

Manutenção do setor Brasileiro de saúde suplementar a partir da composição da faixa etária idosa**Maintenance of the Brazilian supplementary health sector from the composition of the elderly age group**

Recebimento dos originais: 01/05/2018

Aceitação para publicação: 02/06/2018

Ariela Araujo Serejo

Graduada em Ciências Atuariais pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Graduanda em Administração pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF), campus do Valonguinho

Endereço: Rua Mario Santos Braga, 30, Centro/Niterói – RJ, Brasil

E-mail: arielaserejo@id.uff.br

Mirian Picinini Méxas

Doutora em Engenharia Civil pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF), campus do Valonguinho

Endereço: Rua Mario Santos Braga, 30, Centro/Niterói – RJ, Brasil

E-mail: mirian.picinini@gmail.com

Júlio Vieira Neto

Doutor em Engenharia Civil pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF), campus do Valonguinho

Endereço: Rua Mario Santos Braga, 30, Centro/Niterói – RJ, Brasil

E-mail: julion@id.uff.br

RESUMO

Diante do processo de envelhecimento populacional brasileiro, conforme já vivenciado por outros países, surgem questões acerca da adequação de políticas públicas assim como questões referentes aos serviços oferecidos pela iniciativa privada. Dentro deste contexto de transição demográfica e seus impactos, a presente pesquisa tem por finalidade identificar na literatura, a respeito do setor de saúde suplementar, os serviços mais vulneráveis às variações etárias da população em relação aos custos, e reunir alternativas para manutenção deste setor privado mediante os desafios impostos pelo aumento do número de idosos em suas carteiras. O trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica e documental, com método qualitativo. O resultado desta pesquisa ressalta a necessidade de investimentos direcionados ao atendimento da faixa idosa beneficiária de planos de saúde, a fim de garantir a qualidade dos serviços e a solvência do setor. Com o presente trabalho, espera-se contribuir para a disseminação da relevância do tema.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Transição Demográfica; Envelhecimento Populacional.

ABSTRACT

In the face of the Brazilian population aging process, as already experienced in other countries, questions arise about the adequacy of public policies as well as questions related to the services offered by the private initiative. Within this context of demographic transition and its impacts, the present research aims to identify in the literature, regarding the supplementary health sector, the services most vulnerable to age variations of the population in relation to costs, and to gather alternatives for the maintenance of this private sector through the challenges posed by the increase in the number of elderly people in their portfolios. The work was done through bibliographical and documentary research, with qualitative method. The result of this research underscores the need for investments directed to the care of the elderly beneficiary of health insurance, in order to guarantee the quality of services and the solvency of the sector. With the present work, it is hoped to contribute to the dissemination of the relevance of the theme.

Keywords: Supplementary Health; Demographic Transition; Population-ageing.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a teoria da transição demográfica, desenvolvida pelo demógrafo Warren Thompson em 1929, o Brasil encontra-se na fase 3 (três) da transição. Nesta fase o crescimento vegetativo reduz-se aceleradamente em decorrência da tendência de queda de natalidade alinhada a baixas taxas de mortalidade, concentrando assim a estrutura da população na faixa adulta e ativa.

A princípio presume-se, em decorrência da experiência de outros países que já passaram por essa fase como o Japão, por exemplo, que um dos benefícios gerados a partir dessa estruturação etária é o fenômeno conhecido como bônus demográfico ou janela de oportunidade.

No entanto, a configuração etária por si só não gera benefícios sem estar alinhada a fatores de caráter econômico-financeiro do país ou sociedade a que se refere. De acordo com Alves, Vasconcelos e Carvalho (2010, p. 19) “a literatura propõe que o bônus é uma oportunidade, cujo aproveitamento é condicionado à capacidade do país de prevê-lo e conduzir políticas que permitam o aproveitamento dessa oportunidade”.

A preocupação acerca dos impactos da transição demográfica, portanto, tem impulsionado a busca, tanto por parte de agentes governamentais como de especialista da área, por soluções viáveis para manutenção do setor de saúde, uma vez que esse processo gera consequências direta para o setor de serviço em questão.

Pois conforme aponta Leite (2011),o processo de envelhecimento dos beneficiários de planos de saúde acompanha de perto o envelhecimento da população brasileira, uma vez que as duas populações possuem distribuição etária semelhante. Além do mais, infere-se que esta transição demográfica acarretará em uma transição epidemiológica, uma vez que o aumento da proporção de

idosos na população levará ao aumento da incidência de doenças crônicas e da demanda por serviços de saúde.

