

Listas de cobertura mínimas no setor privado: revisão de benchmarks internacionais

Minimum coverage lists on the private sector: international benchmarks review

Teresa Lemmer

Farmacêutica, MsC, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Bernardo Pires¹

Farmacêutico, Bch, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Ligia Yoshida

Engenheira biomédica, Bch, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Marina Gaffo

Farmacêutica, MsC, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Bruna Pegoretti

Médica oncologista, MD, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Luciana Vasconcelos

Farmacêutica, MsC, Kantar Health Division, São Paulo, SP.

Resumo: *Objetivo:* Análise das práticas regulatórias e funcionamento dos sistemas de saúde em diferentes países, com foco principal na regulação de planos de saúde vinculados ao setor privado. *Método:* Revisão da literatura, acrescida por informações coletadas por um *desk research*. A busca foi realizada na base de publicações MEDLINE, considerando publicações datadas em 2018 e 2019. Os 23 países avaliados foram organizados em cinco grupos. *Resultados:* Os dados apontam similitudes entre os países agrupados no que se refere às características dos sistemas de saúde e da participação do setor de saúde suplementar. Prevaecem, em âmbito global, sistemas de saúde de cobertura universal e financiados por contribuições da seguridade social e por impostos gerais. Numa parcela dos países, a participação da iniciativa privada tem caráter complementar, ofertando serviços não cobertos pelo setor público. Em outros, suplementar, ofertando serviços similares ao setor público, porém com maior oferta de prestadores. Estratégias de copagamento e utilização de listas mínimas de cobertura se mostram prevalentes. Entretanto, os mecanismos e frequências de suas atualizações são variáveis. *Conclusão:* A maior parte dos países analisados adota sistemas públicos e universais, que são suplementados ou complementados, de forma variável, por serviços do setor privado empresarial. Listas mínimas de cobertura e copagamento são adotadas por diversos países, de diferentes regiões. A frequência de atualização das listas é variável, sendo mais comum a atualização anual, utilizando estratégias diversas para a avaliação de tecnologias em saúde.

Palavras-chave/descriptores: Sistema de saúde; saúde suplementar; planos de saúde; lista de cobertura; rol de procedimentos; *desk research*

Abstract: *Objective:* Analysis of regulatory practices and functioning of health systems in different countries, with a primary focus on the regulation of health plans linked to the private sector. *Method:* A literature review was conducted and complemented with information collected by a desk search. The search was carried out on MEDLINE, considering publications dated in 2018 and 2019. The 23 countries evaluated were organized into five groups. *Results:* The data pointed to similarities between the grouped countries, regarding their health systems' main characteristics and the participation of the supplementary health sector. Globally prevailing health systems with universal coverage and financed by social security contributions and general taxes. In some countries, the participation of the private sector is complementary, and offers services not covered by the public sector. In others, it is supplementary, offering similar services to the public sector with a wider range of providers. Co-payment strategies and the use of minimum coverage lists are prevalent. However, the mechanisms and frequencies of their updates are variable. *Conclusion:* Most of the countries analyzed adopt public and universal systems, which are supplemented, in a variable way, by the liberal practice of the health professions and by services from the private business sector. Minimum coverage and co-payment lists are adopted by several countries, from different regions. The frequency of updating the lists is variable, with annual updates being more common, using different strategies for the evaluation of health technologies.

Keywords: health systems; private health insurance regulation; minimum coverage lists; desk research.

¹ Bernardo.pires@kantar.com

Introdução

No Brasil, o sistema de saúde foi sedimentado na premissa constitucional da saúde como direito de todos os brasileiros. Partindo desse pressuposto, a Constituição Federal define como papel indelegável do Estado o dever de prover assistência pública universal, a edição de normas de proteção à saúde e a responsabilidade pela prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas.¹

Uma rede complexa e interconectada de serviços públicos e privados compõem o sistema de saúde brasileiro. O setor privado constitui-se de indivíduos ou instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, e um setor de saúde suplementar, que prevê a opção de pagamento de um plano de seguro privado.¹

Esse setor suplementar conta com prestadores privados ou serviços de operadoras verticalizadas, que provêm os serviços de assistência à saúde em rede própria, ampliando o acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social. Assim, a depender da acessibilidade, da necessidade ou da capacidade de pagamento, o usuário tem a opção de utilizá-los de forma independente e suplementar.¹

O setor de saúde suplementar é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei nº 9.961, de 2000. A agência, organizada em cinco diretorias com competências distintas, executa as ações de sua competência por meio da publicação de resoluções diversas, principalmente no que concerne os planos de saúde individuais. (1) Preços de planos coletivos e empresariais não são regulados pela agência. Estes se submetem à regulação de mercado, que prevê a livre negociação entre a operadora e o grupo a ter o risco coletivo assegurado com a ANS se atendo à regulação da oferta desses.¹

Assim, na prática, planos estabelecidos por meio de contratos coletivos são passíveis de reajustes de prêmio imprevisíveis e cancelamentos unilaterais de contrato. Razão pela qual, a ANS supervisiona a prestação de serviços por meio de bases de dados, tais como a Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), no intuito de controlar a relação de

desconfiança existente entre operadoras e prestadores de serviço privados.¹

Por outro lado, para o controle e regulamentação da prestação de serviços oferecidos pelos planos de saúde, a ANS utiliza uma lista positiva de serviços mínimos obrigatórios, denominada “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” (Rol).²

Em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998, o Rol contempla procedimentos e medicamentos considerados indispensáveis para o acompanhamento de doenças e eventos em saúde de usuários cobertos pelos diversos planos.³ A sua atualização é bianual e feita pela ANS.⁴

O processo prevê que os demandantes submetam à agência solicitações para a inclusão de novas tecnologias e que essas sejam fundamentadas na medicina baseada em evidências, em análises de custo-efetividade e impacto orçamentário. Ressalta-se que a inclusão de novos itens tampouco se vincula ao aumento do prêmio ao consumidor final, visto que, no caso de planos individuais o aumento de preços é regulado pela agência por um processo independente que considera a variação de custos médico hospitalares. Deste modo, apenas após identificação de impacto financeiro no ano subsequente à inclusão este será considerado na regulação de preços.²

Muitas discussões permeiam a dualidade do propósito exemplificativo de direitos mínimos do Rol e a sua natureza taxativa, pois, na prática, ele tem sido visto como uma referência de serviços a cobrir, contrastando com o seu propósito original de lista mínima de cobertura. Tal discrepância vai de encontro às garantias previstas no direito do consumidor, o que termina por propulsionar a judicialização dessas decisões.^{5,6} A atuação e a regulação desses impasses pela ANS têm gerado diversas discussões sobre o tema.⁷⁻⁹

O objetivo deste estudo é analisar as práticas regulatórias e funcionamento de assistência médica em diversos países, com foco principal na regulação do setor privado.

Método

Para a análise de práticas regulatórias e funcionamento dos sistemas de saúde em diversos países, principalmente no que se refere aos planos de saúde

privados, optou-se por uma revisão narrativa da literatura científica. A pesquisa foi feita na base MEDLINE, em 07/01/2020 e utilizou como termos de busca “Search ((“Insurance Coverage”[Mesh]) AND ((essential healthcare services) OR Healthcare privatization OR Universal coverage OR Public-private partnerships)) Sort by: Best Match”.

