

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

The elderly and healthcare plans in Brazil:
analysis of the complaints received by the National Regulatory
Agency for Private Health Insurance and Plans

Wilson Marques Vieira Junior ¹
Mônica Martins ²

Abstract *Although the Unified Healthcare System provides universal coverage, about 25% of the population in Brazil has some form of private healthcare. Considering that the population is aging, the prevalence of chronic diseases and the high costs associated with healthcare, the goal of this study is to assess if the barriers to access and use of the services offered by healthcare plans, expressed as beneficiary complaints, have a greater impact on the elderly than on adults and children. Transverse, exploratory study using a quantitative descriptive approach and secondary data provided by the ANS (the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans). This study analyzed complaints filed with the ANS by beneficiaries in the Southeast of Brazil between 2010 and 2012. The study population corresponded to 92,235 complaints. The elderly filed proportionately more complaints (60.8 vs. 25.5 complaints per 10 thousand beneficiaries). The most frequent (68.1%) complaints by the elderly were related to coverage. The results reinforce the idea that the organizational elements of private healthcare plans affect especially those groups most likely to use healthcare plans.*

Keywords *Healthcare system, Supplemental Health, Elderly, Healthcare Plans, Service coverage*

Resumo *Embora conte com um Sistema Único de Saúde com cobertura universal, cerca de 25% da população brasileira possui seguros de saúde privados. Considerando o contexto atual de envelhecimento populacional, prevalência de doenças crônicas e altos custos associados aos cuidados em saúde, o presente estudo tem o objetivo de avaliar se as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde, expressas em reclamações de beneficiários, afetam de forma mais contundente a população idosa, comparativamente a adultos e crianças. Estudo transversal e exploratório que adotou uma abordagem quantitativa descritiva utilizando dados secundários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Foram analisadas reclamações recebidas pela ANS de beneficiários da Região Sudeste do Brasil no período de 2010-2012. A população de estudo correspondeu a 92.235 reclamações. Os idosos foram o grupo populacional que proporcionalmente apresentou mais reclamações (60,8 versus 25,5 reclamações/10.000 beneficiários). O tema mais frequente das reclamações dos idosos esteve relacionado à cobertura assistencial (68,1%). Os resultados reforçam a ideia de que dispositivos organizacionais dos planos de saúde privados afetam em especial os grupos mais propensos a utilizar os serviços de saúde.*

Palavras-chave *Sistemas de saúde, Saúde suplementar, Idoso, Planos de saúde, Cobertura Assistencial*

¹ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Núcleo da ANS Rio de Janeiro. Av. Augusto Severo 84, Glória. 20021-040 Rio de Janeiro RJ Brasil.
wilsonmvjr@yahoo.com

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

No Brasil, a despeito da garantia constitucional de um sistema universal público de saúde para sua população, as políticas governamentais de saúde foram responsáveis pelo estabelecimento, consolidação e crescimento do setor privado de saúde. O Estado brasileiro fez 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 política e economicamente relevante. A estruturação do setor de saúde suplementar é consequência das relações historicamente estabelecidas entre o Estado e o setor privado de saúde. Embora, ao longo do tempo, o setor saúde, no Brasil, tenha adquirido composições variadas do papel público e privado em função da política de saúde, sempre houve interseção entre Estado e serviços privados que foram se consolidando com forte financiamento público¹.

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 incentivos diretos e indiretos do Estado, constituindo assim em uma barreira à universalidade e à equidade no uso dos serviços de saúde^{2,3}.

A este quadro agrega-se a questão do envelhecimento populacional. Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações⁴, enquanto que no Brasil vem ocorrendo de forma acelerada. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 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 população⁵. Estimativas para 2030 indicam que haverá no Brasil 40,5 milhões de idosos, correspondendo a 18,7% da população; e em 2050 avalia-se que essa faixa etária representará cerca de 29% do total da população brasileira⁶.

Diante deste contexto de transição demográfica, resultando no aumento da proporção de idosos na população mundial e brasileira, discute-se o impacto do envelhecimento 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 beneficiários

destes têm 60 ou mais anos de idade⁷. Trata-se de um grupo populacional portador de múltiplas doenças crônicas e, assim, com maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde e maior risco de que esse cuidado exija grande intensidade de recursos e consequentemente incorra em altos gastos.

