

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS E CONTABILIDADE
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS**

THEREZA MAYNARA DE ALMEIDA SILVA

**ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E DE ACESSIBILIDADE DE IDOSOS NA
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA**

JOÃO PESSOA

2017

THEREZA MAYNARA DE ALMEIDA SILVA

**ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E DE ACESSIBILIDADE DE IDOSOS NA
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Ciências Atuariais, do Departamento de Finanças e Contabilidade, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Ciências Atuariais, tendo como orientador o professor Me. Victor Hugo Dias Diógenes.

João Pessoa

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A447a Almeida Silva, Thereza Maynara de.

Aspectos demográficos e de acessibilidade de idosos na saúde suplementar brasileira / Thereza Maynara de Almeida Silva. – João Pessoa, 2017.

40f.: il.

Orientador(a): Prof^o Msc. Victor Hugo Dias Diógenes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Atuariais) – UFPB/CCSA.

1. Idosos. 2. Legislação. 3. Planos de saúde. 4. Saúde suplementar. I.
Título.

UFPB/CCSA/BS

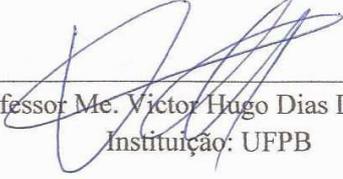
CDU:347.764(043.2)

THEREZA MAYNARA DE ALMEIDA SILVA

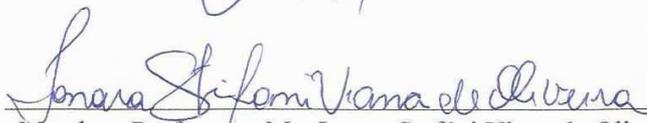
**ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E DE ACESSIBILIDADE DE IDOSOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRA**

Esta monografia foi julgada adequada para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais, e aprovada em sua forma final pela Banca Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Ciências Atuariais na Universidade Federal da Paraíba.

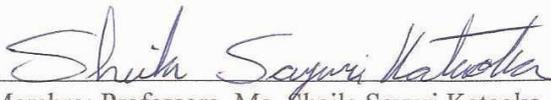
BANCA EXAMINADORA



Presidente: Professor Me. Victor Hugo Dias Diógenes (Orientador)
Instituição: UFPB



Membro: Professora. Ma. Ionara Stefani Viana de Oliveira
Instituição: UFPB



Membro: Professora. Ma. Sheila Sayuri Kataoka
Instituição: UFPB

João Pessoa, 25 de maio de 2017.

*Dedico este Trabalho ao professor Victor Hugo D. Diógenes,
pelo conhecimento a mim transmitido, dedicação e paciência
com que me orientou durante a formulação deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus porque até aqui me ajudou. Na sua santa palavra Ele garante que recompensará cada um segundo as suas obras (Romanos 2:11). Durante este curso passei momentos complicados que muitas vezes me fizeram pensar em desistir e acreditar que não o concluiria. Foram tantas lágrimas derramadas que hoje acredito que foram para regar minha vitória. Contudo o tempo me ensinou a dar valor as coisas que conquistei com muita luta. Aprendi a dar valor às pessoas que já passaram pela minha vida, elas me inspiraram, me incentivaram e me ensinaram lições de vida que hoje me tornam mais sábia. E muitas dessas pessoas foram os professores que fazem parte do curso de ciências atuariais, que transmitiram seus conhecimentos para mim, não apenas em sala de aula, mas também nos encontros casuais dos corredores. Agradeço também a todos os colegas do curso que me apoiaram e foram companheiros em todo momento. Em especial aos meus amigos Allysson Andrade e Erika Ribeiro que a todo instante estiveram ao meu lado.

Um agradecimento em especial para o meu orientador, o professor Victor Hugo Dias Diógenes que gentilmente aceitou me orientar quando ainda nem era sua aluna, por sua dedicação e orientação no decorrer deste trabalho, muito obrigada.

Agradeço também a minha mãe Maria José de Almeida por todo apoio, paciência e pela cumplicidade nas noites que passei em claro estudando, a minha tia Janaina Justino que me dava força nos momentos difíceis, aos meus pastores, missionárias e irmãos da igreja que congrego pelas palavras de conforto e orações.

Muito obrigada a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CID	Classificação Internacional de Doenças
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
DESAS	Departamento de Engenharia Ambiental e Sanitária
DEZ	Dezembro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produtos
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SCIELO	ScientificElectronic Library Online
SIB	Sistema de Informações sobre Beneficiários
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- Mapa da cadeia da saúde suplementar	18
FIGURA 2	- Mapa da expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população por Unidade Federativa do Brasil referente ao ano de 2015	25
FIGURA 3	- Óbitos por faixa etária segundo capítulo cid-10 referente ao ano de 2015.....	26
FIGURA 4	- Estatística da despesa de consulta médica dos planos com `ambulatorial + hospitalar_ de contratação individual ou familiar por faixa etária no Brasil em dezembro de 2015	27
FIGURA 5	- Estatística dos valores comerciais por tipo de contratação e faixa etária no Brasil em dezembro de 2015.....	28
FIGURA 6	- Proporção de idosos com planos de saúde por época de contratação no Brasil em 2016.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- Comparativo de beneficiários por região.....	22
GRÁFICO 2	- Proporção de beneficiários por faixa etária	24
GRÁFICO 3	- Evolução da proporção de beneficiários idosos por época e tipo de contratação. Brasil, 2016.....	33
GRÁFICO 4	- Distribuição dos idosos por modalidade de operadora de plano de saúde no Brasil referente a dezembro de 2016.....	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Beneficiários de planos privados de saúde no Brasil de 2000 a 2016	21
TABELA 2	- Taxa de cobertura por sexo dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil	30
TABELA 3	- Taxa de cobertura por região dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil	31
TABELA 4	- Taxa de cobertura por região e unidade federativa dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil	32

RESUMO

No Brasil o envelhecimento é uma realidade populacional, frente à transição demográfica e epidemiológica que influenciam na constante utilização por parte dos idosos nos planos de saúde. E por causa desta realidade que órgãos competentes da área de saúde buscam apresentar meios práticos de promoção e assistência a saúde do idoso. Portanto, o objetivo desse estudo é apresentar as soluções que a legislação brasileira expõe sobre a assistência e o acesso à saúde direcionada à população idosa mais precisamente para os que estão vinculados ao sistema suplementar, assim como as imposições que as operadoras devem obedecer. Um exemplo é o Estatuto do Idoso que estabelece os direitos dos idosos, considerando aqueles a partir dos 60 (sessenta) anos. Outro exemplo é o Pacto Intergeracional que limita os preços dos planos para as 10 (dez) faixas etárias existentes, assim como, o valor pago pela última faixa etária que inicia aos 59 (cinquenta e nove) anos está limitada em até 6 (seis) vezes a mais o valor pago pelos mais jovens. Através dos dados obtidos pelo Sistema de Informação da ANS e que por meio do programa EXCEL foram organizados e tratados para a elaboração de gráficos e tabelas, na intenção de apresentar as características demográficas dos idosos que possuem planos de saúde. Apontando que dezembro de 2016 os idosos representavam 29,5% do total dos beneficiários da saúde suplementar, com relação à proporção por sexo, as mulheres idosas são a maioria em todos os anos analisados. Ainda verificou-se que a região Sudeste é a região que mais possui idosos assistidos pela saúde privada e as regiões Norte e Nordeste apresentaram menores proporções. No que diz respeito aos tipos de planos, os coletivos detêm maior parcela de idosos em comparação ao plano individual. Já em relação às operadoras de planos de saúde, as instituições com maior quantidade de idosos em suas carteiras de beneficiários são as cooperativas médicas.

Palavras-chave: Idosos. Legislação. Planos de saúde. Saúde suplementar.

ABSTRACT

In Brazil, aging is a population reality, due to the demographic and epidemiological transition that influence the constant use by the elderly in the health plans. And because of this reality that competent organs of the health area seek to present practical means of promoting and assisting the health of the elderly. Therefore, the objective of this study is to present the solutions that the Brazilian legislation exposes about the assistance and access to health directed to the elderly population, more precisely for those who are linked to the supplementary system, as well as the impositions that the operators must obey. Another example is the Intergenerational Pact, which limits the prices of the plans to the ten (10) existing age groups, as well as the amount paid for the last age group beginning at the age of 59 is limited to six (6) Times the value paid by the younger ones. Consideration paid by the minor. Through the data obtained by the ANS Information System and through the EXCEL program were organized and treated for the elaboration of charts and tables, in an attempt to present the demographic characteristics of the elderly who have health plans. Noting that in December 2016, the elderly accounted for 29.5% of the total additional health beneficiaries, in relation to the proportion by sex, the elderly women are the majority in all the analyzed years. It was also observed that the Southeast region is the region with the highest number of elderly people attended by private health and the North and Northeast regions presented smaller proportions. Regarding the types of plans, the collectives occupy greater participation of the elderly in relation to the individual plan. In relation to health plan operators, the institutions with the largest number of elderly people in the beneficiaries' wallets are the medical cooperatives.

