

Exposição de Motivos
Nota do Grupo Técnico Envelhecimento Ativo n.º 1

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2011

Assunto: Envelhecimento Populacional: PROPOSTA PARA A CRIAÇÃO DE INCENTIVOS PARA PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Esta nota tem como objetivo analisar formas de incentivo alternativas para a oferta de programas de promoção do envelhecimento ativo e promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ao longo do curso da vida. O processo de envelhecimento populacional ocorre em todo o mundo, porém no Brasil esse processo ocorre de forma acelerada. Para o sistema de saúde, a mudança na estrutura etária, decorrente dessa nova dinâmica demográfica apresenta implicações tanto sobre as demandas assistenciais quanto sobre a viabilidade intergeracional dos atuais mecanismos de financiamento que compõem o sistema, sendo ambas as questões essenciais para a manutenção do bem-estar tanto das gerações mais velhas – atuais idosos - quanto das gerações mais novas – futuros idosos.

O objeto da presente nota técnica se insere no contexto mais amplo das discussões encaminhadas pelo Grupo de Trabalho sobre o envelhecimento da população, criado no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para um melhor entendimento, a análise da questão será subdividida em seis quesitos, a saber: contextualização da proposta, seus objetivos, constituição do Grupo de Trabalho (GT Envelhecimento Ativo), as alternativas e os pontos fortes e fracos das mesmas, o encaminhamento da proposta e possíveis desdobramentos – monitoramento e revisões periódicas.

1- Contextualização da Proposta

As transformações na dinâmica demográfica brasileira apontam para a crescente necessidade de implementação de políticas públicas e regulatórias voltadas

para o contingente dos idosos, em função do acelerado processo de envelhecimento populacional em curso país. Esse processo foi influenciado especialmente pela queda acentuada da fecundidade observada a partir da década de 1970 (vide tabela 1). A queda da fecundidade promove o que Beltrão, Camarano e Kanso (2004) descrevem como um envelhecimento pela base. Por outro lado, observou-se um movimento de redução da mortalidade em todas as idades. Primeiramente, principalmente a partir da década de 1970, verificou-se uma acentuada queda da mortalidade infantil, o que por sua vez, resultou em expressivos aumentos da expectativa de vida ao nascer. Entre os censos demográficos de 1980 e 1991 a mortalidade infantil foi praticamente reduzida a metade e a expectativa de vida ao nascer aumentou seis anos (vide tabela1).

Tabela 1 – Indicadores Demográficos
Brasil – 1970/2008

	1970	1980	1991	2000	2008
Taxa de Fecundidade Total	5,8	4,4	2,9	2,3	1,8
Expectativa de Vida ao Nascer	54	54	60	68	73
Taxa de Mortalidade Infantil	115	82,5	48,3	30	23,3

