

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar”

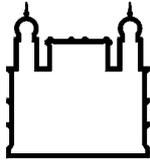
por

Wilson Marques Vieira Junior

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins

Rio de Janeiro, dezembro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar”

apresentada por

Wilson Marques Vieira Junior

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá

Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V657Vieira Junior, Wilson Marques.

Idosos e planos de saúde privados no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. / Wilson MarquesVieira Junior. -- 2013.

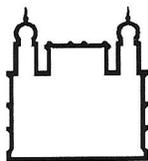
102 f. : ilus.; tab. ; graf.

Orientador: Martins, Mônica Silva

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1.Idoso. 2. Saúde Suplementar. 3.Sistemas de Saúde. 4. Cobertura de Serviços Privados de Saúde.5.Satisfação dos Consumidores. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.104250981



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2013.

Wilson Marques Vieira Junior

/Fa

*Para minha mãe Rosa Maria, que me ensinou o sentido do que é cuidar.
Por todo o amor nessa vida, para Grace e Guilherme, pela força, motivação e
inspiração.*

AGRADECIMENTOS

Sem dúvidas, a maior parcela de agradecimento é para minha orientadora Mônica Martins. Nem vou me esforçar para fugir do clichê: sem ela, nada disso seria possível.

Tive sorte de ter uma turma de mestrado maravilhosa, o que tornou esse período muito rico e prazeroso. Saudades de vocês! Camila, Cíntia, Danielle, Laura, Renata, Suiane e Valéria.

Minhas chefes tornaram esse percurso um pouco mais fácil. Obrigado pela compreensão e ajuda, Jacqueline Figueiredo de Lima Pauxis e Dominic Bigate Lourenço.

Pelo incentivo e pelos conselhos, minhas colegas na ANS, Aparecida Isabel Bressan, Jeane Regina de Oliveira Machado e Tatiana Pereira das Neves Gamarra.

Pelos esclarecimentos sobre SIF, árvore temática e trâmite de demandas, Leonardo Holanda de Almeida.

Pela gentileza em colaborar, Carla Lourenço Tavares de Andrade.

Por acompanhar essa trajetória do início ao fim, sempre solícitas e prestativas, Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Wargas de Faria Baptista.

Pela ajuda, sempre que necessário, meus sogros Aécio e Teresa.

Aos meus colegas do Núcleo da ANS Rio de Janeiro, pelo entusiasmo e pela capacidade de se indignar.

E agradeço às instituições ANS e FIOCRUZ, que possibilitaram a realização desse trabalho.

RESUMO

Considerando o contexto atual de envelhecimento populacional, transição epidemiológica e altos custos associados aos cuidados em saúde, o presente estudo procurou investigar se os idosos são mais afetados pelos mecanismos, utilizados pelas operadoras de saúde, para redução dos riscos e controle da utilização dos serviços. O objetivo desse estudo é analisar as reclamações encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por beneficiários idosos da Região Sudeste do Brasil, no período de 2010 a 2012, para avaliar se as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde afetam de forma mais contundente a população idosa, comparativamente a adultos e crianças.

Esse estudo foi transversal, de caráter exploratório, adotou uma abordagem quantitativa descritiva utilizando dados secundários da ANS. O universo de estudo correspondeu às reclamações de beneficiários dos estados da Região Sudeste, nos anos de 2010 a 2012, registradas na ANS. Os dados utilizados foram obtidos através do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), sistema que armazena todas as informações sobre reclamações encaminhadas à ANS.

Apesar dos limites decorrentes da fonte de informação utilizada, observou-se que os idosos foram o grupo populacional que proporcionalmente apresentou mais reclamações (60,8 versus 25,5 reclamações/10.000 beneficiários). Também, foram as reclamações dos idosos aquelas que, comparativamente aos demais grupos etários, resultaram em maior percentual de autuação de operadoras (3,7% versus 2,3%). Por outro lado, as operadoras da modalidade de medicina de grupo foram as mais frequentemente reportadas nas reclamações em todas as faixas etárias (58,6%). O tema mais frequente das reclamações dos idosos foi relacionado à cobertura assistencial (68,1%).

O presente estudo exploratório permitiu vislumbrar o grau em que os idosos são afetados por problemas de cobertura e reajuste de mensalidades decorrentes da atual configuração do setor privado de saúde e das restrições impostas pelas operadoras de saúde. Contudo, os resultados aqui apresentados podem ser considerados a ponta de um *iceberg*, seja pela impossibilidade, por exemplo, de mapear os casos de dificuldades de adesão a planos de saúde, mas também pela análise se restringir a reclamações voluntárias. Portanto, embora tenha havido algum avanço no campo da regulação do cuidado prestado por operadoras e prestadores, existem ainda importantes lacunas em termos de legislação, intersecção entre papéis do SUS e da saúde suplementar, e até mesmo em termos da informação necessária à avaliação do acesso e qualidade do cuidado prestado no âmbito dos planos de saúde. Nesse contexto novos estudos são necessários, com abordagens e fontes de informação diferentes e complementares as que foram utilizadas.

Palavras-Chave: Sistemas de Saúde; Saúde Suplementar; Idoso; Planos de Saúde; Cobertura Assistencial.

ABSTRACT

Considering the current context of population aging, epidemiological transition and high health care costs, this study sought to investigate whether the elderly are most affected by the mechanisms used by private health companies for risk reduction and control of health services usage. The aim of this study is to analyze the complaints reported to National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS) concerning elderly beneficiaries in Southeastern Brazil, in the period of 2010-2012, to assess if the barriers to access and use of private health plans services affect more strongly the older population compared to adults and children.

This study was cross-sectional, exploratory, descriptive and adopted a quantitative approach using secondary data from ANS. The universe surveyed corresponded to the complaints, received by ANS, of beneficiaries located in the Southeast Region, in the years 2010 to 2012. The data was obtained through the Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, system that stores all the information about complaints forwarded to ANS.

Despite the limits of the source of information, it was observed that the elderly were the population group that registered more complaints (60.8 versus 25.5 complaints/10.000 beneficiaries). Also, complaints registered by the elderly had a higher possibility of resulting in a fine against the private health companies (3.7% versus 2.3%). On the other hand, Health Maintenance Organizations were the most frequent private health type of insurer reported in all age groups (58.6%). The most frequent theme reported by the elderly was related to health care coverage (68.1%).

This exploratory study allowed a glimpse of the extent to which the elderly are affected by problems of coverage and premium increase arising from the current configuration of the private health sector and the constraints imposed by private health companies. However, the results presented here can be considered the tip of the iceberg, as it was impossible to map the cases showing difficulties in purchasing a private health plan, but also because this study is restricted to voluntary claims. Therefore, although there has been some progress in the field of regulation of care provided by private health companies and health care providers, there are still important gaps in legislation, of the roles intersection between the SUS and the private health insurance sector, and even in terms of the information necessary to evaluate access and quality of health care provided by private health companies. In this context further studies are needed, with different and complementary approaches and information sources than the ones used in this study.

Key-words: Health Systems; Supplemental Health; Aged; Health Plans; Health Services Coverage.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS	10
LISTA DE SIGLAS	14
INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO DE LITERATURA	19
Transição demográfica, transição epidemiológica.....	19
Utilização dos serviços de saúde por idosos	23
Setor privado de saúde no Brasil	29
Breve panorama do setor de saúde suplementar	35
Mecanismos de controle e de redução de gastos e riscos	38
Reclamações de beneficiários de planos de saúde	44
METODOLOGIA.....	48
Tipo de estudo.....	48
População de estudo.....	48
Fonte de informação	49
Procedimento para extração dos dados	49
Análise dos dados	53
Limites da pesquisa.....	53
Considerações éticas	54
RESULTADOS	56
DISCUSSÃO	78
CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS	88
Anexos	97
Anexo 1.....	97
Anexo 2.....	101

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxa de fecundidade no Brasil entre 1940-2010.....	20
Gráfico 2. Taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 1930-2010.....	21
Gráfico 3. Expectativa de vida no Brasil entre 1940-2010.....	21
Gráfico 4. Perfil demográfico e projeção da população brasileira entre 2010-2050	22
Gráfico 5. Percentual de indivíduos que consultaram médico nos 12 últimos meses anteriores à PNAD 2008.....	25
Gráfico 6. Percentual de indivíduos que relataram internação hospitalar nos 12 últimos meses anteriores à PNAD 2008.....	26
Gráfico 7. Coeficiente de reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012	60
Gráfico 8. Percentual de beneficiários por tipo de contratação, Região Sudeste, 2012	61
Gráfico 9. Percentual de reclamações por tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	61
Gráfico 10. Coeficiente de reclamações por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	63
Gráfico 11. Percentual de beneficiários por época de contratação, Região Sudeste, 2012	64
Gráfico 12. Percentual de reclamações por época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	64
Gráfico 13. Coeficiente de reclamações por faixa etária e época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	66
Gráfico 14. Percentual de beneficiários por modalidade de operadora, Região Sudeste, 2012	66
Gráfico 15. Percentual de reclamações por modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012.....	67

Gráfico 16. Coeficiente de reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012	69
Gráfico 17. Percentual de beneficiários por estado da Região Sudeste, 2012.....	69
Gráfico 18. Percentual de reclamações por estado da Região Sudeste, 2010-2012	70
Gráfico 19. Coeficiente de reclamações por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012	71

TABELAS

Tabela 1. Proporção do gasto tributário com plano de saúde e faturamento do setor de planos privados de saúde, Brasil, 2003-2011	33
Tabela 2. Evolução da taxa de cobertura de beneficiários de planos de saúde no Brasil, 2007-2012.....	35
Tabela 3. Total de beneficiários e beneficiários idosos segundo tipo de contratação do plano de saúde, Brasil, 2012.....	36
Tabela 4. Total de beneficiários e beneficiários idosos segundo época de contratação do plano de saúde, Brasil, 2012.....	37
Tabela 5. População e número de beneficiários em planos de saúde no Brasil e na Região Sudeste em 2003 e 2012.....	38
Tabela 6. Número de beneficiários em planos regulamentados, Brasil, 2007 e 2012...	41
Tabela 7. Proporção de idosos em planos regulamentados, Brasil, 2012.....	41
Tabela 8. População e beneficiários por estado da Região Sudeste, 2012	48
Tabela 9. População e beneficiários idosos por estado da Região Sudeste, 2012.....	49
Tabela 10. Universo de estudo. Número de reclamações, Região Sudeste, 2010-2012	50
Tabela 11. Número de beneficiários de planos de saúde por faixa etária em 2012 e número de reclamações por faixa etária de 2010 a 2012, Região Sudeste.....	56
Tabela 12. Beneficiários e reclamações de idosos por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012.....	57

Tabela 13. Número de reclamações que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012.....	57
Tabela 14. Número de reclamações de idosos que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012.....	58
Tabela 15. Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012	59
Tabela 16. Coeficiente de reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012	60
Tabela 17. Beneficiários e reclamações por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	62
Tabela 18. Coeficiente de reclamações por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	63
Tabela 19. Beneficiários e reclamações por época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012.....	65
Tabela 20. Coeficiente de reclamações por faixa etária e época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012	65
Tabela 21. Beneficiários e reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012	68
Tabela 22. Coeficiente de reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012	68
Tabela 23. Beneficiários e reclamações por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012	70
Tabela 24. Coeficiente de reclamações por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012	71
Tabela 25. Beneficiários, reclamações e coeficiente de reclamações por faixa etária, modalidade de operadora e estado, Região Sudeste, 2010-2012.....	72
Tabela 26. Temas das reclamações por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012	73
Tabela 27. Subtemas das reclamações por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012 ...	74
Tabela 28. Subtemas das reclamações, nas idades de 59-60 anos, Região Sudeste, 2010-2012	75

Tabela 29. Subtemas das reclamações que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012.....	76
---	----

QUADROS

Quadro 1. Temas e subtemas para classificação das reclamações	52
--	----

LISTA DE SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONSU - Conselho de Saúde Suplementar
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DIFIS - Diretoria de Fiscalização
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
EUA - Estados Unidos da América
FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PL - Projeto de Lei
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROCON - Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor
RFB - Receita Federal do Brasil
RN - Resolução Normativa
SIB - Sistema de Informação de Beneficiários
SIF - Sistema Integrado de Fiscalização

INTRODUÇÃO

No campo da assistência à saúde, o Estado brasileiro fez suas escolhas políticas polares. Se por um lado garantiu o direito constitucional de saúde universal e igualitária aos cidadãos, também contribuiu para a consolidação de um setor privado de saúde economicamente relevante. A estruturação do setor de saúde suplementar é consequência das relações estabelecidas entre o Estado e o setor privado, desde o início do sistema previdenciário brasileiro, com a regulação das caixas de aposentadorias e pensões, na década de 20 do século XX. Embora, ao longo do tempo, o setor saúde, no Brasil, tenha adquirido composições variadas entre público e privado em função da política de saúde, sempre houve a intersecção entre Estado e serviços privados de saúde que foram se consolidando com forte financiamento público¹.

No panorama atual, o setor privado de saúde é o principal prestador de serviços de saúde para as classes mais favorecidas economicamente. No final de 2012 cerca de 48 milhões de brasileiros estavam vinculados à cobertura assistencial prestada por empresas privadas de saúde, correspondendo a aproximadamente 25% da população brasileira². De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008, 54,2% das pessoas em domicílios cujo rendimento per capita era de 2 a 3 salários mínimos possuíam planos de saúde. Essa proporção aumenta para 68,8% para rendimentos de 4 a 5 salários mínimos e chega a 82,5% para rendimentos acima de 5 salários mínimos³.

A este quadro agrega-se a relevância do tema do envelhecimento populacional e as projeções e interpretações que evocam diferentes cenários com implicações diretas sobre a condução da política de saúde do Estado⁴. Diante deste contexto de transição demográfica que resulta em aumento do número e da proporção de idososⁱ na população mundial e na população do Brasil, discute-se o impacto do envelhecimento populacional sobre o aumento dos custos dos serviços de saúde. No Brasil, com 25 % da população vinculada a planos privados de saúde, cerca de 11% dos beneficiáriosⁱⁱ de planos de saúde tem 60 ou mais anos de idade². Trata-se de um grupo populacional com maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde e maior risco de que a assistência à saúde recebida exija grande intensidade de recursos e incorra em altos gastos. Assim, esse grupo etário traz consigo o estigma da possibilidade de tornar inviável a sustentabilidade econômica dos sistemas e serviços de saúde.

O processo de penetração do capital na área de saúde constituindo um complexo econômico movido pela lógica de mercado foi identificado há mais de 30 anos por Cordeiro⁵. Ao estimular a expansão do setor privado de saúde no Brasil, o Estado permite que a assistência à saúde se transforme em um bem de consumo, resultando, por parte das empresas privadas de saúde, em um movimento de acumulação de capital objetivando lucro e selecionando riscos, com natural exclusão dos consumidores, sobretudo doentes crônicos e idosos⁶.

Basicamente, o lucro das operadoras de planos de saúde privados é o resultado da equação: receitas de contraprestações pecuniárias menos despesas assistenciais e despesas administrativas. No Brasil, a divisão de riscos na saúde suplementar é chamada de mutualismo com solidariedade intergeracional. O estabelecimento de diferentes faixas etárias visa diluir o risco por uma massa maior gerando um preço mais equilibrado. Além da adoção do princípio do mutualismo por faixa etária, a Legislação de Saúde Suplementar, com o intuito de proteger os idosos, limitou a fixação da mensalidade cobrada deste grupo etário, na última faixa etária, a um máximo de 6 (seis) vezes do preço cobrado dos mais jovens na primeira faixa etária⁷. Considerando este aspecto regulatório que impede a fixação de preços e reajustes de acordo com os riscos individuais, as operadoras de saúde buscam outras formas para contenção dos gastos e preservação de sua lucratividade: a seleção de uma clientela com menor risco de utilização e o controle da utilização dos serviços.

Dessa forma, é legítimo argumentar que o idoso é um cliente indesejável para os planos de saúde. O pensamento comum é de que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, gerando maiores custos e menor lucratividade para as operadoras. O aumento da população idosa na carteira de beneficiários implica em maiores despesas com a assistência à saúde, seja pela complexidade do perfil de morbidade e perda da capacidade funcional, seja pela maior frequência de utilização, duração e intensidade do recurso empregado nos tratamentos^{8,9}.

Dentro deste cenário, pode-se reconhecer que há um ponto de tensão considerável na relação idoso-operadora de saúde. Há dificuldades para o ingresso de idosos nos planos de saúde, seja por estratégias de comercialização, como a opção preferencial das operadoras em comercializar planos de saúde empresariais, seja por constrangimentos e dificuldades impostas que condicionam o ingresso em plano de saúde à apresentação de laudos médicos e exames laboratoriais ou à realização de

entrevistas qualificadas. Há ainda a adoção de mecanismos de regulação como exigência de autorização prévia ou análises de solicitações médicas, que dificultam o acesso à cobertura assistencial. Embora estas condutas incidam sobre todos os grupos, pode-se supor que seu efeito seja maior nos grupos etários mais avançados ou portadores de doenças cujo tratamento inclui uso intenso de tecnologias caras. Acrescente-se ainda o impacto do reajuste da mensalidade na última faixa etária, aos 59 anosⁱⁱⁱ, com aumentos que podem ultrapassar 100% do valor da mensalidade, o que pode acarretar a impossibilidade de manter o pagamento das mensalidades do plano de saúde, resultando na migração do idoso para o SUS.

Considerando todos esses elementos é de se esperar que a insatisfação dos idosos com essas práticas esteja refletida nas reclamações encaminhadas à ANS. Independentemente da reclamação se configurar ou não em uma infração à legislação de saúde suplementar, essa reclamação origina-se de um impasse, de uma insatisfação marcada pelo ponto de conflito entre operadora de saúde e beneficiário.

Ao encontro do pressuposto acima, em minha atividade como fiscal da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS tive a percepção de que há um volume bastante significativo de reclamações provenientes de beneficiários idosos, o que motivou a realização desta pesquisa tendo como fonte secundária de dados as reclamações encaminhadas à ANS. O presente estudo tem como base as seguintes questões: (1) Os mecanismos utilizados pelas operadoras de saúde para redução dos riscos e controle da utilização dos serviços se expressam nas reclamações encaminhadas à ANS? (2) Há, de fato, uma proporção maior de reclamações de beneficiários idosos comparativamente ao grupo etário de adultos? (3) Há diferenças nessa proporção em razão da modalidade de operadora ou em razão de outras variáveis, tais como tipo de contrato, época de contratação ou estado? (4) Quais os temas mais reclamados pelos idosos, ou seja, essa reclamação está relacionada com os valores de mensalidade cobrados ou com barreiras de acesso para realização de procedimentos?

Portanto, este estudo tem como preocupação central a atenção à saúde prestada por empresas privadas para a população idosa no Brasil, em um contexto de mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial, com tendência ao crescimento desse grupo populacional; e as implicações resultantes de possíveis barreiras de acesso impostas por estas empresas para redução do risco de utilização e garantia da rentabilidade do negócio.

O reconhecimento desse campo de tensão é importante para sinalizar um problema que tende a se agravar com o aumento da população de idosos no Brasil. É de se esperar que o Estado atue, por meio da regulação exercida pela ANS, coibindo práticas comerciais lesivas aos beneficiários idosos, sobretudo em um momento em que o capital estrangeiro investe no sistema de saúde brasileiro com perspectivas de expansão do setor e aumento da taxa de cobertura de beneficiários de planos de saúde^{iv}. A aceitação de que os idosos se tornarão os responsáveis pela insustentabilidade dos sistemas de saúde ou os responsáveis pelo desequilíbrio financeiro de grandes empresas de saúde, pode sedimentar escolhas que priorizem menos a saúde das pessoas do que a saúde econômica das operadoras de planos de saúde.

Dessa forma, a presente pesquisa objetivou analisar as reclamações encaminhadas à ANS por beneficiários idosos da Região Sudeste do Brasil, no período de 2010 a 2012, para avaliar se as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde afetam de forma mais contundente a população idosa.

i. O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), define como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade¹⁰. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos.

ii. No presente estudo, optou-se pelo uso do termo beneficiário, formalmente preferido pela ANS e definido no Glossário Temático: saúde suplementar¹¹ como: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

iii. Para contratos firmados após o Estatuto do Idoso, a partir de 1º de janeiro de 2004, a última faixa etária é a de 59 anos ou mais, tendo em vista que o Estatuto vedou a aplicação de reajuste em razão da idade para consumidores com 60 anos ou mais. Os contratos de planos de saúde firmados entre 1º de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003 continham as faixas etárias “60 a 69 anos” e “70 anos ou mais”.

iv. Em outubro de 2012, ao adquirir a Amil Participações- grupo que comercializa planos médicos e odontológicos além de possuir hospitais e laboratórios e clínicas próprias- o presidente da empresa norte-americana UnitedHealthGroup, Stephen Hemsley, afirmou: “O Brasil emergiu como um mercado em constante e consistente crescimento do setor de benefícios e serviços privados de saúde. Sua economia em crescimento, classe média emergente e políticas progressistas direcionadas ao setor de planos de saúde o torna um mercado com elevado potencial de crescimento. Juntar a Amil, líder de um mercado com baixa penetração em quase 200 milhões de pessoas, com experiências e capacidades do Grupo UnitedHealth desenvolvidas ao longo das últimas três décadas é a mais atraente possibilidade de crescimento e de criação de valor que vimos nos últimos anos”. Em <http://www.unitedhealthgroup.com/Newsroom/Articles/News/UnitedHealth%20Group/2012/1008Amil.aspx?p=1&>, acesso em 13 de dezembro de 2012, tradução do autor.

REVISÃO DE LITERATURA

Transição demográfica, transição epidemiológica

O envelhecimento da população mundial ocorre progressivamente há alguns anos, em todo o mundo, mas sobretudo nos países desenvolvidos. Em 2011, no Japão, cerca de 30% da população tinha mais de 60 anos; na Inglaterra, na Itália e na Alemanha, essa proporção era de respectivamente 28%, 27% e 26%¹².

O aumento da expectativa de vida, associado ao declínio da taxa de fecundidade, resulta em um aumento proporcional da população de idosos. Se em 2011 os indivíduos com idade superior a 60 anos já representavam cerca de 10% da população mundial, a projeção da Organização das Nações Unidas - ONU indica que no ano de 2050 haverá 22% de idosos no mundo. Entre 1950 e 2050 as projeções indicam que a população mundial aumentará 3,7 vezes, enquanto que o grupo com mais de 60 anos aumentará cerca de 10 vezes. Por sua vez, o grupo populacional com mais de 80 anos aumentará cerca de 26 vezes nesse período¹².

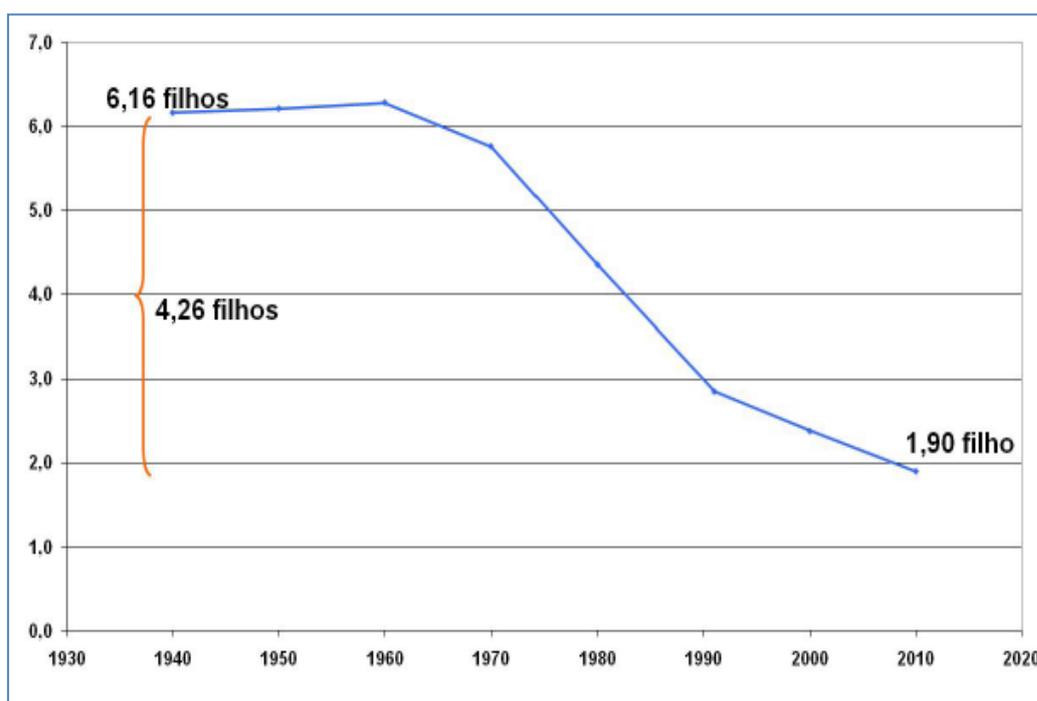
Camarano¹³ atribui o envelhecimento da população brasileira à urbanização e à industrialização. A população passou a ter maior acesso aos métodos anticoncepcionais; e teve maior disponibilidade de serviços de saúde e saneamento. Esses fatores levaram à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida. Esse cenário de mudanças ocorre de forma mais nítida a partir da segunda metade da década de 60 quando as taxas de fecundidade começam a apresentar significativa redução, resultando em profundas mudanças na distribuição etária da população brasileira. De 1970 a 2000, verificou-se um rápido declínio da taxa de fecundidade, em torno de 60 %. Essa queda da fecundidade, a despeito de grandes desigualdades regionais no Brasil, apresenta convergências para valores aproximados entre as regiões¹⁴.