Desse modo, a partir de um estudo exploratório, com base numa revisão bibliográfica e na análise de dados demográficos e da área de saúde suplementar, pretende-se identificar na literatura os serviços que demandarão maior atenção a fim de suprir a demanda da faixa idosa e alternativas para a garantia do contínuo desenvolvimento do setor privado de saúde, tendo em vista os desafios que serão impostos pelas futuras alterações da pirâmide etária brasileira.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COMPOSIÇÃO BÁSICA DO PREÇO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALARES

Segundo Ocké-Reis (1995, apud SANTOS, ORTEGA e FARIA, 2013) “as instituições prestadoras de serviços de promoção de saúde, públicas ou privadas, devem formar o preço de suas atividades, buscando a saúde financeira e sobrevivência no mercado”.

Além de fatores genéricos para composição do preço de um plano de assistência médico-hospitalar como, taxa de juros, estrutura de concentração e diferenciação dos produtos e incorporação de tecnologia, o setor apresenta é a aplicação de reajustes anuais e por faixa etária.

O reajuste por faixa etária ocorre cada vez que o beneficiário, de um plano individual ou familiar, extrapola uma das faixas etárias pré-definidas em contrato. Esta modalidade está prevista na Lei 6.656 e na Resolução Normativa (RN) nº 63 publicada pela ANS, que determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0-18 anos). Em 2015, de acordo com a última edição do “Painel de Precificação de Planos de Saúde” elaborado e divulgado pela ANS, o valor da última faixa etária foi em média 5,7 vezes maior do que o valor da primeira.

No entanto, em uma projeção de 2010 a 2030 desenvolvida por MATA (2011), estimou-se que o processo de envelhecimento acarretará em prejuízos que aumentam exponencialmente ao longo do período projetado nas carteiras de planos de saúde analisadas, devido ao aumento de beneficiários na faixa etária idosa. Constatando, assim, um aumento da relação entre a despesa média por beneficiário de 59 anos ou mais, tornando-se inviável não ultrapassar o limite de 6 vezes definido pela ANS.

A discrepância entre os reajustes aplicados entre as faixas de idade é explicada pelo fato de cada faixa etária possuir um perfil médio de utilização dos serviços do plano de saúde, inferindo-se que quanto maior for a idade, mais serviços serão utilizados e de forma mais frequente.

Portanto, o processo de mensuração de custos na área de saúde diferencia-se dos demais por envolver especificidades como gênero, idade e condição física de seus clientes/beneficiários. Assim, a análise dos custos variáveis torna-se complexa, impactando no preço final e no resultado econômico, uma vez que o lucro gerado por determinado paciente pode sobrepor-se ao prejuízo acarretado por outro e vice-versa (FALK, 2001, p. 31).

2.2 ALTERAÇÕES DA CONFIGURAÇÃO ETÁRIA BRASILEIRA

De acordo com a versão mais recente do relatório de “Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060” elaborada pelo IBGE (2013), tem-se a base de dados por grupos etários conforme a tabela 1.

A partir da tabela 1, é possível detectar que em 2000 o número de pessoas com 60 anos ou mais correspondia a 8,21% da população total brasileira, e num prazo de dez anos essa representatividade aumentou para 10,03%. Quanto aos anos projetados, estima-se que em 2017 esse percentual alcance 12,50%; em 2025 aumente para 16,23%; ao passo que em 2060 a população idosa corresponderá a 33,71% da população total brasileira.

Vale ressaltar que este processo de envelhecimento é experimentado em escala mundial e, conseqüentemente, a idade média mundial também vem aumentando. "Em 1950, era menor que 24 anos. Em 2030, segundo projeções da ONU, a idade mediana mundial chegará a 34 anos e, em 2050, a 38 anos, sendo maior na Europa (46 anos) e menor na África (26 anos)" (CARNEIRO et al., 2013, p. 8).

