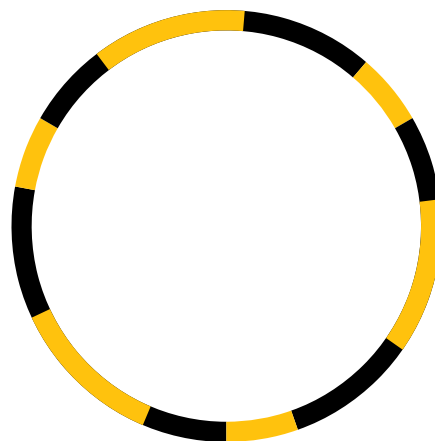
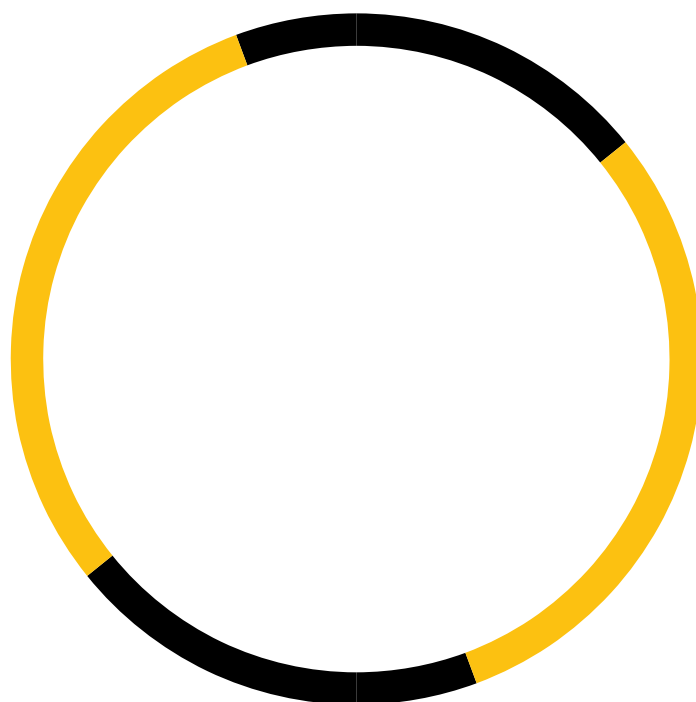




4



Governança e Regulação no Setor de Saúde





Governança e Regulação no Setor de Saúde

AUTORES

Gustavo Cordeiro (IEPS)

Karen Codazzi (IEPS)

OUTUBRO 2024



REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Umane

APOIO

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

COORDENAÇÃO

Rudi Rocha

REVISÃO TÉCNICA

Leonardo Rosa, Helena Arruda,

Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábrica de Ideias Brasileiras

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

CREATIVE COMMONS

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

NIHR | National Institute
for Health Research



Sumário

	Apresentação	6
	Sumário Executivo	7
<hr/>	<hr/>	
4.1	Introdução	9
4.2	Estados Unidos	11
4.3	Austrália	15
4.4	França	18
4.5	Alemanha	21
4.6	Japão	24
4.7	Colômbia	26
4.8	Conclusão e discussão	28
<hr/>	<hr/>	
	Referências	31



**IEPS**Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde**GOVERNANÇA E REGULAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE**

Biografia dos autores

GUSTAVO CORDEIRO

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutorando e mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e bacharel em Engenharia de Materiais, Engenharia Civil e Ciência e Tecnologia. Foi aluno visitante na University of St Andrews e possui interesse em estratégia empresarial, economia da saúde, parcerias público-privadas e análises de impacto.

KAREN CODAZZI

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Economista e mestra pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutoranda em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP). Foi pesquisadora do International Policy Centre for Inclusive Growth, na área de avaliação de políticas de proteção social entre 2021 e 2022. Atuou na área de Economia do Direito na LCA Consultores entre 2017 e 2020.



Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umame, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.



Sumário Executivo

Os sistemas de saúde variam amplamente entre os países, especialmente entre os desenvolvidos, que compartilham algumas semelhanças importantes, como a cobertura universal. Esta é alcançada através de diferentes abordagens: intervenção governamental, seguradores privados ou um equilíbrio entre ambos. Este estudo compara os modelos de seis países – Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia – destacando benefícios, desafios, oferta de seguros e regulação de preços, com foco na relação entre governo e mercado.

O envolvimento do governo nos sistemas de saúde é alto devido a falhas de mercado, incluindo seleção adversa e risco moral. Essas falhas resultam em problemas como acesso desigual aos cuidados, preços elevados e ineficiências na prestação de serviços. Modelos clássicos, como Beveridge, Bismarck e o estadunidense, ilustram diferentes abordagens de financiamento e provisão de serviços de saúde. No entanto, cada país possui suas especificidades. Por exemplo, o Brasil combina elementos dos modelos Beveridge e estadunidense. A regulamentação dos seguros de saúde no país é parcial, direcionada principalmente para os planos individuais, que constituem uma fração pequena do mercado.

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é predominantemente orientado para o mercado, com cobertura garantida por seguros privados e subsídios públicos, como Medicare e Medicaid. O Affordable Care Act (ACA) trouxe mudanças significativas, incluindo a proibição de discriminação por condições pré-existentes e a criação de Marketplaces para aquisição de seguros. No entanto, o sistema enfrenta desafios como altos custos, acesso desigual e a complexidade da cobertura, que pode deixar muitos sem seguro adequado. Com exceção dos Estados Unidos, todos os outros países estudados implementam sistemas de saúde universais, geralmente sustentados por seguros públicos e apoiados por seguros privados complementares, que ajudam a garantir a sustentabilidade do sistema.

A Austrália possui um sistema público universal financiado por impostos, com incentivos para a aquisição de seguros privados. A legislação proíbe a discriminação por doenças pré-existentes e regula os reajustes anuais dos prêmios. Embora o sistema combine recursos públicos e privados,

promovendo a acessibilidade e a sustentabilidade financeira, ele enfrenta desafios relacionados à longa espera por procedimentos no sistema público e à dependência de seguros privados para serviços mais rápidos e diferenciados.

A França adota um sistema de saúde universal e público, com participação significativa de seguros complementares privados. Os pacientes contribuem com copagamentos amplamente subsidiados pelo governo. A regulamentação inclui incentivos fiscais e imposições legais para a cobertura universal, controlando indiretamente a precificação dos prêmios. Os desafios incluem a gestão dos custos crescentes e a necessidade de reformas para manter a sustentabilidade financeira do sistema em um cenário de envelhecimento populacional.

O sistema de saúde alemão é uma combinação de seguros estatutários (SHI) e privados. O SHI cobre a maioria da população, com contribuições obrigatórias divididas entre empregadores e empregados. O setor privado oferece seguros substitutos e complementares, com prêmios regulados por critérios como idade e risco. O governo define diretrizes e redistribui recursos para garantir a sustentabilidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Contudo, o sistema enfrenta desafios como a crescente pressão financeira sobre os fundos estatutários e as desigualdades no acesso entre os segurados do SHI e do sistema privado.

O Japão possui um sistema de saúde universal com copagamentos variáveis e seguros privados complementares. O governo regula a estrutura dos prêmios e assegura a sustentabilidade financeira do sistema, especialmente diante do envelhecimento populacional. A combinação de recursos públicos e privados, com forte controle regulatório, garante a distribuição equitativa dos serviços. Porém, o sistema japonês lida com desafios como a necessidade de gerenciar os altos custos associados ao envelhecimento da população e manter a qualidade e acessibilidade dos serviços.

A Colômbia implementou um sistema de saúde universal com três regimes: contributivo, subsidiado e vinculado. O governo regula os prêmios e incentiva a adesão a seguros privados complementares. O sistema é financiado por contribuições obrigatórias e impostos, garantindo cobertura ampla e sustentável. As Empresas Promotoras de Saúde (EPS) fornecem serviços, e a competição entre seguradoras privadas promove a eficiência. A Superintendência Nacional de Saúde supervisiona o sistema, assegurando o equilíbrio entre acessibilidade e sustentabilidade financeira. No entanto, a Colômbia enfrenta desafios como desigualdades regionais no acesso à saúde, problemas de corrupção e eficiência administrativa nas EPS.

A análise comparativa dos sistemas de saúde revela variações significativas na intervenção governamental e na precificação de seguros. A intervenção governamental aparece como vetor central para regular os mercados de saúde, promover a equidade e assegurar a eficiência dos sistemas. No entanto, cada país enfrenta desafios, como altos custos, desigualdades de acesso e a necessidade de reformas contínuas para manter a sustentabilidade e qualidade dos serviços de saúde. A interação entre o setor público e privado é fundamental para enfrentar esses desafios e garantir o acesso adequado aos serviços para toda a população.



