ISSN 2318-2377



TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 703

Mecanismos de Compartilhamento de Custos em Saúde – Parte II

Experiências internacionais e o caso brasileiro

Mônica Viegas Andrade
Kenya Noronha
Cristiana Vidigal Lopes
Nayara Abreu Julião
Aline de Souza
Agustín Marcelo Barreiro
Arthur Freitas Morais
Barbara Jeha Maakaroun Cunha Gomes
Ísis Vilela Duarte
Marco Túlio Gariba Silva
Matheus Pinto Coelho Rocha

Outubro 2026

Universidade Federal de Minas Gerais

Sandra Regina Goulart Almeida (Reitora)
Alessandro Fernandes Moreira (Vice-Reitor)

Faculdade de Ciências Econômicas
Kely César Martins de Paiva (Diretora)
Anderson Tadeu Marques Cavalcante (Vice-Diretor)

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar)

Bernardo Palhares Campolina Diniz (Diretor) José Irineu Rangel Rigotti (Vice-Diretor)

Paula de Miranda Ribeiro (Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Demografia)

Rafael Saulo Marques Ribeiro (Coordenador do Programa de Pós-graduação em Economia)

Alisson Flávio Barbieri (Chefe do Departamento de Demografia)

Ulisses Pereira dos Santos (Chefe do Departamento de Ciências Econômicas)

Editores da série de Textos para Discussão
Clara Zanon Brenck (Economia)
Adriana de Miranda-Ribeiro (Demografia)

Secretaria Geral do Cedeplar
Maristela Dória (Secretária-Geral)

Ana Paula Guimarães Torres (Editoração)

http://www.cedeplar.ufmg.br

Textos para Discussão

A série de Textos para Discussão divulga resultados preliminares de estudos desenvolvidos no âmbito do Cedeplar, com o objetivo de compartilhar ideias e obter comentários e críticas da comunidade científica antes de seu envio para publicação final. Os Textos para Discussão do Cedeplar começaram a ser publicados em 1974 e têm se destacado pela diversidade de temas e áreas de pesquisa.

Ficha catalográfica

M486
2026

Mecanismos de compartilhamento de custos em saúde – parte II: experiências internacionais e o caso brasileiro / Mônica Viegas Andrade ... [*et al.*]. - Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2026.

53 p. - (Texto para discussão, 703)

Inclui bibliografia.

ISSN 2318-2377

1. Seguro saúde. 2. Cuidados médicos - Custos. I. Andrade, Mônica Viegas. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. III. Título. IV. Série.

CDD: 338.473621

Elaborado por Leonardo Vasconcelos Renault CRB-6/2211
Biblioteca da FACE/UFMG. – 122/2026

As opiniões contidas nesta publicação são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo necessariamente o ponto de vista do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), da Faculdade de Ciências Econômicas ou da Universidade Federal de Minas Gerais. É permitida a reprodução parcial deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções do texto completo ou para fins comerciais são expressamente proibidas.

Opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of the publishers. The reproduction of parts of this paper of or data therein is allowed if properly cited. Commercial and full text reproductions are strictly forbidden.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL

Mecanismos de Compartilhamento de Custos em Saúde – Parte II

Experiências internacionais e o caso brasileiro

Mônica Viegas Andrade
Cedeplar/UFMG

Kenya Noronha
Cedeplar/UFMG

Cristiana Vidigal Lopes
GEESC

Nayara Abreu Julião
Cedeplar/UFMG

Aline de Souza
GEESC

Agustín Marcelo Barreiro
FACE/UFMG

Arthur Freitas Morais
FACE/UFMG

Barbara Jeha Maakaroun Cunha Gomes
FACE/UFMG

Ísis Vilela Duarte
FACE/UFMG

Marco Túlio Gariba Silva
FACE/UFMG

Matheus Pinto Coelho Rocha
DEST/UFMG

Belo Horizonte

2026

SUMÁRIO

1. Introdução 7

2. Experiências internacionais selecionadas 8

2.1. Estados Unidos 9

2.2. Chile 11

2.3. Itália 13

2.4. Austrália 14

2.5. Alemanha 16

2.6. França 17

2.7. Japão 19

2.8. Coreia do Sul 21

2.9. China 22

2.10. Síntese comparativa dos sistemas de saúde 25

3. O caso brasileiro 29

3.1. Breve contexto do sistema de saúde brasileiro e a utilização de mecanismos de compartilhamento de custos com os usuários 29

3.2. O marco regulatório vigente no Brasil 32

3.3. Trajetórias das iniciativas de revisão da regulação 36

4. O que sabemos sobre os efeitos da coparticipação no Brasil? 38

5. Considerações Finais 41

6. Referências 43

RESUMO

Este trabalho, segundo de uma série sobre mecanismos de compartilhamento de custos em saúde, analisa a utilização desses mecanismos em diferentes sistemas de saúde e discute o caso brasileiro, com ênfase no desenho regulatório desses instrumentos. São examinadas as experiências de nove países, Estados Unidos, Chile, Itália, Austrália, Alemanha, França, Japão, Coreia do Sul e China, que apresentam diferentes arranjos de financiamento, cobertura e participação do setor privado. A análise mostra que copagamentos, cosseguros, franquias e outros mecanismos são, em geral, combinados com limites de desembolso, isenções e regras diferenciadas segundo o tipo de serviço e as características dos usuários. Esses instrumentos também são utilizados para orientar a trajetória assistencial, incentivando determinados prestadores ou níveis de atenção. No Brasil, os mecanismos de compartilhamento de custos estão amplamente presentes nos planos de saúde, mas sua regulamentação ainda apresenta lacunas relacionadas à intensidade das cobranças, à exposição financeira acumulada e à proteção de grupos vulneráveis. A análise comparada evidencia que os efeitos desses mecanismos dependem de seu desenho e do contexto institucional em que são implementados. Para o caso brasileiro, destacam-se a necessidade de combinar moderação da utilização, proteção financeira e organização do cuidado, considerando ainda a coexistência entre a cobertura privada e o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: compartilhamento de custos; coparticipação; planos de saúde; regulação; sistemas de saúde; proteção financeira.

Códigos JEL: I11; I13; I18; L51.

ABSTRACT

This paper, the second in a series on health care cost-sharing mechanisms, examines their use across different health systems and discusses the Brazilian case, with particular emphasis on regulatory design. The analysis covers nine countries—Australia, Chile, China, France, Germany, Italy, Japan, South Korea, and the United States—representing different arrangements of health financing, coverage, and private-sector participation. The international comparison shows that copayments, coinsurance, deductibles, and other cost-sharing mechanisms are generally combined with out-of-pocket limits, exemptions, and differentiated rules according to the type of service and patient characteristics. These mechanisms are also used to influence care pathways by encouraging the use of specific providers or levels of care. In Brazil, cost-sharing mechanisms are widely used in private health plans, although the current regulatory framework still has important gaps regarding the intensity of charges, cumulative financial exposure, and the protection of vulnerable groups. The evidence across countries indicates that the effects of cost sharing depend on both its design and the institutional context in which it operates. In the Brazilian case, the regulatory challenge is to combine utilization management, financial protection, and care organization while taking into account the coexistence of private coverage and a universal public health system.

Keywords: cost sharing; copayments; private health insurance; regulation; health systems; financial protection.

Classification-JEL: I11; I13; I18; L51.

1. Introdução

Os mecanismos de compartilhamento de custos transferem ao beneficiário parte das despesas associadas à utilização dos serviços de saúde por meio de instrumentos como copagamentos, cosseguros e franquias. Como discutido na Parte I desta série, a racionalidade econômica desses mecanismos está associada à moderação dos incentivos à utilização decorrentes da cobertura do seguro. As evidências dos experimentos RAND e Oregon mostram, contudo, que a resposta dos indivíduos aos preços não se restringe necessariamente a cuidados de menor necessidade clínica e pode variar segundo características socioeconômicas e condições de saúde (Baicker et al., 2013; Finkelstein et al., 2012; Manning et al., 1987; Newhouse, 1993). O desenho desses mecanismos envolve, portanto, não apenas sua capacidade de moderar a demanda, mas também seus efeitos sobre o acesso, a proteção financeira e a utilização de cuidados necessários.

Na prática, os mecanismos de compartilhamento de custos assumem configurações bastante distintas entre os sistemas de saúde. A participação financeira pode variar segundo o tipo de serviço, o prestador escolhido, o nível de complexidade da assistência, a renda, a idade e as condições de saúde dos indivíduos. Além disso, copagamentos, cosseguros e franquias frequentemente coexistem com limites máximos de desembolso, isenções e outros mecanismos destinados a proteger indivíduos ou grupos com maior necessidade assistencial ou menor capacidade de pagamento. Nos nove países examinados neste estudo, todos apresentam alguma forma de proteção financeira, embora com diferentes graus de abrangência e desenhos institucionais.

A experiência internacional também mostra que esses mecanismos podem desempenhar funções que vão além da simples moderação do volume de serviços utilizados. Ao diferenciar a participação financeira segundo serviços, prestadores ou formas de acesso, alguns sistemas utilizam os incentivos financeiros para influenciar a trajetória assistencial, favorecendo a atenção primária, desestimulando a utilização inadequada de serviços de urgência e emergência ou incentivando a adesão a programas de gerenciamento de condições crônicas (NHSA, 2021; Shiga Intercultural Association for Globalization, 2026; The Commonwealth Fund, 2026). Desse modo, o desenho do compartilhamento de custos se articula às próprias formas de organização e coordenação da assistência.

Este Texto para Discussão, segundo de uma série dedicada aos mecanismos de compartilhamento de custos em saúde, analisa as experiências de nove países, selecionados por apresentarem diferentes modelos de financiamento, cobertura populacional e participação do setor privado. A comparação é orientada por três dimensões principais: os mecanismos de compartilhamento de custos adotados, os serviços sobre os quais incidem e a magnitude da participação financeira exigida dos usuários, além das estratégias de proteção financeira destinadas a mitigar seus potenciais efeitos sobre grupos vulneráveis.

A principal contribuição deste estudo é sistematizar, em perspectiva comparada, a forma como diferentes sistemas de saúde incorporam os mecanismos de compartilhamento de custos ao seu desenho institucional e, a partir dessa análise, discutir os desafios colocados para sua regulamentação no mercado brasileiro de planos de saúde. Mais do que comparar percentuais de coparticipação ou valores de franquia, procura-se compreender como esses instrumentos são combinados com limites de exposição financeira, isenções, diferenciação por tipo de serviço e mecanismos de organização do cuidado. Essa perspectiva permite identificar elementos relevantes para a discussão brasileira sem pressupor que os modelos adotados em outros países possam ser diretamente transpostos para um contexto institucional distinto. Essa cautela é particularmente importante porque a maior parte das informações comparáveis disponíveis

internacionalmente se refere a sistemas públicos ou de seguro social. No Brasil, por sua vez, os mecanismos de compartilhamento de custos incidem sobre beneficiários de planos privados que mantêm simultaneamente o direito de utilização integral do Sistema Único de Saúde. Essa sobreposição entre cobertura pública e privada acrescenta uma dimensão específica à análise, uma vez que alterações nos incentivos financeiros do setor privado podem afetar não apenas a utilização dentro desse setor, mas também a distribuição da demanda entre as redes privada e pública.

A relevância dessa discussão é ampliada pela disseminação desses mecanismos no mercado brasileiro e pela permanência de questões regulatórias ainda não equacionadas. A Lei nº 9.656/1998 reconheceu a coparticipação e a franquia como mecanismos financeiros de regulação e a Resolução CONSU nº 8/1998 disciplinou sua aplicação. Entretanto, permanecem lacunas relacionadas, entre outros aspectos, à definição da intensidade admissível das cobranças, aos limites de exposição financeira e à proteção de beneficiários com maior necessidade assistencial. Essas questões vêm sendo discutidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em sucessivos ciclos de revisão regulatória desde 2003 e foram novamente incorporadas à agenda com a instalação, em março de 2026, da Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação. Até a conclusão deste estudo, não havia sido editado novo regramento geral em substituição à Resolução CONSU nº 8.

O texto está organizado em quatro seções, além desta introdução. A segunda examina as experiências internacionais selecionadas e apresenta uma síntese comparativa dos mecanismos adotados nos nove sistemas de saúde. A terceira analisa o caso brasileiro, com foco na presença desses mecanismos no mercado de planos de saúde, no marco regulatório vigente e na trajetória das iniciativas de revisão da regulação. A quarta sistematiza as evidências empíricas disponíveis sobre os efeitos da coparticipação no Brasil, destacando seus principais resultados e limitações. A quinta e última seção apresenta as considerações finais, retomando os principais achados e suas implicações para o desenho regulatório brasileiro.

2. Experiências internacionais selecionadas

Esta subseção examina os mecanismos de compartilhamento de custos adotados por sistemas de saúde de nove países selecionados: Estados Unidos, Chile, Itália, Austrália, Alemanha, França, Japão, Coreia do Sul, e China. Esses países apresentam diversidade quanto ao desenho do sistema de saúde, ao grau de cobertura populacional e ao papel atribuído ao seguro privado, o que permite comparar os mecanismos de compartilhamento de custos em contextos distintos.

Os Estados Unidos possuem um sistema orientado pelo mercado, no qual a população é predominantemente coberta por seguros privados, complementado por programas públicos dirigidos a segmentos específicos, constituindo-se a evidencia paradigmática de sistemas privados. Além disso, parte da população não possui cobertura, cifra que alcançou 8% em 2024 (Bunch; Ketema, 2025). O Chile é um contraponto interessante para o Brasil, uma vez que a cobertura é organizada em dois subsistemas de seguros de saúde financiados por contribuições sociais obrigatórias: Fonasa (público) e Isapre (privado). Em 2025, cerca de 85,5% da população estava vinculada ao Fonasa e 12,6% a alguma Isapre (OECD, 2026a).

Itália, Austrália, Alemanha, França, Japão e Coreia do Sul contam com sistemas de saúde universais, financiados majoritariamente por tributação geral (Itália e Austrália) (Austrália, 2024; Itália, 2006) ou por contribuições sociais complementadas, em proporções distintas, por recursos públicos (Alemanha, França, Japão e Coreia do Sul) (Alemanha, 2025; NHIS, 2024; The Commonwealth Fund, 2026). A China

possui cobertura quase universal, atingindo aproximadamente 95% da população, e combina tributação geral e contribuições sociais como fontes de financiamento, sendo estas últimas a maior parcela (The Commonwealth Fund, 2026).

A síntese das experiências internacionais foi orientada por três questões principais. A primeira buscou identificar os tipos de mecanismos de compartilhamento de custos adotados em cada sistema de saúde e compreender se esses instrumentos são utilizados de forma isolada ou combinada. A segunda examinou os serviços de saúde sobre os quais esses mecanismos incidem, bem como a magnitude da participação financeira exigida dos usuários. Por fim, analisou-se em que medida os diferentes países adotam políticas de proteção financeira destinadas a mitigar os potenciais efeitos desses mecanismos sobre grupos vulneráveis.

2.1. Estados Unidos

O sistema de saúde norte americano se constitui um caso paradigmático, sendo predominantemente orientado pelo mercado, com forte participação do setor privado no financiamento e na prestação de serviços. Na ausência de cobertura universal, o modelo combina seguros privados e programas públicos dirigidos a segmentos específicos da população. Hospitais públicos, Federally Qualified Health Centers e clínicas comunitárias oferecem, ainda, assistência a pessoas sem seguro ou de baixa renda. Em 2024, 66% da população possuía seguro privado, 36% estava coberta por programas públicos e 8% permanecia sem seguro (Bunch; Ketema, 2025; The Commonwealth Fund, 2026). Essas categorias não são excludentes, pois um mesmo indivíduo pode possuir cobertura pública e privada simultaneamente. O sistema é caracterizado por fragmentação regulatória, com regulação predominantemente estadual e sobreposição entre as esferas federal e estadual, além de competição entre seguradoras e expressiva exposição dos indivíduos a gastos diretos (Brown; Glied, 2020; The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026).

Entre os programas públicos, destacam-se o Medicare, Medicaid e o Children's Health Insurance Program (CHIP). O Medicare possui duas categorias: tradicional ou Advantage. Ambos são destinados principalmente a pessoas com 65 anos ou mais e a indivíduos com deficiência, sendo responsável pela cobertura de aproximadamente 19% da população total em 2024 (Bunch; Ketema, 2025; The Commonwealth Fund, 2026). O Medicare Tradicional é dividido em partes que cobrem diferentes tipos de serviço: a Parte A cobre internações hospitalares, a Parte B, serviços ambulatoriais e consultas médicas, e a Parte D, medicamentos prescritos. Os beneficiários podem consultar qualquer prestador credenciado ao programa, sem restrição de rede ou encaminhamento. Em relação aos mecanismos de divisão de custos, há uma franquia anual de USD 257 para os serviços ambulatoriais da Parte B (2025) e, em geral, 20% do valor dos serviços após o cumprimento da franquia (CMS, 2024; The Commonwealth Fund, 2026). Na Parte A, a franquia para internação hospitalar era de USD 1.676 por período de benefício em 2025, com copagamento diário de USD 419 a partir do 61º dia e USD 838 a partir do 91º dia (CMS, 2024). Para os medicamentos cobertos pela Parte D, foi estabelecido, em 2025, um teto anual de USD 2.000 para os gastos diretos dos beneficiários (The Commonwealth Fund, 2026).

O Medicare Advantage (Parte C) consiste em uma modalidade alternativa de cobertura, administrada por seguradoras privadas e financiada pelo próprio programa público. Essa modalidade substitui operacionalmente o Medicare tradicional, oferecendo os mesmos serviços das Partes A e B, e frequentemente da Parte D, podendo incluir benefícios adicionais, como assistência odontológica e oftalmológica (The Commonwealth Fund, 2026). A adesão ao Medicare Advantage é voluntária, exige que o beneficiário esteja inscrito nas Partes A e B e resida na área de atendimento do plano. Ao se inscrever

no Medicare pela primeira vez, o beneficiário é automaticamente incluído no Medicare tradicional e deve optar expressamente por migrar para um plano Medicare Advantage (CMS, 2026a). Em 2026, aproximadamente 55% dos beneficiários elegíveis do Medicare estavam inscritos em planos Medicare Advantage (Freed et al., 2026a).

As condições de acesso aos prestadores do Medicare Advantage variam conforme o tipo de plano. Nos planos do tipo Health Maintenance Organization (HMO), a utilização geralmente se concentra na rede credenciada e o acesso a especialistas costuma depender de encaminhamento. Nos planos do tipo Preferred Provider Organization (PPO), os beneficiários podem utilizar prestadores fora da rede, embora normalmente estejam sujeitos a maiores gastos diretos devido a mecanismos de divisão de custos mais elevados, e, em geral, não precisam de encaminhamento (CMS, 2026b). Os mecanismos de compartilhamento de custos variam conforme o plano, que definem suas próprias franquias, copagamentos e limites anuais de gastos, com tetos anuais de aproximadamente USD 9.250 para serviços em rede e USD 13.900 incluindo serviços fora da rede (Freed et al., 2026b; The Commonwealth Fund, 2026).

O Medicaid, por sua vez, é um programa voltado a populações de baixa renda, incluindo crianças, gestantes, pais de famílias elegíveis, pessoas com deficiência e idosos que atendem a critérios de renda específicos. Para crianças de famílias cuja renda ultrapassa o limite de elegibilidade do Medicaid, mas é insuficiente para a aquisição de seguro privado, foi definida uma outra modalidade de seguro público de saúde denominada CHIP. Em alguns estados, o CHIP também garante cobertura a gestantes que atende a esses requisitos (The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026). Em 2024, ambos programas cobriam cerca de 17% da população total (Bunch; Ketema, 2025; The Commonwealth Fund, 2026). O Medicaid limita ou isenta o compartilhamento de custos para pessoas de baixa renda, de modo que os gastos diretos não podem exceder 5% da renda familiar mensal ou trimestral, dependendo das normas estaduais (Estados Unidos, 2024b). Em grande parte dos programas Medicaid e CHIP administrados por estados, são comuns modelos de atenção gerenciada (Managed Care) com redes credenciadas de prestadores (Brown; Glied, 2020; The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026). Beneficiários elegíveis simultaneamente ao Medicare e ao Medicaid recebem assistência para o pagamento do prêmio da Parte B. O programa também pode cobrir o prêmio da Parte A, franquias, cosseguro e copagamentos do Medicare, conforme o nível de Medicaid para o qual o beneficiário se qualifica (CMS, 2026c).

