

Resumo

A presente nota apresenta as características dos sistemas de seguros públicos de saúde e analisa as suas características em relação a Cobertura Universal de Saúde.

Os sistemas de seguros públicos obrigatórios representam uma melhoria no acesso e proteção financeira nos contextos onde não existia cobertura pública de saúde. No entanto, apresentam desafios em termos de inequidades no financiamento e no uso dos serviços, de cobertura de coletivos fora da economia formal, elevados custos administrativos para gerir reembolsos por cada acto médico e altas/baixas constantes do mercado laboral. A evidência internacional atual recomenda priorizar a tributação geral e não condicionar o atendimento de saúde ao pagamento duma determinada taxa ou imposto.

1. Introdução: Seguros sociais de saúde

Os seguros públicos ou sociais de saúde são mecanismos de financiamento utilizados pelos governos para possibilitar o acesso aos serviços de saúde. Arrecadam fundos provenientes dos salários ou contribuições dos assegurados e utilizam para financiar serviços para os seus assegurados. Precisam de liderança dos governos, como gestores ou como supervisores, e são fortemente complementados com Orçamento de Estado proveniente de impostos gerais.

Os seguros públicos de saúde são iniciativas baseadas na solidariedade, que promovem a redistribuição de custos e riscos entre diferentes grupos sociais, e têm como objetivo reduzir ou eliminar as despesas empobrecedoras..

Os seguros de saúde iniciaram em pequenos grupos sociais que contribuíam com quantidades para receber apoio em momentos de falecimento de familiar. Geralmente, estes pequenos fundos estavam ligados a determinadas profissões e foram progressivamente ampliados para incluir atendimento em saúde. A reforma de Bismarck em 1883 na Alemanha tornou obrigatória a inscrição nestes fundos e colocou-lhes baixo a proteção do Estado para ganhar em legitimidade.

Os seguros públicos de saúde foram também implementados na América Latina desde inícios do s.XX, e a partir dos anos 2000 na África Subsahariana, especialmente depois da difusão de políticas realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e outros parceiros.

De forma geral, os seguros públicos de saúde obtêm bom resultados em termos de cobertura e acesso aos serviços para aqueles grupos que estão cobertos, mais estes resultados podem se obter também com financiamento baseado em impostos gerais. Na África, as taxas de cobertura de seguros de saúde são geralmente baixas, exceito casos concretos como Gâna e Ruanda. Pode levar décadas conseguir incluir todos os grupos da população, debido as dificuldades de inscrição, de disponibilização de serviços e complexidade de incluir partes da população financiadas com impostos gerais.

Estes sistemas são geralmente mais custosos que os financiados com impostos gerais. Também são geralmente menos progressivos no financiamento e menos equitativos na despesa (qualidades e financiamento diferenciado).

Esta nota pretende oferecer uma visão global do desempenho dos seguros sociais de saúde com a base do quadro estratégico da OMS para financiamento de saúde.

3. Objetivos da Cobertura Universal

A Cobertura Universal de Saúde, incluída nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, compromete aos países a trabalhar para conseguir acesso universal aos serviços segundo necessidade e proteção financeira.

O quadro estratégico proposto por Kutzin (2013) estabelece como objetivos da Cobertura Universal o acesso universal com qualidade, a equidade no financiamento, proteção financeira (evitar despesas empobrecedoras), a equidade na distribuição dos recursos e a eficiência.

3.1 Acesso segundo necessidade

Este objetivo pretende assegurar que todas as pessoas recebam os serviços que precisam independentemente de outros factores. Para isto, a organização do financiamento deve incluir a todas as pessoas, e os serviços devem estar disponíveis.

Os seguros públicos de saúde estão geralmente baseados em descontos do salário e iniciam com determinados grupos da população, com foco na economia formal. Mais adiante, são incluídos progressivamente outros grupos da sociedade (trabalhadores por conta própria, desempregados, etc.).

Os seguros públicos de saúde apresentam dificuldades para incluir as pessoas de menor rendimento. Os grupos da sociedade incluídos em primeiro termo têm poucos incentivos a aceitar novos membros que vão ter uma baixa contribuição e um elevado uso. A planificação do fundo pode ser completamente diferente, virada para incluir todos os grupos da sociedade desde o início.