A associação da transição demográfica com a maior utilização dos serviços de saúde por idosos indica uma projeção de aumento da demanda e de seus respectivos gastos, causando preocupação quanto à sustentabilidade dos sistemas de saúde⁸⁻¹⁰. Nesse cenário, estudos sobre o padrão de utilização dos serviços de saúde por idosos apontam que estes apresentam maior utilização, além de grande representatividade nos gastos com internações¹¹⁻¹⁶. Entretanto, alguns autores questionam se pode ser atribuída aos idosos a maior parcela de responsabilidade pelo aumento das despesas dos sistemas de saúde. Reinhardt¹⁷ entende que os principais fatores que influenciaram o crescimento progressivo das despesas com saúde nos Estados Unidos estavam mais relacionados à incorporação de novas tecnologias, aumento da remuneração do setor e distribuição assimétrica do mercado, dando aos fornecedores dos serviços maior poder de negociação para fixar valores e preços.

A expansão do setor privado no Brasil transformou a assistência à saúde em um bem de consumo; assim, para parte das empresas privadas de saúde a lucratividade do negócio passa, também, pela seleção de risco, com natural exclusão dos consumidores mais arriscados, sobretudo doentes crônicos e idosos¹⁸. 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, além da possibilidade de tratamentos muito onerosos nos anos finais de vida.

Nesta perspectiva, pode-se reconhecer que há um ponto de tensão considerável na relação idosos-operadora de saúde. Há dificuldades para o ingresso deles nos planos de saúde, seja por estratégias de comercialização, por constrangimentos ou por dificuldades impostas, como exigir laudos médicos ou entrevistas qualificadas. Há ainda a adoção de mecanismos de regulação, como exigência de autorização prévia ou análises de solicitações médicas, que dificultam a utilização da rede assistencial. Embora estas condutas incidam sobre todos os grupos, pode-se supor que seu efeito seja maior nas faixas etárias mais avançadas ou em portadores de doenças cujo tratamento inclui uso intenso de tecnologias ca-

ras. Acrescente-se ainda o impacto do reajuste da mensalidade ao atingir a última faixa etária, com aumentos que podem ultrapassar 100% do valor da mensalidade, o que pode impossibilitar o pagamento, resultando na migração do idoso para o SUS.

Além da seleção de clientela e de riscos, as operadoras também utilizam mecanismos previstos na regulamentação da saúde suplementar, para controle tanto da demanda quanto da utilização dos serviços¹⁹. No Brasil, observou-se a adoção da atenção gerenciada calcada no controle do ato médico, na busca da melhor relação custo/efetividade e no uso racional dos serviços e insumos de cada tratamento²⁰. Contudo, a variedade de mecanismos praticados pelas operadoras de planos de saúde restringe tanto a utilização de serviços desnecessários como necessários.

Parece razoável aventar que essa microrregulação seja exercida pelas operadoras de forma mais pontual em pacientes ou em grupos de maior risco de aumento da sinistralidade. Essa forma de restrição de acesso gera insatisfação entre os beneficiários quando obtêm uma indicação médica para realização de determinado procedimento e deparam-se com negativas, postergações ou omissões por parte da operadora de saúde²¹. Os principais motivos para insatisfação com os planos de saúde 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 geográfica²².

Considerando todos esses elementos é de se esperar que a insatisfação dos idosos com as más 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. 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.

Dessa forma, o presente estudo objetiva avaliar se as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde, expressas nas reclamações encaminhadas à ANS por beneficiários da Região Sudeste do Brasil, no período de 2010 a 2012, afetam de forma mais contundente a população idosa.

Metodologia

O universo deste estudo inclui as reclamações de beneficiários residentes nos estados da Região Sudeste do Brasil, no período de 2010 a 2012, dirigidas à ANS. 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 saúde 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 geral²³.

A principal fonte de informação foi a base de dados gerada pelo Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), onde todas as reclamações são registradas pela ANS. Essa fonte de informação tem sua origem relacionada à própria criação da ANS. Dentre as competências da ANS, estabelecidas pela Lei 9.961, está a fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde²⁴. 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 multa.