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Dessa forma, os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem mas os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de alcançar um condição econômica estável¹⁵. No Brasil o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE indicam que a taxa de fecundidade diminuiu de 5,8 filhos por mulher em 1970 para 4,4 filhos por

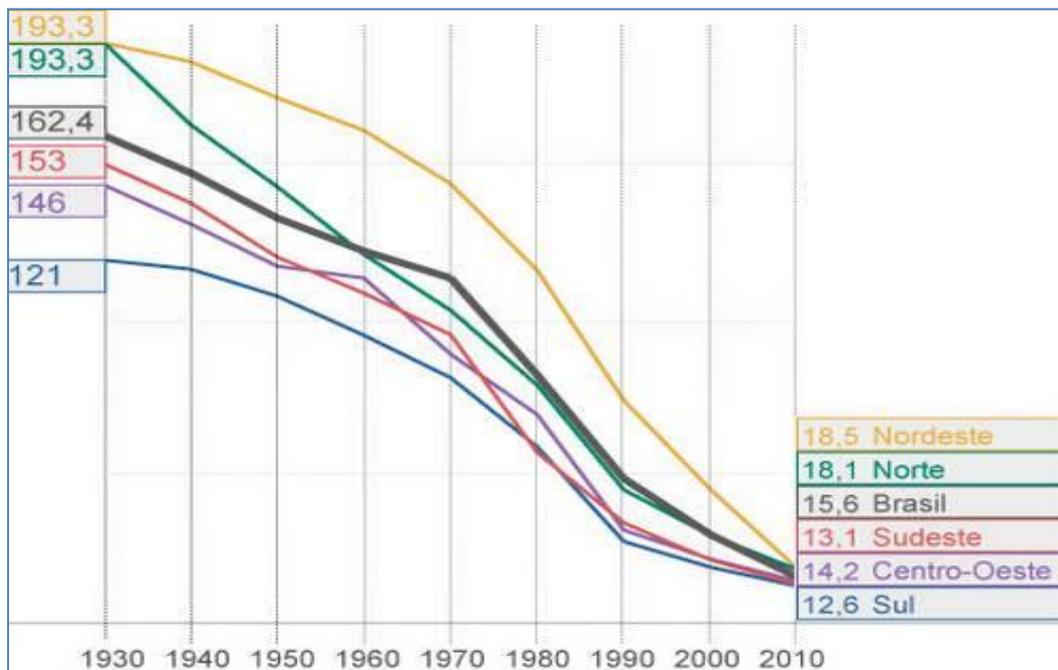
mulher em 1980; 2,3 filhos por mulher em 2000; e 1,9 filhos por mulher em 2010 (Gráfico 1). A taxa de mortalidade infantil reduziu de 162,4 mortes a cada mil nascimentos para 135,0 em 1950 e para 15,6 em 2010 (Gráfico 2) . Houve aumento da expectativa de vida da população no Brasil, esta era de 42,7 anos de vida em 1940, passando para 73,4 anos em 2008 (Gráfico 3). As estimativas apontam para 78,2 anos em 2030¹⁶.

Gráfico 1. Taxa de fecundidade no Brasil entre 1940-2010



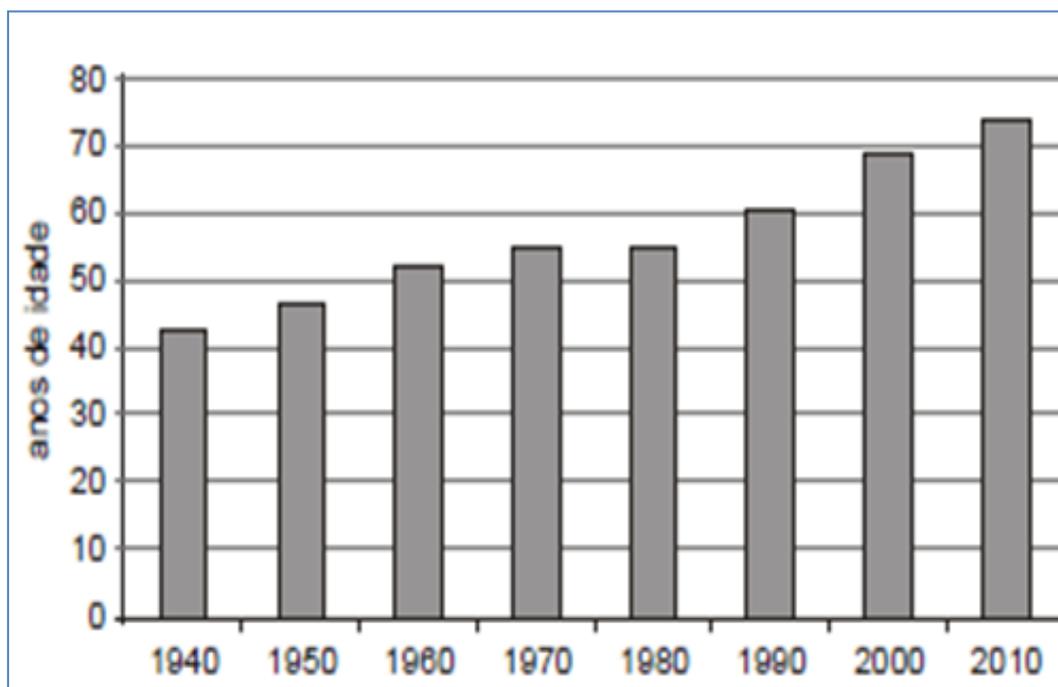
Fonte: IBGE

Gráfico 2. Taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 1930-2010



Fonte: IBGE

Gráfico 3. Expectativa de vida no Brasil entre 1940-2010

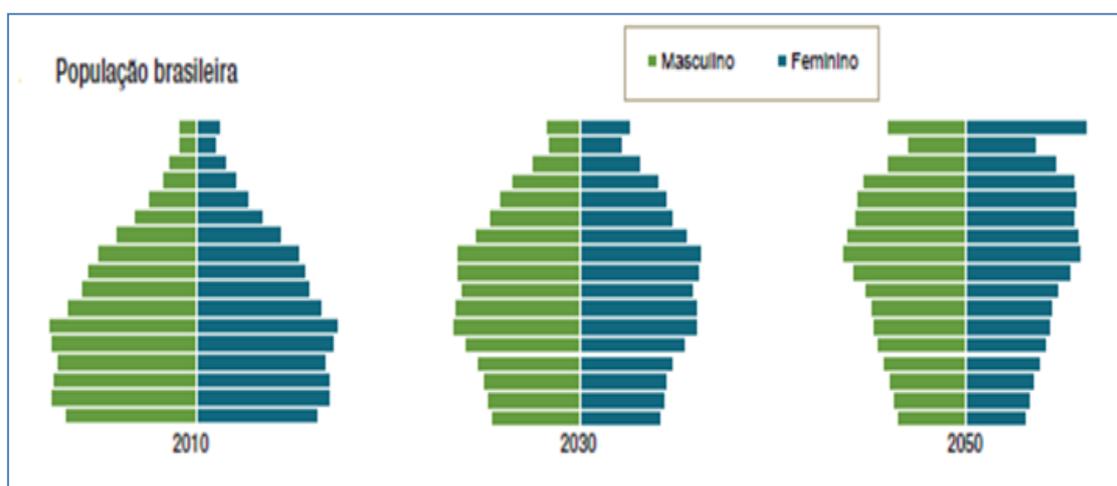


Fonte: IBGE

As tendências dos indicadores demográficos (Gráficos 1-3) indicam o aumento proporcional da população idosa no Brasil. Em 1960 havia cerca de 3 milhões de idosos no Brasil, correspondendo a 4,8% da população. Após 50 anos o censo demográfico do IBGE contou 20,6 milhões de idosos, equivalente a 10,7% da população¹⁶. Estimativas para 2030 indicam que haverá no Brasil 40,5 milhões de idosos, correspondendo a 18,7% da população; e em 2050 estima-se que a população de idosos representará cerca de 29% do total da população brasileira¹⁷.

Para Wong e Carvalho¹⁴, a população acima de 65 anos crescerá mais de 3% ao ano até 2030; enquanto que a população acima de 75 anos crescerá mais de 4% anualmente. A população que concentra a força de trabalho, faixa etária entre 25 e 64 anos, terá significativas taxas de crescimento até 2015, quando começará a declinar passando a ter taxas negativas de crescimento a partir de 2045. As estimativas demográficas apontam para uma completa modificação na estrutura etária da população brasileira. O clássico formato de pirâmide etária da população passará a um formato semelhante a um barril (Gráfico 4).

Gráfico 4. Perfil demográfico e projeção da população brasileira entre 2010-2050



Fonte: IBGE

Paralelamente à transição demográfica, ocorreu a transição epidemiológica, definida por Omran¹⁸ como a modificação da distribuição das causas de morte. As altas taxas de mortalidade resultantes, sobretudo, de doenças infecciosas e parasitárias caíram substancialmente e no perfil de morbi-mortalidade passaram a predominar as doenças não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas.

Comparativamente aos países desenvolvidos, a transição epidemiológica no Brasil ocorreu temporalmente mais recentemente. Até a década de 1960 as doenças infecciosas eram a principal causa de morte no Brasil; mas na década seguinte a principal causa de mortes passou a ser o grupo de doenças cardiovasculares. O desenvolvimento dos antibióticos e a ampliação da cobertura de imunização por vacinas foram considerados como fatores determinantes para a redução da mortalidade por doenças infecciosas no Brasil¹⁹.

Em 2010, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT representaram 73,9% dos óbitos declarados no Brasil. As doenças cardiovasculares representaram a principal causa de mortes, com 31,2% dos óbitos, seguidas pelas neoplasias (16,7%). Ressalte-se que o tratamento dessas doenças tem longa duração e múltiplas intervenções, onerando indivíduos e sistemas de saúde no mundo²⁰. No caso da população idosa, esta relata com frequência piores condições de saúde e a coexistência de mais de uma doença. Outro aspecto importante é que no caso das internações, cerca de 80% delas decorrem de situações que requerem cuidados continuados⁴.

Utilização dos serviços de saúde por idosos

A utilização dos serviços de saúde é compreendida como todos os contatos realizados pelo indivíduo com o médico ou com outros profissionais de saúde em todas as modalidades de atendimento e tipos de cuidados: ambulatorial, hospitalar, domiciliar, preventivos ou de reabilitação. O primeiro contato para uso dos serviços de saúde está mais associado à iniciativa e característica dos indivíduos ao passo que os demais contatos dependem dos profissionais de saúde que definem o tipo e a intensidade dos recursos a serem utilizados em cada paciente²¹.

Dois importantes elementos que influenciam o acesso e uso dos serviços de saúde são: (i) a necessidade de saúde, a doença ou motivo de procura; (ii) as características demográficas, como a idade e o sexo. Segundo o modelo conceitual proposto por Andersen²², dentre os fatores predisponentes a idade é uma das variáveis características dos indivíduos que influenciam o uso dos serviços de saúde. A necessidade de saúde está relacionada à percepção do estado de saúde do indivíduo, que o levaria a buscar os serviços de saúde. Há também nesse modelo os fatores capacitantes relacionados aos meios e condições disponíveis para que o indivíduo

busque e consiga acesso aos serviços de saúde, como o fato do indivíduo possuir um seguro de saúde que facilita o uso efetivo dos serviços²³.

Hulka e Wheat²⁴ destacaram a necessidade de cuidados de saúde como principal fator determinante da utilização dos serviços de saúde. O termo “necessidade” não é facilmente definido, mas é em geral apreendido como a percepção do indivíduo de seu estado de saúde ou como resultante de identificação desta pelo profissional de saúde.

O padrão de uso está relacionado tanto ao perfil de necessidades de saúde como à idade. A idade, considerada um dos fatores predisponentes, descreve um padrão de uso com maior utilização nos extremos da vida. Com relação aos idosos há uma relação direta entre a utilização dos serviços de saúde e a necessidade de saúde, face às doenças declaradas. As características da oferta também impactam sobre o uso de serviços; assim, uma maior disponibilidade de médicos ou leitos aumenta a utilização dos serviços de saúde. Por outro lado, possuir seguro-saúde ou a existência de mecanismos de co-pagamento e valor do reembolso aumentam ou diminuem a utilização dos serviços, pois podem representar barreiras ou facilitadores do acesso^{23,24}.

Com relação aos elementos que influenciam o padrão de uso de serviços de saúde, os idosos conjugam o efeito de dois importantes determinantes, quais sejam: a idade e o fato de serem portadores de doenças crônicas (carga da necessidade de saúde). Assim, o envelhecimento populacional é um importante fator a ser considerado para o aumento da utilização dos serviços de saúde. Como observado por Nunes⁹, o aumento das despesas com a assistência à saúde dos idosos seria decorrente da maior frequência de utilização nas idades mais avançadas e do maior tempo de tratamento.

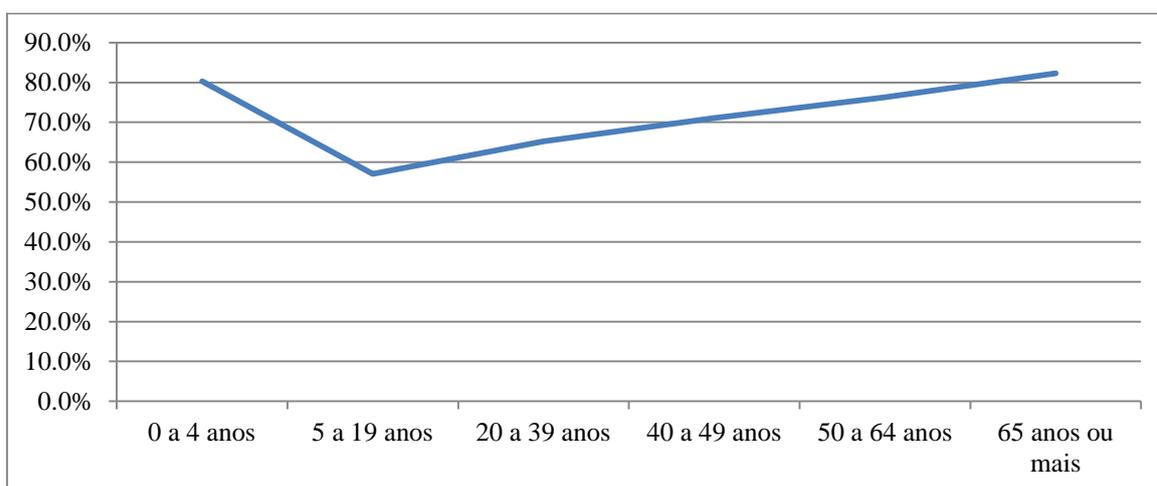
Estudos sobre o padrão de utilização dos serviços de saúde por idosos

Louvison et al.²⁵, em pesquisa realizada com 836.804 idosos residentes do município de São Paulo, observaram que os idosos apresentavam altas taxas de utilização dos serviços de saúde. Observaram também que a auto-percepção do estado de saúde positiva diminuía à medida que aumentavam as doenças. Conseqüentemente, o uso de serviços de saúde foi maior nos grupos de idosos com pior auto-percepção de saúde; portadores de doenças; e beneficiários de planos de saúde privados.

A PNAD 2008³ indicou que o aumento da idade vinha acompanhado pela diminuição do percentual daqueles que consideram seu estado de saúde como “muito

bom “ ou “bom”. O maior percentual de pessoas com restrição de atividades habituais nas duas semanas anteriores à pesquisa foi de 15,2% na faixa etária “65 anos ou mais”. Conforme aumenta a idade, também aumenta o número de doenças declaradas: 79,1% das pessoas com idade superior a 64 anos possuem pelo menos uma das 12 doenças crônicas listadas nesse inquéritoⁱ. Com relação à utilização dos serviços, 82,3% das pessoas com 65 anos ou mais realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Esse percentual cai para 76,3% na faixa etária “50 a 64 anos”; e para 71,0% na faixa etária “40 a 49 anos” (Gráfico 5).

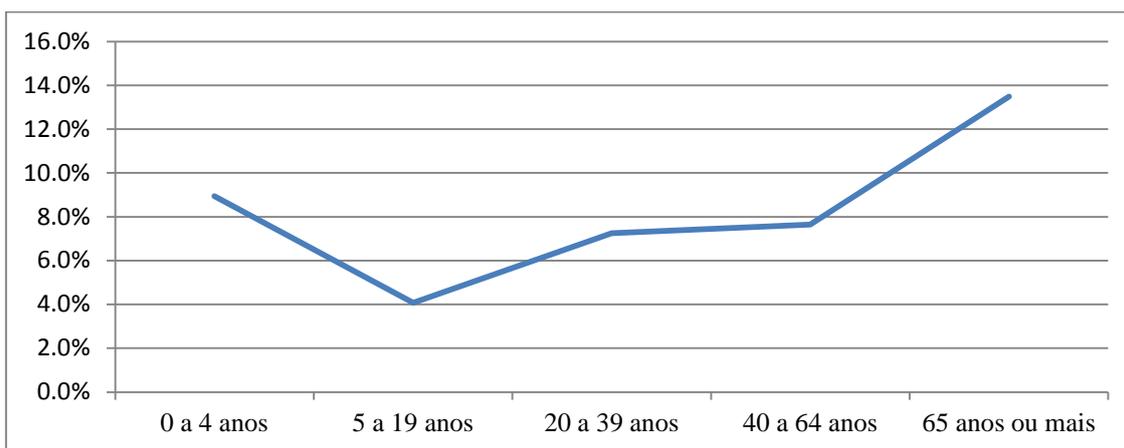
Gráfico 5. Percentual de indivíduos que consultaram médico nos 12 últimos meses anteriores à PNAD 2008



Fonte: PNAD 2008, gráfico elaborado pelo autor

Quanto às internações hospitalares, 13,5% dos indivíduos com 65 anos ou mais relataram alguma internação nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Esse percentual é de 7,6% entre os indivíduos da faixa etária “40 a 64 anos” (Gráfico 6).

Gráfico 6. Percentual de indivíduos que relataram internação hospitalar nos 12 últimos meses anteriores à PNAD 2008



Fonte: PNAD 2008, gráfico elaborado pelo autor

Estudo sobre o uso de serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde - SUS no período entre 1995 e 1997 sinalizou maior utilização e maior gasto proporcional para a população acima de 60 anos. Em 1995, 16,3% das internações no Brasil correspondiam a indivíduos com 60 anos ou mais; e os gastos correspondiam a 22,3% do total dos valores gastos com internações naquele ano. Em 1996, 15,8% das internações foram de pacientes idosos, correspondendo a 22,9% dos gastos com internações. Em 1997, 18,3% das internações foram de indivíduos idosos, correspondendo a 23,1% dos gastos com internações. Os motivos de internação mais frequentes foram as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas doenças do aparelho respiratório²⁶.

Estudo semelhante realizado por Peixoto et al.²⁷, com internações do SUS em 2001, ratificou que a população idosa tem grande representatividade entre os gastos de hospitalizações. Considerando somente a população adulta, a partir dos 20 anos de idade, os autores observaram que os idosos, representando 14,3% da população adulta, foram responsáveis por 33,5 % das internações e por 37,7% dos gastos. Nunes⁹ também observou aumento da utilização e das despesas na população idosa nas internações do SUS em 2003. A taxa de utilização de internações na faixa de “80 anos ou mais” foi quatro vezes maior do que na faixa etária de “45 a 54 anos”.

Berenstein e Wajnman²⁸ analisaram os efeitos da estrutura etária sobre os gastos com internações do SUS em 2004, nos municípios de Curitiba e Belém, e destacaram que os grupos etários com maiores taxas de utilização eram os menores de 1 ano e os

idosos. Em Curitiba, os idosos correspondiam a 7,2% da população e foram responsáveis por 27% do gasto total; em Belém, a população idosa representava 5,84% da população e 25 % do gasto total. O estudo também indicou que os gastos não apresentam elevação crescente até o fim do ciclo de vida, com redução a partir dos 70 anos. Esse fato foi também observado por Nunes⁹, resultado que os autores justificam em razão do alto risco de realizar procedimentos invasivos em indivíduos mais frágeis. A tendência de redução dos gastos nas idades muito avançadas também é verificada em estudos internacionais^{29,30,31,32}, associando essa tendência à utilização de tratamentos menos agressivos nos indivíduos mais velhos o que reduz o tempo de tratamento e os dias de internação.

Com relação aos usuários de serviços de planos privados de saúde, estudo sobre uma operadora do estado de São Paulo, em 2003, observou maior gasto no grupo de idosos. Os autores observaram que 1% do total de beneficiários da operadora foi responsável por 36% dos gastos assistenciais. Nesse grupo, 45,4% dos beneficiários eram idosos. Os maiores gastos ocorreram com doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas. Considerando todos os beneficiários da operadora, os maiores gastos per capita ocorreram nas faixas etárias de “60 a 69 anos” e “mais de 70 anos”. A idade foi a variável mais importante associada aos gastos elevados, sendo também relevante a prevalência de doenças crônicas³³.

Análise elaborada pela ANS sobre a relação entre despesa assistencial das operadoras e faixa etária dos beneficiários de operadoras de planos de saúde no Brasil indicou que o aumento da despesa média por beneficiário foi maior entre as operadoras com maior percentual de participação de idosos em suas carteiras. As operadoras com maior proporção de idosos tiveram maior sinistralidadeⁱⁱ. Operadoras com sinistralidade abaixo de 100% possuíam em média 14% de idosos; o percentual médio de beneficiários com mais de 60 anos era cerca de 20% entre as operadoras com sinistralidade acima de 100%. A despesa assistencial média por beneficiário foi cerca de 142% maior entre as operadoras com 50% ou mais de beneficiários idosos do que entre aquelas que possuíam menos de 10% de idosos³⁴.

A associação do cenário mundial de transição demográfica com a maior utilização dos serviços de saúde por idosos indica uma projeção de aumento da demanda por serviços de saúde e dos gastos com os cuidados em saúde para a

população idosa, causando preocupação quanto à sustentabilidade dos sistemas de saúde^{35,36,37}.

Apesar do cenário de envelhecimento populacional e das evidências de que este grupo populacional utiliza mais os serviços de saúde, alguns autores questionam se pode ser atribuída aos idosos a maior parcela de responsabilidade pelo aumento das despesas dos sistemas de saúde.

Reinhardt³⁸ não atribui unicamente ao envelhecimento da população o aumento dos gastos em saúde e refuta a ideia de que o envelhecimento populacional será o principal fator de aumento de demanda e de gastos em saúde nos Estados Unidos. Embora o aumento da população idosa não seja um fato desprezível para as contas públicas e para o financiamento dos cuidados em saúde, esse autor entende que os principais fatores que influenciaram o crescimento progressivo das despesas com saúde estavam relacionados à incorporação de novas tecnologias, aumento dos custos em razão do aumento da remuneração do setor e distribuição assimétrica do mercado de saúde dando aos fornecedores dos serviços de saúde maior poder de negociação para fixar valores e preços.

