XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

CLEIDE CALGARO

LITON LANES PILAU SOBRINHO

THAIS JANAINA WENCZENOVICZ

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direito e saúde II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cleide Calgaro; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Reginaldo de Souza Vieira; Thais Janaina Wenczenovicz.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-645-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

Pensar o Direito e a saúde em um período antecedido por uma pandemia traz à luz inúmeras dialogicidades. Nesse contexto, o GT contou com apresentação de 11 artigos.

A abertura do livro realiza-se com a reflexão de Eduardo Augusto Fernandes , Letícia Machado e Jonatas Matias Xavier sob o título de O DIREITO À SAÚDE, O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO NA JUDIACIALIZAÇÃO DA SAÚDE. Tem como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral consiste em analisar a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde. Frente a reflexão foi possível antever que a judicialização da saúde envolve uma atuação do Judiciário tanto em relação ao Executivo quanto ao Legislativo, e tudo dentro do sistema de freios e contrapesos entre os poderes que caracteriza o Estado Democrático de Direito, mas também quando há violação de direitos saúde, pois a atuação do Judiciário tem por obrigação assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais, utilizando de suas atribuições específicas para alcançar este fim.

O segundo artigo intitulado SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E SEU AUMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 com autoria de Maíla Mello Campolina Pontes dialoga com os eixos temáticos envelhecimento, suicídio e saúde mental. A reflexão analisa os principais fatores motivadores do suicídio entre os idosos. Em momento subsequente, o objetivo foi verificar se a pandemia de COVID-19 promoveu o aumento do autoextermínio entre os idosos. Para esse fim, foram utilizados os resultados de duas pesquisas recém-publicadas, que compararam o número de suicídios em idosos no ano de 2020, com aquele que seria estimado para o período, em um contexto de normalidade, com base nas taxas dos últimos anos. Os resultados obtidos pelas duas pesquisas tiveram divergências, mas ambos mostraram que os efeitos da pandemia de COVID-19 ocasionaram o agravamento de fatores relacionados ao autoextermínio entre os idosos. Também causaram impactos de proporções diferentes nas cinco macrorregiões brasileiras. Ao final, foram sugeridas propostas para mitigação desse problema.

O terceiro texto escrito por Dani Rudnicki , Valdir Florisbal Jung e Bruna Vidal da Rocha analisa o funcionamento do Complexo Penitenciário de Canoas, instalado na região

metropolitana de Porto Alegre (RS) sob o ponto de vista da saúde pública do encarcerado. A instituição foi arquitetada para ser uma prisão modelo, que inclui sistema de bloqueador de sinal de celular. Existe, nela, a política de não receber presos ligados a grupos criminosos e, também, parcerias com a sociedade civil e poder público para oportunizar vagas de trabalho. A Superintendência de Serviços Penitenciários do RS (SUSEPE), subordinada à Secretaria da Administração Penitenciária (SEAPEN), é o órgão Estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança. Entre as casas prisionais que administra, está o Complexo Penitenciário de Canoas.

Na sequência encontra-se o estudo denominado OS LIMITES PARA DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS e tem como autoria Márcia Silveira Borges e Flavia De Paiva Medeiros De Oliveira. O texto traz como problemática reflexionar questões da autonomia privada e autonomia da vontade em relação aos direitos da personalidade, observando os limites existentes para disposição do próprio corpo, em especial nos casos que versam sobre transplante de órgãos, apresentando os aspectos da responsabilidade civil envolvidos. A problemática que orienta a trajetória de escrita é verificada principalmente no conflito entre autonomia da vontade e a dignidade humana.

O quarto artigo escrito por Erika Araújo de Castro , Danilo Rinaldi dos Santos Jr. e Clarindo Ferreira Araújo Filho tem como título TESTAMENTO VITAL: GARANTIA DE FINAL DE VIDA DIGNO E EFETIVIDADE DOS FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO que tangencia debates sobre o testamento vital, suas características e a viabilidade de sua aplicação mesmo no silêncio do ordenamento jurídico brasileiro frente ao constitucionalismo contemporâneo. O trabalho alinha-se na temática voltada ao desenvolvimento de um estudo que traz sua importância e implicações para o indivíduo ao final de sua vida e a necessidade de debate diante da falta de regulamentação específica, em um momento em que as evoluções técnicas e científicas têm possibilitado estender os dias de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis, considerando os impactos dessa sobrevida para a dignidade e certa qualidade de vida. O presente estudo traz uma pesquisa exploratória bibliográfica que promove a intersecção dos aspectos éticos-médicos e jurídicos em torno do testamento vital, com destaque para os princípios constitucionais da autonomia, liberdade e dignidade. Tem-se como objetivo solidificar a legalidade e a importância na utilização do instrumento, diferenciando-o das práticas ilegais, bem como promover a conscientização sobre sua utilização visando garantir a dignidade ao final da vida.

Sob autoria de Letícia Machado , Eduardo Augusto Fernandes e Lauriane Ferreira da Silva mostra por meio de uma pesquisa bibliográfica o reforço da indispensabilidade da utilização das Soft Skills para melhor gerir a comunicação e empatia nas relações da saúde, sem excluir a importância, também, das Hard Skills. Assevera a necessidade do profissional da área da saúde em desenvolver tais habilidades comportamentais, sendo considerada aptidão necessária para o profissional do futuro. Tem o propósito de ressaltar os problemas que são causados por falta das habilidades sociais de empatia e comunicação assertiva, o que culmina em desgastes, preocupações, desrespeito a dignidade humana e possíveis demandas judiciais. Por fim, o estudo com o avanço tecnológico demonstrando que a fórmula futura do sucesso é o desenvolvimento das capacidades e habilidades comportamentais, não somente para o profissional da área da saúde, mas também para todo e qualquer profissional que queira se destacar no mercado de trabalho competitivo, tendo em vista o constante avançar da quarta revolução industrial.