Se os fundos de seguro estão baseados no salário, tenderão dificuldades para incluir aqueles que não estão na economia formal, pessoas que trabalham em condições temporais, precárias ou descontínuas, pessoas que realizam trabalho não remunerado, especialmente trabalho doméstico e de cuidado de pessoas dependentes, etc. Para garantir universalidade, deve-se incluir todos os grupos da sociedade, não selecionar por posição no mercado de trabalho.

Na hora de propor subsídios públicos, é comum o enfoque da identificação individual. Mais esta é custosa e pode não ser adequada num contexto de mudanças laborais e de posição socioeconómica. No caso de optar por um financiamento via seguro público de saúde, **a OMS recomenda-se inscrição automática e obrigatória, de forma a juntar toda a população num só fundo.**

Além das possibilidades de inscrição no fundo, será relevante garantir que os serviços existem, estão disponíveis em zonas rurais onde os beneficiários possam usar.

3.2 Qualidade

Este objetivo pretende assegurar que o atendimento recebido por todas as pessoas é de elevada qualidade, de forma a melhorar o estado de saúde das pessoas. Existe evidência sobre o baixo nível geral de qualidade dos sistemas de saúde, especialmente em contextos de baixo rendimento (Comissão sobre Qualidade do Lancet, 2018). A evidência não mostra diferenças relevantes em qualidade entre diferentes mecanismos sistemas de financiamento, nem entre provisão pública ou privada.

3.3 Proteção financeira

Este objetivo pretende garantir que as pessoas não incorrem em despesa catastrófica (ou empobrecedora) quando acedem aos serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde fixa em 10% ou 25% da despesa do agregado familiar o limite para as despesas de saúde serem consideradas catastróficas.

Os seguros públicos de saúde geralmente servem para eliminar ou reduzir as taxas de usuário, por tanto normalmente têm um bom desempenho em proteção financeira. No entanto, as taxas não são geralmente eliminadas na sua totalidade, e continuam representando um determinado nível de barreiras de entrada. Em determinados contextos, o facto de transitar para um sistema de saúde implica que os excluídos do seguro enfrentam taxas de usuário ainda mais elevadas, como no caso de Colômbia (Gaviria, 2005).

3.4 Eficiência

A análise de eficiência pode se realizar desde o ponto de vista da arrecadação e da despesa.

A arrecadação é geralmente mais eficiente se a fonte de recursos são impostos gerais diversificados, devido à simplicidade administrativa e economias de escala. Quando a arrecadação é feita na base do salário, depende de entradas e saídas constantes da população do mercado laboral, e no caso de esquemas para economia informal, depende das contribuições individuais e re-inscrições, o qual gera custos administrativos elevados. Se o direito a receber atendimento depende da situação no mercado laboral, são gerados custos administrativos adicionais elevados, de comprovação de pagamento.

Do lado da despesa, os sistemas financiados com impostos gerais vão associados geralmente a provisão pública, foco no atendimento primário e prevenção com intervenções de escala populacional. Os sistemas financiados com salários (seguros de saúde) estão geralmente mais focados no atendimento hospitalar, o qual pode trazer custos operacionais mais elevados. A ligação entre níveis de atendimento não é forte normalmente, e em muitos casos são contratados provedores privados que aumentam significativamente os custos comparativamente a uma provisão pública. Nos casos em que se geram actos administrativos por cada acto médico (reembolsos), encarece-se também a prestação de serviços.

3.5 Equidade na distribuição dos recursos

Equidade na distribuição dos recursos significa que todos os recursos disponíveis do sistema de saúde, de todas as fontes e executadas por todos os tipos de provedores, devem poder ser utilizados de forma igualitária por todos os cidadãos, independentemente do mecanismo de financiamento que lhes inclua.

Os sistemas baseados em impostos gerais e provisão pública têm geralmente perfis mais igualitários de distribuição dos recursos, incluindo serviços mais acessíveis a todos e qualidades mais semelhantes. Em quanto os sistemas públicos de seguro, oferecem geralmente provisão segmentada com diferentes quantidades alocadas por tipo de paciente para a mesma doença, por tanto são menos equitativos. Alguns exemplos são Kenya (Barasa, 2018), Tanzania, Tailândia ou México (Savodoff, 2009).