Em 2010, foi promulgado o Affordable Care Act (ACA), que ampliou a cobertura do Medicaid para adultos com renda de até 138% do Federal Poverty Level (FPL) nos estados que aderiram à expansão (Brown; Glied, 2020; Estados Unidos, 2022). Além disso, o ACA instituiu subsídios para os planos adquiridos nos Marketplaces que são plataformas de compra de seguros criadas pela própria legislação, nas quais seguradoras privadas oferecem planos com níveis de cobertura diferenciados. Esses subsídios incluem créditos fiscais a famílias com renda entre 100% e 400% do FPL para o pagamento de prêmios e reduções do compartilhamento de custos para aquelas com renda entre 100% e 250% do FPL (Estados Unidos, 2024a). Em 2026, os planos privados ofertados nos Marketplaces estabelecem tetos anuais de gastos diretos de USD 10.600 para cobertura individual e USD 21.200 para cobertura familiar (CMS, 2026d).

O mercado de seguros privados constitui a principal forma de cobertura da assistência médica da população economicamente ativa, por meio de planos patrocinados por empregadores ou adquiridos individualmente (Brown; Glied, 2020; The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026). Os contratos desses seguros utilizam uma combinação de mecanismos de compartilhamento de custos, incluindo franquias,

copagamentos e cosseguros, aplicados no momento da utilização dos serviços. Em 2025, nos planos privados patrocinados por empregadores, a franquia anual média para cobertura individual foi de aproximadamente USD 1.886 (Claxton et al., 2025). A utilização de prestadores fora da rede frequentemente resulta em maiores despesas, devido a coparticipações mais elevadas ou à ausência de cobertura.

O seguro privado também pode coexistir com programas públicos. Beneficiários do Medicare podem contratar planos Medigap, cuja função é complementar à cobertura pública cobrindo franquias, copagamentos e cosseguros (The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026; Zare; Anderson, 2013).

O desenho do sistema de saúde dos Estados Unidos impõe barreiras financeiras aos usuários, associadas à elevada utilização de franquias, copagamentos e coparticipações e a permanência de parcela da população sem cobertura (The Commonwealth Fund, 2015, 2020, 2026). Em 2024, os gastos diretos das famílias representaram aproximadamente 11% do gasto total em saúde, enquanto o seguro privado respondeu por 31%, o Medicare por 21%, o Medicaid por 18% do total de USD 5,3 trilhões (18% do PIB) (CMS, 2026e). Embora a participação dos pagamentos diretos tenha ficado abaixo da média de 19,3% dos países da OCDE, esse resultado proporcional não significa que o montante pago diretamente pelas famílias seja baixo (OECD, 2026b). Em termos per capita, os Estados Unidos são o país com o maior gasto com saúde no mundo, com média de USD 14.880 por habitante em 2024, enquanto a média da OCDE foi de aproximadamente USD 6.000 (OECD, 2025). Os mecanismos de compartilhamento de custos incidem de forma significativa sobre a renda das famílias. Segundo Collins e Grupta (2024), 23% dos adultos em idade ativa com cobertura contínua ao longo do ano eram considerados sub-segurados, ou seja, tinham gastos diretos com saúde, excluindo os prêmios, que correspondiam a 10% ou mais da renda familiar, ou a 5% ou mais no caso de famílias de baixa renda. Entre os indivíduos sem seguro, 57% deixaram de realizar o cuidado necessário devido aos custos elevados e 44% apresentaram dívidas relacionadas aos serviços de saúde (Collins; Gupta, 2024). Em estudo recente, que compara o desempenho global de sistemas de saúde de dez países de alta renda, os Estados Unidos ocuparam a última posição (Blumenthal et al., 2024). O desempenho global foi medido por meio de um indicador composto que contempla as dimensões de acesso ao cuidado, processo de cuidado, eficiência administrativa, equidade e desfechos em saúde. O país obteve o pior escore nas dimensões de acesso e resultados de saúde, além de figurar na nona posição em eficiência administrativa e equidade. No que se refere ao acesso, o sistema de saúde norte americano apresenta barreiras financeiras expressivas. Os elevados custos decorrentes dos mecanismos de compartilhamento nos seguros privados resultam em dificuldades no acesso aos serviços de saúde para cerca de um quarto dos adultos em idade ativa, que tendem a postergar consultas médicas, não realizar exames e consultas de retorno e a aderir parcialmente a prescrições medicamentosas (Blumenthal et al., 2024).

2.2. Chile

O Chile estrutura seu sistema de saúde em dois subsistemas paralelos: o público, sob responsabilidade do Fondo Nacional de Salud (Fonasa), e o privado, operado pelas Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Trabalhadores e aposentados contribuem obrigatoriamente com 7% da renda tributável para o financiamento do sistema e podem direcionar essa contribuição ao Fonasa ou a uma Isapre. Ao optar pela Isapre, o beneficiário substitui integralmente sua cobertura pública pela privada, o que confere a essas instituições uma função predominantemente substitutiva em relação ao Fonasa. Pessoas sem renda contributiva e seus dependentes são automaticamente vinculadas ao Fonasa, financiado adicionalmente por recursos tributários (Ettelt; Roman-Urrestarazu, 2020; The Commonwealth Fund, 2026). Em 2025,

85,5% da população era beneficiária do Fonasa e 12,6% estava vinculada às Isapres (OECD, 2026a).

O Fonasa classifica seus beneficiários em quatro grupos de renda. O grupo A reúne pessoas sem renda ou em situação de carência de recursos e os grupos B, C e D correspondem a faixas crescentes de renda tributável (Ettelt; Roman-Urrestarazu, 2020; The Commonwealth Fund, 2026). A cobertura abrange atenção primária, assistência ambulatorial e hospitalar, medicamentos e ações preventivas, tendo a atenção primária como principal porta de entrada do sistema (The Commonwealth Fund, 2026). Nas Isapres, a cobertura dos serviços varia conforme o contrato do seguro, e os beneficiários podem acessar diretamente especialistas da rede privada, sem a necessidade de encaminhamento pela atenção primária (The Commonwealth Fund, 2026).

O acesso aos serviços no Fonasa pode ocorrer por meio de duas modalidades. A Modalidad de Atención Institucional (MAI) corresponde ao atendimento prestado na rede pública de saúde, disponível a todos os beneficiários. A Modalidad de Libre Elección (MLE) permite aos beneficiários dos grupos B, C e D acessar prestadores privados credenciados por meio de convênio com o Fonasa, mediante copagamentos (Superintendencia de Salud de Chile, 2026). Nesse caso, a remuneração dos procedimentos e o valor do copagamento são definidos com base em uma tabela de preços estabelecida pelo Fonasa, que classifica os prestadores credenciados em três níveis de atendimento. Ao firmar o convênio, o prestador opta pelo nível em que deseja se inscrever, sendo o nível 1 o de valores mais baixos, o nível 2, intermediário, e o nível 3, o mais elevado. Quanto maior o nível, maior o valor de referência sobre o qual incide o copagamento (Fonasa, 2026).

A regulação do compartilhamento de custos no sistema chileno evoluiu por meio de políticas sucessivas que foram ampliando gradualmente a proteção financeira. Em 2004, a Lei nº 19.966 instituiu o regime de Garantías Explícitas en Salud (GES), que regula a cobertura assistencial, os prazos de acesso, a qualidade e os mecanismos de compartilhamento de custos para um conjunto de condições de saúde prioritárias. O GES estabeleceu limites máximos de copagamento para as condições contempladas. Os beneficiários do Fonasa dos grupos A e B, inscritos no MAI, já isentos na estrutura geral do sistema, mantiveram a isenção. Os do grupo C passaram a ter teto de 10% do valor de referência e os do grupo D, assim como os beneficiários das Isapres, de 20% (The Commonwealth Fund, 2026). O GES representou, à época, o principal instrumento de proteção financeira do sistema, garantindo teto de copagamento para um conjunto definido de patologias.

Em 2014, o Fondo de Farmacias (FOFAR) foi instituído com o objetivo de assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos para hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias na atenção primária da rede pública, complementando a proteção do GES no âmbito farmacológico (Chile, 2015b; The Commonwealth Fund, 2026). No ano seguinte, a Lei Ricarte Soto (Lei nº 20.850/2015) ampliou o escopo de proteção ao oferecer cobertura integral para diagnósticos e tratamentos de alto custo de patologias específicas (oncológicas, imunológicas e doenças raras) não incluídos na cobertura regular, destinada a beneficiários tanto do Fonasa quanto das Isapres (Chile, 2015; The Commonwealth Fund, 2026). Essas patologias foram definidas por decreto do Ministério da Saúde, garantindo o financiamento integral das prestações associadas, sem exigência de dedutível (Chile, 2019).

No subsistema privado, as Isapres contam adicionalmente com a Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). A CAEC cobre 100% dos copagamentos de eventos de alto custo após atingir um dedutível correspondente a 30 vezes a contribuição mensal pactuada, com limite mínimo de 60 UF e

máximo de 126 UF[1] (USD 2.627 e USD 5.517 em valores de 2026[2]) (Chile, 2026). Ao contrário da Lei Ricarte Soto, a CAEC não se restringe a uma lista de patologias, sendo acionada por critério de custo. Dessa forma, os beneficiários das Isapres têm acesso simultâneo aos dois mecanismos: se a doença estiver contemplada pela Lei Ricarte Soto, recebem cobertura integral sem dedutível; se não estiver, mas os gastos atingirem o patamar catastrófico, podem acionar a CAEC, sujeitos ao dedutível (Chile, 2026).

Em setembro de 2022, a política Copago Cero representou um avanço na proteção financeira do subsistema público. Ao eliminar os copagamentos para todos os beneficiários do Fonasa atendidos na rede pública (MAI), independentemente do grupo de renda, a medida estendeu a gratuidade já vigente para os grupos A e B aos grupos C e D (The Commonwealth Fund, 2026). Com essa política, os limites de copagamento de 10% e 20% definidos pelo GES para os grupos C e D deixaram de ter efeito prático no âmbito da MAI. Para as Isapres, o GES mantém relevância regulatória, onde o teto de 20% continua vigente (Chile, 2026).

Beneficiários de ambos os subsistemas podem ainda contratar seguros privados complementares. Para os vinculados às Isapres, esses seguros funcionam como mecanismo de reembolso parcial dos copagamentos devidos ao plano e podem cobrir, adicionalmente, prestações não incluídas na cobertura base. Para os beneficiários do Fonasa, sua utilidade restringe-se ao âmbito da MLE, onde copagamentos a prestadores privados permanecem aplicáveis, configurando, em ambos os casos, uma camada adicional de proteção financeira (CMF, 2026b; The Commonwealth Fund, 2026).

Apesar dessa trajetória de expansão da proteção observada nas últimas décadas no Chile, persistem ainda desembolsos diretos para usuários que utilizam prestadores privados por meio da MLE ou para beneficiários vinculados às Isapres. Evidências recentes apontam que aproximadamente 16% dos domicílios chilenos enfrentam gastos catastróficos em saúde (Prieto; Hoffmeister, 2025).

2.3. Itália

Criado em 1978, o sistema de saúde italiano (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) é financiado predominantemente por impostos gerais e garante cobertura universal a todos os cidadãos e residentes legais. A assistência é organizada em torno de um pacote nacional de benefícios que abrange atenção primária, assistência hospitalar, consultas especializadas, exames diagnósticos, medicamentos, serviços de saúde mental, reabilitação e ações preventivas. A gestão do sistema é descentralizada, cabendo às 20 regiões a organização, o financiamento e a prestação dos serviços, enquanto o governo central define os serviços mínimos obrigatórios e estabelece as diretrizes nacionais. A atenção primária constitui a principal porta de entrada do sistema. O seguro privado possui papel complementar e suplementar, financiando principalmente acomodações hospitalares diferenciadas, maior liberdade de escolha de prestadores, alguns serviços não cobertos pelo SSN e parte dos copagamentos. Cerca de 25% da população possuía seguro privado voluntário em 2023 (Donatini, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

No sistema público, o médico generalista atua como coordenador do cuidado e principal responsável pelo encaminhamento dos pacientes para consultas especializadas e exames diagnósticos, reduzindo o acesso direto à atenção secundária. O compartilhamento de custos concentra-se nos serviços ambulatoriais e utiliza exclusivamente copagamentos, não havendo franquias. Consultas especializadas, exames

[1] Unidad de Fomento corresponde à unidade de conta indexada à inflação cujo valor em peso chileno é atualizado diariamente (CMF, 2026a).

[2] Valores convertidos para dólares americanos (USD) por meio da Calculadora do Cidadão do Banco Central do Brasil (Banco Central do Brasil, 2026). Para os valores de 2026, utilizou-se a cotação de 31 de agosto de 2026; para os valores dos demais anos, foram utilizadas as cotações de 31 de dezembro dos respectivos anos.

diagnósticos e procedimentos ambulatoriais estão sujeitos ao pagamento do ticket sanitário, cujo valor é cobrado por prescrição até o limite legal de aproximadamente EUR 36,15 (USD 41,99 em valores de 2026), teto instituído em 1993 e ainda vigente (Itália, 2025). Assim, quando diferentes exames são prescritos separadamente, cada prescrição gera um novo copagamento. Para medicamentos, os fármacos classificados como Classe A (medicamentos essenciais e para doenças crônicas) são integralmente cobertos quando o paciente opta pelo medicamento genérico, e paga a diferença de preço caso escolha a versão de marca. Algumas regiões também aplicam tickets farmacêuticos próprios, cujos valores constituem taxa fixa por receita ou por embalagem e variam territorialmente. Os medicamentos da Classe C (incluindo medicamentos de venda livre) não são cobertos pelo SSN e são integralmente financiados pelos usuários (Donatini, 2020; Itália, 2025).

Em 2007, foi instituído um copagamento de EUR 25 (USD 29,04 em valores de 2026) ainda em vigor para o uso considerado inadequado dos serviços de emergência. A aplicação dessa cobrança varia entre as regiões, que dispõem de autonomia para definir seus valores e condições. O uso inadequado desses serviços é definido com base no sistema nacional de triagem por códigos de cor. O copagamento incide sobre os atendimentos classificados ao final do atendimento médico como código branco (não apresentam caráter de emergência ou urgência) e não resultam em internação hospitalar (Donatini, 2020; Itália, 2006). Em 2011, como parte de medidas de consolidação fiscal, foi reintroduzida uma cobrança adicional de EUR 10 (USD 12,98 em valores de 2011) por prescrição ambulatorial (o chamado superticket), somada ao valor de até EUR 36,15 já previsto. As regiões podiam substituir o superticket por mecanismos alternativos de coparticipação financeiramente equivalentes, o que produziu diferentes modelos de cobrança no território nacional. Mas tanto o superticket quanto essas medidas regionais alternativas foram abolidos a partir de setembro de 2020 (Itália, 2019).

Para reduzir barreiras financeiras ao acesso, o sistema prevê amplo conjunto de isenções dos copagamentos. Estão isentas crianças menores de seis anos e idosos com 65 anos ou mais pertencentes a famílias de baixa renda, pessoas com doenças crônicas ou raras, indivíduos com HIV, gestantes para cuidados relacionados à gravidez, pessoas com deficiência grave e outros grupos vulneráveis definidos em âmbito nacional ou regional. A maior parte dos programas de rastreamento populacional também é oferecida gratuitamente. Além disso, indivíduos cujos gastos diretos anuais excedem EUR 129 (USD 149,83 em valores de 2026) podem solicitar um crédito tributário correspondente a aproximadamente um quinto dessas despesas. Entretanto, diferentemente de outros países europeus, a Itália não estabelece um teto anual nacional para os copagamentos, e as políticas de cobrança e isenção variam entre as regiões, resultando em diferentes níveis de proteção financeira para a população (Agenzia delle Entrate, 2026; Donatini, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

2.4. Austrália

A Austrália possui um sistema universal de saúde organizado em torno do Medicare, que garante cobertura pública a cidadãos australianos e neozelandeses, residentes permanentes e cidadãos de países com acordos de reciprocidade. O sistema é financiado por tributação geral e por uma contribuição obrigatória vinculada à renda (Medicare Levy, correspondente a 2% da renda tributável, com isenções para baixa renda) (The Commonwealth Fund, 2026). O Medicare estabelece os valores de referência para remuneração dos procedimentos cobertos por meio da Medicare Benefits Schedule (MBS). O acesso à atenção especializada é organizado por um modelo de gatekeeping, no qual o médico generalista (GP) atua como porta de entrada e coordenador do cuidado. Ressalta-se, contudo, que os pacientes podem consultar médicos especialistas sem encaminhamento, mas não têm direito ao reembolso do Medicare (Glover,

2020; The Commonwealth Fund, 2026).

O compartilhamento de custos no modelo australiano ocorre por meio de uma combinação de três mecanismos: gap payment, reembolsos definidos como percentual do valor de determinados serviços e copagamentos fixos para medicamentos. O gap payment corresponde à diferença entre o valor reembolsado pelo Medicare e o valor efetivamente cobrado quando os honorários dos prestadores excedem os valores previstos na MBS. A definição do reembolso varia de acordo com o tipo de serviço e do prestador (Austrália, 2025a; The Commonwealth Fund, 2026).

Para internações hospitalares realizadas em hospitais públicos, o Medicare cobre integralmente o valor dos procedimentos. Nas internações realizadas em hospitais privados, o Medicare reembolsa 75% dos honorários médicos previstos na MBS, mas não cobre despesas com acomodação, centro cirúrgico ou medicamentos hospitalares. O seguro privado pode financiar esses custos conforme a cobertura contratada e, por meio de esquemas de gap cover que pode cobrir total ou parcialmente os 25% restantes dos honorários médicos. Pagamentos adicionais por desembolsos diretos ainda podem ocorrer quando os honorários médicos excedem os valores reconhecidos pelo Medicare e pela seguradora (gap payment) (Austrália, 2025a; The Commonwealth Fund, 2026).

Para consultas ambulatoriais com médicos generalistas (GP), o reembolso é integral. Quando o profissional opta pelo bulk billing, ou seja, aceita a remuneração estabelecida pelo MBS, o paciente não tem nenhum custo no ato do atendimento. Nesse caso, o Medicare repassa diretamente ao profissional o valor da consulta. Quando o clínico geral não opta pelo bulk billing, o paciente paga o valor total da consulta, recebe o reembolso do Medicare e arca com o gap payment (The Commonwealth Fund, 2026).

Nas consultas com especialistas realizadas mediante encaminhamento pelo GP, o Medicare reembolsa 85% do valor previsto na MBS para serviços ambulatoriais, cabendo ao paciente o pagamento dos 15% restantes da MBS, acrescido do gap payment quando o profissional cobra acima do valor da tabela. Como a legislação australiana (Private Health Insurance Act 2007) proíbe que os seguros privados cubram serviços médicos ambulatoriais já financiados pelo Medicare, esses gastos referentes ao gap payment e aos 15% restantes do valor da consulta permanecem integralmente sob responsabilidade do paciente (Austrália, 2022; Glover, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

Para os medicamentos subsidiados pelo Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), os copagamentos são de valor fixo, ou seja, predeterminados em dólares e não em termos percentuais do preço do fármaco, o que confere previsibilidade ao desembolso do paciente, independentemente do custo real do medicamento. O valor varia conforme a condição socioeconômica do beneficiário, com patamares reduzidos para titulares do Concession Card, destinado a pensionistas e indivíduos de baixa renda (Austrália, 2026a; The Commonwealth Fund, 2026).

No modelo australiano, os indivíduos podem adquirir seguro privado cujo papel é suplementar aos serviços ofertados pelo Medicare. A legislação australiana impede que os seguros privados cubram consultas médicas e exames diagnósticos já financiados pelo Medicare. Sua principal função é ampliar o acesso à assistência, permitindo o atendimento como paciente privado em hospitais públicos ou privados, maior liberdade de escolha do médico e do hospital e menor tempo de espera para procedimentos eletivos. O seguro privado também cobre serviços não financiados ou apenas parcialmente cobertos pelo Medicare, como assistência odontológica para adultos, fisioterapia, quiropraxia, podologia, aquisição de óculos, lentes de contato e transporte por ambulância (Hall; Fiebig; Van Gool, 2020; The Commonwealth Fund, 2026). Em 2024, aproximadamente 45% da população possuía cobertura hospitalar privada e cerca de

55% de cobertura para serviços extras, podendo ser contratados conjuntamente, em um plano combinado, ou separadamente (APRA, 2024).

A contratação de seguro privado é estimulada por meio de subsídios sobre o valor do seguro (Private Health Insurance Rebate) e por meio de uma penalidade aplicada a indivíduos de alta renda que não possuem cobertura privada hospitalar. Essa penalidade, denominada Medicare Levy Surcharge, consiste em um adicional de 1% a 1,5% sobre o imposto de renda incidente sobre esses indivíduos, com o objetivo de incentivá-los a utilizar o setor privado e, consequentemente, reduzir a demanda sobre os serviços públicos (Austrália, 2026b; The Commonwealth Fund, 2026).