O aumento dos gastos em saúde entre os idosos também parece estar mais relacionado ao aumento da utilização dos serviços de saúde pela população em geral e à forma como o sistema de saúde organiza os cuidados, incorpora tecnologias e disponibiliza os serviços^{39,40,41}.

O período de vida imediatamente anterior à morte é destacado por alguns autores como mais relacionado com altos gastos com os cuidados em saúde do que a idade em si. Há uma relação direta entre o aumento dos gastos em saúde na velhice e o fato dos indivíduos estarem vivendo seus últimos anos de vida^{42,43}. Para Fries⁴⁴, a melhoria no estado de saúde e qualidade de vida dos indivíduos postergaria a ocorrência de doenças crônicas e incapacitantes para períodos próximos ao fim da vida, comprimindo suas manifestações clínicas em um intervalo de tempo mais curto entre seus primeiros sinais e a morte do indivíduo. Além disso, a aceitação da proximidade ao limite fisiológico do ciclo de vida, não indicaria tratamentos agressivos, intenso uso de tecnologia para manutenção artificial da vida, que certamente são dispendiosos.

Mahal e Berman⁴⁵, ao revisarem estudos em países desenvolvidos, concluíram haver evidências indicando que as despesas com saúde aumentam com a idade e

umentam em proporções maiores entre os grupos mais idosos. Entretanto, ressaltam que se apenas houvesse o aumento da proporção de idosos e nenhum outro fator, haveria aumento dos custos per capita, mas sempre existem outras variáveis atuando nesse contexto. Assim, a projeção de estimativa de gastos em saúde com base no envelhecimento populacional é um exercício difícil, pois necessita de informações demográficas e econômicas conjugadas a outras variáveis, considerando, inclusive, sua interação.

Nesse sentido, não há como aceitar como fato inalterável e verdade absoluta a premissa de que os gastos per capita em saúde aumentarão no futuro especialmente entre o grupo de idosos. Wennberg e Cooper⁴⁶ demonstraram que há grande e injustificável variação nos gastos e na utilização do Medicare em várias regiões dos Estados Unidos.

Setor privado de saúde no Brasil

No Brasil, a despeito da garantia constitucional de um sistema universal público de saúde para sua população, as políticas governamentais e de saúde foram responsáveis pela constituição, consolidação e crescimento do setor privado de saúde, por meio do credenciamento de prestadores privados, maior remuneração para entes privados e incentivos às empresas de planos de saúde.

Grande parte dos recursos para prestação dos serviços de saúde no Brasil são privados. Em 2010, pouco mais de 31% dos hospitais brasileiros eram públicos; a proporção de unidades de diagnóstico e terapia vinculadas às redes prestadoras credenciadas de planos de saúde chega a mais de 90%⁴⁷.

Destaca-se no sistema de saúde brasileiro a duplicidade da oferta de recursos e a desproporção de uma demanda de clientes de planos privados de saúde, aproximadamente 25% da população, para os quais são disponibilizados mais de 50% dos recursos assistenciais. As maiores taxas de utilização pelos clientes de planos de saúde reforçam esse quadro, agravado pelos valores diferenciados para remuneração dos procedimentos que resultam em gastos assistenciais para aqueles vinculados aos planos de saúde até duas vezes maiores do que os gastos dos órgãos públicos para atendimento da população. Cabe destacar ainda que alguns procedimentos assistenciais mais complexos e de maior custo, como hemodiálise, transplantes, cirurgias cardíacas e tratamentos oncológicos, são em sua maior parte financiados pelo sistema público⁴⁸.

Para Santos⁴⁹, a cobertura duplicada, caracterizada pela presença concomitante de um sistema universal de saúde com um sistema privado com coberturas semelhantes, contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e na utilização dos serviços de saúde. A oferta do setor privado atende às demandas e interesses individuais dos cidadãos, não resultando em melhores resultados para toda a sociedade. Além disso, no seguro privado de saúde, a utilização dos serviços estará diretamente associada ao poder de compra de cada indivíduo, gerando iniquidades.

Trata-se, portanto, de um sistema universal e integral com um setor privado de saúde parcialmente financiado pela compra estatal e com um segmento de empresas de planos de saúde com significativos subsídios pelo Estado por meio de renúncia fiscal⁵⁰.

Conforme destacado por Noronha e Pereira⁴:

“A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública.” (p. 62)

Mas por que no Brasil consolidou-se esse poderoso setor privado de saúde, cuja existência se faz presente tanto no cenário econômico quanto no setor de saúde?

Para Menicucci⁵¹ os incentivos derivados do modelo assistencial estabelecido pela política de saúde na década de 60 resultaram no desenvolvimento de uma assistência médica de cunho empresarial e a partir disto desenvolveu-se todo um segmento empresarial de saúde, com o surgimento de instituições e organizações características do atual mercado de planos de saúde tais como empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e planos de autogestão. Este segmento empresarial foi-se constituindo de forma organizada, concentrando recursos políticos que lhes garantiu influência nas propostas decisórias do Estado. Essa influência se fez sentir, por exemplo, quando se alterou a proposta original da Reforma Sanitária garantindo

interesses particulares do setor privado de saúde apesar de criar um sistema público universal de saúde. Particularmente foi garantida a liberdade da iniciativa privada em prover serviços de saúde.

Cordeiro⁵ situa no período posterior a 1967, com a unificação e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, o aumento do processo de penetração capitalista na prática médica. Esta ocorre em segmentos ligados à previdência social tais como hospitais privados e grupos médicos, sob a forma de transferência de recursos para a remuneração dos serviços médicos, estabelecendo assim uma ligação entre o Estado e os segmentos do setor de serviços de saúde. As relações entre financiadores e provedores de serviços se modificaram, e o Estado, por meio do INPS, tornou-se o principal comprador dos serviços médico-hospitalares privados. A criação do INPS, e a consequente ampliação da assistência médica, ocorreu em um momento de insuficiência da rede pública para atender à demanda. Face a esta circunstância o Estado recorreu à rede privada e com isso firmou as bases para a consolidação do empresariado no setor saúde.

Uma importante forma de articulação entre o setor público e as empresas médicas ocorreu a partir do momento em que as empresas empregadoras passaram a ofertar os serviços de saúde aos seus empregados mediante um subsídio estatal, retirando do INPS tal responsabilidade. Em muitos casos, seguindo uma tendência de desburocratização e modernização, as grandes empresas, ao invés de organizar os serviços de saúde, optaram por contratar empresas especializadas de medicina de grupo. Posteriormente, as empresas continuaram a oferecer assistência aos seus empregados ainda que não houvesse subsídio estatal, passando a representar um componente indireto do salário. Essa expansão da assistência empresarial será a base para a saúde suplementar⁵¹.

Vianna⁵² cita que o primeiro convênio-empresa homologado pela previdência Social ocorreu em maio de 1964 com a empresa de automóveis Volkswagen. Essa forma de prestação de serviços médicos às empresas, legitimada pelo Estado, se consolidou e muitas passaram a negociar com os grupos médicos a assistência para seus empregados, surgindo então as primeiras empresas de medicina de grupo. Paralelo a isto, as cooperativas médicas, que se opunham ao que julgavam a mercantilização da medicina pelas empresas de medicina de grupo, também passaram a disputar o mercado.

Na década de 70, o Estado criou um programa de financiamento direto a juros negativos para construção de hospitais privados e compra de equipamentos médicos: o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Esse foi mais um incentivo do governo que contribuiu para o crescimento e expansão dos prestadores privados de serviços de saúde, beneficiando empresas de medicina de grupo^{53,54}.

Nos anos 80 proliferam ofertas de diversos contratos para assistência médico-hospitalar, ampliando a cobertura de assistência médica privada a outras camadas populacionais, adquirindo formatos semelhantes ao setor nos Estados Unidos da América - EUA. Os planos de saúde individuais se desenvolvem com a entrada no mercado de grandes empresas de saúde que passam a vender planos de saúde por meio de pagamento mensal. Nesse cenário, também proliferam os planos de seguro de grupo, ou planos empresariais, estimulados por estratégias das empresas em conceder benefícios aos seus empregados com a vantagem de ter deduções fiscais. No setor privado de saúde há também estratégias de comercialização das empresas seguradoras que buscam vendas volumosas visando maiores ganhos e contribuindo para o crescimento dessa modalidade⁵⁵.

Para Faveret e Oliveira⁵⁵ a universalização pós-Constituição de 1988 resultou em expansão da cobertura para toda a população, sem expansão proporcional da rede de serviços, o que gerou filas, dificuldade de acesso e queda da qualidade dos serviços. Naturalmente, vários setores sociais buscaram cada vez mais o setor privado de saúde, em um movimento que os autores denominam “universalização excludente”.

Entretanto para Bahia⁵⁶, independente da piora dos serviços públicos e a consequente busca por serviços privados, o segmento privado de saúde já estava em pleno desenvolvimento desde a década de 70, com um sólido setor privado de serviços de saúde, produto das opções de governo por comprar prestação de serviços no lugar de expandir a rede de serviços públicos. Bahia⁵⁷ cita ainda como um dos fatores que contribuíram para o fortalecimento das empresas de saúde a adesão de significativos grupos de trabalhadores, sobretudo servidores públicos da administração direta e de autarquias de fundações públicas.

Ocké-Reis⁵⁸ relaciona a expansão do setor privado de saúde no Brasil aos incentivos governamentais como, por exemplo, a renúncia fiscal pela qual o governo deixa de arrecadar um considerável volume de recursosⁱⁱⁱ. A renúncia fiscal dos gastos

com planos de saúde representa em torno de 10% para o resultado final do faturamento do setor de planos de saúde (Tabela 1). Entre os anos de 2003 a 2011 o faturamento do setor de saúde suplementar quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de 2,5 vezes e meia acima da inflação.

Tabela 1. Proporção do gasto tributário com plano de saúde e faturamento do setor de planos privados de saúde, Brasil, 2003-2011

Ano	Faturamento do setor (em reais)	Gasto tributário com plano de saúde (em reais)	%
2003	43.880	4.736	10,8
2004	46.294	5.210	11,2
2005	50.032	5.690	11,4
2006	55.479	6.447	11,6
2007	65.044	7.087	10,9
2008	71.398	7.636	10,7
2009	74.230	7.229	9,7
2010	79.439	7.428	9,3
2011	84.649	7.767	9,2

Fonte: RFB (Receita Federal do Brasil) e ANS; Deflator IPCA (IBGE)

As discussões sobre a necessidade de uma regulação estatal dos planos de saúde privados iniciou no final da década de 1980 com a expansão da cobertura e a intensificação de denúncias sobre recusa de assistência a pacientes portadores de HIV, idosos, gestantes de alto risco e portadores de doenças crônicas. Além disso, as entidades médicas reagiram ao que consideravam intromissão e interferência das operadoras de planos de saúde na autonomia médica. Os governos estaduais também se mobilizaram, procurando normatizar o fluxo de pacientes vinculados aos planos de saúde privados atendidos nos serviços públicos. Nesse cenário, os interesses convergiram para a necessidade de regulamentação do setor de planos de saúde⁴⁸.

Scheffer e Bahia⁵⁹ também destacam como fator determinante para a regulamentação do setor privado de saúde a entrada de duas grandes seguradoras no setor de planos de saúde; setor este cujas regras de auto-regulação praticadas eram

consideradas como impeditivas da livre concorrência do setor e desestimulavam a entrada do capital estrangeiro, que aumentava sua participação no setor de seguros no Brasil^{iv}.

A primeira iniciativa institucional para regulação dos planos de saúde privados foi o Projeto de Lei nº 4425/1994 que objetivava a proibição da exclusão de cobertura de despesas para tratamento de determinadas doenças nos contratos de empresas privadas de seguro-saúde. Pereira et al.⁶⁰ descreveram os debates e interesses conflitantes e divergentes de distintos atores do setor privado de saúde, atuando de forma a buscar um tratamento diferenciado diante da iminente regulamentação do setor. Nesse debate, houve baixa participação dos movimentos sindicais e sanitário, e os consumidores estiveram representados por entidades de defesa do consumidor. Diante da dificuldade de um entendimento unificado para produção de um relatório referente ao PL 4425/1994 e do aumento de reclamações da sociedade e dos órgãos de defesa do consumidor, o Poder Executivo passou a tratar a questão de forma prioritária e pressionou o Legislativo para que encontrasse uma rápida resolução. O próprio ministro da saúde, José Serra, atuou de forma direta, enfatizando a necessidade de regulamentação em razão das imperfeições do mercado de saúde suplementar, e em junho de 1998 foi promulgada a Lei 9656⁶¹, regulamentando o setor de planos de saúde privados.

Nos anos 90, sob a influência do ideal neoliberal, incorporam-se questões mais administrativas e gerenciais para reorganização dos sistemas de saúde com menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços⁶². Nessa linha política houve redução do papel da administração pública como principal fornecedor dos serviços e para regular as atividades do setor de planos de saúde privados foi criada a ANS em 2000⁶³. A ANS foi criada como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde tendo como finalidade de regular, controlar e fiscalizar o setor de saúde suplementar.

Menicucci⁵¹ destacou que ao contrário de outras agências reguladoras que representavam a expansão de uma nova atividade econômica, modificando o papel do Estado no respectivo setor econômico, a ANS surgiu para regular um setor que já havia se estabelecido. Enquanto outras agências reguladoras buscavam formar e diversificar o mercado, a ANS foi criada como um órgão estatal para fiscalizar; controlar preços e contratos; corrigir falhas de mercado^v sempre preservando a competitividade entre as empresas e contribuindo para a sustentabilidade econômica das mesmas.

Se a ANS tem como função a regulação do mercado de saúde suplementar, a sua atuação deve buscar o equilíbrio entre a defesa dos consumidores e o desenvolvimento e sustentabilidade das empresas do setor. Para Giovanella et al.⁶⁴ deve ser encontrado um ponto de equilíbrio entre os direitos dos beneficiários enquanto consumidores de serviços de saúde e as estratégias das empresas de saúde, visando um mercado competitivo, diversificado, com empresas sólidas e consumidores bem informados.

Santos⁴⁹ observou que a política de regulação voltada para a correção das falhas de mercado objetivou somente garantir os direitos do consumidor e não atuou em questões sobre a relação entre o setor de saúde suplementar e o SUS. Assim, essa política não foi orientada nem pelo direito à saúde nem tampouco contribuiu para a proteção social de todo o sistema de saúde do país.

Breve panorama do setor de saúde suplementar

Em dezembro de 2012 a ANS registrava 48.695.327 beneficiários em planos privados de assistência médica, representando uma taxa de cobertura de 24,7 % da população brasileira. No período de 5 anos, de 2007 a 2012, a taxa de cobertura teve constantes, porém discretos, aumentos (Tabela 2). Na mesma data a Região Sudeste apresentava a maior taxa de cobertura (37,4); seguida pela Região Sul (23,4) e Região Centro-Oeste (18,3). As menores coberturas foram nas regiões Nordeste e Norte com 12,1 e 10,8 respectivamente.

Tabela 2. Evolução da taxa de cobertura de beneficiários de planos de saúde no Brasil, 2007-2012

Ano	Taxa de Cobertura (%)
2007	20,8
2008	21,8
2009	22,2
2010	23,8
2011	24,4
2012	24,7

Fonte: ANS Tabnet

Em dezembro de 2012, a taxa de crescimento do número de beneficiários em planos de assistência médica, em relação ao ano anterior, obteve o mais baixo resultado

desde 2003 (2,1). Nesse período os planos coletivos empresariais apresentaram taxa de crescimento de 4,2 contra 1,6 dos planos individuais⁶⁵. Dentre os tipos de contratação de plano de saúde, a modalidade individual/familiar é a que apresenta a maior proporção de idosos com 19,2% (Tabela 3). Na modalidade coletiva empresarial os idosos correspondem a 6,9%. Atualmente apenas 20% dos beneficiários estão vinculados a contratos individuais/familiares, sem perspectivas de que esse percentual aumente tendo em vista a preferência das operadoras em comercializar planos coletivos.

Tabela 3. Total de beneficiários e beneficiários idosos segundo tipo de contratação do plano de saúde, Brasil, 2012

Tipo de contratação	Beneficiários	Idosos (N)	%
Individual ou Familiar	9.874.178	1.900.471	19,2
Coletivo Empresarial	31.191.325	2.139.091	6,9
Coletivo por adesão	6.653.714	1.210.673	18,2
Coletivo não identificado	18.994	2.371	12,5
Não Informado	957.116	183.320	19,2
Total	48.695.327	5.435.926	11,2

Fonte: SIB/ANS/MS

Em dezembro de 2012 haviam 963 operadoras médico-hospitalares registradas na ANS, confirmando a tendência de queda no número de operadoras desde a criação da ANS. Ressalte-se uma concentração no setor, no qual 80% dos beneficiários estão vinculados a 180 operadoras⁶⁵.

As empresas que operam planos de saúde de assistência médico-hospitalar são classificadas na ANS em seis modalidades: (1) Administradoras de benefícios: empresas que administram planos de saúde ou que atuam como estipulantes^{vi} de planos coletivos; portanto não possuem beneficiários. (2) Autogestões: empresas com planos próprios para seus empregados. Em sua concepção não tem fins lucrativos e não comercializam planos de saúde. (3) Cooperativas médicas: criadas em oposição às empresas de medicina de grupo com a finalidade de preservar a autonomia médica. Constituídas com base na Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define as sociedades cooperativas⁶⁶, deveriam ser sociedades sem fins lucrativos, mas atuam de forma semelhante às empresas de medicina de grupo. (4) Filantropias: entidades sem

fins lucrativos, certificadas como entidade filantrópica de utilidade pública junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Em geral, as entidades jurídicas que administram os planos de saúde dessa modalidade são as Santas Casas. (5) Medicina de grupo: empresas privadas lucrativas que oferecem serviços de assistência médica por meio de prestadores próprios ou credenciados. (6) Seguradoras especializadas em saúde: empresas lucrativas em geral vinculadas a grandes seguradoras e bancos. Por princípio não deveriam prestar serviços de assistência, limitando-se a reembolsar gastos com assistência médica de acordo com condições gerais da apólice. Na prática as seguradoras especializadas em saúde oferecem livre escolha com reembolso além de rede prestadora referenciada.

As três modalidades do segmento comercial lucrativo - cooperativas médicas, seguradoras e empresas de medicina de grupo - possuíam, em dezembro de 2012, o correspondente a 87,2% do total de beneficiários no Brasil. Existem ainda as empresas de odontologia de grupo e cooperativas odontológicas. Estas operam somente planos de cobertura odontológica.

Quinze anos após o início da vigência da Lei 9656/98 ainda há um volume considerável de contratos vigentes firmados antes de 2 de janeiro de 1999. Em 2012, 14,4% dos beneficiários estavam vinculados a contratos não regulamentados o que significa que estão sujeitos às cláusulas contratuais que determinam a extensão da cobertura assistencial e as formas de reajuste e de rescisão do contrato. Entre os 7 milhões de beneficiários com contratos não regulamentados cerca de 1,6 milhões são idosos (23,6%). Entre os beneficiários com contratos posteriores à regulamentação os idosos correspondem a 9,1% (Tabela 4).

Tabela 4. Total de beneficiários e beneficiários idosos segundo época de contratação do plano de saúde, Brasil, 2012

Época da contratação*	Beneficiários	Idosos (N)	%
Até 1999	7.012.207	1.654.877	23,6
Pós 1999	41.683.120	3.781.049	9,1
Total	48.695.327	5.435.926	11,2

Fonte: SIB/ANS/MS

*Período anterior e posterior à vigência da Lei 9656

Entre 2003 e 2012 a proporção de idosos beneficiários de planos de saúde no Brasil permaneceu estável, em torno de 11%. No mesmo período a proporção de idosos na população brasileira aumentou em 2 pontos percentuais, passando de 8,5% para 10,8%. Na Região Sudeste enquanto a proporção de idosos na população passou de 9,3% para 11,8%, a proporção de idosos beneficiários de planos de saúde na região manteve-se constante, entre 11,6% e 11,8%, conforme dados da Tabela 5.

Tabela 5. População e número de beneficiários em planos de saúde no Brasil e na Região Sudeste em 2003 e 2012

Dados demográficos (total e idosos) e Beneficiários de planos de saúde	2003		2012	
	N	%	N	%
População total e idosos				
Brasil				
População total	176.876.251	100,0	193.976.530	100,0
População de idosos	15.050.492	8,5	20.889.849	10,8
Região Sudeste				
População total	75.392.023	100,0	81.565.983	100,0
População de idosos	6.977.851	9,3	9.659.516	11,8
Beneficiários de planos de saúde				
Brasil				
Beneficiários (total)	32.074.667	100,0	48.695.327	100,0
Beneficiários (idosos)	3.606.689	11,2	5.435.926	11,2
Região Sudeste				
Beneficiários (total)	21.772.625	100,0	31.052.097	100,0
Beneficiários (idosos)	2.522.973	11,6	3.668.986	11,8

Fonte: IBGE e SIB/ANS/MS

Mecanismos de controle e de redução de gastos e riscos

A expansão do setor privado de saúde no Brasil transformou a assistência à saúde em um bem de consumo⁶; por parte das empresas privadas de saúde a lucratividade do negócio passa, também, pela seleção de risco, com natural exclusão dos consumidores de maior risco, sobretudo doentes crônicos e idosos.

No cenário de seleção de risco pode-se afirmar que o idoso é um cliente indesejado para as operadoras de planos de saúde, pois apresenta mais doenças crônicas e utiliza mais os serviços de saúde, além da possibilidade de tratamentos de saúde muito onerosos nos anos finais de vida. Como a estrutura de financiamento dos planos de saúde no Brasil é baseada no mutualismo, por meio de um sistema de subsídio cruzado onde pessoas com baixo risco financiam as de alto risco; e como o valor das

mensalidades dos idosos está atrelado ao valor dos mais jovens, a operadora não pode cobrar conforme o risco individual ou de cada faixa etária. O aumento dos valores das mensalidades dos idosos (maior risco) implicaria no aumento das mensalidades dos mais jovens (menor risco). E, sob a ótica do conceito de seleção adversa^{vii}, caso seja cobrado um alto valor nas faixas etárias mais baixas, isso ocasionaria a saída dos beneficiários de menor risco. Stiglitz⁶⁷ descreveu a tentativa de inibir a entrada de beneficiários de alto risco por meio do aumento de preços como contraproducente, pois poderia gerar a saída e a baixa adesão dos indivíduos de baixo risco que não estariam motivados a pagar um valor que considerem maior do que seu risco e expectativa de uso.

Com a legislação e regulamentação vigentes, as operadoras ficam impossibilitadas de aumentar os valores das mensalidades para buscar equilíbrio financeiro ou aferição de maior lucro. Além da regulamentação vigente impedir tal conduta, esse aumento pode afetar a composição de sua carteira de beneficiários. Com isso as operadoras buscam outras formas para manutenção de seus ganhos monetários, compondo uma carteira de beneficiários com menor risco e controlando a utilização dos serviços de saúde.

Considerou-se no presente estudo três principais estratégias das operadoras de planos de saúde visando a redução de gastos e de riscos que afetam os idosos. A primeira estratégia foca o momento de adesão a um plano de saúde. Embora a legislação de saúde suplementar, no artigo 14 da Lei 9656/98, vede o impedimento de participação em plano de saúde em função da idade⁶¹, as operadoras utilizam estratégias de comercialização que impedem ou dificultam a entrada do idoso, realizando uma “limpeza etária” em suas carteiras. A segunda estratégia refere-se aos mecanismos de regulação empregados para controlar a utilização dos serviços de saúde. Naturalmente, esses mecanismos afetarão mais aqueles que mais buscam acesso aos serviços. A terceira estratégia são os altos reajustes de mensalidades que ocorrem na última faixa etária. Embora previstos na legislação, estes reajustes muitas vezes ultrapassam o percentual de 100%, exercendo o efeito de uma “expulsão pecuniária”, pois muitos idosos já têm redução de seus rendimentos na aposentadoria e ficam impossibilitados de arcar com as mensalidades dos seus planos de saúde.

Quanto à seleção de risco, como alguns grupos de indivíduos tem maior possibilidade de impactar os custos do que outros, como é o caso dos idosos, as

empresas buscam clientes com baixo risco de utilização para maximizar seus ganhos. Essa estratégia é denominada de “*cream skimming*”⁶⁸.

