



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 75 - 2019
Mecanismos Financeiros de Regulação:
conceitos e impactos no sistema de
saúde suplementar

Autoras: Natalia Lara e Amanda Reis

Superintendente: José Cechin

Mecanismos Financeiros de Regulação: conceitos e impactos no sistema de saúde suplementar

Mecanismos Financeiros de Regulação são ferramentas que auxiliam a promoção da qualidade e a redução de desperdícios no sistema de saúde.

SUMÁRIO EXECUTIVO

- O objetivo deste texto é explicar o que são fatores moderadores e como são aplicados internacionalmente para auxiliar o sistema de saúde a ser sustentável economicamente com preservação da qualidade da assistência aos indivíduos.
- Fatores moderadores são mecanismos do setor de saúde para auxiliar na redução da ineficiência no setor e são amplamente reconhecidos pela literatura.
- Os fatores moderadores mais conhecidos e aplicados mundialmente são franquia e coparticipação.
- O fator moderador é utilizado para o compartilhamento dos custos dos serviços de saúde entre o beneficiário e a operadora. Estudos concluíram que dessa forma, ocorre uma redução de desperdícios pela conscientização da utilização dos serviços permitindo mensalidades menores do que teria um plano idêntico sem esses mecanismos.
- Além do sistema de saúde suplementar, os fatores moderadores são aplicados também nos sistemas públicos de saúde. Este estudo analisou três países que apresentam cobertura universal de atendimento à população: Portugal, Suíça e França.
- No Brasil, a lei permite que os planos de saúde ofereçam produtos com mecanismos de regulação. No entanto, há necessidade de atualizar e aperfeiçoar as normas regulamentadoras para garantir segurança jurídica, boa aplicabilidade e transparência no sistema de saúde suplementar. Apesar de já existirem alguns estudos internacionais abordando o tema, é necessário um maior entendimento sobre esse tipo de produto entre os players da saúde no Brasil, para que se possa mais bem explorar suas potencialidades.

1. INTRODUÇÃO

O uso ineficiente e desigual dos recursos é um dos fatores da tendência de aumento dos gastos em saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). Uma estimativa realizada pela OMS calculou que cerca de 20% a 40% dos recursos de saúde são desperdiçados. A busca pela redução de desperdícios tem pautado as discussões sobre eficiência dos sistemas de saúde, justamente pela possibilidade de aumentar a capacidade de os sistemas de saúde fornecerem serviços de qualidade sem inflar os custos, possibilitando, assim, garantir a sustentabilidade do setor.

Em 2010, ao comparar com outros segmentos, o setor de saúde foi o que apresentou maior desperdício de recursos nos Estados Unidos (Cutler e Ly, 2010). Os pesquisadores Young et al, 2010 e Berwick e Hackbarth, 2012 verificaram que, entre alguns itens, o uso desnecessário de serviços em saúde foi o que mais gerou aumento de desperdício. Este item está muito ligado ao risco moral, o qual é frequentemente objeto de estudos. Uma das abordagens para minimizar a utilização desnecessária de serviços de saúde foi adotar fatores moderadores para que o paciente utilize com eficiência o sistema, evitando desperdícios.

O objetivo desse texto é explicar o que são fatores moderadores e quais são os mecanismos mais utilizados internacionalmente para auxiliar o sistema de saúde a ser sustentável economicamente com preservação da qualidade da assistência aos indivíduos.

2. PLANOS DE SAÚDE E A CIÊNCIA COMPORTAMENTAL

Na literatura internacional já é amplamente reconhecido que o seguro médico ou plano de saúde funciona na forma de mutualismo¹, que diminui o custo marginal do atendimento ao indivíduo (Pauly, 1968), um termo econômico para dizer que com o plano, o indivíduo, em

¹ A base para o funcionamento do plano de saúde é o mutualismo. Ele é caracterizado por um fundo, que é formado pelas contribuições das pessoas que o compõem, e é dele que saíram os recursos para pagar todos os custos cobertos e necessários para os diversos procedimentos, dentro do previsto no contrato e na legislação, para aquelas pessoas que eventualmente necessitem de assistência médica (Cartilha Fenasáude).

