



Impacto da Pandemia, Cenário e Perspectivas para a Saúde Suplementar

Sandro Leal Alves
Superintendente de Estudos e Projetos Especiais

CSPMG - 20 de setembro de 2022

Agenda

- Sistema de Saúde Brasileiro
- Impacto da Pandemia
- Cenário Econômico-Financeiro Atual
- Desafios e Perspectivas
- Propostas

Sistema de Saúde brasileiro

- Os gastos totais em saúde no Brasil somam 9,6% do PIB, percentual alto quando comparado ao de países da OCDE¹;
- Já os gastos privados perfazem 5,8% do PIB brasileiro ou próximo de 60% do total, uma das mais expressivas participações do mundo¹;
- O setor de saúde suplementar movimenta cerca de 3% do PIB brasileiro²;
- E emprega 4,7 milhões de pessoas²;
- Beneficiários de planos de saúde médicos: 49,8 milhões (25%)³;
- Usuários exclusivos do SUS: 150 milhões (IBGE-2020)⁴;



Porta de entrada de recursos

Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo¹

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Total de estabelecimentos de saúde no país	Atendem a planos privados	
		Total	%
Clínica ou ambulatório especializado	58.913	33.535	56,9%
Consultório isolado	172.966	108.398	62,7%
Hospital especializado	1.006	523	52,0%
Hospital geral	5.419	1.963	36,2%
Policlínica	10.605	5.860	55,3%
Pronto socorro especializado	77	31	40,3%
Pronto socorro geral	301	42	14,0%
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	27.923	14.906	53,4%
Total	277.210	165.255	59,6%

83%² do faturamento dos hospitais e

54,3%³ do faturamento dos laboratórios vêm dos planos de saúde

Impacto da Pandemia da Covid-19 nos Custos do Setor de Saúde

Atendimentos na pandemia



**Internações
COVID
sem UTI**

396.036

R\$ 16,7 bilhões

(Custo médio: R\$ 42 mil)



**Internações
COVID
com UTI**

171.142

R\$ 12,4 bilhões

(Custo médio: R\$ 72 mil)



**Internações
NÃO COVID
sem UTI****

4.191.790

R\$ 65,5 bilhões

(Custo médio: R\$ 16 mil)



**Internações
NÃO COVID
com UTI**

448.969

R\$ 18,6 bilhões

(Custo médio: R\$ 41 mil)



**Tempo Médio
de Internação**

COVID 8 dias

NÃO COVID 4 dias

UTI COVID 11

UTI NÃO dias

COVID 7 dias



**Cirurgias
Eletivas**

1.654.045

R\$ 20,4 bilhões

(Custo médio: R\$ 7 mil)



**Exames
Sorológicos**

1.108.269

R\$ 97,4 milhões

(Custo médio: R\$ 88 reais)



**Exames
RT-PCR**

7.030.870

R\$ 1,3 bilhão

(Custo médio: R\$ 186 reais)

Sinistralidade 2021²:
86,2%

Sinistralidade no 2^o tri
2022²:
91,7%

Introdução

Objetivo do Estudo...

O objetivo deste Estudo é estimar o impacto da pandemia da Covid-19 no setor de saúde brasileiro, com foco nos custos dos medicamentos e materiais médico-hospitalares (MMH), bem como nos gastos assistenciais com internação das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Introdução

Três pontos...



- 1. A pandemia gerou um choque de preços nos medicamentos e materiais médicos hospitalares** em valores que superaram 97% de crescimento ante fevereiro de 2020, representando uma quebra estrutural nas séries estatísticas analisadas
- 2. Tais aumentos foram repassados pelos hospitais às operadoras de planos privados de assistência à saúde**, refletindo aumento nas suas despesas assistenciais
3. Importante **garantir que variações nas despesas assistenciais dos produtos regulados (p.e., planos individuais/familiares) sejam refletidas nos reajustes dos planos de saúde**, de forma a permitir a continuidade das atividades de assistência à saúde

Base de Dados e Modelo Utilizados

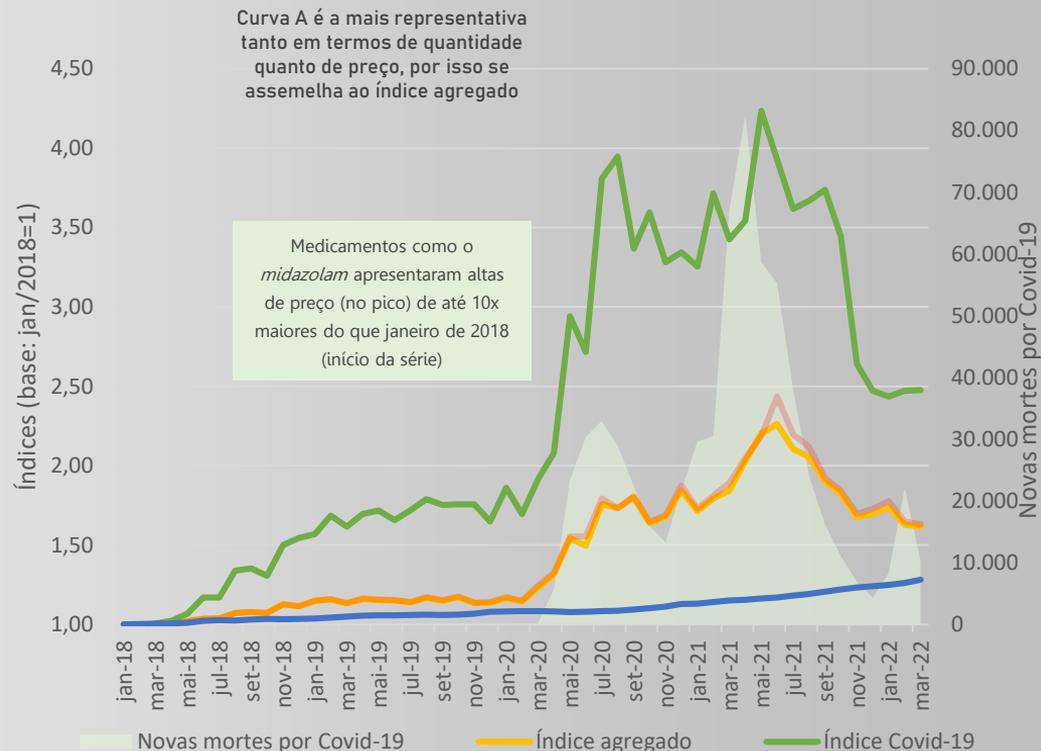
- **Bases de dados:**
- Índices de preços para medicamentos e materiais médico-hospitalares construídos a partir de preços e quantidades compradas por organizações filiadas ao **IBROSS** – *janeiro de 2018 a março de 2022*
- Dados sobre gasto assistencial mensal com internações das empresas associadas à **FenaSaúde** – *janeiro de 2019 a janeiro de 2022*