A definição de “*cream skimming*” é a seleção de riscos preferenciais por parte do segurador, ou seja, os segurados preferenciais pagam um valor pela cobertura de seus riscos que o segurador julga estar acima do gasto esperado. Essa seleção de risco ocorre em situações nas quais o segurador distingue subgrupos de indivíduos com diferentes expectativas de gastos em um grupo com igual pagamento per capita. A seleção de risco será inversamente proporcional à homogeneidade do grupo, ou seja, quanto menos homogêneo o grupo mais evidente será a seleção de risco⁶⁹.

Para Ocké-Reis⁶ às operadoras de planos de saúde interessa, sobretudo a contratação de uma massa de segurados homogênea, evitando grandes flutuações das variáveis componentes para composição dos preços^{viii} e a ocorrência de gastos catastróficos que teriam maior possibilidade de ocorrer em uma carteira de beneficiários com predominância de doentes crônicos e de idosos.

No Brasil há evidências de que as operadoras de planos de saúde empregam diversas estratégias para impedir ou dificultar a adesão de idosos: (1) possibilidade de redução de carências somente para indivíduos com menos de 59 anos; (2) ausência de comissão para corretores nos casos de vendas de planos de saúde para idosos; (3) planos coletivos que não incluem adesão para maiores de 59 anos; e (4) exigência de entrevista ou avaliação médica para indivíduos com mais de 59 anos^{ix 70,71,72,73}.

Outra forma encontrada pelas empresas privadas de saúde para selecionar riscos e maximizar seus lucros foi optar, prioritariamente, por vendas de planos coletivos. Os planos coletivos estão menos sujeitos à regulação da ANS. Ao contrário dos planos individuais ou familiares, nos planos coletivos o reajuste anual máximo não é definido e determinado pela ANS. Além disso, o contrato poderá ser rescindido caso seja deficitário bastando apenas uma comunicação prévia; e o beneficiário poderá ser excluído por atraso de pagamento sem comunicação prévia. Relatório conjunto do CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e do IDEC⁷⁴ constatou, em 2007, que muitas operadoras de planos de saúde, especialmente as seguradoras, deixaram de comercializar a modalidade individual de planos de saúde^x. Contribuem para o estímulo à comercialização dos planos coletivos a pressão junto aos

corretores para oferta e venda dessa modalidade; e o fato das mensalidades mais baixas dos planos coletivos serem mais atrativas para os consumidores.

A Tabela 6 mostra que no período de 5 anos (2007-2012), o total de beneficiários vinculados a contratos individuais das seguradoras teve uma redução de 40,9%, enquanto que o número daqueles vinculados a contratos coletivos empresariais aumentou 94%. No mesmo período, as empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas aumentaram seus beneficiários de planos coletivos empresariais em percentuais superiores àqueles registrados para contratos individuais.

Tabela 6. Número de beneficiários em planos regulamentados, Brasil, 2007 e 2012

Modalidade	Vínculos individuais		Variação (%)	Vínculos coletivos empresariais		Variação (%)
	2007	2012		2007	2012	
Seguradoras	129.753	76.752	-40,9	2.612.322	5.068.648	+ 94,0
Medicina de grupo	3.583.417	4.107.700	+ 14,7	6.922.571	10.634.243	+ 53,7
Cooperativas médicas	2.764.363	3.814.888	+ 38,0	5.635.325	9.876.148	+ 75,2
Total	6.477.533	7.999.340	+ 23,5	15.170.218	25.579.039	+ 68,6

Fonte: SIB/ANS/MS

O foco nos planos coletivos, sobretudo os planos empresariais, acaba por privilegiar uma clientela ativa no mercado de trabalho, com faixa etária em geral inferior aos 60 anos. A proporção de idosos em planos coletivos empresariais é menor do que a observada em planos individuais (Tabela 7).

Tabela 7. Proporção de idosos em planos regulamentados, Brasil, 2012

Modalidade	Proporção de idosos (%)	
	Planos individuais	Planos coletivos empresariais
Seguradoras	19,5	3,7
Medicina de grupo	15,7	4,1
Cooperativas médicas	13,9	5,4

Fonte: SIB/ANS/MS

Aqueles que ingressam em planos coletivos empresariais poderão manter seu plano de saúde após aposentadoria. O artigo 31 da Lei 9656⁶¹ garante a manutenção do plano de saúde por tempo indefinido, após aposentadoria, para os beneficiários que contribuíram para o pagamento do plano empresarial por 10 anos ou mais^{xi}. Entretanto, a Resolução Normativa – RN nº 279⁷⁵, publicada pela ANS em novembro de 2011, prevê a possibilidade das empresas manterem seus ex-empregados em plano separado dos empregados ativos. Com isso os percentuais de reajuste poderão ser diferentes e, evidentemente, esse percentual será maior em um plano com maior número de idosos. Isso poderá resultar em reajustes expulsivos para grande parte dos aposentados.

Além da seleção de clientela e de riscos, as operadoras utilizam mecanismos de regulação previstos na regulamentação da saúde suplementar⁷⁶, como o gerenciamento das ações de saúde através de ações de controle tanto da demanda quanto da utilização dos serviços de saúde. A origem dos mecanismos de regulação é o *managed care* que surge nos EUA, nos anos 60, quando as empresas privadas de saúde buscaram formas de conter os gastos considerados desnecessários e ainda garantir mais qualidade e maior eficiência nos serviços de saúde. Para Feldstein⁷⁷ o *managed care* foi a resposta das empresas privadas de saúde ao aumento dos custos dos serviços de saúde em um sistema considerado ineficiente. Fairfield et al.⁷⁸ afirmam que o *managed care* se desenvolveu sob a forma de um grande espectro de atividades como resposta aos gastos crescentes e à fragmentação dos serviços de saúde, buscando modificar e influenciar a prática médica para um cuidado de saúde mais efetivo. Para isso, o *managed care* adotou diversas estratégias de controle.

Para Ugá et al.⁷⁹ os principais elementos da atenção gerenciada são: (1) contratação seletiva de prestadores para composição da rede credenciada; (2) gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, com protocolos clínicos; médico generalista, atuando como “porta de entrada” do sistema médico-assistencial; exigência de autorizações prévias para a utilização de serviços diagnósticos ou curativos; supervisão das práticas médicas; e adoção de incentivos aos prestadores, visando a contenção de custos; (3) sistema de remunerações condicionado à adequação das práticas do prestador às normas; (4) negociação permanente de preços dos procedimentos; (5) incentivos aos beneficiários, para induzir a escolha de prestadores credenciados ou preferenciais; e (6) gerenciamento da qualidade e da satisfação do cliente.

No Brasil, observou-se a adoção da atenção gerenciada para a redução dos custos e racionalização e restrição do uso dos serviços, sobretudo com controle dos prestadores. A atenção gerenciada está calcada no controle do ato médico e na busca da melhor relação custo/efetividade. Esse controle consiste de uma variedade de mecanismos praticados pelas operadoras de planos de saúde com a finalidade de restringir a utilização dos serviços intermediários, conter gastos e também buscar o uso racional dos serviços e insumos de cada tratamento⁸⁰.

Ribeiro et al.⁸¹ sublinham que a prática da atenção gerenciada no Brasil se expressa mais pela atuação de mediação entre usuários e prestadores do que pelo uso de tecnologias para controle de custos, compartilhamento de riscos e busca de qualidade e ganhos de eficiência.

Pesquisa realizada em 2003 com 7 operadoras de 4 modalidades diferentes (medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora e autogestão), 14 prestadores hospitalares e 32 médicos concluiu que a assistência à saúde não constitui o centro de ação das operadoras. A ênfase da atuação dos atores do campo da microrregulação concentra-se na ocorrência do evento enquanto sinistralidade, predominando o aspecto econômico⁸². Para Merhy⁸³, a incorporação de elementos da atenção gerenciada representa a expressão das atividades financeiras no setor de saúde e interfere na forma de organização e produção da assistência.

Ugá et al.⁸⁴, analisando os mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde em alguns hospitais, constataram que as operadoras não se preocupam com as instalações dos prestadores ou com a gestão da qualidade da atenção prestada. Por outro lado, a microrregulação praticada visava, sobretudo, o controle das práticas médicas; o direcionamento de clientela para prestadores preferenciais; e o controle do uso dos serviços pelos usuários.

Parece razoável aventar que esse controle será mais exercido em pacientes ou grupos de maior risco de aumento da sinistralidade. Nesse caso, os idosos terão maior percepção do efeito dessas estratégias de racionalização dos serviços.

Os idosos também são especialmente afetados quando alcançam a última faixa etária e sofrem o reajuste da mensalidade de plano de saúde. A aplicação de altos percentuais de reajuste pode ter o efeito de expulsar os idosos diante da impossibilidade de manter o pagamento de suas mensalidades. O artigo 15 da Lei 9656/98 estabeleceu a

possibilidade de reajuste de mensalidades em razão da idade do consumidor, ao atingir uma determinada faixa etária, desde que esta esteja devidamente prevista em contrato com o respectivo percentual⁶¹.

O artigo 15 do Estatuto do Idoso¹⁰, publicado em outubro de 2003, proibia a aplicação de qualquer reajuste de faixa etária após os 60 anos de idade. A ANS adequou a sua regulamentação e a última faixa etária passível de sofrer reajuste passou a ser a de “59 anos ou mais”, mantida a mesma determinação de que o valor da última faixa não poderia ser mais do que seis vezes o valor da primeira faixa etária⁸⁵. Ressalte-se que as operadoras de planos de saúde concentram o maior percentual de reajuste na última faixa etária, o que tem significativo impacto financeiro sobre os beneficiários idosos.

Reclamações de beneficiários de planos de saúde

As estratégias descritas podem ser consideradas como barreiras de acesso e de utilização dos serviços que afetam especialmente o grupo dos idosos. Estas barreiras geram insatisfação e motivam os indivíduos a apresentar reclamações e denúncias aos órgãos competentes.

Giovanella et al.⁶⁴; Scheffer⁸⁶; Alves et al.⁸⁷; e Scheffer⁸⁸ analisaram ações judiciais de beneficiários de planos de saúde, porém não as diferenciaram por faixas etárias.

Giovanella et al.⁶⁴ analisaram reclamações recebidas por órgãos de defesa do consumidor dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. A maioria das reclamações referia-se a aspectos contratuais e reajustes. Ressalte-se que o período analisado era de 1997 a 2000 e a maioria dos casos registrados possivelmente envolvia contratos anteriores à regulamentação do setor com as mais diversas cláusulas restritivas. Além disso, a falta de padronização dos registros levanta a suposição de que muitos casos de negativa de atendimento foram registrados como descumprimento de cláusula contratual.

Alves et al.⁸⁷ analisaram decisões judiciais nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro entre os anos de 2003 e 2005. Os temas mais frequentes foram cobertura; permanência em plano coletivo; reajuste; e rescisão de contrato. Por sua vez Scheffer⁸⁸ analisou 782 decisões judiciais acerca de negativa de atendimento, ressaltando a

incompatibilidade entre os direitos à saúde e o direito da iniciativa privada no setor saúde, salientando que a restrição ao uso dos serviços sempre ocorreu entre os planos e seguros de saúde como garantia da preservação do lucro. A maioria dos casos julgados, 88,2%, foi favorável à cobertura do procedimento anteriormente negado. Os procedimentos que foram objeto da denúncia eram principalmente de alto custo e alta complexidade, o que pode refletir o aspecto econômico-financeiro da recusa por parte da operadora.

Além de ações judiciais e denúncias aos órgãos de defesa do consumidor, os beneficiários podem apresentar reclamações na ANS. As reclamações são encaminhadas por meio telefônico, pelo site da agência, por correspondência ou de forma presencial em um dos núcleos da ANS^{xii}. Essas reclamações são analisadas e poderá ser aberto processo administrativo para verificação de infração à legislação. Na hipótese de ter sido constatada infração a operadora será autuada, podendo ser aplicada multa.

As reclamações encaminhadas à ANS são também utilizadas para compor um dos indicadores da dimensão “Satisfação dos Beneficiários” do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar- IDSS, que avalia o desempenho das operadoras de saúde^{xiii 89}. O índice de reclamações permite a comparação da atuação das operadoras segundo a percepção do beneficiário. Este índice expressa a média mensal de reclamações recebidas em relação ao número de beneficiários da operadora. O índice é interpretado inversamente, ou seja, quanto menor o seu valor, maior a satisfação dos beneficiários com a operadora.

Machado⁹⁰ analisou 952 negativas de cobertura assistencial provenientes de denúncias encaminhadas à ANS, em 2008, por beneficiários do estado do Rio de Janeiro. A demora em autorizar determinado procedimento representou 23% das denúncias. Em 8% dos casos, a autora destacou que a autorização foi condicionada ao cumprimento de alguma exigência como apresentação de laudo médico, exames anteriores ou realização de perícia. Em 69% dos casos a operadora negou o procedimento apresentando como principais justificativas a ausência de rede prestadora ou o fato do procedimento solicitado não constar do rol de procedimentos estabelecido pela ANS. Machado⁹⁰ apontou que “os clientes com 60 anos ou mais foram significativamente mais afetados, tendo em vista que representam 11% do total de beneficiários no mercado e 21% da amostra estudada”.

De forma geral, as reclamações dos beneficiários de planos de saúde não representam propriamente uma insatisfação relacionada ao cuidado em saúde ou ao atendimento. Parecem expressar mais uma insatisfação quanto à atuação da organização da saúde suplementar, sobretudo quanto aos demorados trâmites para obtenção de autorização para atendimento, e também quanto à falta de informações e com relação a aspectos contratuais ou normativos obscuros.

Para Gerschman et al.⁹¹, a satisfação com os planos de saúde é decorrente da certeza do acesso aos serviços e da hotelaria e privacidade que são considerados diferenciais em comparação ao SUS. Por outro lado, os motivos para insatisfação seriam decorrentes da demora na marcação de consultas; das restrições impostas para os tratamentos, atendimentos e exames; dos reajustes em razão da idade; e da abrangência geográfica do plano de saúde. A insatisfação com planos de saúde também é originada pela existência de regras complicadas e pela comunicação deficiente e pouco esclarecedora por parte das empresas de saúde⁹².

-
- i. As doenças selecionadas para o inquérito são: doença de coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose.
 - ii. A sinistralidade é o indicador financeiro dos planos de saúde, empregado pelas operadoras para controlar a administração dos contratos, sob o aspecto financeiro, e justificar necessidades de recomposição de preços e de reajustes de mensalidades. É calculada basicamente pela divisão dos custos gerados pela receita obtida, obtendo dessa forma o percentual dos gastos com relação à receita. De forma geral, considera-se que o ideal seja operar com uma sinistralidade de 75%. Caso esse percentual mantenha-se elevado há risco para a sustentabilidade econômica da operadora.
 - iii. Os contribuintes individuais podem deduzir do imposto de renda os gastos com saúde, sem limite para tal dedução; e as empresas podem abater do lucro tributável as despesas com assistência à saúde de seus empregados.
 - iv. Folha de São Paulo (14 de maio de 1993): Estrangeiro deve entrar no seguro-saúde: “A equipe econômica decidiu abrir o setor de seguros-saúde ao capital estrangeiro”. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/5/14/dinheiro/9.html> (Acesso em 05 de outubro de 2013).
 - v. Não cabe aqui discorrer sobre as imperfeições de mercado e suas implicações no setor saúde. Para uma análise dos conceitos de economia e da influência destes na saúde suplementar pode-se recorrer ao texto de Teixeira A. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar⁹³. Disponível em <http://www.leps.ufrj.br/download/aloisio.pdf> (acesso em 20 de junho de 2013).
 - vi. Pessoa jurídica que contrata plano de saúde intermediando a relação entre empresa empregadora, associação de classe ou associação profissional e operadora de plano de saúde.
 - vii. Segundo Teixeira⁹³, o termo “seleção adversa” surgiu no mercado de seguros para definir as situações “em que as seguradoras cobram prêmios médios para populações com riscos diferenciados; isso afastará a população onde o risco é menor (que considerará alto o preço) e concentrará a demanda na população de alto risco (para quem o prêmio será considerado baixo)”.
 - viii. As variáveis às quais o autor refere são taxa de juros esperada; atividade ocupacional; idade média; sexo; e probabilidade de usos de serviços.
 - ix. Em 28 de julho de 2011 a ANS publicou a Súmula Normativa nº19 na qual deixa explícito que “a comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores”⁹⁴.

- x. Em junho de 2013 as operadoras Golden Cross e Amil anunciaram que não iriam mais comercializar planos de saúde individuais. Em <http://www.idec.org.br/em-acao/noticia-consumidor/operadoras-abandonam-plano-de-saude-individual> (Acesso em 20 de agosto de 2013).
- xi. Para os que contribuíram por menos de 10 anos o tempo de permanência após a aposentadoria será de um ano para cada ano de contribuição.
- xii. Existem 12 núcleos da ANS no país: Belém (PA), Recife (PE), Salvador (BA), Fortaleza (CE), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), São Paulo (SP), Ribeirão Preto (SP), Porto Alegre (RS) e Rio de Janeiro (RJ), Cuiabá (MT).
- xiii. A dimensão “Satisfação dos Beneficiários representa 20% do IDSS. As outras dimensões são: “Atenção à Saúde” que representa 40%; “Econômico-Financeira”, 20%; e “Estrutura e Operação”, 20%.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória, quantitativa, utilizando dados e informações da ANS. Esse estudo busca avaliar a existência de barreiras ao acesso e ao uso dos serviços de saúde por idosos beneficiários de operadoras de planos de saúde, tendo por base aspectos e elementos relacionados a esses conceitos que se expressam nas informações registradas nas reclamações de beneficiários encaminhadas à ANS.

População de estudo

A população de estudo é constituída pelos registros das reclamações encaminhadas à ANS, por beneficiários de planos de saúde, nos anos de 2010, 2011 e 2012, referentes aos estados da Região Sudeste do Brasil: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

A escolha dos estados da Região Sudeste justifica-se pela alta concentração de beneficiários de planos de saúde privados na região. Em dezembro de 2012, do total de 48.695.327 beneficiários em planos de médico-hospitalares no Brasil, 31.052.097 eram da Região Sudeste, equivalendo a 63,8%. Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo possuem taxa de cobertura superior a 30% da população geral (Tabela 8).

Tabela 8. População e beneficiários por estado da Região Sudeste, 2012

Estado	População	Beneficiários	Taxa de cobertura	Beneficiários idosos (N)	Beneficiários idosos (%)
Espírito Santo	3.578.067	1.133.789	32,2	111.331	9,8
Minas Gerais	19.855.332	5.313.999	25,7	617.008	11,6
Rio de Janeiro	16.231.365	5.994.265	36,9	896.397	15,0
São Paulo	41.901.219	18.610.044	43,7	2.044.250	11,0
Total	81.565.983	31.052.097	38,0	3.668.986	11,8

Fonte: IBGE; SIB/ANS/MS

É relevante ainda a expressiva taxa de cobertura entre a população idosa. Nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, cerca de 40% da população idosa está vinculada a plano de saúde (Tabela 9).

Tabela 9. População e beneficiários idosos por estado da Região Sudeste, 2012

Estado	População de idosos	Beneficiários	Taxa de cobertura
Espírito Santo	370.769	111.331	30,0
Minas Gerais	2.337.624	617.008	26,4
Rio de Janeiro	2.110.043	896.397	42,5
São Paulo	4.841.080	2.044.250	42,2
Total	9.659.516	3.668.986	38,0

Fonte: IBGE; SIB/ANS/MS

Fonte de informação

A principal fonte de informação desse estudo é a base de dados gerada pelo Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), contendo as reclamações de beneficiários recebidas pela ANS nos anos de 2010, 2011 e 2012. Essa fonte de informação tem sua origem relacionada à própria criação da ANS. Dentre as competências da ANS, estabelecidas pela Lei 9961, está a fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde⁶³. Em 2001, logo após a criação da ANS, foi criada uma central de atendimento ao consumidor, o Disque ANS. Por meio do Disque ANS, o beneficiário pode registrar uma reclamação contra a operadora de plano de saúde. Esse dispositivo prevê que, caso o problema não seja resolvido e verifique-se indício de infração à legislação de saúde suplementar, seja aberto processo administrativo para apuração. No decorrer dessa apuração, constatada a infração, poderá ocorrer sanção administrativa à operadora na forma de multa¹. Todas as reclamações recebidas pela ANS são registradas no SIF.

Procedimento para extração dos dados

A partir do banco de dados extraído do SIF, em 17 de abril de 2013, com todos os registros de reclamações dos anos de 2010, 2011 e 2012, foi construído o banco de dados deste estudo.

Foram registradas pelo SIF no período de estudo (2010-2012) 165.559 reclamações entre todos os estados do Brasil: 33.032 em 2010, 54.552 em 2011 e 77.975 em 2012. Desse banco de dados inicial, foram selecionadas as reclamações de beneficiários da Região Sudeste, totalizando 106.037 registros o que equivale a 64% do total de reclamações registradas pela ANS para todo o país.

Dos 106.037 registros foram excluídos 2.363 registros sem data de nascimento do beneficiário, 10.400 registros duplicados feitos pelo mesmo beneficiário e 1.039 registros referentes a operadoras e cooperativas odontológicas. Portanto o universo de análise foi composto por 92.235 registros (Tabela 10).

Tabela 10. Universo de estudo. Número de reclamações, Região Sudeste, 2010-2012

Estado	2010	2011	2012	Total
Espírito Santo	627	976	1.492	3.095
Minas Gerais	1.291	2.260	3.837	7.388
Rio de Janeiro	4.406	7.407	10.894	22.707
São Paulo	12.367	19.812	26.866	59.045
Total	18.691	30.455	43.089	92.235

Fonte: SIF/ANS/MS

A unidade de observação (reclamações) que compõe essa base de dados dispõe das seguintes variáveis:

1 - Data de atendimento - É a data em que ocorreu o primeiro contato e registro da reclamação do beneficiário, seja através de ligação telefônica, acesso pelo site da ANS, carta ou ofício encaminhado à ANS ou pessoalmente em um dos núcleos da ANS.

2 – Estado – Indica o estado de residência do beneficiário e resulta no estado para o qual será registrada a reclamação.

3 - Fase da demanda – A fase da demanda possibilita verificar se a reclamação deu origem a um processo administrativo e se a apuração da reclamação resultou em autuação e aplicação de penalidade administrativa à operadora. Dentre todas as fases da demanda, foram selecionadas as fases: “Decisão”, “Juízo de Reconsideração”, “Lavratura de Auto” e “Segunda Instância”. O fato das reclamações estarem nessas fases é indicativo de que houve auto de infração contra a operadora. Essa variável

permitiu a análise da proporção de idosos nas reclamações nas quais havia sido constatada a infração à legislação de saúde suplementar até a data de extração do banco de dados. Importante destacar que a operadora pode ter feito a opção em manter sua conduta infrativa, pois a multa pecuniária, dependendo da situação pontual, pode resultar em custo menor do que um determinado tratamento ou internação.

4 - Modalidade da operadora - Classifica a operadora como administradora, autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora. Foram excluídas as reclamações referentes às operadoras de odontologia de grupo e cooperativa odontológica. Entretanto, foram consideradas as reclamações relativas às administradoras de benefícios uma vez que estas têm implicação direta em questões como adesão ao plano de saúde, reajustes, cancelamentos de contratos e até mesmo restrição de uso.

5 - Data de nascimento do beneficiário - Informação essencial para determinar a idade do beneficiário. Foram excluídos os registros nos quais não havia informação da data de nascimento do beneficiário como anteriormente mencionado.

6 - Idade do beneficiário- Obtida por meio de fórmula no Excel pela qual foi definida a idade do beneficiário na data de atendimento.

7 – Época de contratação – Indica se o contrato de plano de saúde do beneficiário reclamante foi firmado antes ou após a data de início da vigência da Lei 9.656, em 2 de janeiro de 1999. Após 1999 trata-se de um contrato regulamentado que segue os artigos da Lei 9.656. Antes de 1999, trata-se de um contrato não regulamentado, com coberturas, reajustes e demais condições determinadas pelas respectivas cláusulas.

8 - Tipo de contratação do plano - Define o tipo de vínculo do beneficiário com a operadora, se é uma contratação individual ou coletiva por adesão ou coletiva empresarial. Essa informação apresenta algumas restrições quanto à fidedignidade, pois há muitos beneficiários que informam adesão a um contrato individual quando, na verdade, estão incluídos em uma contratação coletiva por meio de alguma pessoa jurídica.

