

BENEFÍCIO PÓS-EMPREGO ASSISTENCIAL

Kássia Felix Barbosa¹

ABSTRACT

Analyzing the present scenario of the Brazilian population, has been found that longevity is increasing. This monograph aims to present a plan for post-employment benefits to afford the expense assists. It analyzed the longevity of the population, the supplemental health and operation of the complement pension plan. The Keynesian theory was used as a basis to study the compensation of employees and the operation of employment. Was used as a research method to analyze, literature, study of an healthcare plan and interview adhesion to plan, involving qualitative and quantitative data analysis aiming at understand the adherence of the population to this kind of program. In this sense, there is a lack of companies that offer this type of program and there is a lack of disclosure, hence, the adhesion for this kind of benefits is less than the adhesion of the pension funds, but there is interest and necessity to further explore the benefits this program can bring, both for employer and employee; and also stimulate companies to release this product so that it is better known, considering it is of extreme need for current Brazilian population.

Keywords: Elderly people, post-employment benefit, supplementary health, pension fund and health care.

RESUMO

Analisando o atual cenário da população brasileira, identificou-se que a longevidade vem aumentando gradativamente. Esta monografia tem como objetivo apresentar um plano de benefício pós-emprego para arcar com as despesas assistências após a aposentadoria. Verificou-se a longevidade da população brasileira, a saúde suplementar e o funcionamento da previdência complementar atualmente. Foi utilizada a teoria Keynesiana como base para estudar a remuneração dos empregados e o funcionamento do emprego. Utilizou-se como método de pesquisa análise bibliográfica, estudo de um plano assistencial já existente e entrevistas de adesão ao plano, envolvendo avaliação qualitativa e quantitativa dos dados com intuito de analisar a adesão da população brasileira a esse tipo de programa. Neste sentido, verificou-se a falta de empresas que ofereçam esse tipo de programa e a escassez de divulgação, conseqüentemente a adesão a esse tipo de benefício pela população é inferior à adesão a previdência complementar, mas que o interesse existe e é necessário explorar mais a fundo os benefícios que esse programa pode trazer, tanto para empregadora quanto para empregados; e, além disso, estimular a divulgação deste produto para que o mesmo seja mais conhecido, tendo em vista que é de extrema necessidade para a atual população brasileira.

Palavras-chave: Idosos, benefício pós-emprego, saúde suplementar, fundo de pensão e assistência Médica.

¹ Mestranda em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

A temática deste trabalho mostra o movimento que o aumento da taxa de longevidade trouxe para a vida dos idosos e toda população brasileira. Analisa a mudança no cenário da saúde suplementar e exemplifica os benefícios que um plano de saúde e atividades físicas podem trazer à vida da população na terceira idade.

Haverá verificação dos gastos futuros e a busca de soluções para minimizá-los, constituindo reserva futura para assistência à saúde da população.

Atualmente é comum uma empresa oferecer plano de fundo de pensão de previdência complementar para seus empregados, denominado benefício pós-emprego.

Estudos estatísticos e demográficos mostram que a idade média da população vem aumentando gradativamente e seus gastos com saúde tendem a ser cada vez mais elevados.

A aposentadoria é o momento em que a renda cai drasticamente, pois já não é mais a mesma que se tinha quando se encontrava em atividade econômica, isso gera um grande problema, a falta de capital para despesas médicas.

Tendo em vista esta mudança no cenário do Brasil, qual a importância do investimento em previdência assistencial?

O principal objetivo desta monografia é apresentar a importância do investimento em previdência assistencial, para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros após a aposentadoria.

O plano de ação é expandir o benefício pós-emprego em assistência saúde, com intuito de acumular reserva de capital junto ao empregador, para gastos futuro com despesas médicas e hospitalares.

O melhor momento para fazer essa reserva é enquanto a população está em atividade econômica, pois após na aposentadoria, o idoso pode gastar boa parte de sua renda mensal com saúde.

Tendo em vista que o mercado de saúde suplementar é pouco explorado, principalmente na área relacionada aos idosos, pois, normalmente, não é muito lucrativo, tem-se a necessidade de uma análise explorativa, que será feita por meio de pesquisas bibliográficas e online, além de estudo de caso e pesquisa de adesão ao plano de benefício pós-emprego assistencial.

Este trabalho terá análise dos dados estatísticos e demográficos que giram em torno do envelhecimento da população brasileira, correlacionados com as informações disponibilizadas pelo mercado de saúde suplementar, e como objetivo principal, encontrar soluções para essa problemática, o cuidado com a saúde após a aposentadoria.

O primeiro passo para elaboração dessa monografia é o entendimento do cenário probabilístico da saúde suplementar e da população brasileira, principalmente o cenário de envelhecimento populacional e o aumento da longevidade.

Posteriormente, será analisado o funcionamento da expansão do cenário da saúde suplementar no Brasil, como funcionam os planos coletivos e o que levou o mercado ao cenário atual.

O terceiro passo é entender o funcionamento do mercado de previdência complementar. Analisar como funciona o benefício pós-emprego e os fundos de pensão, além de compreender como aplicar essa metodologia de reserva ao mercado de saúde suplementar.

O quarto passo é fazer uma análise de caso do benefício pós-emprego assistencial, quais os pontos favoráveis para a empresa ao oferecer esse benefício para o empregado e quais os pontos positivos para o empregado em aderir ao plano.

O último passo do desenvolvimento desse trabalho é uma análise, por meio de pesquisa, de como funcionaria a adesão pela população do Estado de São Paulo ao plano de reserva para arcar com despesas com a saúde, benefício pós-emprego com foco em assistência médica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este tópico apresentará os pontos a serem abordados nesta monografia. O primeiro item apresentado será o emprego e a sua estrutura no Brasil. Posteriormente, a história da previdência brasileira e o surgimento dos planos de saúde suplementar.

Segundo POCHMANN (2007, pág. 96):

Com a abolição da escravidão, no último quartel do século XIX, o emprego assalariado passou a ganhar impulso, sobretudo a partir da Revolução de Trinta, quando o projeto de industrialização nacional começou a conformar a base de desenvolvimento de uma sociedade salarial. Assim, entre 1932 e 1980 o Brasil levou avante um dos mais bem-sucedidos modelos de crescimento econômico, fundado na ampla difusão do emprego assalariado. Durante os anos 40 e 70, por exemplo, a cada 10 postos de trabalho criado apenas 2 não eram assalariados, sendo 7 com registro formal.

O emprego no Brasil é regido pela CLT, que surgiu pelo Decreto lei nº5.452, de maio de 1943, com o intuito de unificar todas as leis trabalhistas vigentes. Seu objetivo principal é regulamentar os direitos e deveres do empregado e empregador.

A CLT surgiu após a criação, em 1939, da Justiça do trabalho, quando o Brasil passava por momento de transação e o mundo estava enfrentando a segunda Guerra Mundial.

Em atividade econômica, o emprego é a fonte de renda e de manutenção da qualidade de vida da população.

Segundo KEYNES (2012, pág. 4), o salário é igual ao produto marginal do trabalho:

O salário de uma pessoa empregada é igual ao valor que se perderia se o emprego fosse reduzido de uma unidade (deduzidos quaisquer outros custos que essa redução evitaria), sob-reserva, porém, de que a igualdade pode ser afetada, de acordo com certos princípios, pela eventual imperfeição da concorrência e dos mercados.

BÓGUS e PAULINO (1997) fizeram uma comparação da Concepção do trabalho comparando o pensamento Social - Democrata com o Neoliberal. Segundo eles, na visão Social - Democrata os interesses dos trabalhadores são elevados ao *status* da universidade; segundo o ponto de vista Neoliberal prevalecem os interesses individuais, tendo a concorrência como princípio de eliminação de empregos e empresas capazes.

Segundo o pensamento Social – Democrata, todos os interessados em trabalhar devem ter direito ao emprego patrocinado pela existência de emprego com salários adequados ou pela garantia de renda, através da política social, que contribui para transformar as pessoas em consumidores e cidadãos. Já o pensamento Neoliberal, diz que a capacidade individual de cada um é que define a sua transformação de cidadão em consumidor, predominando a insegurança na renda e emprego. Nessa visão, quanto mais livre for o funcionamento do mercado de trabalho, mais fácil o alcance do pleno emprego.

O Estado, no ponto de vista Social - Democrata, deve se fazer presente em todas as oportunidades que favoreçam a construção de uma sociedade menos desigual, como forma de corrigir as distorções do mercado. Já no ponto de vista Neoliberal, as áreas sociais devem se limitar ao contexto da seletividade e da complementaridade ao setor privado, voltadas exclusivamente para parcelas minoritárias da população.

Os sindicatos, segundo o pensamento Social – Democrata, têm o papel de aumentar o poder da democracia do trabalho; em contrapartida, o pensamento Neoliberal afirma que o papel do sindicato é limitado, voltado para orientar as reivindicações dos trabalhadores, permitindo que os salários e a jornada de trabalho estejam associados à produtividade e às oscilações da economia.

(Ibid, pág. 33):

No que diz respeito à concepção neoliberal de políticas de gerações de emprego, cabe destacar que elas constituem parte complementar a seletiva das políticas econômicas. O pleno emprego é concebido como resultante do fortalecimento do livre funcionamento da economia, sendo residuais, localizadas e compensatórias as medidas voltadas para o mercado de trabalho e não devem comprometer as forças da concorrência.

KEYNES (op. cit., pág. 255) defende um pensamento diferente do neoclássico, onde o nível do emprego não está diretamente associado ao preço do trabalho e sim aos gastos monetários, apresentando o emprego diretamente relacionado ao preço de oferta.

A função do emprego só difere da função de oferta agregada pelo fato de ser efetivamente a sua função inversa e se exprimir em unidades de salário; é seu objetivo relacionar o volume de demanda efetiva, medida em unidades de salário, que se dirige a determinada empresa ou indústria, ou a um ramo industrial no seu conjunto, com um volume de emprego cuja produção corresponde ao preço de oferta que é idêntico a esse volume de demanda efetiva.

(Ibid, pág. 262):

... as variações do emprego dependem unicamente das variações da demanda efetiva (medida em unidades de salário), não é mais do que uma primeira aproximação, se admitirmos que há mais de uma modo de gastar um aumento de rendimento. Na realidade, o modo segundo o qual supomos que um acréscimo de demanda agregada se reparte pelos diferentes bens pelo influir consideravelmente sobre o volume do emprego. Por exemplo, se a demanda suplementar se dirige em grande parte para as indústrias com elevada elasticidade de emprego, o aumento agregado de emprego será maior do que se a mesma si dirigir em grande parte para a indústria que apresentam uma baixa elasticidade de emprego.