- **Modelagem econométrica:**
- Regressões econométricas utilizando dados em série temporal mensal e estimador *ARIMA*
 - Para o exercício com dados do IBROSS, as variáveis dependentes foram os índices de preços agregados (medicamentos e materiais médico-hospitalares)
 - Para o exercício com dados da FenaSaúde, a variável dependente foi o gasto assistencial mensal com internações por beneficiário
- Para ambos exercícios, o modelo funcional assumido contém uma variável *dummy* que assume valor (1) a partir de maio de 2020 – *se houve uma quebra estrutural na variável dependente, então a dummy possui um coeficiente estatisticamente significativa a 95%*

Impacto da Pandemia sobre Custos Hospitalares

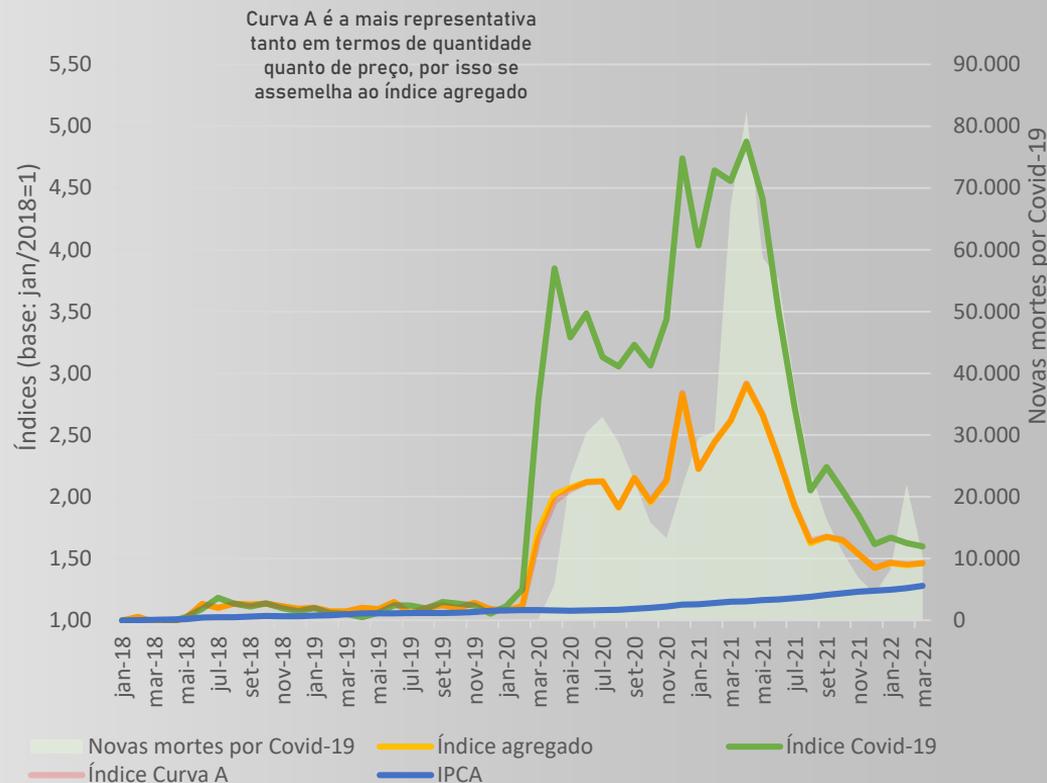
Resultados sobre os preços de medicamentos

- Início da pandemia: crescimento de **34,65%** (índice agregado) e de **73,49%** (índice Covid-19) entre fevereiro e maio de 2020
- **Índice agregado:** pico de **97,49%** em junho de 2021 ante fevereiro de 2020
- **Índice Covid-19:** pico de **149,86%** em maio de 2021 ante fevereiro de 2020
- **Não há volta para o patamar pré-Covid** – valores em março de 2022,
 - Índice agregado: **41,22% maior** do que em fevereiro de 2020;
 - Índice Covid-19: **46,08% maior** do que em fevereiro de 2020;



Resultados sobre materiais médico-hospitalares

- Início da pandemia: crescimento de **80,02%** (índice agregado) e de **207,59%** (índice Covid-19) entre fevereiro e abril de 2020
- **Índice agregado:** pico de **161,14 %** em abril de 2021 ante fevereiro de 2020
- **Índice Covid-19:** pico de **290,86 %** em abril de 2021 ante fevereiro de 2020
- **Não há volta para o patamar pré-Covid** – valores em março de 2022,
 - Índice agregado: **30,33% maior** do que em fevereiro de 2020;
 - Índice Covid-19: **27,10% maior** do que em fevereiro de 2020;



Modelo econométrico confirmou inspeção visual das séries de custos hospitalares

Os modelos estatísticos confirmam quebra estrutural a partir de maio de 2020

Modelo para medicamentos

Regressor	Coefficiente	Erro padrão	P-Valor
AR(1)	0,9456	0,0410	0
Intercepto	1,2596	0,1676	0
Quebra	0,2530	0,0876	0,004

Obs: 51 | RMSE: 0,0819

Modelo para MMH

Regressor	Coefficiente	Erro padrão	P-Valor
AR(1)	0,8321	0,0813	0
Intercepto	1,1537	0,1611	0
Quebra	0,6903	0,1762	0

Obs: 51 | RMSE: 0,1829

Impacto da Pandemia sobre a Saúde Suplementar

Resultados mostram quebra estrutural sobre despesas assistenciais com internações