	Pontos fortes dos seguros de saúde	Desafios
Acesso universal	Podem aumentar significativamente o acesso aos serviços de saúde , de igual forma que outros mecanismos de financiamento, e	<ul style="list-style-type: none"> - Geralmente, os seguros são direcionados para um segmento da população (economia formal ou determinados trabalhadores). - Por tanto, é comum que gerem exclusão de forma natural (excluir a todos aqueles que não cumprem o requisito de contribuir) - Os programas que buscam incluir “os pobres” têm enormes desafios na inscrição, retenção e uso dos serviços. Os provedores geralmente preferem outros tipos de pacientes

	dependendo como sejam planificados	(que podem pagar no momento e que não dependem de pagamentos do governo que podem chegar tarde e mal) - Pertencer a um fundo de seguro não implica que o serviço esteja disponível , nem em abrangência nem geograficamente.
Qualidade	A fonte de financiamento não é um factor relevante para obter uma qualidade de atendimento elevada. Os sistemas de seguro têm qualidades semelhantes ao resto.	- Qualidades diferenciadas entre aqueles que formam parte dos sistemas de seguro e aqueles excluídos
Proteção financeira	Os seguros podem proteger financeiramente se são desenhados para tal fim (evitar taxas de usuário)	- Só cobrem os assegurados - As taxas de usuário podem continuar a existir - Os que ficam fora do seguro seguem pagando taxas, também mais elevadas
Eficiência		- Os sistemas de seguro são geralmente menos eficientes na arrecadação (mais complexa administrativamente) e na prestação (mais atendimento hospitalar, menor foco na prevenção, menor coordenação entre o atendimento primário e o resto do sistema)
Equidade no uso dos recursos	Pode contribuir a equidade se for desenhado para tal fim	- Inequidades no uso dos recursos (os assegurados recebem mais recursos)

4. Funções de financiamento

4.1 Arrecadação

Esta função tem como objetivo angariar os recursos necessários para o financiamento do acesso aos serviços para toda a população.

Geralmente, a base de arrecadação dos Estados são os chamados “Impostos Gerais” sobre todos os factores da economia (rendimentos do trabalho e do capital (IRPS), rendimentos empresariais (IRPC), consumo (IVA, ICE, incluindo importações), impostos especiais (jogo). Em alguns países, também existe tributação sobre propriedade e riqueza (património financeiro, imobiliário e artístico).

As recomendações da OMS sobre arrecadação para financiar sectores de saúde incluem que os fundos sejam **públicos** (geridos publicamente), e preferivelmente **progressivos** (que mais tem, mais contribui), de forma a conseguir o objetivo final de “equidade no financiamento”.

Neste contexto, os **seguros sociais de saúde** estão baseados no pagamento de **impostos sobre rendimentos do trabalho** (salários), que depois são consignados à saúde. Por tanto, decidir qual é a fonte de recursos para financiar o sector é essencialmente de um assunto de **política tributária**.

Ventagens atribuídas à arrecadação via impostos sobre rendimentos do trabalho:

- Relevante capacidade de arrecadação, especialmente naqueles contextos com descontos salariais elevados (14% na Costa Rica, 15% na Alemanha).
Esta capacidade de arrecadação pode se conseguir com uma combinação de outros impostos gerais também, de forma mais diversificada (Wagstaff, 2009, Gabani, 2021).

- Consigna automaticamente ou reserva fundos para saúde num fundo específico, independentemente da negociação parlamentar sobre orçamento.

Desvantagens atribuídas à arrecadação via impostos sobre rendimentos do trabalho:

- **Concentra as contribuições sobre o factor trabalho.** Isto tem varios efeitos:
 - o **A base de arrecadação é limitada e está sujeita a volatilidade no mercado laboral.** Em períodos de elevado desemprego, a base financeira do sector saúde pode ser ver significativamente reduzida.
 - o Pode promover a informalidade laboral, ao aumentar os custos do factor trabalho (Wagstaff, 2009)
 - o **Exime outros factores da economia, como o capital, de contribuir especificamente para a saúde** (alugueres, rendimentos empresariais, rendimentos de activos financeiros, propriedade, património, herencias). Isto funciona como uma dupla tributação do factor trabalho (que já desconta IRPS), e como uma isenção de facto aos rendimentos adicionais não-laborais recebidos pelos grupos sociais mais aventajados. Num contexto de aumento rápido da desigualdade social (MEF, 2016), deverá se pôr atenção às medidas fiscais como esta.
- **Maior complexidade de gestão,** já que geralmente liga o pagamento deste imposto com o direito a receber os serviços de saúde (gerir altas/ baixas/mudanças constantes do mercado laboral, e gerir a exclusão dos que estão fora do esquema, geralmente com serviços paralelos)
- **Precisa elevada formalidade da economia**
- **Não resolve desafios fundamentais de governação:** Se há dificuldades para gerir um sistema baseado em impostos gerais, estas dificuldades vão continuar num sistema baseado em impostos sobre o trabalho e com estruturas mais complexas de governação.

