

Financiamento e gestão dos sistemas de saúde no mundo

Levantamento de 31 países das Américas, Europa, Ásia/Oceania e África — incluindo Reino Unido, Itália, França, Estados Unidos, Argentina e Chile —, com o Brasil como referência.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Secretário Municipal de Saúde de Indaiatuba (2009–2018)

Dados: OMS (GHED), Banco Mundial e UN IGME, conferidos em setembro de 2026 · Análise: setembro de 2026

De onde vem o dinheiro da saúde e como cada sistema é organizado e gerido: modelo, financiamento, gestão, cobertura, saúde da criança e reformas recentes. 

[Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Como ler este levantamento | 3. Síntese comparativa |
| 2. Tabela-resumo dos 31 países | 4. Fichas por país |
| | 5. Notas metodológicas e limitações |

1. Como ler este levantamento

Este documento descreve, país a país, **de onde vem o dinheiro da saúde e como o sistema é organizado e gerido**. Foram incluídos 31 países: 8 das Américas (Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina, Chile, México, Colômbia e Cuba), 8 da Europa (Reino Unido, Itália, França, Alemanha, Espanha, Portugal, Países Baixos e Suécia), 8 da Ásia e Oceania (Japão, Coreia do Sul, China, Índia, Singapura, Tailândia, Israel e Austrália) e 7 da África (África do Sul, Nigéria, Quênia, Ruanda, Gana, Egito e Etiópia).

Cada ficha segue a mesma ordem: **modelo** do sistema, **financiamento** (fontes e números), **gestão e organização** (quem compra, quem presta, como se paga), **cobertura**, **saúde da criança** (com a mortalidade infantil como indicador de resultado), **reformas recentes (2020–2026)** e **fontes**.

Os grandes modelos

MODELO	COMO FUNCIONA	EXEMPLOS NESTE LEVANTAMENTO
Beveridge (serviço nacional de saúde)	Financiado por impostos gerais; o Estado é o principal comprador e, em geral, também prestador; acesso universal e gratuito no ponto de uso	Reino Unido, Itália, Espanha, Portugal, Suécia, Cuba; Brasil (SUS) em desenho
Bismarck (seguro social)	Financiado por contribuições sobre salários de empregados e empregadores, geridas por caixas/fundos de seguro; prestadores públicos e privados	Alemanha, França, Japão, Países Baixos (versão com seguradoras privadas reguladas)
Seguro nacional único (NHI)	Um pagador público único, financiado por impostos e/ou contribuições, comprando de prestadores majoritariamente privados	Canadá, Coreia do Sul, Taiwan (não incluído), Austrália (Medicare)
Misto ou segmentado	Subsistemas paralelos para grupos diferentes (formais, pobres, servidores, planos privados), com cobertura e qualidade desiguais	Brasil (SUS + saúde suplementar), Argentina, Chile, México, Colômbia, China, Índia, Estados Unidos, África do Sul
Predominantemente do bolso	A maior parte do gasto é paga diretamente pelas famílias no momento do uso	Nigéria, Egito, Índia, Etiópia (em transição para seguros)

Os indicadores de gasto

- **Gasto corrente em saúde (% do PIB) e per capita (US\$ correntes):** Organização Mundial da Saúde, *Global Health Expenditure Database* (GHED), consultada por meio dos indicadores do Banco Mundial; anos 2023 ou 2024, conforme a última atualização disponível.
- **% público:** gasto doméstico do governo geral, incluindo a seguridade social compulsória. Em países onde parte do seguro obrigatório é gerida por seguradoras privadas (França, Países Baixos, Chile com as ISAPRE), esse indicador subestima o financiamento compulsório; as fichas explicam cada caso.
- **% do bolso:** pagamentos diretos das famílias no momento do uso (inclui copagamentos e compras de medicamentos).
- **Mortalidade infantil:** óbitos antes de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, estimativas do UN IGME (ONU) para 2024, salvo indicação.

Os anos dos dados variam entre países e indicadores; o ano está sempre indicado. Dados que não puderam ser confirmados na fonte primária aparecem marcados como (a confirmar) e devem ser lidos com cautela.

2. Tabela-resumo dos 31 países

PAÍS	MODELO	GASTO % PIB (ANO)	PER CAPITA US\$ (ANO)	% PÚBLICO	% DO BOLSO	MORTALIDADE INFANTIL ‰ (2024)
Américas						
Estados Unidos	Misto, predominantemente privado (+ Medicare/Medicaid)	16,7 (2023)	13.473 (2023)	54,0	10,9	5,5
Canadá	Seguro nacional único provincial, por impostos	11,3 (2024)	6.378 (2024)	70,2	15,3	4,7
Brasil	SUS (serviço nacional) + saúde suplementar — misto	9,7 (2023)	1.010 (2023)	44,1	26,2	12,3
Argentina	Misto segmentado (público / obras sociales-PAMI / prepagas)	10,3 (2023)	1.457 (2023)	60,2	24,5	8,0
Chile	Seguro social com escolha FONASA (público) / ISAPRE (privado)	10,5 (2024)	1.760 (2024)	48,5*	39,1	5,8
México	Misto segmentado (IMSS/ISSSTE + IMSS-Bienestar)	5,5 (2023)	761 (2023)	48,6	41,2	12,1
Colômbia	Seguro social universal com competição regulada (EPS)	8,1 (2024)	644 (2024)	69,8	14,7	10,5
Cuba	Serviço nacional estatal	9,4 (2023)	1.199 (2020)**	83,4	16,6	6,8***
Europa						
Reino Unido	Beveridge (NHS; 4 sistemas)	11,1 (2024)	5.860 (2024)	81,8	14,6	4,1
Itália	Beveridge regionalizado (SSN/ASL)	8,4 (2024)	3.398 (2024)	73,1	22,3	2,3
França	Bismarck + financiamento fiscal (CSG) + complementar	11,5 (2024)	5.327 (2024)	68,4†	9,2	3,4
Alemanha	Bismarck (GKV/PKV, Gesundheitsfonds)	12,3 (2024)	6.849 (2024)	79,1	10,7	3,1
Espanha	Beveridge descentralizado (SNS/comunidades autônomas)	9,2 (2023)	3.107 (2023)	73,2	20,9	2,6
Portugal	Beveridge (SNS/ULS)	10,2 (2024)	2.971 (2024)	61,4	28,2	2,7
Países Baixos	Seguro obrigatório privado regulado (Zvw/Wlz)	10,0 (2024)	6.845 (2024)	68,4†	11,8	3,4

PAÍS	MODELO	GASTO % PIB (ANO)	PER CAPITA US\$ (ANO)	% PÚBLICO	% DO BOLSO	MORTALIDADE INFANTIL ‰ (2024)
Suécia	Beveridge descentralizado (regiões)	11,2 (2024)	6.485 (2024)	86,1	13,4	2,0
Ásia e Oceania						
Japão	Bismarck, múltiplos fundos, tabela nacional de preços	10,7 (2023)	3.638 (2023)	84,8	12,2	1,8
Coreia do Sul	Seguro nacional pagador único (NHIS)	8,7 (2024)	3.137 (2024)	56,6	33,7	2,3
China	Misto: seguro social básico (UEBMI/URRBMI)	5,9 (2023)	763 (2023)	57,1	32,2	4,1
Índia	Misto e fragmentado, predominantemente do bolso (PM-JAY)	3,3 (2023)	85 (2023)	39,0	43,9	23,3
Singapura	Poupança compulsória + seguro catastrófico (3M)	4,5 (2023)	3.922 (2023)	58,5	25,4	2,2
Tailândia	Cobertura universal por impostos (UCS) + seguro social	4,5 (2023)	327 (2023)	77,9	9,9	7,7
Israel	Seguro nacional com 4 fundos competitivos (lei de 1995)	7,1 (2023)	3.928 (2023)	65,2	20,5	2,7
Austrália	Medicare por impostos + setor privado forte	10,4 (2023)	6.980 (2023)	73,7	15,8	3,1
África						
África do Sul	Público por impostos + <i>medical schemes</i> ; lei do NHI (2024) suspensa por litígio	8,9 (2023)	537 (2023)	61,6	6,7	24,2
Nigéria	Misto, predominantemente do bolso (NHIA 2022)	4,2 (2023)	67 (2023)	14,3	71,9	69,8
Quênia	Seguro social (SHA/SHIF desde 2024) + serviços descentralizados	4,4 (2023)	85 (2023)	44,9	24,2	34,2
Ruanda	Seguro comunitário quase universal (Mutuelles de Santé)	5,1 (2023)	53 (2023)	47,0	4,1†	29,4
Gana	Seguro nacional único (NHIS, 2003) financiado por imposto	3,0 (2023)	70 (2023)	63,2	26,7	27,5
Egito	Seguro social universal em implantação por fases (lei de 2018)	4,9 (2023)	141 (2023)	32,2	57,2	20,8
Etiópia	Misto: público + seguro comunitário; muito dependente	2,8 (2023)	35 (2023)	21,9	46,3	34,5

PAÍS	MODELO	GASTO % PIB (ANO)	PER CAPITA US\$ (ANO)	% PÚBLICO	% DO BOLSO	MORTALIDADE INFANTIL ‰ (2024)
------	--------	-------------------------	--------------------------------	--------------	---------------	----------------------------------

de doadores

* Chile: não inclui a cotização obrigatória de 7% destinada às ISAPRE. * Cuba: valor em dólares nominais distorcido pelo câmbio oficial (em US\$ PPP: 2.575 em 2023). ** Cuba: valor oficial do MINSAP para 2025 é 9,9‰. † França e Países Baixos: o indicador da OMS subestima o financiamento compulsório; pela classificação da OCDE (governo + seguro obrigatório) a proporção fica em torno de 80–85% (a confirmar). ‡ Ruanda: valor baixo, mas confirmado na GHED via Banco Mundial (4,1% em 2023; 4,2% em 2022; 5,0% em 2021). Os valores de gasto dos países africanos, obtidos inicialmente em bases que reproduzem a GHED (Our World in Data, TheGlobalEconomy), foram conferidos na API do Banco Mundial (GHED) e a mortalidade infantil no UN IGME/OMS em 25/09/2026. % público de Reino Unido, Itália, Alemanha, Portugal, Países Baixos e Suécia refere-se a 2023 (último ano disponível).

3. Síntese comparativa

1. Gastar mais não garante melhores resultados

Os **Estados Unidos** gastam 16,7% do PIB e US\$ 13.473 por habitante — mais que o dobro de quase todos os países europeus —, mas têm mortalidade infantil de 5,5‰, acima de Japão (1,8), Suécia (2,0), Singapura (2,2), Itália e Coreia (2,3). O Japão alcança a menor mortalidade infantil do levantamento gastando cerca de um quarto do valor norte-americano por habitante. No outro extremo, **Cuba** e **Chile** obtêm mortalidade infantil próxima à norte-americana com uma fração do gasto, enquanto a **Tailândia**, com US\$ 327 por habitante, oferece cobertura universal com o menor gasto do bolso da Ásia (9,9‰). O que distingue os sistemas com melhores resultados é menos o volume de recursos e mais a combinação de **financiamento predominantemente público e compulsório, atenção primária organizada e baixo pagamento direto** das famílias.

2. O peso do gasto do bolso

O pagamento direto no momento do uso é o indicador mais sensível de proteção financeira. Nos sistemas europeus de base pública ele fica entre 9% (França) e 15% (Reino Unido), com exceções no Sul — Itália (22%), Espanha (21%) e Portugal (28%) —, onde medicamentos, odontologia e acesso privado para fugir das filas pesam no orçamento familiar. Na América Latina o gasto do bolso é alto em quase todos os sistemas segmentados: **México (41%), Chile (39%), Brasil (26%) e Argentina (25%)**; a **Colômbia** é a exceção (15%), graças ao seguro universal com cesta ampla. Nos países africanos de menor renda o problema é dramático — **Nigéria (72%), Egito (57%), Etiópia (46%)** —, enquanto **Ruanda**, com seu seguro comunitário, e a **África do Sul**, com rede pública financiada por impostos, mostram que é possível reduzi-lo mesmo com recursos escassos. A OMS considera que o gasto do bolso acima de 15–20% do gasto total expõe as famílias a gastos catastróficos.

3. O Brasil no contexto

O Brasil gasta 9,7% do PIB em saúde — percentual comparável ao de países europeus —, mas **apenas 44% é público**, uma das menores proporções entre os países com sistema universal de direito. O SUS é, no desenho constitucional, um sistema do tipo Beveridge (universal, gratuito, financiado por impostos das três esferas de governo), mas o financiamento real é **predominantemente privado**: planos de saúde (cerca de 53 milhões de beneficiários em 2026) e gasto do bolso (26%). O resultado é um sistema **misto e segmentado**, mais parecido na estrutura de gasto com Chile, México e Argentina do que com Reino Unido, Itália ou Espanha. A mortalidade infantil brasileira (12,3‰ em 2024) é a mais alta das Américas neste levantamento, junto com a do México (12,1‰), e bem acima da de Argentina (8,0‰), Cuba (6,8‰) e Chile (5,8‰).