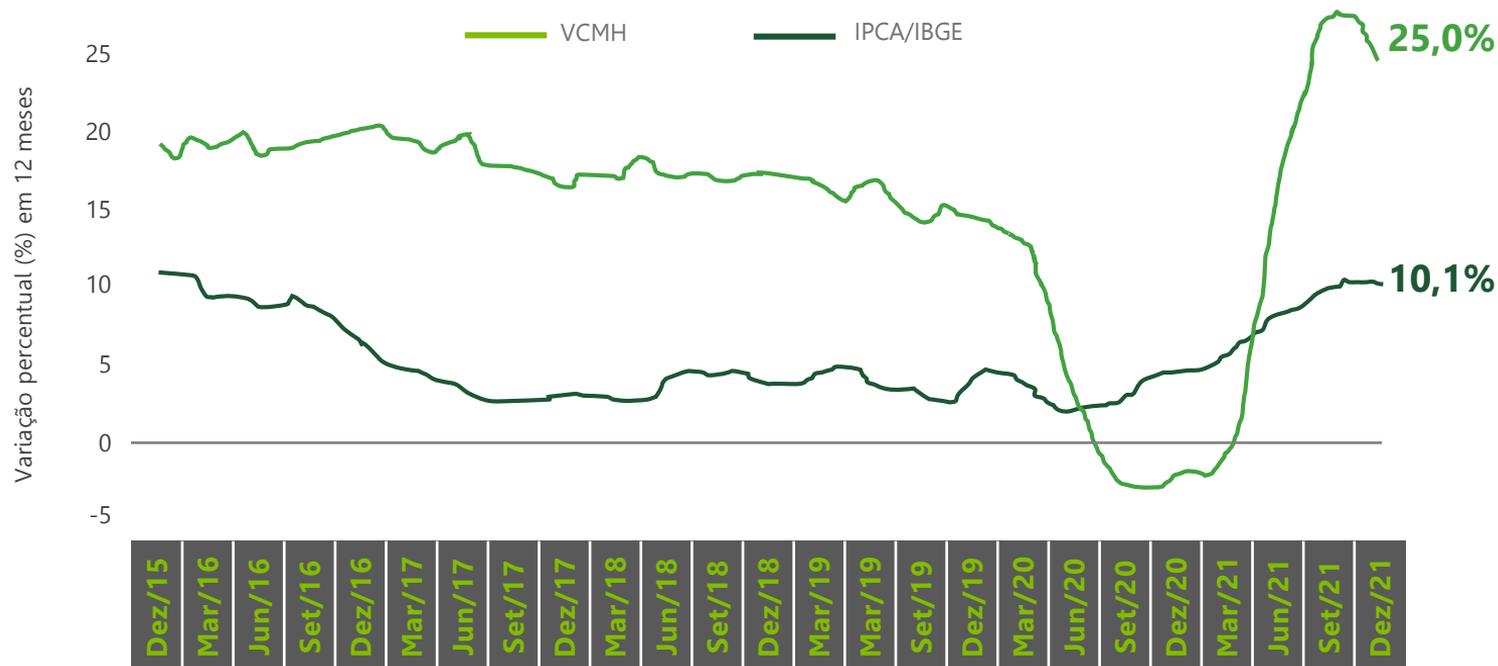
- Todas as variáveis foram estatisticamente significantes a 95% de confiança
- O efeito da variável *dummy* – isto é, o efeito da pandemia - **foi estimado em R\$ 57/beneficiário**, isto é, a partir de maio de 2020 todos os gastos mensais com internação ficaram R\$ 57 por beneficiário mais caro apenas por efeitos da pandemia – **um crescimento de quase 9% considerando um valor comercial médio de R\$ 672,00**
- O resultado é válido para o período de maio de 2020 a janeiro de 2022 – períodos posteriores necessitam de novo estudo mais abrangente

Regressor	Coeficiente	Erro padrão	P-Valor
AR(1)	0,656	0,1325	0
Intercepto	220,113	16,4591	0
Quebra	57,6789	20,7867	0,006

Obs: 37 | RMSE: 26,58

VCMH 2021

Série histórica da VCMH/IESS e IPCA/IBGE em variação de 12 meses

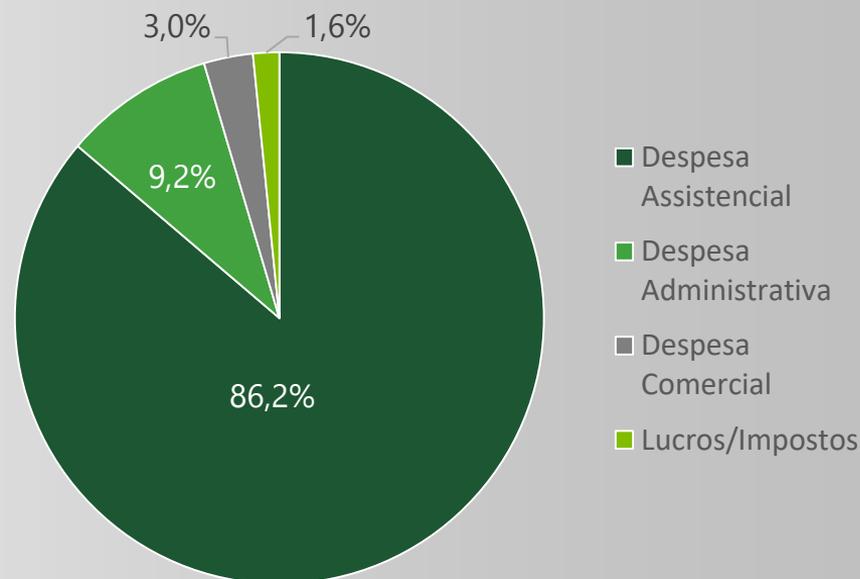


Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores.

Cenário Atual

Distribuição das receitas 2021

- **R\$ 239,2 bilhões** receita/ano
- **86,2%** despesas assistenciais
- **9,2%** despesas administrativas
- **3,0%** despesas comerciais
- **1,6%** lucro e impostos
- Planos de saúde tiveram prejuízo operacional de - **919,6 milhões** em 2021 – ANS
- Reservas técnicas (ativos aplicados) garantiram resultados positivos de parte das operadoras



Resultado operacional

Operação médico-hospitalar por trimestre (em bilhões)



Saúde Suplementar em risco

2019

Índice combinado (%)	Grande		Médio		Pequeno		Total	
	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários
Menor que 100%	66	28.498.692	190	8.617.116	230	1.669.305	486	38.785.113
Maior ou igual a 100%	5	2.158.991	44	1.995.542	131	950.778	180	5.105.311
TOTAL	71	30.657.683	234	10.612.658	361	2.620.083	666	43.890.424

2021

Índice combinado (%)	Grande		Médio		Pequeno		Total	
	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários
Menor que 100%	63	26.550.088	178	8.560.474	221	1.826.683	462	36.937.245
Maior ou igual a 100%	12	8.231.365	46	1.888.500	133	890.857	191	11.010.722
TOTAL	75	34.781.453	224	10.448.974	354	2.717.540	653	47.947.967

**1º sem
2022**

Índice combinado (%)	Grande		Médio		Pequeno		Total	
	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários	Quantidade	Beneficiários
Menor que 100%	60	24.441.693	142	6.736.896	184	1.500.454	386	32.679.043
Maior ou igual a 100%	23	11.883.590	75	3.148.532	169	1.253.131	267	16.285.253
TOTAL	83	36.325.283	217	9.885.428	353	2.753.585	653	48.964.296

Cenário da Saúde Suplementar

O principal desafio de todos os atores envolvidos na cadeia da saúde nos próximos anos é ampliar o acesso aos serviços de assistência médico-hospitalar. Esse desafio passa pela necessidade de **controle de custos**, altos em todo o mundo, em virtude de **tecnologias cada vez mais caras**, mudança no **perfil epidemiológico** da população, entre outros desafios inerentes ao cenário atual da Saúde Suplementar.

- O modelo de **planos ambulatoriais** em vigor hoje difere do formato que tinha quando as regras originais do setor foram formuladas, em 1998. Não é permitido às operadoras a oferta de produtos que cobrem exclusivamente consultas e exames. Por outro lado, essa é uma demanda da população, como demonstram os 40 milhões de cartões de desconto contratados no mercado.
- O atual modelo de **reajuste dos planos individuais** é um empecilho para a oferta desse produto, pois não permite recompor, de forma precisa, a evolução dos custos em saúde.