4.1

Introdução

Os sistemas de saúde ao redor do mundo variam significativamente. No entanto, os países desenvolvidos compartilham algumas semelhanças e modelos que oferecem valiosas lições quando comparados. Uma característica comum é a cobertura universal, alcançada por meio de diferentes abordagens: alguns países dependem fortemente da intervenção governamental, como nos sistemas de pagador único; outros se baseiam mais nos seguradores privados; e alguns buscam um equilíbrio entre os dois. Para nossa análise, selecionamos seis países representando uma variedade de sistemas de saúde e examinamos aspectos-chave de cada um, destacando seus desafios, com foco particular na oferta de seguros e na regulação de seus preços.

A presença do governo é uma característica marcante nos países desenvolvidos, devido a falhas de mercado inerentes ao setor de saúde. Essas falhas incluem, por exemplo, assimetrias informacionais entre pacientes e médicos, seleção adversa e risco moral. A assimetria de informações entre pacientes e médicos ocorre porque os pacientes não possuem o mesmo nível de conhecimento que os médicos e fornecedores, o que pode levar a comportamentos subótimos por ambas as partes. Por exemplo, os pacientes podem não entender completamente as recomendações médicas, demandando mais serviços de saúde que o necessário, enquanto os médicos podem, intencionalmente ou não, recomendar tratamentos desnecessários. A seleção adversa ocorre quando indivíduos com condições de saúde inicialmente desfavoráveis têm maior propensão a adquirir planos de saúde, criando um desequilíbrio na distribuição de riscos. O risco moral se manifesta quando, após a contratação do seguro, os segurados alteram seu comportamento, reduzindo os investimentos em sua própria saúde e utilizando recursos médicos em excesso. Essas falhas podem resultar em problemas de equidade e ineficiências na prestação e no financiamento de serviços, impondo obstáculos à eficiência do sistema como um todo.

Assim, sistemas de saúde ao redor do mundo se organizam de maneiras diversas, com diferentes níveis e formas de intervenção governamental para alcançar um equilíbrio que busque maximizar o bem-estar social. Existem múltiplas formas de organizar os sistemas de saúde, tanto do ponto de vista



das seguradoras quanto da provisão dos serviços de saúde. Há uma tradição consolidada de análise comparativa dos sistemas de saúde, centrada na criação de tipologias e modelos.

A tipologia clássica da OCDE, formulada no final dos anos 1980, destaca as diferenças no financiamento e na provisão de serviços de saúde, ressaltando a participação dos setores público e privado. Ela classifica os sistemas de saúde dos países de alta renda em três modelos: Beveridge (ou serviço nacional de saúde), Bismarck (ou seguro social) e estadunidense (ou seguros privados). O Modelo Beveridge caracteriza-se por seguro de saúde universal financiado por impostos governamentais, provisão pública de serviços de saúde por hospitais e clínicas estatais, e serviços gratuitos ou com copagamentos baixos. O Modelo Bismarck inclui cobertura universal através de empregadores ou do governo, financiamento por contribuições salariais e impostos, e provisão privada de serviços com alta regulação de preços. Já o modelo estadunidense destaca-se pelo mercado de seguros privados como principal fonte de cobertura, seguro subsidiado para idosos (Medicare) e pessoas de baixa renda (Medicaid), e provisão privada de serviços de saúde com pouca regulação de preços.

Embora essa tipologia seja baseada em padrões gerais, ela reconhece as especificidades de cada sistema de saúde. Em países de alta renda, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido exemplifica o modelo Beveridge, enquanto o sistema alemão representa o modelo Bismarck. Contudo, essa classificação não se aplica completamente aos países de renda baixa ou média. No Brasil, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue o modelo Beveridge, mas também há um mercado de seguros privados que cobre cerca de um quarto da população com serviços já incluídos no SUS (seguros duplicativos), mais próximo do modelo estadunidense. A regulação dos seguros de saúde no Brasil é limitada, concentrando-se principalmente nos planos individuais, que compõem uma pequena parte do mercado. Como resultado, a atuação do governo e a regulação deixam partes do mercado de seguros e as interações entre seguradoras e prestadores de serviços desprotegidas, o que pode levar a equilíbrios ineficientes.

Neste contexto, nossa análise não se prenderá à classificação dos sistemas, mas sim à comercialização da saúde (sistemas de securitização) e à provisão dos serviços de saúde, focando no papel dos setores público e privado. Para isso, analisamos a relação entre governo e mercado de operadoras de saúde e de provisão dos serviços de saúde em alguns países selecionados. Os países escolhidos, que representam diferentes benchmarks de sistemas de saúde, são Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia. A seguir, apresentamos a análise de cada país, enfatizando a governança de consumo e provisão.



4.2

Estados Unidos

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é predominantemente orientado para o mercado, com serviços fornecidos por entidades privadas. A maioria dos indivíduos depende de cobertura de seguro de saúde privado para acessar cuidados médicos. As forças de mercado, a competição e a escolha do consumidor desempenham um papel significativo na formação do equilíbrio do sistema de saúde.

A cobertura assistencial é fornecida tanto por planos privados quanto subsidiada pelo setor público¹. Planos subsidiados pelo setor público atendem a pouco mais de 35% da população, sendo os programas Medicare e Medicaid os mais importantes. O Medicare subsidia a assistência à saúde de indivíduos com idade superior a 65 anos ou indivíduos com idade inferior a 65 anos com problemas de saúde de elevada gravidade, enquanto o Medicaid foca em programas de atenção básica e de saúde infantil para famílias de baixa renda. Já os planos de saúde privados não subsidiados são usados, segundo dados de 2021, por cerca de 66% da população norte-americana. Os três tipos mais comuns de planos privados são os planos empresariais, planos de aquisição direta e o programa *Tricare*.

Planos empresariais são oferecidos por empregadores e sindicatos e atendiam, em 2021, a pouco mais de 54% da população dos EUA. Já os planos de aquisição direta são aqueles negociados diretamente entre os beneficiários e as operadoras. Nessa categoria também estão incluídos os planos de saúde adquiridos através dos *marketplaces*, plataformas administradas pelo governo federal ou por alguns estados norte-americanos. Nos *marketplaces*, a população pode adquirir planos padronizados, identificar a possibilidade de subsídios e aplicar para os planos de saúde de forma simplificada. Atualmente os planos adquiridos diretamente junto às operadoras atendem a cerca de 10% da população, enquanto planos adquiridos nos *marketplaces* servem a pouco mais de 3% da população. Por fim, há ainda o programa de saúde *Tricare* criado pelo Departamento de Defesa dos EUA, voltado para militares da ativa, militares da reserva, suas famílias e afins. Esse tipo de cobertura atende aproximadamente 2,5% da população.

1 <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2022/demo/p60-278.pdf>.



A regulamentação da precificação e das características dos planos privados é baseada, em nível federal, na lei denominada *Affordable Care Act* (ACA), também conhecida como *Obamacare*, promulgada no ano de 2010². Algumas das principais características da lei, as quais interferiram diretamente nos prêmios praticados pelas operadoras, são:

- **Mandato Individual:** Exigência de que todos os cidadãos possuam planos de saúde, com penalidades para quem não cumprir (eliminada após 2019).
- **Doenças Pré-existentes:** Proibição de discriminação de preços para indivíduos com condições pré-existentes.
- **Benefícios Essenciais:** Definição de procedimentos mínimos que os planos devem cobrir.
- **Marketplaces:** Criação de plataformas para negociação de planos, favorecendo indivíduos de baixa renda.
- **Expansão do Medicaid:** Aumento da cobertura para a população de baixa renda. Tal aumento, todavia, tem sido alvo de disputas legais³ desde então.

De maneira geral, dentre as medidas citadas, algumas contribuíram para o aumento dos prêmios após a promulgação do ACA, como a exigibilidade de cobertura de indivíduos com doenças pré-existentes. Por outro lado, algumas evidências apontam para o fato de que a ampliação do *Medicaid* fez com que indivíduos de baixa renda agora cobertos pelo programa deixassem de fazer parte do *pool* de risco das seguradoras, reduzindo os custos dos planos ofertados nos EUA (Peng 2017).

O ACA também prevê que aumentos superiores a 15% nos planos individuais e de pequenos grupos estariam sujeitos a revisão por parte de especialistas independentes sob supervisão dos governos federais e/ou estaduais.⁴ Outro mecanismo de controle dos prêmios individuais definido a nível federal foi a razão máxima entre os preços praticados para as diferentes faixas etárias cobertas pelos planos de saúde. Tal definição obriga as operadoras a limitarem os prêmios dos indivíduos da faixa de maior idade ao limite de 3 vezes o valor praticado na faixa de menor idade.

