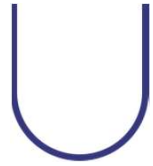


# Limites financeiros e fator restritor severo: evidências científicas.

Coparticipação e Franquia: Instrumentos Estratégicos para Sustentabilidade do Sistema Brasileiro

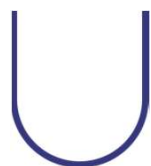


# Experimento RAND de Seguro de Saúde

(Manning et al. 1987)

Fontes: Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. Am Econ Rev. 1987 Jun;77(3):251-77. PMID: 10281001





# O Desafio do Uso Irrestrito

O Conceito de Risco Moral na Saúde

## Demanda Induzida

Utilização de serviços sem indicação clínica clara, motivada pela percepção de "gratuidade"

## Sobreutilização

Consultas, exames e internações além do necessário, elevando custos sem benefício correspondente

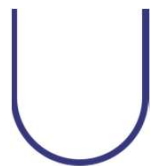
## Insustentabilidade

Pressão crescente sobre sinistralidade, reajustes e equilíbrio atuarial dos planos



A ausência de qualquer mecanismo de compartilhamento de custos cria incentivos perversos que ameaçam a sustentabilidade econômico-financeira do Sistema de Saúde Suplementar. **Quem paga a conta disso é o próprio beneficiário.**





# O Experimento RAND HIE

O Padrão-Ouro em Pesquisa de Compartilhamento de Custos



Riguroso experimento controlado randomizado já realizado sobre os efeitos do compartilhamento de custos na saúde.

**2.000 famílias** foram alocadas aleatoriamente a diferentes modelos de cobertura.

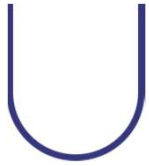
Duração de **3 a 5 anos** por família, com acompanhamento rigoroso de desfechos clínicos, utilização e gastos.

## Acesso Livre

Cobertura 100%, sem coparticipação

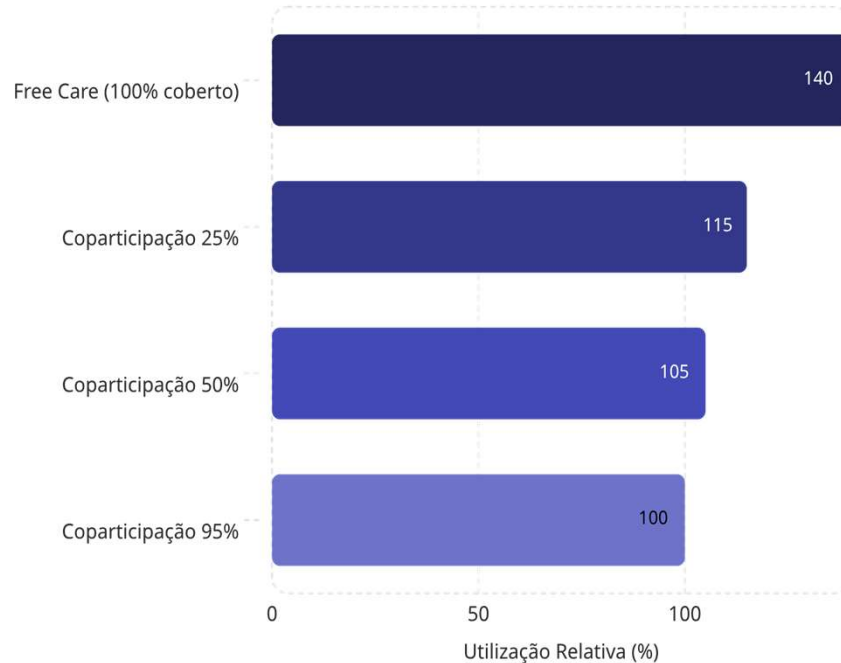
## Coparticipação

25%, 50% ou 95% de compartilhamento com teto protetor



# O que os dados revelam?

Modelo de Cobertura

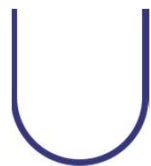


Beneficiários com cobertura 100% (*free care*) utilizaram **aproximadamente 40% mais serviços** de saúde — consultas, exames e internações — do que aqueles submetidos a algum nível de coparticipação.