Cenário da Saúde Suplementar

- Atualmente, o Brasil tem um dos mais céleres processos de **análise de incorporação de procedimentos e medicamentos** em saúde do mundo. Mas, recentemente, esse pilar fundamental da saúde suplementar sofreu sério abalo, com a aprovação do projeto de lei nº 2.033/2022 pelo Congresso.
- Estima-se que, desde o início da pandemia, em março de 2020, as operadoras associadas à FenaSaúde cobriram cerca de 8,5 milhões de atendimentos via **telessaúde**. O índice de resolubilidade dos atendimentos realizados este ano está na média de 96%.¹
- O **modelo de assistência à saúde** predominante na saúde suplementar baseia-se no livre acesso dos usuários a médicos especialistas, sem se fixar em prevenção e promoção de saúde. É caro, ineficiente e, sobretudo, não colabora para melhores desfechos clínicos.

Cenário da Saúde Suplementar

- **Desperdícios** com tratamentos excessivos, falhos ou descoordenados, erros médicos, sobrepreços, burocracia em demasia, fraudes e abusos podem chegar a 40% no mundo²
- Durante a pandemia, as **fraudes** em saúde se potencializaram.
- Nosso sistema de saúde apresenta dificuldade na **interoperabilidade de dados**, com redundâncias desnecessárias e ineficiência em todo o sistema.
- Atualmente, a ANS impõe teto de 30% de **coparticipação** e as operadoras não podem comercializar planos com **franquia** agregada anual, em que o risco é dividido entre o beneficiário e a operadora.

Desafios e Perspectivas

Produtos Não Regulados

Cartões Desconto - O que são:

- Clínicas e entidades que oferecem acesso a consultas/exames com descontos
- Cobrança de mensalidade/anualidade
- Atuam à margem da regulação

Comunicado nº 9 de 2003:

- Sistemas de desconto não são planos de assistência à saúde
- A oferta e propaganda desses serviços como Plano de Saúde é enganosa
- A ANS desaconselha este tipo de contratação, que não apresenta garantias exigidas pela legislação

Produtos Não Regulados

Atuação da ANS mediante denúncia

Verificação da aderência da atividade às definições de plano de saúde previstos no art. 1º da Lei 9.656/98

Critérios definidos nas Notas nº 485 e 486/2010/GGEOP/DIPRO / Sanções administrativas (RN nº 489/2022, ex-RN nº 124/2022):

Art. 18. Exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência a saúde sem autorização da ANS:

Sanção – multa de R\$ 250.000,00; multa diária no valor de R\$ 10.000,00.

Produtos Não Regulados

Quantidade de autos de infração finalizados

- Reclamações autuadas com decisão (com multa ou multa mais advertência)

Art. 18. Exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência a saúde sem autorização da ANS

Ano	AI Finalizado	Multa ou Multa + Advertência
2011	16	12
2012	9	8
2013	2	1
2014	4	4
2015	4	4
2016	8	7
2017	14	9
2018	16	13
2019	9	3
2020	3	0
2021	3	0
2022	1	0
TOTAL	89	61

Produtos Não Regulados

Diversidade de *Healthtechs* atuando no mercado: Cartões de Desconto, Assistência por Assinatura, Serviços de Saúde com Seguro e Serviços de Telemedicina

Mercado de crédito para financiamento de procedimentos, tratamentos e até medicamentos para os pacientes em clínicas particulares, farmácias e consultórios odontológicos (cartão, pix, boleto, financiamento, boleto parcelado, crédito com garantia e 'vaquinha')

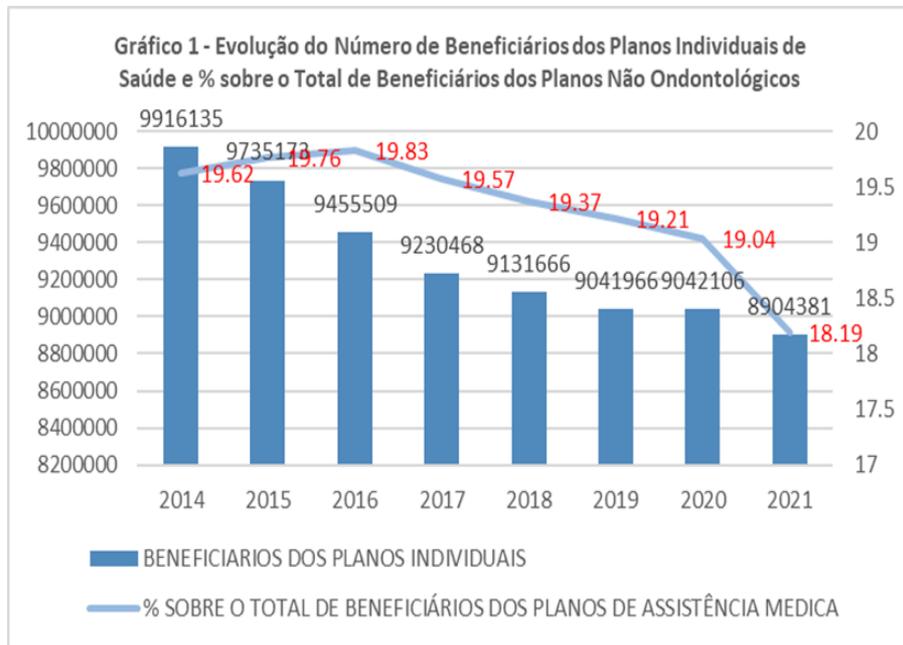
Outros:

Em sua grande maioria, os produtos oferecem descontos em consultas, exames e procedimentos (em menor escala), porém financiados pelo próprio usuário. Não foram identificadas coberturas para serviços emergenciais.

Alguns dos stakeholders deste mercado são companhias com grande reconhecimento do público em geral, seja como prestador deste serviço, de sua rede credenciada ou até mesmo pelo próprio contratante (nos casos de benefício aos empregados).

Reajuste dos Planos Individuais

- Entre 2014 e 2021 este mercado perdeu um milhão de beneficiários (cerca de 10%).
- Entre dezembro de 2011 e dezembro de 2021, a participação dos planos individuais no total de beneficiários de planos de saúde se reduziu de 20,8% para 18,2%.
- Essa redução ocorre apesar do desejo da população em ter um plano de saúde.



Reajuste dos Planos Individuais

Quadro 01 - Regra de Reajuste segundo Classificação do Plano de Saúde

Segmentação assistencial		Médico-hospitares		Exclusivamente Odontológicos	
Época de contratação		Antigo**	Novo	Antigo**	Novo
Tipo de contratação	Por Pessoa Física *	i) Contrato; ii) ANS; iii) TC ANS ⁽¹⁾	ANS	i. Contrato; ii. IPCA ⁽²⁾	
	Por pessoa Jurídica *	Livre (monitorado)		Livre (monitorado)	

Fonte: Elaboração própria, com base na legislação.