O sistema incorpora mecanismos de proteção financeira para limitar a exposição dos usuários aos gastos diretos. O Original Medicare Safety Net (OMSN) aumenta o reembolso do Medicare para serviços ambulatoriais de 85% para 100% do valor previsto na MBS após o beneficiário atingir um limite anual de acumulação dos 15% residuais pagos pelo paciente (em 2026, AUD 594,40 / USD 425,89 para todos os beneficiários). O Extended Medicare Safety Net (EMSN) passa a cobrir 80% das despesas diretas (out-of-pocket) com serviços ambulatoriais listados na MBS após o usuário ultrapassar um segundo limite anual de gastos, que inclui tanto os 15% residuais quanto o gap payment (em 2026, AUD 861,20 / USD 617,05 para indivíduos titulares do Concession Card e AUD 2.699,10 / USD 1.933,91 os não titulares) (Austrália, 2025b; The Commonwealth Fund, 2026). O limite do EMSN é reduzido para pensionistas, beneficiários de programas sociais e famílias de baixa renda, que também podem registrar conjuntamente suas despesas para atingir mais rapidamente os tetos anuais de proteção. Para medicamentos, o PBS prevê um limite anual de gastos (PBS Safety Net), após o qual os medicamentos passam a ser fornecidos gratuitamente ou mediante copagamentos substancialmente menores. Esses mecanismos reduzem a exposição financeira dos grupos mais vulneráveis e preservam o acesso aos serviços de saúde (The Commonwealth Fund, 2026).

2.5. Alemanha

A Alemanha possui um sistema universal de saúde baseado em seguro obrigatório, vigente desde 2009, que exige que todos os residentes estejam vinculados ao seguro público estatutário (Statutory Health Insurance – SHI) ou ao seguro privado (Private Health Insurance – PHI). Aproximadamente 89% da população é coberta pelo SHI, administrado por fundos de doença sem fins lucrativos, enquanto cerca de 11% possuem seguro privado substitutivo. O SHI é obrigatório para trabalhadores com renda anual individual inferior ao limite legal (EUR 77.400 / USD 8.990 em 2024), ao passo que pessoas de maior renda, trabalhadores autônomos e funcionários públicos podem optar pelo seguro privado (Alemanha, 2026a; The Commonwealth Fund, 2026).

O financiamento do SHI baseia-se em contribuições obrigatórias sobre os salários, compartilhadas entre empregadores e empregados e complementadas por contribuições governamentais para grupos específicos, como desempregados. O sistema oferece ampla cobertura para atenção ambulatorial e hospitalar, medicamentos, saúde mental, reabilitação, cuidados de longa duração e ações preventivas. Embora o médico generalista seja geralmente a principal porta de entrada do sistema, não há um modelo obrigatório de gatekeeping, permitindo o acesso direto à maioria dos especialistas (Blümel; Busse, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

O compartilhamento de custos no SHI alemão é regulado por legislação federal e aplica-se a bens e serviços específicos, excluindo consultas médicas ambulatoriais. Consultas com clínicos gerais e especialistas no âmbito ambulatorial são gratuitas no momento da utilização para beneficiários do SHI.

Em 2004, a Alemanha instituiu uma taxa de EUR 10 por trimestre para a primeira consulta médica trimestral, mas esse mecanismo foi extinto em 2013 pois não alcançou o objetivo de reduzir o número de consultas (Alemanha, 2012; Augurzky; Bauer; Schaffner, 2006).

Para internações hospitalares, os usuários pagam EUR 10 por dia (valor em vigor desde 2004) (USD 11,62 em valores de 2026), limitado a 28 dias por ano-calendário. Medicamentos prescritos e dispositivos médicos (ex., cadeiras de rodas e aparelhos auditivos) estão sujeitos a cosseguro de 10% do preço, respeitando um mínimo de EUR 5 e um máximo de EUR 10 por item (USD 5,81 e USD 11,62 em valores de 2026) (Euro-Informationen, 2026; The Commonwealth Fund, 2026). No caso dos medicamentos, o valor pago pelos beneficiários não pode exceder o custo real do fármaco. Serviços terapêuticos e reabilitação estão sujeitos a cosseguro de 10% do custo acrescido de EUR 10 por prescrição (USD 11,62 em valores de 2026), limitado a 28 dias por ano para cuidados de enfermagem domiciliar. Próteses odontológicas possuem regime distinto no qual o SHI paga um valor fixo por tratamento, e o paciente arca com a diferença (Alemanha, 2023; Euro-Informationen, 2026).

O seguro privado pode exercer funções substitutiva, complementar e suplementar. A função substitutiva já foi descrita: para os grupos elegíveis, o PHI substitui integralmente o SHI. A legislação exige que as seguradoras privadas ofereçam um plano básico com cobertura equivalente à do seguro público, disponível a todos os indivíduos elegíveis ao PHI. As funções complementar e suplementar, por sua vez, coexistem com o seguro público. Cerca de 36% dos beneficiários do SHI contratam planos privados adicionais para cobrir copagamentos ou para ampliar a cobertura a serviços como acomodações privativas em hospitais, assistência odontológica mais abrangente e atendimento por médicos específicos (Ettelt; Roman-Urrestarazu, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

O sistema alemão incorpora diversos mecanismos voltados à proteção financeira de grupos vulneráveis. Para limitar a exposição financeira dos usuários, o total desembolsado anualmente não pode exceder 2% da renda bruta familiar, reduzindo-se para 1% entre pessoas com doenças crônicas graves que participam de programas de acompanhamento e/ou realizam os rastreamentos recomendados (Alemanha, 2026b; The Commonwealth Fund, 2026). O SHI também mantém um histórico mecanismo de isenção de copagamentos para famílias com renda muito baixa, hoje incorporado às regras de teto de desembolso. São definidas ainda políticas específicas para determinados grupos demográficos em condições de vulnerabilidade financeira. Cônjuges e filhos sem renda própria podem ser incluídos gratuitamente no seguro do titular por meio de seguro familiar (Familienversicherung), sem contribuição adicional. Crianças menores de 18 anos são isentas da maior parte dos copagamentos, com exceção de próteses dentárias, tratamento ortodôntico e transporte não emergencial, e gestantes têm cobertura integral para os cuidados relacionados à gravidez e ao parto. Para os desempregados, as contribuições ao SHI são proporcionais aos benefícios de seguro-desemprego recebidos, enquanto o governo assume as contribuições dos desempregados de longa duração. Trabalhadores autônomos de baixa renda também contam com regras específicas de cálculo da contribuição mínima, reduzidas em 2019 para ampliar o acesso desse grupo ao sistema. Em conjunto, esses mecanismos contribuem para que a Alemanha mantenha uma das menores taxas de gasto direto entre os países de alta renda, ainda que populações específicas, como autônomos de baixa renda não vinculados ao SHI, permaneçam mais expostas a barreiras de acesso (Blümel; Busse, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

2.6. França

Na França, a cobertura universal é assegurada pelo seguro público obrigatório (Statutory Health Insurance

– SHI), disponível a todos os residentes legais com residência estável e contínua no território francês. Imigrantes em situação irregular, com poucos recursos e que residem no país há mais de três meses são protegidos pela Aide Médicale de l'État (AME) (The Commonwealth Fund, 2026). Desde 2016, o acesso é organizado pela Protection Universelle Maladie (PUMa), regime que substituiu a Couverture Maladie Universelle (CMU), instituída em 2000, e que garante a afiliação individual ao SHI com base em critérios de residência ou de atividade profissional, independentemente do vínculo familiar (Or et al., 2023; The Commonwealth Fund, 2026). Ao contrário do regime anterior, sob a PUMa cada adulto possui direitos próprios sobre a cobertura, eliminando a figura do dependente (França, 2026). O financiamento combina contribuições sobre a folha de pagamento, impostos sobre a renda, e outras receitas tributárias. Entre as contribuições incidentes sobre a renda, destaca-se a Contribution Sociale Généralisée (CSG) que correspondeu a 23% do financiamento do seguro estatutário de saúde em 2024, incidindo sobre quase todas as formas de renda (The Commonwealth Fund, 2026).

O sistema cobre atenção primária, assistência ambulatorial e hospitalar, medicamentos, cuidados odontológicos, saúde mental, reabilitação e cuidados de longa duração (The Commonwealth Fund, 2026). A coordenação do cuidado é estimulada pela escolha de um médico de referência, responsável pelo acompanhamento do paciente e pelos encaminhamentos a especialistas. No entanto, essa coordenação não é obrigatória, mas é incentivada por meio de diferenciação financeira. Por exemplo, para consultas a especialistas sem encaminhamento prévio do médico de referência, o reembolso definido pelo SHI é menor (Dumontet et al., 2017; The Commonwealth Fund, 2026). Acesso direto é permitido, sem penalização, a determinados especialistas (ginecologistas, oftalmologistas e psiquiatras), configurando um modelo de gatekeeping parcial ou flexível (Dumontet et al., 2017; The Commonwealth Fund, 2026).

O principal mecanismo de divisão de custos com os usuários baseia-se no sistema de reembolso dos procedimentos definido pelo SHI, com o percentual variando conforme o tipo de serviço prestado. O seguro público reembolsa, em geral, 70% das consultas ambulatoriais, 80% das internações e entre 15% e 100% dos medicamentos. O reembolso para medicamentos ocorre de acordo com seu valor terapêutico, organizado em faixas de 100% (medicamentos sem alternativa terapêutica e de alto custo), 65% (benefício médico importante ou significativo), 30% (benefício médico moderado) e 15% (baixo benefício médico), conforme o Service Médical Rendu (SMR) (Assurance Maladie, 2026a). Incide também um copagamento de EUR 2 (USD 2,32 em valores de 2026) por consulta ou ato médico (valor em vigor desde maio de 2024), incluindo exames radiológicos e análises biológicas, com teto anual independente de EUR 50 por pessoa (USD 58,08 em valores de 2026) (Assurance Maladie, 2026c). Para internações hospitalares, desde março de 2026 aplica-se um copagamento de EUR 23 por dia de internação (USD 26,71 em valores de 2026), sem teto anual acumulativo. Para internações psiquiátricas a diária é de EUR 17 (USD 19,75 em valores de 2026) (Assurance Maladie, 2026e). Também incidem franquias de EUR 1 por caixa de medicamento, EUR 1 por procedimento paramédico e (USD 1,16 em valores de 2026) EUR 4 por transporte sanitário (USD 4,65 em valores de 2026), todas somadas em um único teto anual independente de EUR 50 por pessoa (USD 58,08 em valores de 2026), distinto do teto definido para o copagamento por consulta ou ato médico (Assurance Maladie, 2025). O conjunto das duas modalidades (copagamento por consulta ou ato médico e cobranças fixas por medicamento, ato paramédico e transporte sanitário) resulta em um gasto direto máximo combinado de EUR 100 por ano por pessoa (Apourceau-Poly, 2024). O acesso direto a especialistas fora do percurso coordenado pelo médico de referência reduz o reembolso para 30%, o que confere ao compartilhamento de custos uma função adicional de orientação da demanda (Couffinhal; Franc, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

Um mecanismo adicional de compartilhamento de custos é o balance billing (dépassement d'honoraires), cujo valor depende de qual setor o profissional está classificado conforme acordo médico firmado com o SHI. No Setor 1, os médicos se comprometem a aplicar exclusivamente as tarifas de referência fixadas pela convenção, sem cobrança adicional, sendo a prática majoritária entre clínicos gerais. No Setor 2, os médicos possuem liberdade para fixar honorários acima da tarifa de referência, e a diferença entre o valor cobrado e a tarifa convencionada (balance billing) é integralmente arcada pelo paciente, podendo ser parcial ou totalmente coberta por um seguro privado, conforme o contrato. O reembolso do SHI, em ambos os setores, é calculado sobre a tarifa de referência, e não sobre o valor efetivamente cobrado. O balance billing incide predominantemente sobre consultas com especialistas (Assurance Maladie, 2023, 2026b; Or et al., 2023; The Commonwealth Fund, 2026).

O seguro privado desempenha papel predominantemente complementar. Cerca de 96% da população possui esse tipo de cobertura, oferecida por seguradoras privadas, entidades mutualistas e instituições sem fins lucrativos. Sua função é cobrir coparticipações, cobranças acima dos valores de referência (balance billing) e despesas parcialmente financiadas pelo seguro público. Alguns contratos incluem, ainda, serviços não contemplados pelo sistema público e benefícios adicionais, como acomodações diferenciadas durante internações. Desde 2016, os empregadores são obrigados a oferecer seguro complementar aos trabalhadores e a financiar pelo menos 50% do prêmio (Couffinhal; Franc, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

A proteção dos grupos vulneráveis combina isenções e cobertura complementar subsidiada. Pacientes com doenças crônicas graves reconhecidas em lista regulamentada, tais como diabetes, câncer, insuficiência cardíaca, recebem reembolso integral dos cuidados relacionados à condição (Assurance Maladie, 2026f). Pessoas de baixa renda podem acessar a Complémentaire Santé Solidaire (C2S). O C2S é um programa público que oferece cobertura complementar gratuita ou subsidiada, reduzindo ou eliminando os copagamentos e outras despesas não integralmente cobertas pelo seguro público. A elegibilidade é definida por critérios de renda e composição familiar (The Commonwealth Fund, 2026). Gestantes e outros grupos específicos também recebem cobertura ampliada para determinados serviços (Assurance Maladie, 2026d, 2026g).

2.7. Japão

O Japão possui um sistema universal de saúde baseado em seguro público obrigatório, que garante cobertura a todos os residentes legais, incluindo estrangeiros com visto de residência válido por período igual ou superior a três meses. O sistema é composto por dois regimes principais: o Employees' Health Insurance (EHI), destinado aos trabalhadores assalariados e seus dependentes, e o National Health Insurance (NHI), voltado aos trabalhadores autônomos, desempregados, aposentados e demais residentes não elegíveis ao EHI. Pessoas com 75 anos ou mais são cobertas pelo Medical Care System for the Advanced Elderly (também conhecido como Late Elders' Health Insurance), instituído em 2008 como resposta ao envelhecimento populacional e à necessidade de separar o financiamento dos cuidados dessa faixa etária do resto do sistema (Ikegami et al., 2011; The Commonwealth Fund, 2026).

O financiamento combina contribuições obrigatórias aos seguros públicos com recursos tributários. O Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) define o pacote de benefícios e atualiza, a cada dois anos, a tabela nacional de remuneração dos serviços, obrigatória para prestadores públicos e privados. Essa tabela padroniza os preços e constitui um dos principais instrumentos de controle de custos do sistema. O sistema oferece ampla cobertura, incluindo atenção ambulatorial e hospitalar, medicamentos

prescritos, assistência odontológica, saúde mental, reabilitação e cuidados de longa duração. Não há um modelo formal de gatekeeping, permitindo aos usuários o acesso direto aos prestadores de serviços de saúde (Matsuda, 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

O compartilhamento de custos ocorre predominantemente por meio de cosseguro que é diferenciado por faixa etária. Crianças menores de 6 anos pagam 20%, adultos de 6 a 69 anos, 30%, idosos de 70 a 74 anos, 20%, e aqueles com 75 anos ou mais, 10%. Para indivíduos com idade acima de 70 anos pertencentes a grupos de renda mais elevada, o percentual se eleva para 20% ou 30% (The Commonwealth Fund, 2026). Desde outubro de 2022 o sistema também cobra uma taxa adicional de aproximadamente JPY 7.000 (USD 43,82 em valores de 2026) de pacientes que procuram grandes hospitais sem encaminhamento, como forma de desestimular o acesso direto à atenção especializada (Shiga Intercultural Association for Globalization, 2026; The Commonwealth Fund, 2026). Para limitar a exposição financeira dos usuários, há um teto mensal para despesas médicas de alto custo e, desde agosto de 2026, um teto anual combinado para gastos com assistência à saúde, ambos definidos conforme a idade e a renda. Os valores pagos acima desses limites são reembolsados pelo seguro público (Japão, 2026; The Commonwealth Fund, 2026).

Desde 2000, o país conta ainda com um seguro específico para cobrir serviços de cuidados de longa duração, que ocorre por meio de um sistema de seguro social compulsório denominado Long-Term Care Insurance (LTCI). A população elegível é dividida em duas categorias: a Categoria 1, composta por pessoas de 65 anos ou mais, tem acesso aos benefícios independentemente de renda ou necessidade prévia; e a Categoria 2, composta por pessoas de 40 a 64 anos com incapacidade decorrente de doenças relacionadas ao envelhecimento, como doenças cerebrovasculares, câncer terminal, artrite reumatoide e esclerose lateral amiotrófica. O sistema é financiado por contribuições de indivíduos a partir dos 40 anos e por recursos tributários. A coparticipação padrão é de 10%, mas, para beneficiários da Categoria 1 com rendimentos mais elevados, ela pode ser de 20% ou 30% (IBM Japan Health Insurance Association, 2026; The Commonwealth Fund, 2026).

Apesar da ampla cobertura pública, cerca de 95% dos domicílios possuem algum tipo de seguro privado de saúde. A maior parte oferece benefícios em dinheiro previamente definidos em caso de hospitalização, cirurgia ou diagnóstico de doenças específicas, destinados a compensar custos indiretos e diretos não médicos. Alguns planos cobrem, ainda, serviços não contemplados pelo sistema público, como acomodações diferenciadas em hospitais e determinados procedimentos de alta tecnologia (The Commonwealth Fund, 2026).

O sistema incorpora mecanismos específicos para proteger grupos vulneráveis dos efeitos do compartilhamento de custos. Como mencionado anteriormente, crianças menores de seis anos e idosos têm cosseguros reduzidos. Além disso, pessoas em situação de pobreza contempladas pelos programas de assistência social são isentas do cosseguro e das despesas com medicamentos. Beneficiários de baixa renda do NHI e indivíduos com redução abrupta da renda podem obter descontos nas contribuições ao seguro, e trabalhadores em licença parental são temporariamente dispensados dessas contribuições. Prestadores credenciados podem, ainda, reduzir ou isentar cosseguros de pessoas de baixa renda, e governos locais oferecem subsídios para a assistência à saúde infantil (Matsuda, 2020; The Commonwealth Fund, 2026). Por fim, o Japão dispõe de dois sistemas de subsídio para doenças raras: o Specified Pediatric Chronic Diseases (SPCD), voltado a menores de 18 anos (prorrogável até 20), com 858 condições elegíveis, e o Designated Intractable Diseases (DID), aplicável a todas as idades, com 348 doenças designadas. Ambos concedem subsídios que limitam os gastos mensais com assistência à saúde, constituindo importante mecanismo de proteção financeira para pacientes com condições raras e crônicas

(Karako; Song, 2025).

2.8. Coreia do Sul

A Coreia do Sul possui um sistema universal de saúde baseado no National Health Insurance (NHI) que é um seguro social obrigatório administrado por um único segurador, o National Health Insurance Service (NHIS). A cobertura universal foi alcançada em 1989 e, em 2000, os diferentes fundos existentes foram integrados em uma estrutura nacional única. Em 2024, o NHI cobria 97% da população, enquanto os 3% restantes, compostos principalmente por pessoas de baixa renda e outros grupos vulneráveis, eram atendidos pelo programa público Medical Aid (NHIS, 2026a). O financiamento do NHI combina contribuições de empregados, empregadores e trabalhadores autônomos com subsídios governamentais e recursos provenientes da sobretaxa sobre o tabaco. Embora o financiamento seja público, a prestação dos serviços é realizada majoritariamente por instituições privadas, responsáveis por mais de 90% dos estabelecimentos de saúde. O pacote de benefícios abrange consultas, exames, medicamentos, procedimentos, cirurgias, internações, reabilitação, cuidados preventivos e programas de rastreamento. (Kwon; Ikegami; Lee, 2020; NHIS, 2024, 2026a). Desde 2008, o país conta com o Long-Term Care Insurance (LTCI) que é um seguro compulsório administrado pelo NHIS. O LTCI é voltado à população idosa dependente com idade acima de 65 anos e a pessoas menores de 65 anos que apresentem condições relacionadas ao envelhecimento segundo critérios definidos pelo LTCI (Kim; Kwon, 2021).

O seguro privado desempenha função principalmente suplementar, cobrindo aproximadamente 72% da população em 2021 (Jones, 2024; Kwon; Ikegami; Lee, 2020). Tradicionalmente, esses seguros oferecem indenizações em caso de hospitalização, cirurgia ou diagnóstico de doenças graves, em vez de reembolsar diretamente as despesas médicas. Expandiram-se produtos que reembolsam parte dos gastos efetivamente realizados pelos beneficiários, inclusive despesas decorrentes dos copagamentos do NHI, embora a cobertura permaneça limitada. A elevada contratação desses seguros está associada às taxas de cosseguro do NHI e à existência de serviços não cobertos (Kwon; Ikegami; Lee, 2020).