média, incorre em um custo menor do que se custeasse seus gastos de saúde com desembolsos diretos. O plano de saúde sem fatores moderadores, como será explicado a seguir, não tem incentivos à utilização na medida certa e normalmente está na raiz dos desperdícios; essa característica é denominada “risco moral”. Os pesquisadores da área de seguros classificam o “risco moral” como um desvio do comportamento humano padrão na presença do seguro, o que pode representar um problema para todo o plano de saúde (Pauly, 1968). Isso porque, como o custo do uso excessivo e desnecessário do indivíduo é distribuído por todos os outros compradores desse plano, o indivíduo não é solicitado a fazer uso racional dos serviços de cuidados a saúde. Trata-se de caso clássico de divergência entre a racionalidade individual e a coletiva, bem retratado no artigo seminal de Garret Hardin (1968) “The Tragedy of the Commons”.

Em 2012, os autores Berwick e Hackbarth estimaram que o uso desnecessário de serviços e insumos em saúde representou um gasto entre US\$ 158 bilhões e US\$ 226 bilhões para o sistema de saúde americano. Está incluso nesta conta, por exemplo, o uso excessivo de medicamentos e antibióticos, a realização de cirurgias em pacientes para os quais um período de observação seria mais aconselhável e os cuidados intensivos em pacientes terminais, para quem seriam mais apropriados, e frequentemente desejados, cuidados paliativos e domiciliares.

3. COMO EVITAR O DESPÉRDICIO POR SOBREUTILIZAÇÃO E MANTER A SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE?

Para reduzir essa ineficiência do setor de seguros saúde, há mecanismos amplamente reconhecidos na literatura e chamados de fatores moderadores (Shahar & Logue, 2012; Thonnes, 2015). Quando se aplica um fator moderador ao plano de saúde, uma parte do custo de um determinado procedimento de saúde será pago pelo beneficiário, essa parte arcada pelo beneficiário acaba por reduzir o potencial de desperdícios (Pauly, 1968), pois haverá custos sem benefícios para o

beneficiário na realização de procedimentos que nada lhe acrescentem em termos de desfechos clínicos. Os fatores moderadores mais conhecidos e aplicados em vários países são franquia e coparticipação, que diferem pela forma como o beneficiário irá compartilhar o custo da utilização com a operadora de plano de saúde.

3.1 O QUE É FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO?

Franquia:

Parcela financeira de responsabilidade do beneficiário, por desembolso *out-of-pocket* para custeio dos serviços de saúde realizados até alcançar o valor estipulado no contrato. Somente depois que os gastos *out-of-pocket* do beneficiário atingirem o valor da franquia é que o plano entra para pagar por todos os serviços dentro da cobertura. Os serviços preventivos, em geral, são cobertos sem franquia, para não desencorajar seu uso (IESS, 2016).

Algumas modalidades parciais de franquia são utilizadas nos planos de saúde no Brasil, mas não em um novo conceito de “Franquia agregada anual”. Nesse conceito, o beneficiário custeia com recursos próprios as despesas, até o limite da franquia, relativas aos procedimentos realizados em um determinado período de tempo, normalmente de um ano. Essa modalidade não é utilizada no Brasil, até porque a Resolução número 8 do CONSU veda o pagamento integral de um procedimento por parte do beneficiário. Essa Resolução precisa ser revisitada.

Coparticipação:

Parcela financeira arcada pelo beneficiário na utilização dos serviços, além da mensalidade. Trata-se de um pagamento *out-of-pocket* (um desembolso direto) ao realizar consultas ou procedimentos de saúde, que irá variar de acordo com o contrato realizado com a operadora e deve estar de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A coparticipação pode ser aplicada de formas diferentes, como: meio de valor fixo para cada serviço médico ou procedimento; porcentagem

do custo total; combinação de quantias fixas e taxas percentuais (HOLST et al, 2016). Esse mecanismo já vem sendo amplamente utilizado nos planos de saúde Brasileiros.

3.2 BENEFÍCIOS DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

A possibilidade de comercializar planos com mecanismos financeiros de regulação permite que as operadoras ampliem o leque de novos produtos que podem ser oferecidos aos beneficiários e estes, por sua vez, podem se beneficiar do maior grau de escolha, pois podem decidir, à sua própria conveniência, entre planos com diferentes níveis de franquia e coparticipação aqueles que mais bem se adequem às suas condições particulares.