Os dados extraídos do SIF em 17 de abril de 2013, circunscritos aos registros de reclamações dos anos de 2010, 2011 e 2012, compuseram o banco de dados para esta análise. Dos 106.037 casos existentes foram excluídos os registros sem data de nascimento do beneficiário, os duplicados feitos pelo mesmo beneficiário e os referentes a operadoras ou a cooperativas odontológicas. Por fim, o universo de análise ficou composto por 92.235 registros.

Das variáveis disponíveis nesse sistema, foram analisadas aqui:

Ano de referência – Esta informação permite acompanhar a evolução do quantitativo de reclamações. Foi utilizada para descrever a proporção de reclamações por faixa etária.

Tipo de contratação – Define o tipo de vínculo do beneficiário com a operadora, se é um contrato individual ou coletivo, por adesão ou coletivo empresarial.

Época de contratação – Indica se o contrato de plano de saúde do beneficiário reclaman-

te foi firmado antes ou após a data de início da vigência da Lei 9.656, em 2 de janeiro de 1999, a qual regulamentou o setor de planos de saúde privados no Brasil. Após 1999, trata-se de um contrato regulamentado que segue seus artigos. Se firmado antes dessa data, é considerado como não regulamentado, com coberturas, reajustes e demais condições determinadas pelas respectivas cláusulas contratuais.

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 cooperativas odontológicas.

Estado – Informa a unidade da federação de residência do beneficiário, foi empregada para comparar possíveis diferenças regionais.

Tema – Os temas definidos nos registros das reclamações em estudo estão inseridos em uma árvore temática do SIF. Os temas mais relevantes para este estudo foram aqueles decorrentes da relação beneficiário-operadora: Cobertura; Contratos e Regulamentos; e Mensalidades e Reajustes. Outros assuntos que não se enquadravam nos temas pré-estabelecidos são classificados pelo Disque ANS como “Temática Nova”. E assuntos de teor regulatório envolvendo aspectos econômico-financeiros, envio de informações obrigatórias à ANS e transferências de carteira entre operadoras são agrupados em “Outros Temas”.

Para a análise das reclamações, foram construídos os seguintes indicadores:

- Proporção de reclamações com relação ao número total das encaminhadas entre 2010 e 2012, calculada pelo “nº de reclamações/total de reclamações por 100”. Esta proporção foi comparada segundo três faixas etárias: 0 a 19 anos; 20 a 59 anos; e 60 anos ou mais.

- Proporção de beneficiários (nº de beneficiários/total de beneficiários por 100). Neste cálculo utilizou-se o número de beneficiários registrados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS em dezembro de 2012; dado obtido por meio do ANS-Tabnet em maio de 2013. Esta proporção foi comparada segundo três faixas etárias: 0 a 19 anos; 20 a 59 anos; e 60 anos ou mais. Vale destacar que não havia informação sobre faixa etária para 3.275 beneficiários; pois, embora esses casos não tenham sido incluídos nos indicadores específicos, optou-se por descrevê-los nas tabelas.

- Coeficiente de reclamações por beneficiários segundo faixa etária, expresso pela fórmula “nº de reclamações/nº de beneficiários por 10.000”.

Este coeficiente expressa o quantitativo de reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários e permite aferir o quanto o grupo de idosos reclama em comparação aos demais grupos etários.

Resultados

Das 92.235 reclamações analisadas, o grupo de idosos, que representa 11,8% do total de beneficiários, foi responsável por 24,2% das reclamações encaminhadas à ANS (Tabela 1). O coeficiente de reclamações, considerando todo o triênio estudado, foi 60,8 reclamações/10.000 beneficiários idosos, contra 31,1 reclamações/10.000 beneficiários da faixa etária de 20-59 anos. Ou seja, os idosos reclamam quase duas vezes mais que os beneficiários em idade adulta (Tabela 2). Mesmo entre idosos, as idades mais avançadas apresentaram o coeficiente de reclamações elevado, variando entre 57,9 reclamações/10.000 beneficiários de 65-69 anos até 63,9 reclamações/10.000 beneficiários de 74-79 anos.

Tabela 1. 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.

Tabela 2. Coeficiente de reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012.