Outra mudança bastante significativa trazida pelo ACA foi a proibição do uso de precificação com base no risco previsto ou no custo estimado de assistência de um dado indivíduo. A medida gerou uma série de críticas por dividir entre indivíduos “saudáveis” o custo de assistência de indivíduos com condições pré-existentes, encarecendo os prêmios de boa parte da população.⁵ A precificação dos planos, após o ACA, passou a ser baseada em apenas 5 critérios:

- **Idade:** como citado anteriormente, os prêmios para a faixa etária de maior idade não pode superar em 3 vezes o valor praticado para a faixa de menor idade;

2 <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>.

3 <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/8347.pdf>.

4 <https://www.hhs.gov/guidance/document/webpage-rate-review-fact-sheet>.

5 <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2023-03/cato-handbook-9th-edition.pdf>.

- **Localização:** Custos regionais podem ser levados em consideração. Órgãos como o *National Center for Health Statistics*⁶ monitoram os preços praticados pela rede assistencial e transmitem tais informações para as agências reguladoras. O mesmo monitoramento ocorre, por exemplo, com os valores praticados nos *marketplaces* estaduais;
- **Tabagismo:** Na maioria dos estados norte-americanos, tabagistas podem ser cobrados por um valor até 50% superior ao praticado para indivíduos não tabagistas para um mesmo tipo de cobertura. O monitoramento desses indivíduos é realizado através das declarações quando da contratação dos planos.⁷
- **Individual / Família:** Planos familiares que incluam dependentes e mulheres podem ser cobrados de forma distinta. Essa distinção ocorre, por exemplo, quando um indivíduo é beneficiário de um plano empresarial privado, mas que não abrange sua família. Nesse caso, membros da família passam a ser elegíveis para planos subsidiados disponibilizados nos *marketplaces*⁸;
- **Categoria:** Foram criadas 5 categorias de planos⁹, as quais apresentam diferentes prêmios e pagamentos *out-of-pocket* inversamente proporcionais. Esse tipo de pagamento se assemelha ao modelo de coparticipação existente no Brasil.

Legislações estaduais complementam as regras federais, resultando em variações significativas nas regulamentações. Uma das variações mais significativas dentre os estados se refere à opção por expandir ou não a abrangência do *Medicaid*. Nos estados em que o programa foi expandido, um maior número de indivíduos de baixa renda passou a ser beneficiado. Em contrapartida, vários estados, como a Flórida e o Texas, optaram por não expandir a cobertura do programa após decisão da suprema corte^{10,11}.

Outras iniciativas adotadas por alguns estados foram a criação de *marketplaces* e subsídios estaduais (ex. Califórnia e Nova Iorque) e de sistemas próprios de revisão de reajustes, como ocorrido no estado do Oregon. Sob esse tipo de controle, as seguradoras passaram a ter seus reajustes validados ou não pela Divisão de Regulação Financeira do estado. Há casos em que os reajustes sugeridos foram acatados pelo órgão regulador, mas há também situações em que os reajustes foram cerca de 50% do valor proposto pelas seguradoras¹².

O mercado de saúde norte-americano é dividido em cerca de 300 regiões (mercados relevantes), das quais aproximadamente metade apresenta elevada concentração – $HHI > 2500$ (Cutler and Morton 2013). Nas últimas décadas, observou-se uma intensificação no volume de integrações horizontais e verticais que contribuíram para tal concentração, além de intensificar a aquisição de clínicas médicas por parte de grupos atuantes

6 <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm>.

7 <https://healthcareinsider.com/health-insurance-smokers-42747>.

8 <https://www.kff.org/policy-watch/nine-changes-to-watch-in-open-enrollment-2023/>.

9 <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>.

10 <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/8347.pdf>.

11 <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicare-expansion-decisions-interactive-map/>.

12 <https://dfr.oregon.gov/healthrates/Documents/2023-rate-and-county-coverage.pdf>.



no setor hospitalar (Koch, Wendling, and Wilson 2017). O resultado da maior integração e do desenvolvimento de grandes grupos é questionado e associado com a elevação dos custos de assistência médica oferecida no país (Post, Buchmueller, e Ryan 2018). Atualmente, cerca de 70% dos hospitais pertencem a algum sistema, segundo a American Hospital Association¹³. Classificam-se como parte de um sistema os hospitais que apresentam uma administração centralizada e integram diferentes níveis de atendimento (e.g. clínicas ambulatoriais e hospitais especializados), além de possuir um número significativo de profissionais sob sua gestão.

Embora os grupos empresariais exerçam um papel relevante no sistema de saúde americano, há ainda uma participação significativa de organizações filantrópicas e de propriedade pública. Em 2018, dos cerca de 5200 hospitais de pronto-atendimento, 57% eram filantrópicos, 25% com fins lucrativos e os demais públicos¹⁴.

Ademais, o setor de saúde americano possui uma série de agentes regulatórios. O principal órgão é o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), instituição associada ao poder executivo norte-americano. Sob supervisão do HHS estão as principais agências que visam a assegurar a qualidade dos serviços médicos prestados, a manutenção do acesso à saúde pela população, bem como o desenvolvimento ético e adequado de equipamentos de saúde e medicamentos.

O Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), por exemplo, é uma agência federal subordinada ao HHS e responsável pela supervisão dos planos ofertados no Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program, bem como pelos planos negociados através dos marketplaces. Um exemplo da atuação dos CMS é a elaboração de legislações em nível federal como o *Inflation Reduction Act* que estabelece, por exemplo, teto de gastos com remédios para beneficiários do Medicare¹⁵. Outro exemplo de instituição associada ao HHS é a Food and Drug Association (FDA), responsável pela regulação de desenvolvimento de novos medicamentos, produtos biológicos e equipamentos médicos.



13 <https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>.

14 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>.

15 <https://www.cms.gov/inflation-reduction-act-and-medicare>.



4.3

Austrália

A Austrália possui um sistema público universal de saúde que atende todos os cidadãos australianos, bem como indivíduos com permissão de residência permanente. Como nem todos os procedimentos são cobertos pelo sistema público, e para evitar sua saturação, os australianos são incentivados a adquirir planos de saúde privados através de favorecimentos tributários para os beneficiários e/ou penalizações para quem opte por permanecer exclusivamente dependente do setor público. Atualmente, cerca de metade da população possui algum tipo de assistência suplementar privada¹⁶.

O sistema é financiado através do recolhimento direto de impostos, sendo cobrado o total de 2% do rendimento tributável da população. Além desse montante, há ainda uma sobretaxa cobrada de indivíduos com renda tributável acima de um determinado nível (cerca de AU\$90000/pessoa) e que não possuem plano de saúde privado que atenda a uma série de requisitos. Nesse caso, a taxa adicional pode chegar a 1,5% do rendimento tributável¹⁷.

A cobertura assistencial do sistema público australiano inclui atendimentos em geral, sendo que médicos podem optar por receber diretamente do governo ou receber dos pacientes, que posteriormente solicitam reembolso. O governo poderá cobrir o custo do atendimento em sua totalidade ou parcialmente. Dentre os serviços não cobertos pelo sistema público estão o transporte hospitalar (incluindo despesas com ambulâncias), serviços odontológicos, óculos, lentes e procedimentos estéticos.

O governo encoraja a adesão aos planos privados, oferecendo incentivos financeiros, como a redução de impostos através do *Private Health Insurance Rebate* e o programa *Lifetime Health Cover*. O *Private Health Insurance Rebate* é um subsídio oferecido que pode ser utilizado para a redução do prêmio a ser pago pelos beneficiários dos planos privados, ou como abatimento nos impostos a serem pagos pelos contribuintes anualmente. O desconto depende da faixa de renda, bem como da idade dos beneficiários. Já o *Lifetime Health Cover* é uma política desenhada para incentivar à contratação de

16 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia>.

17 <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-and-private-health-insurance/Medicare-levy-surcharge/Paying-the-medicare-levy-surcharge/>.

planos privado entre os mais jovens (menores de 30 anos) e menos propensos a ter doenças sérias. O programa introduz uma penalização (de 2% por ano) para os australianos que quiserem aderir à cobertura hospitalar privada após completarem 30 anos de idade e nunca tiveram um plano anteriormente. Por exemplo, um indivíduo com quarenta anos de idade que busca contratar um plano de saúde hospitalar privado, mas que nunca contratou um plano privado anteriormente, pagará um prêmio 20% superior (2% de penalização por ano) a outro indivíduo da mesma idade.