* Aos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores, independentemente do tipo de assistência, aplicam-se as regras dos planos individuais.

** Aos planos adaptados à Lei nº 9.656/1998, aplicam-se as regras dos planos novos.

(1) Para os planos médicos antigos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 156/2007, nos casos em que a cláusula de reajuste prevista no contrato não for clara, deverá ser adotado percentual limitado pelo índice de reajuste definido pela ANS, exceto nos casos de Termo de Compromisso definidos pela Agência.

(2) Para os planos exclusivamente odontológicos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 172/2008, nos casos em que não houver aceitação pelo beneficiário do aditivo contratual, vigorará, para fins de reajuste, o IPCA/IBGE.

Reajuste dos Planos Individuais

A atual fórmula do IRPI

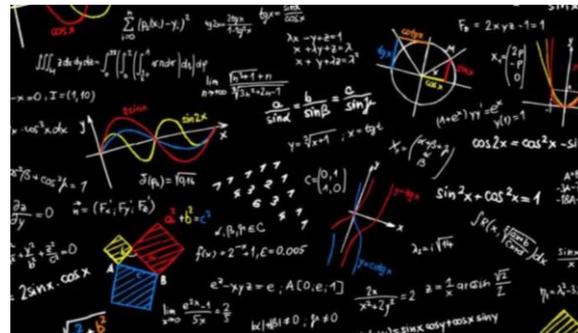
□ O IRPI, regulado através da Resolução Normativa 441 de 2018 da ANS, baseou-se num modelo de *Value Cap* ponderado entre despesas assistenciais (80% do reajuste) e não assistenciais (20% dos reajustes), sendo as despesas assistenciais reajustadas através de índice específico (IVDA) e as despesas não assistenciais reajustadas pelo IPCA (expurgado do componente IPCA saúde). Como o IPCA é na grande maioria dos casos sempre inferior a qualquer índice de variação de despesa assistencial, ele atua na prática como redutor do valor do reajuste dos prêmios.

$$\text{IRPI} = 0.8 * \text{IVDA} + 0.2 * \text{IPCA}$$

□ Para o cálculo do IVDA, a ANS considera três variáveis: (a) a variação das despesas assistenciais (VDA); (b) a variação da receita por reajuste de faixa etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica (VFE) e (c) o fator de estímulo aos ganhos de eficiência (FGE). Tudo isso seria dado pela fórmula

$$\text{IVDA} = \left[\left(\frac{1 + \text{VDA}}{1 + \text{VFE}} - 1 \right) - \text{FGE} \right]$$

Maior frequência de utilização
Novos procedimentos e novas coberturas
Aumento dos preços dos insumos



Reajuste considera 3 coisas:

- 1) **Varição das despesas assistenciais** do mercado em relação ao ano anterior
- 2) Desconta o % de reajuste por faixa etária (para não haver duplicidade)
- 3) Desconta um % associado ao fator de eficiência

Reajuste dos Planos Individuais

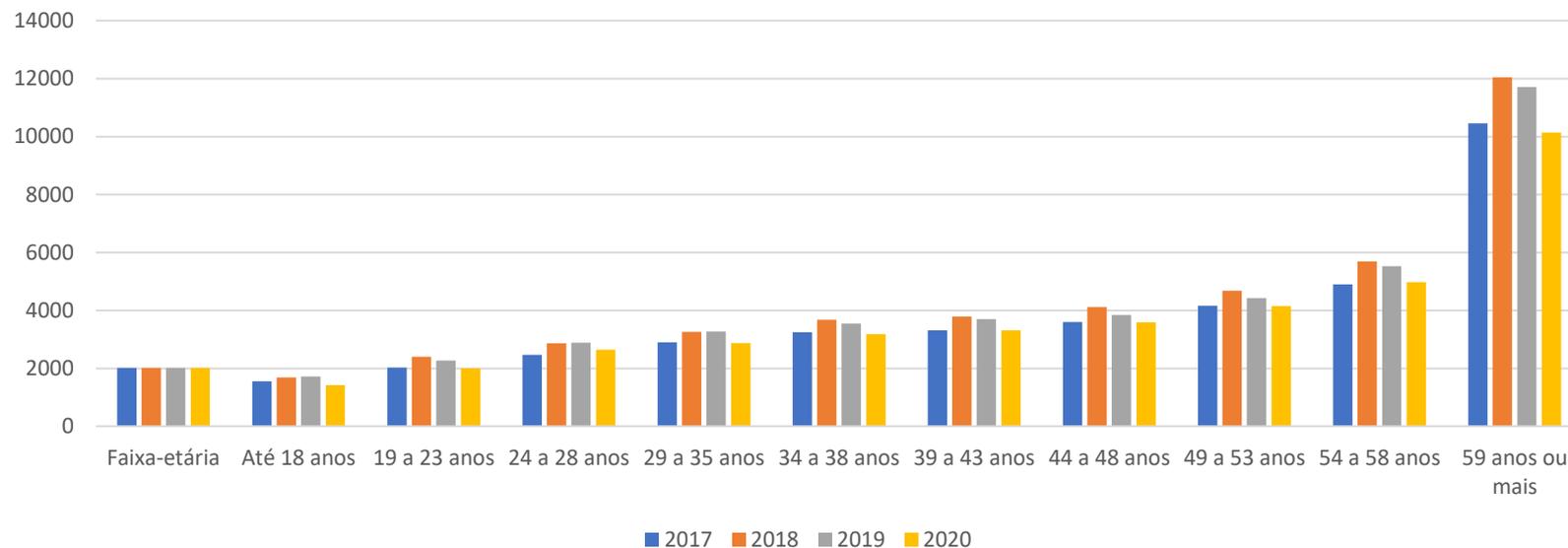
- Inflação = Variação de **preços**
- “Inflação Médica” e VCMH é a variação de **despesas**

$$\text{Variação das despesas} = \Delta p + \Delta f + (\Delta p \times \Delta f)$$