O estudo nominado A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E OS MODELOS PRIVADOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS sob autoria de Gustavo Assed Ferreira , Carolina Assed Ferreira , Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho analisa os modelos de regulação dos seguros de saúde existentes no sistema capitalista e o papel da saúde suplementar adotado pelo Brasil para que se possa, assim, determinar possibilidades para o seu desenvolvimento sob uma perspectiva comparativa. O mercado de saúde privado está desempenhando um papel cada vez mais importante em países de alta e baixa renda, mas é mal compreendido por pesquisadores e formuladores de políticas. Este artigo mostra que a distinção entre seguro saúde público e privado é frequentemente exagerada, uma vez que mercados de seguro privado bem regulados compartilham muitas características com sistemas de seguro público. Observa que o seguro-saúde privado precedeu muitos sistemas modernos de seguro social na Europa Ocidental, permitindo a esses países desenvolver os mecanismos, instituições e capacidades que posteriormente possibilitaram o acesso universal aos cuidados de saúde. Por fim, revisa-se experiências internacionais com seguros privados, demonstrando que seu papel não se restringe a nenhuma região ou nível de renda nacional em particular. Na medida em que o seguro saúde privado fornece proteção financeira primária para os trabalhadores e suas famílias, enquanto os fundos de saúde pública são direcionados para programas que cobrem as populações pobres e vulneráveis, analisa-se a regulação da saúde suplementar e seu enquadramento dentro dos modelos apresentados.

Os autores Danilo Henrique Nunes , Raul Lemos Maia , Vitor Comassio de Paula Lima versam sobre o Direito à Saúde na sua perspectiva constitucional coletiva e de proteção intergeracional, tendo em vista que – de acordo com a Organização Mundial de Saúde - a vacinação é meio estratégico de imunização de populações contra endemias e pandemias,

especialmente no tocante às crianças. Também teve como objetivo investigar os efeitos sistêmicos de médio e de longo prazo em ações de desestimulo à vacinação infantil, uma vez que, por meio da educação em saúde a partir da primeira infância, inúmeras patologias que já foram consideradas extintas, passaram a ter casos confirmados nos primeiros anos da década de 2020 e os números crescem dia a dia. Assim, com relação à problemática, resta comprovado que há sim, neste sentido, aparente conflito de normas de Direitos Humanos e normas de Direitos Fundamentais, além de constitucionais a serem trazidas. Sim, aparente conflito e não evidente, pois, a escolha do legislador Constituinte Originário de 1988 é a de que o Direito à Saúde é uma forma de concreção do próprio Direito à Vida. Ao final, confirmará a imprescindibilidade da vacinação infantil como política pública de saúde, visando minimizar doenças para as futuras gerações.

O penúltimo texto nomeado PARTICIPAÇÃO POPULAR DAS COMUNIDADES INDÍGENAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS e resultado do trabalho de Reginaldo de Souza Vieira e Jesser Rodrigues Borges teve como objetivo verificar em que medida o ordenamento jurídico brasileiro permite/estimula a participação popular das comunidades indígenas nos processos de tomada de decisão que envolvem as políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS a elas direcionadas. A reflexão promoveu-se uma breve retomada histórica do direito à saúde indígena no Brasil, abordando os principais instrumento normativos que tratam da temática, bem como dos órgãos e entidades que compõem o Subsistema de Saúde Indígena. Na sequência, buscou-se identificar os espaços destinados à participação popular de comunidades indígenas no âmbito do SUS. Por fim, concluiu que a participação popular das comunidades indígenas foi resultado de inúmeros movimentos sociais que proporcionaram a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 como forma de promover o Estado Democrático de Direito. Contudo, mais recentemente, identificou-se uma série de entraves para a concretização efetiva da participação popular dos povos originários nos processos de tomada de decisão, visto que muitos órgãos colegiados foram extintos por decreto presidencial, bem como que as espaços destinados a este fim são poucos e contam com estrutura limitada.

O último texto denominado A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL com autoria de

Fernando Gustavo Knoerr , Adriane Garcel e João Marcos Lisboa Feliciano apresenta como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral circunda na aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde.

Excelente leitura.

As/os organizadores

A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E OS MODELOS PRIVADOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

SUPPLEMENTARY HEALTH IN BRAZIL AND THE PRIVATE SERVICE DELIVERY MODEL

Gustavo Assed Ferreira
Carolina Assed Ferreira
Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho

Resumo

O objetivo do trabalho é analisar os modelos de regulação dos seguros de saúde existentes no sistema capitalista e o papel da saúde suplementar adotado pelo Brasil para que se possa, assim, determinar possibilidades para o seu desenvolvimento sob uma perspectiva comparativa. O mercado de saúde privado está desempenhando um papel cada vez mais importante em países de alta e baixa renda, mas é mal compreendido por pesquisadores e formuladores de políticas. Este artigo mostra que a distinção entre seguro saúde público e privado é frequentemente exagerada, uma vez que mercados de seguro privado bem regulados compartilham muitas características com sistemas de seguro público. Observa que o seguro-saúde privado precedeu muitos sistemas modernos de seguro social na Europa Ocidental, permitindo a esses países desenvolver os mecanismos, instituições e capacidades que posteriormente possibilitaram o acesso universal aos cuidados de saúde. Por fim, revisa-se experiências internacionais com seguros privados, demonstrando que seu papel não se restringe a nenhuma região ou nível de renda nacional em particular. Na medida em que o seguro saúde privado fornece proteção financeira primária para os trabalhadores e suas famílias, enquanto os fundos de saúde pública são direcionados para programas que cobrem as populações pobres e vulneráveis, analisa-se a regulação da saúde suplementar e seu enquadramento dentro dos modelos apresentados.

Palavras-chave: Seguro de saúde, Regulação da saúde no brasil, Saúde suplementar, Direito comparado, Direito à saúde

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of the work is to analyze the health insurance regulation models existing in the capitalist system and the role of supplementary health adopted by Brazil so that it can, thus, determine possibilities for its development from a comparative perspective. The private health market is playing an increasingly important role in high and low income countries, but it is poorly understood by researchers and policy makers. This article shows that the distinction between public and private health insurance is often exaggerated, since well-regulated private insurance markets share many characteristics with public insurance systems. Notes that private health insurance preceded many modern social insurance systems in Western Europe, allowing these countries to develop the mechanisms, institutions and

capacities that later made universal access to health care possible. Finally, we review international experiences with private insurance, showing that their role is not restricted to any particular region or national income level. As private health insurance provides primary financial protection for workers and their families, while public health funds are directed towards programs that cover poor and vulnerable populations, we analyze supplementary health regulation and its fit within the models presented.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health insurance, Health regulation in brazil, Supplementary health, Comparative law, Right to health

Introdução

Conforme os formuladores de políticas consideram como avançar em direção a mecanismos de financiamento que protegerão seus cidadãos dos efeitos catastróficos financeiros de doenças potencialmente endêmicas, eles têm três opções amplas a considerar: (i) tributação, (ii) seguridade social e (iii) seguro-saúde privado, que consiste em organizações sem fins lucrativos ou, mesmo empresariais, dependendo do modelo de regulação, bem como esquemas de seguro-saúde comunitário.