GRUPO ETÁRIO	2000	2005	2010	2015	2017	2025	2030	2040	2050	2060
Total	173.448.346	185.150.806	195.497.797	204.450.649	207.660.929	218.330.014	223.126.917	228.153.204	226.347.688	218.173.888
0-4	17.314.510	16.975.813	15.816.957	14.737.740	14.360.778	13.080.689	12.388.311	11.267.417	9.992.242	8.935.080
5-9	17.273.758	17.230.352	16.916.587	15.779.109	15.329.961	13.821.219	13.060.538	11.813.256	10.611.029	9.422.407
10-14	17.518.796	17.240.164	17.200.577	16.892.243	16.447.927	14.693.367	13.808.096	12.360.437	11.245.918	9.975.265
15-19	18.097.555	17.447.357	17.172.257	17.140.200	17.150.098	15.717.986	14.656.646	13.019.512	11.781.255	10.585.085
20-24	16.346.745	17.960.346	17.319.107	17.056.423	17.034.257	16.751.282	15.640.863	13.717.223	12.289.837	11.187.812
25-29	14.468.665	16.188.242	17.797.553	17.176.808	17.003.793	16.931.005	16.652.108	14.514.616	12.910.300	11.692.041
30-34	13.436.025	14.306.505	16.025.477	17.637.407	17.563.875	16.818.332	16.824.134	15.468.574	13.586.846	12.184.747
35-39	12.497.963	13.254.354	14.135.911	15.856.255	16.652.990	16.901.400	16.691.976	16.446.050	14.359.020	12.785.474
40-44	10.779.160	12.278.037	13.050.164	13.944.226	14.554.024	17.281.684	16.732.938	16.563.004	15.257.503	13.417.981
45-49	8.928.759	10.516.466	12.014.841	12.802.397	13.096.707	15.422.795	17.033.914	16.330.262	16.127.682	14.102.602
50-54	7.105.097	8.623.561	10.195.824	11.687.344	12.064.747	13.400.074	15.100.814	16.202.110	16.088.836	14.849.297
55+59	5.445.582	6.761.728	8.250.688	9.799.612	10.437.153	12.082.892	12.994.816	16.245.849	15.639.650	15.485.087
60+	14.235.731	16.367.881	19.601.854	23.940.885	25.964.619	35.427.289	41.541.763	54.204.894	66.457.570	73.551.010

Tabela 1 – População total por grupos etários (2000 – 2060)

Fonte: Adaptado de IBGE, 2017

No entanto, embora os países desenvolvidos apresentem maior proporção de idosos entre sua população, a velocidade do envelhecimento é maior em países em desenvolvimento, conforme comparação realizada pelo National Institute of Aging (2007), apresentada na figura 1.

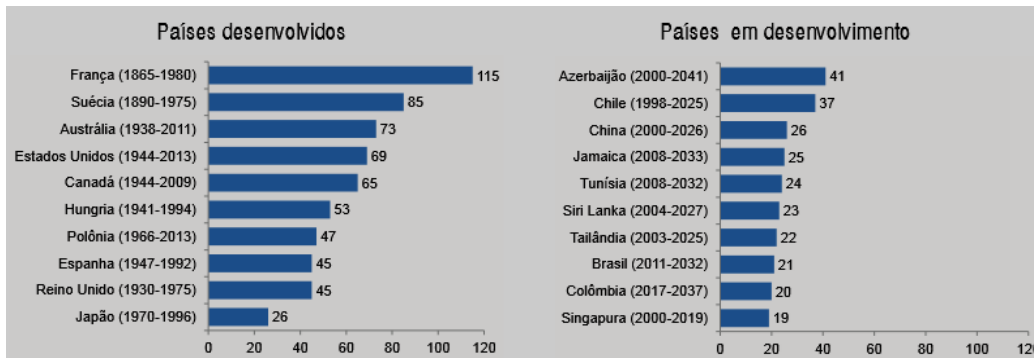


Figura1 – Velocidade de envelhecimento populacional: número de anos para a população de 65 anos e mais dobrar de 7% para 14%

Fonte: National Institute of Aging, 2007, apud CARNEIRO et al., 2013.

O eixo das ordenadas é composto pelos países analisados e o eixo das abscissas pelo número de anos. A ideia é demonstrar que enquanto países desenvolvidos como a França, por exemplo, tiveram o seu processo de envelhecimento populacional diluído em 115 anos, países em desenvolvimento vivenciarão todo este processo de maneira muito mais apressada. No caso do Brasil, estima-se que o processo levará 21 anos.

Além da tendência de envelhecimento demonstrado pelos dados anteriores, pode-se identificar outra peculiaridade deste processo que consiste na sobreposição de idosos do sexo feminino em relação ao masculino. No estudo em questão, essa peculiaridade é de suma importância pois demanda uma análise diferenciada para que seja possível suprir um atendimento específico de acordo com as necessidades dos beneficiários de sexo feminino.

Um dos fatores que pode explicar esta diferença é a maior adaptação das mulheres às mudanças na velhice, em função de estarem acostumadas com modificações drásticas no corpo, como a gravidez e a menstruação, somando-se à prevenção médica. As profissões perigosas e os assassinatos seriam alguns dos fatores que também abreviam a longevidade masculina (OTTONI, 2014, p. 999).

Portanto, ao mesmo tempo que a transição demográfica pode representar uma conquista para o país no que diz respeito aos avanços que resultaram no aumento da expectativa de vida, segundo Ramos (1997, p.13), o envelhecimento da população “gera uma demanda maior por serviços de

saúde e benefícios da previdência social, sendo natural que o custo do atendimento a essa faixa de idade seja de valor elevado”.

2.3 SERVIÇOS MAIS AFETADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO DEVIDO A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

De acordo com a literatura do tema, as principais causas do aumento nos gastos com saúde, seja público ou privado, do ponto de vista da demanda é o envelhecimento populacional e do ponto de vista da oferta, é a inserção de novas tecnologias (CARNEIRO et al., 2013, p. 13.).