A redução foi progressiva: quanto maior o compartilhamento de custos, **menor a demanda** por serviços. Planos com coparticipação reduziram a utilização em **20 a 30%** sem comprometer a segurança dos pacientes.

**Esse excedente de 40% representa utilização sem retorno clínico comprovado — puro desperdício sistêmico.**





## O que os dados brasileiros falam sobre o assunto?

### A MESMA REDUÇÃO!

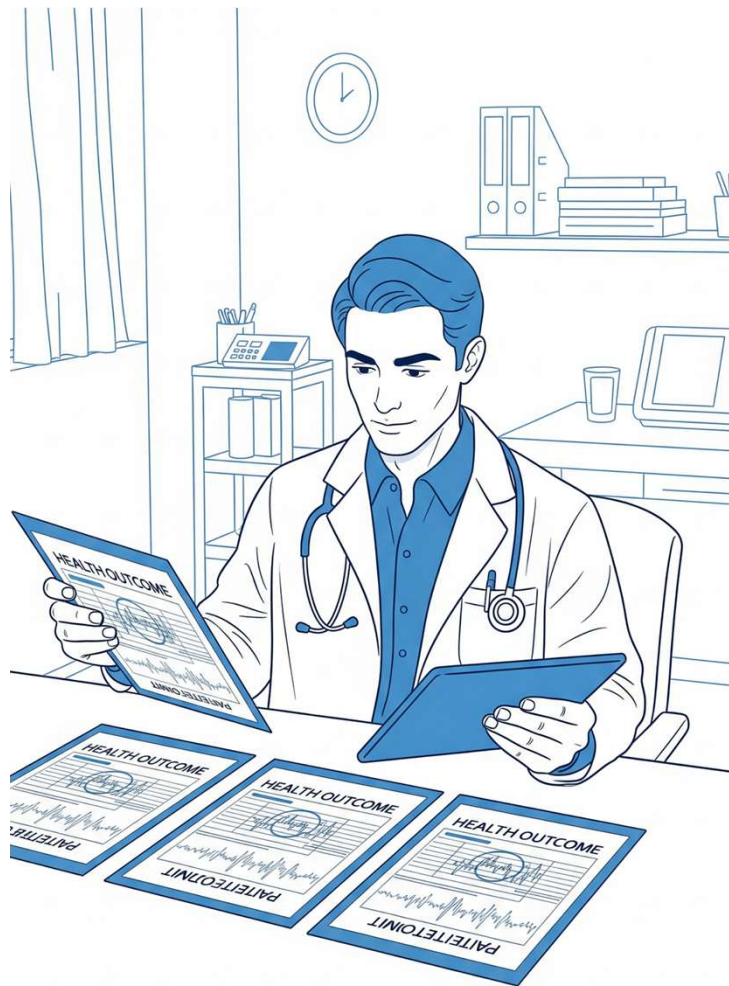
ABRAMGE está realizando um esforço de cruzamento de dados.

TISS X SIB

O que achamos até agora: EXATAMENTE a mesma redução proporcional de 20% a 30% do estudo RAND (no uso ambulatorial). Estes resultados são preliminares, por enquanto apenas para o Estado de SP e para os anos de 2019 e 2024.

**Tudo indica que o excedente de utilização no Brasil também representa utilização sem retorno clínico comprovado.**





## O Paradoxo Clínico

# Mais Utilização Não Significa Melhor Saúde

A conclusão mais surpreendente do RAND HIE: os desfechos clínicos e o estado geral de saúde foram **estatisticamente idênticos** entre os grupos *free care* e coparticipação para a grande maioria da população estudada.

Indicadores como pressão arterial, colesterol, visão, saúde dental e mortalidade geral **não apresentaram diferença significativa** entre quem usava o sistema livremente e quem compartilhava os custos.

### Internações

Sem diferença clínica significativa nos desfechos hospitalares

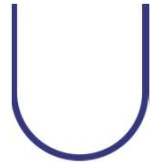
### Saúde Geral

Indicadores de saúde equivalentes entre os grupos

### Mortalidade

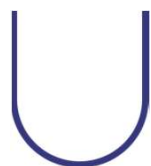
Taxas sem diferença estatística relevante entre modelos

Conclusão: o excesso de utilização gerado pelo *free care* não produziu valor clínico adicional para a população média.



