**NOME INSTITUIÇÃO**

**NOME DO CURSO**

**SHEILA A. LIMA**

**PARADIGMAS DA SAUDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PROBLEMAS E DESAFIOS**

Local, mês, 2019

**SHEILA A. LIMA**

**PARADIGMAS DA SAUDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PROBLEMAS E DESAFIOS**

Trabalho apresentado ao (nome do curso) do (nome da Instituição), como requisito parcial para obtenção do título de (título do curso), orientado pelo Prof. Dr. (nome completo do professor).

Local, mês, 2019

"O analfabeto do século XXI não será aquele que não sabe ler e escrever, mas aquele que não consegue aprender, desaprender e aprender novamente"

Alvin Tofler

RESUMO

Em um modelo de negócio em que os pacientes enfrentam restrições orçamentárias que tornam alguns tratamentos inacessíveis, perguntamos quais tratamentos devem ser cobertos pelo seguro básico universal e quais por seguro voluntário privado. Argumentamos que tanto a relação custo-eficácia quanto a prevalência são importantes se o governo quiser maximizar o ganho em saúde obtido com seu orçamento de saúde. Em particular, o seguro básico deve cobrir os tratamentos que são usados por pessoas que compram tratamentos que são altamente rentáveis. Isso não é o mesmo que cobrir tratamentos que são altamente rentáveis. Este trabalho está organizado da seguinte maneira. A próxima seção discute a cobertura de seguro de saúde em sistemas mistos público-privados, organizados em todo o mundo. Então nós introduzimos um acesso ao modelo de atendimento. A próxima sessão introduz o mercado suplementar de seguros. Depois caracterizamos a política governamental ideal para um governo que deseja maximizar a saúde total. Aqui nós derivamos que a prevalência é um fator importante para o seguro básico. Dada a política ótima do governo, a seção seguinte deriva quais tratamentos são cobertos pelo seguro suplementar.

**Palavras-chave** Seguro-saúde básico universal, seguro suplementar voluntário, seguro público versus seguro privado, acesso a assistência, custo-efetividade

SUMÁRIO

[INTRODUÇÃO .](#_Toc178714625)

[CAPITULO I .](#_Toc178714626)

[REFERENCIAL TEÓRICO 6](#_Toc178714627)

[**1 Introdução 6**](#_Toc178714628)

[**1.1 Referencial Teórico 7**](#_Toc178714629)

[**2 Conclusão 8**](#_Toc178714635)

**3** [**Referências 10**](#_Toc178714635)

**REFERENCIAL TEÓRICO**

**INTRODUÇÃO**

Este trabalho considera um sistema de seguro de saúde em que o governo oferece seguro básico de saúde universal e as empresas privadas oferecem seguro suplementar voluntário. As perguntas que analisamos são: quais tratamentos devem ser cobertos pelo seguro de saúde e como devem ser cobertos; ou seja, por seguro básico ou suplementar? O seguro básico deve cobrir tratamentos com as melhores pontuações de custo-efetividade, os mais caros ou tratamentos usados ​​por “agentes carentes” (baixa renda, alto risco)? A motivação para essa questão é que muitos países têm um sistema misto de saúde pública / privada, enquanto a literatura econômica (de saúde) não analisa essa questão. A Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis também é um movimento nessa direção. Dez categorias essenciais de benefícios de saúde são definidas e precisam (pelo menos) ser cobertas pelo seguro de saúde. Cabe aos estados definir quais tratamentos dentro dessas categorias serão cobertos exatamente (McDonough, 2011). As pessoas são livres para comprar mais cobertura, se quiserem, mas qualquer contrato de seguro de saúde precisa cobrir pelo menos o básico.