Existem dois tipos de coberturas privadas, a hospitalar e a para tratamentos em geral, oferecidas pelas operadoras de forma combinada. Os tipos de procedimentos e atendimentos cobertos pelo plano de saúde variam conforme a categoria do mesmo. As categorias são: Básico, Bronze, Prata e Ouro, sendo Ouro a categoria mais abrangente. Os planos podem ainda variar conforme sua abrangência geográfica, podendo ser regionais ou com cobertura nacional. De maneira geral, os planos privados oferecem maior agilidade no atendimento, possibilitam a escolha de profissionais por parte dos beneficiários e, muitas vezes, são menos custosos que as penalizações previstas na legislação australiana para indivíduos de renda elevada que não possuem planos privados. Por essas razões, o percentual de beneficiários tem crescido significativamente, ultrapassando metade da população do país, como citado anteriormente.¹⁸

Em relação aos custos de tratamento, o sistema australiano funciona combinando recursos do sistema público e do sistema privado. Os procedimentos são tabelados segundo o *Medicare Benefit Schedule* (MBS), algo equivalente à Tabela SUS existente no Brasil. Quando um paciente que possui plano de saúde privado é atendido (independente se em hospital privado ou público), 75% dos custos previstos na MBS são pagos pelo governo e 25% pagos pela operadora do plano privado. É válido ressaltar que médicos, hospitais e demais profissionais nesse caso possuem liberdade para precificar seus serviços independente da MBS, logo pacientes podem ser obrigados a complementar os custos de seu tratamento através de uma espécie de coparticipação¹⁹.

A precificação de prêmios na Austrália é definida pelo *Private Health Insurance Act 2007*. O primeiro ponto destacado pela lei é a definição de preços com base em características comunitárias, ou seja, os convênios são proibidos de aplicar condições específicas com base em características individuais dos assegurados. Não é permitida distinção por conta de doenças pré-existentes, sexo, doenças crônicas, tampouco idade. A diferenciação dos valores praticados é exclusivamente decorrente do pacote de benefícios ofertado. A região de abrangência dos planos, por sua vez, pode interferir nos custos dos prêmios uma vez que os custos locais divergem significativamente do país.

Os reajustes dos planos também são regulados pela legislação vigente, devendo qualquer alteração dos prêmios ser requisitada ao Ministério da Saúde Australiano. O pedido de reajuste pode ser feito pelas operadoras apenas uma vez no ano e a aprovação do Ministério da Saúde leva em

18 <https://privatehealthcareaustralia.org.au/australians-sign-up-to-private-health-insurance-in-record-numbers/>.

19 https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/howitworks/out_of_pocket.htm.

consideração o aumento dos custos da área, bem como os subsídios públicos que serão aplicados no ano seguinte. Os reajustes são definidos para o plano ofertado, independente da contratação ser individual ou coletiva. Para que se tenha uma base da ordem de grandeza dos reajustes, nos últimos 4 anos (2020-2023) os reajustes anuais autorizados variaram entre 2.70% e 2.92%²⁰.

Por fim, um mecanismo definido pelo governo promove uma equalização de risco entre as carteiras, devendo as operadoras com carteiras mais jovens e de menor risco contribuir para uma espécie de *pool* que faz a redistribuição desses recursos.

A rede de provedores australiana é praticamente dividida igualmente entre hospitais públicos e privados. De acordo com a Associação Australiana de Hospitais Privados (2020), o setor privado possui cerca de 650 hospitais, pouco mais de 34 mil leitos e aproximadamente o equivalente a 69 mil profissionais de saúde em tempo integral. Já o setor público é responsável por pouco menos de 700 hospitais, os quais possuem mais de 60 mil leitos²¹.

Os estados australianos são os responsáveis pela maior parte dos investimentos públicos no setor hospitalar. Dada suas limitações orçamentárias, muitos estados utilizaram Parcerias Público-Privadas para expandir sua capacidade hospitalar (Healy, Sharman, e Lokuge 2006). Esse movimento justifica parte do crescimento do percentual de hospitais privados ocorrido desde os anos 1990, quando representavam cerca de 30% do total de hospitais, até os dias atuais.

O principal órgão regulador do sistema de saúde australiano é o Departamento de Saúde e Cuidados aos Idosos. O departamento é dividido em três principais órgãos. O primeiro é a Administração de Bens Terapêuticos, responsável pela aprovação de medicamentos, vacinas, equipamentos médicos e afins. Há um segundo órgão responsável pela fiscalização da qualidade de serviços prestados à população em idade avançada e, por fim, um terceiro órgão focado na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde privados²².

O sistema de saúde australiano é caracterizado por um sistema público universal que atende todos os cidadãos e residentes permanentes, complementado por incentivos para a aquisição de planos de saúde privados. Financiado por impostos, o sistema público cobre a maior parte dos atendimentos, enquanto procedimentos não cobertos são incentivados a serem financiados por planos privados. A regulamentação dos planos privados inclui precificação comunitária e revisão anual dos prêmios pelo Ministério da Saúde. A rede de provedores é equilibrada entre hospitais públicos e privados, com estados promovendo investimentos através de Parcerias Público-Privadas. O Departamento de Saúde e Cuidados aos Idosos atua como principal regulador, supervisionando a aprovação de medicamentos, a qualidade dos serviços para idosos e a proteção dos direitos dos beneficiários de planos privados. Desafios incluem a gestão de custos e a manutenção de um equilíbrio eficaz entre os setores público e privado.

20 <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-07/average-annual-price-changes-in-private-health-insurance-premiums.pdf>.

21 <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/australias-hospitals-at-a-glance>.

22 <https://www.health.gov.au/about-us/what-we-do/regulation-and-compliance>.



4.4

França

A França também possui um sistema de saúde universal e público, todavia os pacientes contribuem diretamente com parte dos custos dos seus atendimentos. Essa característica faz com que muitos franceses adquiram planos de saúde privados para reduzir a necessidade de pagamentos diretos (*out-of-pocket*). Vale destacar que os gastos públicos com saúde superam 12% do PIB, situando-se acima da média da União Europeia. Em 2019, os gastos públicos em saúde correspondiam a 77% dos gastos totais, enquanto os pagamentos realizados por seguros de saúde suplementares equivaliam a 14% do total dos gastos em saúde e os pagamentos diretos correspondiam a 9% dos gastos realizados anualmente (Z. Or et al. 2023).

Os pagamentos realizados pelo setor público seguem valores previamente definidos pelo sistema público de saúde e variam conforme o tipo de assistência prestada. Consultas com especialistas, por exemplo, podem ser reembolsadas em até 70%. Custos hospitalares são reembolsados em até 80% e medicamentos são subsidiados (Couffinhal e Franc 2020). Exceções são concedidas para pacientes com doenças crônicas e submetidos a procedimentos de alta complexidade, que são muitas vezes dispensados dos copagamentos previstos, ou contribuem com um valor máximo estipulado. O mesmo ocorre para parte da população de baixa renda. Embora o governo não defina diretamente os preços praticados pelos prestadores, a negociação existente para definição dos valores reembolsados pelo sistema público acaba direcionando a oferta de serviços de saúde, bem como o mercado de medicamentos no país.

Existem na França três tipos de organizações atuantes no mercado de seguros de saúde complementar. As organizações sem fins lucrativos denominadas *mutuelles* são a opção de cerca de 60% da população (Z. Or et al. 2023). Há também instituições de previdência, também sem fins lucrativos, e ainda as instituições comerciais (Buchmueller e Couffinhal 2004; Couffinhal e Franc 2020). As *mutuelles* são a categoria mais antiga, surgindo ainda no século 19, enquanto as instituições de previdência surgiram após a segunda guerra e as instituições comerciais em meados dos anos 1980.

Dadas as características do sistema público de saúde francês, e, especialmente, a relevância dos copagamentos, criou-se espaço para a atividade

de seguradoras privadas. Atualmente, mais de 95% dos franceses possuem algum tipo de cobertura complementar privada²³. Os seguros privados representam cerca de 14% dos gastos com saúde na França, como citado anteriormente, mas é importante ressaltar a diferença entre as áreas em que os gastos são realizados. A assistência privada é pouco relevante no pagamento de custos hospitalares, que são cobertos essencialmente pelo Sistema Público (aproximadamente 91%) e apenas cerca de 5% pelos seguros privados. Por outro lado, cerca de 21% dos custos com assistência ambulatorial são pagos através dos seguros privados, percentual que aumenta para cerca de 39% nos custos com próteses, equipamentos médicos pessoais, óculos e afins (Couffinhal e Franc 2020).