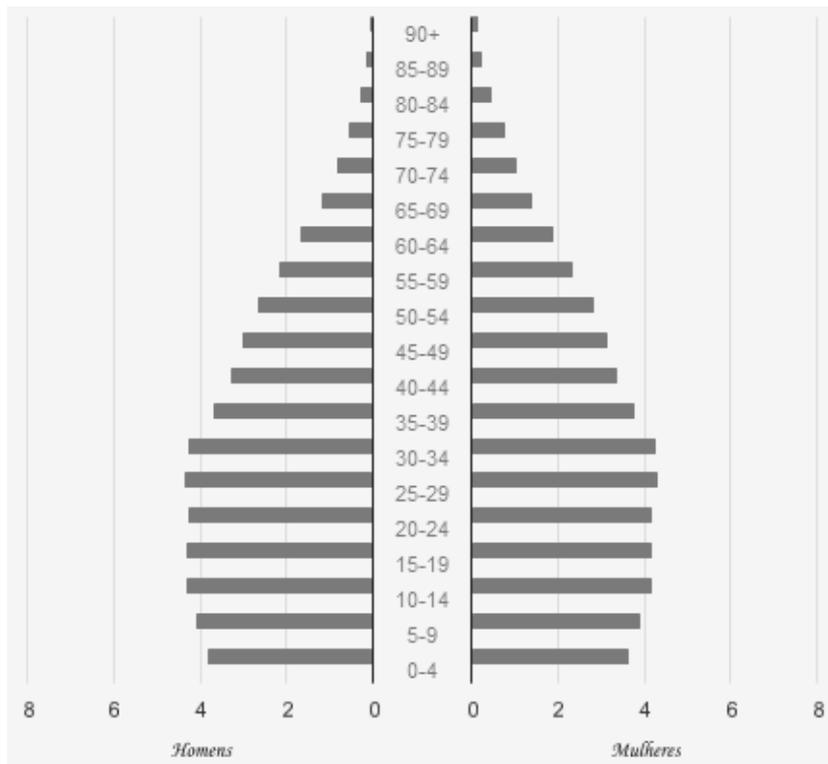
Segundo BÓGUS e PAULINO (1997) as políticas de emprego e renda foram apenas resultado do crescimento econômico. Não havia políticas específicas para o mercado de trabalho, pois se acreditava na abrangência da política macroeconômica para promover mudanças estruturais e, com isso, diversificar a produção e assim aumentar a renda e o emprego na economia.

A pirâmide etária brasileira vem mudando constantemente. Essa alteração está muito correlacionada à aposentadoria e ao índice de desemprego da população.

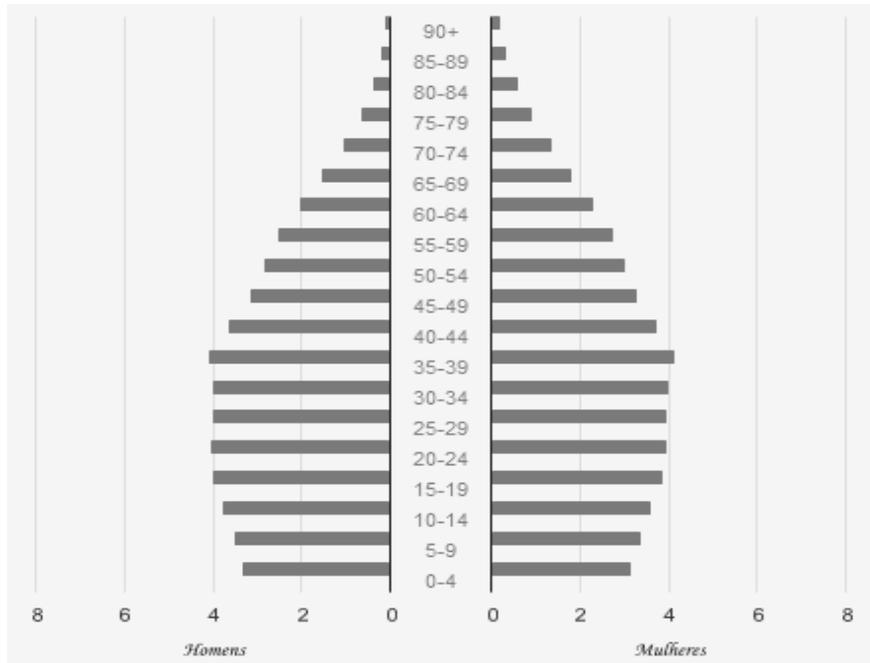
Muito se fala sobre a estabilidade, atualmente, do desemprego no Brasil. Segundo o IBGE, o índice de desemprego em São Paulo, em julho de 2014, se mantém constante em 4,9%.

O índice de emprego supostamente se mantém constante devido à pirâmide etária brasileira passar por momento de constantes mudanças. A população idosa está se aposentando e os jovens entrando no mercado de trabalho, verifica-se uma pirâmide tendenciosa ao envelhecimento, a base da pirâmide encontra-se cada vez menor. Verificam-se as alterações na estrutura, conforme os gráficos 1, 2 e 3.

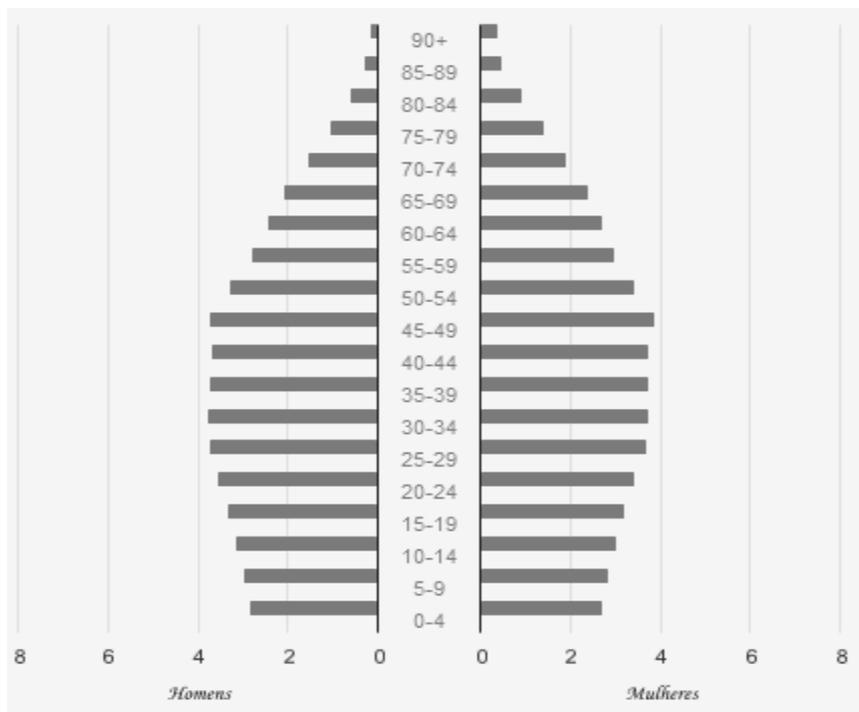
Gráfico 1: Pirâmide Etária Brasileira em 2013.



Fonte: IBGE: *Projeção da população do Brasil (2014)*

Gráfico 2: Pirâmide Etária Brasileira em 2020.

Fonte: IBGE: *Projeção da população do Brasil*

Gráfico 3 : Pirâmide Etária Brasileira em 2030.

Fonte: IBGE: *Projeção da população do Brasil (2014)*

Tendo em vista que o índice de envelhecimento da população está aumentando gradativamente e que, atualmente, depender apenas da aposentadoria social não garantirá um futuro estável, com a mesma qualidade de vida que se têm antes da aposentadoria o investimento em previdência complementar é apresentada como garantia de estabilidade futura.

Segundo PINHEIROS (2007, pág.38), a Previdência Social no Brasil surgiu por meio da Previdência Privada, tomando como base algumas sociedades de montepios e os fundos criados por empresas para seus funcionários.

Para a atual fase, em que se tem uma legislação mais atualizada alinhada com a experiência internacional, somada as dificuldades de financiamento de previdência social, advindas da transição demográfica e das transformações estruturais do mercado de trabalho, a previdência complementar exercita pelas entidades fechadas pode representar uma melhor organização de arranjos privados de poupança de grupos com vínculos empregatícios ou associativos, capaz de assegurar renda no estágio inativo do ciclo de vida do indivíduos.

Segundo ESTEVES (2008, pág. 40):

O sistema complementar de previdência está inserido em nosso sistema desde tempos remotos. Inicialmente, diante da inexistência de previdência social garantida pelo Estado no Brasil, algumas comunidades - categorias uniram-se e criaram as chamadas Caixas de Assistência. Historicamente, a primeira identificada no Brasil pertenceu à Santa Casa e Misericórdia em 1543. Há, ainda, o Alvará Régio Português, datada de 22 de novembro de 1684, regulamentando o seguro privado no Brasil. A legislação portuguesa seguiu com as regulamentações de Seguro Privado da Casa de Seguros de Lisboa, de 11 de agosto de 1791.

A primeira legislação referente à previdência social no Brasil é o Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888, que regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Fixava em 30 anos de efetivo serviço e idade mínima de 60 anos os requisitos para a aposentadoria.

Em 1888 também foi criada a Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888, criou a Caixa de Socorros em cada uma das Estradas de Ferro do Império.

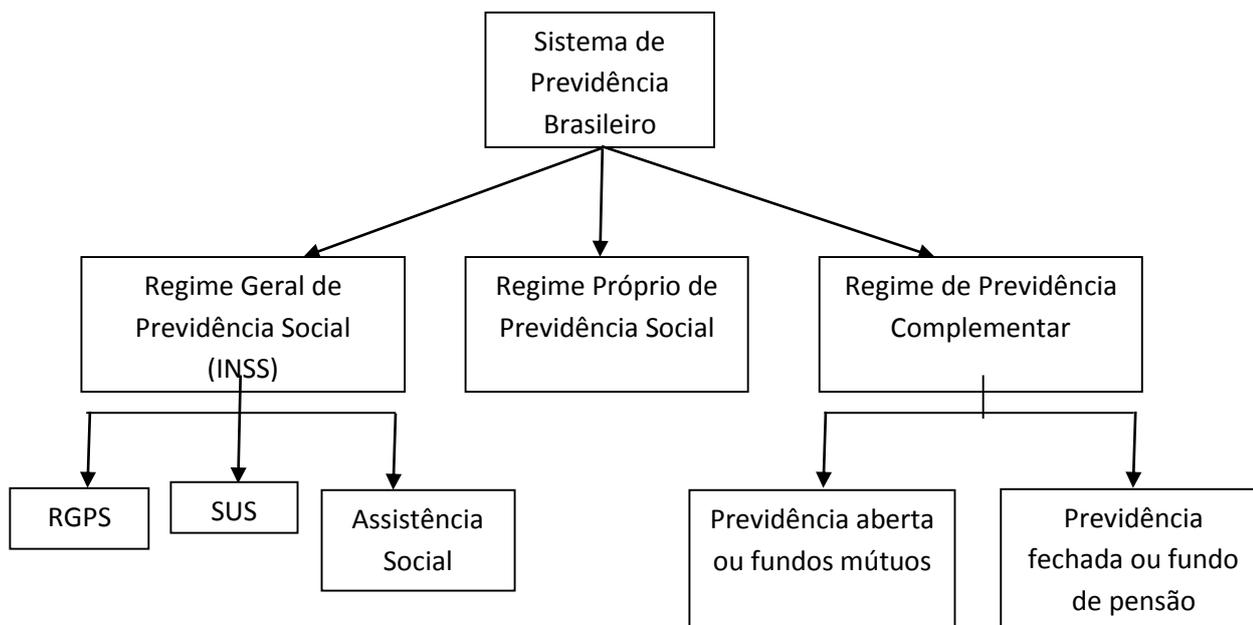
As legislações de 1888 iniciaram a atividade previdenciária social no Brasil.