Portanto, a partir do levantamento bibliográfico realizado, apurou-se que os serviços mais afetados no setor de saúde privada pelo possível aumento da composição da faixa etária idosa, serão:

	AUTORES
1	Serviços de assistência e tratamentos contínuos (long-term care), devido a maior incidência de doenças crônicas: Carneiro et al., (2013); Spillman e Lubitz, (2000); Leite, (2011); Veras, (2001); Landim et al., (2013); Santiago, (2014); Trettel, (2015); Júnior e Costa, (2006); Kilsztajn et al., (2003); ANS, (2010); Alves, (2015); Salgado, (2002); Lebrão e Laurenti, (2005); Ottoni, (2014); Oliveira et al., (2016); ANS, (2012); Mata, (2011).
2	Aumento da frequência e do gasto médio com serviços ambulatoriais (Consulta e exames): Carneiro et al., (2013); Andrade, Maia e Rodrigues, (2013); Santiago, (2014); Trettel, (2015); ANS, (2016); Júnior e Costa, (2006); Alves, (2015); Oliveira et al., (2016); ANS, (2012).
3	Aumento da frequência e do gasto médio com internações: Carneiro et al., (2013); Andrade, Maia e Rodrigues, (2013); Veras (2001); Santiago, (2014); ANS, (2016); Júnior e Costa, (2006); Kilsztajn et al., (2003); Alves, (2015); Trettel, (2015); Oliveira et al., (2016); ANS, (2012).
4	Maiores gastos assistenciais com o sexo feminino: Carneiro et al., (2013); Andrade, Maia e Rodrigues, (2013); Júnior e Costa, (2006); Moreira, (1998); Lebrão e Laurenti, (2005); Salgado, (2002); Mehdizadeh, (2002); Veras et al. (2007); Oliveira et al., (2016); ANS, (2012).
5	Aumento dos gastos com home care: Veras, (2001); Franco e Merhy, (2008).
6	Autores que não consideram o fator idade como principal agravante das alterações listadas acima: Rodrigues, (2010); Albuquerque et al., (2007).

Quadro 01 – Serviços mais sensíveis ao aumento da composição da faixa etária idosa

Fonte: Próprio autor, 2017.

Quanto ao serviço 01, Carneiro et al (2013) explica que o aumento na expectativa de vida provoca mudanças no perfil das doenças que acometem os idosos, ocasionando efeitos sobre o tipo de serviço utilizado. Devido ao processo natural de diminuição progressiva das respostas do idoso frente ao meio ambiente, o avanço da idade faz com que as doenças crônicas se tornem mais prevalentes na população, gerando maior demanda por tratamentos contínuos.

Nesse mesmo raciocínio, Veras (2001) aponta para maior incidência de doenças crônicas e múltiplas na faixa etária idosa, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e medicamentos contínuos. Em seu artigo, Veras cita os resultados do estudo sobre o acesso e utilização de serviços de saúde (IBGE,1998), no qual para faixa de 0 a 14 anos a coexistência de três ou mais patologias crônicas foi relatada por apenas 1,1% dos entrevistados, enquanto que entre os idosos os relatos atingiram 31,8%.

De maneira mais detalhada, o projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) realizado em sete países da América Latina e Caribe, e coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, em uma pesquisa objetivando coletar informações sobre as condições de vida dos idosos, entrevistou 2.143 pessoas do município de São Paulo concluindo que entre as doenças mais frequentes nos idosos estavam: hipertensão (53,3%), artrite/artrose/reumatismo (31,7%) e diabetes (17,9%) (LEBRÃO E LAURENTI, 2005).

Alves (2015, p.160) também corrobora com este indicativo, afirmando que “a maior parte da carga de doença da terceira idade no Brasil é por causa das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus e as consequências da hipertensão arterial”. Ressaltando, a partir desta afirmativa, a necessidade da adequação da regulação para que tanto o setor público de saúde quanto o privado sejam capazes de financiar a infraestrutura e o aumento de despesas médicas.

Referente ao serviço 02, Santiago (2014) menciona que de acordo com projeções para 2050, baseadas no envelhecimento populacional e no nível de renda per capita, os resultados revelam que a demanda por consultas médicas deverá crescer em 59% e em 96% para exames.

Da mesma forma, Trettel (2015) alega que o envelhecimento populacional acarreta no aumento do número de consultas, exames, hospitalizações e o consumo de medicamento, uma vez que a tendência da demanda por saúde tende a ser em “J”, ou seja, pessoas no início e no final da vida tendem a apresentar mais problemas de saúde.