Os planos com fatores moderadores têm o potencial de reduzir desperdícios do uso de procedimentos desnecessários para tratamentos de saúde e mitigar o crescimento acelerado das despesas em saúde. Outro benefício é a redução da mensalidade devido ao compartilhamento de custos entre o beneficiário e a operadora sem interferir na entrega da qualidade dos serviços e da moderação do uso. Goodman e Musgrave, em um estudo realizado em 1992, concluíram que um aumento nas franquias dos planos de saúde leva a uma redução considerável nas mensalidades (Schreyogg, 2004).

Esses tipos de produtos existem não apenas no setor de saúde privado, mas também em sistemas públicos de saúde ao redor do mundo. Em Portugal, por exemplo, cujo sistema público reconhecido pela qualidade dos serviços de saúde, adotam-se fatores moderadores para controlar a escalada dos gastos com saúde, os desperdícios, e ao mesmo tempo manter a qualidade. Será descrito o caso no item referente a experiências internacionais.

3.3 DESMISTIFICANDO OS PLANOS COM FRANQUIA

Nessa seção trataremos apenas de planos com franquia já que os planos com coparticipação são amplamente adotados no país.

Nas sucessivas e demoradas tentativas de a ANS regulamentar esses mecanismos observou-se entre diversos segmentos da sociedade um certo ceticismo e mesmo desconforto por parte dos beneficiários e órgãos de defesa do consumidor, por acreditarem que a disseminação desses planos reduzirá ou eliminará totalmente a oferta de planos sem esses mecanismos ou ainda e de forma mais grave, levar a uma piora no quadro de saúde dos beneficiários, acarretando um aumento de gastos *out-of-pocket*, podendo levar ao excessivo endividamento do beneficiário ou sua família. Nos itens a seguir serão respondidas questões, a partir de referências bibliográficas internacionais, sobre as dúvidas dos usuários em relação a esses fatores moderadores.

a) Há uma piora no estado de saúde de quem tem plano de franquia por redução da utilização do plano?

Os planos com franquia tendem a ser anti-seletivos, isto é, têm maior probabilidade de adesão por parte das pessoas que são ou se consideram mais saudáveis. Portanto, indivíduos com esse perfil e tendo livre escolha para adquirir planos de saúde, por tipo de contratos de planos individuais ou por adesão, estão mais propensos à escolha de planos com fatores moderadores, pois apresentam uma mensalidade menor e esperam não precisar de sua utilização com frequência. Para indivíduos com esse perfil, estudos apontam que o quadro de saúde não sofre alteração (DINE et al, 2012; ROSENTAHL, et al, 2018; BROOK, et al, 1984). Ou seja, não há registros de casos em que a população de um conjunto de beneficiários com planos de saúde com franquia tenha um estado de saúde pior do que o de um conjunto com planos equivalentes, mas sem franquia.

O objetivo, como mencionado anteriormente, dos fatores moderadores é evitar o uso desnecessário de procedimentos na saúde sem impactar na qualidade dos serviços. Por isso, para evitar a piora no quadro de saúde dos beneficiários, geralmente não incidem fatores moderadores nos serviços preventivos e isso é definido tanto na proteção de normas regulatórias nos países quanto por própria liberalidade

dos operadores. Vale dizer que as próprias operadoras, por decisão de seus gestores, podem isentar de coparticipação o uso de procedimentos que promovam a saúde dos beneficiários, sem depender de regulação (Swart, 2010; Schauffler e Solanki, 1999).

Segundo Swart, 2010, é importante não ter franquia nos serviços preventivos, pois evita que o beneficiário, para economizar o gasto com franquia, deixe de realizar um procedimento necessário e assim se exponha ao um agravamento da doença, levando-o a ter gastos mais altos posteriormente impactando no seu orçamento.