4. Como os sistemas são geridos

- **Descentralização**: Itália (regiões e ASL), Espanha (17 comunidades autônomas), Suécia (21 regiões), Canadá (13 províncias e territórios) e Brasil (estados e 5.570 municípios) descentralizam a gestão; a descentralização aproxima a gestão da população, mas amplia as desigualdades regionais — problema citado em todos esses países.
- **Separação entre comprador e prestador**: o Reino Unido (Inglaterra), com os *Integrated Care Boards*, e a Alemanha, com as caixas de seguro, separam quem paga de quem presta; Escócia, Gales, Portugal (ULS) e Suécia integram as duas funções em organizações territoriais únicas.
- **Porta de entrada (gatekeeping)**: médico de família como filtro obrigatório para o especialista no Reino Unido, Países Baixos, Espanha, Itália e Portugal; acesso livre a especialistas na Alemanha, no Japão e na Coreia, com mais consultas por habitante e mais fragmentação.
- **Formas de pagamento**: capitação para a atenção primária (Reino Unido, Itália, Tailândia) e grupos diagnósticos (DRG) para hospitais são o padrão europeu; o Japão paga por serviço, mas com **tabela nacional única de preços** revista a cada dois anos, o que controla custos; os Estados Unidos combinam múltiplos pagadores e preços negociados, com alto custo administrativo.
- **Competição regulada**: Países Baixos, Israel, Colômbia e o Chile (ISAPRE) usam seguradoras que competem sob regras públicas (cesta mínima, proibição de seleção de risco, fundo de compensação de riscos); o modelo funciona melhor onde a regulação é forte (Países Baixos, Israel) e gera crises onde é frágil (Colômbia, com 7 EPS sob intervenção; Chile, com a crise das ISAPRE resolvida pela Lei Curta de 2024).

5. A saúde da criança e o lugar do pediatra

Os países se dividem em dois modelos de atenção primária à criança. No **modelo com pediatra na atenção primária** — Itália (pediatra de livre escolha, obrigatório de 0 a 6 anos e pago por capitação), Espanha (pediatra nos centros de saúde até 14 anos), Alemanha (pediatras ambulatoriais com o programa de consultas preventivas U1–U9), França (pediatras e clínicos, com a Proteção Materno-Infantil), Israel (pediatras nos fundos de saúde e centros materno-infantis), Argentina, Estados Unidos, Japão e Coreia do Sul (pediatras em clínicas privadas) — a criança é acompanhada por pediatra desde o nascimento. O Chile tem modelo intermediário, com equipes de enfermagem, médico geral e, em alguns centros, pediatra, organizadas pelo programa Chile Crece Contigo. No **modelo com médico de família** — Reino Unido (GP e *health visitors*), Países Baixos (*huisarts* e os postos municipais de saúde infantil), Portugal, Suécia (centros de saúde infantil liderados por enfermagem), Canadá, México, Colômbia, Cuba, Tailândia e o SUS brasileiro (Estratégia Saúde da Família) —, o pediatra atua sobretudo no hospital, em

ambulatórios de referência ou, no Brasil, na saúde suplementar. Ambos os modelos alcançam mortalidade infantil muito baixa na Europa; o que eles têm em comum é **acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, vacinação gratuita com alta cobertura e ausência de barreira financeira** para a criança (nos Países Baixos, por exemplo, menores de 18 anos não pagam prêmio nem franquia). Vários países tornaram vacinas obrigatórias para a escola — Itália (10 vacinas desde 2017), França (11 vacinas para nascidos desde 2018, com meningococos ACWY e B a partir de 2025) e Alemanha (sarampo, desde 2020).

6. Tendências de 2020 a 2026

- **Reorganização da gestão pública:** abolição do NHS England e redução dos ICBs de 42 para 26 (Reino Unido, 2025–2027); lei espanhola que torna a gestão direta pública a regra (2026); consolidação das Unidades Locais de Saúde em Portugal (2024); reforma hospitalar alemã com efeito pleno em 2030.
- **Atenção primária como prioridade,** com dificuldades de execução: as Casas da Comunidade italianas financiadas pelo plano de recuperação europeu estão em grande parte sem funcionar, e a reforma dos médicos de família foi suspensa em 2026.
- **Expansão da cobertura em países de renda média e baixa:** IMSS-Bienestar no México, Tailândia com o "30 baht em qualquer lugar" (2025), Quênia com a nova autoridade de seguro social (2024), Egito com a implantação por fases do seguro universal, Nigéria com a lei do seguro obrigatório (2022).
- **Retrações e crises:** fim dos subsídios ampliados do ACA nos Estados Unidos (31/12/2025) e mudanças no Medicaid (lei de julho de 2025); reforma colombiana arquivada em 2025 com as maiores EPS sob intervenção; cortes da cooperação internacional (USAID, 2025) afetando Ruanda, Etiópia e Quênia; a lei do NHI sul-africano suspensa por decisões judiciais.

7. Lições para o debate brasileiro

1. **Financiamento público insuficiente é o principal ponto fraco do SUS:** nenhum país europeu com sistema universal consolidado funciona com menos de 60% de gasto público (Portugal, o menor, tem 61%), e mesmo na Ásia os sistemas universais com menor participação pública (Coreia do Sul 57%, China 57%, Singapura 58%) ficam bem acima dos 44% do Brasil.
2. **O gasto do bolso brasileiro (26%) é alto** para um sistema universal e concentra-se em medicamentos — área em que países como Canadá (Pharmacare, 2024) e a própria Europa vêm ampliando a cobertura pública.
3. **Atenção primária forte e com porta de entrada organizada** é o denominador comum dos sistemas com melhores resultados; para a criança, o modelo europeu com pediatra na atenção primária (Itália, Espanha, Alemanha) é uma referência direta para a discussão brasileira sobre o papel do pediatra na Estratégia Saúde da Família.
4. **A descentralização exige mecanismos de equalização** entre regiões — lição de Itália, Espanha e Suécia, relevante para os 5.570 municípios brasileiros.
5. **A regulação do setor privado importa:** as crises das ISAPRE no Chile e das EPS na Colômbia mostram os riscos de seguros privados pouco regulados; Países Baixos e Israel mostram que a competição regulada pode funcionar quando há cesta obrigatória e compensação de riscos.

4. Fichas por país

Américas

Pesquisa em 25/09/2026. Fonte dos indicadores de gasto: Banco Mundial, World Development Indicators (WDI), que reproduz a base Global Health Expenditure Database (GHED) da OMS. Consulta via API em 25/09/2026. Mortalidade infantil: UN IGME, via Banco Mundial (SP.DYN.IMRT.IN), ano de 2024.

Notas de método (valem para todos os países)

- "% público" = gasto doméstico do governo geral em saúde (GGHE-D), em % do gasto corrente em saúde (CHE). Esse indicador inclui a seguridade social compulsória pública (Medicare nos EUA, EPS/ADRES na Colômbia, IMSS no México, obras sociales na Argentina). **Não inclui** o seguro privado compulsório, como as ISAPRE no Chile.
 - "% seguro voluntário": não consegui confirmar o indicador da OMS para seguro privado voluntário (o site bloqueou a consulta). Em cada ficha informo apenas o **resíduo privado não-bolso** ($100 - \% \text{ público} - \% \text{ do bolso}$). Esse resíduo é um **limite superior** do seguro voluntário, porque também inclui ONGs, empresas e recursos externos. Os valores exatos da OMS ficam (a confirmar).
 - Os dados 2024 de Canadá, Chile e Colômbia vêm da série do Banco Mundial/OMS. Para os países da OCDE (EUA, Canadá, Chile, México, Colômbia), a OECD Health Statistics 2025 pode trazer valores um pouco diferentes. Não os usei.
-

1. Estados Unidos

1. Modelo. Misto e predominantemente privado. O seguro vem do emprego e é privado. Há programas públicos para grupos específicos: Medicare e Medicaid (Social Security Amendments, 1965), CHIP para crianças (1997) e o Affordable Care Act (ACA, 2010), com marketplaces subsidiados e expansão opcional do Medicaid.

2. Financiamento. Impostos federais e estaduais. Contribuição sobre salários para o Medicare Parte A: 2,9% (1,45% empregado + 1,45% empregador), mais 0,9% adicional para rendas altas. Prêmios do seguro de emprego, em geral divididos entre empregador e empregado. Franquias e copagamentos altos.

- Gasto corrente: **16,7% do PIB (2023)**.
- Per capita: **US\$ 13.473 (2023)**.
- Público (inclui Medicare/Medicaid): **54,0% (2023)**.
- Do bolso: **10,9% (2023)**.
- Resíduo privado não-bolso: $\approx 35\%$ (principalmente seguro privado).

3. Gestão. Quem compra os serviços está fragmentado. Os CMS (federal) administram o Medicare. Os estados administram o Medicaid e o CHIP, com cofinanciamento federal. Milhares de seguradoras e planos autofinanciados por empregadores completam o quadro. Os prestadores são majoritariamente privados. O gatekeeping é variável (existe em HMOs). Formas de pagamento: DRG no Medicare hospitalar (criado nos EUA em 1983), pagamento por serviço, capitação no Medicare Advantage e no Medicaid gerenciado, e modelos de valor (ACOs).

4. Cobertura. Não é universal. A taxa de não segurados fica em torno de 8% (cerca de 26–27 milhões de pessoas, Census 2023/2024) (a confirmar). Não existe cesta nacional única. O setor privado domina.

5. Criança. O pediatra é o médico de atenção primária típico da criança. Medicaid e CHIP cobrem cerca de 4 em cada 10 crianças (a confirmar). O programa Vaccines for Children (VFC) fornece vacinas gratuitas a crianças elegíveis (Medicaid, sem seguro, indígenas). O ACA obriga os planos a cobrir as vacinas recomendadas sem copagamento. **Mortalidade infantil: 5,5‰ (2024).**

6. Reformas e desafios (2020–2026).

- Os subsídios ampliados do ACA (ARPA 2021/IRA 2022) venceram em **31/12/2025**.
- O One Big Beautiful Bill Act (H.R. 1), sancionado em **julho de 2025**, criou exigência de trabalho no Medicaid de expansão e novas restrições de elegibilidade. Segundo o CBO, até 10 milhões de pessoas a mais ficarão sem seguro até 2034. Somado ao fim dos subsídios, o aumento passa de 14 milhões.
- O IRA (2022) passou a permitir que o Medicare negocie preços de medicamentos.
- Desafios: custo, cobertura e dívida médica.

7. Fontes.

- WDI/GHED: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
 - AMA sobre o H.R. 1: <https://www.ama-assn.org/health-care-advocacy/federal-advocacy/4-big-beautiful-bill-changes-will-reshape-care-2026>
 - CRS: <https://www.congress.gov/crs-product/R48569>
 - Commonwealth Fund, perfil dos EUA: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>
 - GHED/OMS: <https://apps.who.int/nha/database>
-

2. Canadá

1. Modelo. Seguro nacional único (NHI) financiado por impostos e administrado por cada província ("Medicare"). Marcos legais: Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (1957), Medical Care Act (1966) e **Canada Health Act (1984)**.

2. Financiamento. Impostos gerais provinciais, mais transferência federal (Canada Health Transfer). Algumas províncias cobram "prêmios" vinculados ao imposto de renda, como o Ontario Health Premium. Não há copagamento nos serviços hospitalares e médicos cobertos. Medicamentos ambulatoriais, odontologia e visão ficam fora, pagos por seguro privado (em geral do emprego) ou pelo próprio paciente.

- Gasto corrente: **11,3% do PIB (2024)**.
- Per capita: **US\$ 6.378 (2024)**.
- Público: **70,2%**.
- Do bolso: **15,3%**.
- Resíduo privado não-bolso: **≈14,5%** (principalmente seguro complementar).

3. Gestão. As províncias e territórios compram os serviços, com autoridades regionais de saúde na maioria delas. É um sistema muito descentralizado. Os médicos são em geral autônomos: recebem majoritariamente por serviço, com capitação e salário em modelos de equipe (por exemplo, Family Health Teams em Ontário). Os hospitais são sem fins lucrativos e recebem orçamento global com componentes por atividade. O médico de família funciona como porta de entrada, de fato.

4. Cobertura. Universal para residentes nos serviços "medicamente necessários" de hospital e médico. A cobertura de medicamentos é um mosaico de planos provinciais e privados.

5. Criança. A maior parte da atenção primária infantil é feita pelo médico de família. O pediatra atua sobretudo como consultor, em especial fora dos grandes centros. As vacinas são gratuitas pelos programas provinciais. **Mortalidade infantil: 4,7‰ (2024).**

6. Reformas e desafios.

- O **Canadian Dental Care Plan** (2023–2025) cobre, de forma escalonada, famílias sem seguro odontológico e com renda abaixo de CAD 90 mil, incluindo crianças.
- **Pharmacare Act** (lei C-64, aprovada em outubro de 2024): primeira fase com contraceptivos e medicamentos para diabetes, por meio de acordos bilaterais com as províncias (por exemplo, Colúmbia Britânica em março de 2025).
- Desafios: falta de médicos de família (milhões sem médico regular) e filas para cirurgias eletivas.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
- Health Canada sobre o Pharmacare: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2024/10/government-of-canada-passes-legislation-for-a-first-phase-of-national-universal-pharmacare.html>
- Acordo com a Colúmbia Britânica: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2025/03/government-of-canada-signs-pharmacare-agreement-with-british-columbia-to-improve-universal-access-to-free-medications.html>
- Commonwealth Fund, perfil do Canadá: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>

3. Brasil (SUS + saúde suplementar/ANS)

1. Modelo. Serviço nacional de saúde (Beveridge), universal e financiado por impostos: o SUS, criado pela Constituição de 1988 e pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Ao lado dele há um grande setor privado suplementar, regulado pela Lei 9.656/1998 e pela ANS (Lei 9.961/2000). Na prática, o sistema é **misto e segmentado**.

2. Financiamento. O SUS é pago com impostos e contribuições sociais das três esferas. Há pisos mínimos: EC 29/2000 e LC 141/2012, com estados aplicando 12% e municípios 15% das receitas. Não existe contribuição específica sobre salário para a saúde. Os planos de saúde são pagos por mensalidades, na maioria coletivas empresariais, e há dedução no imposto de renda.

- Gasto corrente: **9,7% do PIB (2023).**
- Per capita: **US\$ 1.010 (2023);** US\$ PPP 2.070.

- Público: **44,1%**.
- Do bolso: **26,2%**.
- Resíduo privado não-bolso: $\approx 29,6\%$ (principalmente planos de saúde).
- Mais da metade do gasto total é privado, apesar de o sistema ser universal.