Ainda acerca dos gastos com serviços ambulatoriais, no relatório da ANS (2016), foi analisada a relação percentual entre a última faixa etária e a primeira por item de despesa dos planos “Ambulatorial-Hospitalar”, de contratação individual ou familiar, com base nos dados de dezembro de 2015. Foi constatado que o custo médio de consultas médicas é praticamente o mesmo para as duas faixas etárias, no entanto, quando considerada a frequência de utilização, os custos da última faixa etária passam a ser 50% maiores do que os da primeira.

Quanto aos exames complementares, outros atendimentos ambulatoriais e demais despesas assistenciais, o custo do idoso foi, respectivamente, quase 6, 7 e 8 vezes maior do que o contabilizado na primeira faixa etária (ANS, 2016).

Acerca do serviço 03, em uma análise do gasto médio anual, por sexo e grupos etários, de beneficiários do plano de saúde da Sabesp (2009), Andrade, Maia e Rodrigues (2013) constataram que o gasto com internações por grupo etário apresenta diferença mais significativa do que a observada para consultas e exames, “evidenciando que a despesa hospitalar apresenta um componente de ciclo de vida mais importante do que a ambulatorial (consultas e exames) (ANDRADE, MAIA e RODRIGUES, 2013, p.111).

Segundo Kilsztajn et al. (2003), em decorrência do envelhecimento populacional, o número de internações por habitantes entre 1998 e 2050 deverá aumentar em 47%. No entanto, se este processo for acompanhado pelo aumento do rendimento familiar per capita, esse acréscimo poderá ser contido em 39%.

Quanto aos gastos assistências com o sexo feminino, serviço 04, para Salgado (2002):

Os problemas ou mudanças que acompanham ou surgem na etapa da velhice (doenças crônicas, recursos econômicos insuficientes, necessidades de atenção ou cuidado, sobrevivência a amigos próximos e a familiares, entre outros) são, predominantemente, problemas femininos (SALGADO, 2002, p. 10).

Veras et al. (2007) aponta que até 2025 uma grande proporção da população brasileira será idosa com predominância das mulheres, pelo fato de terem uma expectativa de vida maior.

No entanto, assim como Salgado (2002), Veras et al. (2007) ressalta que apesar da maior longevidade, as mulheres apresentam maior morbidade do que os homens. Evidenciando-se, assim, que a demanda por saúde pelo sexo feminino será crescente nas próximas décadas.

Com relação ao serviço 05, que discorre acerca dos gastos com home care, termo que designa a provisão de serviços de saúde em domicílio ou em outro local não institucional e geralmente oferecido como uma assistência em determinados planos de saúde, Veras (2001) alega que:

Com a ampliação da população idosa, a modalidade do cuidado domiciliar tende a acompanhar esse crescimento. O idoso, com suas múltiplas patologias e almejando ter sua vida o menos possível conturbada, na imensa maioria das vezes opta pelo tratamento domiciliar (VERAS, 2001, p.83).

Quanto aos autores que não designaram o fator idade como o principal agravante nos custos, referente ao serviço 06, segundo Rodrigues (2010) a inclusão de fatores "não demográficos" nas previsões como, fatores institucionais e econômicos, mitiga o efeito demográfico demonstrando assim, forte relação com a variável custo.

E, segundo Albuquerque et al. (2007), devido à expansão dos planos coletivos em detrimento dos individuais, as variáveis mais impactantes nos custos e receitas dos planos privados seriam a manutenção do emprego formal e a renda.

Ademais, vale ressaltar que a necessidade da inserção de novas tecnologias também foi identificada como importante variável corroborativa para o aumento dos custos.

2.4 MEDIDAS PARA MANUTENÇÃO DO SETOR

Uma vez constatada as mudanças no perfil etário brasileiro e os seus prováveis impactos no setor de saúde, torna-se indispensável a busca por medidas capazes de minimizar os efeitos negativos sobre o setor, a fim de garantir sua solvência e a manutenção dos serviços garantindo a qualidade.

Portanto, através de um estudo bibliográfico, após identificar os serviços mais afetados com o envelhecimento da população, o presente estudo reuniu medidas propostas e referenciadas por diversos autores, visando auxiliar na busca pelas alternativas mais viáveis a serem implantadas pelo setor de saúde suplementar, a médio ou longo prazo.

Acredita-se que através de uma prévia preparação do setor, será possível atender a futura demanda conservando sua sustentabilidade financeira assim como a eficiência dos serviços (CARNEIRO et al, 2013).

2.4.1 Medidas mencionadas pelos autores estudados

Carneiro et al. (2013) destaca a importância da adoção de programas de promoção a saúde e estímulo ao envelhecimento ativo por parte das operadoras de planos de saúde. O autor sugere, também, a inserção de novos tipos de produtos como “o plano de poupança, para complementação da mensalidade do plano de saúde a partir dos 59 anos de idade (...)”.