9 – Tema - Os temas definidos nos registros das reclamações em estudo estão inseridos em uma árvore temática do SIF composta dos eixos: ANS (Agência Nacional

de Saúde); Operadora; Produto ou Plano; e Temática Nova. Os temas que tem maior relevância para a pesquisa fazem parte do eixo “Produto ou Plano”, pois são temas decorrentes da relação beneficiário-operadora. Os demais eixos têm maior relação com questões regulatórias envolvendo aspectos econômico-financeiros, envio de informações obrigatórias à ANS ou transferências de carteiras; ou foram classificados como temática nova por dificuldades em categorizar o tema da reclamação. Os temas do eixo “Produto ou Plano” são: Cobertura; Contratos e Regulamentos; e Mensalidades e Reajustes (Quadro 1).

10 - Subtemas - Os três temas (Cobertura; Contratos e Regulamentos; e Mensalidades e Reajustes) acima mencionados ramificam-se em subtemas que foram analisados para precisar o assunto da reclamação. Os temas e respectivos subtemas estão relacionados no Quadro 1.

Quadro 1. Temas e subtemas para classificação das reclamações

Temas	Subtemas
Cobertura	<ol style="list-style-type: none"> 1) Carência 2) Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo 3) Garantia de Atendimento 4) Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros) 5) Rede de Atendimento (rede conveniada) 6) Reembolso 7) Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)
Contratos e Regulamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação 2) Demitidos, Exonerados e Aposentados 3) Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor 4) Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros) 5) Inclusão de Dependentes do Consumidor 6) Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais 7) Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais 8) Portabilidade de Carências 9) Suspensão e Rescisão Contratuais
Mensalidades e Reajustes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária 2) Reajuste por Mudança de Faixa Etária 3) Reajuste por Sinistralidade 4) Reajuste por Variação de Custos

Fonte: SIF/ANS/MS

Análise dos dados

Trata-se de uma análise exploratória e descritiva das informações registradas nas reclamações encaminhadas à ANS por beneficiários da Região Sudeste no período de estudo. Nessa análise foi privilegiada a proporção de idosos para comparar sua representatividade com relação ao número total de reclamações encaminhadas. Para essa comparação foram consideradas três faixas etárias: 0 a 19 anos; 20 a 59 anos; e 60 anos ou mais. Foram trabalhadas proporções de reclamações por beneficiários; e nesse cálculo utilizou-se o volume de reclamações registradas nos 3 anos estudados, mas o número de beneficiários registrados em dezembro de 2012 na ANS. Também foram examinadas a proporção de idosos no total de reclamações encaminhadas à ANS que resultaram em auto de infração contra a operadora em razão da constatação de infração à legislação de saúde suplementar. As variáveis que descrevem a modalidade de operadora; o ano da reclamação; o estado do beneficiário; a época e o tipo de contratação; o tema e o subtema da reclamação foram por fim descritas.

As informações foram consolidadas e compiladas em tabelas e gráficos, considerando as variáveis escolhidas. Para quantificar o quanto os idosos estão mais presentes nas reclamações registradas além da proporção de idosos utilizou-se um coeficiente de reclamações, estabelecido pela razão de reclamação por 10.000 beneficiários.

Limites da pesquisa

Além da existência de registros em duplicidade ou com inexistência da data de nascimento que foram excluídos da análise, as informações referentes ao tipo de contratação do plano podem ser equivocadas, pois em muitos casos o beneficiário acredita estar vinculado a um contrato individual, mas na verdade seu registro está associado a um plano coletivo por meio de alguma associação ou entidade jurídica. Da mesma forma um importante dado, que informa se o contrato é anterior ou posterior à vigência da Lei 9656/98, deve ser analisado com reservas em razão da quantidade de registros sem essa informação, que chega a 58,7% dos registros, e da possibilidade de informações equivocadas por parte do beneficiário. A análise dos subtemas, embora relevante, não permite o estudo detalhado da exata motivação para apresentação de uma reclamação. Esse detalhamento somente seria possível se fosse analisado, de forma pormenorizada, cada relato de cada reclamação, o que, para o presente estudo foi

inviável em razão da opção por se trabalhar com o volume total de reclamações. Além disso, um mesmo problema pode possuir mais de um subtema possível. Portanto, apesar das limitações descritas esse estudo se apoia no uso dessa fonte de informações. Esta decisão deveu-se sobretudo à indisponibilidade de outras fontes de informações mais completas e com cobertura de toda a população assistida pelos planos de saúde privados.

É importante registrar que a quantidade de reclamações encaminhadas à ANS também está relacionada com a facilidade em efetuar a denúncia e com a maior exposição na mídia e divulgação dos telefones e canais de comunicação para encaminhamento das reclamações. A disponibilização de canais que facilitem o registro de uma reclamação e o grau de conhecimento dos beneficiários a respeito da ANS, assim como a veiculação de notícias na mídia, podem resultar em aumento no número de reclamações. Nesse sentido, pode se aventar a hipótese de que as reclamações registradas possibilitem um retrato abrangente do tipo de problema percebido pelos beneficiários.

Considerações éticas

O banco de dados com as informações das reclamações é de uso restrito da Diretoria de Fiscalização - DIFIS da ANS, não sendo acessível de forma pública. Considerando essa restrição ao uso dessas informações, foi solicitada autorização por meio de memorando e a DIFIS autorizou o uso dos dados para esta pesquisa em 5 de dezembro de 2012 (anexo 1).

Em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS que prevê que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente deve ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética, o presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP/ENSP, tendo sido aprovado em 12 de abril de 2013 (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 14046213.8.0000.5240) (anexo 2).

Compromissos foram assumidos pelo pesquisador principal no sentido de que serão garantidos a confidencialidade e o anonimato. Isto é, não foi nem será divulgado nenhum dado ou informação que permita a identificação de beneficiário ou de operadora individualmente. Neste sentido, o uso das informações é norteado, sobretudo pelos princípios da justiça e da equidade considerando a “relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária”⁹⁵.

i. Conforme o artigo 25 da Lei 9656/98 são as seguintes as penalidades para infração aos dispositivos da lei e de seus regulamentos, aplicáveis às operadoras, aos seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados: advertência; multa pecuniária; suspensão do exercício do cargo; inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras; e cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora⁶¹.

RESULTADOS

No período de estudo foram analisadas 92.235 reclamações de beneficiários de planos de saúde da Região Sudeste do Brasil (Tabela 11). Em contraponto ao número e proporção de reclamações, o grupo de idosos, que representa 11,8% do total de beneficiários, foi responsável por 24,2% das reclamações encaminhadas à ANS (Tabela 11).

Tabela 11. Número de beneficiários de planos de saúde por faixa etária em 2012 e número de reclamações por faixa etária de 2010 a 2012, Região Sudeste

Beneficiários e reclamações	N	%
Beneficiários (dez 2012)		
0-19 anos	7.861.807	25,3
20-59 anos	19.518.029	62,8
60 anos ou mais	3.668.986	11,8
Não informado	3.275	0,1
Total	31.052.097	100,0
Reclamações (2010-2012)		
0-19 anos	9.289	10,1
20-59 anos	60.642	65,7
60 anos ou mais	22.304	24,2
Total	92.235	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Discriminando os idosos em 5 faixas etárias (Tabela 12), observou-se que a proporção de cada faixa etária nas reclamações é sempre maior do que a da respectiva faixa etária de beneficiários. Os idosos até 64 anos comparativamente registraram mais reclamações que os indivíduos com idade superior a 64 anos (Tabela 12).

Tabela 12. Beneficiários e reclamações de idosos por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Beneficiários (A)		Reclamações (B)		Coeficiente B/A*10.000
	N	%	N	%	
60 a 64 anos	1.109.917	3,6	6.832	7,4	61,5
65 a 69 anos	805.404	2,6	4.666	5,1	57,9
70 a 74 anos	625.245	2,0	3.994	4,3	63,9
75 a 79 anos	486.856	1,6	2.940	3,2	60,4
80 anos ou mais	641.564	2,0	3.872	4,2	60,3
Total	3.668.986	11,8	22.304	24,2	60,8

Fonte: SIB/ANS/MS;SIF/ANS/MS

Embora indivíduos com idade entre 20-59 anos comparativamente apresentem maior volume de reclamações (Tabela 11) e maior volume de reclamações que originaram um processo administrativo com autuação da operadora por infração à legislação (Tabela 13, 57,3%), observou-se que a proporção de reclamações de idosos que resultaram em autuação foi maior que a proporção de idosos nas reclamações em geral (33,8 versus 24,2); e o percentual de reclamação de idosos que resultaram em autuação (3,7%) foi maior que a dos demais grupos etários (Tabela 13). É razoável supor que tratam-se de reclamações com maior gravidade e pertinência. Deve ser lembrado que o status das reclamações é referente ao dia em que os registros foram extraídos do banco de dados da ANS (17 de abril de 2013) e por isso as denúncias continuaram a ser apuradas após essa data com prováveis novas autuações.

Tabela 13. Número de reclamações que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Total de reclamações (A)	Número de reclamações com autuação (B)	B/A*100 (%)	% reclamações com autuação por faixa etária
0-19 anos	9.289	221	2,4	8,9
20-59 anos	60.642	1.414	2,3	57,3
60 anos ou mais	22.304	834	3,7	33,8
Total	92.235	2.469	2,7	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Discriminando o grupo de idosos em 5 faixas etárias, constatou-se que as reclamações que resultaram em mais autuações foram provenientes do grupo entre 70 e 74 anos (Tabela 14).

Tabela 14. Número de reclamações de idosos que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Total de reclamações (A)	Número de reclamações com autuação (B)	B/A*100 (%)	% reclamações com autuação por faixa etária
60 a 64 anos	6.832	265	3,9	31,8
65 a 69 anos	4.666	186	4,0	22,3
70 a 74 anos	3.994	166	4,2	19,9
75 a 79 anos	2.940	91	3,1	10,9
80 anos ou mais	3.872	126	3,2	15,1
Total	22.304	834	3,7	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Considerando os anos analisados, ressalta o fato que o número anual de reclamações aumentou 130,5% no período, passou de 18 mil para mais de 40 mil reclamações (Tabela 15). Por outro lado, o número de beneficiários cresceu somente 5,9%, passando de aproximadamente 29 mil para 31 mil (Tabela 15). Em todos os anos a proporção de reclamações de idosos foi maior do que a proporção de beneficiários idosos. O número de reclamações na faixa etária de 20 a 59 anos apresentou um aumento maior (146,8%) do que na faixa de 60 anos ou mais (92,7%), obviamente impactando a proporção de reclamações de idosos em cerca de 4 pontos percentuais em 2012 com relação a 2010 (Tabela 15).

Tabela 15. Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012

Beneficiários e reclamações	2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Beneficiários						
(2010 - 2012)						
0-19 anos	7.651.147	26,1	7.711.211	25,5	7.861.807	25,3
20-59 anos	18.218.038	62,1	18.910.436	62,6	19.518.029	62,8
60 anos ou mais	3.447.844	11,7	3.564.290	11,8	3.668.986	11,8
Não informado	4.466	0,1	3.772	0,1	3.275	0,1
Total	29.321.495	100,0	30.189.709	100,0	31.052.097	100,0
Reclamações						
(2010 - 2012)						
0-19 anos	1.928	10,3	2.957	9,7	4.404	10,2
20-59 anos	11.797	63,1	19.727	64,8	29.118	67,6
60 anos ou mais	4.966	26,6	7.771	25,5	9.567	22,2
Total	18.691	100,0	30.455	100,0	43.089	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Apesar da redução proporcional das reclamações de idosos, o coeficiente de reclamações, indicou que este valor é maior entre os idosos na faixa etária acima de 60 anos em todos os anos (Tabela 16; Gráfico 7), significando que os idosos foram os que mais reclamaram. Considerando o total de reclamações durante os anos de estudo, o coeficiente de reclamações de idosos (60,8) é quase o dobro do coeficiente na faixa etária de 20 a 59 anos (31,1) (Tabela 16).

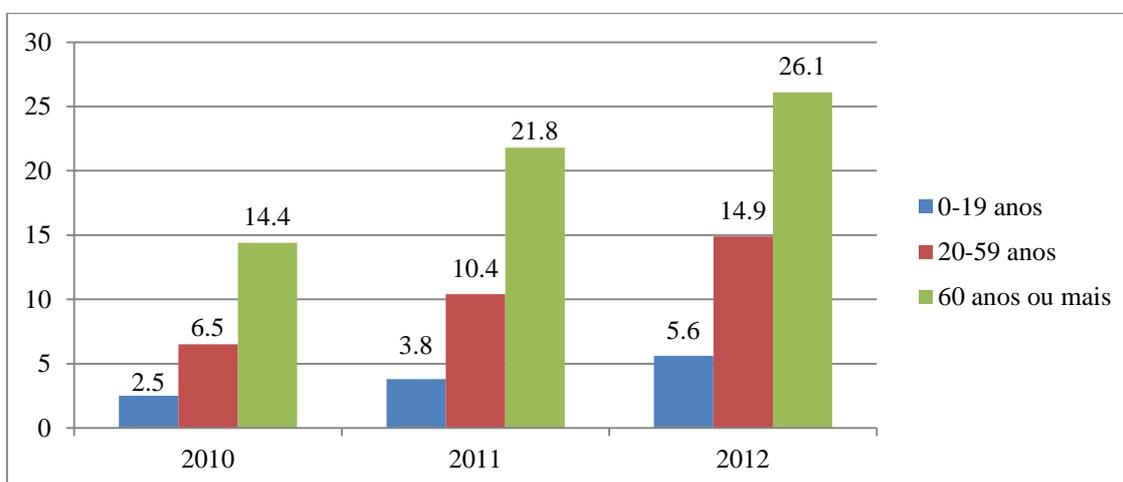
Tabela 16. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012

Ano	0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Total
2010	2,5	6,5	14,4	6,4
2011	3,8	10,4	21,8	10,1
2012	5,6	14,9	26,1	13,9
Total	11,8	31,1	60,8	29,7

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000.

Gráfico 7. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012



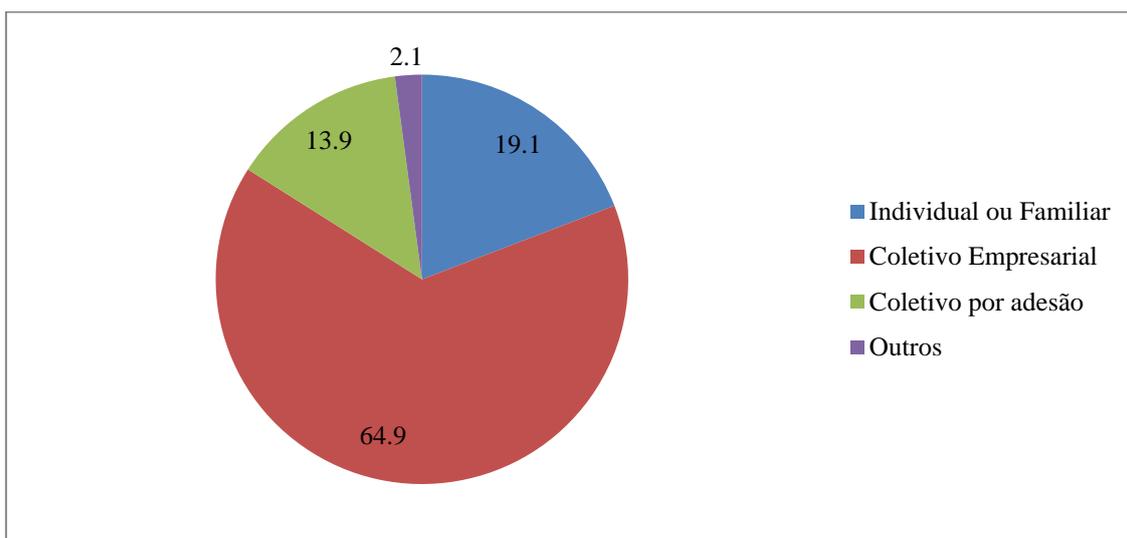
Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000.

As reclamações por tipo de contratação

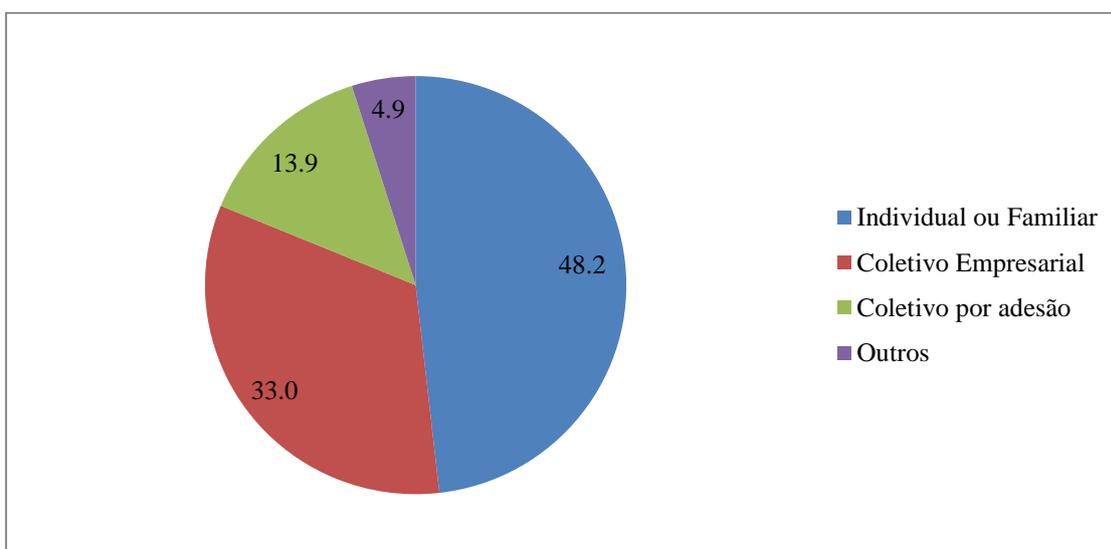
Embora os vínculos individuais/familiares representem somente 19,1% dos beneficiários da Região Sudeste (Gráfico 8), chama a atenção o expressivo percentual de reclamações referentes a vínculos contratuais individuais/familiares (48,2%) (Gráfico 9). Entretanto esses resultados devem ser considerados com reserva, há problemas na qualidade dessa informação, já que muitos beneficiários podem desconhecer a forma de contratação.

Gráfico 8. Percentual de beneficiários por tipo de contratação, Região Sudeste, 2012



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Gráfico 9. Percentual de reclamações por tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

A Tabela 17 apresenta o número de beneficiários e volume de reclamações por tipo de contratação. A proporção de beneficiários idosos nas reclamações (24,2%) foi maior do que a proporção de idosos beneficiários (11,8%) em todos os tipos de

contratação. O coeficiente de reclamações foi sempre maior entre os idosos independente do tipo de contratação (Tabela 18; Gráfico 10).

Tabela 17. Beneficiários e reclamações por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012

Beneficiários e reclamações	0-19 anos		20-59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Beneficiários										
(dez 2012)										
Individual ou Familiar	1.667.503	28,1	2.947.180	49,6	1.327.199	22,3	282	0,1	5.942.164	100,0
Coletivo Empresarial	5.196.980	25,8	13.585.066	67,5	1.354.450	6,7	1.615	0,1	20.138.111	100,0
Coletivo por adesão	881.228	20,5	2.577.705	59,8	847.507	19,7	1.141	0,1	4.307.581	100,0
Coletivo não identificado	2.139	24,6	5.432	62,4	1.122	12,9	6	0,1	8.699	100,0
Não Informado	113.957	17,4	402.646	61,4	138.708	21,2	231	0,1	655.542	100,0
Total	7.861.807	25,3	19.518.029	62,9	3.668.986	11,8	3.275	0,1	31.052.097	100,0
Reclamações										
(2010-2012)										
Individual ou Familiar	5.292	11,9	25.151	56,5	14.049	31,6	-	-	44.492	100,0
Coletivo Empresarial	2.626	8,6	24.062	7,9	3.761	12,3	-	-	30.449	100,0
Coletivo por adesão	920	7,2	8.660	67,7	3.218	25,1	-	-	12.798	100,0
Coletivo não identificado	4	7,0	39	68,4	14	24,6	-	-	57	100,0
Não Informado	447	10,1	2.730	61,5	1.262	28,4	-	-	4.439	100,0
Total	9.289	10,1	60.642	65,7	22.304	24,2	-	-	92.235	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

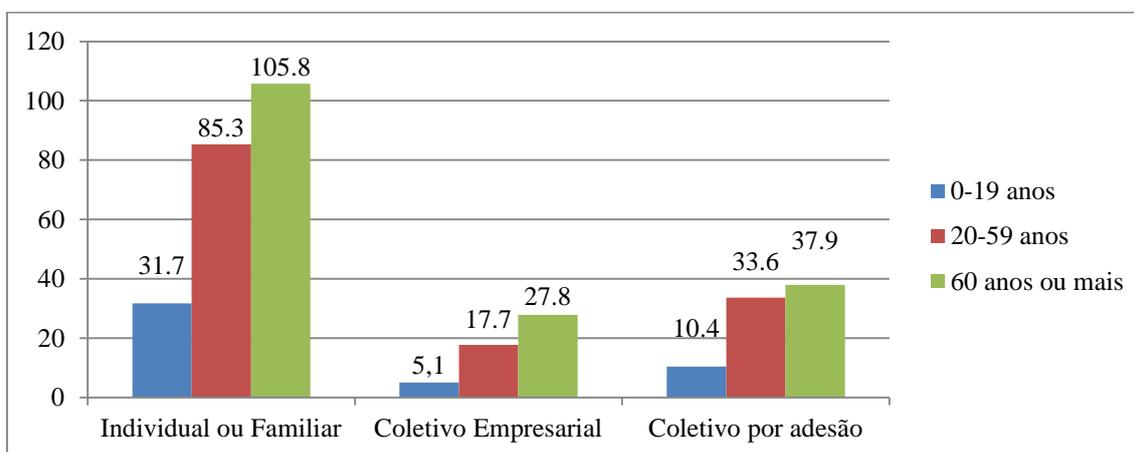
Tabela 18. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012

Tipo de contratação	0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Total
Individual ou Familiar	31,7	85,3	105,8	74,9
Coletivo Empresarial	5,1	17,7	27,8	15,1
Coletivo por adesão	10,4	33,6	37,9	29,7

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

Gráfico 10. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e tipo de contratação, Região Sudeste, 2010-2012



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

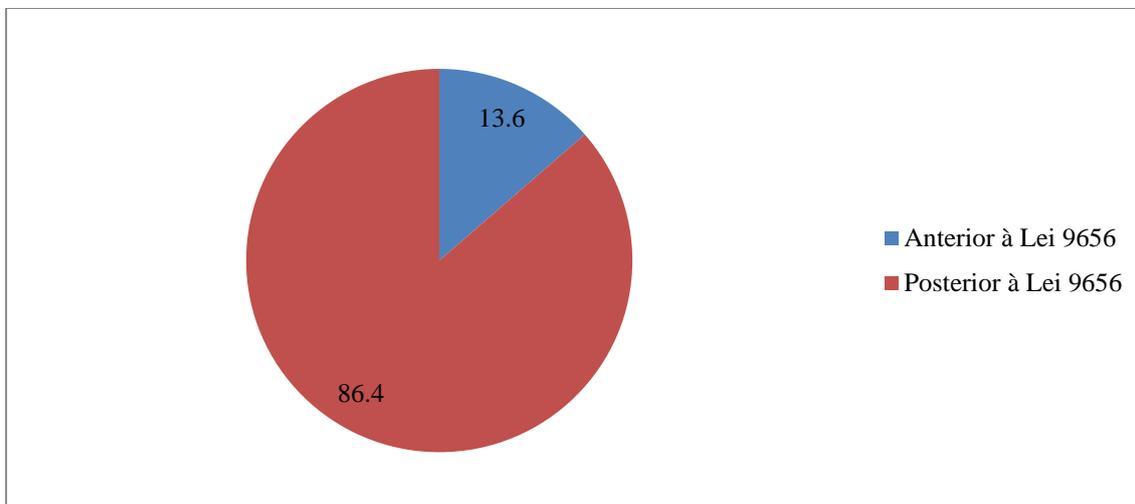
* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

As reclamações segundo a época de contratação

Os Gráficos 11 e 12 apresentam percentuais de beneficiários e de reclamações segundo a época da contratação do plano de saúde, ou seja, antes e após a vigência da lei 9656. Considerando o elevado percentual de ausência de registro desta informação nas reclamações (58,7%), o Gráfico 12 apresenta apenas os registros com essa informação. Essa falta de informação pode ser devido à falha nos registros; ao desconhecimento por parte do beneficiário da época de contratação ou se o contrato foi adaptado à nova legislação ou mesmo ter aderido a um plano coletivo em data posterior à Lei, mas não regido por esta. Vale ressaltar que não foram encontradas diferenças

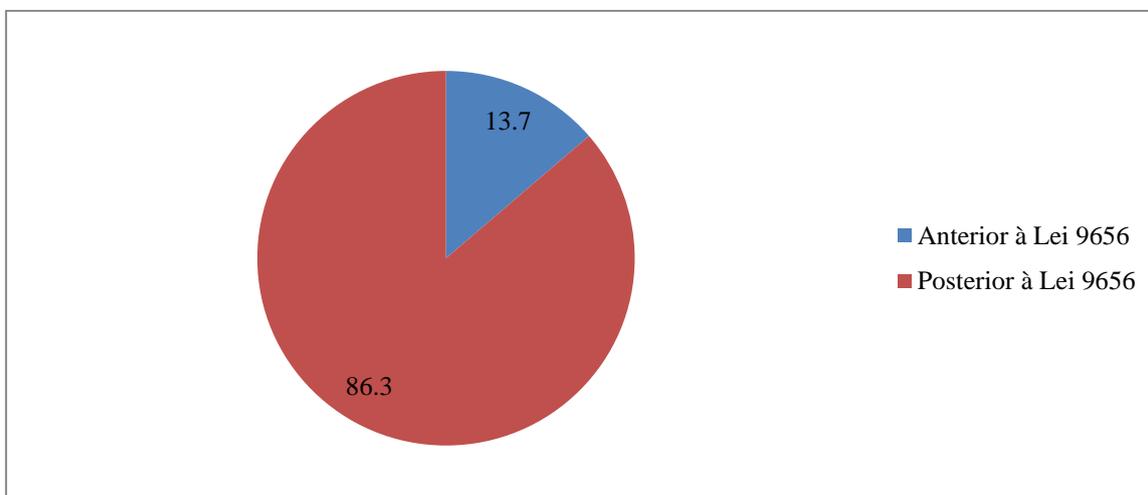
importantes entre percentual de beneficiários (Gráfico 11) e percentual de reclamações (Gráfico 12).