3. Gestão. Descentralização tripartite: União, estados e municípios, com comissões intergestores (CIT e CIB). O município é o principal gestor da atenção primária. Prestadores públicos e privados: filantrópicos e privados contratados respondem por grande parte dos leitos. A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada preferencial, com regulação de acesso. Formas de pagamento:

- Atenção primária federal: financiamento misto per capita/desempenho (Previne Brasil 2019, substituído em 2024 por novo cofinanciamento com componente de equidade e vínculo) [não verificado quanto aos detalhes].
- Hospitais: tabela SUS por procedimento (AIH), incentivos e orçamentação.
- Planos: sobretudo pagamento por serviço.

4. Cobertura. Universal e gratuita no ponto de atendimento. A saúde suplementar cobre **cerca de 53,1 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares (1º semestre de 2026, ANS)**, cerca de 25% da população, com o Rol da ANS como cesta mínima. A Lei 14.454/2022 tornou o Rol exemplificativo, com critérios. Há dupla cobertura, e os planos devem ressarcir o SUS pelo atendimento de seus beneficiários.

5. Criança. No SUS, a puericultura é feita sobretudo por médicos de família/generalistas e enfermeiros nas UBS/ESF. O pediatra atua nas policlínicas e hospitais e, na saúde suplementar, é o médico de referência da criança. O Programa Nacional de Imunizações (PNI, 1973) oferece um calendário amplo e gratuito. **Mortalidade infantil: 12,3‰ (2024).**

6. Reformas e desafios.

- Programa **Agora Tem Especialistas**: criado por medida provisória em 2025 e convertido em lei em outubro de 2025 (número da lei (a confirmar)). Busca reduzir as filas de atenção especializada. Inclui a troca de dívidas de ressarcimento dos planos de saúde por atendimentos ao SUS.
- Reajustes e cancelamentos de planos.
- Subfinanciamento federal e as regras fiscais.
- Desigualdades regionais e dependência de emendas parlamentares.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
- ANS, dados gerais: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>
- Beneficiários 2026: <https://xvifinance.com.br/2026/08/05/beneficiarios-planos-de-saude-julho-2026/>
- Ministério da Saúde sobre o Agora Tem Especialistas: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/congresso-nacional-aprova-medida-provisoria-que-criou-o-agora-tem-especialistas-com-ampla-maioria>
- Senado: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/09/10/comissao-aprova-mp-que-acelera-atendimento-de-especialidades-no-sus>

- Futuro da Saúde: <https://futurodasaude.com.br/agora-tem-especialistas-planos-de-saude-ressarcimento/>
-

4. Argentina (público, obras sociales, PAMI, prepagas)

1. Modelo. Misto e segmentado em três subsistemas:

- **Público:** gratuito e universal, financiado por impostos nacionais, provinciais e municipais.
- **Seguridade social:** cerca de 300 obras sociales nacionais, organizadas por sindicato ou atividade (Leis 23.660 e 23.661/1988, esta última criando o Sistema Nacional del Seguro de Salud); obras sociales provinciais para servidores; e o **PAMI/INSSJP** para aposentados (Lei 19.032/1971).
- **Privado:** empresas de medicina prepaga (Lei 26.682/2011).

2. Financiamento.

- Obras sociales nacionais: **3% do salário pago pelo empregado + 6% pelo empregador**. Uma parte vai ao Fondo Solidario de Redistribución, administrado pela Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).
- PAMI: contribuições de ativos e aposentados, mais recursos do Tesouro.
- Prepagas: mensalidades, muitas vezes pagas desviando a contribuição da obra social para a prepaga.

Indicadores:

- Gasto corrente: **10,3% do PIB (2023)**.
- Per capita: **US\$ 1.457 (2023)**; US\$ PPP 3.089.
- Público (inclui obras sociales e PAMI): **60,2%**.
- Do bolso: **24,5%**.
- Resíduo privado não-bolso: **≈15,3%** (sobretudo prepagas).

3. Gestão. Muito fragmentada. As províncias são responsáveis pelos hospitais públicos: o sistema é federal e descentralizado, e o Ministério da Saúde nacional tem papel normativo e de programas. Cada obra social e o PAMI compram serviços, em geral de prestadores privados, com pagamento por capitação e redes ou por serviço/módulos. A SSS regula as obras sociales e as prepagas. Não há gatekeeping sistemático.

4. Cobertura. Todos têm direito ao setor público. A seguridade social cobre cerca de 60% da população e as prepagas cerca de 15% (valores aproximados (a confirmar)). O **Programa Médico Obligatorio (PMO)** é a cesta mínima para obras sociales e prepagas.

5. Criança. Existe forte tradição de pediatras na atenção primária, tanto em centros de saúde públicos quanto nas obras sociales e prepagas. O Calendário Nacional de Vacinação é obrigatório e gratuito (Lei 27.491/2018). **Mortalidade infantil: 8,0‰ (2024)**.

6. Reformas e desafios.

- O **DNU 70/2023** (governo Milei) desregulou os preços das prepagas, abriu às prepagas o sistema de livre escolha e acabou com a triangulação obrigatória via obras sociales (2025).

- A Justiça Federal Civil e Comercial nº 8 declarou nulos os artigos 267 e 269 do DNU em **novembro de 2025**. A decisão está em recurso e vale para um caso individual.
- Ajuste fiscal, redução de programas nacionais e atrasos no PAMI.
- Inflação e crise financeira das obras sociais.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
 - Governo argentino: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/reglamentacion-del-dnu-7023>
 - El Cronista: <https://www.cronista.com/economia-politica/la-justicia-anulo-la-desregulacion-de-las-prepagas-que-cambia-para-los-usuarios/>
 - Infobae: <https://www.infobae.com/politica/2025/02/06/tras-el-fin-de-la-triangulacion-con-las-obras-sociales-el-gobierno-espera-que-las-prepagas-reduzcan-sus-cuotas/>
 - ISG: <https://isg.org.ar/seguimiento-de-las-propuestas-de-salud-anunciadas-en-2023-por-lla-milei/>
-

5. Chile (FONASA/ISAPRE)

1. Modelo. Misto de seguro social com escolha entre um seguro público e seguros privados. O Servicio Nacional de Salud foi criado em 1952. A reforma de 1979–1981 criou o FONASA (1979) e as ISAPRE (DFL 3/1981). O **AUGE/GES** (Lei 19.966/2004) estabeleceu garantias explícitas: primeiro para 56 problemas de saúde, hoje cerca de 87 [não verificado quanto ao número atual].

2. Financiamento.

- **7% do salário, pago pelo trabalhador** (a cotização obrigatória), vai para o FONASA ou para a ISAPRE escolhida.
- Aporte fiscal ao FONASA, cobrindo os indigentes e o subsídio.
- Planos ISAPRE podem cobrar prêmio adicional acima dos 7%.
- Copagamentos relevantes.

Indicadores:

- Gasto corrente: **10,5% do PIB (2024)**.
- Per capita: **US\$ 1.760 (2024)**; US\$ PPP 3.612.
- Governo geral: **48,5%**. Esse número **não** inclui as ISAPRE, classificadas como seguro privado compulsório.
- Do bolso: **39,1%**, um dos mais altos da OCDE.
- Resíduo ≈12,4% (sobretudo ISAPRE e seguros complementares).

3. Gestão.

- O FONASA compra de prestadores públicos (29 Servicios de Salud e a atenção primária municipal, paga por per capita) e privados (Modalidad Libre Elección, por serviço).
- Hospitais públicos: GRD/DRG, implantado desde 2020.
- As ISAPRE contratam principalmente clínicas privadas.

- A Superintendencia de Salud regula o setor. A atenção primária é municipalizada (CESFAM).

4. Cobertura. Quase universal. O FONASA cobre a grande maioria, cerca de 80%, e as ISAPRE cerca de 15% (aproximado (a confirmar)). O GES garante acesso, prazo, proteção financeira e qualidade para as condições incluídas. Há a Lei Ricarte Soto (2015) para tratamentos de alto custo.

5. Criança. O programa **Chile Crece Contigo** (Lei 20.379/2009) organiza o acompanhamento do desenvolvimento infantil. O controle de saúde infantil na APS é feito por equipes com enfermeira, médico geral e pediatra em alguns centros. O Programa Nacional de Inmunizaciones é gratuito. **Mortalidade infantil: 5,8‰ (2024).**

6. Reformas e desafios.

- A Suprema Corte (2022) mandou aplicar a tabela de fatores única e devolver cobranças excessivas.
- A **Lei Curta das ISAPRE** foi aprovada em 13/05/2024 e está vigente desde 24/05/2024. Ela prevê:
- planos de pagamento da dívida em até **13 anos**;
- tabela única de fatores;
- controle do preço GES pela Superintendencia;
- criação da **Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) do FONASA**, com seguros privados complementares para afiliados ao FONASA.
- Tramita a reforma estrutural para um Fondo Universal / seguro único [estado em 2026 não verificado].
- A reforma de universalização da APS está em piloto desde 2023.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
- Cuatrecasas: <https://www.cuatrecasas.com/es/latam/litigacion/art/principales-aspectos-plazos-ultimos-hitos-implementacion-ley-corta-isapres>
- Gob.cl: <https://www.gob.cl/noticias/ley-corta-isapres-fonasa-que-es-detalles-proyecto-ley-cobros-indebidos-devolucion-planes/>
- Senado do Chile: <https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/ley-corta-de-isapres-informe-de-comision-mixta-se-votara-el-lunes-13-en>

6. México (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar)

1. Modelo. Misto e **segmentado**. A seguridade social de tipo Bismarck atende quem tem emprego formal:

- IMSS (1943), para o setor privado formal;
- ISSSTE (1959), para servidores federais;
- PEMEX e SEDENA/SEMAR.

Para quem não tem seguridade social, os serviços são públicos e financiados por impostos:

- Seguro Popular (2003), substituído pelo INSABI (2020);
- **IMSS-Bienestar**, organismo público descentralizado desde 2022–2023, que absorveu o INSABI em 2023.

2. Financiamento. O IMSS tem contribuições tripartites (empregador, empregado e governo), com fórmula complexa de cotas fixas e proporcionais ao salário no seguro de enfermidade e maternidade. As alíquotas detalhadas não foram verificadas aqui. O IMSS-Bienestar é financiado com impostos federais e estaduais.

- Gasto corrente: **5,5% do PIB (2023)**, o menor do grupo.
- Per capita: **US\$ 761 (2023)**; US\$ PPP 1.368.
- Público: **48,6%**.
- **Do bolso: 41,2%**, o mais alto do grupo.
- Resíduo ≈10% (seguro privado, sobretudo seguro de gastos médicos mayores).

3. Gestão. Cada instituição é ao mesmo tempo financiadora e prestadora, com redes próprias, verticalmente integradas e com orçamento histórico e salários. Na população sem seguridade social houve recentralização: os estados aderentes transferiram serviços ao IMSS-Bienestar. São **24 estados aderidos (2026)**. Há muito atendimento privado fora do sistema, em farmácias com consultório anexo.

4. Cobertura. Por lei (reforma da Lei Geral de Saúde, 2019–2020), a atenção é gratuita para quem não tem seguridade social. Na prática, há carências de acesso e medicamentos. A população com "carência de acesso a serviços de saúde" subiu muito entre 2018 e 2022, segundo o CONEVAL (cerca de 39% em 2022 (a confirmar)).

5. Criança. A atenção primária é feita por médicos gerais/familiares nas Unidades de Medicina Familiar (IMSS) e centros de saúde. Os pediatras atuam no segundo nível. O Programa de Vacunación Universal é gratuito, mas houve quedas de cobertura e desabastecimento em 2019–2023. **Mortalidade infantil: 12,1‰ (2024)**.

6. Reformas e desafios.

- Extinção do Seguro Popular (2020) e depois do INSABI (2023), com a centralização no IMSS-Bienestar.
- **Servicio Universal de Salud** (governo Sheinbaum): credencial única e intercâmbio de serviços entre IMSS, ISSSTE, PEMEX e IMSS-Bienestar. O registro começou em 2026 e o intercâmbio está previsto para **1º/01/2027**, começando por urgências, gravidez de alto risco, infarto, AVC e câncer de mama.
- Desafios: subfinanciamento, desabastecimento de medicamentos e gasto do bolso elevado.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
- Expansión: <https://politica.expansion.mx/mexico/2026/08/18/credencial-unica-salud-imss-bienestar-para-quien-son>
- Segundo Informe de Gobierno: <https://www.segundoinformedegobierno.gob.mx/indice/822/servicio-universal-de-salud>
- Consultor Salud: <https://consultorsalud.com.mx/mexico-registro-universal-de-salud-2026-imss/>

7. Colômbia (EPS, regimes contributivo e subsidiado)

1. Modelo. Seguro social universal com **competição regulada** ("pluralismo estruturado"), criado pela **Lei 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS). A Lei Estatutária 1751/2015 definiu a saúde como direito fundamental.

2. Financiamento.

- **Regime contributivo:** cotização de **12,5% do salário (8,5% empregador + 4% empregado)**. Empregadores ficam isentos da parte patronal para trabalhadores que ganham menos de 10 salários mínimos (Lei 1607/2012) [não verificado quanto à vigência atual].
- **Regime subsidiado:** impostos gerais e recursos territoriais.

Todos os recursos são concentrados na **ADRES** (fundo único, 2017), que paga às EPS uma **UPC**, prêmio per capita ajustado por risco.

- Gasto corrente: **8,1% do PIB (2024)**.
- Per capita: **US\$ 644 (2024)**; US\$ PPP 1.758.
- Público: **69,8%**.
- **Do bolso: 14,7%**, baixo para a região.
- Resíduo ≈15,5% (medicina prepagada e planos complementares).

3. Gestão. As EPS (Entidades Promotoras de Salud) atuam como seguradoras e gestoras: recebem a UPC e contratam as IPS (prestadores públicos e privados) por capitação, evento ou pacotes. A Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) regula. Os municípios e departamentos cuidam da saúde pública e da rede pública (ESE). O gatekeeping é pela APS da EPS.