Ao contrário da tributação e da seguridade social, que são comumente vistos como promotores de patrimônio, o seguro privado muitas vezes evoca visões de acesso desigual, com um grande número de pessoas sem seguro.

A experiência indica que sistemas privados de seguro-saúde não regulamentados ou mal planejados podem de fato exacerbar as desigualdades, fornecendo cobertura apenas para os jovens e saudáveis e levar à escalada de custos.

No entanto, quando administrado de maneira adequada, existem várias maneiras pelas quais o seguro-saúde privado pode desempenhar um papel positivo na melhoria do acesso e da equidade nos países em desenvolvimento.

O gasto direto com serviços de saúde é a forma mais comum de financiamento da saúde nos países em desenvolvimento e representa um encargo financeiro significativo para as famílias. Na medida em que o seguro privado dá às famílias a oportunidade de evitar grandes despesas do próprio bolso, ele pode fornecer acesso à proteção financeira que, de outra forma, não existe.

Há nos países em desenvolvimento grandes setores informais, o que dificulta a cobrança de impostos. Isso limita a capacidade desses países de gerar receitas fiscais suficientes ou de financiar sistemas de seguro social para fornecer ampla proteção aos cuidados de saúde.

A cobertura privada, quando adequadamente regulamentada, pode ser uma forma de avançar para o pré-pagamento e a combinação de riscos até que a cobertura com financiamento público possa se expandir o suficiente. Também permite que os formuladores de políticas direcionem recursos públicos limitados para os grupos mais vulneráveis, enquanto aqueles que podem contribuir para seus custos médicos são obrigados a fazê-lo.

A história demonstra que os sistemas de seguro social em muitos países desenvolvidos evoluíram de esquemas de seguro privado voluntário baseados em associações profissionais ou comunidades. (WORONKOWICZ et. al., 2020, p. 121-127).

Tais lições sobre a expansão gradual da proteção financeira e o desenvolvimento das instituições podem ser úteis para informar os debates sobre políticas nos países em desenvolvimento à medida que eles consideram a transição para os sistemas de seguro público.

Finalmente, o seguro-saúde privado continua a ser importante mesmo em países onde a cobertura universal foi alcançada. Os formuladores de políticas que planejam com antecedência essa função suplementar estarão mais bem preparados para garantir que a cobertura privada complemente os sistemas públicos conforme eles se desenvolvem.

Este artigo fornece uma visão geral da extensão da cobertura privada no mundo. Não pretende ser uma análise de como os mercados de seguros voluntários funcionam, seu desenvolvimento histórico ou como são regulamentados. Em vez disso, destaca o quão difundido o seguro privado se tornou e tem como objetivo encorajar os formuladores de políticas e pesquisadores a prestarem atenção à cobertura privada e ao papel que ela pode desempenhar nos sistemas de saúde.

Ao final, será analisado o sistema de saúde suplementar brasileiro, destacando-se suas possibilidades de desenvolvimento em face dos atuais desafios enfrentados, principalmente, no que diz ao acesso por populações em situação de vulnerabilidade econômica.

1 O mercado de saúde

Existem várias abordagens ou modelos de provisão de seguro-saúde que um país pode adotar. Um é o modelo de mercado livre, em que o estado tenta deixar as forças de oferta e demanda prevalecerem. Outros modelos podem ser concebidos combinando vários graus de envolvimento público na prestação de serviços de seguro e saúde. (KNAPP et al., 2019, p. 1086-1087).

O primeiro modelo a ser debatido é o de mercado puro, onde as forças normais de oferta e demanda determinam qual seguro é fornecido e quem é coberto. Como já foi argumentado acima, esse modelo provavelmente não atenderá às necessidades de todos ou talvez nem mesmo da maioria dos indivíduos em um país. (SOMMERS et al., 2017, p. 586).

Se for esse o caso, considerado isoladamente, não é ideal para maximizar o bem-estar da população, dada a premissa de que os indivíduos são avessos ao risco e preferem um estado do mundo com seguro. O modelo de mercado puro, portanto, terá de ser complementado por alguma forma de compromisso público. (BERCHICK; HOOD; BARNETT, 2018, p. 68-69).

No cenário de desenvolvimento, com a rede de segurança sendo a família extensa, as famílias sem meios para pagar terão que ficar sem os cuidados de saúde necessários na ausência de alguma forma de compromisso público. Isso enfatiza a importância potencial do compromisso público no ambiente de desenvolvimento. (WORONKOWICZ et. al., 2020, p. 152-153).

Qualquer que seja a combinação de seguro e assistência médica escolhida, o critério econômico deve ser utilizar recursos restritos de forma eficiente - para produzir boa qualidade a um custo mínimo. Além disso, em princípio, o modelo deve levar a uma cobertura total da população do país. (KNAPP et al., 2019, p. 1087-1088).

A escala da cobertura geral, no entanto, será determinada pelos recursos nacionais gerais. Os países mais pobres podem pagar menos do que os países mais ricos, mas a premissa aqui é que, dentro da limitação de recursos de um determinado país, é desejável que todos os residentes tenham igual acesso aos serviços básicos de saúde. (SIMON; SONI; CAWLEY, 2017, p. 391).

1.1 O modelo de mercado

Nas economias de mercado desenvolvidas, onde o nível médio de renda é alto, seria de se esperar uma cobertura de seguro-saúde privado quase completa para a população - mesmo sem mandato - já que se argumenta que isso é do interesse de todos os indivíduos. No entanto, a evidência de países onde o seguro privado é o modelo predominante, com o melhor exemplo sendo os Estados Unidos, é que uma porcentagem bastante significativa da população não terá cobertura de seguro. (SOMMERS et al., 2017, p. 590-591).