Também são relevantes os efeitos distributivos de financiar com impostos adicionais ao factor trabalho, que afectam as desigualdades:

- Os descontos mensais são geralmente proporcionais (não progressivos)
- **As contribuições mensais podem chegar a ser regressivas** se tivessem contribuições fixas para alguns grupos da sociedade, como no caso do sector informal no Kenya (todos pagam igual), ou se tivessem um máximo, de forma que os mais ricos tem uma parte do seu salário isentada deste imposto. Nesses casos, os que mais têm, contribuem proporcionalmente menos (regressividade).

Os fundos de seguros públicos de saúde devem ser fortemente complementados com Orçamento de Estado em todos os casos, porque a sua viabilidade financeira seria difícil só com os descontos salariais. Estes complementos são muito elevados, representam em países de America Latina entre 20-50% dos fundos (Mathauer e Behrendt, 2017), e um 75% no Gâna (Witter, 2007).

Nos casos em que os fundos só cobrem uma parte da população (não oferecem acesso universal), estas contribuições do Orçamento de Estado financiadas por todos vão para um segmento da população, geralmente mais privilegiado, e por tanto são também regressivas.

4.2 Agregação

A função de agregação tem como objetivo juntar todos os fundos possíveis destinados ao financiamento do sector saúde num só fundo, de forma que todos os sectores da sociedade participem do mesmo fundo e possa existir subsídio cruzado entre eles.

Os sistemas contributivos podem gerar exclusão de forma natural, se a participação nestes fundos estivesse ligada à participação no mercado laboral. A exclusão pode ser para coletivos que não estão no emprego formal, ou que sofrem desemprego em etapas centrais da vida, empregos intermitentes, ou trabalho não remunerado. Neste sentido, considera-se que os sistemas de seguro que ligam pagamentos com serviços não contribuem para a igualdade de género, já que as mulheres sofrem geralmente mais precariedade laboral e trabalho doméstico e não remunerado (Vijayasingham, 2020). Nestes casos, os governos deverão decidir o que fazer com a exclusão.

Um sistema contributivo pode conseguir um máximo de agregação se todas as pessoas estão incluídas no sistema, independentemente da sua situação e posição laboral, e todos os recursos entram no mesmo espaço de redistribuição. Para isso, deve se clarificar qual é a base para receber o serviço (basis for entitlement), sendo que a recomendação é **desligar contribuições de prestação de serviços.**

Um bom exemplo (e único) de isto é Costa Rica. Depois de iniciar com os trabalhadores formais em 1941, todas as pessoas foram progressivamente incluídas no sistema. Algumas pagam, outras não, dependendo da sua situação laboral e financeira, mais os serviços são para todos com um pacote único e provisão pública e unificada. Os médicos não podem diferenciar a situação contributiva do paciente.

Os sistemas contributivos têm uma certa tendência a fragmentar o financiamento, já que tradicionalmente estão planificados só para determinados grupos da sociedade (economia formal, funcionários). O resto da população deve ser financiado via Ministério da Saúde ou via pagamentos no ponto de uso. A existência de múltiplas vias de financiamento para os mesmos provedores com pacotes e mecanismos de pagamento diferenciados genera complexidade administrativa e ineficiência.

4.3 Desenho do pacote de serviços

A função transversal de desenho de pacote de serviços inclui todas as características dos serviços que serão oferecidos com os recursos públicos a ser arrecadados, agregados e alocados para tal fim.

Nível de universalidade no acesso:

No âmbito da Cobertura Universal de Saúde, uma prioridade é assegurar que “ningém fica atrás” e por tanto todos os cidadãos são incluídos. Kutzin (2013) lembra que “universal significa universal”, e esta característica deve ser incluída nos sistemas de saúde desde o desenho do pacote de serviços.

Os sistemas públicos de seguro de saúde têm a potencialidade de ser completamente universais, mais geralmente estão dirigidos a grupos concretos da sociedade que podem pagar contribuições salariais, e por tanto generam exclusão de forma natural.

Incluir a toda a população implica fazer explícito o subsídio que os que contribuem otorgam aos que não contribuem, o qual não sempre é possível politicamente. É comum que os incluídos nos seguros bloqueem a entrada de novos membros, especialmente se estes têm menos recursos e maiores perspectivas de uso dos serviços.