4. Cobertura. Quase universal: cerca de 99% dos afiliados, divididos aproximadamente meio a meio entre contributivo e subsidiado (a confirmar). O Plan de Beneficios (PBS) é único para os dois regimes desde 2012, com exclusões explícitas desde 2017. As cuotas moderadoras e copagos são baixos.

5. Criança. A atenção é feita por médicos gerais nas IPS de atenção primária, com pediatras no nível especializado. A Ruta Integral de Atención para la Primera Infancia faz parte do sistema. O Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) é gratuito. **Mortalidade infantil: 10,5‰ (2024)**.

6. Reformas e desafios (crise 2024–2026).

- O governo Petro propôs transformar as EPS em "gestoras", tornar a ADRES pagadora direta e criar Centros de Atención Primaria (CAPS). O projeto foi arquivado no Senado em abril de 2024.
- A segunda versão ("reforma 2.0") foi **arquivada pela Comissão Sétima do Senado em 17/12/2025**, por 8 votos a 3.
- A Supersalud interveio em várias EPS grandes a partir de 2024: Sanitas, Nueva EPS, Famisanar, Emssanar, entre outras. A Sanitas foi devolvida por ordem judicial em 2025 (a confirmar).
- As **sete EPS intervenidas somam cerca de 22,4 milhões de afiliados**. O governo definirá até **31/12/2026** quais serão saneadas e quais serão liquidadas.
- Desafios: suficiência da UPC, dívidas com hospitais e falta de medicamentos.

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).

- Portafolio: <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/alta-cirugia-para-las-eps-intervenidas-el-gobierno-decidira-cuales-pueden-salvarse-y-cuales-iran-a-liquidacion-502228>
 - Infobae: <https://www.infobae.com/colombia/2025/12/17/comision-septima-del-senado-archivo-la-reforma-a-la-salud-estos-son-los-8-senadores-que-votaron-en-contra/>
 - Senado da Colômbia: <https://www.senado.gov.co/index.php/el-senado/noticias/7062-proyecto-de-reforma-de-la-salud-fue-archivado-en-comision-septima-de-senado>
 - Razón Pública: <https://razonpublica.com/la-reforma-la-salud-cae-segunda-vez/>
-

8. Cuba

1. Modelo. Serviço nacional estatal (Beveridge/modelo "Semashko"), integralmente público. O Sistema Nacional de Saúde foi unificado nos anos 1960 (nacionalização e fim da prática privada). A Lei 41/1983 é a Lei de Saúde Pública. O programa do Médico e Enfermeira da Família começou em 1984. Uma nova Lei de Saúde Pública foi aprovada em 2023 (a confirmar).

2. Financiamento. Orçamento do Estado. Não há contribuições específicas nem seguro, e o setor privado de saúde é praticamente inexistente. Exportar serviços médicos (missões no exterior) é uma fonte importante de divisas para o país.

- Gasto corrente: **9,4% do PIB (2023)**.
- Per capita em US\$: último dado **US\$ 1.199 (2020)**, distorcido pela unificação cambial de 2021. Em US\$ PPP: **2.575 (2023)**.
- Público: **83,4% (2023)**.
- Do bolso: **16,6% (2023)**, sobretudo medicamentos e mercado informal.

3. Gestão. Centralizada no MINSAP, com execução pelas direções provinciais e municipais. Todos os prestadores são estatais:

- consultórios do médico de família (primeiro contato);
- policlínicos (APS ampliada, com pediatras e obstetras de apoio);
- hospitais.

Os profissionais são assalariados e os hospitais recebem orçamento.

4. Cobertura. Universal e gratuita por lei. Na prática, há escassez grave de medicamentos, insumos e energia (apagões). Mais de 100 mil pessoas aguardam cirurgia (2026, segundo relato oficial divulgado pela imprensa).

5. Criança. O Programa Materno-Infantil (PAMI cubano) tem seguimento intensivo feito pelo médico de família, com interconsulta do pediatra no policlínico. A vacinação é gratuita e inclui vacinas de produção nacional. **Mortalidade infantil: 6,8‰ (2024, UN IGME)**. O dado oficial do MINSAP para **2025 é 9,9‰**, divulgado pela imprensa independente. Isso mostra uma alta importante em relação aos cerca de 4‰ da década de 2010.

6. Reformas e desafios. A crise econômica desde 2020 (pandemia, sanções dos EUA, "Tarea Ordenamiento" 2021) trouxe escassez de medicamentos, emigração maciça de médicos e deterioração

da infraestrutura. Há questionamentos metodológicos antigos sobre a mortalidade infantil (classificação de óbitos neonatais).

7. Fontes.

- WDI/GHED (link acima).
 - Diário de Cuba: https://diariodecuba.com/cuba/1767441225_64645.html
 - Pontificia Universidad Javeriana Cali: <https://www.javerianacali.edu.co/noticias/la-crisis-del-sistema-de-salud-cubano-se-profundiza-menos-cirugias-escasez-de-medicamentos>
 - CiberCuba: <https://www.cibercuba.com/noticias/2026-07-04-u1-e208574-s27061-nid334161-regimen-admite-indicadores-salud-han-caido-niveles>
 - OPS/PAHO: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-cuba>
-

Europa

Pesquisa atualizada em 25/09/2026. Texto para pediatra brasileiro.

Nota metodológica (leia antes)

- **Dados de gasto:** OMS Global Health Expenditure Database (GHED), extraídos via API do Banco Mundial (indicadores SH.XPD.), *consulta em 25/09/2026. A série já traz 2023 e 2024** para a maioria dos países (não 2021/2022); o ano de cada dado está indicado. Atenção: os anos não coincidem entre indicadores (ex.: % do bolso = 2024, % público = 2023).
 - **"% público"** = indicador GHED *Domestic general government health expenditure* (% do gasto corrente), que inclui a seguridade social. Em **França e Países Baixos** esse valor (≈68%) é bem menor que o "governo + seguro compulsório" publicado pela OCDE (≈80–85%, segundo *Health at a Glance: Europe*), porque a GHED classifica parte do financiamento compulsório via seguradoras/complementares como privado. Valor OCDE exato para 2023/2024 (a confirmar).
 - **"% privado doméstico"** (GHED) = do bolso + seguro voluntário + ONGs + empresas. O **% de seguro privado voluntário (VHI)** isolado não pôde ser extraído — (a confirmar).
 - **Per capita em US\$ PPP:** consulta bloqueada (limite de acesso) — (a confirmar); apresento apenas US\$ correntes.
 - **Mortalidade infantil** (<1 ano/1.000 nascidos vivos): estimativas UN IGME via Banco Mundial (SP.DYN.IMRT.IN), ano 2024.
-

1. Reino Unido

Modelo: Beveridge (serviço nacional financiado por impostos). NHS criado pelo *NHS Act 1946*, em funcionamento desde 5/7/1948. Saúde é competência devolvida: quatro sistemas distintos (Inglaterra, Escócia, País de Gales, Irlanda do Norte).

Financiamento: impostos gerais (maior parte) + parcela das contribuições de National Insurance; copagamentos mínimos (medicamentos com prescrição apenas na Inglaterra; odontologia e óptica). GHED: gasto corrente **11,1% do PIB (2024)**; **US\$ 5.860 per capita (2024)**; público **81,8% (2023)**; do bolso **14,6% (2024)**; privado doméstico total **18,2% (2023)**.

Gestão: na Inglaterra, o *Health and Care Act 2022* extinguiu os CCGs e criou **42 Integrated Care Systems/Integrated Care Boards (ICBs)** (1/7/2022), que compram serviços para sua população. Em **13/03/2025** o governo anunciou a **abolição do NHS England** e sua fusão com o Department of Health and Social Care (DHSC) (meta: abril de 2027), com corte de ~50% do pessoal de NHSE/DHSC e dos custos administrativos dos ICBs, e consolidação de 42 para 26 ICBs (fusões em 2026–2027). O **Health Bill 2026-27** (apresentado em 14/05/2026) concluiu a Câmara dos Comuns em 08/09/2026 e segue para a Câmara dos Lordes; também transfere o comissionamento da atenção primária aos ICBs e extingue a Healthwatch England. **Escócia:** 14 *Health Boards* territoriais integrados, sem separação comprador-prestador. **Gales:** 7 *Local Health Boards* integrados. **Irlanda do Norte:** saúde e assistência social integradas, 5 *HSC Trusts*; o *Health and Social Care Board* foi substituído (2022) pelo *Strategic Planning and Performance Group* dentro do Departamento de Saúde. Prestadores majoritariamente públicos (NHS Trusts); GPs são contratados independentes. **Gatekeeping** forte pelo GP. Pagamento: GP por capitação (*Global Sum*) + desempenho (QOF); hospitais pelo *NHS Payment Scheme* (pagamento misto com tarifas HRG, tipo DRG).

Cobertura: universal para residentes, gratuita no ponto de uso. Receitas gratuitas na Escócia, Gales e Irlanda do Norte; na Inglaterra, isenção para <16 anos (e 16–18 em educação). Seguro privado complementar (~10% da população (a confirmar)) para acesso mais rápido.

Saúde da criança: atenção primária pelo GP (não pelo pediatra); *health visitors* (Healthy Child Programme) acompanham 0–5 anos; pediatras atuam em hospitais e serviços comunitários. Vacinação gratuita (calendário do NHS). **Mortalidade infantil: 4,1/1.000 (2024)**, a mais alta do grupo.

Reformas e desafios: filas eletivas longas, crise de urgência, déficit de pessoal; *10 Year Health Plan* (2025) — do hospital para a comunidade, do analógico para o digital, do tratamento para a prevenção; prontuário único via NHS App previsto a partir de 2028.

2. Itália

Modelo: Beveridge regionalizado. **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** criado pela **Lei 833/1978**, substituindo as antigas caixas de seguro (*mutue*). Reformas de 1992–93 (aziendalizzazione) e reforma constitucional de 2001 (competência concorrente Estado-regiões).

Financiamento: impostos (IRAP, adicional regional do IRPEF, parcela do IVA) distribuídos às regiões pelo *Fondo Sanitario Nazionale* com critérios de capitação ponderada; copagamentos (*ticket*) em consultas especializadas, exames e alguns medicamentos. GHED: **8,4% do PIB (2024)** — o menor do grupo; **US\$ 3.398 per capita (2024)**; público **73,1% (2023)**; do bolso **22,3% (2024)**; privado doméstico **26,9% (2023)**.

Gestão: o Estado define os **LEA** (*Livelli Essenziali di Assistenza*, atualizados em 2017) e o financiamento; **21 regiões/províncias autônomas** organizam e gerem os serviços por meio das **ASL** (*Aziende Sanitarie Locali*) e *Aziende Ospedaliere*. Forte variação Norte-Sul; regiões em déficit ficam sob *Piani di rientro*. Prestadores públicos e privados credenciados (*accreditati*). Gatekeeping pelo *medico di medicina generale* (MMG), contratado por convênio nacional e pago principalmente por capitação; hospitais por DRG + orçamentos.

Cobertura: universal para residentes; isenções de *ticket* por renda, idade, doenças crônicas/raras. Gasto do bolso elevado e seguros/fundos complementares em crescimento.

Saúde da criança: modelo com **pediatra na atenção primária** — o *pediatra di libera scelta* (PLS) é obrigatório de 0 a 6 anos e opcional até 14 anos, pago por capitação. Vacinação gratuita; o **Decreto Lorenzin (2017)** tornou 10 vacinas obrigatórias para o ingresso escolar. **Mortalidade infantil: 2,3/1.000 (2024).**

Reformas e desafios: o PNRR (2021–2026) financiou *Case della Comunità, Ospedali di Comunità* e telemedicina (DM 77/2022). A reforma da medicina geral do ministro Schillaci (MMG com horas obrigatórias nas Casas da Comunidade, parte como assalariados) **foi suspensa em junho de 2026** por divergências na coalizão e oposição sindical; próximo ao prazo de 30/06/2026, apenas ~4% das 1.715 Casas previstas estavam plenamente operacionais (segundo a imprensa). Faltam médicos e enfermeiros, há listas de espera e mobilidade sanitária Sul → Norte.

3. França

Modelo: Bismarck (seguro social) com crescente financiamento fiscal. A *Sécurité sociale* foi criada pelas *ordonnances* de 1945; a **CMU (1999)** foi substituída pela **PUMa – Protection Universelle Maladie (2016)**, que garante cobertura por residência.

Financiamento: contribuições sobre salários (patronais; a contribuição do empregado para doença foi praticamente substituída pela **CSG** em 2018), CSG sobre todas as rendas, impostos afetados e transferências. Seguro **complementar** (*mutuelles*, instituições de previdência, seguradoras) cobre o *ticket modérateur*; é **obrigatório para empregadores oferecerem** aos assalariados do setor privado desde 2016 (ANI). O Parlamento vota anualmente o **ONDAM** (teto de gasto). GHED: **11,5% do PIB (2024)**; **US\$ 5.327 per capita (2024)**; público (GHED) **68,4% (2024)**; do bolso **9,2% (2024)** — o menor do grupo; privado doméstico **31,6% (2024)** (inclui complementares).

Gestão: Estado (Ministério e Parlamento) define orçamento e preços; **Assurance Maladie** (CNAM, com caixas primárias CPAM) é o principal pagador; **ARS** (Agências Regionais de Saúde, 2010) planejam regionalmente. Prestadores: hospitais públicos, privados sem e com fins lucrativos; médicos ambulatoriais liberais pagos por ato (com complementos por capitação/metabolismo — ROSP). Hospitais por **T2A** (tipo DRG). *Parcours de soins* com **médecin traitant** (gatekeeping "suave": reembolso menor sem encaminhamento).