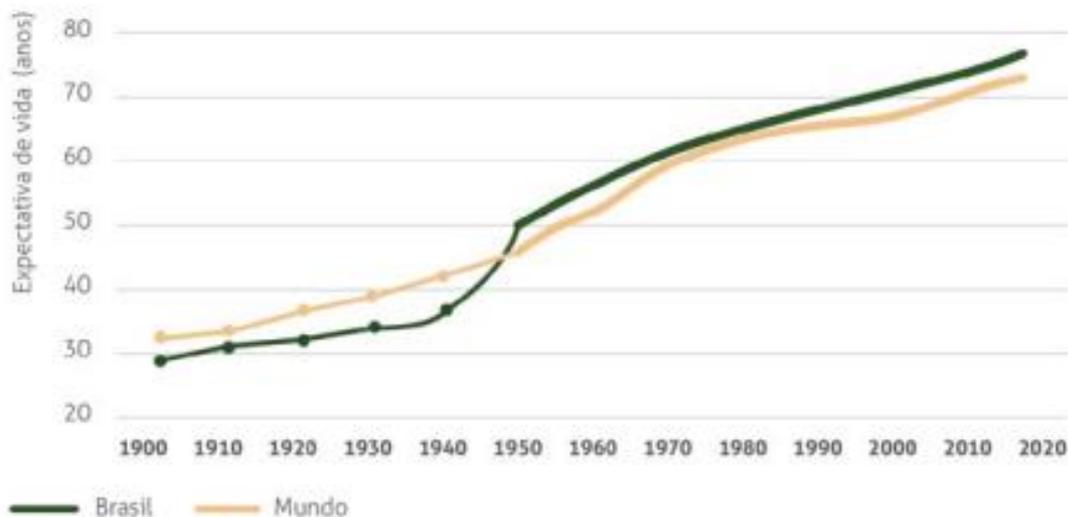
Ano	Reajuste dos Planos Individuais – ANS (%)	IPCA (jan-dez) - %
2021	-8,19	10,06
2022	15,5	7,89
Acumulado	6,04	18,7

Custos crescentes

Despesa Assistencial Anual por Beneficiário
por faixa-etária
2017-2020



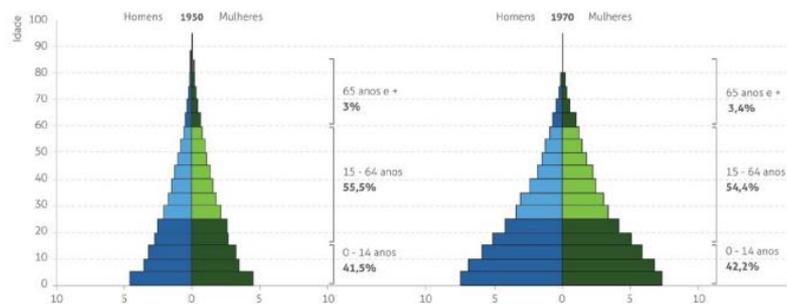
Custos crescentes



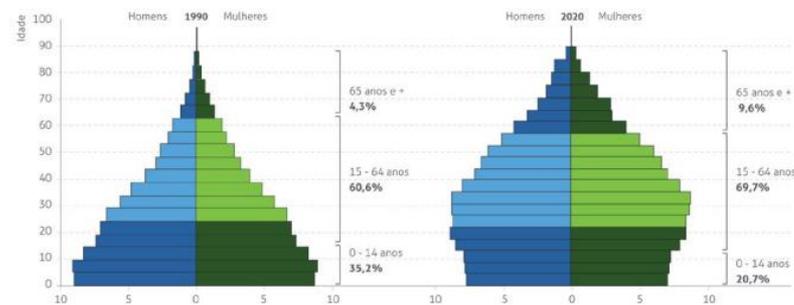
Fonte: Our World in Data, 2022 (consultado em 19 jan. 2022).

Nota: os dados para alguns anos foram interpolados.

Custos crescentes



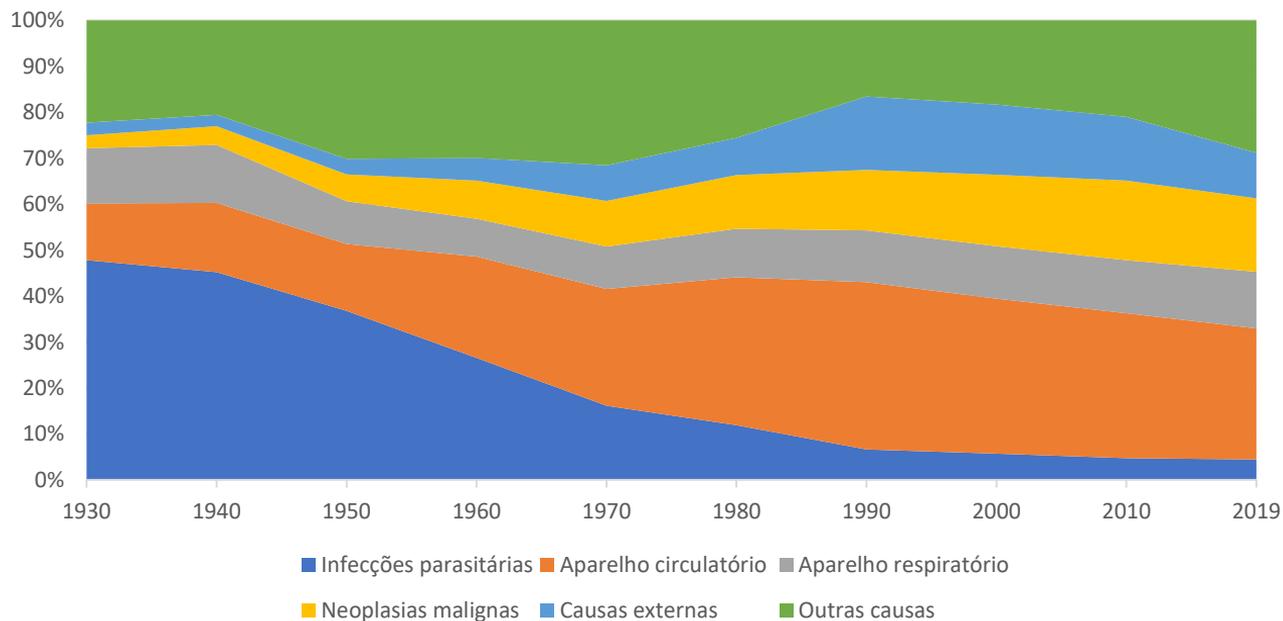
Fonte: Nações Unidas, Perspectivas Mundiais de População 2019



Fonte: Nações Unidas, Perspectivas Mundiais de População 2019

Custos crescentes

Distribuição Percentual das mortes por grupo de causas



Coparticipação e franquia

Regulação

No Brasil, o que inibe esse tipo de plano é o fato de estar previsto, na Resolução CONSU nº 08/1998, que a incidência de coparticipação e franquia não pode configurar um fator restritor severo ao acesso à cobertura, sem, contudo, definir ou conceituar o que seria esse fator restritor severo.

A referida Resolução, feita há mais de duas décadas, restringiu-se a conceituar estes mecanismos e afirmar:

- i) que os mesmos não poderiam representar o custeio integral do procedimento;
- ii) que a coparticipação só poderia incidir em valor fixo nas hipóteses de internação, sem prever ou estabelecer qualquer limite.

Coparticipação e franquia

Exemplos Internacionais

Nos Estados Unidos, país em que a prática do *cost-sharing* é mais difundido, as seguradoras voluntariamente reduziram ou eliminaram as coparticipações em diversos procedimentos associados à Covid19 e tratamentos relacionados. Não custa lembrar que é do interesse da operadora manter seus beneficiários saudáveis, evitando complicações de saúde que evoluiriam para um cenário de maiores despesas. Muitas seguradoras utilizaram os mecanismos de incentivos à sua disposição para estimular a vacinação contra a covid19.