Dentre os estudos analisados, verifica-se que os indivíduos com média e alta renda não apresentam um pior quadro de saúde por terem aderido ao plano com franquia em relação a quem tem plano sem esse mecanismo. Porém, para indivíduos com baixa renda apresentaram em alguns casos alteração no quadro de saúde devido à maior probabilidade de evitarem a utilização de serviços de saúde por terem que arcar com as taxas (BROOK, et al, 1984).

b) Há endividamento do beneficiário por causa do aumento dos desembolsos diretos?

Swartz, 2010, BROOK, et al, 1984, apontam que o endividamento do beneficiário é verificado apenas entre algumas faixas de renda. Entre a faixa de renda média e alta, os mecanismos de regulação não impactaram negativamente no orçamento do indivíduo. Porém, para faixas de baixa renda observaram em alguns casos impacto negativo, pois esta população tem maior propensão a ser afetada negativamente com o aumento do valor desses mecanismos do que a população com renda alta (Swartz, 2010, BROOK, et al, 1984).

A oferta de planos com fatores moderadores não visa apenas o compartilhamento de custos entre o indivíduo e a operadora, mas também para que se use de forma consciente e mais eficiente os recursos da medicina. Dessa forma, a coletividade dos que tem plano com franquia e coparticipação se beneficiam com mensalidades menores.

Estes planos, em sua maioria, são adquiridos por indivíduos com hábitos de vida saudáveis e com a propensão de não utilização frequente dos serviços de saúde, daí seu caráter antiseletivo.

4. EVIDÊNCIAS DE COMO OS FATORES MODERADORES SÃO APLICADOS INTERNACIONALMENTE E NO BRASIL

Nesta sessão será apresentado como os fatores moderadores são aplicados nos países e no Brasil. A análise contemplou, além do Brasil, mais quatro países (Estados Unidos, França, Portugal e Suíça). A seleção dos países foi realizada a partir da estrutura do sistema de saúde público e privado e pelo acesso as informações em estudos. Ao final, será apresentado como é a legislação referente a esses produtos no Brasil.

4.1 ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos o movimento de inserção de fatores moderadores no sistema de saúde iniciou-se na década de 1970 com o intuito de inserir a ferramenta para garantir sustentabilidade ao sistema e torná-lo mais acessível e menos custoso aos beneficiários (Randall e McGuire, 1993).

Merece destaque a modalidade conhecida com HSA – Health Saving Accounts, com comercialização crescente nesse mercado. Nessa modalidade, o indivíduo que opta por um plano com franquia tem o dever de depositar em uma conta de capitalização o valor da franquia anual. As despesas de responsabilidade do indivíduo são quitadas por transferência direta dessa conta de poupança para o prestador sem transitar pelo beneficiário. As aplicações são incentivadas com a isenção de imposto de renda sobre seus rendimentos, isso na condição de os recursos serem utilizados em saúde. Recursos não utilizados em um exercício

são acumulados, com isenção, para o exercício seguinte. Saques par outras finalidades têm multas e perdem os incentivos, exceto depois de alcançada a elegibilidade ao Medicare, que acontece com a aposentadoria a partir dos 65 anos de idade.

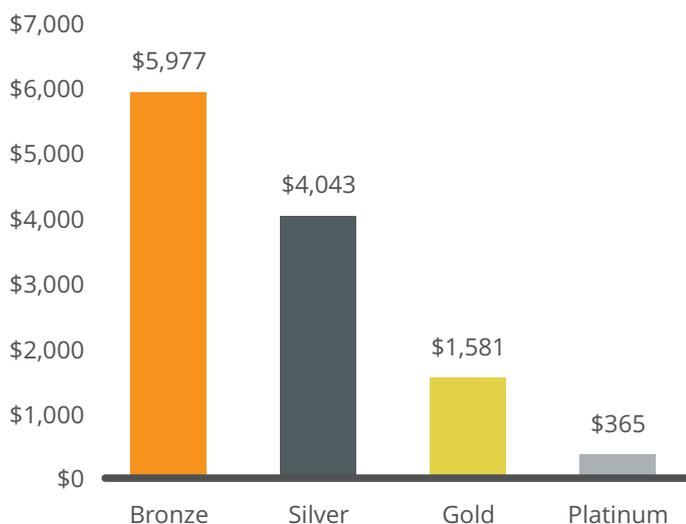
Os fatores moderadores nos planos de saúde são regulados pelo governo americano. As regras estabelecidas para franquias são de que o indivíduo realiza gastos *out-of-pocket* em serviços de saúde até chegar ao valor total do contrato pré-estabelecido. Após alcançar esse valor, a partir de gastos *out-of-pocket* em serviços de saúde, o beneficiário terá mensalmente apenas a mensalidade até o fim do exercício do plano de saúde e irá usufruir dos serviços do rol de cobertura.