No NHI, o compartilhamento de custos ocorre principalmente por meio de cosseguro. Nas internações, o usuário paga 20% do valor dos serviços cobertos. Nos atendimentos ambulatoriais, o cosseguro aumenta conforme o nível de complexidade do prestador onde é realizado o serviço: 30% nas clínicas, 40% nos hospitais (ao menos 30 leitos), entre 45% e 50% nos hospitais gerais (ao menos 100 leitos) e 60% nos hospitais terciários (atendimento altamente especializado de doenças graves; deve ter ao menos 20 especialidades, formação de especialistas e estrutura adicional) (Coreia do Sul, 2023b; NHIS, 2026a). Essa diferenciação busca desestimular a procura direta por estabelecimentos de maior complexidade quando o atendimento pode ser realizado em unidades de menor nível assistencial.

Os medicamentos dispensados em farmácias estão geralmente sujeitos à participação de 30%. Esses percentuais aplicam-se aos serviços incluídos no pacote do NHI, enquanto procedimentos, tecnologias, medicamentos e acomodações não cobertos são financiados pelos pacientes ou pelo seguro privado. Os exames gerais de saúde (avaliações preventivas periódicas que incluem, por exemplo, aferição de pressão arterial, medidas antropométricas e exames de sangue e urina) são gratuitos, ao passo que rastreamentos para seis tipos de câncer exigem participação de 10%, com isenção para os exames de rastreamento dos cânceres colorretal e do colo do útero (NHIS, 2024, 2026a).

A função regulatória do compartilhamento de custos é complementada pelo sistema de encaminhamento. Os pacientes podem acessar diretamente clínicas, hospitais e hospitais gerais, mas o atendimento coberto em hospitais terciários integra uma segunda etapa da assistência e, em regra, depende de encaminhamento

emitido por outro médico. Quando esse fluxo não é observado, o paciente deve arcar integralmente com as despesas do atendimento, salvo em situações excepcionais, como emergências, parto, determinados procedimentos odontológicos e algumas condições que exigem reabilitação. Desse modo, os percentuais crescentes de cosseguro e a exigência de encaminhamento atuam conjuntamente para orientar os beneficiários ao nível de atenção considerado mais apropriado (NHIS, 2024, 2026a).

O sistema também prevê mecanismos específicos para reduzir a exposição financeira dos pacientes com condições graves. A participação nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares é reduzida para 5% entre pacientes registrados com câncer e outras doenças graves e para 10% nos casos de doenças raras ou incuráveis. O tratamento da tuberculose e da infecção latente por tuberculose é isento de copagamento. Essas reduções aplicam-se aos cuidados diretamente relacionados à condição registrada e às complicações para as quais seja reconhecida relação causal (NHIS, 2026a). O NHI também estabelece um teto anual de copagamentos, definido de acordo com a renda e a duração da internação. Em 2026, para pessoas hospitalizadas por até 120 dias, os limites variavam de KRW 900 mil, para o primeiro décimo da distribuição das contribuições ao seguro, a cerca de KRW 8,43 milhões, para o décimo de maior contribuição (USD 657,54 a USD 6.158,95 em valores de 2026). Para internações superiores a 120 dias, os limites variavam entre KRW 1,43 milhão e KRW 10,96 milhões (USD 1.044,76 a USD 8.007,36 em valores de 2026) (NHIS, 2026a). Os valores que excedem esses limites são reembolsados pelo NHIS. Despesas com serviços não cobertos, tratamentos de cobertura seletiva, acomodações hospitalares diferenciadas e determinados atendimentos de baixa complexidade realizados em hospitais terciários, contudo, não são incluídas nesse cálculo, o que limita o alcance da proteção financeira (NHIS, 2024, 2026a).

As pessoas de baixa renda que não conseguem contribuir para o NHI são atendidas pelo Medical Aid, programa financiado pelos governos central e locais. O programa é dividido em duas categorias: Tipo 1, para indivíduos incapazes de trabalhar (pessoas com menos de 18 ou mais de 65 anos; pessoas com deficiência; pessoas com doenças graves e raras; e outros casos especiais), com isenção em internações e em copagamento de parte dos atendimentos ambulatoriais e medicamentos; e Tipo 2, para aqueles com capacidade parcial de trabalho, que pagam copagamento reduzido de até 15% (Coreia do Sul, 2025; Lee et al., 2020). A cobertura inclui, entre outros grupos, beneficiários da assistência social, pessoas incapazes de trabalhar, pacientes com doenças graves, crianças adotadas, pessoas em situação de rua, refugiados norte-coreanos e vítimas de desastres. O sistema também oferece auxílio para despesas médicas catastróficas às famílias cujo gasto em saúde é elevado em relação à renda. O programa reembolsa de 50% a 80% das despesas elegíveis, incluindo copagamentos, itens integralmente pagos pelo paciente e despesas não cobertas que ultrapassem 10% da renda familiar anual para famílias com renda entre 50% e 100% da renda mediana (Coreia do Sul, 2023a; NHIS, 2026b).

2.9. China

A China possui um sistema de seguro público de saúde com cobertura quase universal, estruturado em dois principais programas que em conjunto cobrem 95% da população, o Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI) e o Urban and Rural Resident Basic Medical Insurance (URRBMI) (The Commonwealth Fund, 2026). O UEBMI é obrigatório para trabalhadores urbanos com vínculo formal e financiado por contribuições de empregados e empregadores. Esse programa possui uma estrutura dual na qual parte das contribuições é destinada a um fundo de socialização de riscos (risk-pooling fund), que cobre internações e despesas de alto custo, e parte é depositada em uma conta individual (personal medical savings account), utilizada para despesas ambulatoriais, odontológicas e farmacêuticas. Diferentemente

dos fundos de socialização, que têm regras de reembolso mais rígidas, as contas individuais permitem ao titular decidir como utilizar os recursos, desde que respeitado o saldo disponível. Como os saldos dessas contas se acumulavam sem uso ao longo do tempo, o governo instituiu em 2021 o Family Mutual Aid System (FMAS), que permite aos titulares do UEBMI empregar os saldos de suas contas individuais para cobrir despesas médicas de familiares, incluindo aqueles cobertos pelo URRBMI. A iniciativa marca uma mudança na lógica de financiamento do sistema, ao fortalecer a função de repartição de riscos do seguro e mitigar o peso financeiro sobre as famílias (Liu et al., 2025; The Commonwealth Fund, 2026; Yang; Tao; Qu, 2025).

O URRBMI, por sua vez, é voluntário e destina-se a residentes urbanos e rurais sem emprego formal, sendo financiado por contribuições dos beneficiários e subsídios governamentais. A administração é coordenada pela National Healthcare Security Administration (NHSA), criada em 2018, embora a operação seja descentralizada, cabendo aos governos locais definirem parte das regras de financiamento e reembolso (The Commonwealth Fund, 2026).

O pacote de benefícios oferece cobertura para consultas ambulatoriais, internações, medicamentos e serviços preventivos, embora os níveis de cobertura variem entre os regimes e entre as diferentes regiões do país. O sistema não adota um modelo formal de gatekeeping, permitindo acesso direto aos serviços de saúde que ocorre predominantemente por meio dos hospitais (The Commonwealth Fund, 2026). A atenção primária é estruturalmente pouco desenvolvida, com deficiências em infraestrutura e qualificação profissional, o que contribui para a baixa utilização desse nível de cuidado (Cai et al., 2025; Li et al., 2019; Wang et al., 2020). Reformas recentes, contudo, vêm fortalecendo a atenção primária por meio de incentivos incluindo reembolso mais elevado para atendimentos nesse nível e prescrições estendidas para pacientes crônicos. Além disso, têm sido implementados mecanismos de referência entre atenção primária e hospitais, ainda de caráter não obrigatório, e em fase de implementação em regiões-piloto (Cai et al., 2025; Jing et al., 2025; The Commonwealth Fund, 2026).

Os hospitais chineses são organizados em três níveis segundo a complexidade assistencial. Os hospitais de nível primário (nível I) são, em geral, hospitais comunitários com menos de 100 leitos, responsáveis por oferecer cuidados preventivos, atenção básica e serviços de reabilitação a comunidades locais. Os hospitais de nível secundário (nível II), localizados em cidades de médio porte, condados ou distritos, apresentam entre 100 a 500 leitos. Esses hospitais prestam serviços de média complexidade e desempenham funções complementares de ensino e pesquisa em escala regional. Os hospitais de nível terciário (nível III), com mais de 500 leitos, estão localizados em centros urbanos de grande porte. São hospitais de referência provincial ou nacional, que oferecem serviços de alta complexidade, e concentram atividades de ensino e pesquisa (The Commonwealth Fund, 2026; Xue et al., 2023).

O compartilhamento de custos combina franquias e tetos máximos de reembolso, não existindo um percentual nacional único de coparticipação. Os valores variam conforme o programa de seguro, a região, o nível do prestador e o tipo de serviço. Em geral, os beneficiários do UEBMI recebem reembolsos mais elevados do que os vinculados ao URRBMI. Estudo realizado para pacientes com câncer de mama em uma cidade na China constatou, em 2022, reembolsos entre 87% e 97% das despesas de internação pelo UEBMI, contra 65% a 80% para beneficiárias do URRBMI, evidenciando desigualdade de proteção entre os dois regimes (Zhang, 2024). Como forma de incentivar a utilização dos serviços hospitalares de menor complexidade, os hospitais terciários costumam exigir maior participação financeira dos usuários do que em hospitais dos níveis I e II (NHSA, 2021; The Commonwealth Fund, 2026). Por exemplo, no URRBMI de Pequim em 2024, internações em hospitais secundários têm franquia de RMB 800 (USD 109,60 em

valores de 2024) com reembolso de 78%, enquanto em hospitais terciários a franquia sobe para RMB 1.300 (USD 178,10 em valores de 2024) e o reembolso varia entre 75% e 78%, limitado a um teto de RMB 250.000 (USD 34.249,39 em valores de 2024) (Ji; Chu; Qin, 2025).

Apesar da cobertura quase universal, o seguro básico chinês garante apenas a proteção essencial. Em 2024, cerca de 27,5% das despesas médicas foram financiadas diretamente pelas famílias, percentual superior à média mundial, evidenciando que a carga financeira individual permanece expressiva (Ma; Li; Xue, 2026). Nesse contexto, o seguro privado possui um espaço de atuação exercendo funções complementar e suplementar ao sistema público. Sua principal finalidade é cobrir despesas não reembolsadas pelos seguros públicos, incluindo coparticipações, franquias e gastos que excedem os tetos de reembolso, reduzindo a exposição financeira dos beneficiários. Alguns planos financiam, ainda, medicamentos, tecnologias e outros serviços não contemplados pelo pacote de benefícios do sistema público.

Nos últimos anos, o governo tem incentivado a expansão desse mercado como forma de ampliar a proteção financeira da população, especialmente para doenças graves, mantendo, contudo, o seguro público como principal fonte de financiamento da assistência (Fang, 2016, 2020; The Commonwealth Fund, 2026). Em 2015, o governo de Shenzhen introduziu uma modalidade de seguro comercial suplementar estruturada como parceria entre poder público e seguradoras, denominado Huimin Insurance (City-Customized Supplemental Medical Insurance - CCSMI). Nesse arranjo, as autoridades locais desempenham papel de orientação e divulgação, e as companhias seguradoras assumem a subscrição e a gestão operacional dos planos, sem transferência direta de recursos públicos (Ding; Wang; Xu, 2026; Ma; Li; Xue, 2026). O produto distingue-se por prêmios reduzidos, ausência de restrições etárias e aceitação de portadores de condições pré-existentes, cobrindo despesas excluídas do catálogo do seguro básico, como medicamentos de elevado custo e terapias especializadas. O valor do prêmio e os limites de cobertura variam entre os municípios (Ma; Li; Xue, 2026). Do ponto de vista econômico, o apoio governamental é o mecanismo central que viabiliza prêmios baixos. Ao induzir a formação de amplos pools de adesão, a participação do Estado dilui o risco individual e permite reduzir o custo médio por segurado, dispensando subsídios fiscais diretos (Ding; Wang; Xu, 2026). Franquias elevadas e cobertura restrita a despesas catastróficas funcionam como mecanismo adicional de controle de sinistralidade (Ma; Li; Xue, 2026).

A expansão do CCSMI foi lenta na fase inicial e acelerou-se a partir de 2020, com estímulo do governo central. Até outubro de 2024, 298 produtos haviam sido lançados nas 31 regiões administrativas provinciais do país. Em 2023, mais de 300 milhões de indivíduos estavam cobertos (Ding; Wang; Xu, 2026; Ma; Li; Xue, 2026). O modelo, contudo, apresenta tensões estruturais que ameaçam a sua sustentabilidade. A ausência de precificação diferenciada por risco e a aceitação de condições pré-existentes atraem predominantemente indivíduos com maior necessidade de cuidado, configurando risco de seleção adversa (Ma; Li; Xue, 2026). Apesar do crescimento, a taxa média de adesão permanece baixa (19,3%) e parcela expressiva dos planos foi descontinuada, indicando limites de sustentabilidade do modelo (Khanna, 2024).

Além do seguro privado e do CCSMI, o sistema conta com mecanismos públicos destinados a reduzir a exposição financeira de grupos mais vulneráveis. A estrutura de cobertura do UEBMI e URRBMI, como visto, é definida por franquias, catálogos de benefícios e tetos de reembolso que deixam lacunas de proteção. Dessa forma, o governo definiu dois programas para tentar preencher essas lacunas: Critical Illness Insurance (CII) e o Medical Financial Assistance (MFA).

O CII foi instituído em 2012 como política nacional e implementado de forma abrangente a partir de 2015, funcionando como uma camada suplementar automática integrada a ambos os regimes de seguro básico (UEBMI e URRBMI). O programa oferece reembolso adicional para despesas médicas elevadas que excedem os tetos do seguro básico, com taxas de reembolso que variam conforme região (Liu; Jiang; Li, 2014; Zhang et al., 2026). O CII é financiado predominantemente com recursos do fundo do seguro básico, sem fonte de financiamento autônoma, o que compromete sua sustentabilidade a longo prazo (Li et al., 2019). Em diversas regiões, seguradoras comerciais participam da operacionalização do programa sob contrato com os governos locais, embora o financiamento permaneça público (Liu; Jiang; Li, 2014).

O Medical Financial Assistance (MFA) configura-se como uma rede de proteção do sistema voltada a indivíduos sem capacidade de arcar com o seguro público ou com as despesas de saúde. Seu financiamento provém de governos locais e de doações de caráter social. O MFA pode custear total ou parcialmente as contribuições ao seguro básico de populações de baixa renda e absorver parcela dos gastos diretamente assumidos pelos pacientes como franquias, copagamentos e gastos acima dos limites de cobertura, com foco em despesas de maior impacto financeiro. Há também previsão de cobertura para atendimentos de urgência, embora em caráter complementar (The Commonwealth Fund, 2026). Subsídios fiscais adicionais ao prêmio do URRBMI para idosos e populações rurais completam essa arquitetura de proteção, buscando reduzir desigualdades de acesso e mitigar o risco de gastos catastróficos em saúde (Gruber et al., 2025; The Commonwealth Fund, 2026).

2.10. Síntese comparativa dos sistemas de saúde

Esta subseção sintetiza os resultados das experiências dos nove países analisados: Estados Unidos, Chile, Itália, Austrália, Alemanha, França, Japão, Coreia do Sul e China. Esses países adotam arranjos distintos para moderar a demanda, que variam segundo o tipo de mecanismo de compartilhamento de custos e a definição da magnitude. O instrumento mais disseminado é o cosseguro ou o sistema de reembolso percentual que são funcionalmente equivalentes, mas diferem do ponto de vista operacional. No cosseguro, a seguradora paga sua fração diretamente ao prestador, e no reembolso, o paciente paga o valor total e recebe reembolso posterior. São utilizados também mecanismos de copagamento que se caracterizam pela sua previsibilidade. Esses instrumentos podem ser observados de forma isolada ou concomitantes. A franquia, por sua vez, é mais usual em sistemas orientados pelo mercado, com destaque para os Estados Unidos. No entanto, o sistema de saúde público chinês também utiliza esse mecanismo no cuidado hospitalar. Por fim, a Austrália adota também um instrumento conhecido como gap payment, que corresponde à diferença entre o valor cobrado pelo prestador e o reembolsado pelo Medicare.

A magnitude do compartilhamento pode variar segundo o tipo de serviço (ex., consultas e internações hospitalares) e, em alguns países, segundo o nível de complexidade do prestador. Essa diferenciação por tipo de serviço, utilizada para orientar a utilização do cuidado, é adotada por todos os nove países selecionados. Adicionalmente, a magnitude pode ser diferenciada por faixa etária, como no Japão, ou por grupo de renda, como no Chile.

Todos os países analisados incorporam mecanismos de proteção financeira, ainda que com graus variados de abrangência. O caso mais extremo envolve a isenção total dos mecanismos de compartilhamento de custos em serviços específicos a determinados grupos definidos segundo critério demográfico associado à renda (Itália), clínico (Itália e França) ou modalidade de acesso, na qual os beneficiários não pagam copagamentos pelos atendimentos realizados na rede pública (Chile). Alguns países adotam um sistema intermediário que envolve redução diferenciada de participação financeira para grupos vulneráveis, como

observado no Japão (segundo grupos etários), Coreia do Sul (segundo condição clínica), e Austrália (condição socioeconômica). Observa-se ainda a oferta pública de seguro complementar gratuito ou subsidiado para populações de baixa renda, adotado na França, e a cobertura adicional para despesas elevadas e assistência financeira à população de baixa renda na China.

A definição de tetos anuais, trimestrais ou mensais para gastos diretos das famílias se constitui em um mecanismo adicional de proteção financeira, podendo ser definido em valor absoluto, independentemente da renda (Medicare nos EUA - Parte D e França), ser vinculado à renda familiar (Alemanha, Medicaid nos EUA, Coreia do Sul e Japão). Austrália e Chile, por sua vez, adotam mecanismos de proteção contra despesas elevadas baseados, respectivamente, em limiar anual de gastos que amplia o reembolso e em dedutível que aciona cobertura adicional para eventos catastróficos.

O **Quadro 1** sintetiza as principais dimensões abordadas, permitindo uma leitura comparativa direta entre os modelos.

