

Novas regras de Franquia e Coparticipação em Planos de Saúde

Igor Britto

05 de junho de 2018

Brasília

Do que estamos falando

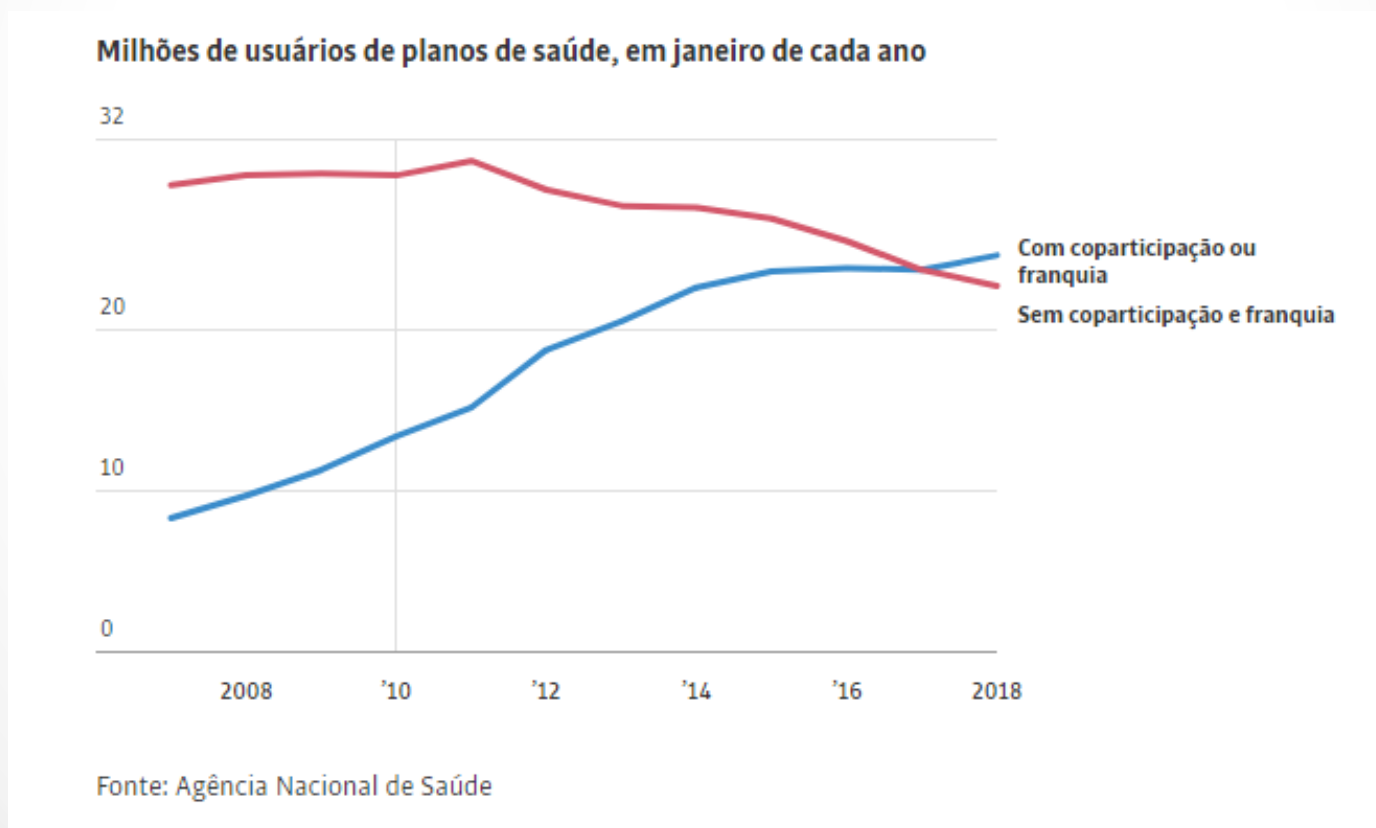
A franquia e a coparticipação são **instrumentos que visam inibir o uso do plano de saúde** (Mecanismos Financeiros de Moderação do Uso)

Coparticipação - O consumidor paga um determinado valor pelo procedimento que utilizar, além da mensalidade. Pode ser em percentual do procedimento ou um valor fixo

Franquia - Valor do gasto com o procedimento a partir do qual a operadora pode ser acionada.