Existem várias razões pelas quais a cobertura não será completa na estrutura de mercado puro. Uma razão importante é que uma grande porcentagem de indivíduos terá uma condição anterior conhecida. Um risco conhecido aumenta a probabilidade de que sejam necessários cuidados de saúde caros. Isso significa que a seguradora ajustará o prêmio de acordo e isso pode tornar as pessoas nessa situação não seguráveis a um preço acessível, a menos que elas estivessem seguradas antes que a condição conhecida se desenvolvesse ou se tornasse conhecida. (BERCHICK; HOOD; BARNETT, 2018, p. 118).

Outra razão pela qual a cobertura pode não ser universal é que os indivíduos e famílias de baixa renda optarão por não se segurar, considerando que o seguro-saúde é uma despesa importante e absorveria uma parte muito grande de uma pequena renda. Entre estes encontram-

se os pobres de longa data, pessoas sem ligação permanente ao mercado de trabalho, como estudantes, trabalhadores migrantes, algumas famílias de adultos solteiros e uma percentagem significativa de idosos. Juntos, esses grupos representam uma grande porcentagem da população de um país. Apesar de os Estados Unidos serem a economia mais rica do mundo, devido a uma combinação das razões aqui discutidas, cerca de um terço da população não tem seguro privado de saúde. (FRANZOI et. al., 2019, p. 909).

Na ausência de mandato, o seguro-saúde pode ser fornecido como parte de um pacote de empregos para um segmento da população, o que é comum nos Estados Unidos. No entanto, esse geralmente é o caso apenas para empresas privadas maiores e o governo. O seguro do empregador geralmente não fará parte do pacote de remuneração para funcionários em pequenas empresas, ao passo que esse segmento da força de trabalho constituirá uma grande porcentagem da população ativa em todos os países. (NOONAN; VELASCO-MONDRAGON; WAGNER, 2016, p. 3-4).

Se um país opta pela abordagem do mercado privado, alguma forma de compromisso público é necessária para cobrir os indivíduos excluídos do mercado de seguros privado. Os EUA desenvolveram uma forma de rede de segurança relacionada a meios para idosos e pobres, o "Medicare" e o "Medicaid", que cobre os indivíduos excluídos da cobertura privada por motivos financeiros. Isso não ajuda muito, entretanto, as pessoas que não são pobres, mas que foram excluídas da cobertura acessível devido a condições de saúde anteriores. (SIMON; SONI; CAWLEY, 2017, p. 404-405).

Em suma, na ausência de mandato, o Estado ainda terá de intervir para cobrir as insuficiências do mercado. Os impostos terão de ser cobrados para financiar as transferências para aqueles cobertos pela rede de segurança. Isso significa que, ao final, haverá uma considerável redistribuição de renda para a prestação de cuidados de saúde adequados às camadas mais pobres da população. (FRANZOI et. al., 2019, p. 914).

Além disso, algumas pessoas com rendas mais altas, mas com perfis de risco muito elevados, ainda podem ter seus preços excluídos do mercado de seguros. Essas considerações falam a favor de um atendimento de saúde universal obrigatório. Isso permite transferências para os menos abastados e cobre os custos de indivíduos cujos riscos não podem ser segurados a um preço de mercado razoável. (SIMON; SONI; CAWLEY, 2017, p. 416-418).

A questão da provisão pública é ainda mais relevante no cenário de desenvolvimento, onde empresas muito pequenas dominam o mercado de trabalho e onde um grande segmento da população é tão pobre que só pode receber cuidados básicos de saúde se o dinheiro for transferido por meio de receitas gerais. (BERCHICK; HOOD; BARNETT, 2018, p. 223).

1.2 Alternativas ao modelo de mercado

São dois os modelos alternativos ao modelo de mercado que mais se aproximam de suas propostas, quais sejam: (i) o modelo de mandato individual; e o (ii) modelo de mandato para empregadores. (VENKATARAMANI et. al., 2016, p. e18-e20).

Uma primeira alternativa ao modelo de mercado livre é um modelo com um mandato para que todos os indivíduos adquiram seguro saúde privado para pagar por serviços de saúde produzidos privadamente. Ao contrário do modelo de mercado livre, aqui todos os indivíduos são obrigados a adquirir seguro privado. As organizações de seguros competiriam por clientes. O mandato provavelmente também levaria ao fornecimento de seguro por meio de contratos de trabalho para trabalhadores com empregadores maiores e com o governo. (NOONAN; VELASCO-MONDRAGON; WAGNER, 2016, p. 13).

O problema com o seguro saúde exclusivamente determinado pelo mercado é que, se não for restrito pela legislação, as seguradoras definirão prêmios individuais com base no risco. Alguns indivíduos serão excluídos totalmente do mercado a um preço acessível. (NIANKARA, 2018, p. 506-507).

Além disso, como as pessoas com maiores riscos terão que pagar mais, essa forma de mandato dá um perfil distributivo determinado pelos perfis de saúde individuais e, portanto, pelo risco individual. Em relação a este último, de um modo geral, as mulheres e idosos utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que os homens e os adultos mais jovens e, portanto, em um mercado de risco normalmente teriam que pagar mais. Dados os perfis de risco agregados, um seguro contratante de 65 anos pela primeira vez deve pagar mais do que 25 anos, um fumante de 65 anos deve pagar mais do que um não fumante da mesma idade. (MARCOZZI et al., 2018, p. 268).

Este modelo se assemelha ao modelo de mercado em todos os aspectos, exceto quanto ao mandato. Reconhece a natureza do seguro privado e recompensa aqueles com melhores hábitos de vida, melhor saúde e melhores condições de trabalho. É provável que tenha as mesmas desvantagens que o modelo de mercado puro no que diz respeito à escala e à composição da população excluída. (BAILEY et al., 2017, p. 1457).