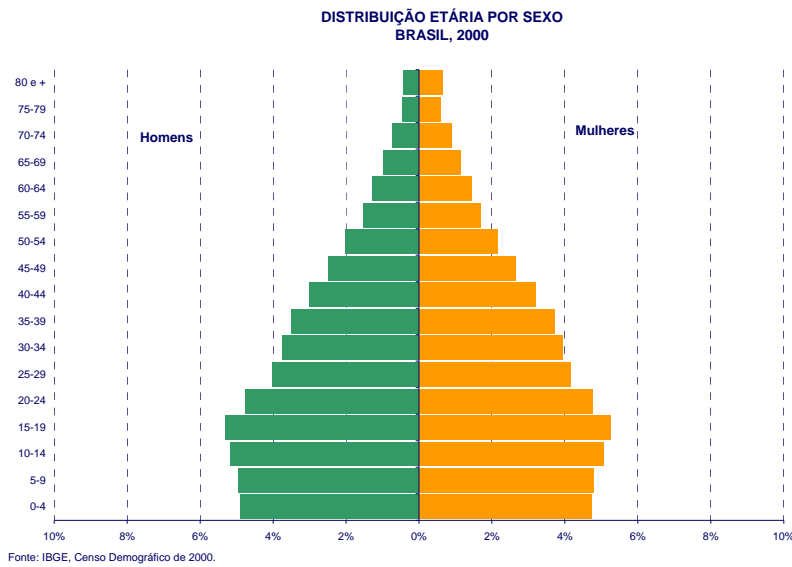
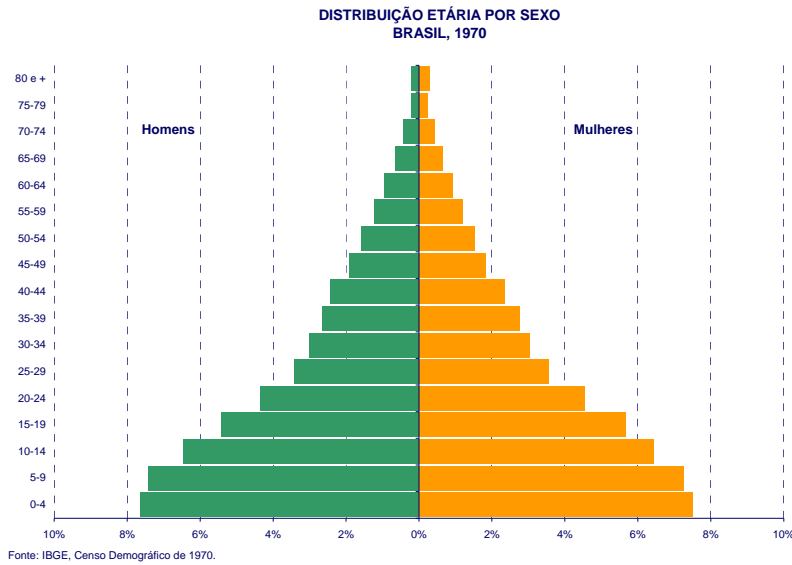
Fonte: IBGE, Censos Demográficos (vários anos) e PNAD 2008.

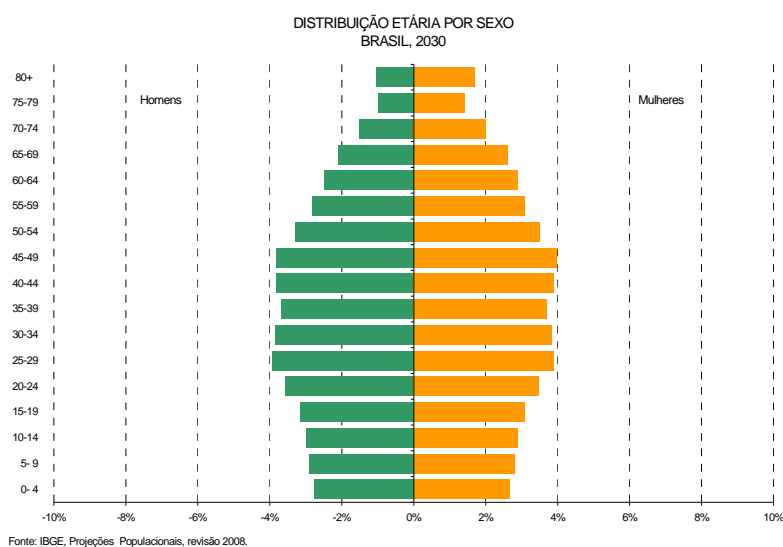
Importantes mudanças na área da saúde e nos padrões de enfermidade e morte, também foram observadas nas últimas décadas. No Brasil, o chamado processo de transição epidemiológica não ocorreu da mesma maneira que na maioria dos países desenvolvidos. É observado um processo não linear com predomínio de doenças crônicas e emergência e recrudescimento de outras enfermidades, tais como: dengue, malária e hanseníase. Tal associação de fatores produz significativo impacto na utilização dos serviços de saúde e por conseguinte nos custos relacionados com esses serviços. Esses serviços sofrem influência da incorporação de tecnologias que se disseminam de forma rápida e muitas vezes indiscriminada. A questão do envelhecimento populacional insere-se nesse contexto, uma vez que, como salientado por Lebrão, Louvison e Duarte (2008) “a lógica da demanda espontânea e o modelo centrado no médico, no medicamento, no hospital e na incorporação tecnológica desmedida, muitas vezes iatrogênica para o idoso, medicaliza a velhice e institucionaliza o cuidado”.