Keywords: Elderly. Legislation. Health insurance. Supplementary health.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	12
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
2REFERENCIALTEÓRICO.....	16
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR	16
2.1.1ESTRUTURAE REGULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADA	17
2.1.1.1 AGENTES E PRODUTOS REGULADOS.....	20
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	24
3PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
4.2 GARANTIAS DOS IDOSOS APOSENTADOS.....	34
4.2.1PACTO INTERGERACIONAL: ESTATUTO DO IDOSO.....	35
4.2.2RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 279/2011.....	37
4.2.3 OUTRAS FORMAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

1INTRODUÇÃO

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 está exposto que `A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação_. Para suprir este direito foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que é um sistema público, constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Porém, o SUS vem apresentando dificuldades no acesso aos serviços de saúde, como redução da qualidade do serviço prestado e precariedade nas condições de atendimento.

Embora a população brasileira possua a cobertura universal garantida pelo sistema público, de acordo com os dados da ANS em dezembro de 2016 aproximadamente 25% da população usufruem da assistência privada de saúde. A saúde suplementar é um setor que possui financiamento privado regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) aprovado pela Lei nº 9.656/98 que dispõe os planos e seguros privados de assistência à saúde. A ANS foi criada pela Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, com qualidade reguladora no intuito de cumprir a Lei Nº 9.656 de junho de 1998. De acordo com o CONASS (2007), a autarquia estava diante de um mercado pouco conhecido e que necessitava de uma ação direta de regulamentação governamental.

A assistência privada à saúde é promovida por meio planos de saúde que podem ser de contrato individual ou familiar que é aquele estabelecido entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa física para assistência do titular e/ou de seu grupo familiar. Já o contrato de plano coletivo é estabelecido entre uma operadora e uma pessoa jurídica, normalmente empresa, que oferece as pessoas que possuem vínculo empregatício com a mesma, sendo estendido a seu grupo familiar. De acordo com os dados da ANS de dezembro de 2016, os planos coletivos empresariais correspondem a 66,37% dos participantes e os planos individuais possuem 19,6%.

Um dos desafios enfrentados pela saúde suplementar são as mudanças apresentadas na estrutura etária da população brasileira, que refletem nas significativas mudanças de regulação de planos de saúde provenientes das Leis Nº 9.656/98 e Nº 10.741/032 que diz respeito ao Estatuto do Idoso. Juntas estas leis regulam as contraprestações de acordo com as faixas etárias dos beneficiários. No sistema de saúde suplementar isso é uma cooperação intergeracional onde o objetivo é evitar que as operadoras discriminem por meio da idade, os valores a serem pagos pelos beneficiários, tornando assim num sistema imparcial. Tendo em

vista que o envelhecimento populacional e a prevalência de doenças impactam na composição de risco das operadoras de saúde, pois indivíduos mais idosos considerados de maior risco seriam subsidiados por indivíduos mais jovens que possuem menor risco. Devido a isso que a saúde suplementar no Brasil aderiu à solidariedade intergeracional.

De acordo com Barbosa (2014), a esperança de vida após os 60 anos vem aumentando, concluindo que taxas maiores de sobrevivência resultam em demandas maiores para os setores de saúde, previdência e saúde social, com isto, esta elevada demanda provocaria uma maior utilização dos serviços de assistência à saúde. E para os idosos que possuem planos de saúde isso se torna uma preocupação, pois ao findar seu vínculo empregatício perdem o patrocínio ao subsídio de seus planos com a unidade empregadora, tendo assim que arcar por conta própria. Tendo em vista que quem possui uma baixa renda não teria como contratar ou manter um plano ou seguro de saúde devido aos altos custos associados aos cuidados a saúde.

Devido a isso que a Resolução Normativa N° 63 de 2003 estabelece faixas etárias e os limites para variação de preço por faixa, ou seja, uma diferença máxima permitida entre o prêmio a ser cobrado da primeira e o da última faixa etária, bem como a Resolução Normativa N° 279 que garante a manutenção desse benefício para aposentados.

Diante do exposto, tem-se a necessidade de uma análise exploratória deste setor e é por isso que o presente trabalho visa apresentar as principais soluções para os idosos que desejam manter a assistência privada à saúde, bem como um estudo das características demográficas dos vinculados ao sistema suplementar.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

Sabe-se que os planos de saúde possuem reajuste nas contraprestações e que estes podem ser afetados pela idade dos beneficiários. Tendo em vista que para um idoso que possuir baixa renda torna-se uma preocupação o fato de arcar sozinho com todo o custo de um plano de saúde. Isso porque pessoas mais velhas tendem a utilizar mais os serviços de saúde em relação a uma pessoa jovem. Então, o que a regulação do setor garante aos idosos para que continuem tendo acesso à saúde suplementar, bem como para aqueles que se tornam aposentados e perdem o vínculo com a entidade empregadora que o fornecia acesso a um plano coletivo empresarial?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Apresentar as garantias regulamentadas na legislação brasileira para os idosos que possuem planos de saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os idosos com planos de saúde no Brasil.

Identificar o que a ANS no papel de regulador do setor tem contribuído para os idosos terem acesso à saúde suplementar.

Levantar o amparo legal que assegura aos aposentados o acesso a um plano de saúde.

Apresentar o processo para o aposentado continuar tendo o direito à saúde suplementar, bem como as situações em que o mesmo não terá o direito ao benefício.

1.3 JUSTIFICATIVA

A busca por serviços de saúde adequados e de qualidade é solucionada pela contratação de um plano de saúde. Em muitos casos dar-se através de um vínculo com uma entidade empregadora, dado que há convênios entre empresas e instituições especializadas em saúde, fornecendo como benefício à concessão de um plano decorrente de um contrato. Mas para os idosos esse benefício torna-se mais difícil de obter, pelo fato de que ao chegar à aposentadoria e findar-se o vínculo, perdem o plano, não sendo informados que podem permanecer com o plano desde que obedeçam alguns requisitos para isso.

De acordo com Stivali (2011), a principal forma de acesso à saúde suplementar é por meio do vínculo empregatício (especialmente para os planos de contratação coletiva), esse seria o momento em que mais pessoas poderiam acessar a saúde suplementar, a depender de sua inclusão no mercado de trabalho.

Com base nos dados da ANS (2016), houve um crescimento nos planos coletivos, de aproximadamente 7,6 milhões em dezembro de 2000 para 31.790.546 em dezembro de 2016.

A contribuição da ANS não se dá apenas por sua regulamentação do setor, mas também pelo fato que esta atividade reguladora afeta diretamente os ingressos e saídas de participantes no setor, bem como a manutenção e qualidade dos serviços prestados.

Para mais, a importância deste trabalho se dá na construção de um conhecimento que contribui na compreensão sobre o acesso de idosos aposentados à saúde suplementar, tendo em vista os riscos das transições demográficas e epidemiológicas, também os seus direitos que são garantidos pelo Pacto Intergeracional agregado ao Estatuto do Idoso e pela manutenção de planos de saúde baseada na Resolução nº 279. Sendo assim esta pesquisa apresenta a relevância destes fatores na gestão destes planos visando uma atenção maior à saúde dos idosos e a vida digna destes participantes do setor, motivando assim novos estudos.

2REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo é o amparo referencial desta pesquisa no diz respeito a saúde suplementar, apresentando a estrutura deste setor, como é composto e por quem é regulado, e por meio de dados atuais mostrar situação em que se encontra no país.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR

A controvérsia em debates sobre a saúde suplementar tem sido discutida por diversos autores. De acordo com Santos et al. (2008), o fator determinante da regulação governamental na saúde suplementar são as falhas presentes no mercado. Ele ainda afirma que o aumento de usuários de planos de saúde após a década de oitenta e as frequentes reclamações, tais como, aumentos de preços, negação de atendimento, burocracia excessiva dos procedimentos para atendimento dos usuários e outros, foram fatores que contribuíram para a aprovação da legislação específica.

Cardoso (2007) apresenta os seguintes dados: em 1996 operavam no setor suplementar 1660 empresas que possuíam aproximadamente 40 milhões de beneficiários. E que entre 1992 e 1996, as queixas contra seguros e planos de saúde estavam entre as cinco primeiras causas de reclamações na Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON) de São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro. Em relação a este fato o autor afirma que a tendência do mercado que na época era `desregulado_ culminava na necessidade de regulamentação. Dada a regulação do setor de saúde suplementar ter sido influenciada pela contínua discussão a respeito de irregularidades apresentadas no setor. Segundo Costa e Castro (2004apudMATA, 2011):

A própria atividade de seguro num ambiente de assimetria de informações, gera falhas no mercado sendo motivadas pela existência de risco moral, quando há utilização dos serviços de saúde por usuários que possuem baixo incentivo ao controle da demanda desses serviços.

Além da necessidade, as irregularidades também motivaram a regulamentação da saúde suplementar, que por meio da Lei nº 9.656 sancionada em 03 de junho de 1998, foram estabelecidas normas que dispõem sobre planos e seguros privados de saúde. A ANS (2011) resume os objetivos da regulamentação em:

(I) garantir de cobertura assistencial integral aos consumidores de planos privados de assistência à saúde e regular das condições de acesso;

(II) definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;

(III) definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras para a continuidade da prestação de serviços contratados pelos consumidores;

(IV) garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;

(V) estabelecer mecanismos de controle de preços abusivos;

(VI) definir um sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.