Cobertura: universal; copagamentos (*ticket modérateur, participation forfaitaire*, franquias médicas); isenção para doenças crônicas graves (ALD). *Complémentaire santé solidaire* (2019) para baixa renda; reforma *100% Santé* (2019–2021) zerou gastos em óculos, próteses dentárias e auditivas de referência.

Saúde da criança: modelo misto — pediatras e clínicos gerais atuam no ambulatório; **PMI** (Proteção Materno-Infantil, departamental) faz prevenção e vacinação gratuita. **11 vacinas obrigatórias** para nascidos a partir de 2018; meningococos ACWY e B tornaram-se obrigatórios para nascidos a partir de 1/1/2025. **Mortalidade infantil: 3,4/1.000 (2024)**, com tendência de estagnação/aumento discutida no país.

Reformas e desafios: a **LFSS 2026** (adotada em 16/12/2025) fixou o **ONDAM 2026 em € 274,4 bi (+3,1%)**, com déficit do ramo doença de € 13,8 bi; plano de € 1 bi para dívidas hospitalares. Desafios: déficit crônico da *Sécurité sociale*, "desertos médicos", crise nas urgências e na pediatria hospitalar.

4. Alemanha

Modelo: Bismarck — o sistema de seguro social mais antigo do mundo (**lei de 1883**). Base legal atual: **SGB V** (Código Social, Livro V, 1988). Seguro-saúde obrigatório desde 2009 (GKV ou PKV).

Financiamento: contribuições sobre salários ao **Gesundheitsfonds** (fundo central, 2009): alíquota geral de **14,6%**, dividida igualmente entre empregado e empregador, + **contribuição adicional** de cada caixa (média oficial **2,9% em 2026**, também dividida), até um teto de renda; subsídio federal. O fundo redistribui às caixas por capitação ajustada ao risco (**Morbi-RSA**). **PKV:** prêmios por risco para quem está acima do limite de renda, autônomos e servidores (com *Beihilfe*). **GHED: 12,3% do PIB (2024)** — o maior do grupo; **US\$ 6.849 per capita (2024)**; público **79,1% (2023)**; do bolso **10,7% (2024)**; privado doméstico **20,9% (2023)**.

Gestão: autogoverno corporativo — cerca de 95 caixas (*Krankenkassen*) [número exato não verificado] negociam com associações de médicos (KVs) e hospitais; o **G-BA** (Comitê Federal Conjunto) define a cesta de benefícios; os *Länder* planejam e investem nos hospitais. Livre escolha de médico, **sem gatekeeping obrigatório**. Médicos ambulatoriais pagos por tabela (EBM) dentro de orçamentos regionais; hospitais por **G-DRG**.

Cobertura: ~88–90% na GKV e ~10% na PKV [aprox., não verificado]; praticamente universal. Copagamentos baixos (medicamentos, internação por dia), com teto de 2% da renda (1% para crônicos). **Filhos são coasegurados gratuitamente** (*Familienversicherung*).

Saúde da criança: pediatras (*Kinder- und Jugendärzte*) atuam na atenção primária; programa de consultas preventivas U1–U9 e J1. Vacinação recomendada pela STIKO, gratuita; vacina contra sarampo obrigatória para creche/escola (*Masernschutzgesetz*, 2020). **Mortalidade infantil: 3,1/1.000 (2024)**.

Reformas e desafios: reforma hospitalar **KHVG (2024)**, ajustada pela **KHAG (aprovada no Bundestag em 06/03/2026)**: 61 grupos de serviços, financiamento por disponibilidade (*Vorhaltevergütung*) adiado, com efeito pleno em 2030; fundo de transformação de € 29 bi financiado pelo orçamento federal. Governo planeja um **sistema de médico de primeiro contato (Primärarztsystem)** [projeto em 2026; status não verificado]. Desafio: alta das contribuições adicionais e déficit das caixas.

5. Espanha

Modelo: Beveridge descentralizado. **Lei Geral de Saúde (Lei 14/1986)** criou o **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, substituindo o seguro social; financiamento por impostos desde 1999; transferência completa às comunidades autônomas em **2002**; Lei 16/2003 de coesão e qualidade.

Financiamento: impostos gerais, inseridos no financiamento autonômico geral (as CCAA decidem quanto destinar à saúde). Copagamento de medicamentos ambulatoriais por renda (RDL 16/2012, com isenções ampliadas depois). **GHED: 9,2% do PIB (2023)**; **US\$ 3.107 per capita (2023)**; público **73,2% (2023)**; do bolso **20,9% (2023)**; privado doméstico **26,8% (2023)**.

Gestão: o Ministério da Saúde define a cesta comum e coordena pelo **Conselho Interterritorial**; **17 comunidades autônomas** compram e prestam serviços (serviços regionais de saúde, áreas de saúde). Prestadores predominantemente públicos com profissionais assalariados; concessões privadas (modelo Alzira) em algumas regiões. **Gatekeeping** pelo médico de família em centros de saúde. Hospitais por orçamento global/contratos-programa.

Cobertura: universal para residentes, reforçada pelo **RDL 7/2018**. Sem copagamento em consultas e internações. Servidores públicos (MUFACE e similares) podem optar por seguradoras privadas; seguro

privado duplicado em expansão.

Saúde da criança: pediatria na atenção primária (centros de saúde, 0–14 anos), com carência crescente de pediatras de AP. Calendário vacinal comum do Conselho Interterritorial, gratuito.

Mortalidade infantil: 2,6/1.000 (2024).

Reformas e desafios: o **Projeto de Lei de Gestão Pública e Integridade do SNS** (aprovado pelo Conselho de Ministros em 12/05/2026 e enviado ao Congresso) revoga a Lei 15/1997, torna a gestão direta pública a regra e a gestão indireta excepcional, com avaliação prévia obrigatória. Desafios: listas de espera, desigualdade entre CCAA, crise do modelo MUFACE, falta de médicos de família e pediatras.

6. Portugal

Modelo: Beveridge. **SNS** criado pela **Lei 56/79**; nova **Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019)**; novo Estatuto do SNS (2022) e criação da **Direção Executiva do SNS** (2022/2023).

Financiamento: impostos gerais via Orçamento do Estado; subsistemas (ex.: **ADSE** para servidores); seguros privados voluntários. As **taxas moderadoras** foram eliminadas nos cuidados primários (2020) e na maioria dos serviços do SNS (2022), exceto urgência sem referênciação. GHED: **10,2% do PIB (2024)**; **US\$ 2.971 per capita (2024)**; público **61,4% (2023)** — o menor do grupo; do bolso **28,2% (2024)** — o maior do grupo; privado doméstico **38,5% (2023)**.

Gestão: centralizado no Ministério da Saúde e Direção Executiva, com ACSS gerindo finanças. Em **1º/1/2024** o SNS foi reorganizado em **39 Unidades Locais de Saúde (ULS)**, integrando hospitais e centros de saúde (ACES) sob uma mesma gestão e financiamento por capitação ajustada ao risco [modelo de pagamento: não verificado em detalhe]. Atenção primária em **USF** (Unidades de Saúde Familiar), com generalização do modelo B (pagamento com componente por desempenho). **Gatekeeping** pelo médico de família. Setor privado forte (hospitais privados, convencionados em exames).

Cobertura: universal; ~1,5 milhão de pessoas sem médico de família atribuído [número não verificado]; gasto do bolso alto (medicamentos, odontologia).

Saúde da criança: o **médico de família** faz a vigilância de saúde infantil nos centros de saúde (com enfermagem); pediatras sobretudo em hospitais. **Programa Nacional de Vacinação** gratuito e não obrigatório, com alta cobertura. **Mortalidade infantil: 2,7/1.000 (2024).**

Reformas e desafios: consolidação das ULS (o governo eleito em 2024 anunciou revisão do modelo das ULS e da Direção Executiva); plano de emergência para urgências de obstetrícia e pediatria; escassez de médicos de família e fuga para o privado/estrangeiro.

7. Países Baixos

Modelo: **seguro obrigatório privado regulado** (competição gerida), após a **Zorgverzekeringswet (Zvw, 2006)**, que unificou o seguro social e o privado. Cuidados de longa duração pela **Wlz (2015)**; apoio social (**Wmo 2015**) e cuidados de jovens (**Jeugdwet 2015**) sob os municípios.

Financiamento (Zvw): (1) **prêmio nominal** pago à seguradora por todo adulto (≥18 anos); (2) **contribuição dependente de renda** paga pelo empregador ao fundo de equalização [alíquota 2026 não verificada]; (3) contribuição do Estado pelas crianças; (4) **zorgtoeslag** (subsídio) para baixa renda.

Franquia obrigatória (*eigen risico*) de **€ 385/ano (2026)**; a redução prevista para € 165 em 2027 foi suspensa por falta de apoio político. GHED: **10,0% do PIB (2024)**; **US\$ 6.845 per capita (2024)**; público (GHED) **68,4% (2023)** (a OCDE classifica a Zvw como compulsória, resultando em proporção bem maior); do bolso **11,8% (2024)**; privado doméstico **31,6% (2023)**.

Gestão: seguradoras privadas (poucos grandes grupos) compram serviços e competem por segurados; aceitação obrigatória e prêmio comunitário; **equalização de risco** pelo fundo. Regulação: NZa (preços/mercado), Zorginstituut (cesta), IGJ (qualidade). **Gatekeeping forte** pelo *huisarts* (médico de família), pago por capitação + consulta + módulos. Hospitais majoritariamente privados sem fins lucrativos, pagos por **DBC/DOT** (tipo DRG) negociado.

Cobertura: universal (obrigatória para residentes; poucos não segurados); cesta nacional definida em lei; seguro complementar voluntário (odontologia adulta, fisioterapia) muito difundido.

Saúde da criança: crianças <18 anos não pagam prêmio nem franquia. Atenção primária pelo *huisarts*; pediatras no hospital. A **Jeugdgezondheidszorg** (consultatiebureau, municipal) faz o acompanhamento preventivo 0–18 anos e aplica o **Rijksvaccinatieprogramma** (gratuito, não obrigatório). **Mortalidade infantil: 3,4/1.000 (2024)**.

Reformas e desafios: acordo IZA (2022) e GALA sobre cuidado adequado; debate sobre franquia; pressão de custos nos cuidados de longa duração e juvenis; escassez de pessoal.

8. Suécia

Modelo: Beveridge descentralizado. Base: **Lei de Saúde e Assistência Médica (HSL 1982; nova HSL 2017:30)**. Responsabilidade das **21 regiões** (antigos condados) e dos **290 municípios** (idosos e deficiência).

Financiamento: **impostos de renda regionais e municipais** (fonte principal) + transferências do Estado; copagamentos pequenos com teto anual (*högkostnadsskydd*) para consultas e medicamentos. GHED: **11,2% do PIB (2024)**; **US\$ 6.485 per capita (2024)**; público **86,1% (2023)** — o maior do grupo; do bolso **13,4% (2024)**; privado doméstico **13,9% (2023)**.

Gestão: altamente descentralizado; regiões compram e prestam (hospitais majoritariamente públicos); a reforma **Vårdval (2010)** exige livre escolha de unidade de atenção primária, com prestadores privados pagos pela região (principalmente capitação ajustada + pagamento por visita/desempenho, variando por região). Sem gatekeeping formal em muitas regiões. Estado regula e supervisiona (Socialstyrelsen, IVO, TLV); "garantia de atendimento" com prazos máximos (0-3-90-90 dias).

Cobertura: universal por residência; seguro privado voluntário pequeno (acesso mais rápido, pago por empregadores).

Saúde da criança: rede de **BVC (barnvårdscentral)**, liderada por enfermeiros na atenção primária, com médico de família e/ou pediatra; saúde escolar (*elevhälsan*). Consultas para crianças/jovens gratuitas na maioria das regiões; vacinação gratuita e não obrigatória. **Mortalidade infantil: 2,0/1.000 (2024)**, a menor do grupo.

Reformas e desafios: o comitê **Vårdansvarskommittén (SOU 2025:62, 02/06/2025)** rejeitou a estatização total da saúde (defendida por KD e SD) e propôs mais responsabilidade estatal em seis

áreas: força de trabalho, medicamentos, **vacinações**, rastreamentos, psiquiatria forense e ambulância aérea. Desafios: filas, desigualdade entre regiões, falta de leitos.