**Quais são as evidências desde então?**





# Experimento Oregon de Seguro de Saúde

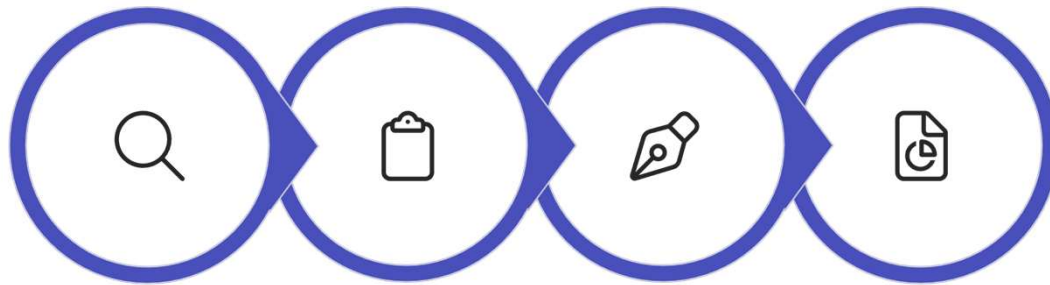
(Finkelstein et al. 2012)

Fonte: Finkelstein A, Taubman S, Wright B, Bernstein M, Gruber J, Newhouse JP, Allen H, Baicker K; Oregon Health Study Group. THE OREGON HEALTH INSURANCE EXPERIMENT: EVIDENCE FROM THE FIRST YEAR. Q J Econ. 2012 Aug;127(3):1057-1106. doi: 10.1093/qje/qjs020. Epub 2012 May 3. PMID: 22202207. PMCID: PMC3525208



# Desenho Metodológico do Oregon

PADRÃO-OURO DE ANÁLISE CAUSAL



O sorteio aleatório garantiu equivalência estatística entre os grupos, conferindo ao OHIE validade causal comparável a um ensaio clínico randomizado — padrão raro em estudos de política de saúde.

**~90.000**

Inscritos no processo de loteria do Oregon Medicaid

**~30.000**

Selecionados para cobertura sem coparticipação

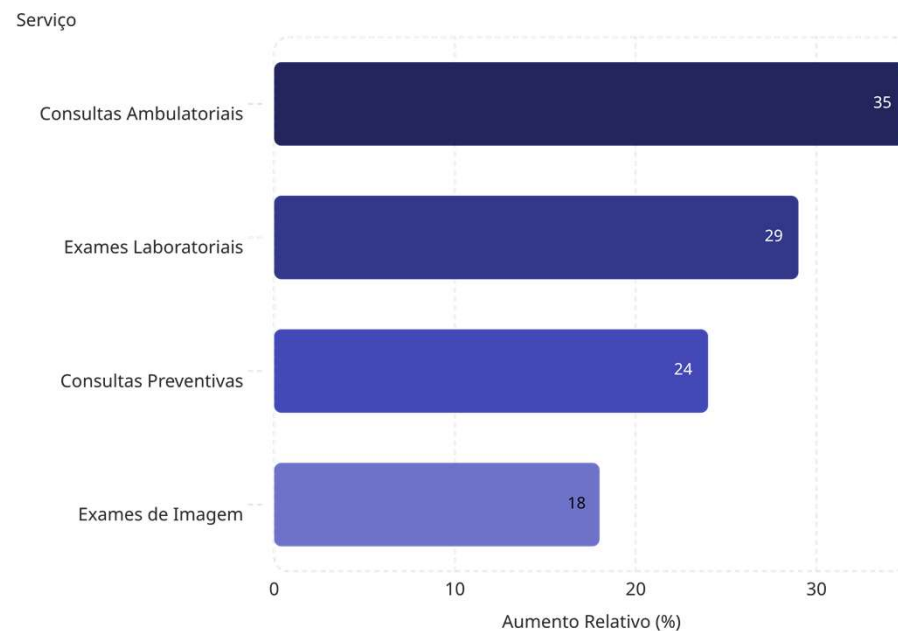
**2 anos**

Período de acompanhamento longitudinal dos grupos





# Explosão de Demanda em Serviços Ambulatoriais



## Efeito da Cobertura Total

O grupo segurado pelo Oregon Medicaid sem coparticipação apresentou crescimento significativo no volume de utilização de serviços ambulatoriais em relação ao grupo de controle.