Existem poucos exemplos de países com população totalmente coberta com seguros públicos de saúde. Alemanha conseguiu chegar ao 100% da população depois de 128 anos de inclusão progressiva de diferentes coletivos, incluindo desempregados. Costa Rica levou menos tempo. Mais em todos os casos requiere um grande esforço político e orçamental.

Políticas para incluir aos excluídos:

Geralmente, esta consiste num subsídio público para assegurar a inscrição dos que não podem pagar. Os subsídios são consideráveis na maioria de países, especialmente na América Latina, entre 20% o 50% do volume dos fundos de seguro (Mathauer e Behrendt, 2016), e na África, por exemplo no Gâna, onde a população subsidiada é um 75% dos que estão cobertos no fundo (Witter, 2017).

Alguns autores argumentam que, dada a relevância do Orçamento de Estado nos fundos de seguro, deveria ficar claro que o uso dos serviços é mais por direito de cidadania que por pertença a um fundo de seguro (Bayarshaikhan e Musango, 2016).

Esta política encontra-se com dificuldades sérias para a sua implementação, especialmente por erros de inclusão e exclusão, por exemplo na Colômbia, onde uma parte importante do quintil 1 foi excluída, e uma parte relevante do quintil 5 (mais rico), foi incluída (Gaviria, 2005). As dificuldades e elevados custos de identificação individual e coletiva das pessoas que “merecem” um subsídio são bem identificadas na literatura (Mkandawire, 2005).

Basis for entitlement:

Todos os sistemas de saúde estabelecem regras que dão “direito a usar os serviços”. Os Estados decidem se o acesso aos serviços têm alguma ligação com algum tipo de pagamento relacionado com saúde ou não.

As regras mais habituais para aceder aos serviços (basis for entitlement) são:

	Formas de aceder aos serviços
Não ligam pagamentos com acesso aos serviços (de-link)	Como direito de cidadania ou de residência
Ligam pagamentos com acesso aos serviços	Contribuindo a um seguro público de saúde
	Por capacidade de pagamento (seguro privado ou pagamentos no ponto de uso)

Kutzin (2016) recomenda explicitamente transitar para sistemas que desliguem o pagamento do uso. Isto pode ser feito pelas políticas públicas, estabelecendo um pacote único com qualidade unificada para todas as pessoas na sociedade, sendo que uns contribuem e os outros são subsidiados, e sem diferenças nas modalidades de acesso. Isto não é muito habitual.

Conteúdo do pacote

Os seguros sociais de saúde geralmente oferecem um pacote diferenciado em conteúdo e qualidade para os seus membros, comparativamente a aqueles que não estão incluídos. Isto é uma característica que pode ser modificada quando se definem os pacotes de benefícios. Igualar pacotes é uma das estratégias para diminuir a segmentação observada na prestação de serviços de saúde, especialmente em países com seguro social (Cotlear, 2015).

Os objetivos de saúde pública incluídos nas políticas públicas não sempre são fáceis de incluir nos pacotes de serviços dos seguros públicos de saúde, dependendo do tipo de provedores. Se houver provedores privados, estes preferem serviços rentáveis, enfoques individualizados e alta tecnologia. Podem se planificar pacotes de serviços com objetivos de saúde pública, mais o papel do Estado pode quedar limitado dependendo das estruturas de gestão do seguro social de saúde.

A evidência mostra que o foco nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) beneficia os grupos mais desfavorecidos socialmente (Castro-Leal, 2015), e tem a potencialidade de melhorar o estado de saúde da população de forma mais eficiente, também, por exemplo, na prevenção e tratamento das Doenças não transmissíveis (NCD and ECON). Isto é mais difícil de implementar num sistema de seguro social de saúde com provedores fragmentados, por exemplo.

Número de qualidades

Geralmente, os sistemas públicos de seguro oferecem serviços para os seus assegurados, de **qualidade mais elevada comparativamente a aqueles que não estão assegurados**. Alguns exemplos são os sistemas segmentados de América Latina (Cotlear, 2015), onde os que descontam têm as suas próprias clínicas dependentes dos fundos de seguro, e o resto da população vai aos centros de saúde geridos pelo Ministério de Saúde.

Nestes casos, ambos sistemas são geridos publicamente, por tanto trata-se de políticas deliberadamente desiguais, e muito difíceis de reverter. Quando México tentou unificar os dois blocos, os assegurados não aceitaram a integração com milhões de pessoas consideradas pobres, e a única opção do governo foi estender os serviços segmentados específicos para pobres para um maior número de pessoas (Lakin, 2016).