(Ibid, pág. 29):

A Previdência Social é antes de tudo um sistema de proteção da pessoa humana. Por isso, dependendo da articulação entre o poder público e os demais atores sociais. Ela estabelece diversas formas de seguros para os quais contribuem trabalhadores, empregares e Estado, mediante os quais se deseja minimizar as contingências sociais, como: doenças, velhice, invalidez, acidente do trabalho.

O Sistema Previdenciário brasileiro, segundo ESTEVES, está estruturado em três bases, conforme organograma 1.

Organograma 1 : O Sistema Previdenciário Brasileiro.



Fonte: ESTEVES, Juliana Teixeira. *Fundos de Pensão: benefício ou prejuízo para os trabalhadores?* Pág. 29.

Segundo ESTEVES, Regime Geral de Previdência Social é Sistema público, de adesão obrigatória por todos aqueles que integram a lista de contribuintes prevista na Lei n 8.212/91. Tem como base o financiamento do INSS, aplicando um percentual sobre a remuneração dos contribuintes com intuito de arcar com as despesas de coberturas aos

casos de incapacidade de trabalhar, aposentadoria por tempo de contribuição, encargos familiares, morte, reclusão e aposentadoria por idade.

A previdência social é direito constitucional da população brasileira, vigente na Constituição Federal do Brasil de 1988 pelo artigo 6º: "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".

Segundo Afonso (1996 pág. 9):

As noções previdenciárias, mesmo em suas formas mais básicas, têm acompanhado o homem desde que este passou a ser organizar em sociedade. Progressivamente, a preocupação com o futuro e com acontecimentos inesperados que pudessem prejudicar sua capacidade laborativa fizeram com que surgissem instituições destinadas a fornecer um mínimo de segurança social para o ser humano. Tais instituições se desenvolveram ao longo dos anos e geraram mecanismos bastante elaborados de seguridade e previdência social.

Em 1889 surgiu o Decreto nº 10.269, de 20 de julho de 1889, criou o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional,

Em 1890 surgiu o Decreto nº 221, de 26 de fevereiro, instituindo a aposentadoria para os empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil, benefício depois ampliado a todos os ferroviários do Estado (Decreto nº 565, de 12 de julho de 1890) e o Decreto nº 942-A, de 31 de outubro, criou o Montepio Obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda.

Segundo CHAN, SILVA E MARTINS, (2010, pág.1), "a previdência foi apenas mais um dos instrumentos criados pelo homem para amenizar as adversidades inesperadas e promover tranquilidade num período em que a sua capacidade laboral é limitada."

Entre 1894 e 1932 houve muitos avanços no mercado da previdência social, como a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária que é considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social através do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, segundo (AFONSO,op.cit. pág. 12):

O marco da institucionalização da previdência social no Brasil foi a lei Elóy Chaves (Decreto legislativo nº 4.682), de 24 de janeiro de 1923, que determinou a criação das caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) nas empresas ferroviárias.

O Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933 criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, considerado “a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional”.

A Lei nº 8212, de 24 de julho de 1991 instituiu o plano de custeio da seguridade social, onde o mesmo deve ser financiado pela sociedade.

O dever do INSS (Instituto Nacional de Seguro Social) é garantir proteção aos trabalhadores e seus familiares quando aqueles não estiverem em condições de trabalho ou na aposentadoria, após já terem cumprido seu dever com a sociedade.

A vida econômica de uma pessoa é composta pelo nascimento e fase de desenvolvimento, seguida pela fase de consumo, onde as pessoas fazem parte da população economicamente ativa, trabalham e contribuem para a movimentação da economia e a última fase a de renda, normalmente após a aposentadoria, onde se recebe os benefícios do INSS.

Segundo Pinheiro (2007 pg. 44):

Uma das principais preocupações do ser humano é a busca pela segurança. Em níveis diferentes, o indivíduo preocupa-se permanentemente consigo próprio, com a sua família e com o grupo social no qual está inserido. Esse sentimento de insegurança manifesta-se pelo enorme risco que afetam a sobrevivência da população desde a sua origem até os dias de hoje e tem desdobramentos nos seus aspectos físicos (enfermidades, mortes) e econômicos (doenças profissionais, desemprego, problemas financeiros familiares). Para ambos aspectos, as primeiras soluções foram individuais, mas depois percebeu-se que os resultados eram melhores quando os esforços de proteção partiam de um grupo maior.

Outro ponto importante para a população é a saúde, é buscar a segurança para o momento de enfermidade, pois é um risco presente na vida de toda população.

A palavra saúde se origina do latim *salute*, que significa salvação, conservação da vida, cura, bem-estar.

A Saúde pública no Brasil é prestada pelo SUS, Sistema Único de Saúde, conforme Constituição Federal de 1988, é normatizado pelas nº Leis 8.080, de 19.09.1990, a lei orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142 de 28.12.1990, que dispõem sobre a participação de comunidade na gestão do SUS.

Segundo CECHIN (2008, pág.23):

Há muito tempo a sociedade desenvolveu um mecanismo de diluição das perdas financeiras de eventos que impactam o patrimônio. Embora as consequências financeiras sobre os afetados possam ser desastrosas, para uma coletividade elas podem representar uma pequena parcela do patrimônio total. Assim, é possível formar uma sociedade de crédito mútuo que recolha modestas contribuições de todos os participantes para constituir um fundo com a finalidade de repor, ainda que parcialmente, o patrimônio daqueles indivíduos afetados pela ocorrência de um evento adverso. Dessa maneira, formaram-se sociedades seguradoras para coletar os prêmios (que são o pagamento de contraprestação pecuniárias para ter cobertura de eventos futuros e incertos) e indenizar aqueles que tiveram seu patrimônio reduzido em razão da ocorrência de evento segurado.

Segundo a ANS, em julho de 2014 o setor de saúde suplementar contava com aproximadamente 51 milhões de beneficiários. Nos últimos 10 anos, a saúde suplementar no Brasil cresceu cerca de 19,7%.

A história da assistência médica no Brasil teve início primeiramente com as grandes empresas e instituições públicas, segundo CECHIN (op.cit., pág.78):

Até os anos 1960, a assistência médica aos trabalhadores se restringia aos empregados do setor formal urbano, e principalmente àqueles contratados pelas grandes empresas públicas e privadas. De um lado, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), surgidos nos anos 1930 em substituição às caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), eram organizados por categoria profissional e proporcionavam cobertura previdenciária e de assistência médica aos trabalhadores urbanos formais: marítimos (IAPM, criado em 1933), comerciários (IAPC, 1934), bancários (IAPB, 1934), industriários (IAPI,1936).

Esses institutos, financiados por contribuições de empregadores e empregados e pelo Estado, podiam ter ambulatória e hospitais próprios e também comprar serviços médicos curativos de prestadores privados. Por outro lado, surgem, nos anos 40, os primeiros planos próprios de empresa, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal aos funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (posteriormente Geap).

Entretanto, por muito tempo o setor teve papel e cobertura limitados, restringindo-se a grandes empresas privadas e instituições públicas.

Segundo GREGORI (2010, pág. 42):

O marco regulatório do mercado de saúde suplementar é fato recente no ordenamento jurídico brasileiro. Até o final da década de 90, com a entrada em vigor de Lei 9.656, de 03.06.1998, e das medidas provisórias que sucessivamente a alteraram, a normatização só existia para o setor de seguro saúde, e mesmo assim apenas nos aspectos econômico-financeiro dessa atividade.

Antes da Lei nº 9.565 de 1998 entrar em vigor os clientes do mercado de saúde suplementar não tinham uma lei específica para protegê-los.

Segundo CECHIN (op.cit., pág.82):

Vários problemas surgiram desse vácuo. Em primeiro lugar, com a ausência de regras para a entrada no mercado, surgiram muitas empresas, principalmente Medicinas de Grupo, oferecendo planos de saúde a empresas e indivíduos, porém muito pequenas e com poucas garantias de sustentabilidade a longo prazo.

O setor de Saúde suplementar é dividido, basicamente, em quatro seguimentos: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguradoras e Autogestão.

3. AUMENTO DA LONGEVIDADE

3.1 Processo de envelhecimento populacional no Brasil.

De acordo com o último censo demográfico do Brasil, realizado em 2010, a população brasileira idosa já representava aproximadamente 11% do total da população.

Em relação aos gastos com saúde, os idosos chegam a gastar um terço de todas suas despesas.

Atualmente é difícil para os idosos o acesso ao plano de saúde, não apenas pelas restrições que muitas seguradoras / operadoras de plano de saúde impõem, mas também pelo auto valor cobrado pelas mesmas. Segundo dados do IBGE pode-se observar que entre os anos de 2000 e 2010 a população de idosos brasileiros subiu 32%, porém segundo dados da ANS a aquisição de planos de saúde para pessoas com mais de 60 anos aumentou apenas 3,7% no mesmo período, isso significa que menos de 12% da nova classe de idosos aderiu ao plano de saúde complementar.

Para entender melhor o novo cenário de envelhecimento brasileiro fez-se necessário analisar as características dos idosos atuais do Brasil, para o mesmo utilizou-se a base de dados dos idosos que possuem plano de saúde suplementar, elaborado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), elaborado através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) em 2008, o ultimo realizado, o próximo sairá no ano de 2015.

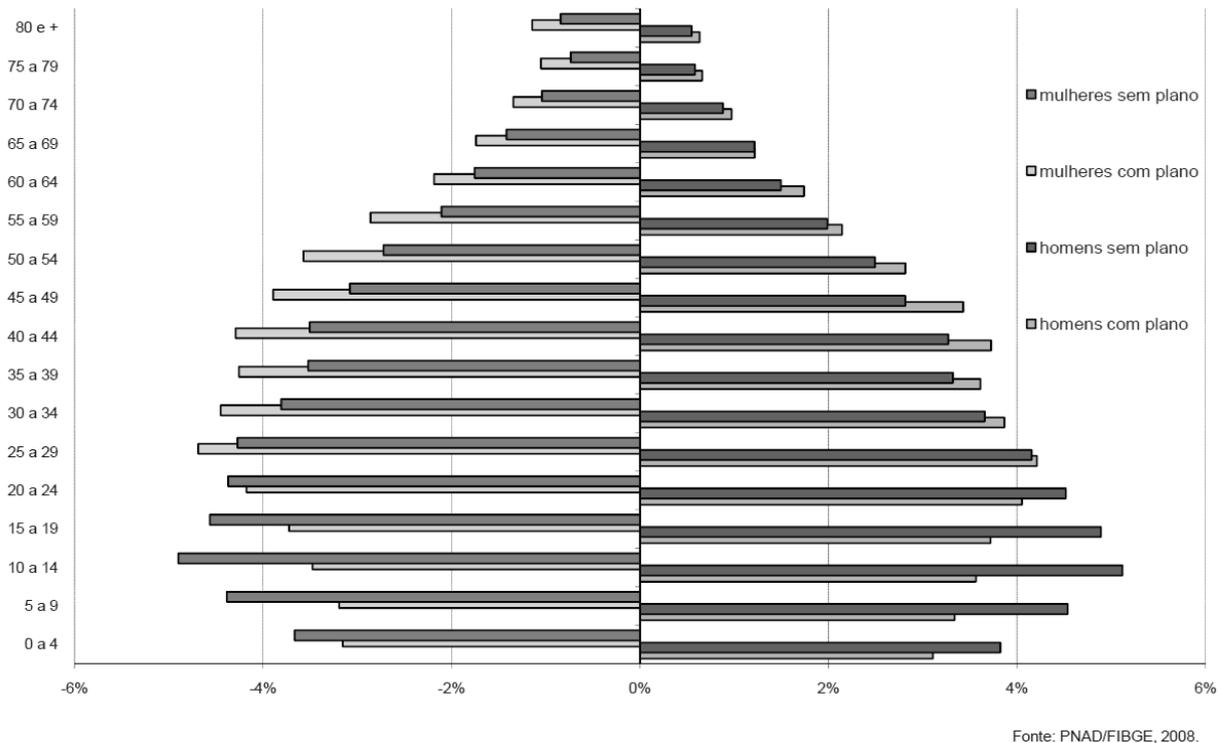
As análises foram feitas, principalmente, para as faixas etárias a cima de 60 anos, onde se enquadra a população, geralmente, aposentada.