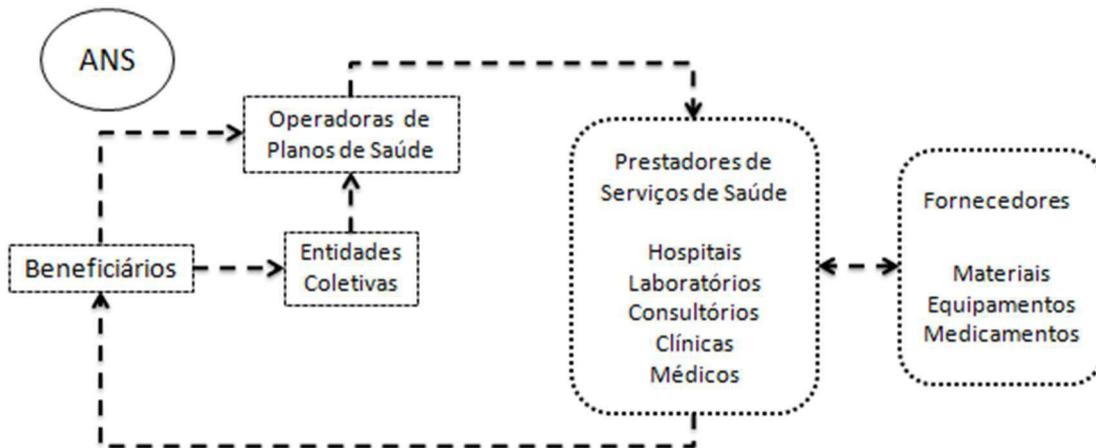
Após a vigência da lei, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, tendo o compromisso de regularizar e fiscalizar o setor promovendo a boa relação entre os usuários, prestadores de serviço de saúde e as operadoras dos planos.

2.1.1 Estrutura e regulação do sistema de saúde privada

Os beneficiários podem estabelecer contratos diretos com as operadoras de planos de saúde por meio de contratos individuais ou obter planos coletivos empresariais que se dão por um vínculo com sua entidade empregatícia, estes pagam contraprestações mensais pela utilização de serviços ofertados pelos prestadores de serviços de assistência a saúde; por sua vez, os prestadores de serviços utilizam os produtos comprados dos fornecedores.

É atribuída ao Ministério da Fazenda, através do CNSP e da SUSEP, à competência para a regulamentação, normatização e fiscalização das operadoras. O que diz respeito aos serviços prestados foi atribuído ao Ministério da Saúde, através do CONSU e do DESAS. Na Figura 1 é apresentada a cadeia da saúde suplementar que mostra o ciclo de utilização e prestação de serviços de assistência a saúde.

Figura 1 - Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar



Fonte: Elaboração própria (2017).

A ANS foi criada no âmbito do Ministério da Saúde e a ele vinculada, mantendo a regulação na esfera da saúde, porém na figura de Agência Reguladora com sua condição diferenciada: maior poder de atuação; autonomia administrativa e financeira - expressa por uma arrecadação própria; decisões tomadas em Diretoria Colegiada; dirigentes com mandato definido em lei e, por último, com o poder legal concedido às agências reguladoras para a efetivação das suas resoluções.

Antes era a SUSEP que regularizava as operadoras de planos privados de assistência médica, mas passaram a ter uma jurisprudência reguladora com a criação da ANS, segundo Ribeiro (2001 apud PINTO e SORANZ, 2004, p. 86):

A nova legislação federal para o mercado de planos privados de saúde buscou, portanto, a padronização dos serviços ofertados, a elaboração de um sistema regulatório eficiente, a fiscalização da seleção de risco praticada por diversas operadoras, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria de informação, seguindo a tendência reformadora de formação de agências regulatórias em curso no Brasil.

A ANS é caracterizada por ser uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Possui finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, além de regular as operadoras, no que diz respeito às suas relações com prestadores de serviços de saúde e os consumidores, a fim de contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde prestadas no país.

Como exposto no Art. 4º da lei de criação da ANS, são atribuídas às seguintes competências dentre outras:

- Propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;
- Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- Estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- Definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
- Proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- Monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- Autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;
- Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- Fiscalizar o cumprimento e aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- Requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciada.

As competências da ANS lhe permitem alcançar o propósito de conciliação dos interesses de todos que compõe o setor, os beneficiários e as operadoras de planos de saúde,

garantindo a qualidade serviços privados de saúde e o desenvolvimento da saúde suplementar no país.

2.1.1.1 Agentes e Produtos Regulados

No inciso II do Artigo 1º da Lei 9.656/98 é definida como operadora de plano de assistência à saúde, a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência a saúde. Os agentes regulados pela ANS são as operadoras que compõem a estrutura empresarial do setor de saúde suplementar que são classificadas pelas seguintes modalidades organizacionais de atuação no mercado: medicinas de grupo; seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas; filantropias; autogestões; odontologias de grupo; cooperativas odontológicas; e, administradoras de benefício.

É classificada como medicina de grupo a entidade que opera planos de saúde anteriormente conhecida como convênio médico-hospitalar. Os serviços utilizados pelos beneficiários são realizados em estrutura própria ou contratada pela operadora e os profissionais de saúde são empregados da empresa de medicina de grupo ou por unidades credenciadas. A odontologia de grupo comercializa os planos exclusivamente odontológicos.

Seguradora especializada em saúde é a operadora que comercializa o seguro enquadrado como plano privado de assistência à saúde. São características dessa modalidade de operadora: não possuir rede própria, os segurados têm livre escolha de serviços e os mesmos têm reembolso garantido das despesas desde que obedeçam aos limites estabelecidos em contrato.

A operadora classificada como cooperativa médica caracteriza-se como sociedade de pessoas sem fins lucrativos que comercializam planos de saúde tanto para pessoas físicas quanto jurídicas, mantendo convênios e possuindo rede própria ou contratada por terceiros. A cooperativa odontológica comercializa planos exclusivamente odontológicos.

A filantropia é uma modalidade que classificada como instituição sem fins lucrativos que opera planos de saúde desde que tenha obtido sem fins lucrativos o certificado de entidade filantrópica ou beneficente de assistência social junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Classificam-se como Autogestão a operadora que não comercializa, mas apenas administra os planos de saúde a um determinado grupo fechado de pessoas. De acordo com o 1º artigo da Resolução CONSU Nº 5, de 03/11/1998, os serviços são destinados

exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais. Nesta modalidade, os provedores dos serviços assistenciais geralmente são credenciados.

Por fim, a Administradora de benefícios é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano privado coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde. Ou seja, é uma entidade que tem o papel de empresa terceirizada que administra os planos da operadora que detém a carteira de beneficiários. Isso justifica o fato de não possuir rede própria, credenciada ou referenciada dos serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

De acordo com a Tabela 1 a seguir verifica-se a distribuição dos consumidores de planos de saúde por modalidade de operadora:

Tabela 1 - Quantitativo de Beneficiários por modalidade de operadoras referente à dez/2016

Modalidades	Beneficiários	%	Operadoras	%
Autogestão	4.866.261	10,2%	163	20,7%
Cooperativa Médica	17.850.604	37,3%	304	38,5%
Medicina de Grupo	17.533.576	36,6%	262	33,2%
Filantropia	998.883	2,1%	51	6,5%
Seguradora Especializada em Saúde	6.649.463	13,9%	9	1,1%
Total	47.898.787	100%	789	100%

Fonte: CADOP/ANS/MS - 12/2016 e SIB/ANS/MS - 12/2016.

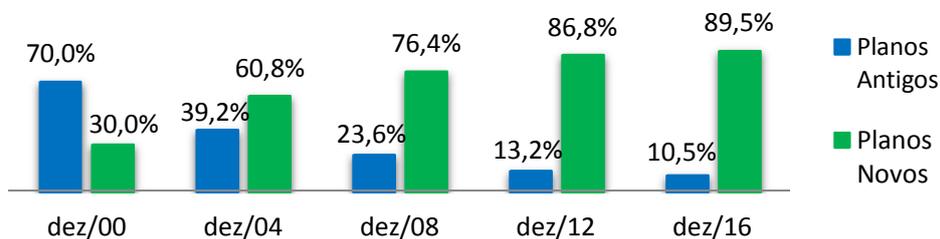
Sobre a composição do mercado quanto à classificação das operadoras de planos de saúde em modalidades, verifica-se que as cooperativas médicas e as operadoras do tipo medicina de grupo são predominantes no mercado, tanto em quantidade de operadoras representando juntas 71,7%, quanto em quantidade de beneficiários, possuindo 73,9% do total.