Uma segunda alternativa, por sua vez ao modelo de mercado livre é exigir seguro privado para os empregadores, em vez de exigir para os indivíduos. Os empregadores contratariam provedores de seguros privados que adquiririam serviços de saúde privados. A desvantagem de política social desse modelo é, mais uma vez, exatamente a do modelo norte-

americano sem seguro médico obrigatório, ou seja, um grande segmento da população (autônomos, estudantes e outros sem emprego e idosos), serão inevitavelmente excluídos - exigindo financiamento estatal deste grande grupo residual. Assim como o seguro individual obrigatório, o seguro obrigatório do empregador provavelmente resultará na diferenciação de risco, por exemplo, por idade e estado de saúde anterior. (VENKATARAMANI et. al., 2016, p. e-23).

Observa-se que há uma tendência de os sistemas de reservas contábeis das empresas serem substancialmente subfinanciados, o que abre a porta para o uso da legislação de falências para reduzir os compromissos. Com relação aos cuidados de saúde, os planos de saúde da empresa frequentemente cobrem o funcionário e o cônjuge do funcionário e continuam a cobrir os custos após a aposentadoria da empresa. (NIANKARA, 2018, p. 517).

Uma vez que esses últimos compromissos surgem em um futuro distante, é grande o risco de que sejam subfinanciados. Além disso, os compromissos com a saúde e com as pensões podem ser dramaticamente subestimados e, portanto, subfinanciados devido ao rápido aumento da longevidade. Além disso, os fundos correm o risco de ser comprometidos se as empresas tomarem emprestado desses fundos para pagar o investimento corrente e outros custos correntes. (MARCOZZI et al., 2018, p. 287).

Conclui-se, então, que uma desvantagem específica do modelo do empregador é que os benefícios estarão em risco quando as empresas passarem por um processo de dissolução. Para cobrir essa contingência, um acordo de resseguro obrigatório ou garantia estatal pode ser criado. Este último poderia, no entanto, encorajar abusos, ou seja, descarregar os custos dos benefícios sobre o Estado no processo de reforma das empresas, enquanto o primeiro teria a vantagem de que as empresas seriam obrigadas a pagar por seu próprio resseguro com base no seguro. (NOONAN; VELASCO-MONDRAGON; WAGNER, 2016, p. 19-20).

2 Modelos que regulam a diferenciação de risco

Um modelo de regulação de saúde privada forte pode ser feito para compartilhar os custos de riscos conhecidos no coletivo geral de seguro saúde, que é a abordagem tipicamente adotada nos países da Europa Ocidental. É fácil argumentar a favor desse modelo em princípio. (BUSSE et al., 2017, p. 883).

Suponha-se que os indivíduos sejam solicitados a escolher entre dois regimes alternativos: a primeira alternativa é o seguro de saúde individual, em que o tamanho dos

pagamentos de prêmios individuais é baseado em riscos individuais conhecidos. O segundo é o agrupamento universal de riscos para toda a população com os mesmos pagamentos de prêmio para todos. (SAGAN; THOMSON, 2016, p. 24).

Indivíduos avessos ao risco prefeririam a segunda opção em vez da primeira, pois sem conhecimento prévio ninguém sabe quem será o portador dos riscos relativamente baixos. Consequentemente, assumindo que a aversão ao risco é um traço mais ou menos universal, a sociedade fica melhor se não diferenciar os prêmios de assistência médica com base no risco.

O risco em um ambiente de seguro está associado principalmente à idade, sexo e ocupação. Em primeiro lugar, observa-se que, na perspectiva do ciclo de vida, todos os indivíduos serão jovens e velhos. Cobrar a mesma taxa para todas as idades em um sistema obrigatório redistribui alguns dos custos do seguro quando da idade para os anos mais jovens. (WENDT, 2019, p. 667).

Além disso, equaliza os custos por gênero, embora as diferenças possam ser motivadas por perfis de risco de gênero. Uma possível exceção à não consideração dos riscos é o risco associado a acidentes e doenças devido a condições de trabalho perigosas. Uma meta seria que os custos fossem incluídos nos preços dos produtos e serviços produzidos em condições de trabalho perigosas. (HOUSSOY; DEL SOL; MARTIN, 2020, p. 282).

O legislador público pode proibir a diferenciação de risco individual por seguradoras privadas e, ao fazê-lo, tentar atingir o objetivo de não diferenciação de riscos. No entanto, pode ser difícil, na prática, proibir os empregadores de formarem ou os empregados de pertencerem a coletivos indiretamente com base no risco devido aos motivos para a constituição do coletivo de seguros. (DUFFY et. al., 2020, p. 401).

O resultado real dependerá de como os grupos seguradores são formados na prática. Por exemplo, suponha-se que uma saúde melhor seja função de uma renda mais alta e de uma educação melhor e que as pessoas que trabalham no setor bancário normalmente pertençam a essa categoria. Por outro lado, os trabalhadores de colarinho azul na manufatura normalmente terão rendimentos mais baixos e menos educação. (GIOVANNELLI; CURRAN, 2016, p. 8-9).

Nesse cenário, se os funcionários do setor bancário e de colarinho azul na indústria pertencerem a grupos de seguros diferentes, o grupo de seguros de colarinho azul custará mais por pessoa coberta. Portanto, dentro dos grupos de seguro pode não haver diferenciação de risco com base na idade, sexo ou pré-condições, mas ainda existirá uma forma de diferenciação de risco entre os grupos. Se isso é desejável ou não, depende do objetivo da política. (DUFFY et. al., 2020, p. 403-404).

Não apenas os empregados, mas também suas famílias são normalmente cobertos pelos esquemas do empregador, e os esquemas do empregador podem ser projetados para cobrir os empregados mesmo depois de eles se aposentarem da empresa. A desvantagem óbvia de um mandato, como já foi discutido, é que eles deixam pessoas sem vínculo descobertas, diretamente ou por meio de um cônjuge, podendo atingir uma parcela significativa da população. (WENDT, 2019, p. 672).

Se o grupo de seguros abranger pessoas de todas as idades, os grupos de seguros que abrangem indivíduos em uma profissão, ramo ou local de trabalho com uma população em declínio correm o mesmo risco de se tornarem cada vez mais caros por segurado. Um exemplo seria um grupo segurador para marinheiros em um país onde a importância da indústria naval está diminuindo. (HOUSSOY; DEL SOL; MARTIN, 2020, p. 314).