Fontes

Dados comparativos

- OMS GHED: <https://apps.who.int/nha/database>
- Banco Mundial — gasto corrente % PIB (dados GHED):
<https://api.worldbank.org/v2/country/GBR;ITA;FRA;DEU;ESP;PRT;NLD;SWE/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?format=json&mrnev=1>
- Idem — per capita US\$: .../indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD ; público: .../SH.XPD.GHED.CH.ZS ; do bolso: .../SH.XPD.OOPC.CH.ZS ; privado doméstico: .../SH.XPD.PVTD.CH.ZS
- Mortalidade infantil (UN IGME via Banco Mundial):
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2024*: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- European Observatory — Health Systems in Transition (HiT) e Health Systems and Policy Monitor:
<https://eurohealthobservatory.who.int/countries>
- Commonwealth Fund — International Health Care System Profiles:
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center>

Reino Unido

- House of Commons Library, Health Bill 2026-27: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-11078/>
- Institute for Government, "One year on...": <https://www.instituteforgovernment.org.uk/comment/one-year-abolish-nhs-england>
- NHS England, fusões de ICBs 2026/2027: <https://www.england.nhs.uk/long-read/implementing-integrated-care-board-mergers-and-boundary-changes-to-take-effect-in-april-2026-and-2027/>
- NHS Confederation: <https://www.nhsconfed.org/publications/abolishing-nhs-england-what-you-need-know>

Itália

- Il Fatto Quotidiano (11/06/2026): <https://www.ilfattoquotidiano.it/2026/06/11/riforma-medici-base-case-comunita-notizie/8416267/>
- Il Sole 24 Ore: <https://www.ilsole24ore.com/art/medici-famiglia-governo-rinuncia-riforma-rischio-case-comunita-AIQHRUUD>

França

- VIDAL, LFSS 2026 adotada: <https://www.vidal.fr/actualites/37257-le-plfss-2026-definitivement-adopte.html>
- PLFSS 2026, Anexo 5 (ONDAM): <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2026/PLFSS2026-Annexe5-2025-10->

Alemanha

- BMG, contribuições GKV: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>
- Bundestag, KHAG (06/03/2026): <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw10-de-krankenhausreform-1151184>
- Bundestag hib, Primärarztsystem: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1115234>

Espanha

- Ministério da Saúde, Projeto de Lei de Gestão Pública e Integridade do SNS: <https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6906>

Portugal

- Governo de Portugal, reforma das ULS 2024: <https://portugal.gov.pt/gc23/comunicacao/noticias/nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- SNS, nova fase da organização: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- ECO, revisão do modelo das ULS (2024): <https://eco.sapo.pt/2024/04/10/governo-quer-rever-modelo-das-uls-e-direcao-executiva-do-sns/>

Países Baixos

- Zorginstituut, eigen risico: <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/e/eigen-risico-zvw>
- ZorgverzekeringWijzer, redução da franquia suspensa: <https://www.zorgverzekeringwijzer.nl/zorgverzekering-2026/verlaging-eigen-risico-van-de-zorgverzekering-voorlopig-van-de-baan/>

Suécia

- SOU 2025:62 *Ansvaret för hälso- och sjukvården*: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/ansvaret-for-halso-och-sjukvarden_hdb362/html/
- Läkartidningen: <https://lakartidningen.se/nyheter/sa-vill-vardansvarskommitten-forandra-varden/>
- SVT: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svt-erfar-partierna-splittrade-om-statlig-sjukvard>
- European Observatory, Sweden HiT 2023: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>

Ásia e Oceania

Pesquisa feita em 25/09/2026. **Fonte dos números de gasto:** OMS Global Health Expenditure Database (GHED), baixados pela API do Banco Mundial (indicadores SH.XPD., *atualização de 13/07/2026*). O ano de referência é 2023 (Coreia: 2024). Na OMS, "gasto público" (domestic general government) inclui impostos e seguro social compulsório. "Outros privados" = gasto privado doméstico menos gasto do bolso; é um cálculo nosso e junta seguro voluntário, empresas e ONGs. O GHED não separa o seguro privado voluntário (VHI) nessa consulta. *Mortalidade infantil** (menores de 1 ano, por 1.000 nascidos vivos): UN IGME via Banco Mundial (SP.DYN.IMRT.IN), 2024.

1. Japão

Modelo: Bismarck (seguro social) com muitos fundos e uma tabela nacional única de preços. A Lei do Seguro-Saúde é de 1922, e a cobertura universal ("kaihoken") chegou em 1961.

Financiamento: contribuições sobre salários, divididas meio a meio entre empregado e empregador. Na Kyokai Kenpo (fundo das pequenas e médias empresas), a alíquota média nacional caiu de 10,0% para **9,9% em 2026 (ano fiscal 2026)**. O fundo das grandes empresas (kenpo kumiai) tem alíquotas próprias. Impostos gerais cobrem cerca de 40% (a confirmar) e subsidiam o NHI municipal e o seguro dos idosos com 75 anos ou mais. Desde **abril/2026** existe a "contribuição de apoio à criança" (kodomo-kosodate shienkin), cobrada junto com o prêmio de saúde. A média prevista é de cerca de ¥450/mês por pessoa quando estiver plena em 2028. GHED 2023: gasto **10,74% do PIB, US\$ 3.638** per capita (US\$ PPP 5.365), **84,8% público, 12,2% do bolso**, outros privados 2,9%.

Gestão: milhares de seguradoras (~3 mil (a confirmar)), entre elas fundos de empresa, Kyokai Kenpo, mútuas de servidores e NHI municipal/provincial. O Ministério da Saúde (MHLW) revisa a tabela de preços a cada 2 anos (+0,88% em 2024). As províncias fazem o planejamento regional. A maioria dos hospitais e clínicas é privada sem fins lucrativos. **Não há gatekeeping**. O pagamento é por serviço pela tabela, com DPC (pagamento por diária ajustada por diagnóstico) nos hospitais agudos.

Cobertura: universal e compulsória. Copagamento de 30% (20% para menores de 6 anos, 10–30% para idosos), com teto mensal ("kogaku ryoyohi").

Criança: pediatras em clínicas privadas fazem a atenção primária. Municípios e províncias subsidiam o copagamento infantil, frequentemente até zerá-lo. As vacinas de rotina (teiki sesshu) são gratuitas. Existe a Caderneta Materno-Infantil (Boshi Techo) e a Agência da Criança e da Família (2023). **Mortalidade infantil: 1,8 (2024)**.

Reformas 2020–26: carteira de seguro ligada ao cartão My Number (as carteiras antigas deixaram de ser emitidas em dez/2024). Auxílio-parto de ¥500 mil (2023). Reformas de preço de medicamentos (2024–25). Novo apoio à criança (2026). **Desafios:** envelhecimento, baixa natalidade e sustentabilidade do seguro dos idosos.

Fontes: [Commonwealth Fund – Japão \(fev/2026\)](#); [Kyokai Kenpo – alíquotas 2026](#); [Contribuição de apoio à criança](#); [OMS GHED](#); [Banco Mundial](#).

2. Coreia do Sul

Modelo: seguro nacional único (NHI, pagador único). O seguro compulsório começou em 1977 nas grandes empresas e ficou universal em 1989. Os mais de 300 fundos foram fundidos no **NHIS** em 2000 (Lei do Seguro Nacional de Saúde, 1999).

Financiamento: contribuição de **7,09% (2024–25) e 7,19% em 2026**, dividida meio a meio entre empregado e empregador. Para 2027 a alíquota foi **congelada em 7,19%**. Autônomos contribuem por pontos de renda e patrimônio (211,5 won/ponto). O Estado dá um subsídio. O Medical Aid (financiado por impostos) cobre os pobres, cerca de 3% da população (a confirmar). GHED **2024: 8,68% do PIB, US\$ 3.137** per capita (PPP 5.081), **56,6% público, 33,7% do bolso** (acima do número da OCDE; varia com a metodologia), outros privados 9,7%, com seguro privado suplementar muito difundido.

Gestão: o NHIS é o comprador nacional, e o HIRA avalia e revisa as contas e a qualidade. Os prestadores são cerca de 90% privados (a confirmar). Não há gatekeeping formal, mas o copagamento é mais alto em hospitais terciários. O pagamento é por serviço (tabela de valor relativo), com DRG para 7 grupos de procedimentos.

Cobertura: universal. O copagamento é alto: cerca de 20% na internação e 30–60% no ambulatório conforme o nível do serviço, além de muitos itens "não cobertos". Há reduções para crianças (5% para menores de 1 ano, internação de menores de 15 anos) (a confirmar). Para doenças raras e graves, a coparticipação cai de 10% para 5% (aprovado em set/2026).

Criança: pediatras em clínicas privadas; vacinação do NIP gratuita até 12 anos (KDCA). Há crise de residentes de pediatria e fechamento de emergências pediátricas. **Mortalidade infantil: 2,3 (2024).**

Reformas 2020–26: plano "Moon Care" de cobrir itens não cobertos (2017–22). Crise médica: em fev/2024 o governo anunciou +2.000 vagas de medicina, os residentes pediram demissão em massa e, em abr/2025, as vagas de 2026 voltaram a 3.058. **Desafios:** gasto do bolso alto, envelhecimento acelerado e a menor fecundidade do mundo.

Fontes: [NHIS – alíquota](#); [KoreaBiomed 2026](#); [Kyunghyang, set/2026](#); [Crise médica 2024–26](#); [OMS GHED](#).

3. China

Modelo: misto/segmentado, com seguro social básico público e prestação predominantemente pública. As etapas foram: UEBMI (1998); NCMS rural (2003); URBMI (2007); fusão rural+urbano no **URRBMI** (2016); criação da **NHSA** (Administração Nacional de Segurança em Saúde) em **2018**.

Financiamento: no **UEBMI** (empregados urbanos), o empregador paga 7–10,5% da folha (varia por cidade) e o empregado 2%. O **URRBMI** (residentes) é voluntário e subsidiado: cerca de 2/3 pelo governo e 1/3 pela família, per capita anual (em 2021, CNY 580 do governo + CNY 320 da família). Há também seguro para doenças catastróficas e assistência médica. GHED 2023: **5,94% do PIB, US\$ 763** per capita (PPP 1.487), **57,1% público, 32,2% do bolso**, outros privados 10,7%.

Gestão: a NHSA compra serviços, negocia a lista de medicamentos e faz compras centralizadas por volume (reduções médias de mais de 70%). A gestão dos fundos é municipal ou provincial, portanto muito descentralizada. Os hospitais são majoritariamente públicos. **Não há gatekeeping**, e há superlotação dos hospitais terciários. Existem contratos voluntários com médico de família. O pagamento passou de serviço para **DRG/DIP** (por pacote diagnóstico) a partir de 2021.

Cobertura: cerca de 95% da população (≈1,3 bilhão, 2023). O seguro reembolsa cerca de 70% da internação e cerca de 50% do ambulatório, com tetos e franquias locais.

Criança: hospitais pediátricos e departamentos de pediatria nos hospitais; déficit de pediatras. O Programa Nacional de Imunização é gratuito. Em jul/2025 o governo anunciou um subsídio nacional de CNY 3.600/ano por criança menor de 3 anos [não verificado nas fontes consultadas]. **Mortalidade infantil: 4,1 (2024).**

Reformas 2020–26: fundo ambulatorial compartilhado no UEBMI (2021); DRG/DIP nacional; compras por volume; cobrança e liquidação única nos hospitais (2024); fusão do seguro-maternidade. **Desafios:**

desigualdade entre rural e urbano, envelhecimento, sustentabilidade dos fundos e fraqueza da atenção primária.

Fontes: [Commonwealth Fund – China 2026 \(PDF\)](#); [OIT – China UHC 2025](#); [OMS GHED](#).

4. Índia

Modelo: misto e fragmentado, com gasto predominantemente do bolso. A rede pública é financiada por impostos (estados e Missão Nacional de Saúde, 2005/2013) e convive com esquemas de seguro:

Ayushman Bharat PM-JAY (2018), ESIS (seguro social de trabalhadores formais, 1948), CGHS (servidores) e seguro privado.

Financiamento: impostos gerais da União e dos estados (PM-JAY dividido 60:40 (a confirmar)); contribuições do ESIS (empregador 3,25%, empregado 0,75% (a confirmar)); prêmios privados. GHED 2023: **3,34% do PIB, US\$ 85** per capita (PPP 346), **39,0% público, 43,9% do bolso**, outros privados 14,7%. A Política Nacional de Saúde de 2017 tinha como meta gasto público de 2,5% do PIB até 2025.

Gestão: a saúde é competência dos estados. A Autoridade Nacional de Saúde (NHA) administra o PM-JAY por meio de agências estaduais, que comprem de hospitais públicos e privados credenciados. O pagamento é por **pacote/caso** (preços fixos), com transição planejada para DRG. A rede pública tem três níveis: postos e **Ayushman Arogya Mandirs** (178.154 em jul/2025), centros de saúde comunitários e hospital distrital. Não há gatekeeping efetivo. **O setor privado presta 64% do atendimento ambulatorial.**

Cobertura: não universal. O PM-JAY cobre os 40% mais pobres (≈120 milhões de famílias, ≈550 milhões de pessoas) com **INR 500 mil/família/ano** para internação secundária e terciária. Desde **out/2024** cobre também **todos os maiores de 70 anos** (Ayushman Vay Vandana). Estimativa de cobertura: ~50% público, ~20% privado, **~30% sem seguro.**

Criança: atenção pública pelas ASHAs, pelos ICDS/Anganwadi e pelo RBSK (triagem infantil). A vacinação do Programa Universal de Imunização (UIP) é gratuita, com registro U-WIN. Nas cidades predomina o pediatra privado. **Mortalidade infantil: 23,3 (2024)**, a mais alta do grupo.

Reformas 2020–26: Missão Digital Ayushman Bharat (ABHA ID); expansão para idosos (2024); Arogya Mandirs. **Desafios:** gasto do bolso e gastos catastróficos, baixo financiamento público, desigualdade entre estados e déficit de profissionais.

Fontes: [Commonwealth Fund – Índia \(mai/2026\)](#); [PMO – expansão 70+](#); [ORF – Vay Vandana](#); [OMS GHED](#).

5. Singapura

Modelo: misto, baseado em **poupança compulsória e seguro público catastrófico ("3M")**, com fortes subsídios estatais à oferta e responsabilidade individual. Marcos: **MediSave** 1984, **MediShield** 1990, **MediFund** 1993, **MediShield Life** 2015 (universal e vitalício), **CareShield Life** 2020.

Financiamento: o **MediSave** recebe 8–10,5% do salário, parte da contribuição do CPF dividida entre empregado e empregador. O **MediShield Life** cobra prêmios por idade (SGD 148/ano de 1 a 20 anos até SGD 2.093 aos 90+), com subsídios de prêmio. O **MediFund** é um fundo patrimonial estatal que funciona

como rede de segurança (SGD 161 mi a mais de 1,2 mi de pedidos, 2021). Impostos subsidiam 30–80% das contas públicas conforme a renda. GHED 2023: **4,49% do PIB, US\$ 3.922** per capita (PPP 6.551), **58,5% público, 25,4% do bolso** (48,2% em 2000), outros privados 16,1%, incluindo os planos privados Integrated Shield.