Em alguns casos, além do custo mensal, o indivíduo também arca com taxas de coparticipação para alguns serviços em saúde. Porém, estas taxas em planos de saúde com franquias apresentam um limite total de dispêndio financeiro por parte do indivíduo. O beneficiário alcançando o teto de gastos em saúde, definido pela regulamentação, passa a não ter mais taxa de coparticipação para nenhum tipo de serviço (IESS, 2016).

No país as coparticipações para consultas médicas podem variar de US\$ 10 a US\$ 20 para contratos coletivos empresariais (Swartz, 2010). Para os contratos individuais a variação da taxa fica entre 20% e 30% e podem chegar até 40%. Os serviços de saúde que geralmente têm coparticipação são visitas aos consultórios médicos, sendo a taxa de US\$ 20 a US\$ 30, chegando a US \$ 50 (Swartz, 2010).

No gráfico 1 é apresentado o gasto médio anual dos beneficiários com franquia e coparticipação por tipo de plano de saúde para os Estados Unidos no período de 2019. A categoria bronze é a que apresenta a maior taxa de franquia ou coparticipação (40%), seguida dos planos tipo *Silver* (30%), *Gold* (20%) e *Platinum* (10%).

GRÁFICO 1 – GASTO TOTAL MÉDIO ANUAL DE BENEFICIÁRIOS COM FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO POR TIPO DE PLANO DE SAÚDE NOS EUA, 2019.



Fonte: Henry J Kaiser Family Foundation

4.2 FRANÇA

Na França, o sistema de saúde público possui taxa de coparticipação para atendimento médico e hospitalar. A população tem ampla cobertura de serviços de saúde e, para atendimentos não oferecidos pelo governo, conta com a saúde suplementar (Schoen et al, 2010).

Os valores da taxa de coparticipação para os serviços do sistema de saúde público são (Lostao et al, 2007):

- Ambulatoriais (clínico geral e especialistas): 30% do total dos custos;
- Pronto-socorro com medicamentos: 20% do total dos custos;
- Taxa de internação: \$8.7 euros por dia de internação, sendo o máximo de gasto *out-of-pocket* de 14 dias no ano.

Entre o período de 1990 a 2000 foi verificado no estudo (Lostao et al, 2007) que a ocorrência de taxa de coparticipação no sistema de saúde

público francês levou a classe baixa a diminuir a frequência de utilização nos serviços ambulatoriais e aumentar as taxas de internações, enquanto a classe alta apresentou aumento dos serviços ambulatoriais e queda na taxa de internações.

4.3 PORTUGAL

Portugal, a partir de 1990, passou a ter um sistema de saúde misto, com diferentes modelos de pagamento (RIBEIRO et al, 2002):

- modelo baseado no Sistema Nacional de Saúde financiado através do Orçamento do Estado, que representaria 55,2% dos gastos totais em saúde;
- modelo baseado em seguro social financiado por fundos de saúde dos trabalhadores (6% dos gastos totais em saúde);
- modelo baseado no seguro individual financiado pelo beneficiário (1,4%)
- modelo baseado em pagamento diretos (37,4%).

A coparticipação (ou como chamadas em Portugal, taxas moderadoras) como fator moderador foi introduzida no SNS também na década de 90. Alguns serviços de saúde não apresentam as taxas moderadoras que são normalmente os programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde segundo o Decreto-Lei nº 113/2011².

No SNS a coparticipação tem como objetivo que o beneficiário tenha a responsabilidade de gerenciar os serviços de saúde que serão adquiridos por ele. As taxas moderadoras se destinam a serviços de saúde como: consultas, hospitalizações, e cirurgias ambulatoriais (SOUSA, 2009). A seguir a Tabela 1 com valores das taxas moderadoras.