Por ser um setor dinâmico no qual prevalecem constantes mudanças de regulações e panoramas em sistemas de saúde, aplicou-se um filtro temporal de dois anos (período 2018-2019). Os resumos de todos os artigos identificados foram lidos para avaliação de elegibilidade. Os que tratavam de cobertura em saúde relativa a direitos humanos, coberturas em condições específicas de saúde e propostas de alterações ou renovações em sistemas de saúde vigentes foram excluídos. As informações extraídas dos artigos foram complementadas por uma *desk research* feita em sites de instituições e órgãos regulatórios.

Para análise das principais características do sistema de saúde e do tipo de lista de cobertura utilizada, os países foram agrupados em cinco regiões: Ja-

pão Ásia-Pacífico (JAPAC), Europa, *Commonwealth*, América Latina e Outros.

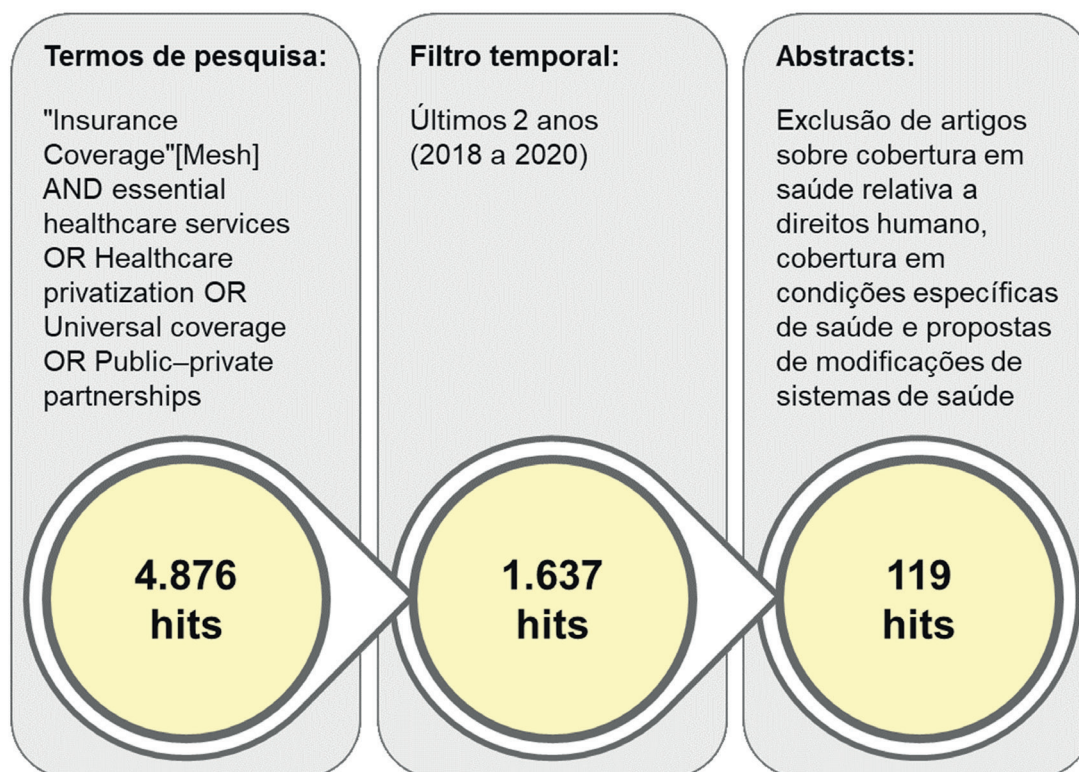
Resultados

A revisão da literatura retornou um total de 4.876 títulos, dos quais 119 fizeram parte da avaliação final (Figura 1).

Após complementação com informações trazidas pelo *desk research*, 23 países foram agrupados e avaliados em termos de regulação e funcionamento de sistemas de saúde.

O setor privado de saúde dos países foi doravante classificado como complementar, onde o setor privado oferece exclusivamente serviços não cobertos pelo setor público, agindo assim de modo auxiliar a este, suplementar, onde o setor privado oferece serviços similares ao setor público, muitas vezes com maior escolha de profissionais e/ou instituições, ou substitutivo, onde o setor privado substitui o papel do setor público na cobertura essencial ao paciente, não sendo passível ao paciente ser coberto por ambos.

Figura 1. Identificação e seleção de artigos



Países Asiáticos - JAPAC

Prevalecem na região sistemas de saúde de acesso universal, geridos pelo poder público e financiados pelos impostos pagos pela população. O setor privado tem participação limitada e estabelecida para determinados serviços, havendo possibilidade de sobreposição desses com algumas ofertas do setor público. Boa parte dos países adotam o sistema de copagamento.^{10,11}

No Japão, o *Healthcare Insurance System* (HIS) é constituído pelo Sistema de Seguro Saúde dos Empregados e pelo Sistema de Seguro Saúde Nacional ou Sistema da Comunidade, destinado aos profissionais autônomos e desempregados. Além do HIS, 90% da população utiliza planos privados, os quais têm papel limitado.¹⁰

Taiwan, por sua vez, adota um sistema de saúde público, universal e compulsório, utilizado por 99% de sua população. São previstos copagamentos para despesas hospitalares, ambulatoriais e de medicamentos, cujos valores são determinados pelo serviço prestado. A oferta de medicina tradicional chinesa é incentivada por valores reduzidos de copagamento.¹²

Em Hong Kong prevalece um sistema de saúde universal público, com foco em atendimentos secundário e terciário. O atendimento primário é majoritariamente financiado pelos pacientes (*out-of-pocket*)

ou por seguros privados. Nesse país, o programa de saúde suplementar foi estabelecido com o propósito de aumentar a distribuição do financiamento à saúde entre pagadores públicos e privados. Ele oferece acesso a hospitais privados e amplia a escolha de prestadores de serviços.¹¹

O sistema de saúde de Cingapura é configurado pela integração do *National University Health System*, do *National Healthcare Group* e do *Singapore Health Services*. O seu financiamento é compartilhado. Dele fazem parte subsídios governamentais, poupanças individuais, seguros ajustados ao risco e fundos governamentais de atendimento social. Os serviços públicos são responsáveis por aproximadamente 80% dos atendimentos agudos ou de emergência, enquanto 80% das demandas da atenção primária ficam na responsabilidade do setor privado.¹³

Por fim, a Coreia do Sul adota um sistema público, universal e mandatário desde 1989, cujo financiamento é baseado em descontos percentuais em folhas de pagamento, impostos diversos e copagamento dos usuários.¹⁴

De um modo geral, esses países adotam listas de cobertura positivas, as quais abrangem serviços, procedimentos, medicamentos e produtos médicos (Quadro 1). O procedimento para a revisão dessas listas, apesar de distinto, pressupõe a avaliação e acompanhamento de órgãos governamentais vinculados ao setor saúde.^{10-12, 14}

Quadro 1. Características das listas de cobertura adotadas em alguns países asiáticos e de sua revisão e atualização.^{10-12, 14}

País	Lista de cobertura
Japão	5.000 procedimentos médicos, cuidados odontológicos e medicamentos. <i>Revisão e atualização:</i> bianual feita pelo <i>Ministry of Health, Labour and Welfare</i> .
Taiwan	Serviços hospitalares, ambulatoriais, odontológicos e medicina tradicional chinesa. A maior parte dos medicamentos, incluindo drogas órfãs e de alto custo são cobertas pelo governo. <i>Revisão e atualização:</i> em duas etapas; a primeira, feita pelo <i>Expert Advisory Meeting</i> e a segunda, pelo <i>Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme</i> (PBRS), responsável pela decisão final. Participam do PBRS diferentes <i>stakeholders</i> (representantes do governo, profissionais de saúde, indústrias farmacêuticas e membros da sociedade).
Hong Kong	A cobertura de medicamentos é vinculada à incorporação destes no <i>Hospital Authority Drug Formulary</i> , após avaliação pelo <i>Drug Advisory Committee</i> . Planos de saúde privados são regulados pelo <i>Voluntary Health Insurance Scheme</i> , que estabelece um plano básico padrão e planos com coberturas adicionais. Ambos de aprovação mandatária pelo <i>Food and Health Bureau</i> . <i>Revisão e atualização:</i> informações não encontradas.