O uso de seguros de saúde complementares (privados) pela quase totalidade da população se deve à dificuldade de se arcar com os copagamentos por conta própria, mas também por uma série de incentivos governamentais e até mesmo imposições legais, como a Lei denominada *Accord National Interprofessionnel*. Essa lei prevê a obrigatoriedade de pagamento de planos privados para funcionários de qualquer empresa, independentemente de seu tamanho (Pierre e Jusot 2017; Perronnin, Pierre e Rochereau 2011).

Tal medida fez com que muitos beneficiários tivessem seus planos contratados pelas empresas, condição em que os reajustes e definição dos prêmios são feitos diretamente com as seguradoras, sendo os reajustes supervisionados pelo órgão responsável (ACPR), mas sem uma especificação objetiva dos limites dos reajustes aplicados. Já os planos individuais ou em grupos (não empresariais) tiveram parte das suas condições definidas pelo próprio mercado, mas também são afetados por medidas governamentais. Uma das ações do governo foi a extensão da isenção do pagamento de 7% de impostos para as seguradoras comerciais. Até então esse benefício era concedido apenas para as seguradoras sem fins lucrativos. Tal benefício foi estendido com a condição de que os prêmios não fossem definidos com base em condições de saúde pré-existent e que as seguradoras oferecessem um pacote mínimo de benefícios (Couffinhal e Franc 2020). Na prática o controle dos reajustes dos prêmios é realizado através do monitoramento e exigência de transparência na ocasião dos aumentos e pela concorrência no mercado de seguradoras.

Outra imposição legal foi a reforma intitulada *Code de la Mutualité*, que definiu que as *mutuelles* poderiam utilizar apenas idade, local de residência e números de segurados como critérios para precificação de seus planos. Assim, a avaliação de risco não poderia mais ser levada em consideração na definição dos prêmios. Outra medida tomada para trazer mais competição e transparência para o mercado de seguros privados foi o *Social Security Financing Act* de 2012. Essa legislação definiu que as seguradoras seriam obrigadas a prestar contas de maneira pública quanto aos seus custos em relação aos prêmios estipulados.

A França também possui um sistema de incentivos (*vouchers*) destinados à população de baixa renda. Tal medida se mostrou eficaz na redução dos prêmios dos indivíduos que se encaixavam nas condições estipuladas, porém trouxe preocupações quanto aos demais indivíduos que não

23 <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france>.

se encaixavam em tais critérios e que poderiam ter seus prêmios afetados (Couffinhal e Franc 2020).

Por fim, nota-se que a precificação dos prêmios no setor privado é baseada num *pool* de beneficiários separados por faixa etária, sendo os reajustes monitorados pelo Departamento de Seguridade Social, Ministério da Saúde e Ministério de Economia e Finanças.²⁴

Quanto à provisão dos serviços de saúde, a França possui aproximadamente 3 mil unidades hospitalares, das quais cerca de 45% são públicas, 33% privadas com fins lucrativos e 22% privadas sem fins lucrativos. Os hospitais sem fins lucrativos são em sua maioria administrados por instituições religiosas e fundações e operam de forma similar aos hospitais públicos. Os atendimentos de urgência e emergência no país ocorrem majoritariamente nos hospitais públicos, enquanto os hospitais privados realizam a maior parte dos procedimentos eletivos e de menor complexidade (Z. Or et al. 2023).

O número de total de leitos ilustra novamente a relevância do setor público no sistema de saúde francês. Do total de leitos, cerca de 60% estão em hospitais públicos, 25% em hospitais privados com fins lucrativos e 15% em hospitais privados sem fins lucrativos (DREES, 2021).

O governo francês utiliza uma série de medidas para controle da prestação de serviços de saúde. A Diretoria de Seguridade Social, por exemplo, é o órgão do governo que supervisiona os planos de saúde estatutários (públicos). Esses planos firmam contratos a cada três anos com o Ministério da Saúde, em que são estabelecidas as condições de funcionamento do sistema, incluindo o orçamento geral, as coparticipações a serem pagas pelos usuários, bem como os valores pagos a provedores. Já os planos privados são regulados por legislações específicas a depender do tipo de plano. Todos os códigos que regem os três tipos de seguradoras privadas são supervisionados pela autoridade governamental denominada *Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution* (Or et al. 2023).

Ainda segundo Or et al. (2023), as regulações governamentais ocorrem não apenas no nível das operadoras, mas também no nível dos prestadores. Profissionais de saúde são regidos pelo Código de Saúde Pública, embora cerca de dois terços dos profissionais atuem de maneira autônoma no país. Já os hospitais revalidam obrigatoriamente suas licenças de atuação a cada quatro anos. Nesse processo, as unidades são vistoriadas por agentes da Autoridade Nacional Francesa para a Saúde.

Há ainda a atuação direta do governo no controle de pesquisa, desenvolvimento e comercialização de fármacos, bem como no estabelecimento de serviços obrigatoriamente cobertos pelo sistema público de saúde. O rol de procedimentos atendidos pelo setor público é estabelecido através de decretos e legislações específicas.

24 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447717/>.

4.5

Alemanha

O sistema de saúde alemão é caracterizado por uma combinação de seguros de saúde estatutários (público) e seguros de saúde privados. O setor público é responsável pelo *Statutory Health Insurance* (SHI), uma espécie de seguro de saúde público obrigatório. Os seguros públicos são ofertados por aproximadamente 100 diferentes seguradoras, denominadas *Krankenkassen*, as quais têm certa autonomia na oferta de serviços e concorrem entre si pelos segurados. A fiscalização e gestão do sistema compete tanto ao governo federal, quanto aos estados. À esfera federal compete a definição das diretrizes do sistema e as coberturas mínimas oferecidas, enquanto os estados são responsáveis pelo planejamento da estrutura hospitalar e pela prestação dos serviços médicos. Além disso, associações civis desempenham um papel significativo na gestão dos fundos de saúde.

Atualmente o SHI cobre cerca de 87% da população, enquanto o restante da população é atendido pelo setor privado. A cobertura oferecida pelo sistema público é universal e compreende uma ampla gama de benefícios, que incluem além de tratamentos essenciais, serviços preventivos, saúde mental, cuidados odontológicos e outros (Blumel et al. 2020; Busse 2009).

Em relação aos custos, em 2018, os gastos com saúde na Alemanha representavam 11,7% do PIB, com mais de 70% desse gasto realizados pelo poder público. O financiamento desses custos se dá através de contribuições obrigatórias, que correspondem a cerca de 15% dos rendimentos brutos dos contribuintes, que são igualmente divididos entre empregadores e empregados. Todos os recursos são coletados pelos 105 fundos existentes e então encaminhados para um *pool* central que redistribui os recursos conforme classificação de risco e características demográficas das regiões (Blumel et al. 2020).

O setor de seguros de saúde privados, por sua vez, é dividido em dois mercados. O primeiro é substitutivo ao SHI e é utilizado por indivíduos que não são cobertos pelo SHI. Já o segundo mercado é constituído por seguros de saúde complementares/suplementares ao SHI, os quais podem ser contratados por beneficiários do sistema público de saúde e oferecem serviços adicionais como a possibilidade de quartos individuais, atendimentos com chefes de serviço e afins.

O sistema privado de cobertura total, substitutivo ao SHI, é utilizado por cerca de 11% da população²⁵, incluindo profissionais autônomos, servidores civis que não possuem cobertura pelo SHI e indivíduos cuja renda supera um valor determinado e que podem fazer a opção por adquirir um plano privado. Em 2012, esse valor era cerca de 50 mil euros anuais, atingindo aproximadamente 64 mil euros anuais em 2021 (Greß, 2016). A categoria de servidores civis tem parte de seus prêmios pagos pelo setor público e em certos estados podem optar por aderir ao sistema de saúde público (Blumel et al. 2020).

No setor privado, os prêmios são definidos com base no risco dos segurados no momento da contratação e em suas idades. A cobertura de dependentes também deve ser contratada à parte, diferentemente do ocorrido no SHI. Assim, existem incentivos financeiros para que indivíduos de alta renda, sem dependentes e com reduzidos riscos médicos optem por adquirir planos de saúde substitutivos (o que prejudica a sustentabilidade financeira do SHI).

Os valores desses planos são controlados por uma série de mecanismos regulatórios. Um deles é a exigência legal de que os planos privados reservem parte de suas receitas de beneficiários jovens para subsidiar os prêmios quando esses indivíduos envelhecerem, limitando aumentos significativos nos prêmios para idades mais avançadas. Essa medida visa limitar os significativos aumentos nos valores dos prêmios para idades mais avançadas.