A ideia teórica de que pode se incluir a todos num mesmo fundo de seguro precisa de muito compromisso político e regras estritas respeito ao tratamento que recebem todos os grupos sociais. É frequente que os provedores de saúde tratem pior a aqueles que não podem fazer pagamentos adicionais, por exemplo no Kenya (Kabia, 2019)

Número de opções de entrada

A planificação do pacote também deve incluir o número e tipo de vias de entrada ao pacote. Serão as mesmas para todos ou não? Se são definidas diferentes opções de entrada, algumas delas com copagamento, ou com sector privado com incentivos no no-pagamento, os resultados serão maior desigualdade no uso dos serviços.

Vias de entrada/acesso ao pacote

As decisões sobre o pacote de serviços implicam estabelecer as formas de entrada (uso) ao pacote de serviços, incluindo o racionamento e as taxas de usuário.

Geralmente, os sistemas de seguro servem precisamente para evitar as taxas de usuário (*user fees / out-of-pocket payments OOP*) no momento do uso. O desempenho neste sentido é geralmente bom: Nos contextos com elevadas taxas de usuário, a introdução de sistemas de seguro geralmente traz menores pagamentos no ponto de uso para os assegurados, mais não a sua eliminação completa. Os provedores geralmente continuam requerindo pagamentos no ponto de uso ao considerar o financiamento do seguro insuficiente.

Para os que não conseguem estar inscritos no seguro, os pagamentos geralmente são mais elevados que antes de existir o fundo de seguro.

	Pontos positivos	Desafios
Arrecadação	<p>Elevada capacidade de arrecadação em contextos de economia formal, e quando as contribuições são elevadas (até 14% do salário)</p> <p>Não precisa negociação parlamentar nem priorização no Orçamento de Estado, se houver um fundo separado: Os recursos são destinados só a Saúde. (Mais sim precisa</p>	<ul style="list-style-type: none">- Isenta os rendimentos do capital mobiliário, imobiliário e empresarial de este imposto para financiar a saúde- Foca o financiamento, por tanto, no factor trabalho – Dupla tributação - Questionável- Financiamento proporcional ao salário, e não progressivo <p>Algumas vezes inclui limites de contribuição, o que o faz ainda mais regressivo</p> <ul style="list-style-type: none">- Depende das oscilações do mercado laboral

	priorização para os fundos complementares necessários)	<ul style="list-style-type: none"> - Precisa sempre de contribuições do Orçamento de Estado (para investimentos, para incluir os não-contribuintes, ou simplesmente para cobrir custos). Estas contribuições do OE podem ser regressivas, se só beneficiam uma parte da população (“os assegurados”)
Agregação	Permente a agregação de todas as contribuições junto ao Orçamento de Estado para financiar os serviços ao 100% da população. Isto pode ser feito de forma mais simples num sistema baseado em impostos gerais (tax-based).	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusão natural dos não contribuintes - Ligação entre contribuições e prestações, não recomendada - Elevado risco de fragmentação das fontes de financiamento (em diferentes fundos) - Dificuldade de incluir grupos que contribuem menos
Alocação	Podem existir sistemas de seguro que garantam serviços iguais para todos, bem como equidade na distribuição dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Segmentação da prestação em qualidades diferenciadas - Geralmente sistemas mais onerosos, porque respondem aos incentivos dos provedores e dos “assegurados” (medicina especializada, tratamento individualizado) e pouca prevenção - Coordenação limitada entre primária e secundária
Pacote de serviços	Podem existir sistemas de seguro que priorizem serviços de escala populacional, primária, prevenção, e com serviços iguais para todos (Não é frequente)	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso geralmente não universal. Dificuldades para universalizar - Ligação entre pagamento e uso dos serviços não recomendada - Geralmente pacotes diferenciados por níveis de contribuição - Desafio para construir um pacote de serviços baseado em critérios de saúde pública

Por quê Costa Rica é um caso único de seguro de saúde?

Arrecada via salários, mais:

- **Cobre a toda a população** em alguma das categorias (empregado, auto-empregado, desempregado)
- **Trata igual** a toda a população
- **As vias de entrada são idênticas para todos** (centros de saúde e hospitais públicos)
- **Não segmenta o atendimento** por tipo de emprego nem por nível de rendimento
- Os resultados de Costa Rica são muito bons, mais o sistema é considerado caro

Por quê tantos países abandonaram os sistemas de seguro nos anos 80?