Os produtos regulados e operados no mercado de saúde suplementar são os planos privados de assistência à Saúde. Sendo definido no Inciso I do Artigo 1º da Lei Nº 9.656/98 com

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Anteriormente a criação da Lei Nº 9.656, existiam planos de saúde firmados que a celebração está protegida juridicamente pelo Código de Defesa do Consumidor e no caso de seguros, pelo Decreto Lei Nº 73 de 1966. Os conhecidos planos antigos foram contratados até 31 de dezembro de 1998. Há também os denominados planos novos, comercializados a partir de 02 de janeiro de 1999, ou seja, os planos comercializados pelas operadoras podem possuir duas épocas distintas de contratação, aqueles contratados anteriormente a vigência da Lei são chamados planos antigos e os que foram contratados posteriormente, são chamados de planos novos. Porém a Lei Nº 9.656, proibiu a oferta dos planos antigos e buscou adaptar estes ao novo regime, entretanto o ato jurídico perfeito torna o regime da lei antiga imune aos efeitos da lei nova, sendo então protegido pela Constituição de 1988 (art. 5º). No Gráfico 1 pode-se observar como se comportaram esses tipos de planos nos seguintes anos.

Gráfico 1 - Distribuição de beneficiários por época de contratação de plano



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016.

No Gráfico 1 observa-se que com o passar dos anos a proporção de beneficiários contratantes de planos anteriores a Lei tem tido redução. Tendência esta resultante do estímulo da ANS em adaptar estes planos para a regulamentação da Lei. Nota-se a evolução positiva da proporção de beneficiários de planos novos, chegando a 89,5% em dezembro de 2016.

Os planos novos possuem duas formas de contratação, sendo eles: planos individuais ou familiares e planos coletivos, estes estão subdivididos em empresariais e por adesão.

O plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele contratado diretamente pelo beneficiário (pessoa física) junto à operadora e que oferta cobertura de livre adesão de beneficiários, podendo ou não, incluir o grupo familiar.

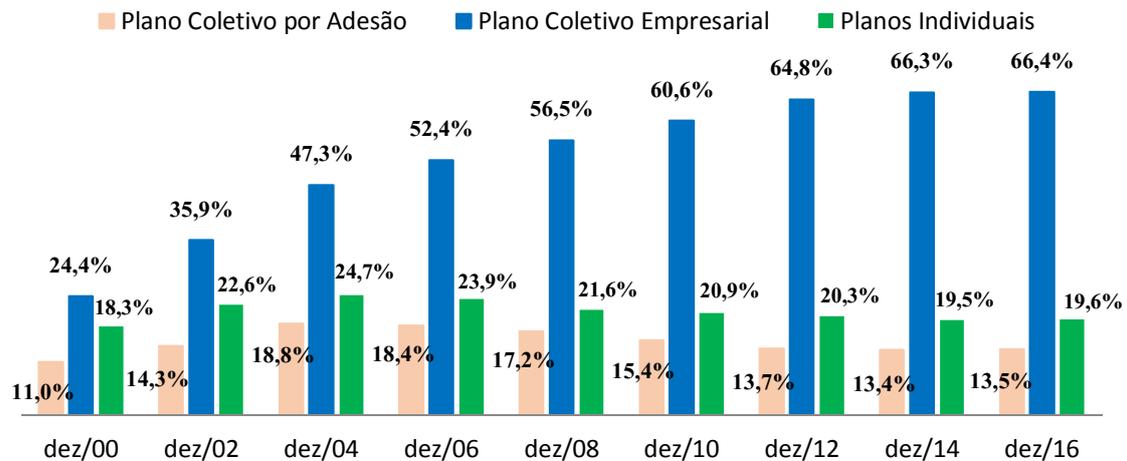
O plano coletivo por adesão é contratado por pessoa jurídica a fim de oferecer cobertura ao grupo de pessoas vinculado por sindicato, entidades de classe ou conselho profissional. A adesão deste é espontânea e opcional ao empregado e poderá incluir os dependentes legais.

Com relação ao plano coletivo empresarial é aquele que compreende a assistência à saúde para um grupo populacional que possua vínculo empregatício, associativo ou sindical com a pessoa jurídica. A adesão dá-se automaticamente na data de vinculação à pessoa jurídica, havendo a inclusão dos dependentes legais do titular do plano, a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente, paga pela pessoa jurídica contratante à operadora. A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, contudo deve comunicá-la, dado que a ANS monitora os reajustes anuais destes tipos de planos. Os reajustes das contraprestações devem estar de acordo com a Resolução Normativa nº 63/2003 que dispõe sobre as faixas etárias para os planos de saúde após 1º de janeiro de 2004, ou seja, disposto em contrato ou que seja resultado de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica contratante).

Considerando que na regulamentação dos planos tem-se definido três formas de contratação, no Gráfico2 a seguir é mostrada a proporção de beneficiários por tipo de contratação.

Gráfico 2 - Distribuição de beneficiários por tipo de contratação de planos



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016.

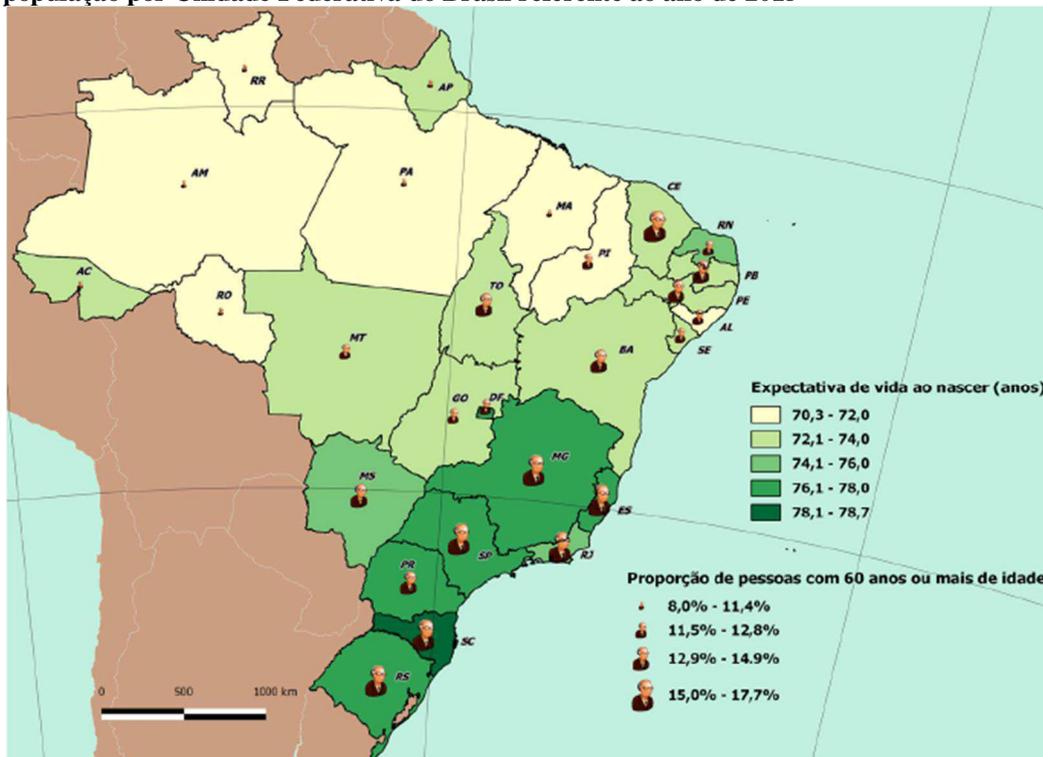
No Gráfico 2 nota-se a predominância dos planos coletivos empresariais que em dezembro de 2000 possuía 24,4% passando a ter em dezembro de 2016, 66,4%. Comparando estes dois anos, os planos coletivos por adesão obteve um aumento de apenas 2,5%. Já os planos individuais ou familiares, de dezembro de 2000 a dezembro de 2004 apresentou um aumento de 6,4%, porém nos anos seguintes este tipo de plano foi obtendo um decréscimo da proporção de beneficiários. Os planos de saúde do tipo coletivo empresarial concentram a maior parcela de beneficiários proveniente pelo grande número de vínculos empregatícios que o país possui, dado que se o número de empregos formais aumentarem, também aumenta o número desse tipo de plano. Isso porque não há restrição para a comercialização desse plano, dado que não está sujeito a regulação da ANS da forma que os planos individuais estão.

2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno que se caracteriza pelo contínuo aumento da expectativa de vida em conjunto com a queda da fecundidade, resultando numa maior quantidade de idosos e redução das crianças e jovens. Devido a esta transição demográfica, observa-se que a pirâmide etária de determinado local possui uma base estreita representada pelos jovens e o topo que é representado pelos idosos fica mais larga. Veras (2009) expõe que o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

A Figura 2 a diante mostra o mapa do país em que se pode verificar a proporção de pessoas com 60 anos ou mais por unidade federativa, assim como a expectativa de vida ao nascer referente ao ano de 2015.

Figura 2 - Mapa da expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população por Unidade Federativa do Brasil referente ao ano de 2015



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015; Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060 - Revisão 2013; e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030 - Revisão 2013.

Na análise do IBGE (2016) sobre as condições de vida da população brasileira, constatou que a evolução da composição populacional por grupos etários apresenta uma tendência de envelhecimento demográfico, correspondendo assim no aumento percentual de idosos. Verifica-se na Figura 2 que a região Norte e parte da região Nordeste possuíam em 2015 as menores proporções de idosos em comparação com as outras regiões, também apresentando baixas expectativas de vida ao nascer. O contrário nota-se nas regiões Sul e Sudeste, que mostram ambos os indicadores elevados.