País	Lista de cobertura
Cingapura	<p>A <i>Standard Drug List</i> (SDL) e a <i>Medication Assistance Fund</i> (MAF) apresentam todos os medicamentos subsidiados pelo governo. A primeira contempla medicamentos essenciais e os usados em doenças prevalentes; o subsídio é de 50% para todos os pacientes de instituições públicas, mas usuários de baixa renda podem ter esse percentual aumentado até 75%. A MAF inclui medicamentos de alto custo, não incorporados na SDL; oferta de até 75% de subsídio vinculado a critérios específicos de uso das drogas.</p> <p><i>Revisão e atualização</i>: recorrente e realizada pela <i>Agency for Care Effectiveness</i> (ACE). Utiliza critérios de eficácia clínica, custo-efetividade e viabilidade organizacional. A ACE também é responsável pela elaboração de guias clínicos (<i>Appropriate Care Guides</i>).</p>
Coreia do Sul	<p>Lista positiva contemplando procedimentos, medicamentos e <i>devices</i>.</p> <p><i>Revisão e atualização</i>: responsabilidade da <i>Health Insurance and Review Assessment</i>, agência vinculada ao <i>Ministry of Health and Welfare</i>. A agência baseia suas decisões em relatórios de custo-efetividade ou custo-utilidade, impacto orçamentário e preço de medicamentos similares em outros países. Sem data pré-definida para revisão e inclusão de novas tecnologias.</p>

Europa

O percentual de participação suplementar nos sistemas nacionais de saúde é variável na região. Serviços complementares, substitutivos, bem como serviços suplementares à cobertura dos custos do tratamento podem ser observados. Benefícios cobertos por seguros privados de saúde também diferem entre os países. Entretanto, ao longo dos anos, em alguns países o setor privado ampliou a sua participação nos serviços de saúde.¹⁵

Atualmente, na Alemanha, coexistem dois sistemas. O *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) é obrigatório para trabalhadores formais que recebem até EUR 62.550 anuais e desempregados, custeado por impostos e contribuições da seguridade social e constituído por 110 operadoras. Por outro lado, o *Private Krankenversicherung* (PKV), setor privado de caráter substitutivo, é opcional para trabalhadores formais com ganhos anuais acima daquele valor. Trabalhadores vinculados assim ao PKV deixam de contribuir e receber assistência através do GKV. Do PKV participam 51 operadoras, mas com ofertas essenciais iguais as do GKV.¹⁶

Na França, onde 90% da população tem dupla cobertura de saúde, o *Protection Universelle Maladie* é público, de acesso universal e financiado por impostos gerais e contribuições trabalhistas. O governo custeia e reembolsa parcialmente os serviços de saúde prestados, de forma exclusiva, pela iniciativa privada. O setor privado tem caráter suplementar e

oferece cobertura de taxas e copagamento exigidos pelo sistema público, bem como reembolso parcial de serviços não cobertos nas listas públicas.¹⁷

Sistemas públicos e de acesso universal são identificados em países do Reino Unido (RU) e na Espanha.^{18, 19}

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol, financiado e administrado de forma descentralizada, prevê cobertura gratuita para a maioria das necessidades médicas da população. O setor privado, regulado pelo Ministério da Saúde, com participação do Ministério da Fazenda, tem caráter suplementar e fornece serviços não disponíveis no sistema público. No caso de servidores civis, pode ter caráter substitutivo.¹⁸

Países do RU também administram de forma descentralizada o *National Health System* (NHS). O acesso a medicamentos, os atendimentos ambulatorial e emergencial são gratuitos e em hospitais próprios.¹⁹ Entretanto, desde 2010, é possível a contratação de prestadores privados pelo NHS. Alguns de seus hospitais possuem administração semiautônoma, com controle financeiro independente do sistema e com, no máximo, 49% de seus recebimentos de origem privada.²⁰ O seguro privado tem papel suplementar e cobertura definida por contratos, definidos pelas necessidades dos usuários. A regulação dos serviços é feita por instituições financeiras, tais como a *Prudential Regulatory Authority* (PRA) e a *Financial Conduct Authority*.¹⁹

Na Áustria, um sistema misto e fragmentado, financiado por fundos federais, regionais e deriva-

dos de seguro social e regulado pelo Ministério do Trabalho, Questões Sociais, Saúde e Proteção ao Consumidor é identificado. A administração de seus hospitais e serviços ambulatoriais é regional.²¹ O setor privado tem caráter suplementar. Além de ampliar o poder de escolha de prestadores de serviços, ele oferece maior rapidez no atendimento e serviços não oferecidos pelo sistema público. A substituição da cobertura pública pela privada é possível para determinados grupos de trabalhadores. Neste caso os planos devem oferecer coberturas semelhantes às do sistema público.¹⁵

Por fim, o caráter suplementar do setor privado também prevalece nos países escandinavos.

Na Suécia, o sistema é público, de caráter universal. Tem financiamento e administração regionais. A prestação de serviços é feita nos condados ou regiões e variam no tipo de cobertura adicional e na negociação de preços de cada região. Prevalece um sistema de copagamento fixo em todos os condados, exceto para menores de idade. Apesar da variabilidade de taxas entre os condados, um teto de gastos anuais *out-of-pocket* é estabelecido nacionalmente. O mercado de saúde privado possibilita acesso rápido a especialistas e a tratamentos eletivos e corresponde a 0,5% dos gastos em saúde no país.²²

O sistema de saúde público da Noruega é considerado semi-descentralizado. A prestação de serviços básicos é feita nos municípios e a de serviços especializados em nível estadual. Quatro autoridades de saúde regionais, as *Regionalt Helseforetak*, são responsáveis pela sua administração. O setor privado cobre cerca de 6% da população do país.²³

Na maioria dos países europeus analisados, prevalece o uso de listas positivas (Quadro 2). Alemanha e Andorra usam listas negativas, enquanto Espanha e países do Reino Unido, com exceção da Irlanda do Norte, fazem a combinação de ambas. De forma semelhante, a região compartilha certa uniformidade no que se refere ao estabelecimento de sistemas de preço referência para medicamentos. Medicamentos intercambiáveis são agrupados e têm o preço de referência para reembolso definido pelo setor público. Sendo o preço ao consumidor maior que o de referência, o paciente cobre a diferença, em adição a valores de copagamento e taxas estabelecidas pelo país.²⁴