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

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

O número anual de reclamações aumentou 130,5% no período, passando de 18 mil para mais de 40 mil. Por outro lado, o número de beneficiários cresceu somente 5,9%, passando de aproximadamente 29 para 31 milhões. Em todos os anos, a proporção de reclamações de idosos foi maior do que a de beneficiários. O número de reclamações na faixa etária de 20 a 59 anos apresentou um aumento maior (146,8%) do que na de 60 anos ou mais (92,7%) (Tabela 3). Apesar da redução proporcional das reclamações de idosos, seu coeficiente foi maior em todos os anos e aumentou progressivamente, passando de 14,4, em 2010, para 26,1 reclamações/10.000 beneficiários, em 2012 (Tabela 2).

Apesar dos vínculos contratuais do tipo individual/familiar representarem somente 19,1% dos beneficiários da Região Sudeste, verificou-se um expressivo percentual de reclamações referentes a essa modalidade contratual (48,2%). Entretanto, pode haver problemas na qualidade dessa informação, por possível desconhecimento do beneficiário com relação à forma de contratação. A proporção de “beneficiários idosos” nas reclamações foi maior do que a proporção de “idosos beneficiários” em todos os tipos de contratação. O coeficiente de reclamações foi sempre maior entre os idosos, independentemente do tipo de contratação, sendo que o maior valor foi encontrado nos planos individuais, com 105,8 reclamações por 10.000 beneficiários idosos.

Embora haja ausência de registro desta informação em 58,7% das reclamações, foi elevada a proporção daquelas relativas a planos não regulamentados (50,6%), reflexo tanto da maior proporção de idosos beneficiários nesses contra-

tos (26,2%), como da vigência de cláusulas restringindo a utilização dos serviços ou prevendo reajustes elevados. Esta situação resulta em conflito entre o beneficiário e a operadora. Contudo, seja o contrato firmado antes ou após a regulamentação de planos, o coeficiente de reclamações foi maior entre os idosos. Considerando somente as reclamações que continham a informação da época de contratação, verificou-se que o coeficiente foi cerca de 24 para cada 10.000 beneficiários idosos, tanto nos vínculos regulamentados quanto nos não regulamentados.

A medicina de grupo foi a modalidade de operadora com maior proporção de reclamações (58,6%). Contudo, independentemente da modalidade da operadora, a proporção de reclamações de idosos é sempre maior do que a daqueles vinculados a cada modalidade. Análise do coeficiente de reclamações indica que em todas as modalidades de operadoras os maiores valores foram encontrados no grupo de idosos. O coeficiente de reclamações de idosos da modalidade de medicina de grupo foi de 99,5 para 10.000 beneficiários; em seguida a de seguradora especializada em saúde aparece com 58,9 reclamações/10.000 beneficiários idosos. Os menores índices encontram-se nas modalidades de autogestão e filantropia, ambas com cerca de 22 reclamações para 10.000 beneficiários idosos (Tabela 4).

Com relação aos estados da Região Sudeste, São Paulo apresenta 59,9% do total de beneficiários, responsáveis por 64% das reclamações. Esta análise ressalta Minas Gerais, que com 17,1% dos beneficiários na região, é responsável por somente 8% das reclamações. Em todos os estados desta região, a proporção de reclamações de idosos foi

Tabela 3. Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, Região Sudeste, 2010-2012.

Beneficiários e reclamações	2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%
Beneficiários (dez 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.

maior que de beneficiários dessa faixa etária. A maior proporção de reclamações foi encontrada no Rio de Janeiro (26,5%), que também possui o maior percentual de beneficiários idosos (15,0%).

O coeficiente de reclamações por estado da região também foi maior no grupo de idosos, mas Minas Gerais apresentou o menor, com 26,3 para 10.000 beneficiários dessa faixa etária. Por outro lado, Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram coeficientes em torno de 65 reclamações por 10.000 beneficiários idosos (Tabela 5).

Quando analisados os temas das reclamações, observou-se que a cobertura assistencial foi o principal motivo (68%) (Tabela 6), refletindo questões de restrições de acesso desse grupo populacional impostas pelas operadoras de planos de saúde. Deve-se ressaltar que entre os idosos há um elevado percentual de reclamações contra “mensalidades e reajustes” (12,7%), em comparação ao mesmo tema no grupo de adultos (6,0%) (Tabela 6).

Tabela 4. 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	61,7	1.173.481	11,8	1.089	0,1	9.925.532	100,0
Filantropia	263.902	23,6	654.459	58,3	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	68,3	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	72,2	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.