A ideia anterior é corroborada também pelo Guia da Saúde Suplementar, elaborado pelo IESS (2013), que sugere planos no estilo “Saúde-Previdência” semelhante ao VGBL/PGBL e planos combinados com poupança e franquia. No entanto, a viabilidade financeira dessa implantação não foi avaliada, sendo necessário assim a correta precificação desse tipo de produto para sua validação perante ao mercado.

O Guia sugere, também, alternativas para a forma de financiamento que atualmente baseia-se no *fee-for-service*. A seguir são destacadas algumas das alternativas de financiamento propostas:

Capitação – a remuneração é feita mensalmente por usuário do estabelecimento de saúde, independentemente dos procedimentos utilizados por ele. Essa modalidade tende a aumentar o acesso dos beneficiários ao sistema de saúde (capitação de novos pacientes) e estimular ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que tornam a prestação de serviços curativos menos frequente e onerosa.

Conta Aberta Aprimorada – é o modelo recomendado para procedimentos hospitalares em que há dificuldade de padronização dos insumos e serviços consumidos. Reduz a burocracia, facilitando a emissão das contas e o recebimento do pagamento, além de simplificar o trabalho de auditoria e reduzir os custos com as transações entre operadoras e prestadores de serviços.

Pagamento por Desempenho (P4P) – sistema em que os prestadores são remunerados de acordo com seus indicadores de desempenho e eficiência, estimulando o investimento em qualidade dos serviços e segurança do paciente. A desvantagem é de que alguns procedimentos podem ser adotados simplesmente para se bater metas, sem que o paciente realmente necessite daquela intervenção (IESS, 2013).

Segundo Leite (2011), o ponto primordial a respeito da forma de financiamento e precificação seria rever e aprofundar a legislação vigente, principalmente no que tange as designações quanto aos limites de variação de preço entre faixas etárias. Uma vez que para respeitar o limite da última faixa etária (até 6 vezes maior que a primeira) será necessário aumentar os preços dos planos para a primeira faixa, comprometendo assim as vendas e a sustentabilidade das operadoras.

Para Veras (2001), o desafio é prolongar o tempo de vida preservando a qualidade e a autonomia. Devido a maior incidência de doenças crônicas nos idosos, “a proposta-chave para este grupo é postergar o início da doença, através do seu adequado monitoramento”. Dessa forma, o impacto nos custos poderá ser menor, pois o acompanhamento de caráter preventivo tende a ser mais barato do que os tratamentos intensivos, na maioria dos casos.

Além de ações de cunho preventivo, Trettel (2015) destaca a necessidade de programas qualificados para a reabilitação dos já doentes. Nesse contexto de necessidade da inserção de programas voltados para saúde da faixa etária idosa, na agenda regulatória 2011/2012, a ANS trouxe como proposta “estimular as operadoras a criar incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas de acompanhamento de sua saúde”.

No caso feminino, além das doenças acometidas pela idade, Salgado (2002) ressalta a preocupação com a maior incidência de depressão acometida pela solidão vivenciada pela mulher idosa, em muitos casos devido a viuvez e a emancipação dos filhos. Para este caso, o autor expõe a

necessidade da formação de grupos de apoio e discussão, a fim de prover uma maior socialização e postergar ou até mesmo evitar doenças emocionais.

Quanto a precificação, Ramalho (2012) propõe uma forma diferenciada a partir de um modelo misto que conjuga métodos baseados em custo, mercado e concorrência, defendendo que este modelo satisfaz de forma mais eficaz as exigências do cenário de saúde. O autor propõe, também, futuras análises acerca da viabilidade de outros tipos de precificação como: preço de plano em faixa etária única e carregamento de segurança única.

De uma maneira mais ampla mas também relevante, Santiago (2014), em um estudo de identificação da estrutura de consumo segundo a presença de indivíduos de idades específicas no domicílio, após concluir que a presença de idosos no ambiente domiciliar gera maior diferença nos gastos com medicamentos, plano de saúde e serviços de atendimento hospitalar, destaca a necessidade da realização de investimentos nas indústrias farmacêuticas a fim de garantir o aumento de sua capacidade produtiva e especialização, de forma a preparar-se para o atendimento do crescente consumo.

3 METODOLOGIA

O estudo em questão diz respeito ao setor de saúde suplementar brasileiro, com base nos dados divulgados até o primeiro trimestre de 2017. O referido setor é composto pela comercialização de planos e seguros de assistência médica à saúde. Os serviços privados são prestados mediante a contratação de planos de saúde oferecidos por operadoras do ramo, reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conforme determinação da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

Quanto à finalidade, a pesquisa é caracterizada como aplicada, pois objetiva contribuir para o aumento do conhecimento a respeito das consequências do envelhecimento da população no setor de saúde, assim como ações preventivas capazes de amenizar futuros impactos no setor.