O processo de avaliação de tecnologias de saúde é o mesmo nos países integrantes da Comunidade Europeia e envolve duas etapas. Ele pressupõe uma aprovação preliminar pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA), seguida de uma avaliação individualizada pelas agências nacionais. Por ser um processo que envolve questões políticas e econômicas nem sempre transparentes, uma grande variabilidade no horizonte de tempo entre estas duas etapas é observada nos diversos países (Figura 2).²⁵

Países do Commonwealth

Embora de administração e governo independentes, os países do *Commonwealth* possuem semelhanças devido aos laços históricos que os vinculam ao Império Britânico.⁽²⁶⁾ No Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia, prevalecem sistemas públicos, universais, financiados pela seguridade social e que comungam a denominação “*Medicare*”. Todos os serviços são prestados pela iniciativa privada e reembolsados pelo governo, seguindo modelos distintos. Na Austrália, por exemplo, o governo negocia os preços diretamente com prestadores de serviços ao invés de definir uma quantia a ser reembolsada ao paciente.²⁷⁻²⁹

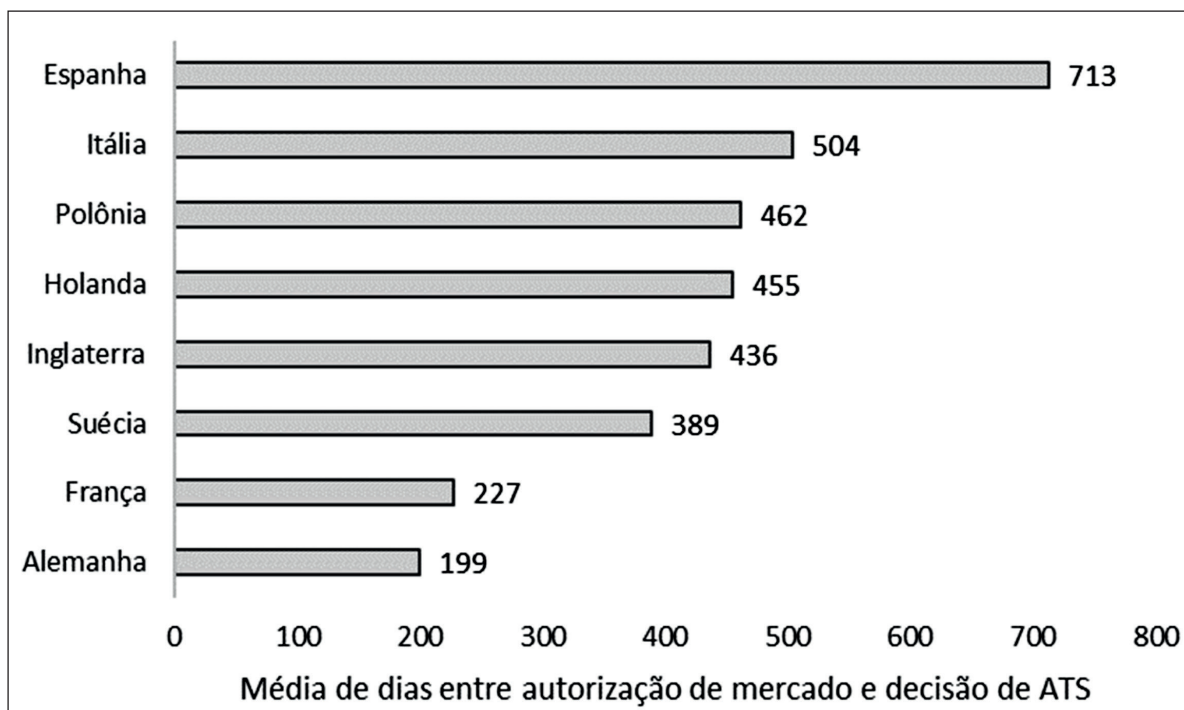
Outro aspecto interessante refere-se à pluralidade de planos provinciais existentes no Canadá. Isso decorre do fato de o *Canada Health Act* (CHA) não definir em seu escopo os aspectos relacionados aos serviços incluídos no sistema. Assim, a autonomia das províncias lhes permite definir a cobertura de saúde a ser oferecida, considerando as necessidades da população.³⁰

Os processos de avaliação e incorporação de novas tecnologias, apesar de distintos, apresentam similaridades nos países do *Commonwealth*. A atualização das listas de cobertura, na Austrália, é feita pelo *Australian Government Department of Health*, considerando as recomendações feitas por comitês específicos de especialistas após avaliações de custo-efetividade e impacto orçamentário. Procedimentos médicos e de assistência, contemplados no *Medicare Benefits Schedule* são revisados mensalmente. Por outro lado, a lista de medicamentos, definida no *Pharmaceutical Benefits Schedule*, tem atualização bimestral.^{31, 32}

Quadro 2. Características gerais de listas de cobertura de alguns países europeus e de sua revisão e atualização.²⁴

País	Características das Listas de Cobertura
Alemanha	Lista negativa constituída por medicamentos pagos pelo beneficiário (<i>out-of-pocket</i>) <i>Revisão e atualização:</i> contínua, sem frequência estabelecida. Um novo medicamento tem seu preço regulado apenas um ano após um ano do registro, sendo então estabelecido o percentual reembolso pelo GKV.
França	Listas positivas contemplando taxas de reembolso e copagamento para cada procedimento e medicamento coberto. Reembolsos menores são definidos quando <i>guidelines</i> terapêuticos não são seguidos. É mandatório que as operadoras de saúde ofereçam a opção de “contrato responsável” (“ <i>Contrat dit responsable</i> ”), no qual são descritos os serviços cobertos e respectivas taxas de reembolso. <i>Revisão e atualização:</i> não estabelecidas.
Espanha	Lista de cobertura mínima. Existência de grupos técnicos regionais que definem os critérios de acreditação e qualidade dos serviços médicos inclusos na lista de cobertura. <i>Revisão e atualização:</i> feitas pela <i>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias</i> (AETS). As recomendações da ATS são avaliadas pelo <i>Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud</i> , que é o órgão decisório.
Reino Unido	Listas positivas com diferentes coberturas. <i>Revisão e atualização:</i> feitas de forma independente pelos países integrantes do RU. O controle de preços de medicamentos não genéricos é feito de modo centralizado pelo <i>Pharmaceutical Price Regulation Scheme</i> (PPRS), o qual limita lucros e define valores máximos de gastos em saúde.
Áustria	Lista ampla de cobertura. Não utiliza nenhuma metodologia para avaliação de tecnologia em saúde.
Suécia	Lista de cobertura mínima nacional, com possível ampliação feita pelos condados e municípios. <i>Revisão e atualização:</i> A cobertura de medicamentos é feita pela <i>Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket</i> , com base em custo-efetividade, incluindo gastos sociais. Decisões pouco transparentes. Somente os sumários são públicos.
Noruega	Lista positiva. Medicamentos são classificados em quatro categorias, com diferentes porcentagens de reembolso. O reembolso de medicamentos não contemplados na lista é determinado pela Administração Norueguesa de Farmacoeconomia. <i>Revisão e atualização:</i> feita pela <i>Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten</i> e incorporada ao <i>Norwegian Institute of Public Health</i> , com base em custo-efetividade e evidências clínicas.