Quadro 1. Síntese das características do sistema de saúde de nove países selecionados segundo desenho de cobertura, papel do setor privado, mecanismos de divisão de custos e mecanismos de proteção financeira

País	Desenho e cobertura	Papel do setor privado	Mecanismos de divisão de custos	Mecanismos de proteção financeira
Estados Unidos	Fragmentado, sem cobertura universal. 8% sem seguro. Programas públicos segmentados (Medicare, Medicaid, CHIP[1]) e seguro privado predominante.	Principal forma de cobertura da população ativa. Função complementar (*Medigap*) e modalidade alternativa ao Medicare tradicional (*Medicare Advantage*).	Franquias anuais, copagamentos, cosseguros e tetos por plano.	Medicaid limita gasto a 5% da renda familiar mensal ou trimestral. CHIP cobre crianças que não se qualificam para o Medicaid. Subsídios do ACA[2] nos Marketplaces. Múltiplos tetos fixos por plano/programa
Chile	Dual: Fonasa (público, 85,5%) e Isapre (privado, 12,6%). Contribuição obrigatória de 7% da renda direcionada a um dos subsistemas.	Isapres exercem função substitutiva ao Fonasa. Seguros privados complementares podem reembolsar copagamentos nas Isapres e, no Fonasa, atuam no âmbito da MLE.	Copagamentos na MLE e nas Isapres. No Fonasa/MAI, o Copago Cero eliminou os copagamentos para todos os grupos de renda. Nas Isapres, o GES mantém teto de copagamento de 20%.	Copago Cero (2022) elimina copagamento no Fonasa para atendimentos na rede pública. FOFAR[5] (medicamentos gratuitos). Lei Ricarte Soto (alto custo integral). GES estabelece limites de copagamento para condições prioritárias. CAEC[6]: eventos catastróficos após dedutível de 30× a contribuição mensal (Isapres).
Itália	Universal, financiado por tributação geral (SSN[7]). Gestão descentralizada em 20 regiões. Pacote nacional de benefícios. Presença de *Gatekeeping*.	Complementar e suplementar. Financia acomodações diferenciadas, escolha de prestadores, serviços não cobertos pelo SSN e parte dos copagamentos.	Copagamentos, sem franquias, concentrados nos serviços ambulatoriais. Cobrança por prescrição até o teto legal de EUR 36,15. Medicamentos e atendimentos de emergência também podem estar sujeitos a cobranças.	Isenção para menores de 6 anos, idosos (65+) de baixa renda, pessoas com doenças crônicas ou raras, gestantes, HIV e deficiência grave. Crédito tributário (~1/5 das despesas) após EUR 129 anuais. Sem teto nacional único.
Austrália	Universal (Medicare), financiado por tributação geral + Medicare Levy. Presença de *Gatekeeping*; acesso direto a especialista sem reembolso.	Suplementar (~45% cobertura hospitalar). Proibido cobrir serviços ambulatoriais do Medicare. Financia hospitais privados, odontologia, óculos, ambulância.	*Gap payment* (diferença entre valor cobrado e reembolsado). Reembolso 85% especialista / 100% GP[8] (*bulk billing*)/ 75% dos honorários médicos para internações em hospitais privados. Copagamento fixo para medicamentos (PBS[9]).	Safety Nets (OMSN e EMSN) elevam reembolso após limite anual. Tetos reduzidos para Concession Card. Tetos fixos absolutos com gatilhos: OMSN (AUD 594,40) e EMSN (AUD 861,20 ou AUD 2.699,10, conforme grupo). PBS Safety Net para medicamentos.
Alemanha	Universal (SHI[12], 89%) ou privado substitutivo (PHI[13], 11%). Financiado por contribuições sobre salários.	Substitutivo (grupos de maior renda) ou complementar/suplementar (36% dos do SHI contratam planos adicionais para copagamentos e serviços extras).	Cosseguro 10% para medicamentos/dispositivos (mín. EUR 5, máx. EUR 10/item). Hospital: EUR 10/dia (máx. 28 dias). Consultas ambulatoriais gratuitas.	Plano familiar: dependentes sem renda gratuitos. Isenção para crianças e cobertura integral para gestantes nos cuidados relacionados à gravidez e ao parto. Para desempregados de longa duração, o governo assume as contribuições ao SHI. Teto de gastos diretos vinculado à renda: 2% da renda bruta familiar (1% para doenças crônicas graves).

País	Desenho e cobertura	Papel do setor privado	Mecanismos de divisão de custos	Mecanismos de proteção financeira
França	Universal (SHI[12] obrigatório). Financiado por contribuições sociais + CSG[14] (responsável por ~23%). *Gatekeeping*: médico de referência incentivado, mas não obrigatório.	Complementar (~96% da população). Empregadores obrigados a oferecer e custear ≥50% do prêmio. Cobre copagamentos, *balance billing* e serviços extras.	Reembolso 70% consultas / 80% internações / 15%-100% medicamentos. Copagamento EUR 2/consulta (teto EUR 50/ano); EUR 1/medicamento, EUR 1/ato paramédico, EUR 4/transporte (teto EUR 50/ano); EUR 23 por dia de internação (sem teto anual). *Balance billing* no Setor 2 de prestadores.	ALD[15] (crônicos graves): reembolso integral. C2S[16]: cobertura complementar gratuita/subsidiada para baixa renda. Gestantes com cobertura ampliada. Tetos fixos absolutos: EUR 100/ano combinado (EUR 50 copagamento + EUR 50 franquia).
Japão	Universal (EHI[17] + NHI[18] + seguro para 75+). Financiado por contribuições + tributação.	~95% dos domicílios possuem seguro privado. Predominantemente benefícios em dinheiro (hospitalização, cirurgia, diagnóstico). Alguns cobrem serviços não contemplados.	Cosseguro por faixa etária: 30% adultos, 20% crianças < 6 anos/70-74 anos, 10% para 75+ baixa renda. Taxa extra para acesso direto a grandes hospitais: aproximadamente JPY 7.000.	Cosseguro reduzido para crianças e idosos. Isenção para assistência social. Subsídios para doenças raras (SPCD[19], DID[20]). Reembolso acima do limite. Tetos mensais e anuais por idade e renda.
Coreia do Sul	Universal (NHI[18], segurador único, ~97%). *Medical Aid* para 3% de baixa renda. Prestação majoritariamente privada (>90%).	Suplementar (~72% da população). Indenizações por evento (hospitalização, cirurgia, doenças graves). Expansão para reembolso de copagamentos do NHI.	Cosseguro para serviços ambulatoriais crescente por complexidade do prestador: 30% clínicas, 40% hospitais, 45-50% hospitais gerais, 60% terciários. Medicamentos: 30%. Cosseguro de ~20% para internações.	Redução para 5% (câncer/doenças graves) e 10% (doenças raras). Medical Aid: isenção para internações e coparticipações reduzidas (Tipo 1) ou 15% (Tipo 2). Teto anual por renda e duração de internação: KRW 900 mil a KRW 10,96 milhões. Famílias de baixa renda: ~10% da renda anual.
China	Quase universal (95%): UEBMI[21] (obrigatório, trabalhadores formais) e URRBMI[22] (voluntário, residentes sem emprego formal).	Complementar e suplementar. *Huimin Insurance* (CCSMI[23]): parceria público-privada com prêmios baixos, sem restrições, cobrindo parte das despesas fora do catálogo. Risco de seleção adversa.	Franquias + coparticipação + tetos máximos de reembolso. Variação por regime, região, nível hospitalar e serviço. UEBMI reembolsa mais que URRBMI. Reembolso maior na atenção primária.	CII[24]: reembolso adicional acima dos tetos do seguro básico. MFA[25]: custeia prêmios e gastos de baixa renda. Subsídios fiscais ao URRBMI para idosos e residentes rurais. Sem teto nacional padronizado.

Notas: (1) Children's Health Insurance Program; (2) Affordable Care Act; (3) Modalidad de Libre Elección; (4) Garantías Explícitas en Salud; (5) Fondo de Farmacia; (6) Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas; (7) Servizio Sanitario Nazionale; (8) General Practitioner; (9) Pharmaceutical Benefits Scheme; (10) Original Medicare Safety Net; (11) Extended Medicare Safety Net; (12) Statutory Health Insurance; (13) Private Health Insurance; (14) Contribution Sociale Généralisée; (15) Affection de Longue Durée; (16) Complémentaire Santé Solidaire; (17) Employees' Health Insurance; (18) National Health Insurance; (19) Specified Pediatric Chronic Diseases; (20) Designated Intractable Diseases; (21) Urban Employee Basic Medical Insurance; (22) Urban and Rural Resident Basic Medical Insurance; (23) City-Customized Supplemental Medical Insurance; (24) Critical Illness Insurance; (25) Medical Financial Assistance.

3. O caso brasileiro

3.1. Breve contexto do sistema de saúde brasileiro e a utilização de mecanismos de compartilhamento de custos com os usuários

O sistema de saúde brasileiro caracteriza-se por um modelo misto, no qual coexistem o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, e o setor privado, que oferece assistência por meio de planos e seguros de saúde ou mediante pagamento direto. O SUS assegura cobertura a uma ampla gama de serviços, incluindo ações de promoção e prevenção, atenção primária, assistência ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência, assistência farmacêutica, serviços de diagnóstico e reabilitação e procedimentos de alta complexidade. A gestão é descentralizada entre União, estados e municípios, e a assistência organiza-se em redes regionalizadas e hierarquizadas, com a atenção primária desempenhando papel central na coordenação do cuidado. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS não adota mecanismos de compartilhamento de custos com os usuários. A regulação do acesso e da utilização dos serviços ocorre predominantemente por mecanismos não monetários, como a coordenação do cuidado pela atenção primária, os sistemas de referência e contrarreferência, os tempos de espera e as restrições associadas à capacidade instalada da rede assistencial (Andrade et al., 2018; Massuda et al., 2020; The Commonwealth Fund, 2026).

Paralelamente ao SUS, o setor privado ocupa papel relevante na oferta e no financiamento da assistência à saúde no país, sobretudo por meio dos planos e seguros de saúde. O número de beneficiários de planos de assistência médica passou de 30 milhões em 2000, aproximadamente 18% da população, para 53 milhões em 2026, cerca de 25% da população brasileira (ANS, 2026c). A maior parte desses beneficiários está vinculada a planos coletivos empresariais, que representam 73,1% dos vínculos. Considerando também os planos coletivos por adesão, os contratos coletivos concentram aproximadamente 84,1% dos beneficiários, enquanto os planos individuais ou familiares correspondem a 15,9% (Andrade et al., 2018; ANS, 2026c; Montoya Diaz, 2020; OECD, 2025).

A posse de um plano de saúde constitui um objeto de desejo para muitos brasileiros, figurando de forma recorrente entre os bens e serviços mais desejados pela população (IESS, 2019, 2021, 2025). Esse interesse está associado, entre outros fatores, à ampliação das alternativas de acesso aos serviços de saúde, com cobertura diferenciada e menores tempos de espera para consultas, exames e internações em comparação às limitações observadas no sistema público. Os planos também proporcionam maior liberdade de escolha de prestadores e facilitam o acesso a especialistas e a tecnologias médico-hospitalares. A vinculação a um plano de saúde, contudo, não elimina o direito constitucional de acesso ao SUS. Beneficiários de planos privados podem recorrer à rede pública, o que resulta em sobreposição na utilização dos serviços. Nesses casos, as operadoras estão sujeitas ao ressarcimento ao SUS pelos atendimentos cobertos contratualmente e prestados a seus beneficiários na rede pública, mecanismo que busca reduzir subsídios cruzados entre os dois subsistemas.

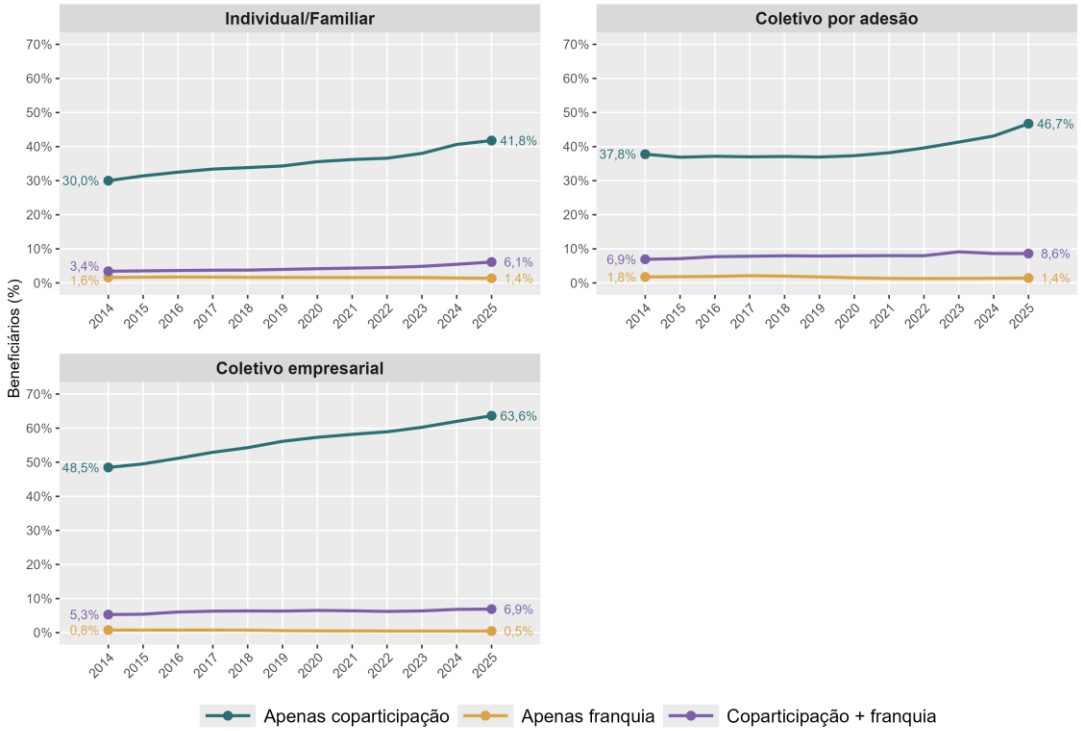
No setor privado de saúde, os incentivos à utilização dos serviços são reforçados por características organizacionais e culturais que atuam tanto sobre a oferta quanto sobre a demanda. Do lado da oferta, a predominância da remuneração por procedimento vincula a receita dos prestadores ao volume de serviços realizados, criando incentivos para a utilização de serviços que não estão necessariamente associados a melhores resultados assistenciais. A fragmentação da assistência entre operadoras, hospitais, médicos, laboratórios e fornecedores também torna mais complexa as relações de agência e dificulta o alinhamento de incentivos em torno do controle de custos e da qualidade assistencial. Do lado da demanda, a cobertura

proporcionada pelo plano reduz o custo percebido pelo beneficiário no momento da utilização e estimula o consumo de serviços além do que ocorreria diante do pagamento integral. Esses incentivos são reforçados por fatores culturais, como a crença de que o maior uso de tecnologias e procedimentos equivale a uma assistência de melhor qualidade. Adicionalmente, acredita-se que o pagamento pelo plano de saúde confere o direito de usar os serviços de forma irrestrita, independentemente da necessidade clínica (Andrade et al., 2018).

Para moderar a sobreutilização dos serviços de saúde, a legislação brasileira admite a adoção de fatores moderadores nos contratos de planos de saúde. São previstos dois mecanismos financeiros, a coparticipação e a franquia, sendo a primeira predominante no mercado. A coparticipação pode assumir a forma de um valor fixo por utilização (copagamento) ou de um percentual do valor total do serviço (cosseguro). No Brasil, essas duas formas de participação financeira são usualmente reunidas sob o termo coparticipação. O mecanismo pode incidir sobre consultas, exames, terapias e outros procedimentos previstos contratualmente. No caso das internações, a regulamentação estabelece restrições específicas à forma de cobrança. Não há, contudo, um percentual ou valor máximo geral definido pela ANS para coparticipação ou franquia, tampouco limites agregados mensais ou anuais.

A **Figura 1** apresenta a evolução da proporção de beneficiários de planos médico-hospitalares com compartilhamento de custos entre 2014 e 2025, segundo a modalidade de contratação. Observou-se aumento da participação de beneficiários em planos apenas com coparticipação em todas as modalidades, mais acentuado nos planos coletivos empresariais, com crescimento de 15,2 pontos percentuais, seguido pelos planos individuais/familiares, com 11,8 pontos percentuais, e pelos coletivos por adesão, com 9,0 pontos percentuais. A franquia isolada permaneceu residual ao longo de todo o período e apresentou ligeira redução nas três modalidades. A combinação entre coparticipação e franquia também manteve participação relativamente baixa, embora tenha registrado pequeno aumento entre 2014 e 2025. Para os contratantes, uma das principais vantagens associadas a produtos com compartilhamento de custos é a possibilidade de mensalidades mais baixas em comparação aos planos sem fator moderador.

Figura 1. Evolução do número de beneficiários em planos médico-hospitalares com compartilhamento de custos, por modalidade de contratação, 2015-2025



Fonte: Dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para este estudo.

A **Tabela 1** apresenta a evolução do número de beneficiários de planos coletivos empresariais segundo o porte da carteira e a presença de compartilhamento de custos. Entre 2020 e 2025, a proporção de beneficiários em contratos com coparticipação e/ou franquia passou de 63,5% para 71,1%. O crescimento foi mais acentuado entre os contratantes de menor porte, com até 49 beneficiários, para os quais essa proporção aumentou de 43,3% para 58,1%, uma diferença de aproximadamente 15 pontos percentuais. Entre os contratantes com 50 a 999 beneficiários, o percentual passou de 68,0% para 73,0%, enquanto, entre aqueles com mil ou mais beneficiários, aumentou de 73,3% para 79,1%.

Tabela 1 – Beneficiários de planos coletivos empresariais com fator moderador, segundo o porte do contratante

Porte do Contratante	2020			2025			Diferença
	Com[1]	Sem	% com	Com[1]	Sem	% com	
0 a 49	3.726.338	4.874.881	43,3%	6.539.402	4.723.113	58,1%	+15 pp
50 a 999	6.956.553	3.270.858	68,0%	8.429.674	3.112.099	73,0%	+5 pp
1000+	9.631.105	3.509.736	73,3%	12.360.344	3.268.882	79,1%	+6 pp
Total	20.313.996	11.655.475	63,5%	27.329.420	11.104.094	71,1%	+8 pp

Notas: [1] Inclui planos com franquia, com coparticipação e franquia + coparticipação.
Fonte: Painel dos Contratantes — ANS (2025).

A crescente presença dos mecanismos de compartilhamento de custos no mercado brasileiro reforça a importância de seu desenho regulatório. Embora esses mecanismos contribuam para moderar a utilização dos serviços, seus efeitos dependem das regras que definem os procedimentos sobre os quais podem incidir, as formas de cobrança, os limites aplicáveis e as garantias de proteção ao beneficiário. Diante da

expansão desses mecanismos em um mercado marcado por forte heterogeneidade entre tipos de contratação e perfis de beneficiários, torna-se relevante compreender como a regulação brasileira disciplina sua utilização e quais lacunas ainda permanecem.

3.2. O marco regulatório vigente no Brasil

A promulgação da Lei nº 9.656/1998, que estabeleceu o marco regulatório dos planos privados de assistência à saúde, representou um avanço importante na organização do setor e na proteção dos beneficiários. Até então, o mercado havia se desenvolvido por mais de três décadas sem um marco setorial específico e abrangente, com limitada intervenção estatal sobre as condições de cobertura e contratação. A Lei passou a estabelecer regras para o funcionamento das operadoras e a comercialização dos planos, definindo requisitos mínimos de cobertura, condições de contratação, períodos de carência, critérios de reajuste, regras para a manutenção da rede assistencial e obrigações de informação aos beneficiários. Também instituiu o plano-referência e estabeleceu parâmetros mínimos para as coberturas ambulatorial e hospitalar, reduzindo a ampla heterogeneidade contratual que caracterizava o mercado até então. No que diz respeito aos mecanismos de compartilhamento de custos, a Lei reconheceu expressamente a possibilidade de adoção de franquia e coparticipação e determinou que sua existência, os limites financeiros e os percentuais aplicáveis fossem claramente informados nos contratos. Não foram definidos, contudo, os parâmetros para sua aplicação, cuja regulamentação ficou a cargo de normas infralegais.

Ainda em 1998, a Resolução CONSU nº 8 disciplinou os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras para gerenciar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Seu escopo é mais amplo do que o compartilhamento de custos e abrange instrumentos financeiros e não financeiros de organização da assistência. Entre os mecanismos financeiros, a norma reconhece a coparticipação e a franquia. A coparticipação é definida como a parcela paga pelo consumidor à operadora em decorrência da realização de determinado procedimento, enquanto a franquia corresponde ao valor estabelecido em contrato até o qual a operadora não possui responsabilidade de cobertura. Entre os mecanismos não financeiros estão instrumentos de organização do acesso, como direcionamento da rede, adoção de porta de entrada (gatekeeper), auditorias técnicas (autorização prévia, avaliação profissional e junta médica), dentre outros mecanismos de gerenciamento assistencial.

Com a criação da ANS por meio da Lei nº 9.961/2000, a competência para normatizar esses mecanismos foi transferida do Conselho de Saúde Suplementar para a ANS, permanecendo vigente a Resolução CONSU nº 8 até que seja editado novo regramento pela autarquia. Ao longo de quase três décadas de aplicação, a experiência regulatória evidenciou lacunas e ambiguidades que dificultam a aplicação uniforme dos mecanismos financeiros de regulação. O marco atualmente vigente, composto pela Resolução CONSU nº 8 e por normativos complementares, apresenta limitações relacionadas à definição dos mecanismos, aos parâmetros financeiros aplicáveis, à proteção de grupos vulneráveis e às regras de isonomia, transparência e operacionalização. A análise a seguir organiza e discute essas limitações em torno de quatro dimensões.

Dimensão conceitual: o "fator restritivo severo"

A Resolução CONSU nº 8/1998 estabeleceu como princípio central da regulação dos mecanismos financeiros a vedação à adoção de coparticipação ou franquia que se caracterize como fator restritor severo ao acesso aos serviços de saúde. A regra busca compatibilizar o uso desses mecanismos com a preservação do acesso à assistência, impedindo que a participação financeira do beneficiário alcance magnitude capaz de desestimular ou inviabilizar a utilização adequada dos serviços. A norma, contudo, não definiu

objetivamente o conceito de fator restritor severo nem estabeleceu critérios para sua caracterização.