Referente ao método, a pesquisa é formulada a partir do método qualitativo, pois utiliza-se da pesquisa bibliográfica para a identificação dos serviços mais afetados na área de saúde suplementar e possíveis medidas para manutenção do setor.

Acerca dos objetivos, pesquisa é de caráter exploratório, pois tem como objetivo se familiarizar com os temas relacionados aos planos de saúde e transição demográfica brasileira através de pesquisas bibliográficas.

E a respeito dos procedimentos técnicos adotados para realizar a pesquisa, são eles bibliográfico, a partir da leitura de científicos, monografias, livros e teses; e documental pois baseia-se em fontes como tabelas de dados, relatórios e leis.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O desafio demográfico brasileiro, assim como o de outros países de média e baixa renda, envolve três questões principais: a manutenção do crescimento econômico, a sustentabilidade fiscal e a provisão adequada de serviços essenciais, em especial a assistência à saúde. (FELIX, 2007; BANCO MUNDIAL, 2011 apud CARNEIRO et al., 2013).

Acerca da área de saúde, os autores estudados, concordam que os gastos hospitalares (como, internações) serão significativamente maiores do que os gastos assistenciais com o sexo feminino e ambulatoriais (consulta e exames), sendo o gasto com serviços de tratamentos contínuos o mais afetado devido a maior probabilidade de doenças crônicas na faixa etária idosa.

Assim como qualquer outro tipo de mercado de bens ou serviços, os setores devem sempre acompanhar as necessidades de seu público alvo assim como a necessidade de inovação para a manutenção da oferta de seus serviços e competitividade.

No mercado de planos de saúde, essa regra não deve ser diferente. Por mais que envolva outros fatores em sua precificação, o mercado deve chegar a alternativas viáveis para continuidade dos seus serviços.

Ressaltando que a disseminação da rejeição do beneficiário idoso por justificativa de risco excluído e a oferta de planos com valores extremamente altos a fim de que o próprio contratante desista de adquiri-lo, não deve configurar-se na única prática viável.

5 CONCLUSÃO

Mediante os prováveis cenários acerca do envelhecimento populacional e da qualidade de vida, observando variáveis como: crise econômica, questões demográficas, custo da incorporação tecnológica, além dos problemas persistentes em países de baixo e médio desenvolvimento; é de se esperar que o Brasil se enquadre no cenário no qual o envelhecimento gerará um maior ônus para as operadoras, beneficiários e novos contratantes.

Portanto, diante desta problemática, o presente estudo concentrou-se em buscar na literatura existente os serviços apontados com maior sensibilidade em relação as mudanças etárias brasileiras, assim como reunir medidas de cunho preventivo, a fim de que sejam implementadas pelas

operadoras de planos privados visando amenizar ou preparar-se para os desafios que uma população envelhecida acarretará.

Para chegar nas análises desejadas, pesquisou-se acerca das variáveis que permeiam a composição do preço dos planos de saúde e a sua relevância, concluindo que no Brasil o financiamento dos planos é feito com base no princípio do Pacto Geracional e sua precificação é calculada a partir de faixa etárias, indicando que o fator idade tem grande relevância para a formação dos preços do setor.

Foram expostas, também, as mudanças já encontradas na configuração etária brasileira e no perfil dos contratantes de planos de saúde. A partir deste cenário, foram levantados os serviços de saúde mais sensíveis às transformações etárias que resultam no envelhecimento dos beneficiários.

De acordo com a literatura levantada, concluiu-se que o serviço mais afetado será o de tratamentos contínuos devido à grande incidência de doenças crônicas na faixa idosa como, diabetes e hipertensão. Em seguida destacou-se o aumento dos custos com internações e maiores gastos assistenciais com o sexo feminino, respectivamente.

Dessa forma, autores relacionados ao tema apontam medidas como, a inserção cada vez maior de programas de atenção à saúde do idoso e a promoção de ações preventivas, acreditando que através de um envelhecimento ativo e periodicamente monitorado por profissionais da área, seja possível reduzir os casos de doenças mais graves e aumentar o tempo de vida desfrutado com qualidade.

E, portanto, com uma população com mais saúde ao final da vida e menos necessidade de tratamentos agudos, pode-se esperar pela redução ou ao menos pela contenção dos gastos gerados pelo aumento do número de idosos nas carteiras.

Portanto, para superar este desafio duo entre manter a qualidade do atendimento e o equilíbrio financeiro da carteira, é fundamental que as operadoras discutam esse cenário, o modelo de atenção e a forma de financiamento, bem como a legislação vigente e a regulação da relação entre o setor público e o privado.