O aumento em exames diagnósticos ocorreu mesmo em condições clínicas estáveis, sem evidência de maior complexidade assistencial no grupo tratado.



# O Uso Ineficiente do Pronto-Socorro



Resultado contraintuitivo e central do OHIE: a cobertura irrestrita  **aumentou** as visitas ao pronto-socorro — e não as reduziu.

## +40% nas visitas ao PS

O grupo segurado visitou o pronto-socorro com frequência 40% superior ao grupo controle sem seguro.

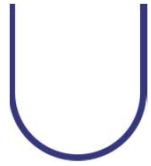
## Condições Ambulatorializáveis

Grande parcela das visitas envolvia condições tratáveis em consultório — infecções, dores leves, check-ups urgentes de conveniência.

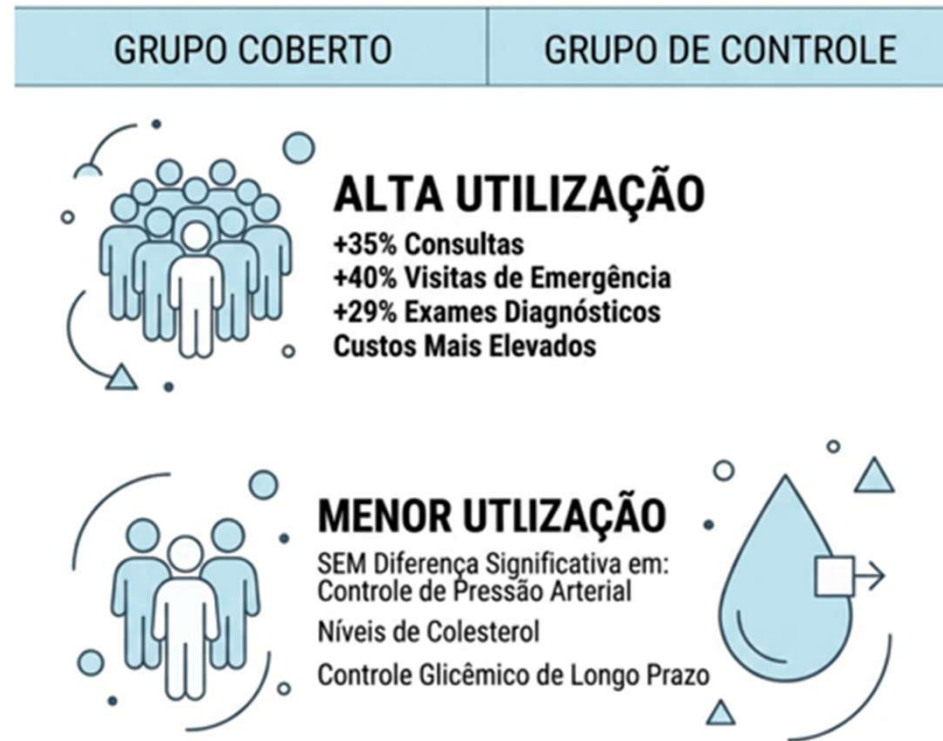
## Custo por Episódio Elevado

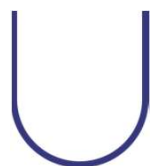
O custo médio de um atendimento no PS é 3 a 5 vezes superior ao de uma consulta ambulatorial equivalente, elevando a sinistralidade sem ganho clínico.





## O Paradoxo Clínico do Oregon



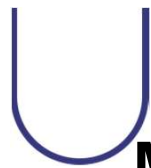


# Revisão sistemática da literatura

(Fusco et al. 2022)

Fonte: Fusco N, Sils B, Graff JS, Kistler K, Ruiz K. Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. J Manag Care Spec Pharm. 2023 Jan;29(1):4-16. doi: 10.18553/jmcp.2022.21270. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35389285; PMCID: PMC10394195.