Essa ausência de definição constitui uma das principais lacunas conceituais do marco regulatório. Na prática, permanece indeterminado qual nível de exposição financeira pode ser considerado compatível com o acesso à assistência e a partir de que ponto o compartilhamento de custos passa a representar uma barreira à utilização. Essa avaliação é particularmente complexa porque os efeitos da participação financeira variam conforme a frequência de utilização, a necessidade assistencial e o perfil dos beneficiários, podendo ser mais restritivos para pessoas com doenças crônicas ou que demandam cuidados recorrentes.

A proteção pretendida pela norma depende, portanto, da adequada calibração dos diferentes mecanismos de regulação, como franquia, copagamento, cosseguro e limite máximo de desembolso, combinada a salvaguardas específicas para determinados grupos e serviços. Nas experiências internacionais analisadas, coube ao regulador estabelecer esses parâmetros e salvaguardas de forma a compatibilizar o compartilhamento de custos com a preservação do acesso. No Brasil, a ausência de critérios objetivos faz com que esse equilíbrio permaneça, em grande medida, dependente da aplicação administrativa da norma e do desenho dos contratos.

Dimensão financeira

A dimensão financeira reúne as regras relacionadas à definição, à intensidade e aos limites dos mecanismos de compartilhamento de custos. A Resolução CONSU nº 8/1998 reconhece a franquia e a coparticipação como mecanismos financeiros de regulação e estabelece condições específicas para sua aplicação. Persistem, contudo, lacunas quanto aos parâmetros que delimitam a exposição financeira do beneficiário.

A Resolução CONSU nº 8 define a franquia como o valor estabelecido em contrato até o qual a operadora não possui responsabilidade de cobertura. Essa definição se aproxima do conceito internacional de franquia (deductible), caracterizado pelo valor assumido integralmente pelo beneficiário antes que a cobertura do seguro passe a vigorar. A própria norma, contudo, impede o financiamento integral de um procedimento pelo usuário. Na prática, isso exige que o valor da franquia seja inferior ao valor de cada procedimento médico-hospitalar realizado, restringindo sua utilização nos moldes observados internacionalmente. Dessa forma, a franquia prevista na regulamentação brasileira não reproduz o conceito de deductible adotado em outros mercados de seguros de saúde. Sob o propósito de reforçar a proteção financeira, a regulamentação acabou por inviabilizar o uso efetivo de um mecanismo que, em sua concepção original, já incorpora a proteção contra custos catastróficos ao transferir o risco integral à operadora assim que o teto da franquia é alcançado. Essa característica pode contribuir para explicar sua utilização residual no mercado brasileiro, especialmente quando comparada à expansão dos planos com coparticipação.

A coparticipação, por sua vez, é definida como a parcela efetivamente paga pelo beneficiário à operadora em razão da realização de determinado procedimento. Como apresentado anteriormente, a regulamentação brasileira reúne sob esse conceito o copagamento, caracterizado por um valor fixo por serviço, e o cosseguro, definido por um percentual incidente sobre o valor do atendimento. A principal lacuna está na ausência de parâmetros objetivos para determinar a intensidade admissível da cobrança. Essa indeterminação abriu espaço para interpretações distintas entre operadoras, beneficiários, órgãos de defesa do consumidor e o próprio regulador, tornando a definição de limites para a coparticipação um dos principais pontos do debate regulatório subsequente.

Na prática administrativa, o percentual de 30% sobre o valor do procedimento médico-hospitalar passou a ser utilizado inicialmente pela fiscalização da ANS como referência para avaliar se a coparticipação configurava fator restritor severo. A partir de 2013, a fiscalização passou a adotar o parâmetro de 50% nos processos sancionadores, com respaldo em estudos técnicos internos da Agência. Esses percentuais, entretanto, não foram incorporados formalmente à Resolução CONSU nº 8 como limites gerais. A própria ANS reconheceu posteriormente que a adoção de critérios não formalizados gerava insegurança jurídica e que a proteção do acesso exigia um desenho regulatório mais amplo do que a fixação isolada de um percentual máximo.

Adicionalmente, a interpretação do dispositivo foi complementada pela Súmula Normativa nº 7/2005 da ANS. A súmula estabeleceu que práticas voltadas a incentivar a abstenção de uso das coberturas — como a concessão de descontos, programas de pontuação ou vantagens associadas ao "não uso" — configuram fator restritivo severo, vedando assim o uso de incentivos financeiros para inibir a busca por assistência. Para as internações, a regulamentação estabelece proteção adicional ao vedar a cobrança de fator moderador definido como percentual do valor do evento hospitalar, exceto nas situações previstas para saúde mental. Nesses casos, a exigência de valores prefixados reduz a exposição do beneficiário à incerteza financeira associada a eventos de maior custo. Nas internações psiquiátricas, admite-se coparticipação de até 50% após o trigésimo dia de internação acumulado no período de um ano, regra estabelecida no contexto das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica em curso no país à época da edição da Resolução.

Outra lacuna relevante diz respeito à ausência de um limite máximo de desembolso. Esse instrumento funciona como uma salvaguarda destinada a limitar a exposição financeira do beneficiário diante do acúmulo de coparticipações em determinado período. Sua utilização varia entre os sistemas de saúde e pode assumir diferentes formatos. Há países que adotam limites diferenciados segundo renda, em razão de sua aplicação em sistemas públicos, nos quais os efeitos distributivos são relevantes, enquanto outros países operam sem um teto global, priorizando isenções por patologia ou valores fixos por evento. No marco regulatório brasileiro, contudo, a Resolução CONSU nº 8 não incorporou um teto geral mensal ou anual de desembolso. A eventual adoção desse instrumento deve ser analisada de forma integrada aos demais mecanismos financeiros e às características do mercado brasileiro. Em conjunto, essas regras mostram que a regulamentação define os mecanismos financeiros e estabelece restrições específicas à sua aplicação, mas deixa em aberto aspectos centrais de sua calibragem. Permanecem indefinidos tanto os limites gerais para a intensidade das cobranças quanto a exposição financeira acumulada do beneficiário. Parte relevante do desenho desses mecanismos permanece, assim, determinada pelas condições contratuais.

Proteção de grupos vulneráveis

A Resolução CONSU nº 8/1998 não previu mecanismos específicos de proteção para grupos populacionais vulneráveis, como pessoas com doenças crônicas ou necessidades assistenciais recorrentes, nem tratamento diferenciado para serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa ausência é relevante porque os efeitos do compartilhamento de custos podem variar segundo renda, estado de saúde e intensidade da utilização dos serviços. Como discutido anteriormente, os resultados do *RAND Health Insurance Experiment* mostraram que, embora a cobertura integral não tenha produzido ganhos detectáveis de saúde para a população geral, foram observados benefícios entre indivíduos de baixa renda e com piores condições iniciais de saúde. Esses achados reforçam a importância de considerar a heterogeneidade dos efeitos do compartilhamento de custos e sua possível incidência desproporcional

sobre grupos com maior vulnerabilidade social ou necessidade assistencial.

Essa preocupação aparece de forma mais explícita nas experiências internacionais analisadas, embora os exemplos a seguir se refiram predominantemente a sistemas públicos ou de seguro social, cuja lógica de financiamento e proteção difere daquela observada no mercado privado brasileiro. Ainda assim, essas experiências ilustram alternativas regulatórias para reduzir a exposição financeira de grupos considerados vulneráveis. Na Coreia do Sul, por exemplo, o cosseguro é reduzido para determinadas doenças graves e raras. Na Alemanha, beneficiários com doenças crônicas podem ter acesso a limites de desembolso mais baixos quando participam de programas estruturados de acompanhamento e gestão da condição de saúde. Nesse caso, a proteção financeira também funciona como incentivo à adesão a estratégias de cuidado continuado. Esses exemplos mostram que a proteção de grupos vulneráveis pode ser incorporada ao próprio desenho dos mecanismos de compartilhamento de custos, ainda que sua aplicação ao contexto brasileiro exija considerar as diferenças institucionais entre os sistemas.

A mesma preocupação se aplica aos serviços preventivos. As evidências do RAND mostram que a participação financeira reduz não apenas a utilização de serviços potencialmente discricionários, mas também a procura por cuidados preventivos. Esse resultado é particularmente relevante para procedimentos cuja utilização é desejável do ponto de vista assistencial, como ações de rastreamento, prevenção e acompanhamento de determinadas condições de saúde. A incidência uniforme de coparticipação sobre esses serviços pode, portanto, gerar incentivos contrários aos objetivos de prevenção e promoção da saúde. Por essa razão, diferentes sistemas adotam isenções ou cobranças reduzidas para serviços preventivos específicos, como ocorre com exames inseridos em programas de rastreamento populacional em alguns dos países analisados.

No marco regulatório brasileiro, contudo, não há uma regra geral que estabeleça isenções ou limites diferenciados de coparticipação segundo o perfil de vulnerabilidade do beneficiário ou a natureza preventiva do serviço. A proteção permanece concentrada nas restrições gerais previstas na regulamentação e em regras específicas aplicáveis a determinadas situações. Essa lacuna reduz a capacidade de adaptar o desenho dos mecanismos às diferenças de necessidade assistencial e de preservar a utilização de serviços considerados prioritários do ponto de vista clínico e preventivo.

Isonomia, transparência e escopo operacional

A Resolução CONSU nº 8 também estabelece regras voltadas à isonomia na aplicação dos mecanismos de regulação. A norma veda a adoção de critérios diferenciados segundo usuário, faixa etária, grau de parentesco ou outras formas de estratificação entre beneficiários vinculados ao mesmo plano. No caso das internações, essa vedação também se aplica aos serviços assistenciais e às patologias que deram origem ao atendimento. Além disso, os mecanismos financeiros incidentes sobre internações devem abranger todas as especialidades médicas, admitindo-se tratamento diferenciado apenas para internações psiquiátricas.

A transparência constitui outro componente relevante do marco regulatório. Em complemento às disposições da Lei nº 9.656/1998, a Resolução CONSU nº 8 exige que a existência de franquia e coparticipação, bem como suas condições de aplicação, seja informada previamente ao consumidor. Essa exigência, contudo, não elimina as dificuldades relacionadas à previsibilidade das cobranças. Em determinados desenhos contratuais, especialmente quando a coparticipação corresponde a um percentual do valor do procedimento, o beneficiário pode não conhecer previamente o montante a ser pago nem dispor de informações suficientes para compreender a composição da cobrança posteriormente

apresentada.

As regras de atualização dos mecanismos financeiros também variam segundo o tipo de contratação. Nos planos individuais ou familiares, o reajuste dos valores de coparticipação e franquia está sujeito ao percentual máximo autorizado pela ANS para o reajuste da mensalidade. Nos contratos coletivos, a atualização permanece vinculada às condições previstas contratualmente e à negociação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante. Essa diferenciação acompanha a própria lógica regulatória dos reajustes aplicável aos distintos tipos de contratação.

O escopo operacional dos mecanismos também alcança determinadas coberturas adicionais e facultativas. Nos contratos acessórios que oferecem cobertura para medicamentos de uso domiciliar, por exemplo, a regulamentação limita a coparticipação a 50% do valor do medicamento. Embora essa regra amplie a proteção financeira do beneficiário, sua incidência sobre coberturas de contratação facultativa pode afetar os incentivos à oferta desses produtos pelas operadoras, especialmente quando limita a possibilidade de compartilhamento de custos em coberturas de utilização potencialmente elevada.

Em conjunto, essas regras procuram assegurar tratamento isonômico entre beneficiários, maior transparência das condições contratuais e limites para a aplicação dos mecanismos financeiros. Permanecem, contudo, desafios relacionados à previsibilidade dos valores cobrados e à compatibilização entre a proteção do beneficiário e a flexibilidade necessária ao desenho contratual e à oferta de coberturas adicionais.

3.3. Trajetórias das iniciativas de revisão da regulação

A permanência das lacunas identificadas na Resolução CONSU nº 8 deu origem a sucessivas iniciativas de revisão do marco regulatório. Desde 2003, a ANS promoveu grupos de trabalho, estudos técnicos, câmaras técnicas, consultas e audiências públicas com o objetivo de estabelecer parâmetros mais claros para a utilização dos mecanismos financeiros de regulação. Essas iniciativas podem ser organizadas em quatro ciclos, intercalados por períodos de menor centralidade do tema na agenda regulatória. Embora apresentem diferentes graus de amadurecimento, os ciclos retomam questões semelhantes, como a definição de limites para a coparticipação, a proteção contra exposição financeira excessiva, o tratamento de grupos vulneráveis, a transparência das cobranças e a regulamentação da franquia. O **Quadro 2** sintetiza essa trajetória, destacando as principais iniciativas, os temas discutidos e os resultados regulatórios de cada ciclo.

Quadro 2 - Ciclos históricos de revisão regulatória dos mecanismos financeiros (ANS)

Ciclo	Período	Principais iniciativas	Temas centrais discutidos	Resultado regulatório
1	2003–2006	Grupo de Trabalho (2003); minuta de resolução (2005); Consulta Pública nº 24/2006	Parâmetros para coparticipação (limites em regime ambulatorial e hospitalar); proteção a grupos vulneráveis; máximo de desembolso mensal; critérios de reajuste; regras de transparência e informação ao beneficiário.	Consulta Pública realizada, mas sem publicação de novo normativo. O tema perdeu centralidade nos anos seguintes.
2	2009–2013	Estudos técnicos; Grupo de Trabalho Interdiretorias; Agenda Regulatória; Câmara Técnica	Ampliação do escopo (mecanismos financeiros e não financeiros); isenção para doenças crônicas e vinculação a programas de prevenção; percentual-teto de 50% em procedimentos ambulatoriais; uso em urgência e emergência; ampliação da participação social.	Minutas de resolução elaboradas e discussões técnicas aprofundadas, mas sem edição de nova norma geral.

Quadro 2 - Ciclos históricos de revisão regulatória dos mecanismos financeiros (ANS)

Ciclo	Período	Principais iniciativas	Temas centrais discutidos	Resultado regulatório
3	2015–2018	Grupos Técnicos; Relatórios de Análise de Impacto Regulatório (mai/2017 e dez/2017); Audiência Pública nº 6; Consulta Pública nº 60; RN nº 433/2018 e RNnº434/2018	Limite máximo de desembolso (teto anual e mensal); franquia aproximada ao deductible internacional; percentual-teto de coparticipação (30–50%); ampliação de isenções a vulneráveis; diferenciação de percentuais entre prestadores; ampliação da transparência; limites individualizados considerando mensalidade e isenções considerando mensalidade, procedimentos, frequência de uso e características dos beneficiários.	RN nº 433/2018 publicada em junho, suspensa pelo STF em julho e posteriormente revogada pela ANS. A Resolução CONSU nº 8 permaneceu vigente; o tema perdeu centralidade entre 2019 e 2022.
4	2023–Atual	Política de Preços e Reajustes; Audiências Públicas nº 48 e 50; Tomada Pública de Subsídios nº 04/2024; Consulta Pública nº 145; RAIR; Avaliação de Resultado Regulatório; Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros; Agenda Regulatória	Retomada de propostas dos ciclos anteriores; revisão dos limites de desembolso e parâmetros de franquia agregada anual; reavaliação à luz das contribuições recebidas em consultas e audiências públicas.	Revisão em andamento. Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação instalada em 2026, sem novo regramento geral publicado até o fechamento do estudo.

Fonte: Elaboração dos autores.

No primeiro ciclo, entre 2003 e 2006, as discussões concentraram-se na necessidade de conferir maior objetividade às regras previstas na Resolução CONSU nº 8. Já estavam presentes temas que permaneceriam na agenda nas décadas seguintes, como a definição de limites para a coparticipação, a criação de um limite máximo de desembolso mensal, o tratamento diferenciado de determinados procedimentos, os critérios de reajuste e a ampliação das obrigações de transparência. Foi nesse contexto que se consolidou a referência informal de 30% para a coparticipação — parâmetro que, embora nunca positivado em norma, passou a guiar a atuação do setor e da fiscalização. As propostas foram submetidas à Consulta Pública nº 24/2006, mas o processo não resultou na edição de uma nova norma e o tema perdeu centralidade nos anos seguintes.

A discussão foi retomada entre 2009 e 2013, com ampliação do escopo e maior institucionalização do debate no âmbito da ANS. Além dos parâmetros financeiros, passaram a ser discutidos mecanismos não financeiros de organização do acesso e formas de articulação entre compartilhamento de custos e estratégias assistenciais. Nesse período, foram consideradas propostas de isenção para procedimentos relacionados a doenças crônicas, vinculação a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos, adoção de percentual máximo de 50% para procedimentos ambulatoriais, em observância à prática de mercado (ANS, 2018; IBA, 2009, 2012), e regras específicas para atendimentos de urgência e emergência. Apesar do aprofundamento das discussões técnicas e amplitude do debate público, novamente não houve substituição da norma geral vigente.

O terceiro ciclo, entre 2015 e 2018, representou a tentativa mais avançada de revisão do marco regulatório. Diferenciou-se pela incorporação estruturada de Análises de Impacto Regulatório (AIR) em 2017, fundamentação em evidências empíricas e acadêmicas, bem como na grande participação social no debate. O processo incluiu grupo de trabalho internos, Grupos Técnicos com representantes dos diversos segmentos do setor, consulta e audiência pública e culminou na publicação da Resolução Normativa nº

433/2018. A proposta retomava questões discutidas nos ciclos anteriores, mas avançava na construção de um desenho mais abrangente, com limites mensais e anuais de exposição financeira, revisão do conceito de franquia resgatando o conceito internacionalmente adotado, parâmetros para coparticipação, ampliação de isenções, proteção a grupos vulneráveis, maior transparência e possibilidade de utilização dos mecanismos financeiros para direcionamento assistencial. A nova regulamentação, contudo, não chegou a vigorar. Em julho de 2018, seus efeitos foram suspensos por decisão liminar do Supremo Tribunal Federal no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 532, sob o argumento de que a matéria seria de competência do Poder Legislativo e não da ANS. Sustentou-se, ainda, a abusividade da escolha regulatória especificamente quanto ao parâmetro para coparticipação de até 40%, sob o argumento de que a média praticada até então no mercado seria de 30%. Diante desse cenário de incerteza jurídica, a Diretoria Colegiada da ANS deliberou pela revogação da Resolução Normativa nº 433/2018 e pela reabertura do debate por meio da Audiência Pública nº 11/2018.

Após um novo período de menor centralidade entre 2019 e 2022, a revisão foi retomada a partir de 2023 no contexto mais amplo da política de preços e reajustes dos planos de saúde. Esse novo ciclo passou a incorporar avaliações dos resultados da regulamentação vigente, tomadas públicas de subsídios, consultas e audiências públicas, além de novas análises regulatórias. Em março de 2026, a ANS instalou a Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação, retomando temas já presentes nos ciclos anteriores, como os limites de exposição financeira, a regulamentação da franquia agregada e a definição de parâmetros e salvaguardas para a aplicação desses mecanismos. O processo permanece em andamento e, até o momento, não foi editado novo regramento geral em substituição à Resolução CONSU nº 8.

A trajetória dos quatro ciclos mostra que as principais lacunas do marco regulatório foram identificadas há mais de duas décadas e permaneceram relativamente estáveis ao longo das sucessivas iniciativas de revisão. Ao mesmo tempo, observa-se um amadurecimento gradual das propostas. As primeiras discussões concentravam-se principalmente na definição de percentuais e limites de cobrança, enquanto os ciclos posteriores passaram a incorporar de forma mais sistemática proteção financeira, grupos vulneráveis, isenções, diferentes formatos de franquia, transparência e o uso dos mecanismos financeiros como instrumentos de organização da assistência. Apesar desse acúmulo técnico e institucional, não foi possível consolidar um novo regramento geral em substituição à norma de 1998.

4. O que sabemos sobre os efeitos da coparticipação no Brasil?

A literatura empírica brasileira sobre os efeitos da coparticipação no setor privado de saúde ainda é escassa. Essa lacuna é explicada, em parte, pela limitada disponibilidade de dados públicos adequados à realização desse tipo de análise. As evidências existentes baseiam-se principalmente em dados observacionais provenientes de três tipos de fontes. A primeira reúne os microdados dos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ambas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2026). A segunda compreende os registros administrativos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), mantidos pela ANS (ANS, 2026a, 2026b). Por fim, parte dos estudos utiliza bases administrativas de operadoras de planos de saúde.

Os suplementos de saúde da PNAD, realizados em 1998, 2003 e 2008, e a PNS, em 2013 e 2019, permitem caracterizar a posse de plano de saúde e aspectos relacionados à sua contratação (modalidade, titularidade, tempo de exposição), mas não contemplam informações detalhadas sobre a presença ou a magnitude de coparticipação e franquia nos contratos (IBGE). Os registros administrativos da ANS constituem,

potencialmente, a fonte mais completa para a análise dos efeitos da coparticipação sobre a utilização de serviços no Brasil. O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) reúne informações cadastrais dos beneficiários e identifica o plano contratado, permitindo associá-los às características dos respectivos produtos, enquanto a roca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) registra os procedimentos realizados e os valores correspondentes. A principal limitação para fins de pesquisa está na forma de disponibilização pública dessas informações, que não permite vincular, no nível individual, as características cadastrais e contratuais dos beneficiários aos seus registros de utilização.