A redução da mortalidade nas idades mais avançadas associada com o aumento da expectativa de vida, ilustra, por sua vez, o processo denominado de envelhecimento pelo topo, ou seja, um número maior de indivíduos alcança idades

cada vez mais avançadas. O resultado desses movimentos demográficos é a mudança na estrutura etária da população brasileira (vide gráfico 1 - pirâmides).

Gráfico 1



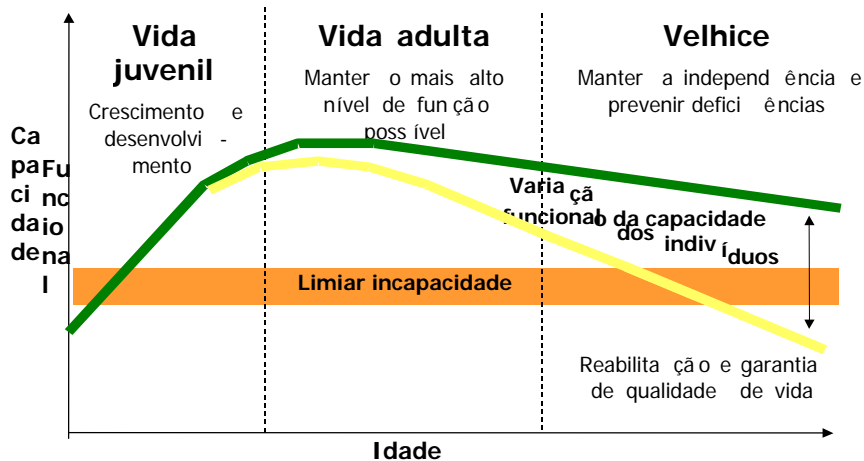


Pode-se entender o envelhecimento como um processo que começa antes do próprio nascimento e que continua ao longo de toda a vida, se encerrando, apenas com a morte. Espera-se que os avanços sociais, econômicos, tecnológicos, farmacêuticos e de atenção à saúde já alcançados perdurem no futuro e possibilitem, cada vez mais, a compressão da morbi-mortalidade em idades cada vez mais avançadas. Dessa forma, para que se possa alcançar cada vez melhores condições de vida nas idades mais avançadas, faz-se necessário pensar a promoção da saúde ao longo de todo o curso da vida.

Desenvolver programas de promoção da saúde ao longo do curso da vida, com base na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de Envelhecimento Ativo, consiste em buscar melhorias na qualidade de vida de toda a população à medida que a mesma envelhece. A Figura 1 ilustra, em termos abstratos, a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos ao longo do curso da vida. Por capacidade funcional entende-se capacidade demandada pelos indivíduos para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, tais como: alimentar-se sozinho, caminhar, vestir-se, entre outras. Pode-se depreender da análise da figura que a capacidade funcional aumenta ao longo da infância e juventude, alcança seu ápice na idade adulta quando também começa a declinar. A idade avançada – velhice – caracteriza-se por uma etapa de maiores perdas da capacidade funcional, muito embora essa perda varie de indivíduo para indivíduo e a ocorrência de incapacidades, possa ser postergada com a adoção de medidas assistenciais com vistas a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças.