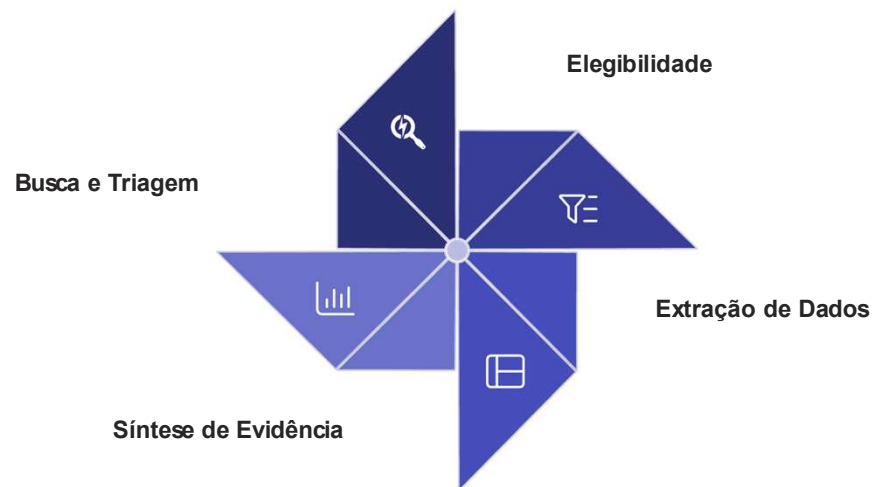




# Metodologia e Escopo da Revisão



Fusco et al. (2022) conduziram uma **revisão sistemática de literatura** focada nos efeitos do compartilhamento de custos sobre a utilização de recursos de saúde (HRU) e custos médicos totais.



Protocolo metodológico aplicado para garantir rigor científico na seleção e síntese das evidências sobre utilização de serviços.

## Escopo Assistencial

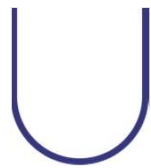
Consultas ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos de urgência e exames diagnósticos

## Desfecho Principal

Variação na frequência de utilização (HRU) correlacionada ao nível de compartilhamento de custos

## Perspectiva Econômica

Impacto nos custos totais das operadoras e na sinistralidade dos contratos coletivos e individuais



# O Comportamento de Utilização sob Coparticipação



## Efeito Moderador Documentado

Fusco et al. (2022) identificaram reduções consistentes na utilização de serviços ambulatoriais e diagnósticos nos grupos com coparticipação, sem aumento compensatório de internações por agravamento clínico.

O efeito moderador é mais pronunciado em populações de baixo risco clínico, onde o risco moral é proporcionalmente maior.





## Impactos na demanda por serviços de saúde

A coparticipação atua diretamente sobre os componentes de maior elasticidade da sinistralidade — aqueles onde a demanda responde ao sinal de preço. O resultado é uma compressão dos custos variáveis sem deterioração da carteira.

↓30%

Visitas ao Pronto-Socorro

Redução média em populações com coparticipação moderada frente a planos sem franquia

↓20%

Consultas Eletivas

Queda na demanda por consultas de baixa urgência, particularmente especialidades de alta frequência

↓15%

Exames Diagnósticos

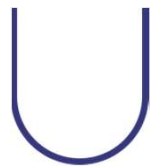
Redução de solicitações sem impacto clínico negativo mensurável na média da população

≈0%

Internações Necessárias

Admissões por condições agudas graves não apresentaram redução relevante, preservando o acesso essencial





## Desperdício vs. Uso Consciente



### A Lógica do Filtro Econômico

Fusco et al. (2022) evidenciam que **a coparticipação atua com maior intensidade justamente sobre os serviços onde a elasticidade-preço da demanda é maior — aqueles de rotina, eletivos e de baixa urgência — enquanto preserva o acesso a serviços onde a necessidade clínica supera a barreira financeira.**

Resultado: redução de desperdício operacional sem comprometer a qualidade assistencial percebida nem os desfechos clínicos de médio e longo prazo.