Os trabalhadores restantes serão obrigados a financiar com contribuições excessivamente altas os custos dos cuidados de saúde dos marinheiros aposentados - a menos que o grupo segurador tenha previsto esse declínio e tenha financiado antecipadamente. A experiência mostra que os grupos seguradores raramente são tão prescientes. (GIOVANNELLI; CURRAN, 2016, p. 11).

Os seguros e serviços de saúde na Alemanha seguem um modelo semelhante a esse. As seguradoras fornecem benefícios de saúde e seguro de doença, ou seja, remuneração por ganhos perdidos devido à ausência por doença do local de trabalho. Os grupos de seguros são baseados em várias categorias ocupacionais e de empregadores e, por esse motivo, as taxas de contribuição podem diferir entre os grupos de seguros. (BUSSE et al., 2017, p. 894-896).

3 O modelo de monopólio

No modelo de monopólio, um único provedor de saúde pública pode criar um seguro universal verdadeiramente diferenciado sem riscos. Existem também dois argumentos puros de política social - distributiva - a favor de um único provedor público de seguro saúde. O primeiro já foi elaborado acima. Isso é para criar um *pool* de seguros que compartilha todos os riscos individuais – “ruins” e “bons” - de modo que as pessoas com maiores riscos, independentemente de sua causa, não tenham que pagar mais pelo seguro. (KULLBERG; BLOMQVIST; WINBLAD, 2019, p. 737-738).

Ao contrário do mandato dos seguros privados, não existe diferenciação ocupacional ou de ramo, como já foi referido acima. O segundo argumento de política social que favorece um

pool nacional único para o mandato do seguro é que este é um meio de redistribuir a renda dos mais ricos para os mais pobres, mas de uma forma que restringe a redistribuição para cuidados de saúde subsidiados para os pobres. Essa meta pode ser especialmente relevante no cenário de desenvolvimento da América Latina. (PIEPER; HESS; MATHES, 2017, p. 861).

O modelo de provedor de seguro público único também traz para o conjunto geral de seguro aqueles grupos que podem ficar no esquecimento em outros modelos, tornando endógenos os impostos e transferências que são necessários de qualquer maneira se o setor público deve atender aos grupos excluídos dos demais modelos. No modelo de provedor de seguro público único, o seguro de saúde é um seguro de saúde obrigatório universal, administrado pelo setor público, com serviços de saúde prestados tanto privada quanto publicamente. (SCHUBERT-BAST et al., 2019, p. 913).

Dado que o modelo de provedor de seguro público único é o modelo escolhido, a questão da provisão pública ou privada de serviços de saúde, ou ambos em alguma combinação, deve ser determinada pela eficiência de custo relativa e qualidade dos serviços. Pode-se argumentar que um modelo em que os serviços de saúde são pelo menos parcialmente prestados por fornecedores privados tem o potencial de ser o mais eficiente, uma vez que introduz concorrência entre os prestadores no que diz respeito à eficiência de custos e qualidade dos serviços. (THÖNES, 2019, p. 1329).

Existem várias outras razões possíveis pelas quais o modelo privado nos EUA custa muito mais do que os modelos de seguro obrigatório ou público da Europa. Em primeiro lugar, é possível que o resultado reflita o método de determinação dos custos globais. No modelo de provedor de seguro público único, os custos totais são determinados por um teto de receita estabelecido pelo provedor, enquanto no modelo privado o seguro cobre todos os sinistros e aumenta os prêmios para acomodá-los, quando necessário. Em outras palavras, o modelo de restrição orçamentária pode forçar os provedores a trabalhar mais para reduzir o risco moral, enquanto os provedores do mercado privado não têm incentivos per se para tentar reduzir os custos. (KULLBERG; BLOMQVIST; WINBLAD, 2019, p. 742).

Em segundo lugar, nos Estados Unidos, a ocorrência de processos judiciais por imperícia tornou-se um elemento comum do sistema médico e isso aumenta os custos gerais de atendimento médico. Por exemplo, testes e procedimentos muitas vezes não exigidos para satisfazer as “boas práticas” são, no entanto, adquiridos para fornecer segurança adicional aos médicos no caso de surgir um processo judicial. Um sistema baseado no seguro público e na prestação de serviços públicos geralmente não incluirá grandes quantias por negligência médica

e, portanto, não encorajará a utilização excessiva de serviços médicos. (THÖNES, 2019, p. 1327).

Terceiro, a existência de muitas seguradoras também significa que os prestadores de cuidados de saúde terão de ter rotinas de serviço em relação a muitos fornecedores de seguros. Um grande hospital em uma grande cidade dos Estados Unidos pode ter que lidar com centenas de seguradoras. Nem é preciso dizer que um único provedor de seguro deve ser mais barato, com todas as outras coisas iguais. (SCHUBERT-BAST et al., 2019, p. 918).

Finalmente, se todos devem ser segurados com as mesmas condições no contrato - como em um esquema de seguro nacional universal - então a ocorrência de centenas ou milhares de seguradoras deve aumentar o custo de fornecer seguro per capita em comparação com o estado como provedor único. (PIEPER; HESS; MATHES, 2017, p. 862-863).

Em suma, os argumentos apresentados aqui apontam para um sistema com provisão pública de seguro-saúde cobrindo toda a população, ao invés de um mandato de saúde privada para empregadores ou indivíduos. A provisão pública tem a vantagem de cobrir toda a população e sem diferenciação de risco nos custos dos prêmios. Essa cobertura verdadeiramente universal pode ser adotada com alguma combinação de provisão pública e privada de serviços de saúde. Esse modelo é adequado para todos os países e certamente vale a pena ser considerado em países em desenvolvimento. (THÖNES, 2019, p. 1331-1332).

4 O sistema único e o sistema de saúde suplementar brasileiro

O Brasil tem um sistema de saúde de dois níveis. Desde 1990, o Governo fornece serviços universais de saúde por meio do "Sistema Único de Saúde" (SUS). Os serviços públicos de saúde cobrem os 5.570 municípios brasileiros e são operados diretamente por municípios e estados. O sistema público cuida de grande parte da população brasileira, cerca de 75%, e fornece um número significativo de serviços de saúde. (ARAÚJO; SILVA, 2018, p. 2763).