Figura 2. Tempos médios de avaliação nos países europeus após posição da EMA (Adaptado de Akehrst et al., 2017).²⁵



De modo semelhante, a lista de cobertura de medicamentos do *Medicare* neozelandês é definida pela agência governamental *Pharmaceutical Management Agency Te Pataka Whaiorangi*. Critérios de custo-efetividade e impacto orçamentário são considerados durante a avaliação de novas inclusões. Além disso, a agência centraliza a compra de medicamentos, o que permite ao governo uma negociação de preços direta com a indústria farmacêutica.^{33, 34}

No caso do Canadá, a agência governamental *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, avalia, de forma independente, a incorporação de novas tecnologias. Além dos critérios já mencionados, dados referentes à medicina baseada em evidências são considerados. Entretanto, a atualização das listas de coberturas provinciais são pouco transparentes.^{35, 36}

Por fim, algumas peculiaridades são observadas na participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

Nos países da Oceania, serviços privados têm caráter suplementar. Na Nova Zelândia, sua regulação é mínima e a cobertura dos planos é definida por contratos diretos com as seguradoras. Os preços máximos negociados pela PHARMAC são desconsiderados pelo setor privado.^{29, 37}

Seguros privados são encorajados pelo governo australiano. O intuito é reduzir a demanda do serviço público pela parcela da população com condição de pagar pelo atendimento privado. Descontos diferenciados nos custos do prêmio, calculados de acordo com a idade, são negociados. A cobertura no setor privado australiano é regulada pelo governo e dividida em quatro categorias de planos: Básico, Bronze, Prata e Ouro; cada uma com diferentes listas de cobertura mínima obrigatória. A frequência e os critérios de atualização dessas listas não são transparentes. Indivíduos ou famílias com rendimentos anuais acima de AUD 90.000 e AUD 180.000, respectivamente, que não optam pela aquisição de um seguro privado, podem ser taxados pela denominada *Medicare Levy Surcharge*.³⁸

O Canadá possui um setor privado de saúde de caráter complementar, que oferece serviços não contemplados na cobertura pública, como oftalmologia e odontologia. Em algumas províncias, planos privados de saúde são proibidos de oferecer serviços incluídos no setor público, sendo efetivamente proibidos de oferecer um papel suplementar. Além dis-

so, restrições são estabelecidas à cobrança direta ao paciente por parte de prestadores de saúde. Contudo, em algumas províncias, como Quebec, a ilegalidade do papel suplementar do sistema privado foi suspensa desde 2005, por decisão judicial devido em parte a longas filas de espera para conseguir atendimento no setor público. Nas províncias onde não ocorre tal proibição, a suplementação não é substancial.^{39, 40}

América Latina

Argentina, Chile, Colômbia, México e Uruguai, apesar de um histórico de financiamento do setor saúde baseado em um racionamento implícito e organizado de acordo com os gastos e influências políticas regionais, estabeleceram reformas no setor que possibilitaram a implementação de planos de benefícios em saúde explícitos, ao longo das últimas décadas. Assim, dentro de uma perspectiva de maior equilíbrio orçamentário, esses países adotaram estratégias diversas para aumentar a eficiência e reduzir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.⁴¹

Três setores participam do sistema de saúde argentino: o privado, as obras sociais e o público. O primeiro, de participação voluntária, responde pelo atendimento de quase 10% da população. O segundo, mandatório para trabalhadores formais, engloba quase 54% da população. Por fim, o de natureza pública, gratuita e universal, responsável por cerca de 36% da população.⁴¹

O setor privado e a seguridade social apresentam planos de benefícios explícitos, com serviços estabelecidos no *Programa Médico Obligatório* (PMO). A frequência de atualização e critérios utilizados para a inclusão de novas tecnologias na PMO não foram encontrados. O sistema público, por outro lado, não utiliza nenhuma lista explícita de benefícios.⁴¹

No Chile, dois setores configuram o sistema de saúde. Ambos de natureza contributiva. O sistema público é constituído pelo *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) e utilizado por cerca de 80% da população. O setor privado, representado por *Las Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES), cobre 17% da população. Indivíduos com baixa renda são amparados pelo FONASA, sem a obrigatoriedade da contribuição.⁴¹

Um conjunto de benefícios legais definidos nas *Garantias Explicitas en Salud* deve ser assegurado

a todos os filiados do FONASA e do ISAPRES. O governo também determina atendimento obrigatório a quase 80 enfermidades por ambos setores.⁴² A *Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas* (CAEC) é um benefício adicional concedido por algumas seguradoras do ISAPRES. Esta financia até 100% dos custos derivados a atendimentos de alto custo, desde que cumpridos alguns requisitos.⁴³

Cerca de 92% da população colombiana tem cobertura de serviços de saúde. Este sistema de saúde é constituído por um setor subsidiado e outro vinculado à seguridade social. O primeiro é destinado aos trabalhadores informais e aos que não podem contribuir para a seguridade social. O segundo é mantido por contribuições mensais dos usuários, especialmente trabalhadores formais.⁴¹

O sistema de seguridade prevê uma coparticipação e os beneficiários são cobertos por uma lista mínima positiva intitulada *Plan Obligatorio de Salud*. Os critérios para a inclusão na lista são segurança, eficácia e avaliação econômica. Sua frequência de atualização é anual. O sistema apresenta também apresenta uma lista negativa de tecnologias não ofertadas.⁴¹

Semelhante ao Chile, um plano para manejo de eventos catastróficos é disponibilizado ao usuário. Nesse caso, não há necessidade de copagamento para pacientes com enfermidades como câncer, insuficiência renal, aids e transplantes, entre outros.⁴⁴

No México, o sistema de saúde é segmentado. O acesso a serviços depende da capacidade individual de pagamento ou do *status* laboral. Assim, são identificados quatro perfis de usuários: os assistidos por planos privados; os trabalhadores e seus familiares assegurados pelo *Instituto Mexicano de Seguro Social* (IMSS); os desempregados e trabalhadores informais, desprovidos de seguro social, mas cobertos pelo Seguro Popular (SP) e uma pequena parcela da população sem cobertura pelo SP⁴¹

O país utiliza uma lista positiva, atualizada bianualmente. A avaliação é feita baseada em critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade.⁴¹

No Uruguai, o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS) congrega serviços de saúde oferecidos pelos setores público e privado. O financiamento dos serviços também é distinto e de acordo com o nível de complexidade. Assim, o *Fondo Nacional de Recursos* (FNR) financia os serviços mais complexos, enquanto o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) financia os

procedimentos de média e baixa complexidade. Procedimentos de alta complexidade e financiados pelo FNR, são realizados por hospitais especializados, públicos ou privados, previamente autorizados pelo *Ministerio de Salud Publica*.⁴¹

O *Plan Integral de Atención en Salud* (PIAS) consiste em um plano de benefícios concebido com o propósito de prover cobertura universal e o acesso igualitário ao sistema de saúde. No PIAS, os serviços são estabelecidos em uma lista positiva, atualizada anualmente, com base em evidências científicas. Apesar de financiado por diferentes fundos, o plano cobre praticamente 95% das demandas da população.⁴¹