² <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/146061/details/normal?l=1>

TABELA 1 - VALORES DAS TAXAS MODERADORAS PARA CONSULTAS E ATENDIMENTO EM URGÊNCIA NO SNS DE PORTUGAL.

DESIGNAÇÃO	TAXA MODERADORA
CONSULTAS	
CONSULTA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR OU OUTRA CONSULTA MÉDICA QUE NÃO A DE ESPECIALIDADE	4,5 €
CONSULTA DE ENFERMAGEM OU DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REALIZADA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	3,5 €
CONSULTA DE ENFERMAGEM OU DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REALIZADA NO ÂMBITO HOSPITALAR	4,5 €
CONSULTA DE ESPECIALIDADE	7,0 €
CONSULTA NO DOMICÍLIO - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	9,5 €
CONSULTA NO DOMICÍLIO - NO ÂMBITO HOSPITALAR	9,0 €
CONSULTA MÉDICA SEM A PRESENÇA DO UTENTE - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	2,5 €
CONSULTA MÉDICA SEM A PRESENÇA DO UTENTE - NO ÂMBITO HOSPITALAR	2,5 €
ATENDIMENTO EM URGÊNCIA ^(A)	
SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	18,0 €
SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO - CIRÚRGICA	16,0 €
SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA	14,0 €
SESSÃO DE HOSPITAL DE DIA	
	ISENTO
<p>Foi estabelecido um montante máximo das taxas moderadoras a pagar: ^(A) em cada atendimento de urgência, ao qual acrescem as taxas moderadoras de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados no decurso do mesmo, até um montante máximo de 40;</p> <p>São divulgadas na página eletrônica da ACSS, I.P. as tabelas atualizadas das taxas moderadoras.</p>	

Fonte: ERS³

Porém, alguns nichos da população não arcam com essas despesas. São eles:

- grávidas e parturientes;
- crianças até os 12 anos de idade;
- paciente com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- situação de insuficiência econômica, bem como os dependentes do respectivo agregado familiar;
- dadores de sangue;
- dadores de células, tecidos e órgãos;

- bombeiros;
- doentes transplantados;
- militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente⁴.

4.4 SUÍÇA

A Suíça possui um sistema de saúde misto público e privado. Os serviços prestados por

³ <https://www.ers.pt/pages/142>

⁴ <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/146061/details/normal?l=1>

fornecedores e pelos prestadores também são do sistema público e privado. Os planos de saúde oferecem tanto franquia como coparticipações e são extremamente regulados pelo Estado.

Os valores da franquia são estabelecidos pelo governo obedecendo ao limite mínimo de franquia de 300 francos suíços e o limite máximo é de 2.500 francos suíços⁵. Os menores de 18 anos são isentos deste fator moderador. Caso ultrapasse o valor contratado da franquia o beneficiário irá arcar com 10% de coparticipação dos custos de procedimentos, porém também existe uma máxima anual de 700 francos suíços para adultos e 350 francos suíços para crianças.

4.5 BRASIL

No Brasil, a franquia e coparticipação são reguladas pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) de n° 8 de 1998.

O CONSU estabeleceu mecanismos de franquia e coparticipação para contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde ou odontológico. A operadora pode oferecer a cobertura total ou aplicar fatores moderadores em alguns serviços de saúde. Os pagamentos das taxas podem ocorrer na rede credenciada, referenciada, ou diretamente com a operadora

Este Conselho estabeleceu que planos de saúde com franquia e coparticipação podem:

- Cobrar do consumidor qualquer percentual pelos procedimentos realizados, não havendo definição de um limite de cobrança por procedimento nem valor máximo (mês/ano);
- Incidir cobrança em qualquer procedimento realizado pelos consumidores;
- Cobrar valor monetário fixo e único em caso de internação.

A regulação não limita o valor percentual nem valor absoluto que poderão ser cobrados em franquia e coparticipação, porém pela legislação trabalhista o Artigo 462 da CLT autoriza

desconto em folha de pagamento de até 30% do salário, incluindo adiantamentos salariais e benefícios como planos de assistência odontológica; médico-hospitalar; de seguro; de previdência privada; ou de entidade cooperativa; cultural ou recreativa associativa dos seus trabalhadores.