U

**Reflexão:**

**Onde está a evidência que  
justifica uma mudança no  
cenário atual?**

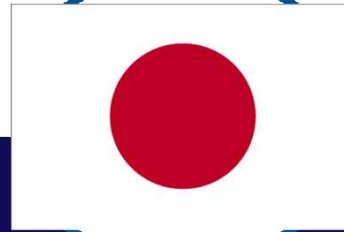
**Não está nos dados.**



# Experiência Internacional



O sistema público exige um *ticket modérateur*, onde o paciente paga **30%** do custo de consultas médicas e **20% nas internações**. Taxa de hospedagem diária de €20.



Cosseguro: 30% em todos os custos médicos e prescrições para adultos em idade ativa. O percentual cai para **10% ou 20%** para crianças pequenas e idosos.



Altamente variável. Franquias frequentemente superam US\$ 1.500 anuais. Após a franquia, é comum um cosseguro de 20%, além de coparticipações fixas (ex.: US\$ 20 a US\$ 50 por consulta).

# Experiência Internacional



No mercado privado utilizam-se franquias altas (frequentemente de MXN 15.000 a mais de MXN 50.000) e um cosseguro padrão, geralmente fixado em 10%, com um limite financeiro máximo por evento.



Franquia anual compulsória (Eigen risico) de € 385 para cuidados especializados e hospitalares. Consultas primárias (clínico geral) são isentas para não desestimular a prevenção. O prêmio médio é de € 158/mês.



O Seguro Nacional de Saúde (NHI) exige um cosseguro de 20% para internações. Para cuidados ambulatoriais, varia conforme a complexidade: 20% em clínicas primárias, chegando a 60% em hospitais de nível terciário.

# O ambiente concorrencial é cada vez mais complexo!!!



**Cobertura no Brasil por seguradora internacional: cobre Brasil (e brasileiros). Simulação para família de 3 pessoas (49, 46 e 3 anos)**



1 (61) 52 53 4 124 0138, MOBILE: +1 332 222 4 838, E-MAIL: samira.casouren@pacificprime.com, I-EMAIL: samira.casouren@pacificprime.at

Language: User: 6 Mar, 2020

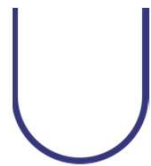
Insurance Company	Recommended			Recommended			
	IMG Prima FMU	RedBridge	RedBridge	VUMI Group #	VUMI Group #	Best Doctors	Best Doctors
Nome plano	Bronze	RedBridge Plus Care	RedProtection Care	Bronze	Direct VIP Choice	My Choice	My Choice
Limite anual	1,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000	3,000,000	3,000,000
Cobertura geográfica	Worldwide excl. USA and any USA territories	Mundial	Mundial	Mundial	Mundial	Mundial	Mundial
Hospitalar	Sim	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)
Cirurgia ambulatorial	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Transplante de Órgão	100,000 vitalício	1,000,000 vitalício	500,000 vitalício	1,100,000 por tempo de vida da condição	1,100,000 por tempo de vida da condição	1,000,000 por tempo de vida do órgão	1,000,000 por tempo de vida do órgão
Limites ambulatoriais totais	Não	Não	Sim (30 dias de carência)	Não	Não	Não	Não
Consultas com clínico geral	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Exames de diagnóstico	250	Não	Sim	15,000 (somente pré-cirurgia)	15,000 (somente pré-cirurgia)	Não	Não
Medicação prescrita	Não	Não	30,000	7,000 (up to 6 mths of discharge, Post Hospitalization only)	7,000 (up to 6 mths of discharge, Post Hospitalization only)	Não	Não
Oncologia	até ao Limite anual	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Emergência	Não	Yes (in LATAM only)	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Fisioterapia	Não	Sim (até 10 consultas, somente pós-hospitalização)	12,000	Sim (até 60 consultas, somente pós-hospitalização)	Sim (até 60 consultas, somente pós-hospitalização)	Não	Não
Franquia por Pessoa	1,000 por ano	5,000 per year (Max 2 per Family)	2,000 per year (Max 2 per Family)	5,000 por ano (máximo 2 por família)	2,000 por ano (máximo 2 por família)	5,000 por ano (máximo 2 por família)	3,500 por ano (máximo 2 por família)
Evacuação de Emergência	Sim	Sim	80,000	Sim	Sim	50,000	50,000
Check up anual	Não	500 (3 meses de carência)	600 (3 meses de carência)	300 (17 age & below); 600 (18 age & above); up to 5 visits (0-6 mths); 3 mths WP for all ages	300 (17 age & below); 600 (18 age & above); up to 5 visits (0-6 mths); 3 mths WP for all ages	300 (18 de idade ou mais)	300 (18 de idade ou mais)
Condições Crônicas	Sim com sublimites	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (somente internação)	Sim (somente internação)
Cobertura para condições pré-existentes	Bronze (Exclusion); Other plans (Possible Upon Enrollment)	A ser consultado	A ser consultado	Possível no momento da afiliação	Possível no momento da afiliação	Possível no momento da afiliação	Possível no momento da afiliação
Renovação	No Age Limit	No Age Limit	No Age Limit	No Age Limit	No Age Limit	No Age Limit	No Age Limit
Frequência de Pagamento	A / Q / M	A / SA / Q	A / SA / Q	A / SA / Q	A / SA / Q	A / SA / Q / M	A / SA / Q / M
Desconto para Pagamento Anual	0%	12%	12%	0%	0%	0%	0%
	125 147 50	234 234 50	355 355 67	270 270 71	389 389 94	194 274 61	241 274 72
Total Monthly Premium in USD	321	516 (\$150 admin fee not included)	777 (\$150 admin fee not included)	611 (USD 75 de Custos administrativos não incluídos)	871 (USD 75 de Custos administrativos não incluídos)	475 (USD 75 de Custos administrativos não incluídos) (New Business Discount)	587 (USD 75 de Custos administrativos não incluídos) (New Business Discount)
Total Annual Premium in USD	3,844	5,525	8,316	7,323	10,450	5,698	7,033