Outros

Os Estados Unidos da América (EUA) possuem um setor de saúde privado, descentralizado e com diferentes regulações e programas de assistência. Planos empresariais dominam a cobertura de saúde da população adulta e, embora o *Employee Retirement Income Security Act* (ERISA) estabeleça serviços a serem obrigatoriamente contemplados, a cobertura oferecida é definida pelos empregadores. De modo similar, planos de empresas públicas são regidos pelas leis que os estabelecem, tendo assim coberturas autodefinidas.⁴⁵

O governo estado-unidense não oferece nenhum programa de assistência em saúde universal, tendo, em seu lugar, alguns programas para populações específicas, a maioria deles utilizando planos privados ou com oferta de seguros sociais por meio de serviços privados. O *Veteran's Affairs* é exceção: militares veteranos e suas famílias são assegurados por serviços públicos.⁴⁵

O *Medicaid*, um programa da seguridade social disponibilizado à população de baixa renda e vulnerável, tem cobertura de serviços de saúde variável nos estados. O programa é administrado conjuntamente pelos entes federal e estaduais, mas financiado pelos estados.⁽⁴⁵⁾ Nele se identificam benefícios mandatórios e benefícios opcionais, os últimos incluídos de acordo com a decisão de cada estado.⁴⁶

Por outro lado, o *Medicare* é um programa da administração federal, que oferece planos de seguro social a indivíduos acima de 65 anos. Detalhes das coberturas ofertadas pelo programa são detalhados no Quadro 3.⁴⁷

Quadro 3. Tipos de cobertura oferecidas pelo Medicare.⁴⁷

	Tipos de cobertura	Considerações adicionais
Medicare Part A	Hospitalar e de enfermagem aos beneficiários elegíveis.	Isenção de prêmio; cobre beneficiários do programa de seguro social norte-americano.
Medicare Part B	Diagnóstica e de medicina preventiva, como consultas médicas e serviços ambulatoriais.	Subsídios proporcionais à renda do beneficiário elegível; prêmios que variam entre USD144,60 e USD491,60.
Medicare Part D	Medicamentos prescritos e contemplados em uma lista positiva.	Divisão em categorias, com diferentes coberturas de medicamentos, em contrapartida à porcentagem de copagamento.
Medicare Advantage	Inclui coberturas descritas no <i>Medicare Part A</i> e <i>Part B</i> e outros serviços extras, tais como oftalmologia e odontologia. A maioria dos planos também oferece uma das categorias do <i>Medicare Part D</i> .	

O *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA/ACA), também conhecido como *Obamacare*, se refere a uma legislação federal, proposta e vigente desde 2010, com o objetivo de ampliar o acesso à assistência médica sem modificar a estrutura do setor subjacente. Uma das mudanças decorrentes advindas da sua publicação foi a criação do *Essentials Health Benefits* (EHB). O EHB define uma cobertura mínima, em nível estadual, baseada em um plano empresarial típico e contempla dez categorias de serviços essenciais. Ela deve ser oferecida pelos seguros destinados a grupos pequenos, seguros individuais e populações cobertas por expansões do programa *Medicaid*. A sua atualização ocorre a cada três anos.^{45, 48}

Nesse contexto, o *Department of Health and Human Services* (HHS) solicitou ao *Institute of Medicine* (IOM) um estudo com as recomendações e métodos para a determinação e atualização da EHB. O IOM é uma organização independente e sem fins lucrativos, uma de suas funções é atuar como um conselheiro confiável e imparcial no suporte de tomada de decisão para o setor de saúde estado-unidense.^{45, 49}

O ACA também permitiu a implementação de mecanismos de equilíbrio do setor, tais como os limites de despesas *out-of-pocket* e os ajustes de risco. O programa também apresenta o *Prescription Drug Benefits*, incluído no programa *Medicare Part D*. Com isso, os planos podem modificar livremente suas coberturas de medicamentos, desde que mantendo

a cobertura de classes terapêuticas requisitadas e o valor atual.^{48, 50}

Por fim, o ACA inclui um sistema de financiamento para gastos catastróficos, onde gastos a partir de USD 9.719 (USD 8.140, até 2019) são 80% financiados pelo governo.⁵¹ Um órgão governamental, o *Patient Centered Outcome Research Institute*, auxilia pacientes, médicos, prestadores e gestores de saúde na tomada de decisão com base em medicina baseada em evidências e efetividade clínica.⁴⁸

Num modelo diametralmente oposto ao estado-unidense, Israel conta com um sistema nacional de seguros de saúde universal, igualitário e mandatório. A população tem livre escolha de planos oferecidos pelas quatro operadoras de saúde, todos com uma cobertura mínima definida na *Sal Sherutei Briut*.⁴⁵

Para garantir a cobertura universal desses serviços, o governo oferece pagamentos aos planos na forma de capitalização ajustada ao risco individual, tornando as quatro operadoras de seguro a serviço do governo israelense. O orçamento provém de taxas contributivas (4,8% dos salários) e de impostos gerais. Serviços adicionais podem ser cobrados pelas operadoras por meio de taxas e prêmios.⁴⁵

A atualização da *Sal Sherutei Briut* é anual, feita por um comitê de avaliação do Ministério da Saúde e baseada em termos de custo e cobertura. O valor pago pelo governo é regulado por lei e ajustado anualmente com base no índice de custos médicos do país. A inclusão de novas tecnologias se dá com

base no orçamento delimitado pelo governo para o ano vigente.⁴⁵

Na África do Sul coexistem um sistema de saúde público, o *National Health Insurance (NHI)*, e um setor privado, sendo que 80% da população é coberta pelo primeiro. A melhor qualidade de atendimento no setor privado motiva especialistas a migrarem para ele.⁵²

O NHI é acessível a todos os cidadãos da África do Sul. No entanto, na prática, concentra o atendimento dos que não conseguem arcar com os custos do setor privado.⁵²

O Departamento de Saúde estabelece listas de serviços obrigatórios para o setor privado e define uma lista de medicamentos essenciais utilizados nos diferentes níveis de atenção à saúde. O órgão também disponibiliza diretrizes terapêuticas (para adultos e pediátricas), nas quais serviços e medicamentos essenciais usados na prevenção e no tratamento de doenças agudas e crônicas são descritos. Nelas também são apresentadas as circunstâncias em que o paciente deve ser encaminhado para níveis de atenção mais especializados.⁵³⁻⁵⁵

Discussão

O estudo revela que, semelhante ao Brasil, na maior parte dos países estudados prevalecem sistemas de saúde públicos e universais, financiados por contribuições da seguridade social e por impostos governamentais. A participação do setor privado, o que inclui o setor de saúde suplementar, apesar de limitada, é relevante para determinados serviços, sendo possível, inclusive, a sobreposição desses com algumas ofertas do setor público.

Dentre algumas estratégias implementadas pelas diversas autoridades nacionais de saúde dos países avaliados, destacam-se as despesas *out-of-pocket*, o copagamento pelos serviços e a utilização de listas de cobertura. As listas são em geral atualizadas de acordo com os avanços tecnológicos do setor, tendo em conta avaliações de segurança e custo-efetividade realizadas, e, na maioria das vezes, por comitês de especialistas vinculados aos órgãos de saúde.

