



Evento: Seminário Internacional da  
“Comissão Especial de Financiamento da Saúde Pública”

Local: Câmara dos Deputados

Palestrante: Sra. Annika Wörsdörfer,  
Conselheira para Assuntos Sociais da  
Embaixada da República Federal da Alemanha

Texto-base da palestra apresentada no dia 20 de agosto de 2013.

## I. Introdução

- Segurança social como uma tarefa do Estado era uma inovação no mundo inteiro e almejava garantir a segurança interna.
- Em 1883, Otto von Bismarck executa uma reforma trabalhista, incluindo nela o seguro-saúde, que segue o princípio da solidariedade.
- Isso significa que a sociedade trabalha em conjunto para manter o bem-estar de todos os indivíduos: o trabalhador saudável contribui para o sistema de saúde, garantindo assim, a recuperação do trabalhador que adoece.
- Somente nos últimos 20 anos, houve 14 reformas do sistema de saúde no país. - Os custos da saúde foram da ordem de € 3.400,00 por habitante em 2009. Isso equivale a 11,6 % do PIB (€ 168, 7 bilhões).
- O setor da saúde é um dos principais pilares da economia na Alemanha.

## II. Quem está assegurado?

A organização do sistema de seguro de saúde alemão é marcada pelo sistema duplo entre o seguro de saúde público (GKV) e o seguro de saúde privado (PKV).

Enquanto o seguro de saúde público é acessível para todos os candidatos, para o seguro de saúde privado existem determinadas condições.

a) O seguro de saúde público baseia-se no princípio da solidariedade, pelo qual todos os segurados pagam a mesma taxa de contribuição percentual.

A contribuição mensal é de 15,5 % do salário bruto, sendo 50% pagos pelo empregado e 50% pagos pelo empregador. A própria seguradora é responsável pelo recolhimento das contribuições de seus segurados.

O seguro-saúde inclui gratuitamente os familiares, ou seja, o parceiro sem atividade laboral e crianças até os 18 anos. Caso o filho não assuma uma atividade laboral, o seguro vigorará até os 23 anos.

No caso de um trabalhador, o seguro de longo prazo cobre casos em que a pessoa se torna inválida (por doença, idade, deficiência).

b) O seguro-saúde privado é aconselhável para pessoas cuja remuneração ultrapassa os € 50 mil anuais. Caso o empregado perceba salários acima desse limite (20% da população), ele tem a possibilidade de fazer um seguro particular ou voluntariamente continuar no seguro oficial. Cerca de 3/4 dos empregados optam voluntariamente pelo seguro social oficial. Assim sendo, o seguro social abrange quase 90 % da população.

Apenas 10% da população possui seguro particular, dos quais o maior grupo é o dos funcionários públicos, por serem excluídos do seguro obrigatório oficial, e os autônomos.

### **III. Quais os benefícios?**

*Benefícios:* o seguro-saúde obrigatório abrange medidas preventivas, cuidados ambulatoriais e internações, consultas médicas, prevenção psiquiátrica, tratamentos dentários, custos com medicamentos, curativos, custos de recuperação (desde que não por acidente de trabalho) e auxílio monetário, assim como custos com cuidadores e enfermeiros.

*Divisão de custos:* tradicionalmente o seguro-saúde tem uma participação financeira muito pequena dos assegurados. Principalmente no caso dos medicamentos é que os assegurados pagam uma taxa dependendo do tamanho do pacote de até € 10.

Os custos de determinados tratamentos dentários são assumidos pelos assegurados dependendo do material desejado, já que o seguro só paga determinados subsídios.

Normalmente esses subsídios cobrem 50% dos custos com tratamento dentário.

Também em internações ou em tratamentos de reabilitação, os assegurados precisam pagar adicionalmente € 10 pelos primeiros 28 dias.

Esses adicionais pagos pelos pacientes prefizeram, em 2005, da ordem de 13,8% de todas as despesas do sistema de saúde.

O adicional a ser pago é limitado a no máximo 2% do orçamento familiar.

Para os assegurados com doenças crônicas o limite máximo é de 1% de seu orçamento.

### **IV. Financiamento**

O financiamento da assistência médica é mais complexo na Alemanha do que em muitos outros países porque não depende de uma única fonte de receita.

### **V. Como é financiado o sistema de saúde?**

*Seguradoras Oficiais:* o número de seguradoras oficiais diminuiu nos últimos anos, frequentemente em função de fusões com outra seguradora já existente.

Principalmente a Lei de Fortalecimento da Competitividade enfatizou esse processo de concentração.