O gráfico 4 mostrou a distribuição etária da população brasileira segundo seu acesso a plano de saúde. Observou-se que para as faixas a cima de 60 anos a participação entre homens e mulheres ao plano de saúde é bastante próxima, eles representam aproximadamente 12% da população com assistência médica e 10% da população sem assistência. A participação dos idosos a cima de 80 anos com plano de saúde também é superior a sem a cobertura, com o plano 14 % da população e sem 10,5%

A participação das mulheres na saúde suplementar é superior a participação dos homens, porém a partir dos 60 anos esse número se torna ainda mais expressivo. Para cada 100 homens com 60 anos ou mais com acesso ao plano de saúde, existem 143 mulheres com acesso ao mesmo. Entre a população com mais de 80 anos essa diferença chega a dobrar.

Um dos principais motivos para a não adesão de planos de saúde é a falta de capital, pois a população quando chega a sua aposentadoria não tem a mesma renda que tinha em atividade econômica, com isso há uma queda da massa que possui plano de saúde.

Gráfico 4 – Acesso a planos de saúde por sexo.

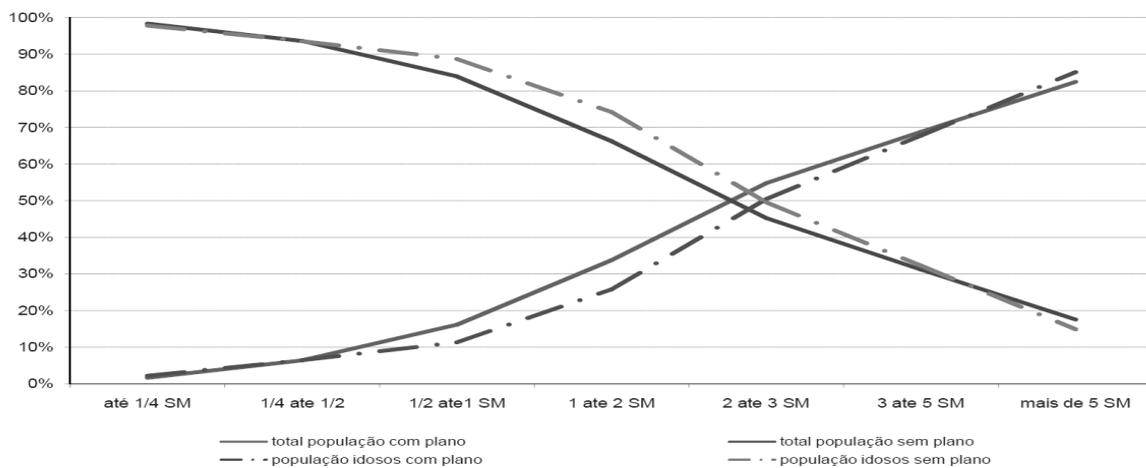


No gráfico 5 analisou-se a participação percentual dos grupos populacional segundo seu acesso ou não a planos de saúde em cada uma das faixas de renda domiciliar per capita.

A primeira faixa é relacionada a renda familiar per capita menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, a segunda faixa vai de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, na terceira faixa temos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo até 1 salário mínimo, a quarta faixa vai de 1 salário mínimo até 2 salários, já a quinta faixa parte de 2 salários mínimos até 3 salários, a penúltima faixa vai de 3 salários mínimos até 5 e por último a faixa para renda familiar per capita maior que 5 salários mínimos.

Identificou-se que a relação entre renda e adesão a planos de saúde é muito correlacionada, quanto maior o poder aquisitivo, maior a aquisição de planos de saúde, para a última faixa, renda maior que 5 salários mínimos, quatro de cada cinco pessoas possuem plano de saúde, isso equivale a 80% dessa população

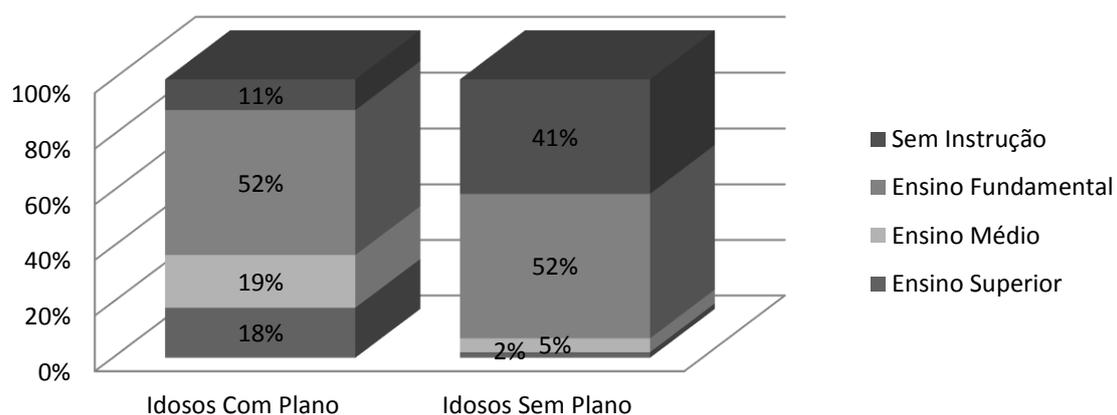
Gráfico 5 – Condições de acesso a planos de saúde por renda familiar.



Fonte: IBGE, PNAD/2008.

No gráfico 6 viu-se a relação entre o grau de instrução da população idosa brasileira segundo seu acesso a planos de saúde. Analisou-se que a maioria dos idosos, somando 93% do total de idosos sem plano de saúde, possui no máximo o ensino fundamental, 41% sem instrução e 52% apenas ensino fundamental, já os idosos com plano de saúde apenas 18% possuem ensino superior e 19% possui ensino médio, a grande maioria também é de idosos que possuem apenas ensino fundamental completo.

Gráfico 6 – Grau de instrução da população que possui plano de saúde.



Fonte : IBGE, PNAD/2008.

Na tabela 1 viu-se as características dos planos de saúde únicos ou principal dos titulares, quais os tipos de atendimento, acomodação, quem é responsável pelo pagamento do plano e até mesmo os valores praticados no mercado.

Tabela 1– Principal característica dos planos de saúde.

	Idosos	Todas as idades
Tem dependente ou agregado neste plano de saúde	47,7%	53,4%
Quem paga a mensalidade do plano		
Somente o empregador do titular	8,6%	20,5%
Titular através do emprego atual	9,8%	37,7%
Titular através do emprego anterior	20,2%	5,4%
Titular diferente ao plano	50,8%	28,2%
Outro morador do domicílio	2,9%	5,1%
Pessoa não moradora de domicílio	5,6%	2,1%
Outro tipo	2,0%	1,0%
Qual o valor da mensalidade		
Até R\$ 30	10,2%	15,1%
Mais de R\$ 30 até R\$ 50	6,2%	12,1%
Mais de R\$ 50 até R\$ 100	9,9%	19,9%
Mais de R\$ 100 até R\$ 200	18,8%	20,8%
Mais de R\$ 200 até R\$ 300	16,1%	10,9%
Mais de R\$ 300 até R\$ 500	18,0%	8,7%
Mais de R\$ 500	16,3%	6,0%
Não sabe	4,6%	6,4%
Tipo de acomodação		
Quarto privativo	52,3%	40,6%
Quarto coletivo	23,0%	27,4%
Enfermaria	24,7%	32,1%
Outras informações		
Este plano de saúde dá direito a medicamentos fora da internação	9,6%	9,6%
Este plano dá direito a assistência odontológica	26,9%	31,4%
Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito.	31,0%	29,3%
Este plano de saúde atende através de médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços do próprio plano.	82,5%	83,0%
Este plano de saúde oferece lista de médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços credenciados.	92,0%	93,3%
Este plano de saúde permite reembolso de pagamentos a médicos hospitais laboratórios ou outros serviços	34,8%	35,3%
Este plano de saúde dá direito a ser atendido por médicos, hospitais laboratórios ou outros serviços de outros municípios desta unidade da federação.	77,2%	77,4%
Este plano de saúde dá direito a ser atendido por médicos, hospitais laboratórios ou outros serviços de outra unidade da federação.	66,0%	65,7%
Este plano de saúde dá direito a consultas médicas	98,5%	98,4%
Este plano de saúde dá direito a exames complementares	95,8%	95,4%
Este plano dá direito a internação hospitalar	91,7%	90,6%

Em relação ao valor pago pelo plano de saúde, os idosos se encaixam nas faixas mais altas, sendo um dos fatores principais para a queda de usuários nos planos de saúde conforme o envelhecimento.

Observou-se as características dos planos, como atendimento, reembolso, rede credenciada, acomodação e outros, a diferença é mínima, não sendo significativas.

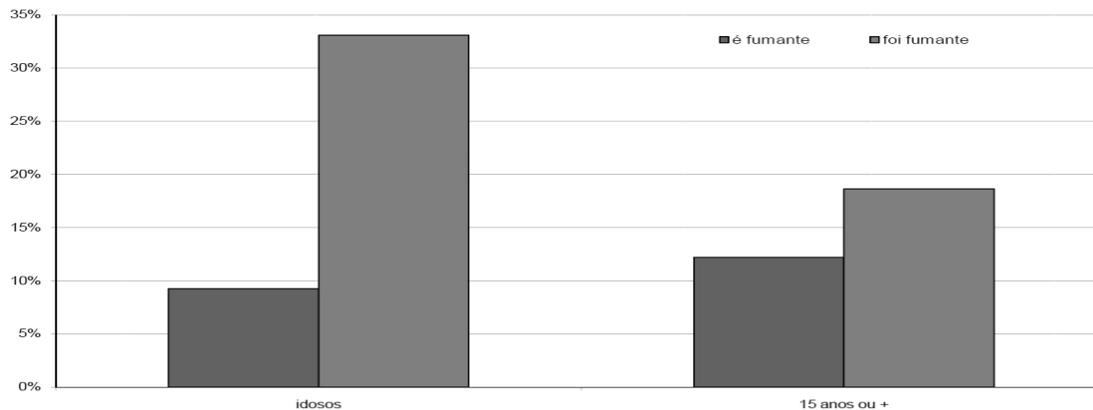
Tabela 2 – Prática de exercícios físicos pelos idosos brasileiros.