Gestão: o Ministério da Saúde regula e subsidia. Três *clusters* públicos regionais concentram cerca de 80% dos leitos agudos (a confirmar). Na atenção primária, **GPs privados fazem ~80%** e 26 policlínicas públicas o resto. Não há gatekeeping formal, mas o subsídio depende de encaminhamento. Hospitais públicos recebem blocos e pagamento por caso; o MediShield Life reembolsa com franquias (SGD 1.500–3.000) e cosseguro de 3–10%.

Cobertura: universal para cidadãos e residentes permanentes. A revisão de 2024 (implantação abr/2025–2027) elevou os tetos: enfermarias de SGD 1.000 para 1.630/dia, teto anual de 150 mil para **200 mil**. Os prêmios sobem cerca de 22% em 3 anos, compensados por SGD 4,1 bi em apoio.

Criança: pediatras privados, policlínicas e GPs. As vacinas do calendário nacional são gratuitas em policlínicas e em GPs do CHAS (desde 2020). Há conta de desenvolvimento infantil e crédito de MediSave ao nascer. **Mortalidade infantil: 2,2 (2024).**

Reformas 2020–26: Healthier SG (2023; mais de 700 mil inscritos com médico de família); revisão do MediShield Life (2025–27); hospital em casa (MIC@Home). **Desafios:** envelhecimento muito rápido e custos crescentes.

Fontes: [Commonwealth Fund – Singapura](#); [MOH – revisão MediShield Life](#); [OMS GHED](#).

6. Tailândia

Modelo: cobertura universal por impostos, com comprador separado do prestador. É **misto em três esquemas**: **UCS** ("cartão dourado", 2002, Lei Nacional de Segurança em Saúde, B.E. 2545; ~47,5 milhões de pessoas), **Seguro Social** (SSS, trabalhadores formais, contributivo) e **CSMBS** (servidores, financiado por impostos).

Financiamento: o UCS é financiado por impostos gerais, **sem contribuição**. O orçamento do ano fiscal 2026 passa de **265 bi baht**, com **4.173,04 baht per capita**. O SSS é tripartite (empregado/empregador/governo, 5% cada, com teto salarial (a confirmar)). GHED 2023: **4,54% do PIB, US\$ 327** per capita (PPP 1.067), **77,9% público, 9,9% do bolso** (um dos mais baixos do mundo para renda média), outros privados 12,1%.

Gestão: o **NHSO** (Escritório Nacional de Segurança em Saúde) compra os serviços do UCS. O pagamento é por **capitação** no ambulatório e na prevenção, via unidades contratantes de atenção primária (CUP) centradas no hospital distrital, e por **DRG com orçamento global** na internação. Os prestadores são majoritariamente públicos (Ministério da Saúde). Há **gatekeeping** por registro obrigatório na unidade de referência. O CSMBS paga por serviço, o que é mais caro.

Cobertura: universal (cerca de 99% (a confirmar)) com pacote amplo, incluindo TARV, diálise e alto custo. O copagamento simbólico de 30 baht tem muitos isentos.

Criança: atenção primária por médicos de família e equipes de saúde distrital com agentes voluntários (VHVs). O pediatra fica nos hospitais provinciais. O PAI (EPI) é gratuito. **Mortalidade infantil: 7,7 (2024).**

Reformas 2020–26: "30 baht, tratamento em qualquer lugar": piloto em 4 províncias em jan/2024, **nacional desde 01/01/2025**, com uso do documento de identidade em qualquer unidade credenciada. Houve ainda telemedicina e cobertura ampliada de serviços. **Desafios:** iniquidade entre os 3 esquemas, envelhecimento, pressão fiscal e sobrecarga dos hospitais.

Fontes: [PRD Thailand – 30 baht anywhere](#); [NHSO](#); [Thai PBS – orçamento ano fiscal 2026](#); [Tangcharoensathien et al., compra estratégica](#); [OMS GHED](#).

7. Israel

Modelo: seguro nacional compulsório (**Lei do Seguro Nacional de Saúde, 1995**) com **competição regulada entre 4 fundos sem fins lucrativos** (*kupot holim*): Clalit (o maior), Maccabi, Meuhedet e Leumit. É um híbrido de Bismarck e financiamento por impostos.

Financiamento: **imposto-saúde** pago só pelo empregado, recolhido pelo Instituto Nacional de Seguro: **3,23%** até 60% do salário médio e **5,17%** acima disso (2025), mínimo de NIS 123/mês (2026). A cesta é financiada por imposto-saúde (45,1%), orçamento do Estado (48,5%) e copagamentos (6,5%) (2022). Cerca de 80% da população tem seguro **complementar** dos próprios fundos (Shaban) e cerca de 40% tem também seguro comercial. GHED 2023: **7,10% do PIB, US\$ 3.928** per capita (PPP 4.033), **65,2% público, 20,5% do bolso**, outros privados 12,8%.

Gestão: o Ministério da Saúde define a **cesta nacional**, atualizada anualmente por comitê, e é dono de 11 hospitais. Os fundos recebem **capitação ajustada** (idade, sexo, periferia) e prestam a atenção primária. Há livre escolha e troca de fundo. Hospitais: 45 gerais, de propriedade do governo, da Clalit, de ONGs e privados. Os fundos fazem gatekeeping parcial.

Cobertura: universal, sem seleção de risco. Os fundos são proibidos de recusar membros. Há copagamentos por consulta de especialista e medicamentos, com tetos.

Criança: **pediatras na atenção primária** dos fundos. As **Tipot Halav** (centros materno-infantis do Ministério da Saúde e municípios) fazem puericultura e vacinação gratuita. **Mortalidade infantil: 2,7 (2024).**

Reformas 2020–26: impacto da guerra desde 7/10/2023 (saúde mental, reabilitação); o imposto-saúde subiu em 2025; déficit de enfermagem (5,5/1.000). **Desafios:** participação crescente do financiamento privado, desigualdade entre centro e periferia e populações árabe e ultraortodoxa, falta de profissionais.

Fontes: [Bituah Leumi – alíquotas](#); [Associação Médica de Israel – visão geral 2025 \(PDF\)](#); [Commonwealth Fund – Israel](#); [OMS GHED](#).

8. Austrália (Oceania — referência adicional)

Modelo: misto, com Medicare universal financiado por impostos, no estilo Beveridge para os hospitais públicos e NHI para o pagamento de médicos. O **Medibank** foi criado em 1975 e o **Medicare** em **1984**. O seguro privado é forte (~55% da população).

Financiamento: impostos gerais mais a **Medicare levy de 2%** da renda tributável. Existe uma sobretaxa de até 1,5% para quem tem renda alta e não tem seguro privado. Os prêmios privados são subsidiados

(rebate). Governos pagam 74% do gasto total (2022–23). GHED 2023: **10,40% do PIB, US\$ 6.980** per capita (PPP 7.691), **73,7% público, 15,8% do bolso**, outros privados 10,5%.

Gestão: a Commonwealth financia o **MBS** (tabela de pagamento por serviço para médicos) e o **PBS** (medicamentos). **Estados e territórios administram os hospitais públicos**, cofinanciados via **ABF** (financiamento por atividade, AR-DRG, preço nacional eficiente). Os GPs são privados e recebem por serviço. O "bulk billing" é atendimento sem cobrança ao paciente. Não há gatekeeping formal para o GP, mas é preciso encaminhamento para o especialista receber reembolso. As Primary Health Networks coordenam a atenção primária.

Cobertura: universal para residentes. Hospital público gratuito; odontologia e óculos de adultos em geral ficam de fora.

Criança: GP como porta de entrada, com pediatra por encaminhamento. Enfermeiras estaduais de saúde materno-infantil fazem a puericultura. O **National Immunisation Program** é gratuito. Há um esquema dental infantil (CDBS). **Mortalidade infantil: 3,1 (2024).**

Reformas 2020–26: MyMedicare, com vínculo voluntário ao GP (2023); Medicare Urgent Care Clinics (2023+); incentivos de bulk billing triplicados para menores de 16 anos e titulares de cartão de benefício (nov/2023) e **estendidos a todos a partir de 01/11/2025**, com incentivo de 12,5% às clínicas 100% bulk billing; copagamento do PBS reduzido para AUD 25 (jan/2026) (a confirmar). **Desafios:** custos do bolso com especialistas, filas eletivas, saúde indígena e áreas rurais.

Fontes: [Commonwealth Fund – Austrália \(mai/2026\)](#); [Governo – Bulk Billing Incentive Program](#); [MBS Online – mudanças 1/11/2025](#); [OMS GHED](#).

África

Pesquisa feita em 25/09/2026. **Fonte dos números de gasto:** OMS Global Health Expenditure Database (GHED), ano de referência **2023**. Os valores foram inicialmente lidos em bases que reproduzem GHED/WDI (Our World in Data, TheGlobalEconomy) e depois conferidos na API do Banco Mundial em 25/09/2026.

- **"% público"** = gasto doméstico do governo (*GGHE-D*), que inclui impostos e seguro social compulsório.
 - **"Externo"** = doadores. É um cálculo nosso a partir do gasto per capita por fonte (OWID "Health spending per person by source", 2023).
 - **"Outros privados"** = 100 – público – externo – do bolso. Junta seguro voluntário, empresas e ONGs. O GHED não separa o seguro voluntário nessa consulta.
 - **Per capita PPP:** soma das fontes na série OWID (dólares internacionais PPP).
 - **Mortalidade infantil** (<1 ano/1.000 nascidos vivos): UN IGME via OWID, 2024.
-

Contexto regional: meta de Abuja e dependência externa

A **Declaração de Abuja (abril/2001)** comprometeu os governos da União Africana a destinar **≥15% do orçamento público à saúde**. Em 2023 (GHED, gasto doméstico do governo em saúde como % do gasto geral do governo), só a **África do Sul (16,9%)** passa da meta; o valor de 2023 é idêntico ao de 2021 na

série, o que deve ser conferido. Os demais ficam abaixo: Gana 10,1%, Ruanda 8,9%, Quênia 8,7%, Egito 6,9%, Etiópia 5,7% e Nigéria 3,9%.

O **financiamento externo** (doadores) pesou, em % do gasto corrente em saúde de 2023 (cálculo nosso):

FAIXA	PAÍSES
Muito alto	Ruanda ~37%, Etiópia ~27%
Alto	Quênia ~20%
Moderado	Nigéria ~11%, Gana ~8,5%
Marginal	Egito ~3,5%, África do Sul ~2%

Em termos absolutos, porém, a África do Sul tem o maior programa de HIV do mundo, com apoio do PEPFAR. O corte da ajuda dos EUA em 2025 (desmonte da USAID e revisão do PEPFAR) abriu lacunas em HIV, TB, malária, nutrição e logística de vacinas. Um exemplo é o orçamento de Gana, que em 2025 passou a cobrir "lacunas da USAID". O efeito ainda não aparece nos dados do GHED, cujo ano mais recente é 2023.

1. África do Sul

Modelo: misto e segmentado. Um setor público financiado por impostos atende cerca de 84% da população (a confirmar). Os *medical schemes* (seguros privados sem fins lucrativos, regulados pelo Medical Schemes Act 1998) cobrem cerca de 16% (a confirmar). A **Lei do NHI** (seguro nacional único, fundo comprador único) foi sancionada em **15/05/2024**.

Financiamento: impostos gerais repassados às 9 províncias por *equitable share* e *conditional grants*. Nos *medical schemes*, os prêmios são pagos por empregado e empregador, com crédito fiscal. GHED 2023: **8,91% do PIB**; **US\$ 537** per capita (PPP ~1.354); **61,6% público**; **6,7% do bolso**; outros privados ~29,6%, quase tudo *medical schemes*; externo ~2%. É o país que mais gasta na região e está bem dividido entre os setores público e privado.

Gestão: as províncias gerem hospitais e o sistema distrital de saúde. O setor privado é hospitalar e especializado e paga por serviço. O Council for Medical Schemes regula os seguros, e há exigência de Benefícios Mínimos Prescritos (PMB).

Cobertura: atenção primária pública gratuita desde 1996. Nos hospitais públicos há taxa por renda (*means test*). Dois sistemas de qualidade muito desigual convivem.

Criança: a atenção primária é feita por enfermeiros (AIDPI/IMCI) nas clínicas. O pediatra fica no hospital. Atendimento gratuito para menores de 6 anos e gestantes desde 1994. As vacinas do EPI-SA são gratuitas. **Mortalidade infantil: 24,2 (2024)**.

Reformas 2020–26 / litígios: o NHI foi sancionado em 2024, mas é contestado por BHF, Western Cape, Solidarity e outros.

- Em **18–21/05/2026**, o Tribunal Constitucional ([2026] ZACC 19) derrubou por unanimidade o **"certificado de necessidade"** (arts. 36–40 da National Health Act). Esse certificado era o instrumento para redistribuir prestadores privados.

- Os casos sobre **participação pública** na tramitação do NHI foram ouvidos de 5 a 7/05/2026, e o julgamento ficou reservado. Se já houve decisão até set/2026: (a confirmar).
- Em fev/2026 o governo comprometeu-se a **não promulgar** dispositivos do NHI até a decisão. Na prática, a implementação está suspensa.

Desafios: desigualdade público/privado, falta de recursos fiscais para o NHI e HIV/TB.

Fontes: [Moonstone – suspensão](#); [EWN – julgamento reservado](#); [Daily Maverick – certificado de necessidade](#); [IRR](#); [OMS GHED](#).

2. Nigéria

Modelo: misto e fragmentado, **predominantemente pago do bolso**. O antigo NHIS (1999, voluntário) foi substituído pela **NHIA Act 2022** (maio/2022), que torna o seguro **obrigatório** para todos e cria o Fundo para Grupos Vulneráveis. Os estados operam seus próprios esquemas (SSHIA).

Financiamento: o **BHCPF** (National Health Act 2014) recebe no mínimo **1% da Receita Consolidada Federal**, mais doações. Pela divisão original, a NHIA recebe cerca de 50%, a NPHCDA 45% e emergências 5% [não verificado nesta pesquisa]. Setor formal: 15% do salário-base, sendo 10% do empregador e 5% do empregado (regra histórica) (a confirmar). GHED 2023: **4,19% do PIB; US\$ 67** per capita (PPP ~260); **14,3% público; 71,9% do bolso**, um dos mais altos do mundo; externo ~11%; outros privados ~2,5%.