Atualmente existem 134 seguradoras oficiais, todas membras da Confederação e subordinadas ao controle do Ministério da Saúde, que juntamente com o Parlamento Federal, decidem sobre o valor das contribuições das seguradoras.

O empregador repassa as contribuições para as seguradoras (14,9% do salário bruto). Desempregados pagam igualmente uma parcela do seu auxílio-desemprego. No caso de desempregados de longa data e recebedores do seguro-social, a Agência de Emprego paga uma quantia fixa às seguradoras.

Apesar de haver, desde 2009, uma equiparação financeira através de um fundo de saúde entre as seguradoras, de modo geral estas precisam administrar as contribuições de seus segurados.

Déficit/ superavit das seguradoras oficiais:

- 2005-2009 um superavit de € 1,5 bilhões

- 2010 deficit de € -0,4 bilhões

- 2011 superavit de € 4 bilhões

Atualmente, 58% de todas as despesas no sistema de saúde cabem às seguradoras oficiais.

*Seguro particular:* o seguro particular cobre principalmente os funcionários públicos e os autônomos, bem como empregados que não optaram por permanecer no seguro oficial.

Os segurados pagam uma quantia conforme o nível individual de risco, bem como adicionais para os familiares. Os adicionais de risco ocorrem para prevenção de doenças.

A gama de benefícios depende exclusivamente do que consta do contrato. Em 2009, para proteger um segurado de um aumento exorbitante de custos na velhice, o legislador obrigou as seguradoras particulares a oferecer uma tarifa-base mais razoável. Essas seguradoras oferecem frequentemente pequenas quantias extras, como por exemplo para internação em quartos individuais ou pagamento de despesas com tratamento dentário.

Os seguros particulares correspondem a 9,3% de todas as despesas do sistema de saúde.

## VI. Como a prestação de serviço é organizada?

*Médicos:* clínicos gerais não são necessariamente os primeiros a atenderem os pacientes. Muitos planos de saúde oficiais oferecem o modelo de médico da família. Isso significa que os segurados devem primeiro procurar esse médico. Procedendo dessa maneira, os segurados recebem um bônus, e para os planos é mais barato por evitar exames e consultas desnecessários.

Os médicos especializados oferecem desde 2004 consultas em consultórios particulares. O pagamento dessas consultas é calculado com base no tipo de atendimento médico e na duração da consulta. Esses honorários são negociados anualmente entre os planos de saúde e o Conselho de Medicina, também como uma maneira de controlar os gastos.

*Hospitais:* normalmente tanto os hospitais públicos (metade de capacidade de leitos), assim como os particulares (um terço da capacidade de leitos) não visam lucro.

A parcela de hospitais particulares que visam lucro cresceu nos últimos anos (um sexto da capacidade de leitos), principalmente por terem comprado hospitais públicos.

Independentemente da finalidade financeira, nos hospitais trabalham, em sua maioria, médicos contratados.

Médicos com contratos mais antigos oferecem frequentemente aos pacientes com plano de saúde particular tratamento em troca do honorário. Normalmente, não é permitido tratamento ambulatorial em hospitais por conta própria. Todavia, quando necessário, há exceções para médicos especialistas com consultório próprio.

O atendimento ambulatorial é pago através de um sistema de diferentes tarifas para cada caso. O sistema existe desde 2004 e é dividido em 1.100 diferentes categorias. Todos os anos é feita uma atualização para incluir novas tecnologias, métodos de tratamento e o aumento dos custos decorrentes. O paciente tem a possibilidade de escolher se quer tratamento ambulatorial ou hospitalar.

*Programa para doentes crônicos:* em 2002 começou um programa para os segurados portadores de doenças crônicas. Com esse programa pretendeu-se estimular as seguradoras para que cuidem dos doentes crônicos. Entre essas doenças estão: diabetes tipo 1 e 2, câncer

de mama, doenças coronárias, asma, doenças das vias respiratórias crônicas, etc. Doenças essas que atingem cerca de 20% da população.

Seguradoras que têm mais segurados portadores de doenças crônicas recebem uma contribuição financeira maior para compensar o risco.

*Governo:* todas as seguradoras oficiais são membros da “Confederação das Seguradoras Oficiais” e controladas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e o Parlamento Federal decidem sobre o valor das contribuições das seguradoras. O Ministério da Saúde também fixa as bases legais no orçamento e controla o equilíbrio financeiro entre as seguradoras.

O Governo alemão delega o controle para os órgãos de administração das seguradoras oficiais e do Conselho de Medicina. Esses têm comissões regionais conjuntas e uma comissão nacional.

Toda seguradora possui o direito de negociar diretamente com os fornecedores de medicamentos preços mais baratos.