Coparticipação e franquia

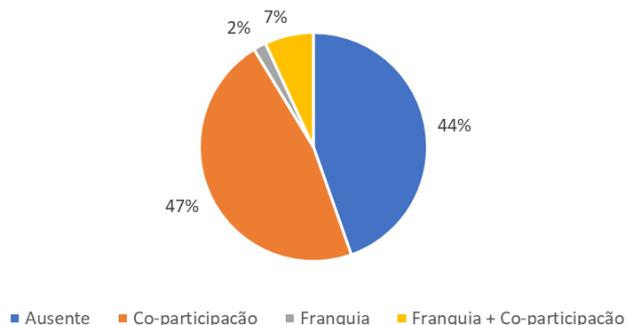
Exemplos Internacionais

A franquia agregada anual, muito comum nos EUA (deductibles), consiste na divisão de risco entre a operadora e o consumidor com base em um valor contratado. Até chegar a este valor, as despesas são de responsabilidade do beneficiário e a partir desse limite, ficam sob responsabilidade da operadora. No mercado americano, o limite máximo anual do dedutível é limitado a US\$ 8.700,00.

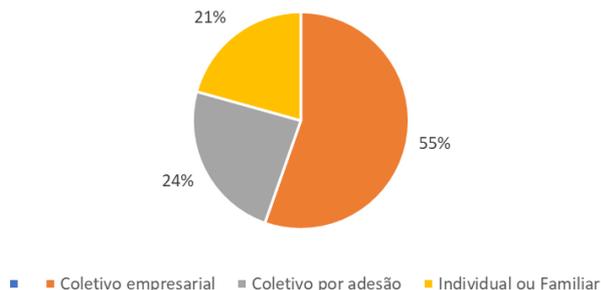
Coparticipação e franquia

Estatísticas da Saúde Suplementar

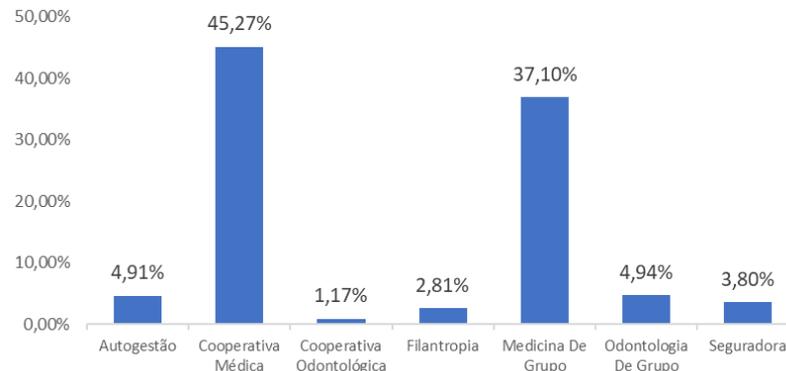
Planos ativos com fator moderador



Planos ativos com fator moderador



Fator Moderador por Modalidade

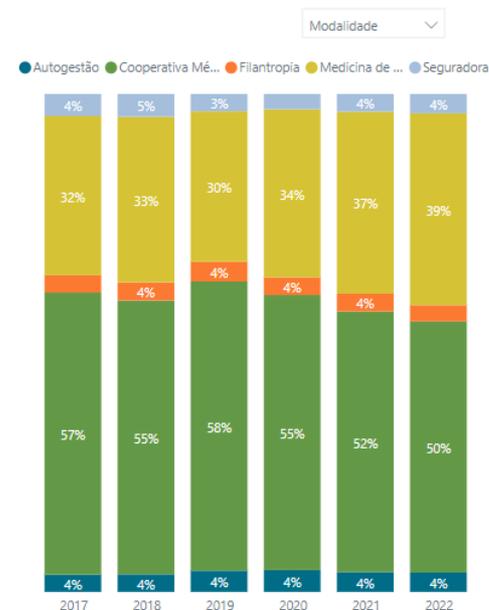
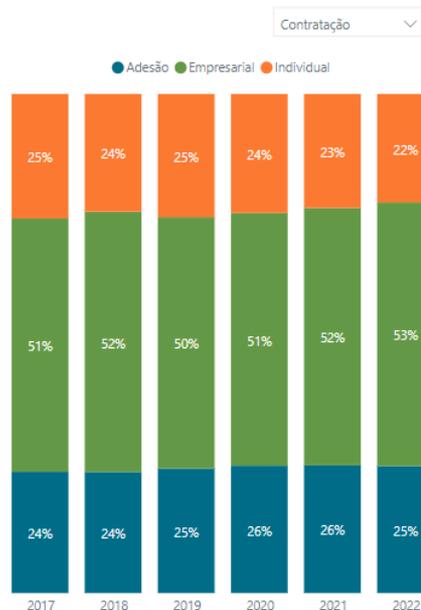
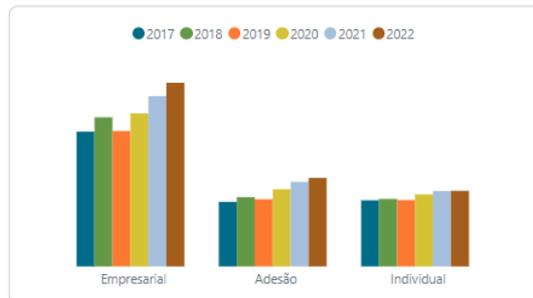


Fonte – ANS Dados do setor – Característica produtos saúde Suplementar – 30/08/2022

Coparticipação e franquia

Estatísticas da Saúde Suplementar

Planos em Comercialização com Fator Moderador



Coparticipação e franquia

Exemplos Internacionais

Tipos e Níveis de Compartilhamento de Custos de pacientes de Atenção Primária e de Especialistas para adultos sem condições de saúde específicas

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
Australia	Free at the point of care when doctors accept direct payments from Medicare (about 79% of GP services 2010-11). Otherwise, patients may be exposed to costs.	Outpatient specialist contacts are fully covered when provided by the public hospital system, and covered generally with a copayment when provided outside hospitals and financed by Medicare..
Austria	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.	Mostly free at the point of use for contracted physicians, with a EUR 10 (USD 11.80) annual payment. Certain professional groups have co-insurance rates (14-20%) instead of the service fee.
Belgium	Copayment of EUR 6.50 (USD 7.48) or EUR 4.00 (USD 4.60) with GMD, reduced to EUR 1.50 (USD 1.73) or EUR 1.00 (USD 1.15) for patients with preferential reimbursement.	Copayments between EUR 2.50 (USD 2.88) and EUR 24.25 (27.94) depending on service type and patient status (GMD/preferential reimbursement).
	Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
Canada	Free at the point of care	Free at the point of care
Chile	Depending on health insurer, visits are either free of charge, or cost sharing is around 39% (average in 2010).	Depending on health insurer and chosen coverage plan, cost sharing ranges from 10% to 50%.