Gráfico 11. Percentual de beneficiários por época de contratação, Região Sudeste, 2012



Fonte: SIB/ANS/MS

Gráfico 12. Percentual de reclamações por época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012*



Fonte: SIF/ANS/MS

* Considerados somente os registros que continham essa informação

Ainda sobre a época de contratação, mostrou-se especialmente elevada a proporção de reclamações de idosos vinculados a planos não regulamentados nas reclamações (50,6%) (Tabela 19), consequência da maior proporção de idosos beneficiários nesses contratos e da ocorrência de cláusulas que restringem a utilização

dos serviços ou que prevêm reajustes elevados, o que origina o conflito entre o beneficiário e a operadora.

Tabela 19. Beneficiários e reclamações por época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012

Beneficiários e reclamações	0-19 anos		20-59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Beneficiários										
(dez 2012)										
Anterior à Lei 9656	767.043	18,2	2.343.381	55,6	1.104.618	26,2	1.000	0,1	4.216.042	100,0
Posterior à Lei 9656	7.094.764	26,4	17.174.648	64	2.564.368	9,6	2.275	0,1	26.836.055	100,0
Total	7.861.807	25,3	19.518.029	62,9	3.668.986	11,8	3.275	0,1	31.052.097	100,0
Reclamações										
(2010-2012)										
Anterior à Lei 9656	257	4,9	2.317	44,5	2.635	50,6	-	-	5.209	100,0
Posterior à Lei 9656	4.158	12,7	22.542	68,6	6.154	16,7	-	-	32.854	100,0
Não informado	4.874	9	35.783	66,1	13.515	24,9	-	-	54.172	100,0
Total	9.289	10,1	60.642	65,7	22.304	24,2	-	-	92.235	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

O coeficiente de reclamações mostrou que em ambas as variantes os maiores percentuais referem-se ao grupo de idosos, independente da época de contratação do plano de saúde (Tabela 20; Gráfico 13).

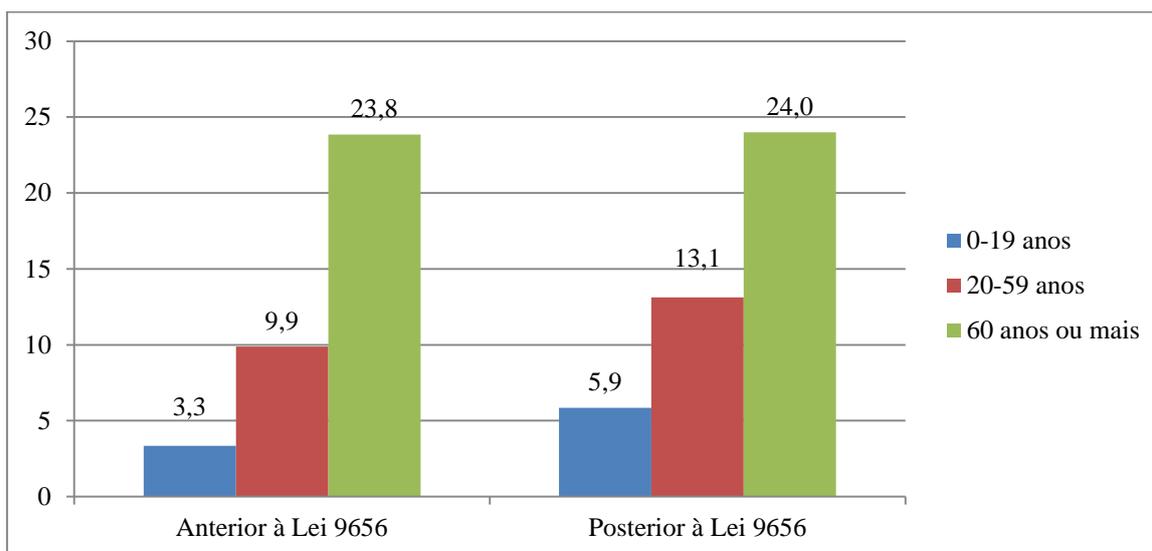
Tabela 20. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012

Época de contratação	0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Total
Anterior à Lei 9656	3,4	9,9	23,8	12,3
Posterior à Lei 9656	5,9	13,1	24,0	12,2

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

Gráfico 13. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e época de contratação, Região Sudeste, 2010-2012



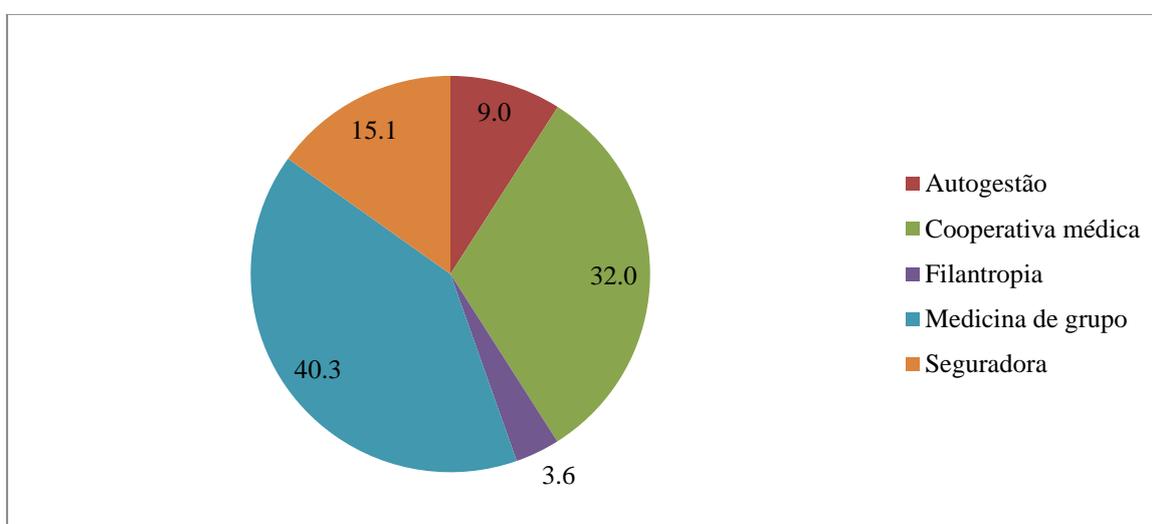
Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

As reclamações por modalidade de operadora

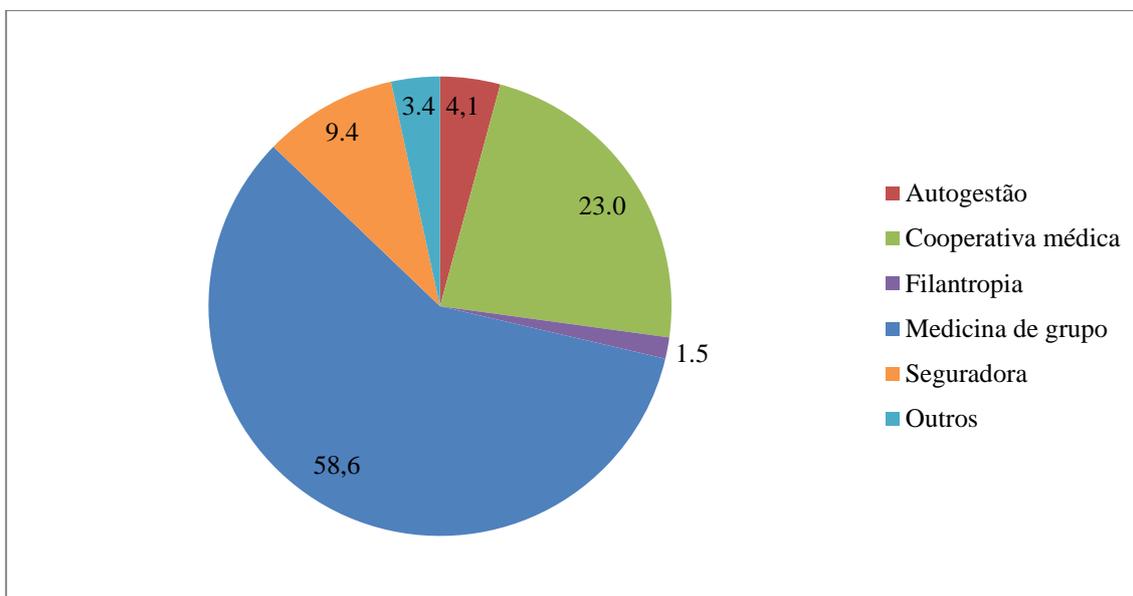
Com relação às modalidades de operadoras, as modalidades de autogestão e filantropia apresentaram os menores percentuais de beneficiários na região (Gráfico 14), assim como os menores percentuais de reclamações (Gráfico 15). A modalidade de medicina de grupo possui 40,3% dos beneficiários na Região Sudeste (Gráfico 14), que apresentaram o maior percentual de reclamações (58,6%) (Gráfico 15).

Gráfico 14. Percentual de beneficiários por modalidade de operadora, Região Sudeste, 2012



Fonte: SIB/ANS/MS

Gráfico 15. Percentual de reclamações por modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012



Fonte: SIF/ANS/MS

Independente da modalidade da operadora (Tabela 20), a proporção de reclamações de idosos é sempre maior do que a proporção de idosos em cada modalidade. Os maiores percentuais de reclamação de idosos ocorreram nas modalidades de autogestão (36,8%) e filantropia (32,0%), as quais também tiveram as maiores proporções de beneficiários idosos, respectivamente 22,0% e 18,0% (Tabela 21). As seguradoras possuem o menor percentual de beneficiários idosos (6,6%), que representaram 21,2% das reclamações nessa modalidade de operadora (Tabela 21).

Tabela 21. Beneficiários e reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012

Beneficiários e reclamações	0-19 anos		20-59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Beneficiários (dez 2012)										
Autogestão	558.291	19,9	1.629.208	58,0	618.366	22,0	1.348	0,1	2.807.213	100,0
Cooperativa médica	2.621.020	26,4	6.129.942	61,8	1.173.481	11,8	1.089	0,1	9.925.532	100,0
Filantropia	263.902	23,6	654.459	58,4	201.888	18,0	128	0,1	1.120.377	100,0
Medicina de grupo	3.245.286	25,9	7.896.848	63,1	1.364.550	10,9	394	0,1	12.507.078	100,0
Seguradora	1.173.308	25,0	3.207.572	68,4	310.701	6,6	316	0,1	4.691.897	100,0
Total	7.861.807	25,3	19.518.029	62,8	3.668.986	11,8	3.275	0,1	31.052.097	100,0
Reclamações (2010-2012)										
Autogestão	157	4,1	2.265	59,1	1.411	36,8	-	-	3.833	100,0
Cooperativa médica	1.956	9,2	14.727	69,3	4.564	21,5	-	-	21.247	100,0
Filantropia	150	10,5	821	57,5	457	32,0	-	-	1.428	100,0
Medicina de grupo	6.076	11,3	34.357	63,6	13.573	25,1	-	-	54.006	100,0
Seguradora	638	7,4	6.164	71,4	1.829	21,2	-	-	8.631	100,0
Administradora	175	11,5	1.178	77,3	170	11,2	-	-	1.523	100,0
Não informado	137	8,7	1.130	72,1	300	19,1	-	-	1.567	100,0
Total	9.289	10,1	60.642	65,7	22.304	24,2	-	-	92.235	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Os dados referentes ao coeficiente de reclamações indicam que em todas as modalidades de operadoras os maiores valores foram encontrados no grupo de idosos (Tabela 22). Os menores índices encontram-se nas modalidades de autogestão e filantropia, ambas com cerca de 22 reclamações de idosos para 10.000 beneficiários. Os maiores reclamantes idosos estão na modalidade de medicina de grupo com 99,5 reclamações para 10.000 beneficiários (Tabela 22 e Gráfico 16).

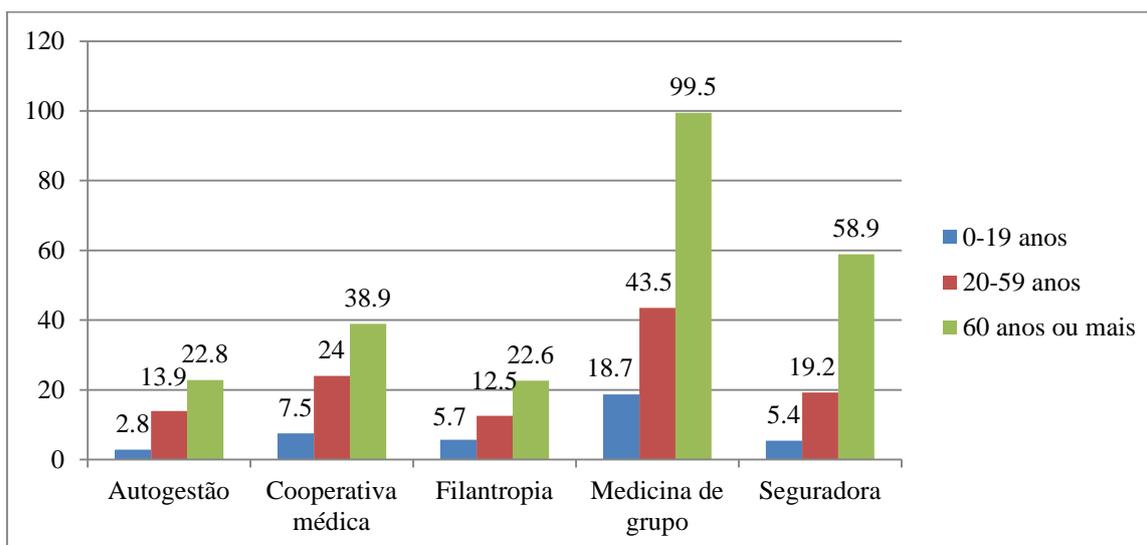
Tabela 22. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012

Modalidade da operadora	0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Total
Autogestão	2,8	13,9	22,8	13,7
Cooperativa médica	7,5	24,0	38,9	21,4
Filantropia	5,7	12,5	22,6	12,7
Medicina de grupo	18,7	43,5	99,5	43,2
Seguradora	5,4	19,2	58,9	18,4

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

Gráfico 16. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e modalidade de operadora, Região Sudeste, 2010-2012



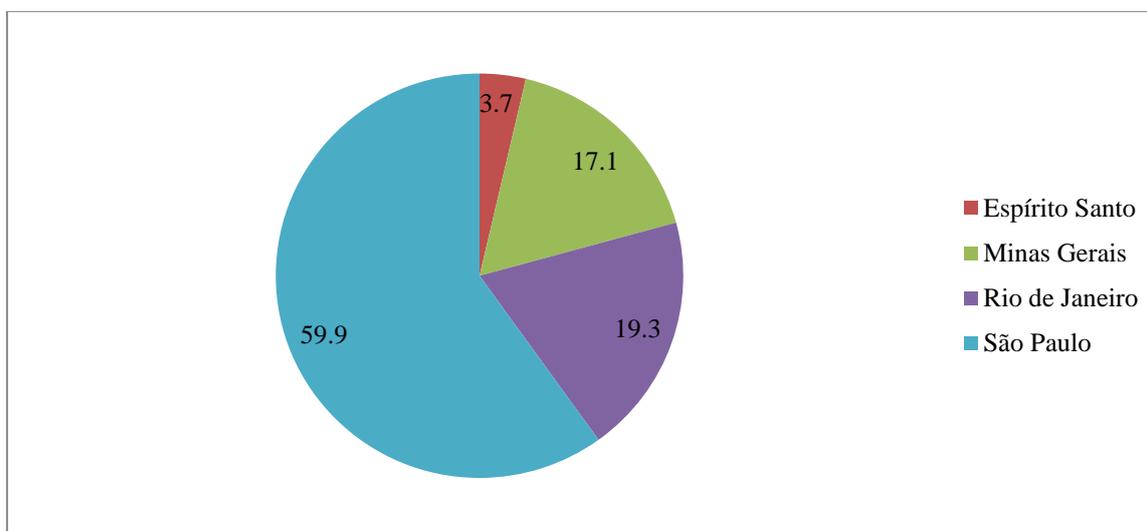
Fonte: Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

As reclamações por estado

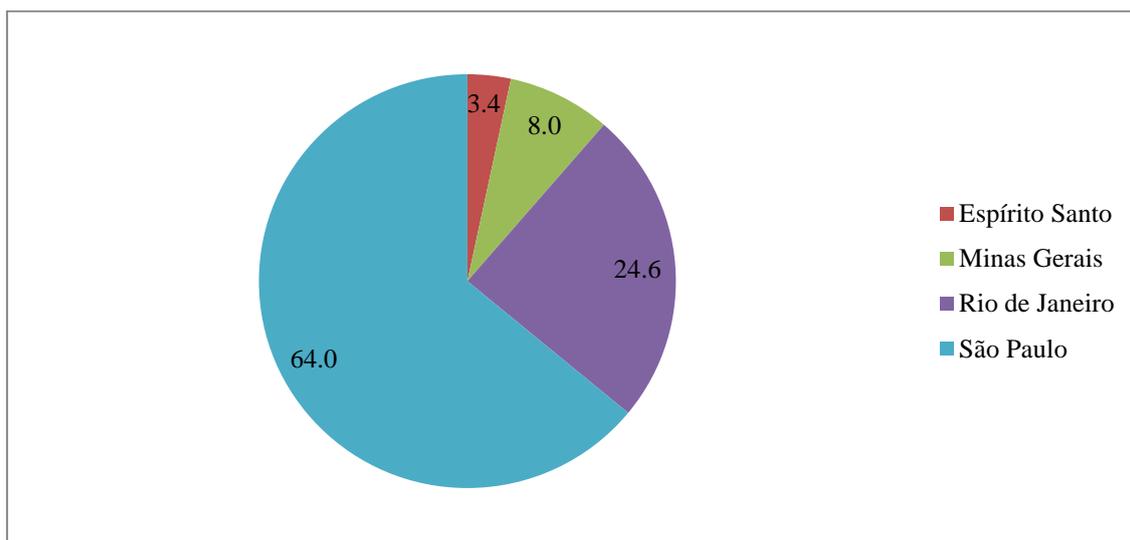
Com relação aos estados da Região Sudeste, São Paulo apresenta 59,9% do total de beneficiários na região (Gráfico 17), responsáveis por 64% das reclamações (Gráfico 18). Ressalta nessa análise Minas Gerais com 17,1% dos beneficiários na região, responsáveis por somente 8% das reclamações.

Gráfico 17. Percentual de beneficiários por estado da Região Sudeste, 2012



Fonte: SIB/ANS/MS

Gráfico 18. Percentual de reclamações por estado da Região Sudeste, 2010-2012



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

A proporção de idosos nas reclamações foi maior do que a proporção de beneficiários idosos em todos os estados da Região Sudeste, sendo que a maior proporção de reclamações foi encontrada no Rio de Janeiro (26,5%) que também possui o maior percentual de beneficiários idosos (15,0%) (Tabela 23).

Tabela 23. Beneficiários e reclamações por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012

Beneficiários e reclamações	0-19 anos		20-59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Beneficiários (dez 2012)										
Espírito Santo	274.627	24,2	747.054	65,9	111.331	9,8	777	0,1	1.133.789	100,0
Minas Gerais	1.367.354	25,7	3.329.356	62,7	617.008	11,6	281	0,1	5.313.999	100,0
Rio de Janeiro	1.476.004	24,6	3.621.629	60,4	896.397	15,0	235	0,1	5.994.265	100,0
São Paulo	4.743.822	25,5	11.819.990	63,5	2.044.250	11,0	1.982	0,1	18.610.044	100,0
Total	7.861.807	25,3	19.518.029	62,9	3.668.986	11,8	3.275	0,1	31.052.097	100,0
Reclamações (2010-2012)										
Espírito Santo	357	11,5	2.109	68,1	629	20,3	-	-	3.095	100,0
Minas Gerais	728	9,9	5.035	68,2	1.625	22,0	-	-	7.388	100,0
Rio de Janeiro	2.166	9,5	14.514	63,9	6.027	26,5	-	-	22.707	100,0
São Paulo	6.038	10,2	38.984	66,0	14.023	23,7	-	-	59.045	100,0
Total	9.289	10,1	60.642	65,7	22.304	24,2	-	-	92.235	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Igualmente o coeficiente de reclamações também foi sempre maior no grupo de idosos (Tabela 24; Gráfico 19), com Minas Gerais apresentando o menor índice (26,3 reclamações para 10.000 beneficiários). Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram os idosos mais reclamantes com mais de 65 reclamações por 10.000 beneficiários (Tabela 24 e Gráfico19).

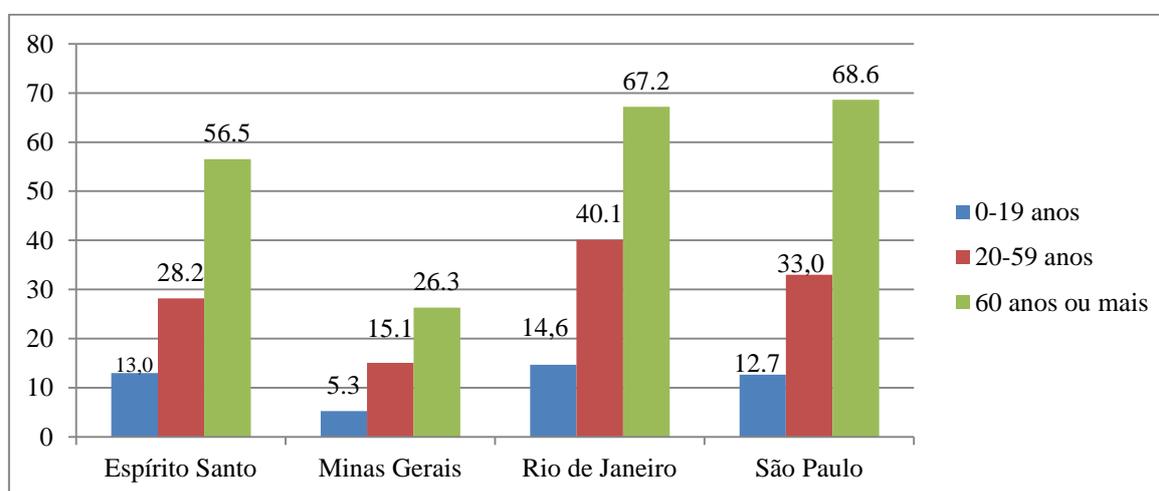
Tabela 24. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012

Estado	0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Total
Espírito Santo	13,0	28,2	56,5	27,3
Minas Gerais	5,3	15,1	26,3	13,9
Rio de Janeiro	14,7	40,1	67,2	37,9
São Paulo	12,7	33,0	68,6	31,7

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

Gráfico 19. Coeficiente de reclamações* por faixa etária e estado, Região Sudeste, 2010-2012



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012.