A transição epidemiológica é o processo de modificações, em longo prazo, dos padrões de morbimortalidade que caracterizam uma população específica e que geralmente está associada a transformações demográficas, sociais e econômicas. O resultado disso é a diversificação de epidemiologias presente em cada população devido à distribuição irregular de riscos e agravos.

De acordo com Campolina *et al* (2013), uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e que desde a década de 1960 vem ocorrendo rapidamente no Brasil.

A partir dos 60 anos algumas doenças são prevalentes, tais como: as doenças osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o câncer. Na Figura 3 podem-se verificar os números de mortes por tipos de doenças e por faixa etária.

Figura 3 - Óbitos por faixa etária segundo Capítulo CID-10 referente ao ano de 2015

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 79 anos	80 anos e mais
TOTAL	37.436	8.825	26.177	118.090	242.622	464.644	359.541
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.566	726	713	8.015	14.867	17.117	11.910
Neoplasias (tumores)	144	1097	1659	9.570	53.565	101.545	41.137
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	174	203	264	834	1.175	2.103	1.708
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	413	284	296	2.124	12.473	35.211	24.301
Transtornos mentais e comportamentais	3	12	82	1.608	4.686	3.207	3.069
Doenças do sistema nervoso	437	932	1116	2.253	3.550	8.904	17.113
Doenças do olho e anexos	2	-	-	2	5	6	9
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	8	9	3	15	46	34	29
Doenças do aparelho circulatório	349	359	960	9.844	60.323	153.982	120.527
Doenças do aparelho respiratório	1.646	1105	801	4.255	16.383	56.204	68.465
Doenças do aparelho digestivo	294	215	352	4.600	19.208	25.439	13.587
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22	31	30	201	732	1.896	2.075
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	27	124	591	1.013	1.855	1.709
Doenças do aparelho geniturinário	141	100	183	1.257	4.754	13.713	16.301
Gravidez parto e puerpério	-	-	241	1.424	131	-	-
Algumas afec originadas no periodo perinatal	21.984	46	14	18	9	19	20
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8.290	944	348	433	444	325	130
Sint sinais e achad anom ex clín e laborat	913	517	1226	6.357	15.073	25.040	26.575
Causas externas de morbidade e mortalidade	1.045	2218	17765	64.689	34.185	18.044	10.876

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Situação da base nacional em 30/10/2016

Nota-se que as mortes causadas pela maioria das doenças listadas são mais comuns nas faixas a partir dos 60 anos comprovando a afirmação dos autores citados anteriormente. Excetuando as causas: afecções originadas no período perinatal e malformação congênita e anomalias cromossômicas que é mais comum em crianças menores de 1 ano e causas externas de morbidade e mortalidade, que são os casos de acidentes e suicídios que prevalece na faixa de 20 a 39 anos.

Por isso há uma preocupação sobre o impacto que a transição demográfica e epidemiológica possa trazer a saúde suplementar, mais precisamente ao fato de que influência diretamente o aumento dos custos assistenciais. Sendo comprovado o fato de que à medida que a população envelhece haverá mudança no padrão da demanda por serviços de saúde, pois com a relação direta de aumento de idade e doenças, isso implicará num aumento de custos assistências. Kanamura (2007) em seus estudos afirma que nas idades mais avançadas, sobretudo nos anos antes de morrer se concentram maiores gastos. Para ele o envelhecimento

da população põe em cheque a sustentabilidade dos planos de saúde. A saúde do idoso deveria ser vista mais como problema social do que risco a ser segurado.

O envelhecimento contribui para o aumento das despesas assistenciais porque os idosos são propensos a maior risco de saúde, por isso a maior utilização nos serviços médicos. Em concordância com isso é o fato que a partir dos 59 anos o preço das contraprestações é até 6 (seis) vezes maior do que o pago pelos usuários mais jovens.

Na Figura 4 é mostrado o custo médio pela despesa de consulta médica para o tipo de contratação do plano individual ou familiar por faixa etária, assim como a frequência de utilização.

Figura 4 - Estatística da despesa de consulta médica dos planos com `ambulatorial + hospitalar` de contratação individual ou familiar por faixa etária no Brasil em Dezembro de 2015.

Itens de Despesa	Faixa Etária	Observações	Custo Médio	Frequência de Utilização Anual
Consultas médicas	0 a 18 anos	3.463	53,67	5,46
	19 a 23 anos	3.405	53,00	4,95
	24 a 28 anos	3.423	53,09	5,37
	29 a 33 anos	3.424	53,19	5,53
	34 a 38 anos	3.423	53,39	5,57
	39 a 43 anos	3.424	53,13	5,94
	44 a 48 anos	3.390	53,03	6,54
	49 a 53 anos	3.473	53,38	6,99
	54 a 58 anos	3.429	53,30	7,57
	59 anos ou mais	3.377	53,66	8,41

Fonte: Painel de Precificação - ANS, 2016.

Nota-se que para todas as faixas etárias o custo médio por consulta médica é similar, porém como era de se esperar as pessoas de 59 anos ou mais no ano de 2015 possuíram a mais alta frequência de utilização do plano, ou seja, no grupo observado, utilizaram em média 8 (oito) vezes ao ano.

Já na Figura 5 são apresentadas as estimativas dos valores por tipo de planos e por faixa etária.

Figura 5 – Estatísticas dos Valores Comerciais por Tipo de Contratação e Faixa Etária no Brasil em Dezembro de 2015.

Contratação	Faixa Etária	Observações	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Individual ou familiar	0 a 18 anos	3.824	172,39	71,64	160,78	54,89	363,80
	19 a 23 anos	3.863	207,97	88,81	193,09	63,22	449,29
	24 a 28 anos	3.882	240,97	105,21	222,50	68,81	522,00
	29 a 33 anos	3.871	270,67	117,48	251,01	78,75	584,85
	34 a 38 anos	3.896	302,26	133,88	278,24	85,05	660,26
	39 a 43 anos	3.876	347,75	152,60	319,72	99,45	754,97
	44 a 48 anos	3.852	432,79	184,90	399,79	130,96	922,61
	49 a 53 anos	3.843	538,83	233,57	496,46	153,64	1.171,14
	54 a 58 anos	3.857	692,06	303,49	638,58	196,15	1.502,95
	59 anos ou mais	3.835	972,22	417,55	892,58	285,99	2.086,66
Coletivo por adesão	0 a 18 anos	3.211	144,14	58,55	133,35	49,42	302,46
	19 a 23 anos	3.208	174,04	71,97	159,50	58,19	364,39
	24 a 28 anos	3.197	199,70	82,72	185,12	65,87	424,24
	29 a 33 anos	3.245	227,07	96,57	209,15	71,54	482,87
	34 a 38 anos	3.251	250,88	107,23	231,32	78,90	537,82
	39 a 43 anos	3.235	287,20	121,41	265,89	92,19	609,36
	44 a 48 anos	3.213	357,24	147,55	332,44	116,30	753,74
	49 a 53 anos	3.185	439,44	182,22	408,23	144,49	923,02
	54 a 58 anos	3.174	556,32	233,55	516,82	180,58	1.173,72
	59 anos ou mais	3.180	801,62	337,39	737,36	253,18	1.703,16
Coletivo empresarial	0 a 18 anos	5.583	123,09	47,55	114,44	45,46	255,23
	19 a 23 anos	5.580	148,37	57,65	138,25	55,35	306,35
	24 a 28 anos	5.593	172,38	68,37	160,71	61,37	361,68
	29 a 33 anos	5.601	195,55	78,23	182,04	68,53	411,44
	34 a 38 anos	5.578	215,19	85,71	199,71	76,35	449,41
	39 a 43 anos	5.589	246,76	99,67	226,07	85,79	522,36
	44 a 48 anos	5.577	307,45	121,20	283,55	110,32	640,13
	49 a 53 anos	5.545	378,19	149,10	350,51	135,03	787,94
	54 a 58 anos	5.501	479,39	186,57	443,80	173,78	996,37
	59 anos ou mais	5.471	685,71	267,32	638,66	244,59	1.427,29

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 27/06/2016, 10:00)

Nota: Média simples excluindo extremos. Inclui todos os tipos de cobertura.

Fonte: Painel de Precificação – ANS, 2016.

Verifica-se que o preço médio ou valor comercial médio dos planos de saúde informados pelas NTRP para os três tipos de contratação de planos para a faixa etária de 59 anos ou mais apresentou valores elevados em comparação as outras faixas, a variação do custo entre a primeira e última faixa etária é quase a mesma, para o plano Individual ou Familiar é de 4,6 vezes, para o plano coletivo por adesão é de 4,56 e do coletivo empresarial é 4,5 vezes. Todos obtiveram variação abaixo do máximo permitido que seja de 6 vezes.

Por isso Veras (2009) afirma que a velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo País nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde.

3PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Quanto ao tipo, trata-se de uma pesquisa é descritiva e bibliográfica sendo utilizados os recursos de pesquisa disponíveis na legislação pertinente ao setor. Além disso, utiliza-se de uma análise exploratória, pois se descreve a atual situação de assistência aos idosos no contexto da saúde suplementar.

A metodologia desse estudo compreendeu no levantamento de dados específicos que mostram a distribuição destes beneficiários e das normas legais estabelecidas no país para promover garantia de continuidade em seus planos de saúde. O estudo foi organizado em duas etapas em que uma procurou identificar as características demográficas dos idosos brasileiros que possuem planos privados de assistência à saúde e a outra foi apresentar a normas legais estabelecidas neste setor.

A primeira parte do estudo discorreu por meio da busca e organização dos dados disponibilizados na plataforma ANS TabNet, sendo esta a principal fonte de informações, estes dados foram tratados no programa EXCEL na intenção de encontrar as taxas proporcionais e reconstrução de todas as formas de ilustrações dinâmicas como gráficos e tabelas. Para a elaboração desse estudo foram considerados apenas os beneficiários de planos de assistência médica (com ou sem assistência odontológica) e que pertencem ao grupo etário de 60 anos ou mais, estes para a legislação brasileira trata-se dos idosos. Para análise descritiva destes dados foram levados em consideração as seguintes variáveis: sexo, região e, no que diz respeito aos planos, época e tipo de contratação e modalidade das operadoras. Para isto foram utilizados os dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Beneficiários (SIB) para o período de dezembro de 2000 a dezembro de 2016.

A segunda parte deste estudo apresenta para os idosos sendo aposentados ou não que possuam planos de saúde, as garantias que viabilizam a permanência deles no acesso à assistência a saúde. Optou-se por investigar produções científicas nacionais como artigos, monografias e teses que tenham sido publicados nos últimos quinze anos, contanto que abordem em seus conteúdos sobre os planos de saúde, mais especificamente a assistência e saúde dos idosos considerando apenas os de contexto brasileiro. A pesquisa ocorre desde o ano de 2015 nas seguintes ferramentas eletrônicas de buscas: Google Acadêmico e o Scientific Electronic Library Online (SciELO).

4 RESULTADOS

Nesta seção do trabalho será observado o comportamento dos idosos que possuem cobertura em planos de saúde, verificando a taxa de cobertura das pessoas com 60 anos ou mais no país, assim como a participação nos tipos de planos.

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS COM PLANOS DE SAÚDE

No Brasil em dezembro de 2016 o sistema privado de saúde contava com aproximadamente 47,8 milhões de beneficiários, ou seja, 24,7% da população brasileira coberta por planos de saúde. Neste mesmo ano, a população idosa coberta correspondia a 29,5% como se pode verificar na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Taxa de cobertura por sexo dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil

Ano	Masculino	Feminino	Total
2000	20,1	25,1	22,8
2001	20,3	25,3	23
2002	20,4	25,5	23,2
2003	21,1	26,3	24
2004	21,9	27,4	24,9
2005	22,1	27,9	25,3
2006	23	29	26,3
2007	21,3	26,4	24,1
2008	22	26,9	24,7
2009	22,2	27,1	24,9
2010	22,2	26,9	24,8
2011	22,7	27,3	25,3
2012	23,3	27,9	25,9
2013	24,5	29,1	27,1
2014	25,6	30,4	28,3
2015	26,3	31,2	29
2016	26,7	31,7	29,5

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012.

Nota-se que em dezembro de 2016, 31,7% das mulheres idosas no país possuíam planos de saúde, já os homens idosos correspondiam a 26,7%. Verifica-se ainda que a cobertura das mulheres idosas em planos de saúde foi mais alta em todos os anos em relação aos homens idosos, é visto também que a taxa de cobertura em ambos os sexos apresentou variação positiva no período.

Na Tabela 3 é mostrado que a proporção de idosos com planos de saúde apresentou variações nas regiões brasileiras para os anos de 2000, 2008 e 2016.

Tabela 3 - Taxa de cobertura por região dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2000	7,5	9	35,6	14,2	23,7
2001	7,6	8,9	35,7	15,1	23,7
2002	8,7	9,3	35,9	15,7	20,8
2003	10	10,1	36,2	16,9	23
2004	10,9	10,6	37,6	18,1	21,7
2005	10,3	10,7	38,2	18,9	21,7
2006	10,8	10,9	39,3	21,1	21,8
2007	10,2	10,8	35,4	19,1	18,3
2008	10,7	11	36,2	20,3	17,6
2009	11,1	11,1	36,2	21,1	18,2
2010	11	10,9	36,2	22	18,5
2011	11,5	11	36,9	22,4	18,6
2012	11,9	11,5	37,8	22,1	20,3
2013	12,4	12	39,4	23,6	20,9
2014	12,9	12,7	40,9	24,8	22,6
2015	13,4	13	41,8	25,7	23,6
2016	14	13,3	42,3	26,5	24,1

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012.

Nesta tabela nota-se que todas as regiões brasileiras apresentaram evolução positiva nas taxas de coberturas de idosos no período de 2000 a 2016, porém a região Sudeste se sobressai em relação às outras por apresentar as maiores taxas anuais no país.

A seguir observa-se na Tabela 4 como se encontra a taxa de cobertura de pessoas idosas por unidade federativa do país referente ao final do ano de 2016.

Tabela 4 - Taxa de cobertura por região e unidade federativa dos idosos com 60 anos ou mais nos planos de assistência médica no Brasil

Região/UF	Dez/2016
Região Norte	14,0
Rondônia	15,4
Acre	17,8
Amazonas	16,7
Roraima	12,4
Pará	13,4
Amapá	21,0
Tocantins	7,0
Região Nordeste	13,3
Maranhão	7,5
Piauí	8,3
Ceará	13,7
Rio Grande do Norte	18,1
Paraíba	13,9
Pernambuco	16,5
Alagoas	16,4
Sergipe	18,7
Bahia	11,9
Região Sudeste	42,3
Minas Gerais	28,2
Espírito Santo	35,8
Rio de Janeiro	45,7
São Paulo	48,1
Região Sul	26,5
Paraná	29,0
Santa Catarina	24,5
Rio Grande do Sul	25,5
Região Centro-Oeste	24,1
Mato Grosso do Sul	27,0
Mato Grosso	15,4
Goiás	15,9
Distrito Federal	54,5
TOTAL	29,5

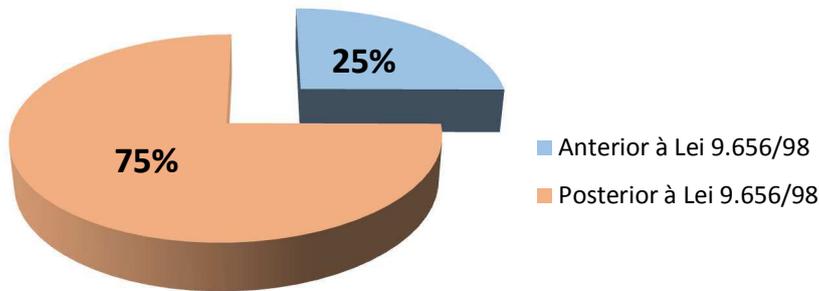
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012.

Verifica-se que o Distrito Federal possui uma taxa de cobertura de 54,5%, a maior dentre as unidades federativas, mesmo assim esta não faz com que a região a qual pertence possuía uma taxa maior em relação às outras. A região Sudeste apresentou a maior taxa de cobertura no país, e a menor taxa foi apresentada pela região Nordeste com 13,3%.

Na Figura 6 está apresentada a proporção de beneficiários idosos por época de contratação (anterior ou posterior a lei 9.656/98). O Gráfico 3 mostra mais detalhado a

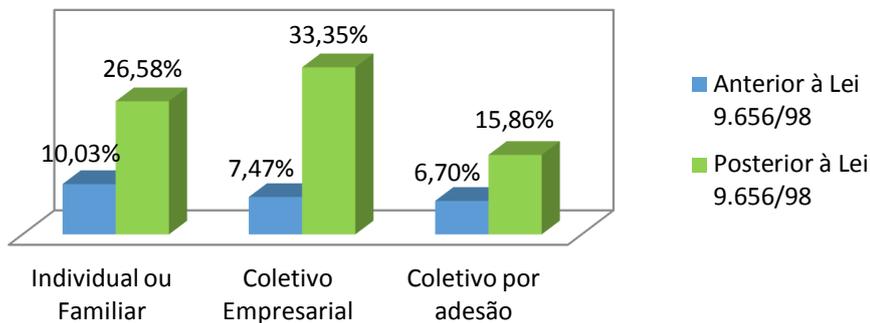
proporção de beneficiários idosos por época em relação aos tipos de planos (individual, empresarial e adesão).

Figura 6 - Proporção de idosos com planos de saúde por época de contratação no Brasil, 2016



Fonte: SIB/ANS/MS - Data base: dezembro/2016.

Gráfico 3 - Evolução da proporção de beneficiários idosos por época e tipo de contratação. Brasil, 2016.