Panorama

- De 2007 a 2018, os planos de saúde com coparticipação e/ou franquia triplicaram

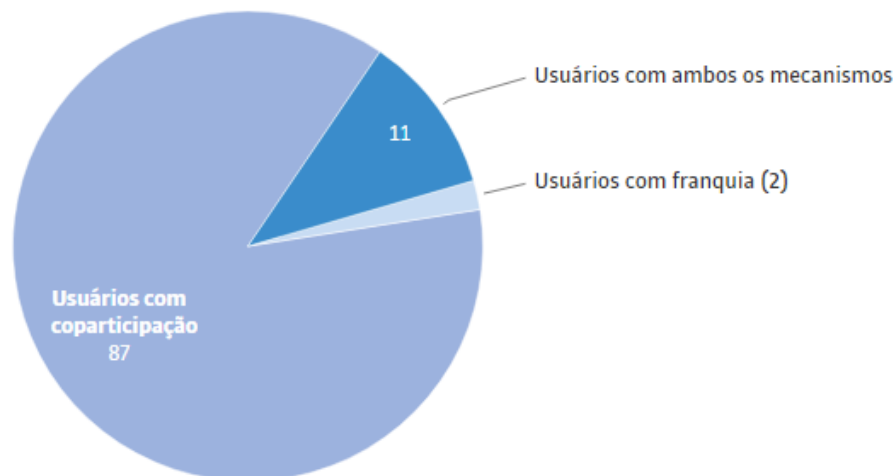


Panorama

- 33% dos contratos existentes (cerca de 50% dos usuários) tem coparticipação*; para franquia esse percentual é muito menor.

-Do total de planos de saúde com algum mecanismo de regulação de uso, 87% são coparticipação, 11% coparticipação e franquia e apenas 2% possuem apenas franquia.

Usuários com coparticipação ou franquia em 2018 (em %)

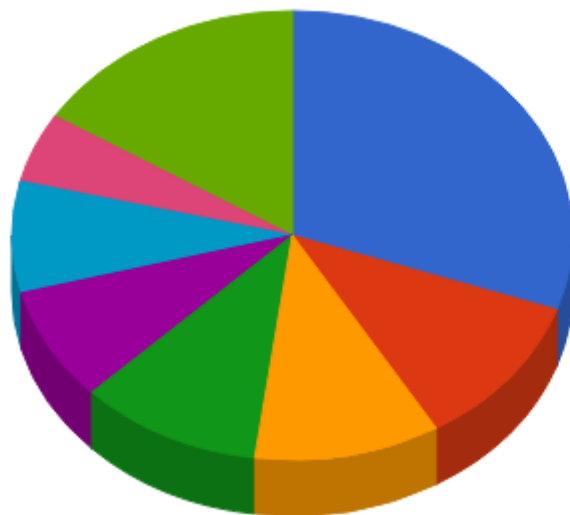


Panorama

- Junto com autorizações prévias, são o alvo do maior número de reclamações dos usuários junto à ANS:

Classificação das demandas das operadoras médico-hospitalares de grande porte - abr18

Subtema da Demanda



- Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)
- Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)
- Reembolso
- Prazos Máximos para Atendimento
- Suspensão e Rescisão Contratuais
- Rede de Atendimento (rede conveniada)
- Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária
- Outros

O que fazem esses instrumentos

Potencial endividamento

- Em níveis elevados, esses mecanismos retiram a previsibilidade dos pagamentos mensais feitos para o plano de saúde.
- A mensalidade, acrescida do valor da franquia ou coparticipação, poderá variar significativamente.
- Limites anuais e mensais mitigam esse efeito, mas não o anulam.

O que fazem esses instrumentos

O uso do plano não melhora.

Estudos demonstram que esses mecanismos **não fazem o usuário usar melhor** o plano. O fazem **usar menos**.

Pesquisa das Universidades da Califórnia, Berkeley e Harvard concluiu numa empresa em que os **empregados trocaram o plano de saúde sem franquia para um com franquia elevada**, não houve por parte deles uma procura por melhores preços ou outros serviços de saúde. A **redução do uso do plano** se deu tanto **em situações de pequenos distresses** em saúde quanto **em situações mais graves**.

O que fazem esses instrumentos

A franquia e coparticipação podem ser aplicadas mesmo sem que o consumidor concorde em planos coletivos:

- O poder de escolha do consumidor, para adoção de franquia e coparticipação em planos coletivos é irrisório.
- Essa negociação acontece entre a operadora de plano de saúde e o empregador, sindicato ou associação.

O que fazem esses instrumentos

Prejudicam a prevenção e retardam diagnóstico.

Quando limitam, tornam mais custosas ou condicionam as ações de prevenção (consultas e exames), retardam o diagnóstico precoce.

Os consumidores passam a procurar o sistema já doentes.

Contraria a própria lógica da saúde.

Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly.

[Trivedi AN¹](#), [Moloo H](#), [Mor V](#).

Author information

1 Department of Community Health, Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI 02912, USA. amal_trivedi@brown.edu

Abstract

BACKGROUND: When copayments for ambulatory care are increased, elderly patients may forgo important outpatient care, leading to increased use of hospital care.

METHODS: We compared longitudinal changes in the use of outpatient and inpatient care between enrollees in Medicare plans that increased copayments for ambulatory care and enrollees in matched control plans—similar plans that made no changes in these copayments. The study population included 899,060 beneficiaries enrolled in 36 Medicare plans during the period from 2001 through 2006.