Então, como se decide quais tratamentos pertencem ao básico? Analisamos essa questão em um modelo em que as pessoas compram seguros para ter acesso aos cuidados de saúde. Em particular, os agentes enfrentam uma restrição orçamentária para seus gastos com assistência médica. Devido a essa restrição orçamentária, o agente compra seguro para poder pagar um tratamento, se precisar. Um artigo complementar, Boone (2014), analisa o seguro básico e suplementar em um modelo padrão com seleção adversa e risco moral. As três principais descobertas em tal modelo são que (i) o seguro básico deve cobrir tratamentos com os maiores problemas de seleção adversa, (ii) o risco moral não desempenha nenhum papel na decisão de se um tratamento deve ser coberto em seguro básico ou suplementar; o risco moral afeta até que ponto um tratamento é coberto e (iii) a eficácia de custo (CE) de um tratamento não afeta sua prioridade para a cobertura de seguro básica. Comparado a este benchmark, o modelo de acesso ao atendimento produz três novos insights. Primeiro, as pontuações do CE desempenham um papel na priorização de quais tratamentos devem ser assegurados.

Devido aos orçamentos limitados, o dinheiro deve ser gasto em tratamentos com um alto retorno de saúde por dólar gasto. Em segundo lugar, os tratamentos com sérios problemas de risco moral não devem ser cobertos por nenhum (qualquer) seguro. Terceiro, o seguro básico deve cobrir os tratamentos predominantemente usados ​​por pessoas que, na margem, compram cobertura suplementar para os tratamentos mais valiosos. A importância da prevalência da doença (e tratamento) para determinar quais tratamentos devem ser cobertos pelo seguro básico parece ser nova. Nós derivamos condições suficientes sob as quais o seguro básico deve visar tratamentos usados ​​por pessoas com alto risco e baixa renda. Simplesmente cobrir os tratamentos mais rentáveis ​​por meio de seguro básico provavelmente desperdiçará recursos do governo.

## REFERENCIAL TERÓRICO

Esta seção apresenta uma breve visão geral de como os seguros públicos e privados são combinados na prática. Na maioria dos países da America Latina existem uma combinação de seguro de saúde público e privado (Colombo e Tapay, 2004, p. 14). Muitas vezes, a ideia é que o sistema público aborde as imperfeições do mercado de seguros privados de saúde (Blomqvist, 2011; Zweifel, 2011). Grosso modo, existem três maneiras pelas quais sistemas públicos e privados podem ser combinados. Primeiro, o seguro privado pode substituir o seguro público. Ou seja, as pessoas são cobertas de maneira privada ou pública. Este é o caso na Austrália, Irlanda, Espanha e costumava ser o caso na Holanda antes de 2006 (Colombo e Tapay, 2004, p. 14). Segundo, o seguro privado é comprado além do seguro público para obter acesso mais rápido (ou seja, listas de espera mais curtas), tem uma escolha mais ampla de provedores e tratamentos para uma determinada condição. Exemplos incluem a Áustria, a Dinamarca e a Finlândia (Mossialos e Thomson, 2004, p. 38/9). Terceiro, o seguro privado é comprado para cobrir o tratamento de condições que não são cobertas pelo seguro público. Pode-se pensar em atendimento odontológico, fisioterapia e óculos controlados que não são cobertos pelo sistema de seguro público. Mas também, o sistema público pode não cobrir totalmente os custos de um tratamento e as pessoas podem garantir o co-pagamento público no mercado privado. Exemplos aqui incluem os Países Baixos (depois de 2006), França e Luxemburgo (Mossialos e Thomson, 2004, pp. 39-4