Porque não queriam:

- Ter cidadãos a ficar entrar/sair da cobertura a causa da sua situação laboral – Elevados custos administrativos
- Ter população excluída (desempregados, pobres, jovens)
- Ter população com doenças contagiosas sem controle e pioramentos de doenças que depois custam mais
- Ter que gerir individualmente casos de exclusão (declarações de pobreza, doenças graves)

E queriam:

- Cobrir a todos, com critérios mais fáceis, como residência, desligados da contribuição via impostos.

Riscos dos Seguros públicos de saúde e opções de mitigação

	Riscos	Mitigação / Solução
Arrecadação	Fungibilidade/ Não adicionalidade: O MEF pode reduzir a alocação de recursos, de forma que a arrecadação do Seguro não seja adicional no fim. Os sistemas de Seguro público sempre precisam recursos do Orçamento de Estado	Garantir adicionalidade dos recursos
	Fomento das desigualdades: - Focar a arrecadação no factor trabalho e isentar os rendimentos do capital (empresarial, mobiliário, imobiliário)– Limitado subsídio cruzado - Arrecadação não progressiva (geralmente proporcional)	Finançar o sector saúde com tributação: - Diversificada (proveniente de diversas fontes) - Progressiva (quem mais têm, mais paga) Aumentos de arrecadação podem se conseguir de forma menos visível, por exemplo aumentando o tramo marginal do IRPS (32%), criando um novo tramo para rendimentos elevados, ou introduzindo tributação sobre riqueza (património), entre outros. A tributação indireta sobre artigos de luxo (IVA, ICE) pode ter efeitos redistributivos. A tributação ambiental pode ser explorada.
	Imprevisibilidade: Dependente do mercado de trabalho	
	Limita a formalização da economia: Elevadas contribuições necessárias (até 14% do salário)	
	Economia política e eleitoral: Uma minoria da sociedade (economia formal) vai ter um desconto adicional para aceder a serviços que já são de acesso universal e de qualidade limitada. A redistribuição é muito visível, e não necessariamente aceitável para este grupo da sociedade que já financia maioritariamente as políticas públicas.	
Agregação	Exclusão natural dos não-contribuintes	Fundo unificado que inclua a toda a sociedade e junte todos os recursos disponíveis Não ligar status laboral com acesso aos serviços de saúde
	Elevada dificuldade de cobrar os informais	
	Elevados custos de identificar individual ou coletivamente os “isentos”, e elevados erros de inclusão e exclusão.	
	Elevados custos administrativos de gerir as entradas e saídas constantes do mercado de trabalho que marcam o acesso / exclusão dos serviços	
	Fragmentação do financiamento: Fundos diferenciados que financiam diferentes grupos da sociedade – Elevados custos de gestão e reduzido subsídio cruzado	
Alocação	Inequidade no uso dos recursos: Alocações mais elevadas para os que têm pacotes mais generosos, acedem diretamente aos níveis especializados, usufruem mais dos diagnósticos preventivos com tecnologia, ou podem assumir maiores co-pagamentos	Alocação unificada feita em base a critérios de saúde pública Evitar co-pagamentos, porque focam o uso dos recursos públicos num grupo da sociedade com maiores recursos
	Alocação a serviços demandados pelos “assegurados” não necessariamente em linha com as políticas de saúde pública. Demanda induzida pela oferta e pela informação assimétrica. Limitados serviços de prevenção e elevada tecnologia individualizada (rentabilidade)	
	“Captura do comprador”: Se foram contratados privados, podem não existir os serviços demandados estabelecidos no pacote, por ser pouco rentáveis	
	Mecanismos de pagamento geram incentivos a sobre- ou infra-produção de serviços, filtragem de pacientes, sobre-faturação e escalção de custos	Analisar cautelosamente os mecanismos de pagamento
	Elevados custos administrativos: Cada acto médico gera um reembolso (e frequentemente uma queixa)	Evitar sistemas que precisem reembolsos
Pacote de serviços	Desigualdades: Pacotes de serviços diferenciados segundo nível de contribuição ou posição laboral	Mesmo pacote e mesmos provedores para toda a sociedade (sistema unificado)
	Desafio para implementar políticas de saúde pública, especialmente se foram contratados privados: Interesse na tecnologia de ponta (rentável), não necessariamente na prevenção	Definição do pacote disponível com recursos públicos agregados, com critérios de saúde pública