As bases administrativas de operadoras específicas têm constituído a principal fonte para estudos que buscam estimar diretamente os efeitos da coparticipação. Essas bases permitem identificar, no nível do contrato e do beneficiário, a presença do mecanismo, suas regras de incidência e, em alguns casos, os valores cobrados, além de relacionar essas informações à utilização dos serviços. A partir delas foram produzidas algumas das principais evidências brasileiras sobre os efeitos específicos da coparticipação (Barbosa, 2016; Chaves, 2009; Julião, 2024; Lenhard, 2017; Maciel Júnior, 2011). A dependência de acordos institucionais para acesso a dados de operadoras específicas contribui, contudo, para a fragmentação da literatura nacional.

O uso de dados observacionais e administrativos impõe limitações importantes à identificação de efeitos causais. A primeira está relacionada à seleção não aleatória dos beneficiários entre diferentes tipos de cobertura e desenhos contratuais. Nos planos individuais, a escolha de um produto com ou sem coparticipação pode estar relacionada à utilização esperada, ao estado de saúde, à renda e às preferências individuais em relação ao risco. Nos planos coletivos empresariais, a escolha do produto é frequentemente realizada pelo empregador, reduzindo a importância da autosseleção individual, mas a exposição à coparticipação ainda pode estar associada às características das empresas, das carteiras e dos contratos. Dessa forma, diferenças observadas na utilização podem refletir tanto o efeito do mecanismo quanto diferenças na composição dos grupos analisados (Cutler; Zeckhauser, 2000; Van de Ven; Ellis, 2000). A segunda limitação refere-se à validade externa dos estudos baseados em dados de uma única operadora. Diferenças no perfil dos beneficiários, nas condições contratuais, na organização da rede prestadora e nos mecanismos de gestão da utilização limitam a generalização dos resultados para o mercado como um todo. A terceira diz respeito aos desfechos disponíveis nos registros administrativos. Embora essas bases sejam particularmente adequadas para analisar utilização e gastos assistenciais, apresentam maior limitação para avaliar resultados clínicos e condições de saúde (Iezzoni, 1997). Essa lacuna é especialmente relevante para o debate regulatório brasileiro, uma vez que a avaliação dos mecanismos de compartilhamento de custos não depende apenas de sua capacidade de reduzir a utilização e os gastos, mas também de identificar se essa redução incide sobre cuidados necessários e se produz efeitos adversos sobre a saúde, especialmente entre grupos mais vulneráveis (ANS, 2017, 2024; Fusco et al., 2023).

Um dos primeiros estudos a analisar o risco moral e os efeitos da coparticipação sobre a demanda por serviços de saúde no Brasil foi desenvolvido por Stancioli (2002) O trabalho utiliza dados individuais do suplemento de saúde da PNAD de 1998 e informações agregadas de operadoras associadas à ABRASPE, referentes ao período de 1999 a 2001. Os resultados indicam a presença de risco moral na utilização de serviços ambulatoriais e mostram que mecanismos de participação financeira reduzem a demanda por consultas. Para os serviços hospitalares, não são encontradas evidências robustas de risco moral. O estudo identifica, assim, um padrão que seria observado também em trabalhos posteriores, com maior sensibilidade da utilização ambulatorial aos incentivos financeiros e efeitos menos evidentes sobre a utilização hospitalar.

Andrade e Maia (2009) avançam na identificação do risco moral associado à cobertura privada, embora não estimem diretamente o efeito da coparticipação. Utilizando os suplementos da PNAD de 1998 e 2003, as autoras adotam diferentes estratégias para tratar a endogeneidade entre a posse de plano e a utilização dos serviços e estimam a utilização contrafactual dos indivíduos cobertos caso dependessem exclusivamente do sistema público. Os resultados mostram que beneficiários de planos privados realizam, em média, cerca de 25% mais consultas e apresentam um diferencial entre 8% e 15% no número de dias de internação. A magnitude mais elevada para consultas é consistente com a maior discricionariedade do beneficiário na utilização do cuidado ambulatorial. Como a PNAD não identifica de forma adequada a presença de coparticipação nos contratos, contudo, o estudo não permite atribuir esses diferenciais ao desenho dos mecanismos de compartilhamento de custos.

Chaves (2009) analisa o efeito da coparticipação sobre a utilização de consultas médicas e exames a partir de registros administrativos de uma operadora de autogestão de grande porte e abrangência nacional. A análise compara beneficiários de planos com e sem coparticipação, que apresentavam a mesma cobertura assistencial e abrangência geográfica, sendo aplicadas taxas de coparticipação de 30% para consultas e 10% para exames. Para reduzir diferenças observáveis entre os grupos, o estudo emprega métodos de pareamento por escore de propensão, utilizando Stratification Matching e Kernel Matching. Os resultados indicam redução da utilização entre os beneficiários sujeitos à coparticipação. Para consultas médicas, os efeitos estimados variam entre 0,36 e 0,98 consulta per capita ao ano no modelo de estratificação e entre 0,29 e 1,03 no Kernel Matching. Para exames, as reduções variam entre 2,97 e 4,65 exames per capita ao ano no primeiro modelo e entre 2,62 e 5,06 no segundo. Os resultados fornecem evidências de que a utilização de consultas e exames é sensível à presença de mecanismos de participação financeira.

Maciel Júnior (2011) investiga os efeitos da coparticipação e do gatekeeper sobre a utilização dos serviços de saúde, para uma amostra de beneficiários de uma OPS de Fortaleza, Ceará. Os planos com coparticipação apresentam uma taxa de 20% e são identificados no modelo através de uma variável binária. Como desfechos são analisadas as consultas de rotina, ambulatorial e de internação. O autor encontrou um efeito marginal inibidor da coparticipação de 0,14 nas consultas de rotina, 0,13 nas consultas ambulatoriais e de 0,009 na internação. Para os planos com gatekeeper o efeito redução foi de até 3,89 consultas/ano.

Barbosa (2016) utiliza dados da mesma operadora de Fortaleza, mas avança em relação às análises anteriores ao empregar um painel longitudinal de indivíduos acompanhados entre 2006 e 2009. As vantagens da análise longitudinal em relação à cross-section estão relacionadas a um maior controle da heterogeneidade individual não observada que pode afetar a utilização dos serviços de saúde. O estudo estima um modelo dinâmico de contagem, incorporando a dependência da utilização passada para controlar parte da heterogeneidade individual associada à demanda por serviços. Para contratos com coparticipação de 20%, os resultados apontam redução média de 7,15% no número anual de consultas médicas eletivas por beneficiário.

Lenhard (2017) também utiliza registros administrativos de uma cooperativa médica gaúcha de beneficiários adultos de planos individuais em um estudo de recorte transversal para 2015. O estudo analisa o efeito da coparticipação na utilização e custos de quatro categorias de serviço (consultas eletivas, atendimentos em plantão hospitalar, exames laboratoriais e exames de diagnóstico por imagem). Os achados confirmam o padrão consolidado pela literatura anterior. Observaram-se reduções significativas na frequência e nos custos de consultas eletivas e de plantão hospitalar entre beneficiários com coparticipação. Resultado inédito é verificado para os exames de imagem, em que o efeito do

copagamento é maior sobre o custo unitário dos procedimentos do que sobre a frequência. Esse resultado sugere que a coparticipação opera também sobre a composição da demanda, ou seja, beneficiários sem o mecanismo tendem a demandar procedimentos mais caros dentro do menu disponível.

Entre os estudos mais recentes, Julião (2024) analisa beneficiários de uma operadora de planos de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir de um painel longitudinal de nove anos. O estudo avança ao considerar contratos com diferentes níveis de compartilhamento de custos, permitindo explorar uma variação mais ampla do que a comparação binária entre planos com e sem coparticipação predominante em trabalhos anteriores baseados em dados administrativos. A amostra inclui beneficiários de contratos individuais ou familiares e de contratos coletivos empresariais. Os resultados mostram que a coparticipação reduz o número de consultas eletivas entre 17% e 30% nos contratos individuais ou familiares e entre 12% e 20% nos contratos coletivos empresariais. Os efeitos também variam com a intensidade do mecanismo. O aumento da participação financeira eleva a resposta da utilização ao custo enfrentado pelo beneficiário, embora reduções marginais se tornem progressivamente menores em níveis mais elevados de coparticipação, resultados semelhantes aos observados no Rand.

Em conjunto, as evidências brasileiras apontam de forma consistente para uma redução da utilização de serviços ambulatoriais associada à coparticipação, sobretudo em serviços nos quais o beneficiário possui maior discricionariedade sobre a decisão de utilização. Os efeitos sobre internações e outros cuidados de menor discricionariedade são menos consistentes ou apresentam menor magnitude. Ao longo do tempo, a literatura também apresentou avanços metodológicos, passando de análises transversais e comparações simples entre grupos para métodos de pareamento, modelos de contagem e estruturas longitudinais. Esses avanços reduzem parte dos problemas de composição das amostras e de heterogeneidade individual, mas não eliminam completamente a endogeneidade associada à exposição aos diferentes desenhos contratuais. Nos estudos que estimam diretamente os efeitos da coparticipação, não há atribuição aleatória do mecanismo nem variação exógena que permita separar integralmente seu efeito das características dos beneficiários e dos contratos. As magnitudes estimadas devem, portanto, ser interpretadas considerando essa limitação, sem que seja possível estabelecer a priori a direção do viés residual.

A principal lacuna da literatura brasileira permanece na avaliação dos efeitos da coparticipação sobre resultados clínicos e condições de saúde. A evidência disponível é consideravelmente mais robusta para demonstrar que o mecanismo reduz a utilização do que para estabelecer quais serviços deixam de ser utilizados, em que medida essa redução corresponde à eliminação de cuidados de baixo valor e quais são seus efeitos sobre a saúde dos beneficiários. Essa distinção é central para o debate regulatório, particularmente diante da possibilidade de respostas heterogêneas segundo renda, idade, estado de saúde e necessidade assistencial.

5. Considerações Finais

Este trabalho analisou o uso de mecanismos de compartilhamento de custos como instrumentos de moderação da demanda por serviços de saúde, com o objetivo de reduzir os incentivos associados ao risco moral no lado do consumidor. Foram examinadas as experiências de nove países. Os casos selecionados representam um conjunto diversificado de arranjos institucionais e de formas de utilização do compartilhamento de custos, em contextos caracterizados, em sua maioria, pela coexistência de sistemas públicos de saúde e participação do setor privado.

A análise das experiências internacionais mostra que os mecanismos de compartilhamento de custos são amplamente utilizados e, em geral, integram desenhos regulatórios que vão além da simples definição de

percentuais de coparticipação ou valores de franquia. Sua aplicação costuma variar segundo diferentes dimensões, como o nível de desembolso, o tipo de serviço utilizado, o prestador escolhido e as condições de saúde dos indivíduos. Além disso, são frequentes a adoção de limites máximos de desembolso e a previsão de isenções ou condições diferenciadas para determinados grupos populacionais ou serviços. Esses elementos mostram que os efeitos do compartilhamento de custos dependem não apenas de sua existência, mas fundamentalmente da forma como esses mecanismos são desenhados e combinados com salvaguardas destinadas a preservar o acesso aos cuidados necessários.

É importante ressaltar, entretanto, que as informações disponíveis sobre a configuração e a magnitude desses mecanismos nos países analisados referem-se predominantemente aos sistemas públicos, nos quais sua utilização é mais sistematicamente documentada. Essa característica limita a transposição direta dessas experiências para a saúde suplementar brasileira. Diferentemente de vários dos sistemas analisados, o SUS não adota mecanismos de compartilhamento de custos no ponto de utilização. Assim, embora os potenciais efeitos distributivos e as consequências sobre o acesso permaneçam centrais para a avaliação de qualquer mecanismo moderador, sua discussão no contexto brasileiro deve considerar que a coparticipação e a franquia incidem sobre uma população que dispõe, simultaneamente, de cobertura pelo sistema público universal.

Essa característica remete a outra especificidade fundamental do caso brasileiro. Embora os nove países analisados apresentem diferentes formas de articulação entre financiamento público e privado, a saúde suplementar no Brasil caracteriza-se predominantemente pela duplicação da cobertura de serviços disponíveis no SUS. Os beneficiários de planos privados mantêm, portanto, o direito de utilizar integralmente a rede pública. Essa sobreposição adiciona uma dimensão relevante à regulação dos mecanismos de compartilhamento de custos. Os incentivos enfrentados pelos beneficiários no setor privado podem modificar não apenas a utilização dentro desse setor, mas também a distribuição da demanda entre as redes privada e pública. O desenho regulatório deve, portanto, considerar possíveis efeitos substituição da utilização para o SUS, particularmente quando os custos enfrentados pelo beneficiário no setor privado forem elevados.

Ao mesmo tempo, a experiência internacional mostra que o compartilhamento de custos pode desempenhar funções mais amplas do que a moderação da demanda. Em diferentes sistemas, a diferenciação dos valores pagos pelos usuários é utilizada para direcionar escolhas assistenciais, favorecer o uso de serviços de menor complexidade quando apropriado, estimular a utilização de determinados prestadores e orientar percursos de cuidado. Nesses casos, o mecanismo deixa de operar exclusivamente como instrumento de contenção da utilização e passa a integrar o próprio desenho da assistência. No Brasil, a extensão em que mecanismos dessa natureza vêm sendo utilizados pelas operadoras ainda não está suficientemente mapeada (FGV, 2021). A regulação vigente, contudo, não impede necessariamente sua utilização, abrindo espaço para desenhos que associem mecanismos moderadores a estratégias de organização do cuidado.

A análise da evolução da regulação brasileira realizada neste estudo mostra, ainda, que muitos dos instrumentos atualmente em debate não são novos. Percentuais de coparticipação, franquias, limites de desembolso, isenções e mecanismos de direcionamento da utilização foram considerados em diferentes momentos da trajetória regulatória da saúde suplementar. Nesse sentido, o desafio atual parece residir menos na identificação das alternativas disponíveis e mais na calibração dos instrumentos, de suas combinações e das salvaguardas necessárias. Trata-se de estabelecer parâmetros capazes de moderar utilizações potencialmente desnecessárias sem criar barreiras financeiras ao cuidado, sobretudo para

indivíduos com maior necessidade de utilização; evitar incentivos ao deslocamento inadequado da demanda para o SUS; e, simultaneamente, preservar espaço para que as operadoras desenvolvam estratégias de organização da assistência capazes de orientar escolhas e percursos de cuidado mais eficientes.

A experiência internacional sugere que não existe um desenho único de compartilhamento de custos que possa ser considerado adequado independentemente do contexto institucional em que é aplicado. Seus efeitos dependem da magnitude dos valores cobrados, dos serviços sobre os quais incidem, das populações protegidas, dos limites estabelecidos para a exposição financeira e da forma como esses mecanismos se articulam com a organização da oferta e com os demais componentes do sistema de saúde. Para o Brasil, essa constatação reforça a importância de que um eventual novo marco regulatório seja suficientemente claro para assegurar proteção aos beneficiários, mas também flexível para acomodar diferentes modelos assistenciais e formas de utilização dos mecanismos moderadores.

Por fim, avançar na consolidação de um novo regramento requer não apenas definir parâmetros tecnicamente adequados, mas também construir as condições institucionais para sua implementação e seu acompanhamento. A heterogeneidade dos contratos, das operadoras, das redes assistenciais e dos perfis de beneficiários torna particularmente importante que a regulação seja acompanhada de mecanismos de monitoramento capazes de avaliar seus efeitos sobre utilização, acesso, continuidade do cuidado, proteção financeira e eventual deslocamento da demanda para o SUS.

6. Referências

AGENZIA DELLE ENTRATE. **Spese sanitarie**. Disponível em: <https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/tutte-le-agevolazioni-della-dichiarazione-2026>. Acesso em: 1 set. 2026.

ALEMANHA. Bundesregierung. **Berechtigung der übrigen Zuzahlungen nach Abschaffung der Praxisgebühr**: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Berlin: Deutscher Bundestag, 17 dez. 2012. Disponível em: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/119/1711925.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

ALEMANHA. Bundesministerium für Gesundheit. **Healthcare Co-payments and exemption from co-payment**. 2023. Disponível em: <https://gesund.bund.de/en/zuzahlungen-und-zuzahlungsbefreiung>. Acesso em: 3 set. 2026.

ALEMANHA. Federal Ministry of Health. **Statutory health insurance (SHI)**. 2025. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/statutory-health-insurance-shi>. Acesso em: 27 ago. 2026.

ALEMANHA. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2026. **Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2026**, v. BGBl. I 2025 Nr. 278, 2026a.

ALEMANHA. Bundesministerium für Gesundheit. **Belastungsgrenze für Zuzahlungen von Versicherten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen**. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-kranke-menschen/>. Acesso em: 3 set. 2026b.

ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, João

Alberto; ARAÚJO, Bruno César Pino Oliveira de; BACELETTE, Ricardo Ginicolo (Orgs.). **Desafios da nação: artigos de apoio**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018. v. 2 p. 357–414.

ANDRADE, Monica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 39, p. 7–38, 2009.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório: mecanismos financeiros de regulação – coparticipação e franquia**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, mar. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp60/versao-intermediaria-pos-consultapublica-doanalisedeimpactoregulatorio-air.pdf>.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica nº 11/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 13 jul. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp60/cp_60_sei_ans-7672053-nota_tecnica.pdf>.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório: mecanismos de regulação financeira**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/CP_145__RAIR___Mecanismos_de_Regulacao_Financeira__31145263.pdf>.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Painel dos Contratantes de Planos de Saúde Coletivos**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratante/painel-dos-contratantes>. Acesso em: 3 set. 2026.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **TISS - Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>. Acesso em: 17 jul. 2026a.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Sistema de Informação de Beneficiários – SIB.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-do-portal-operadoras/sib-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos/sistema-de-informacao-de-beneficiarios-sib>. Acesso em: 17 jul. 2026b.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga números de beneficiários em maio**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/ans-divulga-numeros-de-beneficiarios-em-maio>. Acesso em: 6 ago. 2026c.

APOURCEAU-POLY, Cathy. **Proposition de loi visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie**: Rapport n° 66 (2024-2025). Paris: Sénat, 23 out. 2024. Disponível em: <https://www.senat.fr/rap/l24-066/l24-066_mono.html>. Acesso em: 2 set. 2026.

APRA. Australian Prudential Regulation Authority. **Quarterly private health insurance membership and benefits summary: September 2024**. Sydney: Australian Prudential Regulation Authority, 28 nov. 2024. Disponível em: <https://www.apra.gov.au/quarterly-private-health-insurance-membership-and-benefits-summary-september-2024>. Acesso em: 3 set. 2026.

ASSURANCE MALADIE. **Tarification des secteurs conventionnels**. 2023. Disponível em: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/convention-secteurs-adhesion/secteurs-conventionnels>. Acesso em: 2 set. 2026.

ASSURANCE MALADIE. **La franchise médicale**. 2025. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale>. Acesso em: 2 set. 2026.

ASSURANCE MALADIE. **Remboursement des médicaments et tiers payant**. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-medicaments-tiers-payant>. Acesso em: 1 set. 2026a.

ASSURANCE MALADIE. **Consultations en métropole : vos remboursements**. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole>. Acesso em: 2 set. 2026b.

ASSURANCE MALADIE. **La participation forfaitaire de 2 euros**. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-2-euros>. Acesso em: 2 set. 2026c.

ASSURANCE MALADIE. **Qu'est-ce que le ticket modérateur ?** Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>. Acesso em: 2 set. 2026d.

ASSURANCE MALADIE. **Le forfait hospitalier**. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-hospitalier>. Acesso em: 2 set. 2026e.

ASSURANCE MALADIE. **Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ?** Disponível em: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>. Acesso em: 2 set. 2026f.

ASSURANCE MALADIE. **Grossesse : démarches et accompagnement**. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/grossesse>. Acesso em: 2 set. 2026g.

AUGURZKY, Boris; BAUER, Thomas K.; SCHAFFNER, Sandra. **Copayments in the German Health System: Does it Work?** SSRN, , 2006. Disponível em: <https://www.ssrn.com/abstract=932025>. Acesso em: 1 set. 2026

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing**. What private health insurance covers**. 2022. Disponível em: <https://www.health.gov.au/topics/private-health-insurance/what-private-health-insurance-covers>. Acesso em: 1 set. 2026.