	Idoso Com plano
Praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte nos três últimos meses anteriores a pesquisa	35,0%
Modalidade de exercício físico ou esporte praticado	
Caminhada (exceto esteira)	66,0%
Futebol, basquete, ginástica, corrida (ou esteira) ou tênis	17,0%
Outros	17,0%
Não pratica mais	1,0%
Número de dias por semana que pratica exercício físico ou esporte	
1 a 2 dias por semana	26,0%
3 a 4 dias por semana	34,0%
5 a 6 dias por semana	18,0%
Todos os dias	22,0%
Duração da atividade física no dia que pratica exercícios físicos ou esporte	
Menos de 20 minutos	40,6%
20 a 29 minutos	27,4%
30 minutos ou mais	90,6%

Fonte: IBGE, PNAD/2008

Aproximadamente 66% da população idosos que pratica exercício físico, fazem caminhadas e em sua maioria, mais de três vezes por semana, chegando a passar dos trinta minutos diários.

O cigarro pode causar, aproximadamente, cinquenta doenças diferentes, especialmente problemas ligados ao coração e à circulação, cânceres de vários tipos e doenças respiratórias. No gráfico 7 verificou-se a porcentagem dos beneficiários de planos de saúde com quinze anos ou mais de idade, que fuma ou já fumou no passado.

Gráfico 7 – Porcentagem dos beneficiários de planos de saúde que fuma ou já fumou.


Fonte : IBGE, PNAD/2008.

4. Índices e taxas demográficos

4.1 Taxa de crescimento da população.

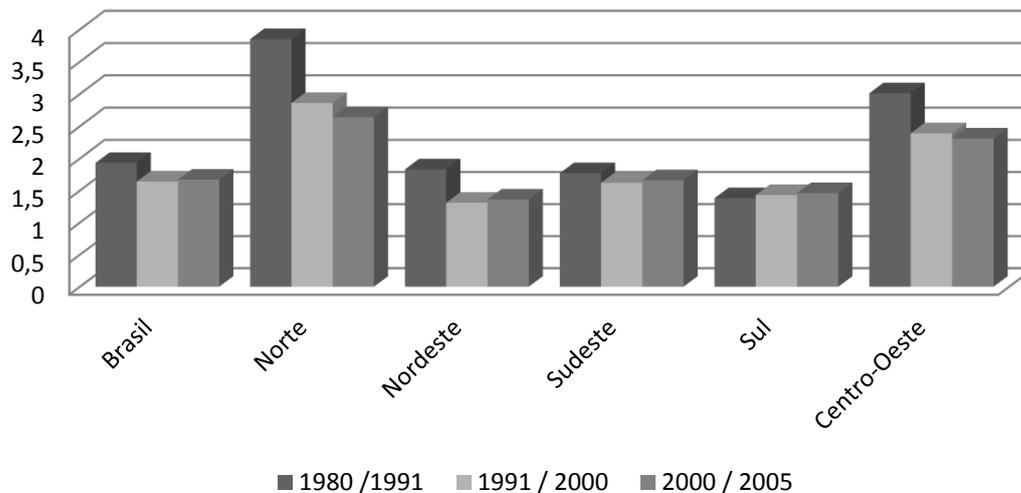
A taxa de crescimento da população brasileira vem diminuindo gradativamente, principalmente pela redução da taxa de fecundidade.

Segundo o IBGE, a queda da fecundidade ocorreu em todas as faixas etárias. Houve, no entanto, uma mudança na tendência de concentração da fecundidade entre jovens de 15 a 24 anos. Nas tabela 3 e gráfico 8 as taxas médias de crescimento da população no Brasil, indicou o ritmo de crescimento populacional, onde pode-se analisar variações geográficas e temporais de crescimento ou redução.

Tabela 3 – Taxa de crescimento da população brasileira.

Região	1980 /1991	1991 / 2000	2000 / 2005
Brasil	1,93	1,64	1,67
Norte	3,85	2,86	2,64
Nordeste	1,83	1,31	1,36
Sudeste	1,77	1,62	1,66
Sul	1,38	1,43	1,46
Centro-Oeste	3,01	2,39	2,31

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

Gráfico 8 – Taxa de crescimento da população brasileira.


Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

Entre os períodos de 1980/91 e 1991/2000, houve uma queda expressiva das taxas anuais de crescimento, um dos principais fatores dessa queda é a redução da fecundidade.

No período de 2001 a 2005, houve um pequeno aumento na taxa de crescimento no Brasil e nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, enquanto que nas regiões Centro-Oeste e Norte houve um declínio na mesma.

Observa-se claramente a expansão econômica na região Centro-Oeste, que mostrou as maiores taxas em todos os períodos.

A metodologia de cálculo utilizada para os dados a cima considerou as estimativas de crescimento da população é realizada pelo método geométrico. Em termos técnicos, para se obter a taxa de crescimento (r), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (P_t) e a população no começo do período considerado (P_0), multiplicando-se o resultado por 100, sendo “ n ” igual ao número de anos no período, a mesma é dada pela função a baixo:

$$r = \left[\left(\sqrt[n]{\frac{P_T}{P_0}} \right) - 1 \right] \times 100$$

4.2 Índice de envelhecimento da população.

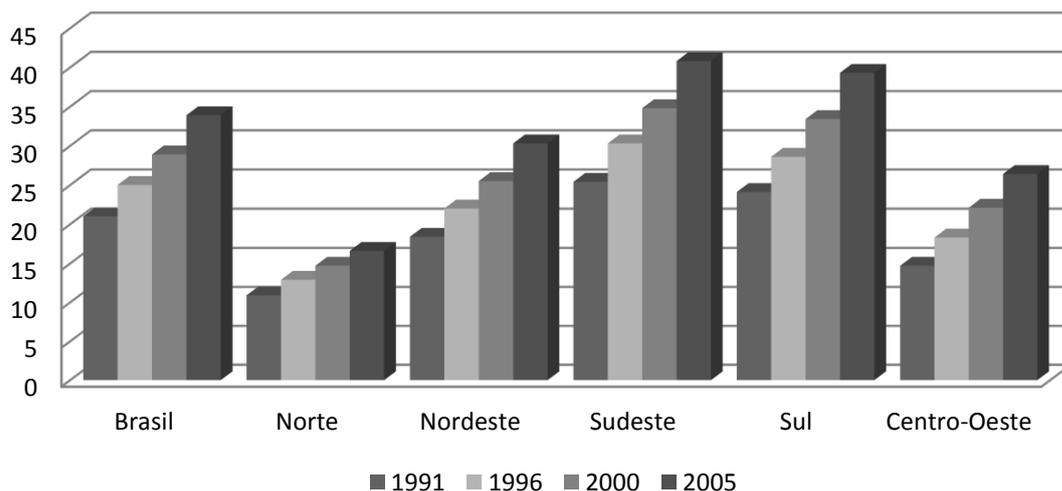
O número de pessoas na população brasileiras com sessenta anos ou mais vem crescendo constantemente nos últimos anos. Na tabela 4 e gráfico 9 verificou-se o crescimento do índice de envelhecimento entre 1991 e 2005. A pesquisa foi elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma projeção demográfica a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.

Tabela 4– Índice de envelhecimento da população brasileira.

Região	1991	1996	2000	2005
Brasil	21	25	28,9	33,9
Norte	10,9	12,9	14,7	16,6
Nordeste	18,4	22	25,5	30,3
Sudeste	25,4	30,3	34,8	40,8
Sul	24,1	28,6	33,4	39,3
Centro-Oeste	14,7	18,3	22,1	26,4

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

Gráfico 9 – Índice de envelhecimento da população brasileira.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

A metodologia de cálculo utilizada para os dados a cima é dada pela função a baixo:

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade}}{\text{Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

Os dados mostraram a crescente participação de idosos em relação aos jovens na população brasileira, refletindo no aumento da longevidade e a redução dos níveis de fecundidade. As regiões que mais mostram o processo de transição demográfica são as regiões Sudeste e Sul.

4.3 Taxa bruta de mortalidade.

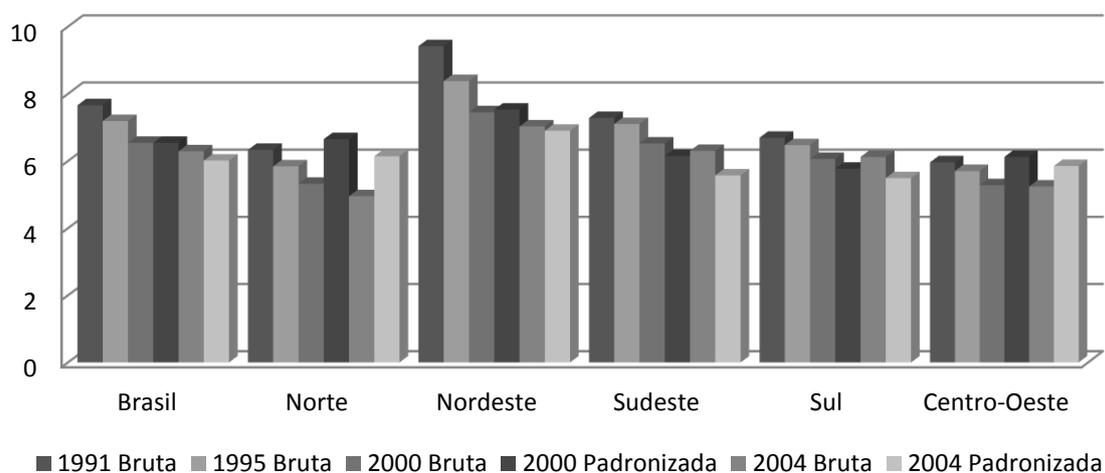
Nesse item, viu-se a estatística total de óbitos, por mil habitantes, na população brasileira (*tabela 5 e gráfico 10*), determinada por espaço geográfico, com a intenção de mostrar como a mortalidade atua sobre a população brasileira. Taxas muito elevada demonstram baixas condições socioeconômicas ou até mesmo representem a elevação da população idosa.

Tabela 5– Taxa bruta de mortalidade.

Região	1991	1995	2000		2004	
	<i>Bruta</i>	<i>Bruta</i>	<i>Bruta</i>	<i>Padronizada</i>	<i>Bruta</i>	<i>Padronizada</i>
Brasil	7,66	7,19	6,54	6,54	6,29	6,01
Norte	6,33	5,84	5,32	6,65	4,95	6,14
Nordeste	9,42	8,38	7,45	7,53	7,03	6,9
Sudeste	7,28	7,1	6,52	6,15	6,3	5,57
Sul	6,69	6,47	6,06	5,77	6,12	5,49
Centro-Oeste	5,96	5,7	5,28	6,12	5,24	5,85

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

Gráfico 10 – Taxa bruta de mortalidade.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005

Os dados mostraram que a os valores estão decrescentes para todas as regiões. A amostra indicou que o nível de mortalidade é mais elevado no norte e nordeste, já a menor taxa de mortalidade se encontra na região sul.