Tabela 5. 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	25,6	3.329.356	62,7	617.008	11,6	281	0,1	5.313.999	100,0
Rio de Janeiro	1.476.004	24,5	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	63,4	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	20,4	-	-	3.095	100,0
Minas Gerais	728	9,9	5.035	68,1	1.625	22,0	-	-	7.388	100,0
Rio de Janeiro	2.166	9,5	14.514	63,9	6.027	26,6	-	-	22.707	100,0
São Paulo	6.038	10,3	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.

Tabela 6. 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	0,6
	Não informado	27	0,3
	Total	9.289	100,0
20-59 anos	Cobertura	44.241	73,0
	Contratos e Regulamentos	9.319	15,3
	Mensalidades e Reajustes	3.622	6,0
	Temática Nova	2.820	4,6
	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	13,8
	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.

Discussão

O presente estudo procurou dimensionar em que medida as estratégias de seleção de riscos e de redução de custos assistenciais, adotadas pelos planos de saúde, afetam os idosos, conforme repercutem nas reclamações encaminhadas à ANS. A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto 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, a maximização dos lucros é um comportamento esperado. E nessa busca por lucratividade certos grupos podem ser mais afetados que outros.

Neste estudo observou-se que os idosos, comparativamente às outras faixas etárias, embora não constituam o principal grupo de beneficiários de planos de saúde, endereçam mais reclamações à ANS. Esse fato gera preocupação, afinal nas 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. Esse achado parece reforçar

o raciocínio de que dispositivos organizacionais dos planos de saúde privados criam barreiras de acesso e também 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 em função de suas características inerentes como prováveis portadores de múltiplas doenças crônicas e maior padrão de utilização dos mesmos. Entretanto, adultos e crianças certamente são também atingidos por essas restrições, especialmente doentes crônicos e grávidas.

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, são considerados de alto custo, conforme verificado em estudos anteriores com base em informações sobre ações judiciais e reclamações da ANS²⁵⁻²⁷.

Essa condição é ilustrada por Scheffer²⁵: *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.*

Além disso, o significativo percentual de reclamações de idosos relacionados aos altos valores de mensalidade (12,7%) ilustra o impacto dos altos percentuais de reajuste aplicados nas faixas etárias mais avançadas. Isso também consiste em uma barreira de acesso, pois inviabiliza a manutenção do plano de saúde. Acrescente-se a esse quadro a dificuldade em migrar para outro plano de saúde diante da opção comercial da maioria das operadoras de não disponibilizar planos na modalidade individual.

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. Durante a análise das reclamações, constatou-se um grande número de registros sem informação sobre a época de contratação e significativo volume de reclamações cadastradas com o tema “Temática Nova”, o qual é bastante vago e provavelmente 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, fundamental para poder

analisar as razões que levam o beneficiário a apresentar uma reclamação, e também para monitorar condutas das operadoras ao longo do tempo.

Também não foi possível inferir qualquer conclusão a respeito de negativas de participação de idosos em planos de saúde, afinal, o tema mais indicado para tal conduta, dentre os existentes, seria o de “Contratos e Regulamentos”, que é demasiado abrangente. Nessa linha, seria ainda interessante 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.

Ressalte-se que 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. Certamente existem outros dados, referentes a reclamações de beneficiários de planos de saúde, dispersos em outros sistemas de informação, tais como órgãos da justiça e de defesa do consumidor. Há também muitas situações em que os beneficiários têm seu problema de saúde solucionado ao recorrer ao SUS. Uma considerável parcela de indivíduos que possuem planos de saúde utiliza os serviços de saúde públicos^{2,28}.

A constatação no presente estudo de que o conflito de interesses entre operadoras de planos de saúde e beneficiários afeta de forma mais específica o grupo de idosos é de extrema relevância para definição de políticas de saúde e regulatórias para esse setor. Sobretudo face aos desafios que o envelhecimento populacional, com seu perfil de morbidade, traz, exigindo a reorganização e a coordenação do cuidado em saúde no Brasil, à semelhança de outros países. Nessa perspectiva, os sistemas de saúde e as organizações de saúde devem priorizar as ações preventivas para manter as pessoas saudáveis por mais tempo, ao mesmo tempo em que busquem a integração da rede assistencial – ambulatórios, serviços de emergência e hospitais – com serviços de apoio social²⁹.