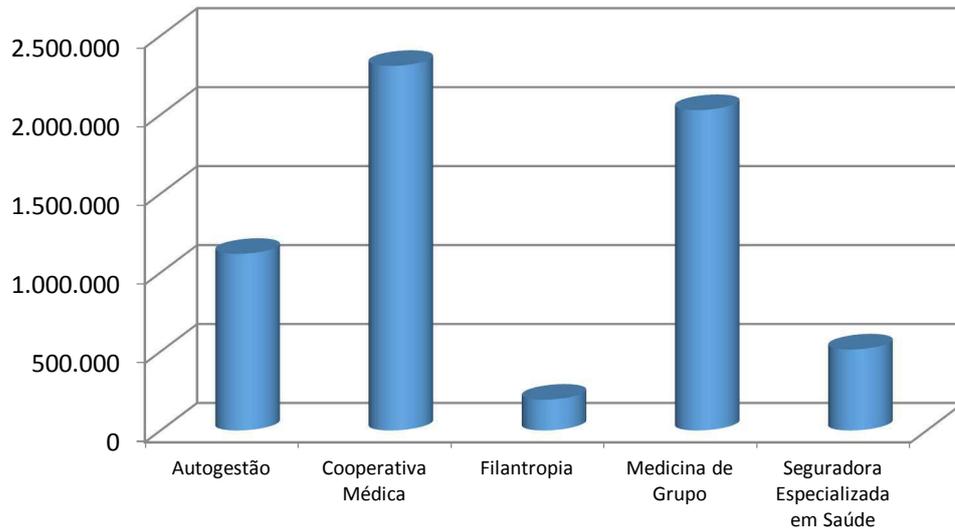


Fonte: SIB/ANS/MS - Data-base: dezembro/2016.

A maior parcela dos idosos encontra-se nos planos do tipo coletivo empresarial, isso se pode justificar pelo fato da resolução normativa N° 279 de 2011 que garante a permanência dos aposentados em planos de saúde. Os idosos com planos contratados antes da lei 9.656 de 1998 totalizavam 1.548.241 representando 25,1% do total da população idosa com planos de saúde em dezembro de 2016. Os que contrataram após a legislação representam 74,9%, um total de 4.615.326 usuários idosos. Os dados da ANS mostram que os idosos que contrataram após a lei vêm evoluindo positivamente desde a sua regulação iniciada em 2000. Sabendo que estes beneficiários têm a maior probabilidade de adquirir algum plano de saúde, pois o risco de utilizar a assistência médica é maior com a idade avançada e também porque as operadoras são obrigadas por legislação a admitir beneficiários com doenças preexistentes.

O Gráfico 4 mostra como está distribuída a população idosa com planos de saúde no país por modalidade de operadora.

Gráfico 4 - Distribuição dos idosos por modalidade de operadora de plano de saúde no Brasil referente a dezembro de 2016.



Fonte: SIB/ANS/MS - Data base: dezembro/2016.

Verifica-se no gráfico anterior que a maioria dos idosos que possuem algum tipo de plano de saúde encontra-se nas modalidades de cooperativa médica e medicina de grupo, representando 37,5% e 32,9%, respectivamente. A modalidade filantrópica em relação às outras apresentou um percentual pouco expressivo, possuindo apenas 3,2% dos idosos com plano.

No geral, as taxas de cobertura das pessoas idosas com planos de saúde apresentaram crescimento positivo, em dezembro de 2000 era 22,8%, chegando a 29,5% em dezembro de 2016, a parcela maior de idosos assistidos pela saúde privada pertence ao sexo feminino. Em dezembro de 2016, cerca de 40% dos beneficiários encontravam-se na região Sudeste, as regiões Norte e Nordeste apresentaram baixas taxas de proporções, não chegando a 15% cada. Em relação ao tipo de operadora de planos de saúde, as cooperativas médicas no país possuem maior quantidade de clientes idosos, já as instituições filantrópicas possuem poucos.

4.2 GARANTIAS DOS IDOSOS APOSENTADOS

Nesta seção deste trabalho são apresentadas as principais garantias de acesso aos planos de assistência à saúde para os idosos sendo estes aposentados ou não. Garantias estas

estabelecidas por legislação quer seja na forma de lei, quer seja como resolução normativa criada pela ANS. Também serão brevemente apresentados alguns dos programas de promoção de cuidados com a saúde dos idosos.

4.2.1 Pacto Intergeracional: Estatuto Do Idoso

Sabendo que o envelhecimento é um processo natural em que uma pessoa ao chegar a determinada idade passar a ter sua saúde comprometida por diversos riscos como, por exemplo, doenças com ou sem predisposição genética, hábito de vida, localidade, entre outros. Comprovando a implicação de que maiores serão os custos para fornecimento de assistência médica conforme a idade também aumenta. A atual regulamentação brasileira impõe limites às contraprestações por faixa etária. Dado que a inexistência dos limites implicariam na liberdade das operadoras de planos de saúde em estabelecer valores específicos para cada faixa considerando o custo que possam gerar ao plano, o que tenderia a incluir mais jovens (menos risco, menor custo) e menos idosos (mais risco, maior custo).

O cálculo de preços no setor de saúde suplementar se dá através mutualismo. De acordo com Souza (2002, p. 4), o mutualismo é a formação de grupos para constituir uma reserva econômica, para proteção contra risco não previsto. Logo, o mutualismo aplicado no modelo de financiamento do setor de saúde privada utiliza-se da reserva constituída pelos usuários mais novos com menor risco para garantir o equilíbrio do sistema frente a maior utilização dos mais velhos. Porém o valor contribuído não é influenciado diretamente pelo consumo e essa contraprestação deve respeitar o pacto intergeracional.

Pode-se então definir o pacto intergeracional como a definição de limite na diferença de preços pagos pelas faixas etárias, em concordância com o Estatuto do Idoso disposto pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 que considera como idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta)anos, vedando a discriminação do mesmo, em planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Esta lei passou a ser aplicada a todos os contratos de planos assinados após a sua vigência. Com isso a limitação imposta por esta lei resultou em reformulações por parte da ANS em suas resoluções normativas que considerem este tema.

Antes do Estatuto do Idoso, para os contratos de planos de saúde assinados entre 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003, já prevalecia à resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 06 de 4 de novembro de 1998 que determinava a formação de preços em até 7 (sete) faixas etárias expostas abaixo:

- 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
- 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Esta resolução determina ainda que seja limitado para grupo de idosos a contraprestação fixada em até 6 (vezes) do preço cobrado dos mais novos. Com isso, os mais jovens assumem parcialmente o custo gerado pelos mais idosos, justificado anteriormente sabe-se que os gastos destes superam a relação de 6 (seis) vezes.

Posteriormente a lei do Estatuto do Idoso, foi formulada a Resolução Normativa nº 63/2003, que determina 10 (dez) faixas etárias em que o valor fixado para a 10ª faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª faixa e que a variação acumulada entre as faixas 7 e 10 não poderá ser superior a variação acumulada entre as faixas 1 e 7, segue isso a todos os contratados celebrados a partir de 1º de janeiro de 2004, sendo as faixas definidas da seguinte forma:

- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Com isso, o pacto intergeracional estabelecido desde 2004 possui uma relação direta com a precificação e manutenção dos planos de saúde e também com a possibilidade de acesso dos idosos aos planos de saúde.

4.2.2 Resolução Normativa N° 279/2011

Para o idoso que possui plano de saúde ao cessar seu vínculo empregatício em virtude de uma aposentadoria perde com a sua unidade empregadora o patrocínio de subsídio de seu plano de saúde e isso implica que arcará por conta própria. Também se destaca que a quem possui uma baixa renda não lhe seria viável a contratação de um plano de assistência à saúde devido aos altos custos associados.

A ANS criou em 24 de novembro de 2011, a Resolução Normativa nº 279 que dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, assegurando aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados a permanência no plano de saúde empresarial com cobertura idêntica à vigente durante o contrato de vínculo empregatício, desde que tenha contribuído no pagamento do plano de saúde quando funcionário e que assuma o financiamento integral das contraprestações.

O direito é referido apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999. Ou seja, é permitido a estes beneficiários que custearam integralmente ou parcialmente o plano coletivo empresarial durante o vínculo empregatício manterem-se vinculados a este tipo de plano após a perda do vínculo, até que estes possam retornar ao mercado de trabalho ou encontrem um novo plano de saúde com as mesmas condições, tendo em vista que os custos deste plano são menores em relação aos realizados nos planos individuais. Isso porque o custo do plano individual é mais elevado e muitas vezes não suportado, por exemplo, pela renda do idoso aposentado.

O empregador deve informar o direito de manutenção no plano da empresa para o empregado quando este for comunicado do aviso prévio ou da aposentadoria. O beneficiário terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias para formalizar no ato da rescisão contratual o desejo de manter-se ou não no plano. Também poderá optar pela manutenção do plano de seus dependentes sabendo que arcará com o pagamento correspondente e em caso de sua morte é assegurada a continuidade do direito dos dependentes desde que estes assumam o pagamento do plano.