Desde a sua criação, o SUS tem progredido consistentemente no sentido de oferecer atenção universal e integral à saúde da população brasileira, ajudando a reduzir as desigualdades no acesso à saúde e a obtenção de melhores resultados, mas não sem desafios. Apesar dos sucessos, o SUS está agora numa encruzilhada. (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 208).

Medidas de austeridade introduzidas em 2016 (Emenda Constitucional 95) impuseram um limite estrito ao crescimento dos gastos públicos até 2036 em um valor baseado no valor do

exercício anterior ajustado pela inflação, ameaçando a maior expansão e sustentabilidade do sistema com consequências adversas para a equidade e os resultados de saúde. (SALINAS; MARTINS, 2018, p. 344).

As políticas fiscais, econômicas, ambientais, de educação e saúde (por exemplo, para adolescentes e atenção básica à saúde, "APS") introduzidas pelo governo Bolsonaro em 2019, apresentam uma série de riscos para o SUS. (AVELAR; DE SOUZA; AMARAL, 2019, p. 301)

No entanto, destaca-se que o sistema público é usado principalmente para a parcela da população que não pode pagar pela cobertura suplementar. Considerando todos os tipos de coberturas complementares (privada, contratada e para funcionários públicos), a parcela de pessoas físicas com algum tipo de plano de saúde está associada positivamente à renda. Enquanto na faixa de renda inferior apenas cerca de 10% dos indivíduos possuem algum tipo de seguro saúde privado, na faixa superior essa participação chega a 80%. (BÔAS; DE LIMA, 2018, p. 244-245)

Em relação ao seguro saúde privado (individual e pelo empregador), diferentemente de outros países, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.656/98, não permite que as seguradoras privadas estabeleçam franquias. Isso significa que o indivíduo não precisa atingir um saldo mínimo para que o plano de saúde comece a contribuir para as despesas com saúde. (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 227).

As seguradoras de saúde cobrem sinistros individuais desde os primeiros reais de gastos com saúde. Em geral, o cosseguro varia de zero a 20%. Além disso, não existe limite máximo *out of pocket*, e o valor que alguém paga por atendimento médico não coberto pelo plano de seguro depende dos detalhes de cada plano. (TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018, p. 170).

Alguns serviços de saúde, como o preço dos planos privados de saúde, são indexados à inflação e regulamentados pelo governo. O imposto de renda é cobrado no nível federal no Brasil. Todos os meses, as empresas retêm o imposto de renda na fonte dos salários dos funcionários e pagam diretamente ao governo. (FERREIRA; RYNGELBLUM, 2020, p. 42219).

Os trabalhadores podem verificar quanto de imposto de renda estão pagando em seus contracheques mensalmente e qualquer possível mudança de suporte de imposto. Os limites das faixas de impostos e as alíquotas de impostos são definidos no ano anterior e não se alteram durante o exercício, o que confere transparência aos assalariados. (BORGES; LEÃO, 2020, p. 134).

Os trabalhadores com renda abaixo da primeira faixa de imposto (que não arrecadam imposto de renda) provavelmente não possuem informações sobre as alíquotas e faixas de

impostos, mas assim que entrarem na primeira faixa, terão essa informação disponível no cheque da folha de pagamento. (TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018, p. 170).

Além disso, o ano fiscal é um ano civil e os trabalhadores devem preencher a declaração anual de imposto de renda até 30 de abril do ano seguinte. Ao preparar seus formulários de imposto de renda anual, os trabalhadores descobrem se eles terão alguma declaração de imposto (por causa de despesas dedutíveis, como despesas com saúde), ou se eles têm que pagar impostos adicionais (porque a renda é obtida de várias fontes ou porque a maioria seus gastos não são elegíveis para dedução fiscal). Esquemas de remuneração variável, como bônus, comissões ou pagamento de incentivos, não são considerados renda tributável na declaração anual. (FERREIRA; RYNGELBLUM, 2020, p. 42232).

Conclusão

Como mostra este artigo, o seguro saúde privado é mais difundido do que o debate público pode nos levar a crer. Muitos países em desenvolvimento têm planos de seguro privado que atendem à classe média e também podem oferecer algum grau de proteção financeira para os pobres. Muitos países desenvolvidos usam seguro privado secundário para preencher lacunas em seus sistemas de financiamento público e para pagar por uma demanda crescente por serviços de saúde.

Conforme os formuladores de políticas nos países em desenvolvimento consideram se permitirão o surgimento do seguro privado ou, se já existir, como podem gerenciar melhor o mercado, vale a pena observar algumas lições.

Em primeiro lugar, nenhum país de renda alta ou média usa cobertura privada como o método principal para segurar as populações pobres ou em alto risco. Mesmo nos Estados Unidos, que têm o maior mercado de seguro privado do mundo, os pobres e os idosos são cobertos por grandes programas com financiamento público.

Assim, o seguro privado, como muitos programas de seguro social, oferece uma oportunidade para aqueles que estão empregados e aqueles que podem pagá-los de contribuir diretamente para os custos dos cuidados de saúde, e serve como um mecanismo para captar fundos privados para financiar as demandas crescentes sobre o sistema de saúde. Em países com recursos públicos limitados, permite que as receitas fiscais sejam direcionadas para serviços de saúde para os pobres.

Em segundo lugar, a administração governamental dos mercados de seguro saúde é fundamental para seu funcionamento eficaz. Os países desenvolvidos que contam com seguro privado para cobrir grandes segmentos de sua população, ou nos quais o seguro privado desempenha um papel proeminente, intervêm significativamente no mercado para garantir proteção adequada ao consumidor e equidade.

Por meio de políticas, incentivos e regulamentações, eles essencialmente recrutam o seguro privado para servir ao objetivo público de acesso equitativo. Embora reconheça-se que as instituições necessárias para a administração são frequentemente fracas nos países em desenvolvimento, pode-se argumentar que o desafio de regulamentar os mercados de seguro saúde não é mais complexo do que operar um sistema público de hospitais e clínicas eficiente e de alta qualidade. Na verdade, a supervisão das seguradoras privadas pode estar mais de acordo com as vantagens comparativas do governo.