Bibliografia

- Akazili, J. et al. (2012): *Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana*. Health Policy and Planning 27:i13-i22.
- Barnighausen, T, Sauerborn, R.(2002): *One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?* Social Science and Medicine 54
- Bayarsaikhan, D. Musango, L. (2016): *Health financing issues and reforms in Africa*. International Journal of Health care. Vol 2. No.2.
- Barasa, E. Khama, R. Mwaura, N. Chuma, J. (2018): *Kenya National Hospital Insurance Fund reforms: Implications and lessons for Universal Health Coverage*. Health Systems and Reform 4(4):346-61
- Bernales-Baksai, P. (2020): *Tackling segmentation to advance universal health coverage: Analysis of policy architectures of health care in Uruguay and Chile*. International Journal of Equity in Health.
- Carrin, G., James, C. (2005): *Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal health coverage*. International Social Security Review Vol. 58.
- Castro-Leal, J. Dayton, L. Demery and K. Mehra (2000): *Public spending on health care in Africa: Do the poor benefit?* Bulletin of the World Health Organization 78(1)
- Chuma, J et al. (2012): *Does the distribution of health care benefits in Kenya meet the principles of universal health coverage?* BMC Public Health 12:20
- Cotlear, D. (2014): *Overcoming segmentation in Latin American health systems*. The Lancet.
- Fenny, A. Yates, R. Thomson, R. (2018): *Social health insurance schemes in Africa leave out the poor*. International Health., 10, 1-3.
- Figueras, J. McKee, M. Cain, J. Lessof, S. (2004): *Health systems in transition: Learning from experience*. European Observatory of Health Systems and Policies.
- Figueras, J. Saltman, R. (Eds.): (2004): *Social health insurance in Western Europe*. Open University Press.
- Gaviria, A. C et al. (2006): *Evaluating the impact of health care reform in Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes. Documentos CEDE 002682
- Jowett, M and J Kutzin (2015). *Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers*. Health Financing Policy Brief No. 1. Geneva: World Health Organization.
- Lagomarsino, G. et al. (2012): *Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia*. Lancet 380: 933-43.
- Kabia, E. et al. (2019): *We are called the et cetera: Experiences of the poor with health financing reforms that target them in Kenya*. International Journal of Equity in Health 18:98
- Kutzin, J. Cashin, S. Dip, W. (2018): *Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage*. Encyclopedia of Health Economics.
- Kutzin (2013): *Health financing for universal health coverage and system performance: Concepts and implications for policy*. Bulletin of the World Health Organization.
- Kutzin J, Yip W, Cashin C (2016): *Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage*. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: pp. 267–309.

- Mathauer, I. and Behrendt, T. (2017). *State budget transfers to Health Insurance to expand coverage to people outside formal sector work in Latin America*, BMC Health Services and Research 17(145)
- Martinez-Franzoni, J. Sánchez-Ancochea, D. (2013): *The quest for universal social policy in the South*. Oxford University Press.
- Ministério da Economia e Finanças (2016): *Quarta Avaliação Nacional de Pobreza e Bem-Estar*. Maputo.
- Mkandawire, T. (2005): *Universalism and selectivism in poverty reduction*. United Nations Institute for Social Development Research (UNISDR). Geneva.
- Odeyemi, I, Nixon, J. (2013): *Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: A review-based comparative analysis*. Int. Journal Equity Health 12:9
- Savedoff, W. (2007): *Is there a case for social health insurance?* Health Policy and Planning 19(3).
- Spaan E, Mathijssen J, Tromp N et al. *The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review*. Bull World Health Org 2012; 90(9):685–92.
- Vijayasingham, L. (2020): *Employment based health financing does not support gender equity in universal health coverage*. British Medical Journal (BMJ) n371.
- Watson, J. Yazbeck, A. Hartel, L. (2021): *Making health insurance pro-poor: Lessons from 20 developing countries*. Health Systems and Reform.
- Wagstaff, A. (2007): *Social health insurance reexamined*. World Bank Policy Research Paper 4111.
- Wagstaff, A (2009): *Social health insurance vs Tax-financed health systems – Evidence from the OECD*. World Bank Policy Research Paper 4821
- Witter, S. Garshong, B. (2007): *Something old or something new? Social health insurance in Ghana*. BMC International Health and Human Rights 9:20
- Yazbeck, A. Soucat, A. et al (2019): *The case against labor-tax financed financing*. Health Affairs.
- Yu, H. (2015): *Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success?* Health Policy 119: 1145-1152