Face ao desafio exposto acima, paradoxalmente, o modelo vigente de comercialização da assistência à saúde por parte das operadoras

caminha em outra direção, na qual o cuidado à saúde é pautado, sobretudo, por aspectos financeiros. Com isso, torna-se difícil compatibilizar direito à saúde e cuidado em saúde como atividade econômica de caráter privado. Nesse contexto, Campos³⁰ acena que 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, assim como os desafios a longo prazo para a saúde no Brasil, inevitavelmente passar também pela discussão de um novo arranjo da saúde suplementar, inclusive reavaliando o modelo de remuneração atual, no qual os prestadores são incentivados a trabalhar dentro de uma lógica produtiva de quantidade de procedimentos³¹.

Se a agenda do Estado privilegia o incentivo ao setor privado de saúde, por meio de renúncia e desoneração fiscal, deve também atentar para o fato de que essas empresas sempre optarão por escolhas economicamente mais vantajosas. Isso, por si só, justifica a premência de uma 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 impõem restrições e prejuízos à saúde dos beneficiários. Essa ação regulatória exige esforços em diversos âmbitos, desde a mobilização dos atores e da sociedade até a disponibilidade de sistemas de informação confiáveis e adequados.

Toda essa discussão não pode passar ao largo da sociedade. Aqueles que hoje podem pagar por um plano de saúde mais caro, com rede credenciada e hospitais de nível superior, e aqueles que ingressam no sistema de saúde suplementar por meio de vínculo empregatício, sentem-se “seguros” e acabam por ignorar ou desprezar o sistema público de saúde. Entretanto, os beneficiários que hoje são considerados de menor risco assistencial, no futuro serão idosos e aposentados, mais susceptíveis à microrregulação exercida pelos planos de saúde.

Colaboradores

WM Vieira Junior concebeu o desenho do estudo, analisou os dados e redigiu o artigo. M Martins colaborou na concepção do estudo, na análise dos dados, na redação do artigo e na revisão crítica.

Agradecimentos

À ANS por facultar acesso aos dados analisados; ao CAPES pela bolsa para estágio pós-doutoral no exterior concedida à Monica Martins.

Referências

1. Cecílio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005. p. 63-74.
2. 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* 2008; 13(5):1431-1440.
3. 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. [acessado 2013 set 11]. Disponível em http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf
4. Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress* 2000; 83(1):33-54.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas. *Censo demográfico, 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2013.
8. Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000; 342(19):1409-1415.
9. Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, Van der Maas PJ. Age-specific increases in health care costs. *Eur J Public Health* 2002; 12(1):57-62.
10. Bains M. Projecting Future Needs: Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States. In: OECD. *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* Paris: OECD Publishing; 2003. p. 145-161.
11. Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 427-450.
12. 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 Saude Publica* 2008; 42(4):733-740.
13. 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* 2000; 23-41.
14. 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(4):239-246.
15. 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 Saude Publica* 2008; 24(10):2301-2313.

16. Kanamura AH, Viana ALD. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):814-820.
17. Reinhardt UE. Does the Aging of the Population Really Drive the Demand for Health Care? *Health Affairs* 2003; 22(6):27-39.
18. Ocké-reis CO. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
19. 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* 1998; 4 nov.
20. Acirole GG, Malta DC, Cecílio LCO, Jorge AO. Reflexões sobre o trabalho médico na Saúde Suplementar. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005. p. 203-222.
21. 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]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
22. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Lima SML. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde dos hospitais filantrópicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):487-500.
23. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *ANS Tabnet*. [acessado 2013 maio 10]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>
24. 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* 2000; 29 jan.
25. 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]. São Paulo: USP; 2006.
26. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):270-290.
27. 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. Sanitário* 2013; 14(1):122-132.
28. 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.
29. Curry N, Ham C. Clinical and service Integration The route to improved outcomes. *List Int J Integr Care* 2012; 12:e199.
30. 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.
31. Hernández-Quevedo C, Llano R, Mossialos E. Paying for integrated care: an overview. *Euro health incorporating Euro Observer* 2013; 19(2):3-6.

Artigo apresentado em 04/08/2014

Aprovado em 26/11/2014

Versão final apresentada em 28/11/2014