A tabela 25 apresenta o coeficiente de reclamações utilizando duas variáveis, a modalidade da operadora e o estado. Observou-se que o maior índice em todos os estados foi na modalidade de medicina de grupo. Em seguida, a modalidade que

apresentou mais reclamações por 10.000 beneficiários foi a de seguradora especializada em saúde, com exceção do estado do Rio de Janeiro onde a modalidade de cooperativa médica apresentou o segundo mais alto coeficiente de reclamações.

Tabela 25. Beneficiários, reclamações e coeficiente de reclamações* por faixa etária, modalidade de operadora e estado, Região Sudeste, 2010-2012**

Estado e modalidade de operadora	0-19 anos			20-59 anos			60 anos ou mais		
	Benef.	Recl.	Coef.	Benef.	Recl.	Coef.	Benef.	Recl.	Coef.
Espírito Santo									
Autogestão	33.715	6	1,8	103.089	65	6,3	27.581	29	10,5
Cooperativa Médica	123.038	68	5,5	305.820	531	17,4	47.904	142	29,6
Filantropia	3.604	7	19,4	12.895	16	12,4	8.119	9	11,1
Medicina de grupo	94.090	262	27,8	277.467	1.382	49,8	24.321	424	174,3
Seguradora	20.180	10	5,0	47.783	72	15,1	3.406	14	41,1
Minas Gerais									
Autogestão	162.876	29	1,8	411.599	407	9,9	113.913	209	18,3
Cooperativa Médica	690.528	309	4,5	1.661.831	1.885	11,3	327.776	648	19,8
Filantropia	87.368	18	2,1	205.657	99	4,8	55.514	39	7,0
Medicina de grupo	350.039	334	9,5	850.272	2.193	25,8	105.349	635	60,3
Seguradora	76.543	27	3,5	199.997	277	13,9	14.456	65	45,0
Rio de Janeiro									
Autogestão	140.156	58	4,1	434.660	817	18,8	264.749	734	27,7
Cooperativa Médica	451.569	547	12,1	998.525	4.191	42,0	242.478	1.738	71,7
Filantropia	5.042	0	0	16.734	1	0,6	6.532	38	58,2
Medicina de grupo	631.218	1.314	20,8	1.514.412	7.424	49	302.608	2.825	93,4
Seguradora	248.019	161	6,5	657.298	1.524	23,2	80.030	558	69,7
São Paulo									
Autogestão	221.544	64	2,9	679.860	976	14,4	212.123	439	20,7
Cooperativa Médica	1.355.885	1.032	7,6	3.163.766	8.120	25,7	555.323	2.036	36,7
Filantropia	167.888	125	7,4	419.173	705	16,8	131.723	371	28,2
Medicina de grupo	2.169.939	4.166	19,2	5.254.697	23.358	44,5	932.272	9.689	103,9
Seguradora	828.566	440	5,3	2.302.494	4.291	18,6	212.809	1.192	56,0
Total	7.861.807	8.977	11,4	19.518.029	58.334	29,9	3.668.986	21.834	59,5

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

* Reclamações/beneficiários * 10.000. Utilizou-se o número de beneficiários de 2012

**Não foram considerados 1.523 registros referentes à administradora e 1.567 de modalidade não informada

As reclamações por tema e subtema

Os temas mais encontrados nas reclamações foram referentes à cobertura assistencial, com 68% das reclamações entre os idosos (Tabela 26). Ressalta entre os idosos o elevado percentual de reclamações do tema “mensalidades e reajustes” (12,7%) em comparação ao mesmo tema no grupo de adultos (6,0%).

Tabela 26. Temas das reclamações por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Tema	N	%
0-19 anos	Cobertura	7.280	78,4
	Contratos e Regulamentos	1.457	15,7
	Temática Nova	240	2,6
	Mensalidades e Reajustes	222	2,4
	Outros temas	63	0,7
	Não informado	27	0,3
	Total	9.289	100,0
20-59 anos	Cobertura	44.241	73,0
	Contratos e Regulamentos	9.319	15,4
	Mensalidades e Reajustes	3.622	6,0
	Temática Nova	2.820	4,7
	Outros temas	417	0,7
	Não informado	223	0,4
	Total	60.642	100,0
60 anos ou mais	Cobertura	15.179	68,1
	Contratos e Regulamentos	3.107	13,9
	Mensalidades e Reajustes	2.827	12,7
	Temática Nova	684	3,1
	Outros temas	381	1,7
	Não informado	126	0,6
	Total	22.304	100,0

Fonte: SIF/ANS/MS

A Tabela 27 apresenta os subtemas das reclamações por faixas etárias. Destaca-se o elevado percentual de reclamações sem subtema cadastrado, maior que 25%. Em todas as faixas etárias, em mais de 45% das reclamações, o principal motivo de reclamação foi relacionado à negativa de cobertura assistencial, seja em razão do prazo para atendimento, da utilização de mecanismos de regulação ou ainda por insuficiência de rede credenciada (Tabela 27). No grupo de idosos entre os cinco subtemas mais presentes aparece o reajuste por mudança faixa etária.

Tabela 27. Subtemas das reclamações por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Subtema	N	%
0-19 anos	Garantia de atendimento	1.714	18,5
	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	1.528	16,4
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)	953	10,3
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	784	8,4
	Suspensão e Rescisão Contratuais	383	4,1
	Reembolso	359	3,9
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	266	2,9
	Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo	221	2,4
	Inclusão de Dependentes do Consumidor	148	1,6
	Carência	102	1,1
	Outros	423	4,6
	Não informado	2.408	25,9
		Total	9.289
20-59 anos	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	9.970	16,4
	Garantia de atendimento	9.452	15,6
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)	6.769	11,2
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	4.424	7,3
	Reembolso	2.741	4,5
	Suspensão e Rescisão Contratuais	2.349	3,9
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	1.355	2,2
	Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo	979	1,6
	Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	904	1,5
	Reajuste por Variação de Custos	825	1,4
	Outros	4.912	8,1
	Não informado	15.962	26,3
		Total	60.642
60 anos ou mais	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	3.783	17,0
	Garantia de atendimento	2.764	12,4
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)	2.403	10,8
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	1.618	7,3
	Reajuste por Mudança de Faixa Etária	862	3,9
	Reembolso	833	3,7
	Reajuste por Variação de Custos	565	2,5
	Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	474	2,1
	Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais	444	2,0
	Suspensão e Rescisão Contratuais	437	2,0
	Outros	1.832	8,2
	Não informado	6.289	28,2
		Total	22.304

Fonte: SIF/ANS/MS

Na análise dos subtemas das reclamações apresentadas por beneficiários com idade entre 59 e 60 anos, para verificar as reclamações motivadas pela elevação dos reajustes aplicados nesta última faixa etáriaⁱ, constatou-se que esse foi o subtema mais frequente, correspondendo a 14% das reclamações (Tabela 28).

Tabela 28. Subtemas das reclamações, nas idades de 59-60 anos, Região Sudeste, 2010-2012

Subtema	N	%
Reajuste por Mudança de Faixa Etária	495	14,4
Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	446	13
Prazos Máximos para Atendimento	378	11
Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, participação e outros)	311	9
Rede de Atendimento (rede conveniada)	189	5,5
Reembolso	97	2,8
Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	96	2,8
Suspensão e Rescisão Contratuais	91	2,6
Reajuste por Variação de Custos	83	2,4
Demitidos, Exonerados e Aposentados	47	1,4
Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	44	1,3
Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo	44	1,3
Outros temas	156	4,5
Não informado	961	28
Total	3.438	100

Fonte: SIF/ANS/MS

Com relação aos subtemas das reclamações que resultaram em processo administrativo e auto de infração contra as operadoras de saúde observou-se que o principal referia-se a cobertura assistencial. Porém, no grupo de idosos em seguida o subtema “Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)” aparece o de “Reajuste por Mudança de Faixa Etária” (Tabela 29).

Tabela 29. Subtemas das reclamações que resultaram em processo administrativo com autuação, por faixa etária, Região Sudeste, 2010-2012

Faixa etária	Subtema	N	%
0-19 anos	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	25	11,3
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	11	5,0
	Suspensão e Rescisão Contratuais	9	4,1
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	8	3,6
	Prazos Máximos para Atendimento	6	2,7
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	5	2,3
	Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	4	1,8
	Outros	14	0,9
	Não informado	139	62,9
	Total	221	100,0
20-59 anos	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	128	9,1
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	75	5,3
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	41	2,9
	Reajuste por Mudança de Faixa Etária	34	2,4
	Prazos Máximos para Atendimento	32	2,3
	Suspensão e Rescisão Contratuais	32	2,3
	Reajuste por Variação de Custos	27	1,9
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	20	1,4
	Reembolso	16	1,1
	Carência	13	0,9
	Outros	66	1,1
	Não informado	930	65,8
		Total	1414
60 anos ou mais	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	76	9,1
	Reajuste por Mudança de Faixa Etária	47	5,6
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	45	5,4
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	31	3,7
	Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	22	2,6
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	16	1,9
	Reembolso	16	1,9
	Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais	15	1,8
	Prazos Máximos para Atendimento	14	1,7
	Reajuste por Variação de Custos	14	1,7
	Outros	40	1,0
	Não informado	498	59,7
		Total	834

Fonte: SIF/ANS/MS

i. Ao vedar os reajustes em função da idade, após os 60 anos o Estatuto do Idoso antecipou o último reajuste por faixa etária para quando o beneficiário completa 59 anos.

DISCUSSÃO

Inicialmente, deve-se destacar o aumento no número de reclamações encaminhadas à ANS no período estudado. Em 2011, na região analisada, houve aumento de 63% com relação ao ano anterior; e em 2012 o aumento foi de 41%. Um fato que pode ter influenciado o aumento das reclamações foi a publicação, em junho de 2011, da RN 259 que dispõem sobre os prazos máximos para atendimento dos beneficiários de planos de saúde⁹⁶. A notícia foi amplamente veiculada pela imprensa, sobretudo em dois momentos: em junho de 2011, quando a resolução foi publicada; e em dezembro, quando de fato entrou em vigor. A mídia impressa inclusive publicou a tabela com os prazos máximos para cada tipo de procedimento, como consultas, exames e cirurgias, com informações sobre o telefone e o portal da ANS para o encaminhamento de denúncias. Posteriormente, as ações da ANS para cumprimento da RN 259, em julho de 2012, resultaram na suspensão da comercialização de 268 planos de saúde de 37 operadoras. Essa ação da ANS, também amplamente divulgada pela mídia, pode ter tido algum impacto sobre o grau de confiança quanto ao papel regulador desta agência, servindo de estímulo para uma atitude mais ativa dos beneficiários de planos de saúde, exercido em parte por meio das reclamações.

Além do maior conhecimento da população sobre a ANS e sobre seus direitos, referente ao atendimento prestado pelas operadoras de saúde, desde 2011 o beneficiário passou a utilizar mais o portal da agência para registrar uma reclamação. Se em 2010 as reclamações pelo portal representavam aproximadamente 18% de todas as reclamações analisadas, nos anos seguintes passou a representar cerca de 30%.

Outra explicação para o aumento do número de reclamações, complementar a anterior, seria o aumento dos conflitos e problemas junto às operadoras de saúde. Como apresentado nos resultados, a maioria das reclamações diz respeito a situações de negativa de cobertura, incluindo a negativa da operadora de garantir atendimento ou a postergação da autorização. Certamente, a negativa de cobertura vis a vis a necessidade de saúde, a gravidade do problema e a angústia produzida no indivíduo e em sua família, esgotados os canais de comunicação com a operadora, favorecem o encaminhamento de reclamações como única alternativa.

Por outro lado, como contra-argumento, pode-se alegar que somente 0,14% do total de beneficiários na região sudeste em 2012 apresentaram reclamação. Pode-se ainda citar as pesquisas de satisfação com beneficiários de planos de saúde. Pesquisa

realizada pelo Datafolha Instituto de Pesquisas, em 2013, e divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, relatou que entre os beneficiários de planos de saúde entrevistados, 81% consideraram o atendimento dos serviços em planos de saúde muito bons ou bons⁹⁷. Já a pesquisa de satisfação divulgada pela ANS em outubro de 2013, apontou que 72% dos entrevistados estão satisfeitos ou muito satisfeitos com seu plano de saúde⁹⁸.

Entretanto, é importante reconhecer as limitações e vieses de pesquisas de satisfação. Vaitsman e Andrade⁹⁹ ressaltaram que a maioria das pesquisas de avaliação dos serviços de saúde apresentam resultados bastante positivos e os usuários dos serviços são muito pouco críticos em relação à satisfação. Além disso, deve ser destacado que as reclamações encaminhadas à ANS são voluntárias e espontâneas; originadas de um conflito não resolvido pela operadora.

Cite-se ainda que as reclamações encaminhadas à ANS representam somente uma parcela do conflito da relação beneficiário-prestador-operadora de saúde. Existem outras instâncias que recebem denúncias como os Tribunais de Justiça e órgãos da Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON. Há também muitas situações em que o beneficiário tem seu problema de saúde solucionado ao recorrer ao SUS. Uma considerável parcela de indivíduos que possuem planos de saúde utiliza os serviços de saúde do SUS^{50,100}. Dessa forma é possível intuir que um número maior de beneficiários vem se deparando com dificuldades relativas à organização dos serviços na saúde suplementar.

A proporção de reclamações de idosos no período analisado foi maior comparativamente às outras faixas etárias. Isso chama a atenção para o fato de que os idosos foram mais afetados pela organização da saúde suplementar. O fato de esta pesquisa ter encontrado que em todas as variáveis o grupo populacional mais afetado, portanto mais reclamante, foi o dos idosos, reforça o raciocínio de que o formato organizacional dos planos de saúde privados cria barreiras de acesso e estratégias de redução do risco que afetam em especial esses grupos mais propensos de utilizar os serviços. No presente estudo os idosos foram escolhidos por serem mais suscetíveis a restrições de uso dos serviços de saúde. Entretanto, adultos e crianças certamente são também atingidos por essas restrições, especialmente doentes crônicos e grávidas.

O coeficiente de reclamações dos idosos, considerando todo o triênio estudado, foi de 60,8, contra 31,1 da faixa etária de 20-59 anos. Esse dado aponta para o fato de que os idosos reclamam quase duas vezes mais do que os beneficiários em idade adulta. Mesmo em idades mais avançadas o coeficiente de reclamações foi elevado, variando entre 57,9 (faixa de 65-69 anos) até 63,9 (74-79 anos). Esses resultados geram preocupação, afinal em idades mais avançadas, quando os indivíduos estão mais fragilizados, os beneficiários de planos de saúde irão se deparar com barreiras de acesso e de uso dos serviços.

Na análise das reclamações, quando selecionadas somente as reclamações nas quais foi constatada a ocorrência de infração, com lavratura de auto de infração penalizando a operadora, verificou-se que a proporção de idosos foi ainda maior do que nas reclamações em geral (33,8% contra 24,2%). Pode-se supor que as reclamações dos idosos sejam mais pertinentes, pois nestas há maior possibilidade de autuação contra a operadora. Outra hipótese seria o fato de que em alguns tratamentos mais dispendiosos a operadora faça a opção mais econômica de manter a negativa de cobertura, pois a cobertura seria mais onerosa do que uma eventual multa pecuniária. Deve-se ressaltar que os processos administrativos de idosos devem ser priorizados e por isso é possível que uma parcela destes tenha sido finalizada em função dessa prioridade, já estando em uma fase processual mais adiantada na data de extração dos dados.

Quando analisados os temas das reclamações observa-se que a cobertura assistencial foi a principal motivação das reclamações dos idosos (68%), o que reforça a preocupação de que este grupo populacional possa ser especialmente afetado por restrições de acesso impostas pelas operadoras de planos de saúde. Esse resultado corrobora com o descrito por Alves et al.⁸⁶ na análise das decisões judiciais referentes a ações movidas por beneficiários de planos de saúde. Embora não haja informação sobre quais procedimentos foram negados, o que somente seria possível com a análise manual de cada relato dos reclamantes, em geral estes são procedimentos de alto custo conforme verificado em estudos anteriores com base em informações sobre ações judiciais e reclamações da ANS^{86,88,90}. Essa situação é ilustrada por Scheffer⁸⁶:

“Situações de exclusões de cobertura assistencial, constantemente denunciadas ou reivindicadas por usuários, expõem, na prática, o desequilíbrio e o conflito entre operadoras, prestadores e clientes. Este fato evidencia que

nem o suposto virtuosismo da livre iniciativa, nem as normas reguladoras implementadas, têm sido capazes de solucionar o problema de forma adequada, uma vez que ele envolve interesses e expectativa diferentes.” (p.5).

Os mecanismos de regulação são utilizados pelas operadoras de saúde como forma de controle para restringir a realização de procedimentos supostamente desnecessários e com isso reduzir as despesas assistenciais. Essa forma de restrição de acesso gera insatisfação entre os beneficiários quando obtém uma indicação médica para realização de determinado procedimento e deparam-se com negativas, postergações ou omissões por parte da operadora de saúde. Machado⁹⁰ analisando as reclamações apresentadas à ANS, motivadas por negativas de cobertura, constatou que:

“as operadoras se utilizaram de mecanismos microrregulatórios ou de constrangimento ao uso de serviços, principalmente através de exigências de relatório ou laudo do médico assistente, de perícia médica, apresentação de exames anteriores ou de documentos administrativos, para dificultar o acesso dos clientes aos serviços de saúde. Além disso, dificuldades com o Call Center das operadoras também se constituíram como barreira de acesso. Essas práticas ocasionam o atraso na liberação dos procedimentos e muitas vezes se tornam impeditivas de sua realização.” (p. 93).

Em que pese o fato de que cerca de 25% das reclamações não tinham subtema cadastrado, observou-se que os 4 principais subtemas entre as reclamações de idosos foram relacionados com aspectos de cobertura assistencial. Novamente traçando um paralelo com os achados de Machado⁹⁰, essa autora observou que dentre os motivos para negativa de cobertura assistencial encontraram-se: exigência de parecer médico; direcionamento a outro prestador; demora em autorizar o procedimento; exigência de documentos administrativos; divergência entre operadora e médico; alegação de que o procedimento não consta na Rol de Procedimentos da ANS; falta de rede de

atendimento; entre outros. Como se vê, são várias as possíveis situações de impasse e conflito, não solucionadas no âmbito da operadora, que motivam o registro de uma reclamação.

O tema de reajuste de mensalidade aparece como o segundo tema mais reclamado entre os idosos e entre os subtemas das reclamações dos idosos o de reajuste por faixa etária aparece logo após os subtemas de cobertura. Esses resultados ilustram o impacto dos altos percentuais de reajuste e altos valores de mensalidades em idades mais avançadas. Isso é ratificado quando foram analisadas as reclamações dos beneficiários com idades entre 59 e 60 anos e constatou-se que o principal motivo dessas reclamações foi o reajuste por faixa etária.

Quanto às denúncias por dificuldades de adesão à planos de saúde, embora reconhecidas e divulgadas na imprensa, não foram descritas entre os principais subtemas das denúncias. Estas denúncias deveriam estar incluídas no subtema “Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação”, que representou somente 1,8% das reclamações dos idosos. Também é possível que estas denúncias estejam dispersas entre os registros cujos subtemas não foram informados ou entre indivíduos afetados mas que não apresentaram denúncia.

Com relação à modalidade de operadora verificou-se que as maiores proporções de reclamações de idosos estão nas modalidades de medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde, destacando-se a modalidade de medicina de grupo como a de maior número e proporção de reclamações. O coeficiente de reclamações de idosos da modalidade de medicina de grupo foi de 99,5 reclamações por 10.000 beneficiários; em seguida a modalidade de seguradora especializada em saúde aparece com 58,9.

Entre as operadoras mais citadas nas decisões judiciais analisadas por Scheffer⁸⁶ as de medicina de grupo foram citadas em 54,4% dos casos, seguidas pelas seguradoras com 30,2%. Machado⁹⁰ observou que nas denúncias de negativas de cobertura analisadas as operadoras de medicina de grupo e as cooperativas médicas foram as mais envolvidas.

Tais resultados levam a questionar se os controles exercidos pelas operadoras de medicina de grupo são mais rígidos com relação às demais modalidades. Embora as estratégias utilizadas pelas operadoras para racionamento do uso dos serviços acabem sendo semelhantes, podem existir diferenças importantes, como abrangência e

suficiência de rede prestadora; presença de rede própria da operadora com prática de direcionamento para hospitais onde os gastos serão menores; organização quanto a rotinas para autorização; e diferenças regionais.

Com efeito, analisando as modalidades de operadoras por estado, alguns resultados chamam a atenção para possíveis diferenças de atuação de determinadas operadoras. A modalidade de medicina de grupo obteve o maior coeficiente de reclamações em todos os estados sendo o mais elevado no Espírito Santo. Por sua vez o segundo maior coeficiente em cada estado foi das seguradoras, exceto no Rio de Janeiro onde as cooperativas médicas apresentam o segundo maior coeficiente de reclamação de idosos. Tais diferenças indicam a necessidade de estudos ou análises pontuais para associar os resultados a alguma característica específica de organização.

Ainda sobre diferenças regionais, nos estados analisados, destacaram-se os baixos índices de reclamações no estado de Minas Gerais. O coeficiente de reclamações dos idosos nesse estado (26,3) foi menos da metade dos demais estados. Mais uma vez, seria interessante uma análise mais detalhada quanto às possíveis distinções entre operadoras de cada estado ou ainda analisar se existe uma atuação diferenciada do Núcleo da ANS de Minas Gerais. Ambas as análises poderiam ser úteis como forma de disseminar experiências positivas que possam resultar na garantia do acesso à cobertura assistencial no setor suplementar de saúde.

A constatação no presente estudo de que o conflito entre interesses de operadoras de planos de saúde e de usuários dos serviços afeta de forma mais específica o grupo de idosos é de extrema relevância para definição de políticas de saúde e regulatórias que o país pretende desenvolver. Sobretudo diante de um quadro de envelhecimento populacional em que se faz necessária a adaptação de estruturas e serviços de saúde para adequado atendimento dessa parcela da população que cresce em número e em proporção no Brasil. Nessa perspectiva, os sistemas de saúde e as organizações de saúde devem priorizar as ações que mantenham as pessoas saudáveis por mais tempo, além de buscar uma forma integrada de promover o cuidado em saúde com os serviços de emergência, hospitais e clínicas.

Os idosos apresentam problemas de saúde múltiplos e acabam recorrendo a múltiplos especialistas. O modelo de atenção para o idoso deveria ser organizado e integrado de maneira que estejam disponibilizadas ações de educação, de promoção à

saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos¹⁰¹.

Para Veras¹⁰² os modelos vigentes para atenção à saúde do idoso necessitam de mudanças frente ao desafio de cuidar de uma população que apresenta maior carga de doenças e maior utilização dos serviços. Nesse aspecto, a capacidade funcional seria o conceito mais adequado para esta abordagem, tendo como objetivo a máxima capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível.

Por meio de regulamentações a ANS vem buscando estimular as operadoras de saúde a desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Esses programas implantados pelas operadoras de planos de saúde além de estimular hábitos saudáveis, podem envolver a oferta de prêmios e de descontos nas mensalidades dos planos como forma de incentivar a participação dos beneficiários. A RN nº 264¹⁰³ prevê incentivos às operadoras que realizem esses programas como recebimento de pontuação bônus no IDSS; e aproveitamento das despesas com os programas aprovados pela ANS como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência.