**CONCLUSÃO**

Vários países apresentam uma combinação de seguro básico público e seguro suplementar privado. Um modelo padrão baseado em risco moral e seleção adversa sugere que o seguro básico deve cobrir os tratamentos que mais sofrem com a seleção adversa (Boone, 2014). No entanto, muitos governos usam a relação custo-eficácia como critério para inclusão no seguro de saúde básico (Thomson et al., 2012). Isso sugere que o framework padrão perde aspectos importantes do problema. Nós introduzimos um acesso ao modelo de atendimento. De fato, neste modelo, a análise CE desempenha um papel. Mas o seguro básico não deve simplesmente cobrir os tratamentos com as maiores pontuações. O principal insight é que a prevalência é importante, embora a função objetivo do planejador não tenha a redistribuição como uma meta explícita. Ao decidir sobre (mudanças no) pacote básico de seguro, duas questões empíricas precisam ser resolvidas. Primeiro, os tipos apresentam na margem o maior retorno de saúde a um aumento no orçamento. Segundo quais doenças (e seus tratamentos) são prevalentes entre esses tipos. O seguro básico deve se concentrar na cobertura desses tratamentos. Para a primeira etapa, o conjunto de dados usado para estimar o modelo de ajuste de risco de um país é útil. Permite a identificação de tipos como no sistema de ajuste de risco. Quanto mais detalhado for esse sistema, melhor será o planejador.

O objetivo dos programas de promover o seguro de saúde privado nos países em desenvolvimento é, muitas vezes, permitir que os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde adicionais, mas, de acordo com a teoria convencional, esse cuidado adicional - risco moral - diminui o bem-estar. Este trabalho utiliza uma nova teoria e dados do Brasil para estimar o ganho na qualidade de vida relacionada à saúde que é causado pelo cuidado adicional que é gerado pelo seguro de saúde. Ele conclui que o seguro saúde suplementar privado gera aumentos significativos na qualidade de vida e que o custo dos ganhos no ano de vida ajustados pela qualidade parece ser compatível com as razões de custo-utilidade que são consideradas crescentes para o bem-estar. para fornecer financiamento para este estudo, para Paul Glewwe para comentários úteis sobre um rascunho anterior, e para Vijay Kalavakonda para tornar este estudo possível. Quaisquer erros ou omissões remanescentes são apenas dos autores.

Para determinar o ganho de bem-estar total do seguro de saúde suplementar no Brasil, também seria necessário adicionar o valor da distribuição de risco e o valor do benefício externo de acesso (ou seja, o benefício que os indivíduos recebem quando outro membro da sociedade se torna doentes e têm acesso aos cuidados de saúde de que necessitam porque têm seguro de saúde) ao ganho esperado do indivíduo em relação ao risco moral medido acima. A análise probit do estado de saúde relato e o cálculo dos efeitos marginais para cada estado de saúde usando a abordagem de Kane e Spizman, ao conhecimento acadêmico representa uma metodologia que não foi aplicada anteriormente para determinar o ganho de bem-estar das mudanças no estado de saúde auto referido. Essa metodologia tem várias aplicações potenciais, especialmente nos Estados Unidos, por causa das muitas pesquisas grandes, com representação nacional e patrocinadas pelo governo americano, que coletam informações sobre o estado de saúde auto relatado. Este estudo, portanto, representa um padrão para estudos futuros das consequências assistenciais de diversas intervenções em saúde

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Arrow K. **Uncertainty and the welfare economics of medical care**. Am Econ Rev 1963; 53: 941-973.

Bolhaar J, Lindeboom M, van der Klaauw B. 2012. **A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. European Economic** Review 56(4): 669-690

Briys E, Schlesinger H. 1990, **Risk Aversion and the Propensities for Self Insurance and Self Protection**. Southern Economic Journal 57(2): 458-467

Cohen A, Siegelman P. 2010. **Testing for adverse selection in insurance markets**. Journal of Risk and Insurance 77(1): 39-84.

Jan Boone. **Basic versus supplementary health insurance: moral hazard and adverse selection**. Technical report, Mimeo, 2014.

Jan Boone and Christoph Schottm¨uller. **Health insurance without single crossing: why healthy people have high coverage**. Technical report, Mimeo, 2013.

J.A. Nyman. **The theory of demand for health insurance**. Stanford University Press, 2003.

John A. Nyman. **The value of health insurance: the access motive**. Journal of Health Economics, 18(2):141 – 152, 1999.

M.V. Pauly. **The economics of moral hazard: Comment**. The American Economic Review, 58 (3):531–537, 1968.