalmente, somente o pagamento do *premium* garante a cobertura de alguns serviços básicos de saúde, porém, caso o indivíduo precise de serviços mais complexos, este deve arcar até que valor do dedutível seja atingido, após isso, entra o período de co-seguro e ao atingir o limite de bolso a operadora, então, se responsabiliza por todas as despesas restantes.

Em uma situação hipotética na qual o beneficiário passa por uma cirurgia, igualando um total de 100 mil dólares em despesas médicas, é de reponsabilidade do indivíduo arcar com o dedutível de mil dólares (o valor varia de acordo com o plano) e co-seguro de mil dólares (nesse caso, assume-se que o limite de bolso contratualmente instituído foi de mil dólares). Dessa forma, este desembolsou 2 mil dólares por uma cirurgia de 100 mil, e caso volte a precisar de serviços de saúde, pela mesma razão ou qualquer outra, a operadora se responsabiliza por 100% das despesas médicas.

Vale ressaltar que todos os anos esse ciclo é reiniciado, então o beneficiário deve ter em mente que voltará a arcar com dedutível e co-seguro.

**Tipos de planos**

Encontram-se principalmente duas formas de acesso a esses planos, através das empresas e individualmente. No primeiro caso, é um plano de saúde coorporativo, que, como no Brasil, é fornecido pelas empresas a seus empregados, nesse todos os termos são acordados pelos empresários; já no segundo caso, a contratação individual de um plano de saúde normalmente é mais caro, porém, o indivíduo decide o que contrata de acordo com suas necessidades.