O incentivo da ANS para que as operadoras de saúde ofereçam benefícios pecuniários, como redução das mensalidades, aos seus clientes para que estes participem de programas de prevenção de doenças, é válido para todas as faixas etárias, mas pode ser especialmente importante para os idosos com ações de envelhecimento ativoⁱ. Entretanto cabe questionar se normas regulamentares e alguns incentivos contábeis poderão modificar a lógica do mercado de saúde suplementar de reduzir riscos e despesas.

No modelo vigente de comercialização da assistência à saúde por parte das operadoras, o cuidado à saúde é pautado, sobretudo, por aspectos financeiros. Com isso torna-se um difícil exercício a compatibilização entre o direito à saúde e a assistência à saúde como atividade econômica de caráter privado. Para Campos¹⁰⁴, quando a atenção à saúde é tomada pela competitividade e pelas leis da livre iniciativa econômica, predominam os interesses particulares resultando em degradação da qualidade, da eficiência e da responsabilidade.

Esse debate deve, inevitavelmente, passar também pela discussão de um novo arranjo da saúde suplementar, inclusive com discussões sobre novos modelos de

remuneração distintos do atual, no qual os prestadores são incentivados a trabalhar dentro de uma lógica produtiva de quantidade de procedimentos.

Limitações

O presente estudo deparou-se com algumas limitações referentes à suficiência dos dados necessários para a análise pretendida. Inicialmente observou-se um grande número de registros de reclamações com dados incompletos. Foram excluídos os registros nos quais faltava uma informação essencial para a análise: a data de nascimento do beneficiário. Além disso, vários registros foram duplicados com o mesmo nome do beneficiário e mesma data da reclamação o que levou à conclusão de tratar-se de alguma falha do sistema de registros, tendo em vista que obviamente não eram reclamações distintas. Estes registros também foram excluídos.

Durante a análise das reclamações, constatou-se um grande número de registros sem informação sobre a época de contratação e também um grande número de reclamações sem subtema cadastrado. Ressalte-se ainda o volume de reclamações cadastradas com o tema “Temática Nova” que é bastante vago e provavelmente foi utilizado pela impossibilidade de categorizar a reclamação em um dos temas existentes. A ANS deve buscar o aprimoramento da árvore temática para o registro de reclamações, o que é fundamental caso se pretenda realizar uma análise das razões que levam o beneficiário a apresentar uma reclamação e também para uma análise de condutas das operadoras ao longo do tempo.

No presente estudo não foi possível inferir qualquer conclusão a respeito de negativas de participação de idosos em planos de saúde afinal o subtema mais indicado para tal conduta, dentre os existentes, seria o de “Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação”, que é demasiado abrangente. Seria interessante também um refinamento do registro da reclamação como, por exemplo, mencionando o procedimento objeto da denúncia e qual mecanismo de regulação empregado. Esses dados possibilitariam análises mais completas e observação de condutas recorrentes das operadoras.

i. A OMS define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

CONCLUSÃO

O presente estudo procurou estabelecer uma relação entre as características do setor privado de saúde quanto às estratégias de seleção de riscos e redução de custos assistenciais, e suas consequências no grupo de idosos, com repercussões nas reclamações encaminhadas à ANS. A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto atual de envelhecimento da população brasileira e ao fomento do Estado ao setor privado de saúde. Da forma como se organizam as empresas privadas de saúde que prestam assistência por meio de planos de saúde, a maximização dos lucros é um comportamento esperado. E nessa busca, certos grupos podem ser mais afetados que outros. Os idosos representaram nesse estudo o grupo de risco em função de suas características inerentes como prováveis portadores de múltiplas doenças crônicas e maior padrão de utilização dos serviços. Além disso, esse grupo pode ser identificado nos registros de reclamações, o que permite analisar como os idosos expressam suas insatisfações e problemas de acesso, cobertura e capacidade de pagamento de mensalidades nas denúncias encaminhadas à ANS.

Confirmou-se a suposição que os idosos apresentam mais reclamações que os demais grupos etários, reforçando a ideia de que são os mais afetados pela atual configuração do setor privado de saúde e pelas restrições impostas pelas operadoras de saúde.

Contudo, deve ser reconhecido que o setor de saúde suplementar continuará a compor o sistema de saúde brasileiro. Não é possível antecipar se a taxa de cobertura da saúde suplementar irá aumentar; e se essa expansão se dará às expensas de planos de saúde mais baratos direcionados às classes C e D. Porém trata-se de um setor relevante econômica e politicamente. Se o Estado considera estratégico o incentivo ao setor privado de saúde, por meio de renúncia e desoneração fiscal, deve também atentar para o fato de que as empresas privadas de saúde irão sempre fazer as opções que lhes forem mais vantajosas economicamente. Por si só, isso já justifica a intervenção do Estado por meio de uma política regulatória que preserve os direitos dos beneficiários que optaram por recorrer à assistência à saúde por meio de planos de saúde.

Considerando a finalidade da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, as operadoras de saúde devem ser rigorosamente acompanhadas quanto às suas condutas, apurando-se se estas impõem restrições e prejuízos à saúde dos beneficiários. A saúde deve ser garantida à população brasileira,

independentemente da capacidade de pagamento de cada cidadão. O fortalecimento do SUS faria do sistema público o melhor concorrente de operadoras de saúde que oferecem planos de saúde com redes de serviços sem condições mínimas para a prestação de uma assistência à saúde integral e de qualidade.

Os resultados aqui apresentados são exploratórios, portanto assinalam que outros estudos são necessários para compreender os mecanismos que afetam o acesso e uso de serviços na saúde suplementar. Especialmente, seria recomendável um estudo das reclamações de beneficiários de planos de saúde “mais baratos” comparativamente aqueles vinculados aos planos de saúde “superiores”. Tal comparação forneceria elementos para ratificar ou não a percepção de que “quem pode, paga mais” e tem um atendimento mais satisfatório. O presente estudo se absteve dessa análise pois as informações dos registros das reclamações não permitiram esse tipo de recorte.

Uma vez que as denúncias de beneficiários do setor de saúde suplementar podem estar disseminadas em diversas instâncias, seria relevante a integração das informações da ANS com as dessas outras instâncias, tais como Tribunais de Justiça, Ministério Público e Procons. A ação conjunta de órgãos distintos poderia resultar numa atuação mais completa e resolutive.

Finalmente, toda essa discussão não pode passar ao largo da sociedade. Aqueles que podem pagar por um plano de saúde mais caro com rede credenciada e hospitais de nível superior; e aqueles que entram no sistema de saúde suplementar por meio de um emprego e com isso estão vinculados aos planos de saúde de melhor qualidade; estes se sentem seguros e acabam por ignorar ou desprezar o sistema público de saúde. A solidariedade social exige que tais questões sejam debatidas e que os cidadãos tenham consciência da importância de contar com um sistema público universal de boa qualidade. Afinal é esse o sistema de saúde utilizado por 3/4 da população do país; e é esse mesmo sistema que atende as negativas de cobertura do sistema privado e de certa forma também subsidia os planos de saúde. Além disso, os beneficiários que hoje são considerados de menor risco assistencial, no futuro serão idosos, mais susceptíveis à microrregulação exercida pelos planos de saúde, com grande probabilidade de usar o SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 Cecílio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB.. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. p. 63–74.
- 2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). ANS TABNET informações em saúde suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm (Acesso realizado em 02 de outubro de 2012).
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 4 Noronha JC, Pereira TR. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012 Disponível em http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf (Acesso em 11 de setembro de 2013) .
- 5 Cordeiro H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1984.
- 6 Ocké-reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.
- 7 Brasil. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar. CONSU nº 6 de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. Diário Oficial da União 4 nov 1998.
- 8 Saad PM. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. In: Anais do VII Encontro de Estudos populacionais. V. 3. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1990. P. 353-70.
- 9 Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In; Camarano AA (org.). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60 ? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; p. 427-50. 2004.
- 10 Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõem sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 3 out 2003; Seção 1: 1.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- 12 Organização das Nações Unidas. World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume II: Demographic Profiles. New York, 2011. Disponível em http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf (Acesso em 15 de maio de 2013)
- 13 Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2012.
- 14 Wong LL, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev. Bras. Estud. Popul. São Paulo v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.
- 15 Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. Science Progress, 2000, 83 (1), 33-54.
- 16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas. Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- 17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- 18 Omran, AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiologic of population change. The Milbank Quarterly, vol. 83, n. 4. p. 731-57, 2005.
- 19 Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 20 Brasil, Ministério da Saúde, Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Cap 4 Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010 Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap4.pdf (Acesso realizado em 20 de maio de 2013).
- 21 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.
- 22 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.
- 23 Andersen RM. Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q 1973; 51: 95-124.
- 24 Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization - the patient perspective. MedCare; 23:438-60. 1985.

- 25 Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*; 42(4). p. 733-40. São Paulo: 2008.
- 26 Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico SUS*, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.
- 27 Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MFF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13:239-46.
- 28 Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, Oct. 2008.
- 29 Miller T. Increasing longevity and Medicare expenditures. *Demography* 2001; 38: 215-26.
- 30 Docteur E. Health Care; a quest for better value, OECD Observer, Paris, 2003.
- 31 Sheiner L. The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective. Disponível em <https://www.federalreserve.gov/pubs/feds/2004/200414/200414pap.pdf> (acesso em 31 de maio de 2013)
- 32 Shugarman LR, Decker SL, Bercovitz A. Demographic and Social Characteristics and Spending at the End of Life. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(1): 15-26.
- 33 Kanamura AH, Viana ALD. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. *Rev. Saúde Pública*, Out 2007, vol.41, no.5, p.814-820.
- 34 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Em pauta: Envelhecimento populacional e planos privados de saúde: composição etária dos beneficiários e sua relação com despesas assistenciais. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março 2010*.
- 35 Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000; 342:1409-15.
- 36 Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, Van der Maas PJ. Age-specific increases in health care costs. *Eur J Public Health*. 2002 Mar;12(1):57-62.
- 37 Bains M. “Projecting Future Needs: Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States.” in *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* OECD, 2003.
- 38 Reinhardt UE. Does the Aging of the Population Really Drive the Demand for Health Care? *Health Affairs*, 22, no.6: 27-39, 2003.

- 39 Demers M. Factors explaining the increase in cost for physician care in Quebec's elderly population. *Can Med Assoc J* 1996;155:1555-60.
- 40 Lubitz J, Greenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D. Three decades of health care use by the elderly, 1965–1998. *Health Aff (Millwood)*;20:19–32. 2001.
- 41 Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing health care costs in ten OECD countries, NBER Working Paper (mimeo), Cambridge, MA, 2005.
- 42 Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics* 8: 485-96. 1999.
- 43 Seshamani M, Gray A. The impact of ageing on expenditures in the National Health Service. *Age Ageing*, vol. 31, no. 4, pp. 287–294. 2002.
- 44 Fries J. Aging natural death, and compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135. 1980.
- 45 Mahal A, Berman P. Health expenditures and the elderly: A survey of issues in forecasting, methods used, and relevance for developing country, Research Paper no. 01.23, The Global Burden of Disease 200 in Aging Population. 2001.
- 46 Wennberg JH, Cooper MM. (edit.), *The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States 1999* (Chicago: American Hospital Association Press, 1999), chap. 1.p. 9-40.
- 47 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet.com*. may 2011. p. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> (Acesso em 11 de maio de 2013).
- 48 Bahia L, Scheffer M. “Planos e seguros de saúde privados”. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2008, pp. 1-41.
- 49 Santos IS. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2009.
- 50 Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*, 13(5), 1431-1, 2008.
- 51 Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 320 p.
- 52 Vianna MLW. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*, ed. Revan, Rio de Janeiro, 1998.

- 53 Medici AC. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, p. 409-422, 1986.
- 54 Ocké-reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. *Rev. econ. contemp.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Apr. 2006.
- 55 Faveret P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planej. e Políticas Públicas*, 3: 139-82, 1990.
- 56 Bahia L. Planos e seguros saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. Tese de doutorado. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 1999.
- 57 Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001, vol.6, n.2, pp. 329-339.
- 58 Ocké-reis CO. Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. Nota Técnica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. 2013. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecnicadie st05.pdf (Acesso em 01 de agosto de 2013).
- 59 Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R (orgs.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 127-68.
- 60 Pereira C, Costa NR, Giovanella L. O jogo da regulação da saúde suplementar. *Novos Estudos CEBRAP*, 2001, 60: 151-163.
- 61 Brasil. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 4 jun 1998; Seção 1:1.
- 62 Viana AL. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: Canesqui, A. M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.
- 63 Brasil. Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 29 jan 2000; Seção 1:5.
- 64 Giovanella L, Ribeiro JM, Costa NR. Defesa dos Consumidores e Regulação dos Planos de Saúde. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. PP. 156-194. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- 65 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos*; Rio de Janeiro; março 2013. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes03_caderno_informacao.pdf (Acesso realizado em 10 de julho de 2013).

66 Brasil. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 dez 1971; Seção 1:10354.

67 Stiglitz JE. Economics of the Public Sector, 3rd Edition, W.W. Norton & Company: New York/London. 2000.

68 Costa NR, Ribeiro JM. 2001. A política regulatória e o setor Saúde: notas sobre o caso brasileiro. Texto preparado para o Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde, Brasília, Senado Federal, 28-29 de agosto de 2001.

69 Ven WPV, Vliet RCV. How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? The Great Challenge for the 1990s. Dev Health Econ Public Policy. 1992;1:23-46.

70 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Estudo sobre a aplicação do Estatuto do Idoso aos planos de saúde – A questão dos reajustes por mudança de faixa etária. São Paulo, outubro de 2008. Disponível em http://www.idec.org.br/pdf/relatorio_pesquisa_planos_de_saude_e_idosos.pdf (Acesso em 14 de junho de 2013).

71 Globo; G1. Corretor que vende plano de saúde para idoso pode ficar sem comissão. Em 01 de setembro de 2008. Disponível em http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL743973-9356,00-CORRETOR+QUE+VENDE+PLANO+DE+SAUDE+PARA+IDOSO+PODE+FICAR+SEM+COMISSAO.html (acesso realizado em 21 de abril de 2013).

72 Globo; Gazeta Online. É idoso? Não queremos, dizem planos de saúde. Operadoras fazem de tudo para não ficar com o cliente. Em 01/06/12. Disponível em http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2012/06/noticias/a_gazeta/dia_a_dia/1276947-idoso-nao-queremos-dizem-planos-de-saude.html (acesso realizado em 21 de abril de 2013).

73 Globo; Jornal Nacional. Corretores não ganham ao vender planos a idosos. Edição de 04 de março de 2009. Disponível em <http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,,MUL1028250-10406,00-CORRETORES+NAO+GANHAM+AO+VENDER+PLANOS+A+IDOSOS.html> (acesso realizado em 21 de abril de 2013).

74 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo : 2007. Disponível em http://www.ipebj.com.br/docdown/_3d2a0.pdf (Acesso em 14 de junho de 2013).

75 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa – RN Nº 279, de 24 de novembro de 2011. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Diário Oficial da União 25 nov 2011; Seção 1:45-6.

- 76 Brasil. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar. CONSU nº 8 de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União 4 nov 1998.
- 77 Feldstein PJ. Health policy issues: an economic perspective. Health Administration Press. 4ª ed. 2007.
- 78 Fairfield G, Hunter DI, Mechanic D, Rosleff F. Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314(7097): 1823-6.
- 79 Ugá MAD, Santos AMP, Pinto MTF, Porto MS. A Regulação da Atenção à Saúde nos EUA. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.p.245-262.
- 80 Acirole GG, Malta DC, Cecílio LCO, Jorge AO. Reflexões sobre o trabalho médico na Saúde Suplementar. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. p. 203-222.
- 81 Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J, Farias LO, Vasconcellos M, Hollanda E et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1477-87.
- 82 Jorge AO, Malta DC, Cecílio LCO, Acirole GG, Meneses CS, Costa MA. et al. Caminhos e perspectivas na saúde suplementar. In: Malta DC et al. (Orgs.). *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 161-199.
- 83 Merhy EE. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 84 Ugá MAD, Vasconcellos MM, Lima SML, Portela MC, Gerschman S. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.5, p. 832-838, 18 de setembro de 2009.
- 85 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003. 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. Diário Oficial da União 23 dez 2003; Seção 1:71.
- 86 Scheffer M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionados à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado. USP São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.teses.usp/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/1k> (Acesso em 19 de janeiro de 2013)
- 87 Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Feb. 2009.

88 Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. R. Dir. sanit., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-132, mar./jun. 2013.

89 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa – RN N° 282, de 20 de dezembro de 2011. Altera a Resolução Normativa – RN n° 139, de 24 de novembro de 2006, que dispõe sobre o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; e dispõe sobre a possibilidade de inclusão de novo indicador na Dimensão de Satisfação de Beneficiários para a avaliação das operadoras a partir do ano base de 2012. Diário Oficial da União 21 dez 2011; Seção 1:70.

90 Machado JRO. Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

91 Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde dos hospitais filantrópicos. Cien Saude Colet 2007; 12(2): 12(2):487-500.

92 Braunsberger K, Gates RH. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan, Journal of Consumer Marketing, Vol. 19 Iss: 7, pp.575 – 590.2002.

93 Teixeira A. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. Cadernos de Saúde Suplementar: 2º ciclo de oficinas. Rio de Janeiro: ANS. p. 4-22, out./dez 2001.

94 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Súmula Normativa n° 19 de 28 de julho de 2011. Rio de Janeiro. 2011.

95 Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 13 jun 2013; Seção 1: 59-62.

96 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa RN n° 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN n° 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO. Diário Oficial da União 20 jun 2011; Seção 1:96.

97 Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [homepage na internet]. Fidelização dos consumidores aos planos de saúde e grau de interesse por quem não possui o benefício 2013. Disponível em http://www.iess.org.br/Fidelizaodosconsumidoresaosplanosdesade_3.pdf (acesso em 13 de setembro de 2013).

98 Agência Nacional de Saúde Suplementar [homepage na internet]. Relatório da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários. 2013. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_aval_iacoes/psb/psb_relatorio_completo_pesquisa.pdf (acesso em 05 de outubro de 2013).

99 Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. CienSaudeColet 2005; 10(Supl. 3):599-513.

100 Porto SM, Ugá MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. Cien Saude Colet 2011; 16(9):3795-3806.

101 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2009, vol.43, n.3, pp. 548-554

102 Veras R. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011, vol.14, n.4, pp. 779-786

103 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa – RN N° 264, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Diário Oficial da União 22 ago 2011; Seção 1:40.

104 Campos GWS. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-101.

Anexos

Anexo 1



Gerência/Diretoria:

Protocolo nº: 39902.556601/2012.22

Data: 14/11/2012 Hora: 16:45

Assinatura:

Memorando n.º 224/2012/NUCLEO-RJ/ANS

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2012

ASSUNTO: Solicitação de autorização para utilização do banco de dados do SIF / dissertação de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública

INTERESSADO: Wilson Marques Vieira Junior (Matrícula SIAPE nº 1583741)

1. Em 2011 fui aprovado para realizar o mestrado em saúde pública na ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública, tendo participado do processo seletivo com o pré-projeto de pesquisa “Escolhas Políticas na Formação do Sistema de Saúde Brasileiro e Assistência aos Idosos na Saúde Suplementar; análise das atuações da Agência Nacional de Saúde Suplementar referentes a beneficiários idosos”.
2. A dissertação encontra-se em fase de elaboração do projeto de pesquisa que será submetido à qualificação no final do ano de 2012.
3. A proposta inicial teve seu tema recortado para uma análise da proporção de reclamações de idosos nas reclamações da ANS. Será contextualizado o momento atual no qual verifica-se uma mudança no perfil demográfico da população brasileira, com aumento de expectativa de vida e aumento na proporção da população idosa.
4. É reconhecido que uma considerável população acima de 60 anos encontra-se na assistência privada, vinculada a planos e seguros privados de saúde. Trata-se de um setor de saúde que atua com base na atenção gerenciada, o que provocará maior atrito exatamente na população que mais utiliza os serviços de saúde.
5. A proposta do trabalho é analisar em que proporção os idosos apresentam reclamações à ANS; e a quais temas essas reclamações se referem. Busca-se com isso ressaltar o relevante papel da ANS para regulação das relações entre operadoras e beneficiários.
6. Para isso serão analisadas as reclamações apresentadas à ANS durante o anos de 2010, 2011 e 2012.
7. Comprometo-me a não divulgar qualquer informação que possa identificar individualmente qualquer beneficiário ou operadora. Acrescento que após a qualificação do projeto, o mesmo será submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da ENSP e serão cumpridas todas as formalidades exigidas pela regulamentação de ética em pesquisa.
8. Solicito para autorização para utilização do banco de dados do SIF Consulta com todas as reclamações recebidas pela ANS nos anos de 2010, 2011 e 2012, com os seguintes campos de informação:
 - 8.1 Data de atendimento (registro da demanda)
 - 8.2 Número da demanda
 - 8.3 Status da demanda
 - 8.4 Unidade Federativa do beneficiário

- 8.5 Município do beneficiário
- 8.6 Data de nascimento do beneficiário
- 8.7 Tema
- 8.8 Sub-tema
- 8.9 Tipo de contratação do plano
- 8.10 Segmentação do plano
- 8.11 Tipo e data de adesão
- 8.12 Descrição (resumo da demanda)

9. Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos que sejam necessários.

Ao chefe do NUCLEO-RJ, para prosseguimento.



Wilson Marques Vieira Junior
Fiscal / NUCLEO-RJ - Matrícula 1583741

Em 14 / 11 / 2012.

1. Ciente e de acordo.
2. À DIFIS, em prosseguimento.



Jacqueline Figueiredo de Lima Pauxis
Chefe de Núcleo-RJ - Matrícula SIAPE nº 1561939

Memorando nº 959/DIRAD/DIFIS/2012

Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2012.

À
AISIS

Assunto: Memorando nº 224/2012/NÚCLEO-RJ/ANS
SIPAR nº 33902.556661/2012-22

Tendo em vista a natureza da solicitação, encaminho o presente a essa Assessoria para que verifique a viabilidade do pedido.

Atenciosamente,


Carlos Gustavo Lopes da Silva
Especialista em Regulação
Coordenador da Assessoria Normativa
Diretoria de Fiscalização

BNM

Gerência/Diretoria:	DIFIS
Protocolo nº	33902 633602 / 2012-11
Data:	Hora:
Assinatura: Alice Menezes	

Memorando nº 1063 AISIS/DIFIS/2012

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2012.

Ao Núcleo-RJ

Em resposta ao memorando 224/2012/NÚCLEO-RJ/ANS, informo que esta Assessoria não tem nada a opor ao solicitado, desde que resguardadas as informações confidenciais.

Ao Diretor Adjunto para prosseguimento.


Gislaine Afonso de Souza
Assessora de Informação e Sistema- AISIS
Diretoria de Fiscalização

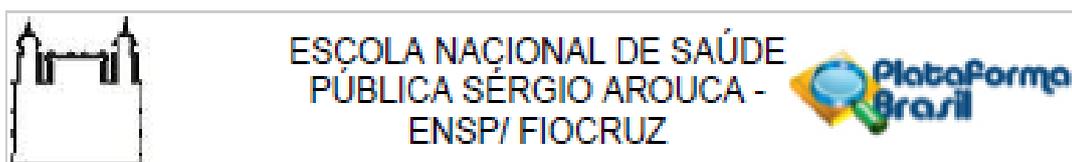
1. Ciente e de acordo.
2. Ao Núcleo-RJ, prosseguimento.


Dalton Coutinho Callado
Diretor Adjunto
Diretoria de Fiscalização

Francisco Teixeira da S. Telles
Diretor Adjunto Substituto
Diretoria de Fiscalização - ANS
Mat. SIAPE nº 1478122

APM

Anexo 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos e planos de saúde privados no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

Pesquisador: Wilson Marques Vieira Junior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14046213.8.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 244.862

Data da Relatoria: 12/04/2013

Apresentação do Projeto:

Descritos no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Descritos no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descritos no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descritos no parecer anterior.

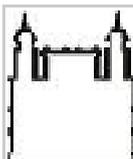
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir da informação, "...a Diretoria de Fiscalização tem inteira competência para autorizar a utilização de dados extraídos do Sistema Integrado de Fiscalização-SIF", contida na resposta à pendência, fica esclarecida a dúvida que gerou a pendência.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Têrreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2883 **Fax:** (21)2598-2883 **E-mail:** cep@enap.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2013

Assinador por:

Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2883

Fax: (21)2598-2883

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br