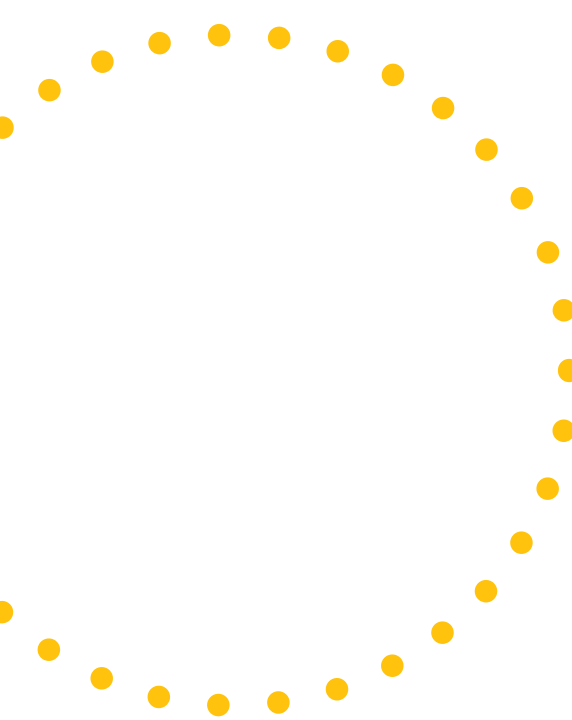
Outro mecanismo de controle de prêmios, estabelecido na reforma de 2009, obriga os planos de saúde privados a oferecerem um plano *standard* com benefícios mínimos equivalentes ao SHI, e cujo prêmio não pode exceder a contribuição máxima prevista pelo sistema público. Essa medida foi importante para assegurar cobertura assistencial a indivíduos de maior idade, uma vez que o modelo alemão limita a possibilidade de migração do setor privado para o setor público (Greß 2016), e principalmente porque os prêmios praticados pelo setor privado são dependentes das idades dos beneficiários (Blumel et al. 2020).

Por fim, a variação dos preços dos prêmios na Alemanha só pode ocorrer com base em mudanças de faixa etária e por consequência de aumento de custos médicos e hospitalares (inflação). Todos os aumentos de prêmios são fiscalizados pela Autoridade Federal de Supervisão Financeira. O órgão fiscaliza tanto a sustentabilidade financeira das operadoras, como a conformidade dos reajustes. Uma característica relevante que afeta a precificação dos prêmios é o fato de os contratos no setor privado serem focados no longo prazo. Os beneficiários escolhem uma das cerca de 50 operadoras disponíveis e estabelece um vínculo vitalício. Não há opção de rescisão unilateral por parte das operadoras, mas os beneficiários podem optar por trocar de operadora. A definição do prêmio é feita no início do contrato com base no risco do paciente, mas a partir daí a precificação é atualizada com base no *pool* de segurados de cada operadora (Atal et al. 2023).

25 <https://www.publichealth.columbia.edu/research/others/comparative-health-policy-library/germany-summary#:~:text=The%20statutory%20health%20is%20mandatory,and%2011%25%20through%20private%20insurance.>



A maioria dos provedores alemães atendem tanto aos beneficiários do SHI, quanto aos beneficiários de planos privados. Em 2018, havia aproximadamente 1900 hospitais e um total de cerca de 500 mil leitos disponíveis na Alemanha, sendo 48% dos leitos pertencentes a hospitais públicos, 33% em hospitais privados sem fins lucrativos e 19% em hospitais privados com fins lucrativos (Blumel et al. 2020).





4.6

Japão

O sistema de saúde japonês, instituído em 1961, é reconhecido por sua cobertura universal e eficiência, refletida na elevada expectativa de vida da população. Todavia, o envelhecimento da população e a baixa taxa de natalidade têm motivado agentes públicos a buscarem alternativas para que o sistema se mantenha viável nas próximas décadas.

Por lei, todos os residentes do Japão, incluindo estrangeiros, são obrigados a ter um seguro de saúde. Tal obrigatoriedade e o financiamento por contribuições obrigatórias aproxima o modelo japonês do modelo Bismarckiano desenvolvido na Alemanha. Os dois principais tipos de seguros públicos são o Sistema de Seguros de Saúde de Funcionários e o Seguro de Saúde Nacional (NHI). O primeiro atende à população formalmente empregada e seus dependentes, enquanto o segundo atende aos autônomos e desempregados.

Mesmo sendo público, o sistema japonês prevê copagamentos que variam conforme a idade dos beneficiários e são definidos nacionalmente. A coparticipação máxima em 2017 era de 30% para pacientes com idades até 69 anos e a mínima era de 10% para pacientes com 75 anos ou mais. Ressalta-se ainda que os gastos em saúde pagos com recursos públicos chegavam a 85% do total de gastos em 2015 (Sakamoto et al. 2018).

Os planos de saúde voluntários (privados) são utilizados por cerca de 70% da população²⁶ e são complementares e/ou suplementares aos planos públicos (Sakamoto et al. 2018). O sistema privado tipicamente conta com produtos que não têm restrição de elegibilidade, podem ser contratados por período anual ou vitalício, têm seus prêmios baseados em idade, sexo e extensão da cobertura ofertada e são regulados pela *Finance Agency* japonesa. É importante ressaltar que a regulação se limita a controlar se as seguradoras estão honrando com as condições previstas em suas apólices (Kwon, Ikegami, e Lee 2020). São comuns seguros que incluem proteção contra doenças específicas (ex. câncer) e que ofereçam proteção em casos de perda repentina de renda por razões de saúde, por exemplo.

26 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>.

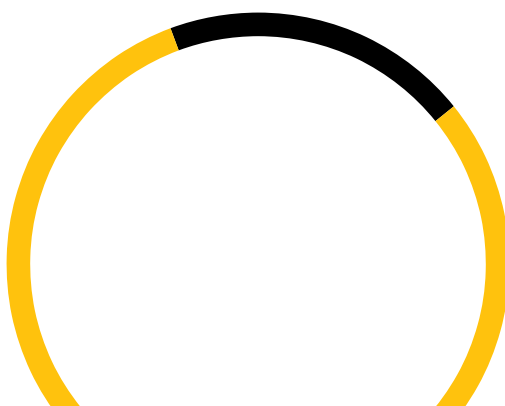
Para a viabilização do setor público, além dos copagamentos previstos, os indivíduos formalmente empregados contribuem com aproximadamente 10% dos seus rendimentos, sendo o limite máximo de contribuição de 13%. Esse valor é dividido igualmente entre funcionários e empregadores e as contribuições ocorrem de maneira similar ao ocorrido na Alemanha. Já profissionais autônomos e demais pessoas cobertas pelo NHI têm seus prêmios definidos pelas autoridades locais com base nos seus custos assistenciais.

Há ainda um sistema diferenciado para definição dos prêmios para beneficiários acima dos 75 anos. Até 2008 esses indivíduos eram isentos de qualquer cobrança, todavia com o intuito de manter a sustentabilidade do sistema os idosos passaram a contribuir, na forma de copagamento, com 10% dos custos assistenciais a eles concedidos. O custo restante é subsidiado tanto pelo governo, quanto por recursos provenientes dos contribuintes mais jovens.

Vale ressaltar que embora os percentuais de contribuição previstos cheguem a 30% dos custos assistenciais para gerações mais novas, em 2014 o total de pagamentos ao sistema público por parte da população (*out-of-pocket*) não chegava a 12% do total dos gastos (Sakamoto et al. 2018). Uma série de subsídios para populações jovens e idosas, bem como limites de gastos máximos por internação, em especial para tratamentos de alto custo, são os principais responsáveis por essas distorções e trazem uma preocupação constante no que se refere à sustentabilidade financeira do sistema japonês (The Economist 2020).

Já a definição de prêmios no setor privado é controlada pelo Departamento de Seguros de Saúde e pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar (Axelson e Goursat 2019), e se baseia em idade, sexo e no tipo de benefício ofertado. São comuns planos que ofereçam complementação de renda em caso de doenças, como citado anteriormente.

O sistema público de saúde está sob gestão do Ministério da Saúde, mas há agentes regulatórios e de controle também nas esferas subnacionais responsáveis pela implantação e controle dos serviços prestados. Cabe à administração regional, por exemplo, a definição dos Planos de Cuidados Médicos a cada 5 anos com base nas características regionais, incluindo planos de distribuição da infraestrutura hospitalar, monitoramento dos profissionais disponíveis por região e afins.





4.7

Colômbia

O sistema de saúde colombiano teve seu modelo definido inicialmente por uma extensa reforma no setor de saúde proposta em 1993, que incluiu a obrigatoriedade de seguro de saúde social universal. Na ocasião, apenas cerca de 25% da população tinha acesso à saúde. Atualmente a cobertura do sistema se aproxima da universalidade, embora recentemente tenha sido alvo de novas propostas parcialmente suportadas e parcialmente questionadas por diferentes parcelas da população²⁷.