No entanto, vale ressaltar que o estudo em questão limitou-se à questão demográfica no que tange a idade, não considerando em sua análise demais variáveis como, a necessidade de investimentos em novas tecnologias, a renda populacional, imigração e questões de caráter econômico-financeiro.

Deixando, assim, o incentivo para pesquisas mais aprofundadas sobre a temática e capazes de conjugar todas as variáveis anteriores a fim de que se chegue em previsões cada vez mais precisas, auxiliando o desenvolvimento de futuros trabalhos na área.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 1421-1430, 2007.

ALVES, J. E. D.; VASCONCELOS, D. S.; CARVALHO, A. A. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil:** cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. Distrito Federal: Texto para Discussão CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA. 2010.

ALVES, S. L. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro. Funenseg. 192 p. 1ª ed. 26 cm. 2015.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C.; RODRIGUES, C. G. **Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil.** Revista bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S103-S117, 2013.

ANS. **Análise de Nota Técnica Atuarial de Produtos (NTRP) e Pacto Intergeracional.** 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/analise_ntrp.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ANS (Brasil). **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2017.

ANS. **Painel de precificação:** plano de saúde 2015. Agência Nacional Saúde Suplementar. Rio de Janeiro v. 4 p. 1-40. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro.** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS

[org], 2013. Disponível em: <www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pd>. Acesso em: 27 abr. 2017.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, núm. 5. 2008. p. 1511-1520. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013513>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

IBGE. **Projeções da população Brasil e Unidades da Federação**. v. 40. Rio de Janeiro: Série Relatórios Metodológicos, 2013.

IESS. **Guia da saúde suplementar**. 2. ed. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=9>. Acesso em: 15 jun. 2017.

IESS. **Conjuntura - Saúde Suplementar**. 31. ed. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=2>. Acesso em: 15 jun. 2017.

IESS. **Saúde Suplementar em Números**. 15. ed. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=14>. Acesso em: 15 jul. 2017.

JÚNIOR, C. S. D.; COSTA, C. S. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú - Minas Gerais. 2006.

KILSZTAJN, S. et al. **Serviços de Saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira**. *Revista Brasileira de Estudos de População*. v.20, n.1, p.93-108. 2003.

LANDIM, A. et al. **Equipamentos e tecnologias para saúde: oportunidades para uma inserção competitiva da indústria brasileira**. *BNDES Setorial* 37, p. 173-226, 2013. Disponível em:<<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/1494>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. **Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo**. *Revista BrasEpidemiol*. p. 127-41. 2005.

LEITE, F. **Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde.** IESS 0042/2011. Disponível em:

<<http://www.iess.org.br/TDIESS00422011EnvelhecimentoFE.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MATA, B. R. R. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso.** 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado em demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

MEHDIZADEH, S. **Health and Long-Term Care Use Trajectories of Older Disabled Women.** *The Gerontologist*, Washington, DC, v. 42, n. 3, p. 304-313, 2002.

MOREIRA, M. M. **O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência.** *Revista Brasileira de Estudos de População*. Brasília, v.15, n.1, p.79-94. 1998.

OLIVEIRA, M. et al. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor.** Rio de Janeiro. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 132 p. 2016.

OTTONI, M. A. M. **Longevidade: uma conquista ou um peso para a sociedade brasileira?** *Revista Eletrônica Polêmica*. v. 13, n.1. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9630/7556>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

RAMALHO, R. L. **Precificação de planos de saúde.** 2002. 141 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

RAMOS, S. G. **A base atuarial dos planos de saúde (1ª parte).** *Revista do IRB*, v. 58, nº.278, abr./jun. 1997.

RODRIGUES, C. G. **Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050.** 2010. 230 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

SALGADO, C. D. S. **Mulher idosa: a feminização da velhice.** *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19. 2002.

SANTIAGO, F. S. **Projeções dos impactos econômicos decorrentes das mudanças demográficas no Brasil para o período de 2010 a 2050.** 2014. 147 f. Tese (Doutorado em

Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, V. C. W. de; ORTEGA, G. R; FARIA, A. C. de. **Estratégias na Formação de Preço de Serviços de Saúde: Estudo de Caso em um Hospital Oncológico em São Paulo.** XX Congresso Brasileiro de Custos – Uberlândia, MG, Brasil, 2013.

SPILLMAN, B. C.; LUBITZ, J. **The effect of longevity on spending for acute and long-term care.** The New England Journal of Medicine, vol. 342, n. 19: 1409-1415. 2000.

TRETTEL, D. B. **Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável?** 2015. 131 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

VERAS, R. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde.** Revista USP, São Paulo, n.51, p. 72-85, 2001.

VERAS, R. P. et al. **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.** Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007.