A metodologia de cálculo utilizada para os dados a cima é dada pela função a baixo:

$$\frac{\text{Número total de óbitos de residentes}}{\text{População total residente}} \times 1.000$$

4.4 Mortalidade proporcional por idade.

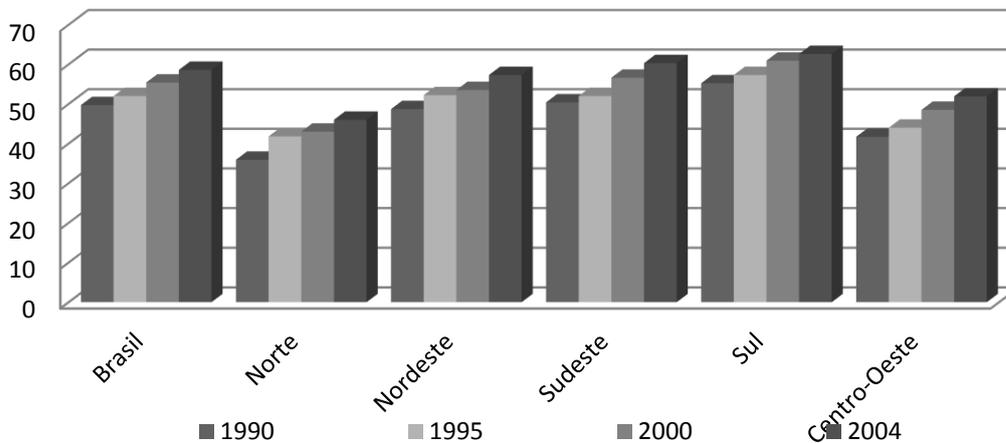
Nesse tópico analisou-se a mortalidade proporcional por idade, ou seja, a distribuição dos óbitos por faixa etária, por população e distribuída por região.

Esses dados (*tabela 6 e gráfico 11*) são de extrema importância para a interpretação da presença de óbitos por faixa etária. O deslocamento da concentração de óbitos mostrou claramente o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Além disso, os dados também mostraram a redução da mortalidade infantil.

Tabela 6– Mortalidade proporcional por idade.

Região	0 a 4 anos				15 a 24 anos				60 e mais anos			
	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004
Brasil	14,1	10,8	8,4	6,2	4,8	4,9	4,9	4,6	49,7	52	55,4	58,6
Norte	26,8	19,6	18,5	14,4	6,5	6,6	6,8	6,8	35,9	41,8	43	46
Nordeste	20,1	15,3	12,6	8,9	4,1	4,5	5,1	5	48,7	52,2	53,5	57,3
Sudeste	11,3	8,8	6,1	4,4	5,1	5	4,9	4,2	50,4	52	56,6	60,3
Sul	10,5	8,2	5,9	4,3	4,1	4	3,4	3,8	55,2	57,3	60,9	62,6
Centro-Oeste	14,4	12,1	9,4	7,5	6,6	6,6	6,2	5,8	41,7	44	48,5	51,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Gráfico 11 - Mortalidade proporcional para 60 anos ou mais.


Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A metodologia de cálculo utilizada para os dados a cima é dada pela função a baixo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por faixa etária}}{\text{Número de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada}} \times 100$$

4.5 Esperança de vida aos 60 anos de idade.

A esperança de vida após os 60 anos (tabela 7 e gráfico 12), onde normalmente a população brasileira começa a aposentar-se e normalmente perdem o patrocínio da empregadora no subsídio do plano de saúde e começa a arcar com o mesmo.

A esperança de vida vem aumentando gradativamente e por isso é necessário pensar, cada vez mais, nessa fase da vida, para que se possa aproveitar a etapa de descanso em ótimas condições de saúde.

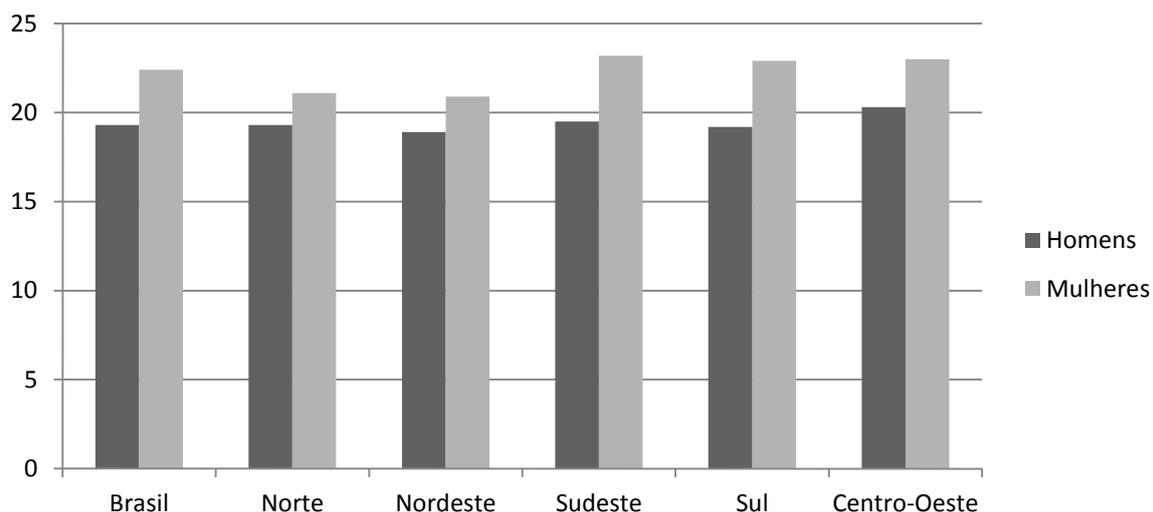
Analisou-se o número médio de vidas esperado, por sexo, após completar 60 anos, taxas maiores de sobrevivência resultam em demandas maiores para os setores de saúde, previdência e saúde social.

Tabela 7 – Esperança de vida aos 60 anos de idade, por sexo e ano, segundo regiões do Brasil (1991,2000,2005).

Região	Homens			Mulheres		
	1991	2000	2005	1991	2000	2005
Brasil	17,4	18,9	19,3	20	21,8	22,4
Norte	17,8	18,9	19,3	19,5	20,5	21,1
Nordeste	17,3	18,5	18,9	18,5	20,2	20,9
Sudeste	17,4	19,1	19,5	20,9	22,6	23,2
Sul	17,3	18,7	19,2	21	22,3	22,9
Centro-Oeste	18,5	20	20,3	20,3	22,4	23

IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

Gráfico 12 – Esperança de vida aos 60 anos por sexo, referente ao ano de 2005.



IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

A esperança de vida dos idosos vêm aumentando constantemente em ambos os sexo. Os idosos do nordeste mostram a menor esperança de vida independente do sexo, além disso, em todas as regiões a sobrevivência maior prevalece no sexo feminino.

A metodologia de cálculo utilizada para os dados a cima é dada a partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica.

5. Saúde suplementar

A precariedade do sistema único de saúde (SUS) e o auto custo dos atendimentos médicos particulares fizeram com que grande parte da população aderisse à saúde suplementar.

De acordo com CECHIN (2008, pág. 23) :

O risco esta presente na vida de cada pessoa e a cada momento. A probabilidade individual depende de diversos fatores, desde os genéticos até hábitos de vida e idade. Ninguém sabe se e quando será afetado por problemas de saúde, nem de sua gravidade e custo de diagnósticos e tratamentos. Enfermidades graves não ocorrem com muita frequência, mas podem levar à ruína financeira as poucas pessoas ou famílias afetadas. Não está ao alcance dos indivíduos eliminar totalmente o risco de contrair uma doença grave de alto custo de tratamento.

Tendo em vista esta citação, verifica-se a importância da contratação de planos de saúde, um dos pontos principal dessa adesão é prevenir uma ruína financeira em caso de graves doenças, inclusive quando se tem uma saúde saudável. Há uma exposição constantemente ao risco de enfermidade e o mesmo não pode ser previsto, porém, quando existe acompanhamento prévio do estado de saúde, essas doenças podem ser evitadas ou diagnosticadas antecipadamente.

O sistema de saúde suplementar, formado pelas operadoras e seguradoras de planos de saúde, passa por constantes modificações e aperfeiçoamentos, principalmente depois da regulamentação do setor pela Lei 9.656, de 1998, que entrou em vigor a partir de janeiro de 1999.

Normalmente a população não entende a diferença entre planos de saúde e seguros saúde, quais as principais diferenças, verificou-se o conceito segundo definição:

(Ibid, pág. 26):

O conceito básico do seguro refere-se a um produto que garante o reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais incorridas após a contratação do seguro, independente do prestador de serviço. Já planos de saúde garantem o pagamento de despesas assistenciais contratadas em rede específica de prestadores, sem direito a reembolso. A diferença, então, advém da rede de prestação de serviços médicos: seguro saúde garante o pagamento pelos gastos de saúde, não importa se forem feitos em rede referenciada ou não; e planos de saúde garantem o atendimento do segurado em uma rede de prestadores pré-estabelecida, remunerada pela operadora.

As seguradoras oferecem tanto rede credenciada quanto reembolso, esse método é muito interessante para o segurado, pois muitas vezes ele não encontra um médico que lhe agrade na rede de atendimentos disponibilizada pela operadora / seguradora.

Após a regulamentação do setor de saúde suplementar pela lei 9.656/98, as operadoras de saúde também puderam oferecer reembolso para seus beneficiários, conseqüentemente os planos prestados pelas operadoras e seguradoras ficam ainda mais parecidos.

Com o surgimento da Lei complementar 9.656/98, a ANS passou a fiscalizar todo o setor da saúde, trazendo um avanço na saúde suplementar.

O surgimento da ANS como reguladora trouxe várias discussões, se melhoraria ou não o mercado de saúde suplementar brasileiro.

Segundo (Ibid, pág.30): " O objetivo do regulador é garantir o bom funcionamento do mercado, para garantir o maior bem-estar possível de seus participantes, tanto consumidores quanto produtores."

A ANS foi criada com o intuito de garantir segurança para os beneficiários e prestadores de serviço, aumentando a eficiência do setor de saúde suplementar e focar no melhor atendimento ao consumidor.

Normalmente a regulamentação vem do governo, porém nos últimos anos surgiu o uso de agências governamentais, que atuam com independência do governo e seu principal papel é fiscalizar as operadoras e seguradoras de saúde para seu bom funcionamento.

As Agências Reguladoras além de fiscalizar o funcionamento das sociedade deve publicar atos normativos e criar centros de atendimentos ao consumidor para analisar o funcionamento do setor e verificar se os planos estão em concordância com as obrigações mínimas, caso contrario os mesmos podem ser proibidos de comercialização.

Segundo (Ibid, pág.38):

O objetivo da regulação é elevar a eficiência por meio da correção de falhas que o mercado apresenta e implementar políticas redistributivas quando desejável. Políticas regulatórias, não apenas no setor de planos e seguros de saúde, têm como objetivo formal a eficiência e a equidade e devem buscar o indispensável equilíbrio econômico-financeiro.

O alto custo dos planos de saúde não estão apenas relacionado com o envelhecimento da população, ele esta também, correlacionado aos custos médicos e hospitalares, além de ter mais um fator fundamental, o aumento da tecnologia no sistema de saúde.