O modelo colombiano consiste em três tipos de regime, o contributivo, o subsidiado e o vinculado. O contributivo é composto por beneficiários com empregos formais e pessoas com condições de renda mais elevadas, enquanto o regime subsidiado é bancado por parte da receita proveniente do regime contributivo, bem como por impostos coletados pelo governo. Em ambos os regimes citados, os desembolsos para recebimento de assistência médica se fazem necessários. Comparando o sistema colombiano com o sistema brasileiro, podemos inferir que o regime contributivo cumpre o papel exercido pela saúde suplementar no Brasil, enquanto o subsidiado seria o equivalente a um sistema público, embora os setores público e privado coexistam na formação do sistema de saúde colombiano.

Adicionalmente, colombianos ainda podem optar pela contratação de planos de saúde privados conhecidos como *Medicina Prepagada*. Esses planos privados, contratados por cerca de 3% da população colombiana²⁸, são complementares aos serviços oferecidos pelas EPS e têm como vantagens a maior agilidade na marcação de consultas, disponibilização de tratamentos não ofertados pelas EPS, como cirurgias bariátricas, locais de internação privativos e outros²⁹. Todos os planos de *Medicina Prepagada* são sujeitos à fiscalização da Superintendência Nacional de Saúde.

Os prêmios praticados pelos planos de *Medicina Prepagada* não são controlados diretamente pelo governo, embora suas correções devam

27 <https://www.thedialogue.org/analysis/does-colombias-health-system-need-an-overhaul/>.

28 <https://www.larepublica.co/empresas/la-medicina-prepagada-cuenta-con-mas-de-1-5-millones-de-afiliados-en-el-pais-2880859>.

29 <https://www.colmedica.com/Paginas/todo-sobre-medicina-prepagada/medicina-prepagada-que-es-y-como-funciona.aspx#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20medicina%20prepagada,adquiere%20adicional%20a%20la%20EPS>.



seguir uma série de critérios baseados em idade, nível de cobertura e histórico médico. Em 2019, os custos mensais variavam de R\$ 140,00 para jovens na primeira faixa etária a R\$ 1200,00 para beneficiários acima de 60 anos³⁰.

Já os prêmios definidos para o sistema contributivo são fixados em 12,5% do salário, dos quais 8,5% devem ser pagos pelos empregadores e 4% pagos pelos empregados, sendo esse montante descontado diretamente dos salários mensais. Trabalhadores independentes são cobrados de maneira um pouco distinta, sendo os 12,5% cobrados sobre 40% do total de suas receitas³¹.

Além dos prêmios estipulados, copagamentos (*out-of-pocket*) são previstos no sistema de saúde colombiano e em 2020 correspondiam a cerca de 13% do total de gastos com saúde no país.

A prestação de serviços de ambos os regimes ocorre através das Empresas Promotoras de Saúde (EPS), sendo que seguradoras (EPS) privadas correspondiam a 86% das afiliações existentes no início dos anos 2000 (Vargas et al. 2010). A criação dessas empresas, em boa parte contando com capital privado, foi a essência do Modelo de Competição Gerenciada colombiano em que empresas seguradoras competem pelos beneficiários, enquanto contribuem para maior dispersão dos serviços disponibilizados para a população. Esse modelo é ainda complementado por prestadores de saúde públicos geralmente regidos por órgãos municipais, que atendem à população sem acesso aos seguros de saúde existentes.

30 <https://www.larepublica.co/especiales/especial-salud-agosto-2019/como-y-cuando-es-mas-conveniente-adquirir-un-plan-de-medicina-prepagada-2901113>.

31 <https://actualicese.com/aporte-a-salud-2023-en-el-regimen-contributivo/>.

4.8

Conclusão e discussão

A comparação dos sistemas de saúde nos Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia evidencia divergências e pontos de convergência na ação governamental e na precificação dos seguros. Em todos esses países, a presença do governo é muito relevante, seja através de regulamentações ou da provisão direta de serviços de saúde. No entanto, a maneira como cada país equilibra a intervenção estatal e a participação do setor privado varia consideravelmente.

Nos Estados Unidos, a abordagem é predominantemente orientada para o mercado, com um papel significativo do governo na regulação, especialmente após a promulgação do *Affordable Care Act* (ACA). O ACA estabeleceu normas como a proibição de discriminação contra indivíduos com condições pré-existentes e a criação de *marketplaces* para facilitar a aquisição de seguros. A precificação dos prêmios é baseada em fatores como idade, localização e hábitos de vida, e está sujeita a revisões anuais por especialistas independentes. As seguradoras podem ajustar os prêmios com base nesses fatores, mas esses ajustes estão sujeitos a revisões anuais por especialistas independentes, o que busca garantir que os aumentos sejam justificados e equitativos. Com a exceção dos Estados Unidos, todos os demais países analisados possuem sistemas universais de saúde, em geral, através de seguros públicos, complementados por seguros privados, como forma de manter a sustentabilidade do sistema.

A Austrália adota um sistema público universal, complementado por seguros privados incentivados por subsídios fiscais e programas específicos. O governo regula a precificação dos prêmios através do *Private Health Insurance Act 2007*, proibindo a discriminação baseada em características individuais e controlando os reajustes anuais. A precificação é baseada em critérios como idade e localização geográfica, e as seguradoras devem submeter qualquer aumento de prêmios à aprovação governamental, assegurando que os custos permaneçam acessíveis para os consumidores.

Na França, o sistema é universal e público, com uma integração significativa de seguros complementares privados. O governo regula indiretamente a precificação dos prêmios, estabelecendo critérios baseados em idade, local de residência e composição familiar. Embora as seguradoras

privadas ofereçam seguros complementares, elas são obrigadas a seguir as diretrizes governamentais que garantem cobertura mínima e evitam discriminação. Incentivos fiscais e leis que obrigam a cobertura para empregados ajudam a manter a acessibilidade no sistema.

A Alemanha combina seguros de saúde públicos (SHI) obrigatórios e privados, com uma intervenção governamental na definição de diretrizes e na redistribuição de recursos. No país, os prêmios dos seguros são determinados com base no risco do segurado no momento da contratação e são ajustados conforme a idade e os custos médicos. Medidas como a reserva de receitas para subsídios futuros e a exigência de planos *standard* equivalentes ao SHI (*Statutory Health Insurance*) buscam manter os prêmios acessíveis, mesmo com o envelhecimento da população.

No Japão, o sistema universal é caracterizado por copagamentos variáveis e seguros privados complementares. O governo desempenha um papel central na definição da estrutura dos prêmios e na regulação dos seguros privados, que são baseados em idade, sexo e cobertura. Esta abordagem busca equilibrar a provisão de serviços universais com a sustentabilidade financeira do sistema. Os prêmios de seguros de saúde são definidos pelo governo, com regulação sobre os seguros privados complementares. Os prêmios são baseados em critérios como idade, sexo e tipo de cobertura, e há uma divisão de custos entre empregadores e empregados para os seguros públicos. A regulação visa equilibrar a provisão de serviços universais com a sustentabilidade financeira do sistema, garantindo que os prêmios permaneçam dentro de limites acessíveis.

A Colômbia implementou um sistema de saúde universal com três regimes: contributivo, subsidiado e vinculado. O governo central regula os prêmios, fixados em uma porcentagem dos rendimentos para o regime contributivo, e incentiva a adesão a seguros privados complementares. Este modelo assegura a cobertura universal enquanto promove a participação do setor privado. A precificação dos seguros de saúde no regime contributivo é fixada em 12,5% dos rendimentos, divididos entre empregadores e empregados, com trabalhadores independentes contribuindo de maneira ajustada. Os seguros privados complementares, conhecidos como *Medicina Prepagada*, oferecem benefícios adicionais e têm seus prêmios baseados em idade, nível de cobertura e histórico médico. A regulação governamental incentiva a adesão a esses seguros, mantendo uma estrutura de preços que busca balancear acessibilidade e cobertura adicional.

Os desafios comuns incluem a necessidade de garantir sustentabilidade financeira diante de populações envelhecidas, como observado no Japão e na Alemanha, e a busca por maior equidade no acesso aos serviços de saúde, como é um desafio constante nos Estados Unidos e na Colômbia. A regulação da precificação dos seguros varia entre os países, com abordagens mais diretas na Austrália e França, enquanto nos Estados Unidos e Colômbia a regulação foca em parâmetros específicos e incentivos.