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. **Medicare costs**. 2024. Disponível em: <https://www.health.gov.au/topics/medicare/about/costs>. Acesso em: 17 ago. 2026.

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. **Out of pocket costs**. 2025a. Disponível em: <https://www.health.gov.au/topics/private-health-insurance/what-private-health-insurance-covers/out-of-pocket-costs>. Acesso em: 1 set. 2026.

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. **Medicare**

safety nets. 2025b. Disponível em: <https://www.health.gov.au/topics/medicare/about/safety-nets>. Acesso em: 3 set. 2026.

AUSTRÁLIA. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. **PBS co-payments**. Disponível em: <https://www.health.gov.au/cheaper-medicines/pbs-co-payments>. Acesso em: 3 set. 2026a.

AUSTRÁLIA. Australian Taxation Office. **M2: Medicare levy surcharge 2026**. Disponível em: <https://www.ato.gov.au/forms-and-instructions/individual-tax-return-2026-instructions/medicare-levy-questions-m1-m2-individual-tax-return-2026/m2-medicare-levy-surcharge-2026>. Acesso em: 3 set. 2026b.

BAICKER, Katherine *et al.* The Oregon Experiment — Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 18, p. 1713–1722, 2 maio 2013.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Conversor de Moedas**. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/conversao>. Acesso em: 1 set. 2026.

BARBOSA, Wescley de Freitas. **Efeito de coparticipação no número de consultas médicas eletivas em modelos dinâmicos de contagem**. Dissertação (Mestrado em Economia)— Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2016.

BLÜMEL, Miriam; BUSSE, Reinhard. The German health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020. p. 83–92.

BLUMENTHAL, David *et al.* Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System — Comparing Health System Performance in 10 Nations. 2024.

BROWN, Lawrence D.; GLIED, Sherry A. Regression to the increasingly mean? Private health insurance in the United States of America. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020. p. 494–524.

BUNCH, Lisa N.; KETEMA, Halelujha. **Health Insurance Coverage in the United States: 2024**: Current Population Reports. Washington, DC: U.S. Government Publishing Office, set. 2025. Disponível em: <https://www.census.gov/library/publications/2025/demo/p60-288.html>. Acesso em: 17 ago. 2026.

CAI, Chang *et al.* Impact of China's primary healthcare reforms on utilisation, payments and self-reported health: a quasi-experimental analysis of a middle-aged and older cohort 2011–2018. **BMJ Public Health**, v. 3, n. 1, 23 mar. 2025.

CHAVES, Arianny Mary Moura. **Risco Moral no Mercado de Saúde Suplementar e Efeitos da Coparticipação na Demanda por Consultas e Exames**. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) - Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.

CHILE. Ministerio de Salud. Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos. 1 jun. 2015.

CHILE. Ministerio de Salud. Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la Ley n. 20.850. 8 jun. 2019.

CHILE. Superintendencia de Salud. **Compendio de normas administrativas en materia de**

beneficios. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud, 8 jun. 2026. Disponível em: <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/03/compendio-beneficios-version-actualizada-08-06-26.pdf>.

CLAXTON, Gary *et al.* **2025 Employer Health Benefits Survey**. San Francisco, CA: KFF, 22 out. 2025. Disponível em: <https://files.kff.org/attachment/Employer-Health-Benefits-Survey-2025-Annual-Survey.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2026.

CMF. Comisión para el Mercado Financiero. **CMF Educa - ¿La Unidad de Fomento es Dinero?** Disponível em: <https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-article-27474.html>. Acesso em: 1 set. 2026a.

CMF. Comisión para el Mercado Financiero. **Seguro de Salud**. Disponível em: <https://cmfchile.cl/educa/621/w3-propertyvalue-572.html>. Acesso em: 1 set. 2026b.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **2025 Medicare Parts A & B Premiums and Deductibles**. 2024. Disponível em: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2025-medicare-parts-b-premiums-and-deductibles>. Acesso em: 18 ago. 2026.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Joining a Plan**. Disponível em: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan>. Acesso em: 18 ago. 2026a.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Compare Types of Medicare Advantage Plans**. Disponível em: <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-health-plan-options/compare>. Acesso em: 18 ago. 2026b.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Medicaid | Medicare**. Disponível em: <https://www.medicare.gov/basics/costs/help/medicaid>. Acesso em: 28 ago. 2026c.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Out-of-pocket maximum/limit**. Disponível em: <https://www.healthcare.gov/glossary/out-of-pocket-maximum-limit/>. Acesso em: 31 ago. 2026d.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **NHE Fact Sheet | CMS**. Disponível em: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet?>. Acesso em: 20 ago. 2026e.

COLLINS, Sara R.; GUPTA, Avni. **The State of Health Insurance Coverage in the U.S.** Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2024/nov/state-health-insurance-coverage-us-2024-biennial-survey>. Acesso em: 1 set. 2026.

COREIA DO SUL. Korea Ministry of Government Legislation. **Medical Aid Act**. Sejong, Republic of Korea, 18 jul. 2023a. Disponível em: <https://www.law.go.kr/lsLinkProc.do?chrClsCd=&lsId=001780&mode=20>. Acesso em: 2 set. 2026

COREIA DO SUL. Korea Ministry of Government Legislation. **Medical Service Act**. Sejong, Republic of Korea, 31 out. 2023b. Disponível em: <https://www.law.go.kr/LSW/eng/engLsPdfPrint.do?ancNo=19818&ancYd=20231031&docSelectId=pdf&lsiSeq=255803&save=save>. Acesso em: 2 set. 2026

COREIA DO SUL. Korea Ministry of Government Legislation. **Enforcement Decree of the Medical Aid Act**. Sejong, Republic of Korea, 23 dez. 2025. Disponível em:

<https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsId=004487>. Acesso em: 2 set. 2026

COUFFINHAL, Agnès; FRANC, Carine. Regulating private health insurance: France's attempt at getting it all. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press; European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. p. 142–179.

CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The Anatomy of Health Insurance. *In*: CULYER, Anthony J.; NEWHOUSE, Joseph P. (Orgs.). **Handbook of Health Economics**. Handbook of Health Economics. *[S.l.]*: Elsevier, 2000. v. 1 p. 563–643.

DING, Hui; WANG, Xintong; XU, Xian. The impact of public-private partnership health plans on private insurance. **Journal of Development Economics**, v. 182, p. 103780, 1 jun. 2026.

DONATINI, Andrea. The Italian health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020. p. 117–126.

DUMONTET, Magali *et al.* Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the *Médecin traitant* reform. **Health Policy**, v. 121, n. 6, p. 675–682, 1 jun. 2017.

ESTADOS UNIDOS. U.S. Department of Health and Human Services. **About the Affordable Care Act**. 2022. Disponível em: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>. Acesso em: 28 ago. 2026.

ESTADOS UNIDOS. Department of Health and Human Services. Assistant Secretary for Planning and Evaluation of the U.S. **Health Insurance Marketplaces: 10 Years of Affordable Private Plan Options**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 22 mar. 2024a. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/d3a9870a7733cd75a67aec05698594d2/aspe-10-years-of-marketplace.pdf>.

ESTADOS UNIDOS. **Code of Federal Regulations. Title 42—Public Health, § 447.56—Limitations on premiums and cost sharing**. Washington, DCOffice of the Federal Register, 2 abr. 2024b. Disponível em: <https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-C/part-447/subpart-A/subject-group-ECFRa3c17d28ea07411/section-447.56>. Acesso em: 3 set. 2026.

ETTELT, Stefanie; ROMAN-URRESTARAZU, Andres. Statutory and private health insurance in Germany and Chile: two stories of coexistence and conflict. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press; European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. p. 180–220.

EURO-INFORMATIONEN. **Co-Payments and Exemption from Co-Payments**. Disponível em: <https://www.health-insurance.de/statutory-health-insurance/benefits/mandatory/co-payments/>. Acesso em: 3 set. 2026.

FANG, Hai. The Chinese health care system, 2015. *In*: MOSSIALOS, Elias *et al.* (Orgs.). **2015 International Profiles of Health Care Systems**. New York: The Commonwealth Fund, 2016. p. 31–38.

FANG, Hai. The Chinese health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund,

2020. p. 37–46.

FGV. Fundação Getúlio Vargas. **Gestão da atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo sobre aspectos relacionados à escala e processos administrativos**. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de São Paulo, Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, 2021.

FINKELSTEIN, Amy *et al.* The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 127, n. 3, p. 1057–1106, 1 ago. 2012.

FONASA. **Bonos Fonasa**. **Fonasa**, 2026. Disponível em: <https://www.fonasa.gob.cl/modalidades-de-atencion/red-de-prestadores-en-convenio/bonos-fonasa/>. Acesso em: 17 ago. 2026

FRANÇA, Direction de l'information légale et administrative. **Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ?** Disponível em: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F34308>. Acesso em: 3 set. 2026.

FREED, Meredith *et al.* **Medicare Advantage in 2026: Enrollment Update and Key Trends**. *[S.l.]*: KFF, 5 jun. 2026a. Disponível em: <https://www.kff.org/medicare/medicare-advantage-in-2026-enrollment-update-and-key-trends/>. Acesso em: 18 ago. 2026.

FREED, Meredith *et al.* **Medicare Advantage in 2026: Premiums, Out-of-Pocket Limits, Supplemental Benefits, and Prior Authorization**. **KFF**, 5 jun. 2026b. Disponível em: <https://www.kff.org/medicare/medicare-advantage-in-2026-premiums-out-of-pocket-limits-supplemental-benefits-and-prior-authorization/>. Acesso em: 28 ago. 2026

FUSCO, Nicole *et al.* Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 29, n. 1, p. 4–16, jan. 2023.

GLOVER, Lucinda. The Australian health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020. p. 7–16.

GRUBER, Jonathan *et al.* China's Social Health Insurance in the Era of Rapid Population Aging. **JAMA Health Forum**, v. 6, n. 4, p. e251105, 25 abr. 2025.

HALL, Jane; FIEBIG, Denzil G.; VAN GOOL, Kees. Private finance publicly subsidized: the case of Australian health insurance. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020. p. 41–64.

IBA. Instituto Brasileiro de Atuária. **Abordagem do fator moderador nos planos de assistência à saúde (Parte 1)**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Atuária, nov. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/camara-tecnica-sobre-mecanismos-de-regulacao/20120913_estudo_iba_1_parte.pdf>.

IBA. Instituto Brasileiro de Atuária. **Complemento ao estudo atuarial de novembro de 2009 (Parte 2)**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Atuária, set. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/camara-tecnica-sobre-mecanismos-de-regulacao/20120913_estudo_iba_2_parte.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas: todos os produtos**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/todos-os-produtos-estatisticas.html>. Acesso em: 3 set. 2026.

IBM JAPAN HEALTH INSURANCE ASSOCIATION. **The long-term care insurance system**. Disponível em: <https://www.ibmjapankenpo.jp/eng/member/outline/system03.html>. Acesso em: 2 set. 2026.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Plano de saúde é 3° maior desejo do brasileiro**. 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/plano-de-saude-e-3deg-maior-desejo-do-brasileiro>. Acesso em: 3 set. 2026.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Pesquisa quantitativa: beneficiários e não beneficiários**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, abr. 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-07/VoxPopuli_IESS.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Pesquisa Vox Populi**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, out. 2025. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2025-11/pesquisa_vox_populi.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

IEZZONI, Lisa I. Assessing Quality Using Administrative Data. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 8, pt. 2, p. 666–674, 15 out. 1997.

IKEGAMI, Naoki *et al.* Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. **The Lancet**, v. 378, n. 9796, p. 1106–1115, 17 set. 2011.

ITÁLIA. 296. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007). Sponsors: _:n4166. 27 dez. 2006.

ITÁLIA. Ministero della Salute. **Ministero della Salute - Ticket ed esenzioni**. 2025. Disponível em: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/esenzioni-dal-ticket/ticket-ed-esenzioni>. Acesso em: 1 set. 2026.

ITÁLIA, Senato della Repubblica. **Disegno di legge A.S. 1586: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022**: Dossier n. 181. Roma: Servizio del Bilancio del Senato della Repubblica, 2019. Disponível em: <https://www.senato.it/show-doc?id=1126092&leg=18&part=dossier_dossier1-sezione_sezione12-h1_h111&tipodoc=DOSSIER>.

JAPÃO. Ministry of HealthLabour and Welfare. **高額療養費制度を利用される皆さまへ**. Disponível em: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html>. Acesso em: 2 set. 2026.

JI, Wenfang; CHU, Fuling; QIN, Yi. Redistributive effects of China's urban–rural resident basic medical insurance: a theoretical model and empirical analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 13, 4 nov. 2025.

JING, Rize *et al.* Enhancing health system efficiency in China: considering the interaction between use of primary care and the demand for secondary and tertiary care. **Health Policy and Planning**, v. 40, n. 8, p. 876–888, 1 set. 2025.

JONES, Randall S. **Korea's Healthcare System Part III: Ensuring Equitable Access to Healthcare for All Households**. Disponível em: <https://keia.org/analysis/koreas-healthcare-system-part-iii-ensuring-equitable-access-to-healthcare-for-all-households/>. Acesso em: 2 set. 2026.

JULIÃO, Nayara Abreu. **Risco moral e indução de demanda no mercado de planos de saúde: evidências empíricas para o Brasil**. Tese (Doutorado em Economia)—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 12 ago. 2024.

KARAKO, Kenji; SONG, Peipei. Challenges in Japan's dual systems of support for pediatric and adult intractable diseases. **Intractable & Rare Diseases Research**, v. 14, n. 4, p. 236–239, 2025.

KHANNA, Anoop. Huiminbao: Falling numbers spur reforms. **Asia Insurance Review**, fev. 2024.

KIM, Hongsoo; KWON, Soonman. A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. **Health Policy**, v. 125, n. 1, p. 22–26, 1 jan. 2021.

KWON, Soonman; IKEGAMI, Naoki; LEE, Yue-Chune. Private health insurance in Japan, Republic of Korea and Taiwan, China. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press; European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. p. 304–324.

LEE, Doo Woong *et al.* The effect of shifting medical coverage from National Health Insurance to Medical Aid type I and type II on health care utilization and out-of-pocket spending in South Korea. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 979, 27 out. 2020.

LENHARD, Tiago Henrique. **Risco moral no mercado de saúde suplementar: efeito do copagamento na utilização dos serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Economia)—São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 15 maio 2017.

LI, Lu *et al.* Impact of Critical Illness Insurance on the Burden of High-Cost Rural Residents in Central China: An Interrupted Time Series Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 19, p. 3528, 20 set. 2019.

LIU, Pengcheng; JIANG, Liwen; LI, Chengyue. How to deal with burden of critical illness: A comparison of strategies in different areas of China. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 30, n. 3, 9 maio 2014.

LIU, Xinyi *et al.* Impact of family mutual aid system for personal medical insurance accounts on paediatric patients' outpatient utilization patterns and costs: a difference-in-differences analysis. **Health Policy and Planning**, v. 40, n. 2, p. 176–182, 1 mar. 2025.

MA, Junlong; LI, Shiwei; XUE, Wenlu. Huimin Insurance and unequal economic welfare between urban and rural areas: evidence from Chinese cities. **Frontiers in Public Health**, v. 14, 30 mar. 2026.

MACIEL JÚNIOR, José Nazareno. **Fatores Inibidores do Risco Moral na Demanda por Consultas Médicas Eletivas**. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia)—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

MANNING, Willard G. *et al.* Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence

from a Randomized Experiment. **The American Economic Review**, v. 77, n. 3, p. 251–277, 1987.

MASSUDA, Adriano *et al.* The Brazilian health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020.

MATSUDA, Ryozo. The Japanese health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020. p. 127–136.

MONTOYA DIAZ, Maria Dolores. Private health insurance in Brazil, Egypt and India. *In*: THOMSON, Sarah; SAGAN, Anna; MOSSIALOS, Elias (Orgs.). **Private Health Insurance: History, Politics and Performance**. Cambridge: Cambridge University Press; European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. p. 65–98.

NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All?: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment**. *[S.l.]*: Harvard University Press, 1993.

NHIS. National Health Insurance Service. **2024 National Health Insurance & Long-Term Care Insurance System: Republic of Korea**. Wonju: National Health Insurance Service, 2024.

NHIS. National Health Insurance Service. **National Health Insurance Service**. Disponível em: <https://www.nhis.or.kr/english/index.do>. Acesso em: 14 jul. 2026a.

NHIS. National Health Insurance Service. **Catastrophic Medical Expense Support Program**. Disponível em: <https://www.nhis.or.kr/renewal_popup/poster/20260701_poster_longdesc_1.html>. Acesso em: 2 set. 2026b.

NHSA. National Healthcare Security Administration. **Reply to Proposal No. 1616 of the Fourth Session of the 13th National People's Congress**: National Healthcare Security Administration of the People's Republic of China. *[S.l.: S.n.]*. Disponível em: <https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/2/art_26_5687.html>.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. **Health at a Glance**, v. 2025, 13 nov. 2025.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Healthcare coverage**. **OECD Data Explorer.** Paris: OECD, 7 jul. 2026a. Disponível em: <https://data-explorer.oecd.org/s/3zu>. Acesso em: 27 ago. 2026

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Health expenditure and financing**. 2026b. Disponível em: <https://data-explorer.oecd.org/s/3zl>.

OR, Zeynep *et al.* **France: Health system review**: Health Systems in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; WHO Regional Office for Europe, 13 jul. 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/da4aead0-249f-4baa-b94d-1fbbcefd6088/content>. Acesso em: 3 set. 2026.

PRIETO, Joaquín; HOFFMEISTER, Lorena. Toward Better Measurement of Financial Risk Protection in Health Expenditure: The Case of Chile. **Value in Health Regional Issues**, v. 47, p. 101086, 1 maio 2025.

SHIGA INTERCULTURAL ASSOCIATION FOR GLOBALIZATION. **Living Guide Q&A:**

Pension and Insurance. Disponível em: <https://www.s-i-a.or.jp/en/qa/pension_insurance>. Acesso em: 2 set. 2026.

STANCIOLI, Anderson Eduardo. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado)—São Paulo: Universidade de São Paulo, 4 out. 2002.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE. **¿FONASA o Isapre? Superintendencia de Salud**, 2026. Disponível em: <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/fonasa-o-isapre/>. Acesso em: 17 ago. 2026

THE COMMONWEALTH FUND. The U.S. health care system, 2015. *In*: MOSSIALOS, Elias *et al.* (Orgs.). **2015 International Profiles of Health Care Systems**. New York: The Commonwealth Fund, 2015. p. 171–179.

THE COMMONWEALTH FUND. The U.S. health care system. *In*: TIKKANEN, Roosa *et al.* (Orgs.). **International Profiles of Health Care Systems 2020**. New York: The Commonwealth Fund, 2020. p. 211–222.

THE COMMONWEALTH FUND. **International Health Care System Profiles**. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>. Acesso em: 1 jul. 2026.

VAN DE VEN, Wynand P. M. M.; ELLIS, Randall P. Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. *In*: CULYER, Anthony J.; NEWHOUSE, Joseph P. (Orgs.). **Handbook of Health Economics**. Handbook of Health Economics. *[S.l.]*: Elsevier, 2000. v. 1 p. 755–845.

WANG, Yuxi *et al.* Assessing the design of China's complex health system – Concerns on equity and efficiency. **Health Policy OPEN**, v. 1, p. 100021, 1 dez. 2020.

XUE, Qingping *et al.* The relationship between hospital ownership, in-hospital mortality, and medical expenses: an analysis of three common conditions in China. **Archives of Public Health**, v. 81, n. 1, p. 19, 10 fev. 2023.

YANG, Jinming; TAO, Wenjuan; QU, Xing. The impact of personal medical savings accounts on healthcare utilization and out-of-pocket costs in public basic health insurance: a national cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 13, 30 abr. 2025.

ZARE, Hossein; ANDERSON, Gerard. Trends in cost sharing among selected high income countries—2000–2010. **Health Policy**, Health System Performance Comparison: New Directions in Research and Policy. v. 112, n. 1, p. 35–44, 1 set. 2013.

ZHANG, Guoman. **Situation Analysis of the Utilization of Health Care and Medical Expenditure for Breast Cancer Patients With Different Kinds of Basic Health Insurance in 2022: A City in Central China as an Example**. Dissertação (Mestrado)—Durham, NC: Duke University, 2024.

ZHANG, Ruoxuan *et al.* Residents' preference trade-offs for critical illness insurance scheme design: a discrete choice experiment in Shandong Province, China. **Health Policy and Planning**, p. czag089, 16 jul. 2026.