Os custos médicos e hospitalares, normalmente, aumentam com a elevação da utilização dos planos. (Ibid, pág.42) diz que: " A elevação da frequência com que os indivíduos buscam serviços de saúde expressa tanto o desejo por melhores condições de vida quanto o envelhecimento populacional."

Boa parte da população contrata assistência médica apenas para utilização imediata e algum tempo depois o cancela, esse tipo de atitude aumenta representativamente o custo dos planos de saúde.

A crescente busca por cura de doenças e maximização da vida da população vêm desenvolvendo cada vez mais mecanismos tecnológicos para o aumento da longevidade. Esse tipo de tecnologia é demasiadamente caro e conseqüentemente agravam os custos dos planos de saúde, em contrapartida, vem aumentando linearmente a expectativa de vida.

Segundo (Ibid, pág.47):

Há no mundo, uma tendência de aumento dos gastos com saúde. Esse fenômeno é consequência, entre outros motivos, da elevação do padrão de vida da sociedade e da introdução de novas e melhores técnicas médicas. A elevação do plano de vida da sociedade implica o envelhecimento populacional que leva ao aumento da frequência de utilização dos serviços médicos normalmente de maior complexidade. As novas e melhores técnicas médicas geram demanda de serviço que não existiam no passado e a possibilidade de tratamento de males antes intratáveis.

O Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (VCMH/IESS) é o responsável por medir a tendência de gastos do mercado de saúde suplementar.

Segundo a Fenasaúde, Federação Nacional de Saúde Suplementar:

Os custos das operadoras de planos de saúde com consultas, exames, terapias e internações subiram 16% no ano passado, de acordo com o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (VCMH/IESS). O indicador ficou 10,1 pontos percentuais superior ao da inflação geral oficial do período, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que ficou em 5,9%.

A variação do VCMH se manter maior em relação IPCA é comum, porém uma diferença de 10,1 pontos percentuais é muito significativa, comparando com a variação dos outros índices brasileiros.

De acordo com dados da Fenasaúde, a maior parte dos gastos das operadoras são com internações, aproximadamente 61% do seu total, seguido por exames, com 15%, consultas com 9% e terapias com 5% dos gastos totais.

Segundo o caderno de informação da saúde suplementar, dados da ANS, em março de 2014, havia 50,7 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica.

Entre dezembro de 2013 e março de 2014, foram incluídos mais de 140 mil novos vínculos.

Na tabela 8 verificou-se o crescimento da população assistida pelas operadoras de saúde, de dezembro de 2000 até março de 2014 os beneficiários do plano aumentaram em mais de 61%.

Tabela 8 – Beneficiários de planos privados de saúde no Brasil de 2000 à 2014.

Datas	Assistência médica
dez/00	31.161.481
dez/01	31.727.080
dez/02	31.513.309
dez/03	32.074.667
dez/04	33.840.716
dez/05	35.441.349
dez/06	37.248.388
dez/07	39.316.313
dez/08	41.468.019
dez/09	42.686.816
dez/10	45.154.355
dez/11	46.499.273
dez/12	48.243.789
dez/13	50.474.517
mar/14	50.722.522

Fonte : ANS: caderno de informação da saúde suplementar

Existem planos individuais, planos familiares e planos empresarial, denominados coletivos.

Este trabalho tem como principal objetivo os planos coletivos, pois, na maioria das vezes, são pagos pelo empregador para seu empregado durante o tempo de trabalho, nessa fase, o gasto com plano de saúde da população empregada é mínima, principalmente se comparado com um plano de saúde individual.

O plano de saúde coletivo é caracterizado por ser contratado por uma pessoa jurídica a uma operadora de plano de saúde para atendimento assistencial aos seus funcionários, muitas vezes é extensivo a filhos e cônjuge.

Nos últimos 10 anos, o número de beneficiários em planos de saúde cresceu em todos os tipos de contratação, porém em destaque os planos coletivos cresceram mais, aproximadamente 17 milhões de novos vínculos.

Em alguns casos de planos coletivos existem contribuição do empregado, reduzindo assim o valor da obrigação do empregador, porém em 1º de julho de 2012 a ANS vigorou uma resolução normativa, a RN nº 279, que regulamenta o direito de manutenção no plano de saúde dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentadoria que tem o objetivo de esclarecer os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 que diz o seguinte:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Cálculos periódicos para ajustes técnicos atuariais das mensalidades dos planos ou seguros coletivos considerarão todos os beneficiários neles incluídos, sejam eles ativos ou aposentados.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

A resolução normativa nº 279, conforme anexo A, regulamenta o direito de manutenção do plano de saúde para os demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham contribuído para o plano coletivo em razão de vínculo empregatício, nas mesmas condições de cobertura assistenciais de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho. Mesmas condições de

cobertura assistencial significa, mesma segmentação e coberturas, rede assistencial, padrão de acomodação e internação além de área geográfica de abrangência e outras particularidades do plano.

O direito de extensão se refere, exclusivamente, aos contratos celebrados após a vigência da Lei 9.696, ou seja, após 01/01/1999 quando essa lei entrou em vigor e para aqueles contratos adaptados à lei referida, sendo que nestes casos será considerado o período anterior à adaptação para computar o prazo de contribuição.

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos poderão se manter no plano por tempo indeterminado. Quando o período de contribuição for inferior a dez anos, terão direito a um ano de permanência para cada ano de contribuição.

A norma definiu contribuição como sendo, qualquer valor pago pelo empregado para custear parte ou a integralmente o valor pago pelo plano de saúde referente ao titular do plano, o empregado, as despesas pagas referentes a dependentes não são passíveis ao direito de manutenção do plano de saúde.

É importante destacar que se no momento do desligamento o empregado não estiver pagando a contribuição, os ex-empregados farão jus ao direito de manutenção do plano caso tenham contribuído anteriormente, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição. Considera-se, para a contabilização do período de contribuição, os planos contratados pelo empregador em operadoras diferentes, bem como as contribuições dos ex-empregadores em caso de fusão, incorporação ou cisão do empregador.

Os ex-empregados deverão assumir o pagamento integralmente do plano de saúde. No ato da comunicação do aviso prévio, o empregado deverá comunicar formalmente o ex-empregador sobre a opção de manutenção do plano, devendo este, se manifestar no prazo de 30 dias. A operadora apenas poderá processar a exclusão do beneficiário se o empregador, juntamente com o pedido de exclusão, encaminhar o documento assinado pelo ex-empregado que comprove o conhecimento do direito ao exercício da lei.

Os dependentes e agregados que estavam inscritos no momento da extinção do vínculo empregatício poderão ser inclusos totalmente ou parcialmente. Também é possível o ingresso de novo cônjuge e filhos durante o período de manutenção de benefício.

Em caso de morte do titular em gozo do benefício da extensão, é assegurado o direito de manutenção de seus dependentes no plano.

Essa normativa veio para mudar completamente o modo de contratação de planos coletivos pelas empresas, pois, normalmente, os valores repassados pelas operadoras para pagamento dos planos de saúde são custos médios, ou seja, todos os participantes do plano custam o mesmo valor para o empregador. Esse modo de tarifação é usado para diluir o valor na massa, para não ficar muito caro para os idosos e barato para os mais jovens.

Com essa tarifação média, quanto mais idosos na massa, mais caro é o valor pago para cada participante.

Se a empresa possuir qualquer tipo de participação do empregado no pagamento das contribuições a assistência médica, quando o mesmo se aposentar ele terá direito a permanecer no plano.

Mesmo que ele pague o valor da sua mensalidade total após a aposentadoria, isso trará grandes prejuízos para o empregador, pois a idade média do grupo se elevará conforme o aumento de aposentados mantidos no grupo, com isso o pagamento da tarifação média também e a empresa terá que pagar cada vez mais para a operadora ou fazer uma reserva para esses pagamentos futuros.

Após a divulgação dessa normativa as empresas iniciam a troca de modalidade contributória pela co-participação, onde o funcionário não contribui para a mensalidade, mas tem uma participação nos valores dos procedimentos médicos, como consulta e exames, no entanto se em algum período após o início de vigência da Lei 9.656 o empregado contribuiu para o plano, ele terá direito a se manter no mesmo conforme as regras da RN n° 279.

Esse trabalho tem com objetivo mostrar uma alternativa, tanto para o empregado, quanto para o empregador.

Para o empregado o principal objetivo é fazer uma reserva para seus gastos futuros com a saúde após a aposentadoria, já para o empregador é ótimo pois ele ajuda o empregado a constituir essa reserva e não precisa desembolsar um grande montante no futuro, quando seus funcionários chegarem a aposentadoria, além de evitar a grande rotatividade.

6. Benefício pós-emprego

Segundo WELLICHEN, et al, (2010, pág.170):

Benefícios a empregados é uma expressão que pode ser entendida como formas de remuneração pagas pela entidade em função dos serviços prestados pelos funcionários. Tais benefícios incluem salários, participação nos lucros, planos de assistência médica, seguro de vida e benefício pós-emprego, dentre os quais se destacam os planos de previdência complementar, foco deste documento.

Benefício pós-emprego são todas as formas de remuneração concedida pelo empregador em troca dos serviços prestados pelos empregados. São benefícios que serão pagos após o período de emprego, ou seja, aposentadoria, exceto benefícios de desligamento. Esses planos são regulados pela PREVIC (Superintendência Nacional de Previdência Complementar).

A Superintendência Nacional de Previdência Complementar, PREVIC, é uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social, responsável por fiscalizar as atividades das entidades fechadas de previdência complementar, os fundos de pensão.

O sumário do pronunciamento técnico CPC 33 (Comitê de Pronunciamentos Contábil) definiu benefício pós-emprego conforme texto a baixo:

Planos de benefícios pós-emprego são acordos formais ou informais pelos quais a entidade compromete-se a proporcionar benefícios pós-emprego para seus empregados. Os planos de benefícios pós-emprego classificam-se como planos de contribuição definida ou como planos de benefícios definidos, dependendo da substância econômica do plano, o qual decorre dos termos e das condições do plano.

O benefício pós-emprego é regulamentado pela Norma Contábil Internacional IAS 19, emitida em janeiro de 1983, com intuito de contabilização dos planos de aposentadoria nos demonstrativos financeiros das empresas.

Segundo WELLICHEN, et al,(2010), o objetivo da norma é estabelecer a contabilização e divulgação de benefícios a empregados.

Ibid, pág.164:

Benefício pós-emprego são benefícios aos empregados (que não sejam benefícios de término de vínculo empregatício) que sejam pagáveis após a conclusão do emprego. Planos de benefícios pós-emprego são acordos formais ou informais pelos quais um ente empregador proporciona benefícios pós-emprego classificam-se na IAS 19, ou como planos de contribuição definida ou como planos de benefício definido, dependendo da substância econômica do plano que resulte dos seus principais termos e condições. É interessante notar que não há a categoria de plano misto ou híbrido (por exemplo, um plano que oferece benefícios de aposentadoria por invalidez na modalidade de benefício definido).Igualmente, a IAS 19 não exemplifica um critério de materialidade de passivo atuarial para definir um plano como de contribuição definida e benefício definido.

Alguns dos planos de benefício pós emprego são : renda de aposentadoria por tempo trabalho ou idade, renda de aposentadoria por invalidez, renda de pensão por morte do titular do plano tanto antes, quanto após a aposentadoria, pecúlio por morte tanto antes quanto após a aposentadoria, entre outros.