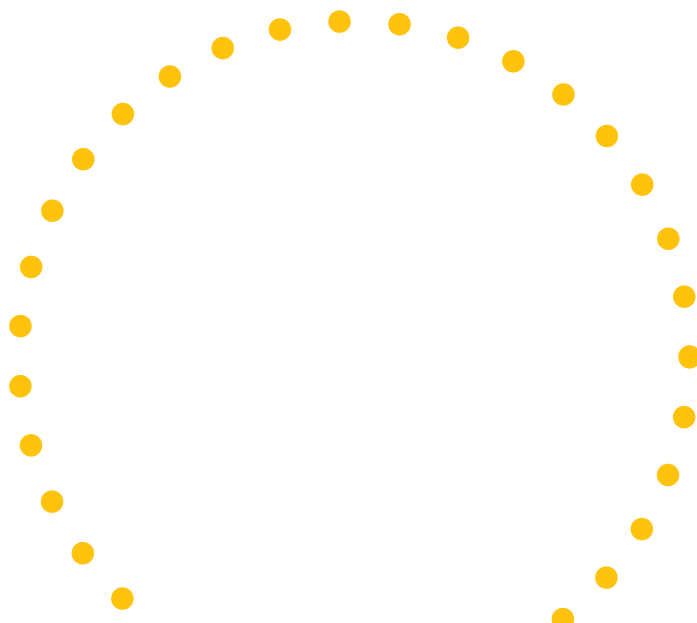
As diferenças nos sistemas de saúde podem ser analisadas sob três aspectos principais: orientação de mercado *versus* intervenção estatal, modelo de financiamento e regulação da precificação. Os Estados Unidos se destacam como o único país com uma predominância da orientação para o mercado, com regulamentações focadas na proteção do consumidor e na acessibilidade dos serviços de saúde. Em contraste, países como Austrália,



França, Alemanha, Japão e Colômbia adotam sistemas com marcante intervenção estatal, com participação do setor privado, em geral complementar ao público. Nesses países há uma variação na combinação de recursos públicos e privados, porém, o gasto público é predominante em todos eles. Ademais, nos Estados Unidos, há uma dependência significativa de seguros privados, enquanto a Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia adotam modelos que combinam financiamento público com seguros privados complementares.

Independentemente das diferenças estruturais, todos os países estudados compartilham algumas semelhanças importantes. Primeiramente, a intervenção governamental é relevante em todos os casos, seja através de diretrizes específicas, subsídios ou regulamentações rigorosas, para assegurar a cobertura universal e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Em segundo lugar, todos os sistemas combinam recursos públicos e privados, com os seguros privados desempenhando um papel complementar na maioria dos casos. Esse papel complementar do setor privado visa garantir a sustentabilidade financeira e a ampla cobertura populacional para além dos serviços essenciais. A exceção é os Estados Unidos, onde o setor privado possui um papel central no sistema de saúde, e que enfrenta desafios significativos com relação a acesso e equidade.

Em síntese, apesar das diferenças nas abordagens e modelos de financiamento, a atuação governamental em todos os países estudados é essencial para a regulação dos seguros de saúde e a garantia de uma cobertura equitativa e sustentável. A interação estratégica entre o setor público e privado é fundamental para enfrentar os desafios e assegurar a equidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.



Referências

“2019-20 Federal Budget Submission.” 2020.

Ashraf, Badar Nadeem. 2020. “Economic impact of government interventions during the COVID-19 pandemic: International evidence from financial markets.” *Journal of behavioral and experimental finance* 27: 100371.

Atal, J. P., Fang, H., Karlsson, M., Ziebarth, N. R., 2023. “German Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence”. *NBER Working Paper Series*

Axelson, Henrik, e Marielle Phe Goursat. 2019. “Providing Additional Benefits Coverage: A Review of Country Experiences to Inform Viet Nam ’ s Revision of the Health Insurance Law.”

Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. 2013. “Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns”. *Annual Review of Sociology*, 39, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>

Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. 2014. “Health economics”. Palgrave Macmillan.

Blumel, Miriam, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, and Reinhard Busse. 2020. “Germany: Health System Review.” *Health Systems in Transition*. Vol. 22.

Buchmueller, Thomas C, and Agnes Couffinhal. 2004. “Private Health Insurance in France.” *OECD Health Working Papers*. Vol. 3.

Burau, V., & Blank, R. H. 2006. “Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems”. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8(1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>

Busse, Reinhard. 2009. “The German Health Care System.” Couffinhal, Agnès, and Carine Franc. 2020. “Regulating Private Health Insurance: France’s Attempt at Getting It All.” In *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, 142–79. <https://doi.org/10.1017/9781139026468.005>.

Cutler, David M., and Fiona Scott Morton. 2013. “Hospitals, Market Share, and Consolidation.” *Jama* 310 (18): 1964–70. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281675>.

DREES. 2021. “Panoramas de La Drees. Les Établissements de Santé.” <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>.

Gostin, Lawrence O., et al (2019). “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”. *The lancet*, 393(10183), 1857-1910.

Greß, Stefan. 2016. “Germany.” In *Voluntary Health Insurance in Europe : Country Experience*. World Health Organization.

Healy, Judith, Evelyn Sharman, and Buddhima Lokuge. 2006. “Australia: Health System Review.” <https://iris.who.int/handle/10665/107803>.

Koch, Thomas G., Brett W. Wendling, and Nathan E. Wilson. 2017. “How Vertical Integration Affects the Quantity and Cost of Care for Medicare Beneficiaries.”



- Journal of Health Economics* 52: 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.12.007>.
- Kwon, Soonman, Naoki Ikegami, and Yue-Chune Lee. 2020. “Private Health Insurance in Japan, Republic of Korea and Taiwan, China.” In *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, 304–24. Cambridge University Press.
- Medici, A., & Weaver, B. B. (2006). Health policies and economic blocks.
- Mrejen, M., Millett, C., & Hone, T. 2022. “Sistemas de Saúde: O que são, por que são tão diferentes em cada país e como o Brasil se compara?” In R. Rocha, M. Lago, & F. Giambiagi (Eds.), *A saúde do Brasil*. Casa Publicadora São Paulo Eirele.
- Nganje, William, and Kwame Asiam Addey. 2019. “Health Uninsurance in rural America: a partial equilibrium analysis”. *Health economics review*, 9, 1-15.
- Or, France Zeynep, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppänen, Cristina Hernández-Quevedo, Erin Webb, Morgane Michel, and Karine Chevreul. 2023. “Health Systems in Transition – France: Health System Review 2023.” *Health Systems in Transition* 25 (3): 2023. www.healthobservatory.eu.
- Or, Zeynep, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppänen, Cristina Hernández-Quevedo, Erin Webb, Morgane Michel, and Karine Chevreul. 2023. “France Health System Review 2023.” *European Observatory on Health Systems and Policies*. Vol. 25.
- Peng, Lizhong. 2017. “How Does Medicaid Expansion Affect Premiums in the Health Insurance Marketplaces?” *American Journal of Health Economics* 3 (4): 550–76. <https://doi.org/10.1162/ajhe>.
- Perronnin, Marc, Aurélie Pierre, and Thierry Rochereau. 2011. “Complementary Health Insurance in France: Wide-Scale Diffusion but Inequalities of Access Persist.” *Issues in Health Economics* 161 (January). <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES161.pdf>.
- Pierre, Aurélie, and Florence Jusot. 2017. *The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France. Health Policy*. Vol. 121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.004>.
- Poterba, J. M.. 1996. “10 Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why?”. *Individual and social responsibility*, 277.
- Post, Brady, Tom Buchmueller, and Andrew M. Ryan. 2018. *Vertical Integration of Hospitals and Physicians: Economic Theory and Empirical Evidence on Spending and Quality. Medical Care Research and Review*. Vol. 75. <https://doi.org/10.1177/1077558717727834>.
- Resende, M. and Zeidan, R., 2010. “Adverse selection in the health insurance market: some empirical evidence”. *The European Journal of Health Economics*, 11, pp.413-418.
- Sakamoto, Haruka, Mizanur Rahman, Shuhei Nomura, Etsuji Okamoto, Soichi Koike, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami, et al. 2018. “Japan Health System Review.” In *Health Systems in Transition*. Vol. 8. World Health Organization - Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.
- The Economist. 2020. “Health System Sustainability in Japan Priorities for Structural Reform.”
- Vargas, Ingrid, María Luisa Vázquez, Amparo Susana Mogollón-pérez, and Jean-pierre Unger. 2010. “Barriers of Access to Care in a Managed Competition Model : Lessons from Colombia.” *BMC Health Services Research* 10 (297).
- Zhai, Shaoguo, Shuiping Yuan, and Quanfang Dong. 2021. “The impact of health insurance on poverty among rural older adults: an evidence from nine counties of western China.” *International Journal for Equity in Health* 20 :1-11.