Fonte: <https://www.pacificprime.com/>



Insurance Company	IMG Prime EMU	RedBridge	RedBridge	VIMI Group #
<b>Nome plano</b>	Bronze	RedInpatient Plus Care	RedProtection Care	Direct VIP Choice
<b>Limite anual</b>	1,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000
<b>Cobertura geográfica</b>	Worldwide incl. USA and any USA territories	Mundial	Mundial	Mundial
<b>Hospitalar</b>	Sim	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)	Sim (30 dias de carência)
Cirurgia ambulatorial	Sim	Sim	Sim	Sim
Transplante de Órgão	100,000 vitalício	1,000,000 vitalício	500,000 vitalício	1,100,000 por tempo de vida da condição
<b>Limites ambulatoriais totais</b>	Não	Não	Sim (30 dias de carência)	Não
Consultas com clínico geral	Não	Não	Sim	Não
Exames de diagnóstico	250	Não	Sim	15,000 (somente pré-cirúrgico)
Medicação prescrita	Não	Não	30,000	7,000 (up to 6 mths of discharge, Post Hospitalization only)
Oncologia	até ao Limite anual	Sim	Sim	Sim
Emergência	Não	Sim (apenas emergência)	Sim	Sim
Fisioterapia	Não	Sim (até 70 consultas, somente pós-hospitalização)	12,000	Sim (até 60 consultas, somente pós-hospitalização)
<b>Franquia por Pessoa</b>	1,000 por ano	5,000 per year (Max 2 per Family)	2,000 per year (Max 2 per Family)	5,000 por ano (máximo 2 por família)
<b>Evacuação de Emergência</b>	Sim	Sim	80,000	Sim

Fonte: <https://www.pacificprime.com/>



## Quais são essas empresas?



Empresa americana fundada em 1990, foi adquirida pela SiriusPoint, uma empresa listada na bolsa de NY e cujas operações começaram na Suécia em 1940.



Empresa americana fundada em 2010 para oferecer soluções de seguros e resseguros para a América Latina e Caribe.



Empresa de seguros americana com foco em seguros-saúde. Oferece abertamente planos em sua homepage, inclusive para brasileiros.



OBRIGADO



abramge

Associação Brasileira de Planos de Saúde