Coparticipação e franquia

Types and level of cost-sharing requirements outpatient primary care, outpatient specialist contacts, for an adult not subject to any specific exemption

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
Czech Republic	Copayment of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.	User fee of EUR 1.20 (USD 2.24) per visit.
Denmark	Free at the point of care.	Free at the point of care.
Estonia	n.a.	n.a.
Finland	Copayment of EUR 13.80 (USD 14.74) per visit up to the annual copayment cap. A single primary care centre may collect the EUR 13.80 (USD 14.74) copayment no more than three times a year.	Copayment of EUR 27.50 (USD 29.26) per visit to an outpatient specialist contact in a hospital. For same-day (outpatient) surgery there is a copayment up to a maximum of EUR 90.30 (USD 96.12) per procedure. The annual municipal health care copayment cap applies.
France	Copayment of EUR 1 (USD 1.16) per consultation and 30% cost-sharing for patients registered with a treating physician, 70% in other cases. Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.	Copayment of EUR1 (USD 1.16) fee per consultation, plus cost-sharing of 30% with a GP referral, 70% otherwise. Patients may be exposed to extra-billing (allowed for 45% of specialists). Patients pay the full price and are reimbursed afterwards.
Germany	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patient with selected PHI contracts.	Free at the point of care for patients with statutory health insurance and patients with selected PHI contracts.
Greece	Free at the point of care for public providers.	Free at the point of care for public providers.
Hungary	Free at the point of care	Free at the point of care
Iceland	Copayment of ISK 1000 (USD 7.0) per visit.	Copayment of ISK 4 200 (USD 30) per visit for any service exceeding ISK 4 200 + cost-sharing of 40% up to a maximum of ISK 29 500 (USD 208).

Coparticipação e franquia

Types and level of cost-sharing requirements outpatient primary care, outpatient specialist contacts, for an adult not subject to any specific exemption

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
Israel	Free at the point of care for people insured in 3 of the 4 health insurance funds; Deductible of NIS 7.00 (USD 1.79) every quarter for the people insured in the 4 th fund.	Copayment of approximately NIS 25 (USD 6.38) once every quarter.
Italy	Free at the point of care	Facilities and services included in the national healthcare entitlements ("Livelli essenziali di assistenza"(LEA)) have a co-payment of up to EUR 36 (USD 45.57) + EUR 10 (USD 12.68) fixed cost imposed by the National legislation, which varies regionally.
Japan	Co-insurance of 30% of costs*	Co-insurance of 30% of costs
Korea	Below 65 years: 30% of cost of service For patients >= 65 years: cost-sharing of 30% when total cost exceeds KRW 15,000 (USD 18.11); copayment of KRW 1,500 KRW (USD 1.81) if the total cost is lower.	Tertiary hospitals: 60% cost-sharing (100 % for the medical examination fee); General hospitals: 50% cost-sharing (45% in case of rural area); Other Hospital: 40% cost-sharing (35% in case of rural area); Doctors' Clinic: 30% copayment.
Luxembourg	Cost-sharing of 20% for physician consultation. Cost-sharing of 12% for medical acts and services	Cost-sharing of 20% for physician consultation; cost-sharing of 12% for medical acts and services.
Mexico	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.	Free at the point of care for patients within that same subsystem but potential extra-billing for patients from different subsystems or without public insurance.
Netherlands	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350).	No cost sharing once the general deductible is met (EUR 350 = USD 420).

Coparticipação e franquia

Types and level of cost-sharing requirements outpatient primary care, outpatient specialist contacts, for an adult not subject to any specific exemption

Countries	Outpatient primary care physician* contacts	Outpatient specialist contacts
New Zealand	Average cost-sharing is estimated at 30%, with a range of copayments depending on practice type and patient status.	No cost-sharing.
Norway	Copayment of NOK 136 (USD 14.74) per visit up to an annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013.	Copayment of NOK 307 (USD 33.27) up to a annual ceiling for all user charges of NOK 2040 (USD 344) in 2013
Poland	Free at the point of care.	Free at the point of care.
Portugal	Copayment of EUR 5 (USD 8.06) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).	Copayment of EUR 7.5 (USD 12.10) per visit (more that 60% of the population does not pay co-payments).
Slovak Republic	n.a.	n.a.
Slovenia	20% cost-sharing.	15% cost-sharing.
Spain	Free at the point of care	Free at the point of care
Sweden	Free with some copayment. People usually pay a very small fee and when they reached a certain level of visits and cost they get the care for free.	Free with some copayment
Switzerland	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.	10% cost-sharing after general deductible, with an annual cap.
United Kingdom	Free at point of care	Free at point of care
United States	Varies across coverage schemes	Varies across coverage schemes

Coparticipação e franquia

É fundamental retomar a discussão sobre coparticipação e franquia a fim de oferecer mais diversidade de produtos para os consumidores

A coparticipação e a franquia com maior amplitude é uma demanda dos contratantes. Diante do dilema entre manter o plano de saúde ou reduzir as despesas financeiras, muitos não conseguem encontrar uma opção intermediária. Isto porque falta liberdade para as operadoras oferecerem alternativas em seus portfólios.

As estatísticas demonstram ampla utilização reforçando que já é um instrumento conhecido pelos consumidores

Há experiência internacional consolidada inclusive em sistemas de saúde públicos

Diante desse cenário, a ANS poderia flexibilizar os percentuais máximos, com base em estudos técnicos, disciplinar os procedimentos que seriam isentos de coparticipação (como tratamentos seriados e programas de promoção de saúde e prevenção de doenças) e instituir o plano com franquia agregada anual

Propostas da FenaSaúde



PERMISSÃO DA OFERTA
DE PLANOS AMBULATORIAIS PUROS



EXPANSÃO DA
TELESSAÚDE



REVISÃO DAS
REGRAS DE REAJUSTES



ESTÍMULO À
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



MANUTENÇÃO
DA NATUREZA TAXATIVA DO ROL



PROMOÇÃO DO USO CONSCIENTE
DO PLANO DE SAÚDE



APRIMORAMENTO DO PROCESSO
DE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS



MOBILIZAÇÃO PARA A PREVENÇÃO
E O COMBATE ÀS FRAUDES



AMPLIAÇÃO DA INTEROPERABILIDADE E
ADOÇÃO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO



REVISÃO DAS REGRAS DE
COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA



FenaSaúde

Federação Nacional
de Saúde Suplementar



www.fenasaude.org.br



[/fenasaude/](https://www.instagram.com/fenasaude/)



[maissaudefenasaude](https://www.facebook.com/maissaudefenasaude)



[/fenasaude/](https://www.linkedin.com/company/fenasaude/)



[/FenaSaúdeCanal](https://www.youtube.com/channel/UCFenaSaúdeCanal)



[/fenasaudeoficial](https://www.tiktok.com/@fenasaudeoficial)