Finalmente, a experiência da Alemanha, no contexto da Europa Ocidental, mostra que, à medida que os países avançam para a cobertura universal, o papel do seguro saúde privado pode mudar. Quando o financiamento público é baixo, o seguro privado pode servir como um mecanismo de transição, construindo capacidade e fornecendo proteção financeira para certos segmentos da população, permitindo assim que receitas fiscais limitadas sejam direcionadas para bens públicos e grupos vulneráveis.

A capacidade institucional, os sistemas de informação e as habilidades envolvidas na regulamentação do seguro saúde privado podem ser úteis posteriormente na gestão de esquemas de financiamento público à medida que se expandem. Quer um país considere o seguro saúde privado como uma medida transitória no caminho para o desenvolvimento de um sistema de financiamento público abrangente, uma forma predominante de cobertura de seguro no futuro ou um hóspede indesejado, mas irreprimível, o seguro saúde privado será um fator no financiamento da saúde. O desafio é escolher como usá-lo com sabedoria.

Lista de referências

ARAÚJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2763-2770, 2018.

AVELAR, Ewerton Alex; DE SOUZA, Antônio Artur; AMARAL, Hudson Fernandes. Determinantes do endividamento em cooperativas médicas sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 3, p. 297-311, 2019.

BAILEY, Zinzi D. et al. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, n. 10077, p. 1453-1463, 2017.

BERCHICK, Edward R.; HOOD, Emily; BARNETT, Jessica C. Health insurance coverage in the United States: 2017. **Current Population Reports. US Government Printing Office, Washington, DC**, p. 60-264, 2018.

BÔAS, Regina Vera Villas; DE LIMA, Andreia Maura Bertoline Rezende. A saúde suplementar no Brasil. **Revista de Direito do Consumidor**, p. 229-247, 2018.

BORGES, Sabrina; LEÃO, Simone. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ATRAVÉS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, v. 6, n. 1, p. 122-142, 2020.

BUSSE, Reinhard et al. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. **The Lancet**, v. 390, n. 10097, p. 882-897, 2017.

DUFFY, Erin L. et al. Policies to address surprise billing can affect health insurance premiums. **The American journal of managed care**, v. 26, n. 9, p. 401-404, 2020.

FERREIRA, Vanessa Castro; RYNGELBLUM, Arnaldo Luiz. A relação entre lógicas institucionais e práticas estratégicas organizacionais: o papel da agência nacional de saúde suplementar na regulação dos reajustes do setor. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 42217-42236, 2020.

FRANZOI, Maria Alice et al. Differences in breast cancer stage at diagnosis by ethnicity, insurance status, and family income in young women in the USA. **Journal of racial and ethnic health disparities**, v. 6, n. 5, p. 909-916, 2019.

GIOVANNELLI, Justin; CURRAN, Emily. Factors Affecting Health Insurance Enrollment Through the State Marketplaces: Observations on the ACA's Third Open Enrollment Period. **Issue Brief (Commonwealth Fund)**, v. 19, p. 1-12, 2016.

HOUSSOY, Thomas; DEL SOL, Marion; MARTIN, Philippe. In between the market and public health insurance: a place for occupational welfare in Europe?. In: **Private Health Insurance and the European Union**. Palgrave Macmillan, Cham, 2020. p. 281-328.

KNAPP, Christopher D. et al. Health insurance gains after implementation of the Affordable Care Act among individuals recently on probation: USA, 2008–2016. **Journal of general internal medicine**, v. 34, n. 7, p. 1086-1088, 2019.

KULLBERG, Linn; BLOMQVIST, Paula; WINBLAD, Ulrika. Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden. **Health Policy**, v. 123, n. 8, p. 737-746, 2019.

MARCOZZI, David et al. Trends in the contribution of emergency departments to the provision of hospital-associated health care in the USA. **International Journal of Health Services**, v. 48, n. 2, p. 267-288, 2018.

NIANKARA, Ibrahim. Organisational management culture and employers' health insurance offering strategies in the USA: an Ubuntu-based random utility modelling approach. **Global Business and Economics Review**, v. 20, n. 4, p. 503-520, 2018.

NOONAN, Allan S.; VELASCO-MONDRAGON, Hector Eduardo; WAGNER, Fernando A. Improving the health of African Americans in the USA: an overdue opportunity for social justice. **Public health reviews**, v. 37, n. 1, p. 1-20, 2016.

OLIVEIRA, Danielle Furtado de; KORNIS, George Edward Machado. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 207-231, 2017.

PIEPER, Dawid; HESS, Simone; MATHES, Tim. Compilation of second opinion programs in the German statutory health insurance. **Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))**, v. 80, n. 10, p. 859-863, 2017.

SAGAN, Anna; THOMSON, Sarah. **Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation: Health Policy Series**. World Health Organization, 2016.

SALINAS, Natasha Schmitt Caccia; MARTINS, Fernanda. Os Mecanismos de Participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 2018. p. 343-368.

SCHUBERT-BAST, Susanne et al. Burden and epidemiology of status epilepticus in infants, children, and adolescents: A population-based study on German health insurance data. **Epilepsia**, v. 60, n. 5, p. 911-920, 2019.

SIMON, Kosali; SONI, Aparna; CAWLEY, John. The impact of health insurance on preventive care and health behaviors: evidence from the first two years of the ACA Medicaid expansions. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 36, n. 2, p. 390-417, 2017.

SOMMERS, Benjamin D. et al. Health insurance coverage and health—what the recent evidence tells us. **N Engl J Med**, v. 377, n. 6, p. 586-593, 2017.

THÖNNES, Stefanie. Ex-post moral hazard in the health insurance market: empirical evidence from German data. **The European Journal of Health Economics**, v. 20, n. 9, p. 1317-1333, 2019.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência

Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018.

VENKATARAMANI, Atheendar S. et al. Economic opportunity, health behaviours, and health outcomes in the USA: a population-based cross-sectional study. **The Lancet Public Health**, v. 1, n. 1, p. e18-e25, 2016.

WENDT, Claus. Social Health Insurance in Europe: Basic Concepts and New Principles. **Journal of health politics, policy and law**, v. 44, n. 4, p. 665-677, 2019.

WORONKOWICZ, Joanna et al. How have recent health insurance expansions affected coverage among artist occupations in the USA?. **Journal of Cultural Economics**, v. 44, n. 1, p. 117-154, 2020.