De um modo geral, a adoção de listas de cobertura positivas é uma prática em diversos países, incluindo países asiáticos, países da *Commonwealth*

e a maioria dos países europeus. Elas contemplam serviços, procedimentos, medicamentos e, em alguns casos, produtos médicos. Nos Estados Unidos, o *Institute of Medicine (IOM)* recomenda que a lista inclua uma proteção para o caso de grandes riscos financeiros para o setor e, conseqüentemente, para os pacientes. O seguro é um método de gerenciamento do risco de uma possível perda financeira compartilhado por um grupo. Dado esse risco e a limitação de recursos, é necessário responder a seguinte questão: quais tecnologias devem ser cobertas usando os recursos disponíveis?⁵⁶

Com o dinamismo das inovações considerado um fenômeno intrínseco do setor saúde, muitos países estabelecem mecanismos de revisão dessas listas em sua regulamentação. Assim, adota-se periodicidade bianual, como no Japão, ou de forma contínua, como em alguns países europeus.

O IOM sugere a atualização anual da lista para que o setor de saúde acompanhe o avanço das inovações da medicina como novas tecnologias, além de assegurar que o setor considere as prioridades da sociedade que podem se modificar ao longo do tempo. Aponta ainda que a periodicidade da atualização deve ser balanceada com a carga administrativa que esta acarretará para o setor. Os dados apontam para a importância da flexibilidade nesse processo. Mesmo que a atualização da lista inteira em um ano não seja viável, o processo deve ser flexível para, por exemplo, avaliar importantes intervenções conforme o potencial e promoção de valor.⁵⁶

O IOM recomenda ainda que todas as decisões relacionadas à incorporação de novas tecnologias sejam baseadas em evidência. Segurança, a contraposição benefício/risco, a demonstração de eficácia e melhora significativa do estado de saúde do paciente são alguns dos critérios sugeridos. A tecnologia deve ser custo-efetiva e, embora o IOM não tenha estabelecido um limiar de disposição a pagar, o ganho em saúde deve justificar o aumento de custo que será repassado aos beneficiários.⁵⁶ Essa prática é comum nos países de várias regiões, desde Cingapura e Coreia do Sul, até Espanha, Alemanha e, mesmo, Colômbia.

Algumas práticas foram identificadas com relação à constituição do comitê envolvido na tomada de decisão para atualização das listas. Em alguns

países, como Taiwan e Canadá, a tomada de decisão em relação às listas de benefícios é feita por agências independentes. Esta prática é também recomendada pelo IOM, para garantir maior transparência e menor pressão política. Identificou-se também que a tomada de decisão envolve vários atores, incluindo representantes do governo, profissionais de saúde e produtores das tecnologias, como, por exemplo, em Taiwan. Por fim, o IOM recomenda ainda que o processo de constituição do comitê para tomada de decisão deve seguir um processo de seleção cuidadoso, tendo em conta critérios para divulgar conflitos de interesses, tanto financeiros, como profissionais ou intelectuais no início e durante o processo.⁵⁶

Segundo o IOM, é válido considerar o uso de copagamento, desde que não seja abusivo a ponto de os contribuintes não conseguirem arcar com o custo e terem que deixar o plano. Além disso, o fato de existir uma lista essencial de benefícios não significa que todos devem possuir o mesmo tipo de plano.⁵⁶

O IOM recomenda que sejam fornecidos incentivos financeiros para encorajar as pessoas a utilizarem as tecnologias mais efetivas. Determinadas situações acordos de compartilhamento de risco seriam bastante úteis para controle e utilização apropriada dos recursos de modo a evitar serviços desnecessários ou inapropriados. O ACA, por exemplo, encoraja que sejam ofertadas diferentes escolhas, de forma que também diferentes níveis de copagamentos sejam oferecidos.⁵⁶

Os países considerados nesta análise apresentam consideráveis semelhanças, porém, ao comparar diretamente cada sistema de saúde devem também ser consideradas as diferenças estruturais de cada sistema e país ou mesmo a ausência de sistema público de saúde, como no caso estado-unidense. Assim, foram identificadas listas nas quais a incorporação está relacionada a mecanismos de precificação, como na Áustria e Alemanha.

Conclusão

As listas de cobertura são fundamentais tanto em sistemas de saúde essencialmente públicos, como no Reino Unido e Colômbia, quanto em sistemas com participação do setor privado, como Israel, Austrália e países europeus. O caráter taxativo ou exemplifi-

cativo das listas varia em função da organização dos setores de saúde em cada país. No caso específico da participação complementar, o setor privado, por ser parte integrante do sistema público, passa a adotar as suas regras, protocolos e listas.

O grau de regulamentação varia entre os países. Porém, dentre os analisados, fica clara a tendência de aumentar a regulamentação das listas. A frequência de atualização também é variável. Mais amiúde são realizadas atualizações anuais, utilizando critérios de avaliação e tecnologias (ATS) como medicina baseada em evidências e farmacoeconomia.

Além disso, vale destacar a relevância do equilíbrio entre a abrangência da cobertura e o acesso aos planos de saúde. Coberturas muito abrangentes podem inviabilizar os valores dos planos e, de outro lado, coberturas muito restritivas podem expor os beneficiários a riscos inadequados.

No Brasil, o processo de elaboração e revisão do rol evoluiu em diversos aspectos. Existem, porém, pontos que podem ser aprimorados para garantir a adequada relação entre acesso da população aos planos e abrangência de cobertura. Nesse contexto a participação qualificada de todos os atores no debate sobre as mudanças necessárias, inclusive dos fornecedores das tecnologias, é essencial para garantir que as diferentes perspectivas sejam consideradas.

Referências

1. Pietrobon L, Prado MLd, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2008;18:767-83.
2. Vieira PM. Planos de saúde: o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS [Monografia]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2014.
3. Vieira PM. Planos de saúde: o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS. 2014.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Como é Atualizado o Rol de Procedimentos 2020 [Available from: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/como-e-atualizado-o-rol-de-procedimentos>].

5. Góes C. Rol da ANS e os Limites de Cobertura dos Procedimentos de Saúde. LEXNET [Internet]. 2018. Available from: <http://www.lex-net.com/new/news-15/>.
6. de Castro Paixão Filho RL. Da Não Aplicação Do Código De Defesa Do Consumidor Pela Ans E Seu Impacto Na Judicialização Da Saúde. *Unisantia Law and Social Science*. 2019;7(3):467-78.
7. Carneiro LA. O sistema é suplementar ou substitutivo? Pela lógica do ressarcimento ao SUS... IESS [Internet]. 2016. Available from: <https://www.iess.org.br/?p=blog&&id=150>.
8. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Estudo do Insper, feito a pedido do IESS, propõe melhorias para a saúde suplementar. IESS [Internet]. 2016. Available from: <https://www.iess.org.br/?p=blog&&id=156>.
9. Interfarma. INTERFARMA realiza debate com ANS e constata que medicamentos representam apenas 6,5% dos custos das operadoras: Interfarma; 2019 [Available from: <https://interfarma.org.br/noticias/1897>].
10. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. Japan health system review. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018 [cited 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].
11. Yin JD, He AJ. Health insurance reforms in Singapore and Hong Kong: How the two ageing asian tigers respond to health financing challenges? *Health Policy*. 2018;122(7):693-7.
12. Yang B-M. The future of health technology assessment in healthcare decision making in Asia. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(11):891-901.
13. Pearce F, Lin L, Teo E, Ng K, Khoo D. Health Technology Assessment and Its Use in Drug Policies: Singapore. *Value Health Reg Issues*. 2019;18:176-83.
14. Cheng S-H, Jin H-H, Yang B-M, Blank RH. Health Expenditure Growth under Single-Payer Systems: Comparing South Korea and Taiwan. *Value in health regional issues*. 2018;15:149-54.
15. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 [cited 2020].
16. Busse R, Blümel M. Germany Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2014 [cited 2020; 16(2):[1-296 pp.]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HiT-16-2-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
17. Republic of France. Code de la Sécurité Sociale. Paris: Republic of France; 2016 [updated 08/01/2020. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000037950379&idSectionTA=LEGISCTA000031668689&cidTexte=LEGI-TEXT000006073189&dateTexte=20200108>.
18. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2010 [cited 2020; 12(4):[1-295 pp.]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330332/1817-6127-eng.pdf>.
19. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2015 [cited 2020; 17(5):[1-125 pp.]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330250/1817-6127-eng.pdf>.
20. Roland M, Rosen R. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in health care. *The New England journal of medicine*. 2011;364(14):1360-6.
21. Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, et al. Austria Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2018 [cited 2020; 20(3):[1-256 pp.]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330188/1817-6127-eng.pdf>.
22. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2012 [cited 2020; 14(5):[1-159 pp.]. Available from: [http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20(lsero).pdf).