RESULTS: In plans that increased copayments for ambulatory care, mean copayments nearly doubled for both primary care (\$7.38 to \$14.38) and specialty care (\$12.66 to \$22.05). In control plans, mean copayments for primary care and specialty care remained unchanged at \$8.33 and \$11.38, respectively. In the year after the rise in copayments, plans that increased cost sharing had 19.8 fewer annual outpatient visits per 100 enrollees (95% confidence interval [CI], 16.6 to 23.1), 2.2 additional annual hospital admissions per 100 enrollees (95% CI, 1.8 to 2.6), 13.4 more annual inpatient days per 100 enrollees (95% CI, 10.2 to 16.6), and an increase of 0.7 percentage points in the proportion of enrollees who were hospitalized (95% CI, 0.51 to 0.95), as compared with concurrent trends in control plans. These estimates were consistent among a cohort of continuously enrolled beneficiaries. The effects of increases in copayments for ambulatory care were magnified among enrollees living in areas of lower income and education and among enrollees who had hypertension, diabetes, or a history of myocardial infarction.

CONCLUSIONS: Raising cost sharing for ambulatory care among elderly patients may have adverse health consequences and may increase total spending on health care.

2010 Massachusetts Medical Society

“RESULTADOS: No ano seguinte ao aumento dos copagamentos, os planos que aumentaram coparticipação tiveram 19,8 menos consultas ambulatoriais anuais a cada 100 usuários (intervalo de confiança [IC] de 95%, 16,6 a 23,1), 2,2 admissões hospitalares anuais a mais por cada 100 usuários (IC95%, 1,8 a 2,6), 13,4 dias a mais de internação por 100 usuários (IC95%, 10,2 a 16,6) e um aumento de 0,7 ponto percentual na proporção de usuários hospitalizados (IC95%, 0,51 a 0,95), em comparação com tendências simultâneas em planos de saúde controle. Esses efeitos foram ainda maiores entre os usuários que viviam em áreas de baixa renda e educação e entre os inscritos que tinham hipertensão, diabetes ou uma história de infarto do miocárdio.

CONCLUSÕES: Aumentar o compartilhamento de custos para atendimento ambulatorial em pacientes idosos pode ter

- consequências adversas para a saúde e pode aumentar o gasto total com assistência médica”. [tradução livre].

Regulação Atual

Consu n° 8/98

- As operadoras devem informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, a presença desses mecanismos e como funcionam
- Proibição de que coparticipação ou franquia impliquem o pagamento do valor integral do **procedimento** pelo usuário
- Operadora deve informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

Regulação Atual

Proibição de que coparticipação ou franquia caracterize fator restritor severo ao acesso aos serviços

Entendimento atual da ANS: acima de 30% é fator de restrição severa ao uso

Parecer da Procuradoria Federal junto à ANS: Franquia não é compatível com a Lei de planos de saúde

O art. 1º, I, da Lei só admite planos de saúde em que a cobertura assistencial é custeada integral ou parcialmente pela operadora. Não é possível um plano, como no caso da franquia, em que o consumidor arque integralmente com a cobertura assistencial.

Proposta da ANS

Proposta final em avaliação pela Diretoria Colegiada (18/02/2018)

- Aumento do limite da coparticipação de 30% para 40%;
- Coparticipação e franquia em situações de urgência e emergência (pronto socorro), quando na realidade é o médico quem caracteriza essas situações
- Coparticipação para internações psiquiátricas fica em 50% após o 31º dia de internação
- Risco de restrição de coberturas

Relação com planos acessíveis

Proposta do Ministério da Saúde iniciada em maio de 2016.

Conteúdo:

- Cobertura restrita aos serviços disponíveis na região de contratação (regionalização)
- Coparticipação que alcance no mínimo 50%
- Obrigatoriedade de segunda opinião médica

Conclusões

Num momento de corte de gastos na saúde pública, de encolhimento do Sistema Único de Saúde, o caminho a se trilhar deve ser o de garantir a assistência, e não o de vinculá-la a copagamentos.

Quanto mais embasado em pagamentos diretos pelo consumidor, mais oneroso um dado sistema de saúde é. A Franquia e a Coparticipação, a seu modo, aumentam o caráter de pagamento direto nos planos de saúde, reduzindo a equidade do sistema de saúde.

Embora a agência argumente que esses instrumentos já existem e o que se busque é deixar as regras mais claras, em realidade a proposta de nova normativa busca expandir as hipóteses de franquia (pela consolidação de três espécies) e aumentar o limite da coparticipação (de 30% para 40% sem justificativa teórica ou empírica para a escolha desses números).



Obrigado!



facebook.com/idecbr



[@idec](https://twitter.com/idec)

JUNTE-SE A NÓS NESSA LUTA!
Associe-se em: www.idec.org.br