Caso opte por permanecer no plano o beneficiário deverá estar ciente se houve descontos por algum período no contracheque da parte correspondente ao plano de saúde, pois o direito de manter-se no plano será baseado na soma dos períodos em que o mesmo contribuiu para pagamento de seu plano. Este poderá permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um (1/3) terço do tempo em que foi beneficiário dentro da empresa, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos. Já no caso de um

aposentado que contribuiu por mais de dez anos pode manter o plano pelo tempo que desejar, porém quando o período for inferior, cada ano de contribuição dará direito há um ano no plano coletivo depois da aposentadoria.

É prevista na norma uma portabilidade especial, em que o aposentado poderá exercer durante ou após o término do seu contrato de trabalho. Com isso, o beneficiário não precisará cumprir novas carências ao optar em migrar para um plano individual ou coletivo por adesão. O empregador poderá manter os aposentados no mesmo plano dos ativos ou fazer uma contratação exclusiva para eles. No segundo caso, o percentual de reajuste será calculado com base na variação do custo assistencial (sinistralidade) de todos os planos de aposentados da carteira da operadora, com o objetivo de diluir o risco, obtendo reajustes menores.

O percentual de reajuste máximo autorizado dependerá da análise por parte da ANS da condição específica de cada operadora, incluindo, por exemplo, o número de beneficiários. Após a ANS autorizar o reajuste, a operadora deverá comunicar ao beneficiário, na ocasião do envio do boleto de pagamento, o percentual autorizado, o número do ofício de autorização do reajuste, o nome e código do plano e número do registro do plano existente.

O beneficiário poderá perder o direito de permanência no plano de saúde coletivo empresarial, se for admitido em um novo emprego que haja a possibilidade de ingresso em novo plano de saúde, ou quando o prazo de permanência cessar e por fim, se o ex-empregador decidir cancelar o plano para todos os beneficiários, sejam eles ativos ou ex-empregados. O beneficiário terá 60 dias antes do prazo de permanência cessar para fazer a portabilidade de carências para um plano individual/familiar ou coletivo por adesão, devendo consultar o Guia de planos e o passo a passo para a portabilidade especial a fim de buscar um plano compatível com o que está vinculado.

4.2.3 Outras Formas De Assistência A Saúde Do Idoso

Considerando que o idoso é o principal usuário na utilização de serviços de saúde devido às diversas doenças que lhe acometem ao avançar da idade, tanto o setor público quanto o privado tem buscado formas de sanar a preocupação com a qualidade da assistência à saúde e minimizar os custos inerentes ao excessivo uso desse serviço. A assistência à saúde adequada para o idoso é caracterizada pela prevenção, atenção, cuidado e acompanhamento que se deve dar a este usuário. Por isso que a ANS e outros órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde, que através de programas e projetos buscam promover e incentivar a qualidade dos serviços prestados a população idosa.

No contexto privado, a ANS tem adotado mecanismos de incentivo à atenção ao idoso, um exemplo disso é o Projeto Idoso Bem Cuidado. Este é projeto propõe as instituições parceiras e comprometidas com a implantação de medidas que visem um envelhecimento ativo e de qualidade para os idosos com planos privados de saúde no Brasil. Tendo em vista que há uma necessidade discutir e remodelar os modelos já prestados. O modelo proposto pelo projeto é constituído por cinco níveis hierarquizados, são eles:

- 1) Acolhimento
- 2) Núcleo integrado de cuidado
- 3) Ambulatório geriátrico
- 4) Cuidados complexos de curta duração
- 5) Cuidados longa duração.

Destes níveis é dada relevância maior aos três primeiros níveis, pois a identificação do risco e a efetiva atenção são essenciais para este modelo. Com isso a meta a ser alcançada é a qualidade no serviço prestado desde a entrada do idoso no sistema ao decorrer do cuidado. O resultado observado é que as operadoras de planos privados de saúde e os prestadores de serviços em todo o país apoiaram o projeto e também observou uma utilização mais apropriada dos recursos do sistema (ANS, 2016).

No ano de 2011 foi aprovada a Resolução Normativa nº 265 que incentiva a participação dos beneficiários em programas de promoção do envelhecimento ativo, mediante a oferta de bonificação como descontos e prêmios. No ano seguinte, a ANS apresentou o plano de cuidado do idoso na saúde suplementar que abrange a avaliação do beneficiário desde sua entrada no sistema, com a identificação e diluição do seu risco e determinação da melhor forma de cuidado a ser desenvolvida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apresentar as características demográficas dos idosos que fazem parte do setor privado de saúde e o respaldo legal que garante o acesso e/ou permanência de idosos aos planos de assistência a saúde. A discussão é relevante no contexto que a população brasileira está se tornando mais idosa e isso gera preocupação principalmente para o setor da saúde, nesse caso, a saúde suplementar, pois nas idades mais avançadas geralmente encontram-se pessoas com saúde fragilizada proveniente cada vez mais de doenças crônicas.

As atuais e previsões das transições demográficas e epidemiológicas acarretam como alerta para a ANS bem como para os gestores das operadoras de planos de saúde, pois implica que pessoas com idades mais avançadas passarão a utilizar com maior frequência os serviços de saúde, como consultas, exames e consumo de medicamentos na busca de melhores condições de saúde. Porém os idosos além de se depararem com altos custos também se deparam com barreiras de acesso aos serviços.

Contudo a ANS e outros órgãos buscam modificações na saúde privada que suporte a necessidade do idoso em precisar de atenção maior para sua saúde. E é por meio do Pacto Intergeracional atrelado ao Estatuto do idoso que se promove a garantia do acesso de pessoas com mais de 60 anos aos planos de saúde, limitando o valor de seus custos até 6 (seis) vezes mais em relação grupo jovem. O resultado disso é o rateio das despesas entre as dez faixas etárias.

Sabe-se ainda que os idosos precisam se adaptar as condições financeiras que lhes acometem após a sua aposentadoria, os altos custos de serviço de saúde muitas das vezes não é suportado por suas rendas. A resolução normativa nº 279 de 2011 que regulamenta o direito de manutenção dos planos de saúde para os idosos aposentados apesar de que resulte no pagamento integral dos custos permite que o aposentado mantenha-se no plano com o mesmo preço que era pago com seu vínculo empregatício, pois a aderência ao um plano individual com as mesmas condições que lhes são asseguradas no plano coletivo empresarial custaria mais caro.

No contexto que o envelhecimento segue a passos largos na população brasileira, é necessário que haja o aprimoramento das orientações sobre como promover da melhor forma possível o cuidado com a saúde dos idosos, na busca de prover para eles uma assistência adequada que lhes garanta um envelhecimento saudável. Porém as modificações que forem feitas deve também permitir que o setor mantenha sua sustentabilidade econômico-financeira,

pois é comprovado que a transição demográfica e epidemiológica afeta diretamente as contas do setor.

Os resultados expostos aqui neste estudo são de caráter exploratório com uma análise limitada, logo denota-se a necessidade de novos estudos que compreendam os aspectos que afetam o acesso e o uso de serviços de saúde por parte dos idosos. No entanto, para os estudos futuros com base nas implementações e modificações abordadas pelas normas e leis devem levar em consideração a necessidade de conhecer precisamente o perfil da população idosa que possui vínculo com a saúde suplementar, com o propósito de inserir políticas de incentivo adequadas e eficazes para esse grupo no setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, K. F. Benefício Pós-Emprego Assistencial. *Redeca*, v.1, n. 2. Jul-Dez. 2014 p. 62-101.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Estatuto do idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.. Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. - Ano 1, n. 1 (mar. 2007)-. Rio de Janeiro: ANS, Ano 9, n. 2 (jun.), 2015 - 1,03 MB; ePUB. Trimestral. Endereço eletrônico: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/>

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. In: Legislação Brasileira de Proteção e Defesa do Consumidor. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003b. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/legislação>>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa - RN nº 265. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/legislação>>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa - RN nº 279. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAMPOLINA, AG; ADAMI, F; SANTOS, JLF; LEBRÃO, ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6): 1217-1229, jun, 2013.

CARVALHO, E.B, CECÍLIO, L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no BRASIL: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2167-2177, set, 2007.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/IBGE/ Coordenação de População e Indicadores Sociais, 146 p. 2016.

KANAMURA, Alberto H.; VIANA, Ana Luíza de Ávila. *Gastos elevados em plano de saúde: com quem e em quê*, *Rev. Saúde Pública* Vol. 41(5) pp. 814-820 - 2007.

MATA, Beatriz Resende Rios da. Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de planos de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso. 2011. 164 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Painel de precificação [recurso eletrônico]: planos de saúde 2015. - (2012). - Rio de Janeiro: ANS, 2016- 5,5 MB; ePUB. Anual. Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>>.

PINTO, L.F. & SORANZ, D.R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):85-98, 2004.

RIBEIRO, J.M. 2001. Regulação e contratualização no setor saúde, pp. 409-443. In B Negri & G Di Giovanni (orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Unicamp/IE, Campinas.

SANTOS, F. P. *et al.* A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 13(5): p.1463-1475, 2008.

SOUZA, Sylney de. Seguros: Contabilidade, atuária e auditoria. São Paulo: Saraiva, 2002.

STIVALI, Matheus. Regulação da Saúde Suplementar e Estrutura Etária dos Beneficiários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9): 3729-3739, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3): 548-54, 2009.