Gestão: sistema federal com três níveis. O governo federal cuida dos hospitais terciários, os estados dos secundários e os governos locais da atenção primária (PHC). A NHIA credencia HMOs e esquemas estaduais. Pagamento por **capitação** na atenção primária e por serviço na secundária e terciária.

Cobertura: cerca de 9% com seguro público e 2% com privado em 2024 (Commonwealth Fund). A NHIA informa **>23 milhões** de inscritos (set/2026), cerca de 10% da população, e 2,7 milhões de vulneráveis atendidos pelo BHCPF.

Criança: menores de 5 anos são grupo prioritário do Fundo para Vulneráveis. A atenção primária é feita por agentes de saúde comunitários (CHEWs) e enfermeiros; o pediatra fica nos hospitais. Vacinas do NPI gratuitas. **Mortalidade infantil: 69,8 (2024)**, a maior do grupo.

Reformas 2020–26: NHIA Act 2022; "Health Sector Renewal Investment Initiative" (2023–); desembolsos do BHCPF aos estados; cobertura de câncer, HIV e TB pela NHIA (2026). **Desafios:** seguro obrigatório sem fiscalização efetiva, informalidade, gasto do bolso elevado e fuga de médicos (*japa*).

Fontes: [Commonwealth Fund – Nigéria](#); [NHIA – BHCPF](#); [NHIA 23 milhões \(set/2026\)](#); [BudgIT](#); [OMS GHED](#).

3. Quênia

Modelo: seguro social em transição para um fundo nacional único. O **NHIF (1966)** foi substituído pela **Social Health Authority (SHA)** em **1º/10/2024**, com base na Social Health Insurance Act 2023. O pacote legal inclui ainda a Primary Health Care Act, a Digital Health Act e a Facility Improvement Financing Act (todas de 2023).

Financiamento: SHIF = 2,75% da renda bruta dos assalariados, com mínimo de KSh 300/mês. Não assalariados pagam 2,75% da renda familiar estimada por teste de meios. O Estado subsidia os indigentes. A SHA tem três fundos:

- **Primary Healthcare Fund:** atenção primária gratuita, financiada por impostos.
- **SHIF:** internação e especialidades.
- **ECCIF:** emergências e doenças crônicas ou críticas.

GHED 2023: **4,35% do PIB**; **US\$ 85** per capita (PPP ~274); **44,9% público**; **24,2% do bolso**; externo ~20%; outros privados ~11%.

Gestão: sistema descentralizado. Desde a Constituição de 2010, os **47 condados** gerem a prestação de serviços. A SHA é a compradora nacional e contrata prestadores públicos, religiosos e privados. Na atenção primária, o pagamento é por capitação.

Cobertura: mais de 27 milhões de registrados (2025–26), mas só cerca de 3,9 milhões contribuíam ativamente em mar/2025.

Criança: a atenção primária é feita por *clinical officers*, enfermeiros e agentes comunitários (CHPs), com pediatras nos hospitais de condado e de referência. Vacinas do KEPI gratuitas. O programa Linda Mama (materno) foi absorvido pela SHA. **Mortalidade infantil: 34,2 (2024).**

Desafios: atraso nos pagamentos aos prestadores, dívidas herdadas do NHIF, falhas de TI, litígios constitucionais e a retirada de doadores em 2025.

Fontes: [Streamlinefeed – SHA 27 milhões](#); [MoH – SHA](#); [EY – SHIF](#); [OMS GHED](#).

4. Ruanda

Modelo: seguro comunitário (**Mutuelles de Santé/CBHI**) quase universal, com pilotos em 1999 e expansão nacional nos anos 2000 (lei do CBHI de 2008 (a confirmar)). Desde 2015 é gerido pela **RSSB**. Coexiste com o RAMA/RSSB para servidores e assalariados, o MMI para militares e seguros privados.

Financiamento: prêmios anuais por categoria socioeconômica (*Ubudehe*). Em **fev/2026** o prêmio passou a ser progressivo:

FAIXA DE RENDA	PRÊMIO ANUAL POR PESSOA
Mais pobres	Rwf 0 (pago pelo Estado)
Faixas intermediárias	Rwf 3.000, 5.000, 8.000 e 10.000
Faixa mais alta	Rwf 20.000

Há copagamento de cerca de 10% por episódio (a confirmar). Transferências do governo e dos doadores complementam o fundo.

GHED 2023: **5,13% do PIB**; **US\$ 53** per capita (PPP ~177); **47,0% público**; **4,1% do bolso**; externo ~37%, a maior dependência de doadores do grupo; outros privados ~12%. O gasto do bolso de 4,1% foi conferido na GHED via API do Banco Mundial (4,2% em 2022; 5,0% em 2021).

Gestão: centralizada no MoH e na RSSB, com prestação por distrito (hospital distrital, centros de saúde e postos). Há gatekeeping por nível e agentes comunitários (3 por aldeia). O pagamento era por serviço com *performance-based financing*, e há **piloto de capitação** (2026).

Cobertura: mais de 90% da população segurada; o CBHI cobre cerca de 93% dos segurados. **Criança:** o manejo integrado de doenças da infância na comunidade é feito por agentes comunitários. Vacinação gratuita, com cobertura acima de 95% (a confirmar). **Mortalidade infantil: 29,4 (2024).**

Desafios: sustentabilidade financeira do CBHI e dependência externa.

Fontes: [KT Press – prêmios 2026](#); [RRA – contribuição CBHI](#); [PMC – sustentabilidade do CBHI](#); [OMS GHED](#).

5. Gana

Modelo: **seguro nacional de saúde (NHIS)**, criado pela Act 650 (2003) e substituído pela Act 852 (2012). A NHIA é o comprador único nacional.

Financiamento:

FONTE	PARTICIPAÇÃO NO NHIS
NHIL (imposto de 2,5% sobre bens e serviços, junto com o IVA)	~70%
Desconto de 2,5% das contribuições previdenciárias (SSNIT)	~23%
Prêmios pagos pelos informais	~5%

Em **2025** o NHIL foi **"descapado"**: revogou-se o teto da Act 947/2017 que desviava a arrecadação do NHIS, e o orçamento de 2025 destinou GHS 9,93 bilhões ao NHIS.

GHED 2023: **2,95% do PIB**; **US\$ 70** per capita (PPP ~234); **63,2% público**; **26,7% do bolso**; externo ~8,5%; outros privados ~1,6%.

Gestão: o Ghana Health Service presta a atenção primária pelos CHPS (Community-based Health Planning and Services). Prestadores públicos, religiosos (CHAG) e privados são credenciados pela NHIA. Pagamento por **G-DRG** (desde 2008) mais tabela de medicamentos, com pilotos de capitação.

Cobertura: a filiação ativa ficou em torno de 55% (a confirmar). São **isentos de prêmio** os menores de 18 anos, gestantes (atenção materna gratuita desde 2008), maiores de 70 anos, indigentes e contribuintes do SSNIT. Crônicos atrasos no pagamento aos prestadores levam à cobrança informal dos pacientes.

Criança: a atenção primária é feita por enfermeiros comunitários dos CHPS; pediatras só nos hospitais regionais e de ensino. Vacinas do EPI gratuitas. **Mortalidade infantil: 27,5 (2024).**

Reformas 2025–26: descapamento do NHIL; "Free Primary Healthcare"; MahamaCares (doenças crônicas e saúde materno-infantil); fim da carência de 1 mês (nov/2025). **Desafios:** dívidas do NHIS e falta de pessoal.

Fontes: [ARHR – descapamento 2025](#); [NHIS – sobre](#); [AllAfrica – carência](#); [PMC – retenção no NHIS](#); [OMS GHED](#).

6. Egito

Modelo: em transição de um sistema segmentado para **seguro social universal**. A Universal Health Insurance Law nº 2/2018 substituiu o antigo HIO (1964) e é implantada **por fases, província a província**, em cerca de 15 anos. A lei separa três funções:

- **UHIA:** comprador.
- **GAHP:** rede pública prestadora.
- **GAHAR:** acreditação e regulação.

Financiamento: contribuições sobre salários. Pelo que se encontrou, são 1% do empregado e 4% do empregador, com adicionais por dependente (a confirmar). Os informais pagam uma contribuição própria. O Tesouro paga pelos "incapazes de pagar" (~30% da população). Há ainda impostos vinculados e empréstimos do Banco Mundial (US\$ 400 milhões) e da AFD (€150 milhões em 2026).

GHED 2023: **4,88% do PIB**; **US\$ 141** per capita (PPP ~905); **32,2% público**; **57,2% do bolso**; externo ~3,5%; outros privados ~7%.

Gestão: o Ministério da Saúde opera a rede. O setor privado é grande, sobretudo em ambulatório e farmácia. No novo sistema há porta de entrada pelo médico de família (unidades de família) e a UHIA contrata serviços públicos e privados acreditados.

Cobertura:

- **Fase 1:** 6 províncias (Port Said 2019, Ismailia, Luxor, Suez, Sinai do Sul e Assuã), com ~5,2–6 milhões inscritos e 82% de registro.
- **Fase 2** (em preparação em 2026): Minya, Matrouh, Damietta, Kafr El Sheikh e Sinai do Norte, com meta de 12–13 milhões de pessoas.
- Cairo e Giza ficam na última fase. Fora das províncias já cobertas, o sistema continua segmentado.

Criança: seguro dos escolares (1992) e dos menores de idade escolar (1997) no HIO. Iniciativas presidenciais de triagem neonatal (auditiva e metabólica) e o programa "100 Milhões de Vidas Saudáveis". Vacinação obrigatória e gratuita. **Mortalidade infantil: 20,8 (2024)**, a menor do grupo.

Desafios: gasto do bolso muito alto, ritmo lento da implantação e falta de médicos.

Fontes: [EnterpriseAM \(ago/2026\)](#); [Daily News Egypt – Minya](#); [EgyptToday – 82%](#); [Presidência – UHI](#); [OMS GHED](#).

7. Etiópia

Modelo: misto. Um sistema público financiado por impostos e doadores convive com o **seguro comunitário (CBHI)** para o setor informal, com pilotos em 2011 e expansão a partir de 2016. O CBHI é gerido pelo Ethiopian Health Insurance Service. O seguro social obrigatório para o setor formal (3% do empregado e 3% do empregador) **nunca foi implementado** por resistência dos trabalhadores.

Financiamento: impostos, doadores e prêmios do CBHI (ETB 500 por família por ano em 2022), com subsídio do governo às famílias indigentes (~10%). GHED 2023: **2,80% do PIB**; **US\$ 35** per capita (PPP ~86), o menor do grupo; **21,9% público**; **46,3% do bolso**; externo ~27%; outros privados ~5%.

Gestão: federalismo étnico. As regiões e os distritos (*woredas*) gerem os serviços. O sistema tem três níveis (centro de saúde mais postos, hospital primário, hospital geral e especializado). O **Health Extension Program (2003)** usa agentes de extensão em saúde, mulheres assalariadas, com 2 por *kebele*. O pagamento é por serviço, com pilotos de capitação.

Cobertura: o CBHI tem 11,1 milhões de famílias, cerca de 51 milhões de pessoas (~46% da população, 2024). Há **isenção universal** para saúde materno-infantil, imunização, TB, malária e antirretrovirais, e um sistema de isenção de taxas para os pobres.

Criança: os agentes de extensão fazem o manejo comunitário de doenças da infância (iCCM) e a vacinação, e os pediatras são escassos (hospitais). **Mortalidade infantil: 34,5 (2024)**. A série UN IGME (OMS/GHO) confirma 34,5 em 2024 e mostra pico de 49,9 em 2021 e 48,3 em 2022, seguido de 38,7 em 2023 — não é erro de digitação: o pico coincide com o período do conflito no norte do país.

Desafios: conflitos armados (Tigray 2020–22, Amhara e Oromia), corte da USAID em 2025 e baixa prioridade fiscal (5,7% do orçamento).

Fontes: [Commonwealth Fund – Etiópia](#); [EHIS](#); [R4D – desafios do CBHI](#); [OMS GHED](#).

Fontes de dados gerais

- [OMS GHED](#)
 - [OWID – % do bolso](#)
 - [OWID – % público](#)
 - [OWID – saúde % do gasto do governo \(Abuja\)](#)
 - [OWID – gasto por fonte \(externo\)](#)
 - [OWID – mortalidade infantil \(UN IGME\)](#)
 - [TheGlobalEconomy – gasto % PIB e per capita](#) (Banco Mundial)
 - [Banco Mundial – SH.XPD.EHEX.CH.ZS](#)
 - [OMS AFRO – proteção financeira](#)
-

5. Notas metodológicas e limitações

- Os números de gasto vêm da base da OMS (GHED), consultada por meio dos indicadores do Banco Mundial; a mortalidade infantil, das estimativas do UN IGME (OMS/ONU). Os valores da tabela-resumo foram conferidos na fonte primária em 25/09/2026 por uma checagem independente.
- O indicador "% público" da OMS não é idêntico ao "governo + seguro compulsório" da OCDE; as diferenças estão explicadas nas fichas (França, Países Baixos, Chile).
- A participação do seguro privado voluntário não pôde ser extraída isoladamente para a maioria dos países; onde aparece, foi calculada por diferença e está indicada.
- As informações sobre reformas de 2025–2026 vêm de fontes oficiais e da imprensa especializada e podem mudar rapidamente.

- Itens marcados (a confirmar) nas fichas não foram confirmados na fonte primária e devem ser lidos com cautela.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo e informativo. Dados de gasto e de mortalidade referem-se aos anos indicados e podem ser revistos pelas fontes; reformas em curso podem alterar as informações descritas.