23. Ringard Å, Sagan A, Saunes IS, Lindahl AK. Norway Health system review. *Health Systems in Transition* [Internet]. 2013 [cited 2020; 15(8):[1-162 pp.]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/259400530_Norway_Health_system_review.
24. Vogler S, Haasis MA, Dedet G, Lam J, Pedersen HB. *Medicines Reimbursement Policies in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 [cited 2020. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23486en/s23486en.pdf>.
25. Akehurst RL, Abadie E, Renaudin N, Sarkozy F. Variation in Health Technology Assessment and Reimbursement Processes in Europe. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2017;20(1):67-76.
26. The Commonwealth. About us 2020 [Available from: <https://thecommonwealth.org/about-us>].
27. Government of Canada. Canada's health care system 2016 [Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>].
28. Duckett S. Expanding the breadth of Medicare: learning from Australia. *Health Econ Policy Law*. 2018;13(3-4):344-68.
29. Goodyear-Smith F, Ashton T. New Zealand health system: universalism struggles with persisting inequities. *The Lancet*. 2019;394(10196):432-42.
30. Special Benefits Insurance Services. Canada's Provincial Health Plans 2020 [Available from: <https://www.sbis.ca/canadas-provincial-health-plans.html>].
31. Medicare Benefits Schedule (MBS). MBS Online 2020 [Available from: <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Home>].
32. Pharmaceutical Benefits Schedule (PBS). About the PBS 2020 [Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs>].
33. Cumming J, Mays N, Daubé J. How New Zealand has contained expenditure on drugs. *Bmj*. 2010;340:c2441.
34. Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC). Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) Te Pūtake Whaioranga 2020 [Available from: <https://www.pharmac.govt.nz/about/>].
35. Veillard J, Fekri O, Dhalla I, Klazinga N. *Measuring Outcomes in the Canadian Health Sector: Driving Better Value from Healthcare*. Toronto: C.D. Howe Institute; 2015. Available from: https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_438.pdf.
36. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). About CADTH 2020 [Available from: <https://www.cadth.ca/about-cadth>].
37. Ragupathy R, Kilpatrick K. *Pharmaceutical pricing in New Zealand. Pharmaceutical Prices in the 21st Century*: Springer; 2015. p. 189-207.
38. PrivateHealth.gov.au. How Health Insurance Works 2020 [Available from: https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/index.htm].
39. Flood CM, Archibald T. The illegality of private health care in Canada. *CMAJ*. 2001;164(6):825-30.
40. Supreme Court of Canada. *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)* 2005 [Available from: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/2237/index.do>].
41. Giedion U, Tristao I, Bitrán R, Cañón O, Escobar L, Molins S, et al. *Health Benefit Plans in Latin America: A regional comparison: Inter-American Development Bank, Social Protection and Health Division*; 2014 [cited 2020].
42. Giedion U, Bitrán R, Tristao I. *Health Benefit Plans in Latin America: A regional comparison: Inter-American Development Bank*; 2014. 242 p.
43. Superintendencia de Salud. Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) 2020 [Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4011.html>].
44. Gobierno de Colombia. *Los colombianos con enfermedades catastróficas pueden resolver su situación pensional 2018* [Available from: <https://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobier>].

- no/colombianos-con-enfermedades-catastroficas-pueden-resolver-su-situacion-pensional.
45. Nissanholtz Gannot R, Chinitz DP, Rosenbaum S. What should health insurance cover? A comparison of Israeli and US approaches to benefit design under national health reform. *Health Econ Policy Law*. 2018;13(2):189-208.
 46. Medicaid.gov. Mandatory & Optional Medicaid Benefits 2020 [Available from: <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/mandatory-optional-medicaid-benefits/index.html>].
 47. Medicare.gov. What Medicare Covers: United States government; 2020 [Available from: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers>].
 48. Ho V. Refinement of the Affordable Care Act. *Annual review of medicine*. 2018;69:19-28.
 49. Hamdounia SB, McGlynn E, Ball J, Ulmer C. Essential health benefits: balancing coverage and cost: National Academies Press; 2012.
 50. Carrasquillo O, Mueller M. Refinement of the Affordable Care Act: A Progressive Perspective. *Annual review of medicine*. 2018;69:29-39.
 51. KFF. An Overview of the Medicare Part D Prescription Drug Benefit: Kaiser Family Foundation; 2019 [Available from: <https://www.kff.org/medicare/fact-sheet/an-overview-of-the-medicare-part-d-prescription-drug-benefit/>].
 52. Organização Mundial da Saúde (OMS). Bridging the gap in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2010 [cited 2020; 88(11):[797-876 pp.]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/10-021110/en/>.
 53. Republic of South Africa. Essential Drugs Programme. Primary Healthcare Standard Treatment Guideline and Essential Medicine List. Pretoria: National Department of Health; 2018. Available from: <http://www.kznhealth.gov.za/pharmacy/PHC-STG-2018v1.pdf>.
 54. Republic of South Africa. National Health Insurance 2020 [Available from: <http://www.health.gov.za/index.php/gf-tb-program/109-national-health-insurance>].
 55. Republic of South Africa. National Essential Medicines List Committee (NEMLC). TERTIARY AND QUATERNARY LEVEL ESSENTIAL MEDICINES LIST 2020 [Available from: http://www.kznhealth.gov.za/pharmacy/Tertiary-quaternary-level-essential-medicine-recommendations_January2020.pdf].
 56. Institute of Medicine (IOM). Perspectives on Essential Health Benefits: Workshop Report. Ulmer C, McFadden B, Cacace C, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2012. 182 p.
- Conflito de interesses:
Os autores são funcionários da consultoria Kantar Health.
- Financiamento:
Parte da pesquisa foi financiada pela Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa).
- Agradecimentos:
A Paula F.G. de Sá, pelo suporte com escrita médica e revisão.

Recebido em 21/08/2020.

Aceito para publicação em 29/09/2020.