Como observou-se na definição, existem dois tipos de planos para o benefício pós-emprego, o benefício definido e a contribuição definida.

6.1 Plano de contribuição definida.

Planos de contribuição definida são os planos de benefício pós-emprego que a empregadora paga contribuições a um entidade separada, denominada fundos de pensão, não precisando fazer contribuições adicionais se futuramente o fundo não tiver recursos para arcar com todos os benefícios devidos, apenas se no regulamento estiver especificado que a empregadora irá arcar com a diferença caso necessário.

A obrigação legal da empregadora é limitada a quantia que ela aceita contribuir para o fundo de pensão. Com isso, o valor de benefício pós-emprego que o empregado deverá receber, se limita ao montante acumulado entre ele e o empregador em casos que o empregado também faça contribuições ao plano.

Nos planos de contribuição definida não é utilizado premissas atuariais para mensurar a obrigação ou a despesa, com isso, não existe ganhos ou perdas, apenas acumulo de capital.

Ibid, pág.165:

Logo, os planos de contribuição definida são aqueles em que o ente empregador não tem qualquer outra obrigação formal ou moral de efetuar contribuições adicionais àquelas inicialmente fixadas e definidas, independentemente do que aconteça com os intervalos do fundo ou com o participante. Em suma, trata-se de meras contas de poupança sem qualquer garantia além do valor acumulado.

O empregador deverá reconhecer um passivo de despesa acumulada, mas não quitada, referente ao período de trabalho prestado pelo empregado, para arcar com as despesas futuras dos planos de contribuição definida de benefício pós-emprego.

6.2 Plano de benefício definido.

Os planos de benefício definidos são contrários ao plano de contribuição definida, nesse caso a obrigação do empregador é promover um benefício futuro para seu empregado, acordado entre eles.

Nesse caso, o empregador precisará arcar com despesas caso o fundo não seja suficiente para pagar os benefícios futuros, muitas vezes necessitando de aportes, trazendo um risco maior para o empregador.

No plano de benefício definido, o beneficiários tem garantido pelo empregador o valor do benefício a ser recebido futuramente.

No Brasil, esta cada vez mais comum empregadores oferecerem planos de benefício pós emprego com o foco de complementar a previdência social brasileira.

Segundo WELLICHEN, et al,(2010) a contabilização do plano de benefício definido deve seguir seis passos.

Primeiro: Utilizar de técnicas atuariais para fazer uma estimativa confiável da parcela adquirida de benefícios pós-emprego a que os empregados ativos já fizeram jus no período atual e nos anteriores. Exigindo do empregador determinar quanto do benefício diferido é atribuível a cada período e também faça estimativas com base nas premissas atuárias, tais como, taxa de mortalidade da população, invalidez, desligamento e aposentadoria, assim como as variáveis financeiras;

Segundo: Calcular o valor presente das obrigações futuras e dos custos de serviço corrente, utilizando o Método do Crédito Unitário Projetado;

Terceiro: Determinar o valor justo de quaisquer ativos do plano;

Quarto: Determinar valores de ganhos e perdas;

Quinto: Quando houver alteração ou novos planos deverá determinar o custo do serviço passado resultante;

Sexto: Quando um plano for reduzido ou liquidado deverá determinar o ganho ou perda resultante.

Esta metodologia de contabilização deverá ser efetuada separadamente, para cada plano de benefício pós-emprego de benefício definido, caso haja mais de um plano existente.

A IAS 19 exige que o montante reconhecido no balanço patrimonial do empregador, referente a benefícios pós-emprego na modalidade de benefício definido, seja o total líquido do valor presente da obrigação de benefício definido na data do balanço patrimonial, mais os gastos atuariais ou menos as perdas atuariais, menos o custo de serviço passado não reconhecido, menos o valor justo dos ativos do plano, na data do balanço patrimonial, com os quais a obrigação pode ser liquidada diretamente. Essa soma pode resultar em um passivo ou em um ativo a reconhecer nas demonstrações financeiras do empregador.

Para Países que não têm o habito de economizar para os gastos após a aposentadoria os fundos de pensão são ótimos meios de investimento.

Segundo CHAN, SILVA E MARTINS, (2010, pág.26):

Atualmente, é difícil imaginar que os trabalhadores se aposentem nas empresas onde iniciam as suas carreiras. Nesse sentido, os planos CD, dada a maior facilidade de se individualizar a provisão matemática, tendem a se adequar melhor à nova realidade do mercado de trabalho e à nova regulamentação que contempla os conceitos de benefício proporcional diferido e portabilidade.

Segundo CHAN, SILVA E MARTINS, os planos de contribuição definida requerem maiores contribuições para alcançar um mesmo patamar do plano de benefício definido, pois possui característica puramente financeira, ou seja, não contemplam o risco biométrico como um fator redutor no acúmulo de capital.

No Brasil, a resolução 3.792 de 24 de setembro de 2009 dispõe sobre as diretrizes de aplicação dos recursos garantidores dos planos administrados pelas entidades fechadas de previdência complementar.

É comum a intervenção no governo nos limites de investimento, poucos países como Austrália e Japão não possuem limite de investimento estipulado pelo governo.

Um plano de benefício definido, pode ter três situações econômicas, estar superavitário, quando seus ativos excedem o valor atual das obrigações futuras, estar deficitário, quando seus ativos não atingirem o valor atual das obrigações futuras e em equilíbrio, quando os ativos são equivalentes ao valor das obrigações futuras.

A contribuição para planos de benefício definido leva em consideração premissas atuárias, pois o futuro é repleto de incertezas, as quais, tendem a se elevar conforme a idade aumenta.

Conforme Ibid, (pág, 44): "O ser humano está sujeito à ocorrência de diversos infortúnios, tais como acidentes, invalidez, morte e demissão. A estruturação do plano de benefício deve contemplar tais variáveis e muitas outras."

O risco das incertezas ocorrerem podem ser mensurados, principalmente quando se tem uma grande massa para observar.

A metodologia mais utilizada para estimativa das incertezas são as tábuas atuárias, há tabuas para estimativa de vida e morte, assim como tabuas de invalidez e outras mais específicas.

Ibid, pág. 48:

a necessidade de se conhecer as características demográficas de um conjunto de pessoas é uma preocupação que reside na gestão, principalmente dos segmentos de previdência e seguros de vida individuais, de vida em grupo, de acidentes pessoais, de saúde etc.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a população idosa representa 11% do total da população brasileira e que um terço de sua renda é revertida em gastos com saúde suplementar.

Um fato relevante neste estudo foi a correlação entre grau de instrução e possuir assistência à saúde, apenas 2% dos idosos que não possuem plano de saúde têm ensino superior, enquanto 41% destes não possuem instrução.

Analisou-se o cenário probabilístico em relação ao envelhecimento populacional dos brasileiros e sua correlação com os planos de saúde e longevidade.

Verificou-se também o cenário da saúde suplementar e sua evolução até os dias atuais, a regulamentação da assistência médica surgiu a partir de 1998, com a promulgação da Lei 9.656 e o surgimento da ANS, que trouxe diversas alterações no segmento, melhorando as normas tanto para os beneficiários quanto para os prestadores de serviço.

O terceiro ponto analisado nesta monografia foi a previdência complementar e seus seguimentos; identificou-se o funcionamento do benefício pós-emprego e como deve ser sua contabilização.

O quarto tópico abordado foi a análise prática de um benefício pós-emprego assistencial existente, viu-se que cada sociedade patrocinadora pode elaborar os planos com suas próprias regras, desde que elas estejam no regulamento do plano e sejam aprovadas pelo Conselho Deliberativo da Entidade.

Comparando os atuais participantes do plano de previdência da Entidade estudada, 5.823 ativos e 246 assistidos com os participantes do plano assistencial, 66 ativos e 96 assistidos, analisou-se que a massa total presente no assistencial é de 2,67% do total atendida pelo plano previdenciário e encontrou-se uma grande lacuna para se explorar e investir neste ramo.

O último ponto abordado nesta monografia foi a pesquisa de adesão ao plano de benefício pós-emprego assistencial comparado com a adesão ao previdenciário.

Com essa pesquisa concluiu-se que, por não ser uma modalidade de benefício conhecida, não há grande adesão e essa afirmação é baseada nas respostas computadas para a questão 2, pois esta questionou ao público pesquisado sobre a adesão ao plano de benefício pós-emprego assistencial, caso o empregador arcasse com 100% da contribuição ao plano e 27,78% dos pesquisados respondeu que não contratariam, mesmo sem haver contribuição qualquer por parte dele.

Conclui-se que pode ser realizado um seguimento a essa pesquisa, como extensão o próximo ponto será identificar meios de estimular a população a aderir aos planos de benefício pós-emprego e verificar quais os pontos que impedem a expansão deste tipo de benefício.

8. REFERÊNCIAS

AFONSO, Luis Eduardo. **Previdência Social e Fundos de Pensão**. Rio de Janeiro : FUNENSEG , 1996;

ANS. **Atlas 2013 Econômico – Financeiro da saúde suplementar**;

ANS, **Caderno de Informação de saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos 2014**. Rio de Janeiro, 2014;

ANS, **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. São Paulo, 2012;

BÓGUS, Lúcia e PAULINO, Ana Yara. **Política de empregos, Políticas de População e Direito Social**. - São Paulo : EDUC, 1997;

ENTIDADE ALFA, **Relatório Anual 2012**. São Paulo. 2013;

CHAN, Betty Lilian, SILVA, Fabiana Lopes, MARTINS, Gilberto de Andrade. **Fundamentos da Previdência Complementar. Da atuária à Contabilidade**. – 2. Ed - São Paulo: Atlas: FIECAFI/USP, 2010;

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar - 10 anos de regulação**. São Paulo; Saraiva, 2008;

COSTAS, Mariana Ribeiro Timotheo da. **Previdência Privada, Seguradoras e Capitalização**. Rio de Janeiro :FUNENSEG, 1999;

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. - 3.Ed. rev. e atual; e ampl. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011;

IBGE. **Taxa Bruta de Mortalidade**. Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em <http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-10/?l=pt_BR>. Acesso em 21 de agosto de 2014;

IBGE. **Taxa de crescimento da população**. Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005. Disponível em < http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-3/?l=pt_BR>. Acesso em 15 de agosto de 2014;

IBGE, **Esperança de vida aos 60 anos de idade (Expectativa de vida aos 60 anos de idade)**. Censo Demográfico (2000) e projeções populacionais para Brasil e grandes regiões, 1991-2020: Disponível em <http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-12/?l=pt_BR>. Acesso em 15 de agosto de 2014.

IBGE, **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em dia 04 de outubro de 2014

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6.ed.. São Paulo: ATLAS, 2005;

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Histórico da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/1888-1933/>>. Acesso em dia 28 de setembro de 2014.

PINHEIRO, Ricardo pena. **A Demografia dos Fundos de Pensão**. Brasília: Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social, 200.

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização**. São Paulo:Boitempo Editorial, 2007.

WELICHEN, Eduardo, et al. **Manual de Normas Internacionais de Contabilidade - IFRS versus Normas Brasileiras**. São Paulo: Editora Atlas, 2010 p 162 - 181;