Portando, caso o empregado possua um benefício de assistência médica ou odontológica que apresente franquia ou coparticipação, o desconto relacionado a essas taxas só pode ocorrer na folha de pagamento respeitando o limite global de 30% de comprometimento salarial.

5. CONCLUSÃO

Neste texto foram abordados tópicos importantes para a compreensão de como a franquia e a coparticipação são incorporadas em planos de saúde e qual é o propósito para inserir esse modelo em sistemas de saúde. Atualmente, no Brasil, a lei permite que os planos de saúde ofereçam esses produtos, no entanto, é necessário atualizar a norma infralegal sobre coparticipação e incluir nela a possibilidade de plano com "Franquia Agregada Anual". Essa regulamentação atualizada serve para garantir segurança jurídica, uma boa aplicabilidade e transparência no sistema de saúde. A regulamentação para fatores moderadores traz uma segurança maior tanto para os contratantes de planos, como empresas e beneficiários, estabelecendo limites e regras para a aplicabilidade desses produtos. Além dos usuários, as operadoras se beneficiam da regulamentação, pois podem oferecer esses produtos de forma transparente e segura. Portanto, por meio desse estudo realizado a partir de referências bibliográficas internacionais, foi apresentado como os fatores moderadores são aplicados nos sistemas de saúde e o porquê da utilização dessa ferramenta, que visa evitar desperdícios e aprimorar a qualidade dos serviços para os beneficiários.

REFERÊNCIAS

BERWICK, D. M.; HACKBARTH, M. P. Eliminating waste in health care. *Journal of the American Medical Association*, v. 307, n. 14, 2012.

⁵ <https://www.oekk.ch/en/private-clients/service/other-services/frequently-asked-questions/deductible-and-excess/>

- CUTLER, D. M.; LY, D. P. The (paper) work of medicine: understanding international medical costs. *Journal of Economic Perspectives*, v. 25, n. 2, p. 3-25, 2011.
- Dine, A. A. et al. Moral Hazard in Health insurance: how important is forward looking behavior? NBER Working Paper No. 17802. February 2012.
- IESS. Contas de poupança para gastos com saúde e planos de franquia anual: um novo modelo de plano de saúde. Ano de 2016
- Hardin, Garret. The Tragedy of the Commons. *Science* 13 Dec 1968: DOI: 10.1126/science.162.3859.1243.
- Henry J Kaiser Family Foundation. Cost-Sharing for Plans Offered in the Federal Marketplace for 2019. Disponível em: <https://www.kff.org/health-reform/fact-sheet/cost-sharing-for-plans-offered-in-the-federal-marketplace-for-2019/>
- Logue, K. & Ben-Shahar, O. "Outsourcing Regulation: How Insurance Reduces Moral Hazard" (Coase-Sandor Institute for Law & Economics Working Paper No. 593, 2012).
- Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S., & Aiach, P. (2007). Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Social Science & Medicine*, 65(2), 367-376. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.001
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Financiamento dos Sistemas de Saúde. O Caminho para a cobertura Universal. Relatório Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).
- Pauly, M. The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, Part 1. (Jun., 1968), pp. 531-537.
- RIBEIRO, J. S. et al. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra. Oficina n°182 dezembro de 2002.
- Solank, G. e Schauffler, H.H. Cost-sharing and utilization of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 1999.
- Sousa, A. P. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 22, núm. spe1, 2009, pp. 884-894.
- Schellhorn, M. The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. *Health Economics* 2001
- Schoen. C et al. How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries. *Health affairs*, vol. 29, no. 12, 2010. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0862>
- Schreyogg, J. Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Saving Accounts. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* Vol. 29 No. 4. October 2004
- Swartz, K. Cost Sharing: Effects on spending and outcomes. *Research Synthesis Report* n20. December 2010.
- Thönnies, Stefanie, 2015. "Do Deductibles reduce Moral Hazard in the German Statutory Health Insurance? - Empirical Evidence," Annual Conference 2015 (Muenster): Economic Development - Theory and Policy 112912, Verein für Socialpolitik / German Economic Association.
- YOUNG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. The healthcare imperative: lowering cost and improving outcomes: Workshop Series Summary. Washington, DC: National Academies Press, 2010.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br