Figura 1

MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL AO LONGO DO CURSO DA VIDA

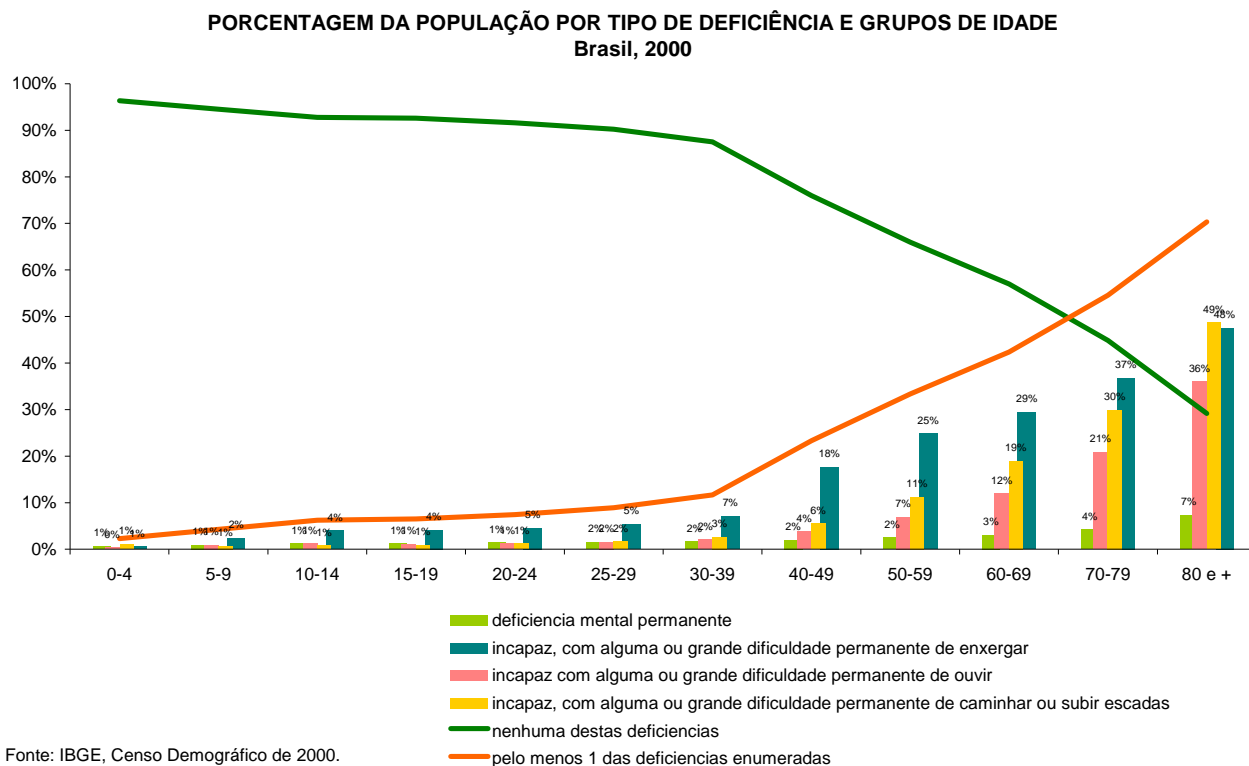


Fonte : Machado 2010 adaptado de Kalache and Kickbusch , 1997

O conceito de Envelhecimento Ativo é válido para o entendimento do envelhecimento individual e da sociedade de forma geral. A promoção da saúde ao longo de todo o curso da vida é o principal pilar para inserção e participação dos indivíduos nas sociedades, pois ao mesmo tempo engloba ações de incentivo a adoção de hábitos saudáveis de vida e ações voltadas para assegurar proteção aos indivíduos em condição de maior vulnerabilidade, decorrentes de sua condição de saúde ou de suas limitações físicas e/ ou cognitivas.

No Brasil, a partir dos dados do Censo Demográfico de 2000, podemos identificar a proporção da população que apresenta alguma deficiência, quer física ou mental, que potencialmente pode incorrer em algum tipo de perda da capacidade funcional (vide gráfico 2). Corroborando a abordagem teórica apresentada na figura 1, pode-se observar que o surgimento de incapacidades para enxergar, ouvir, caminhar ou mesmo deficiências mentais ocorre durante a idade adulta, mais especificamente a partir dos 40 anos de idade. Entre os indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, aproximadamente 70% apresenta pelo menos uma das deficiências analisadas.

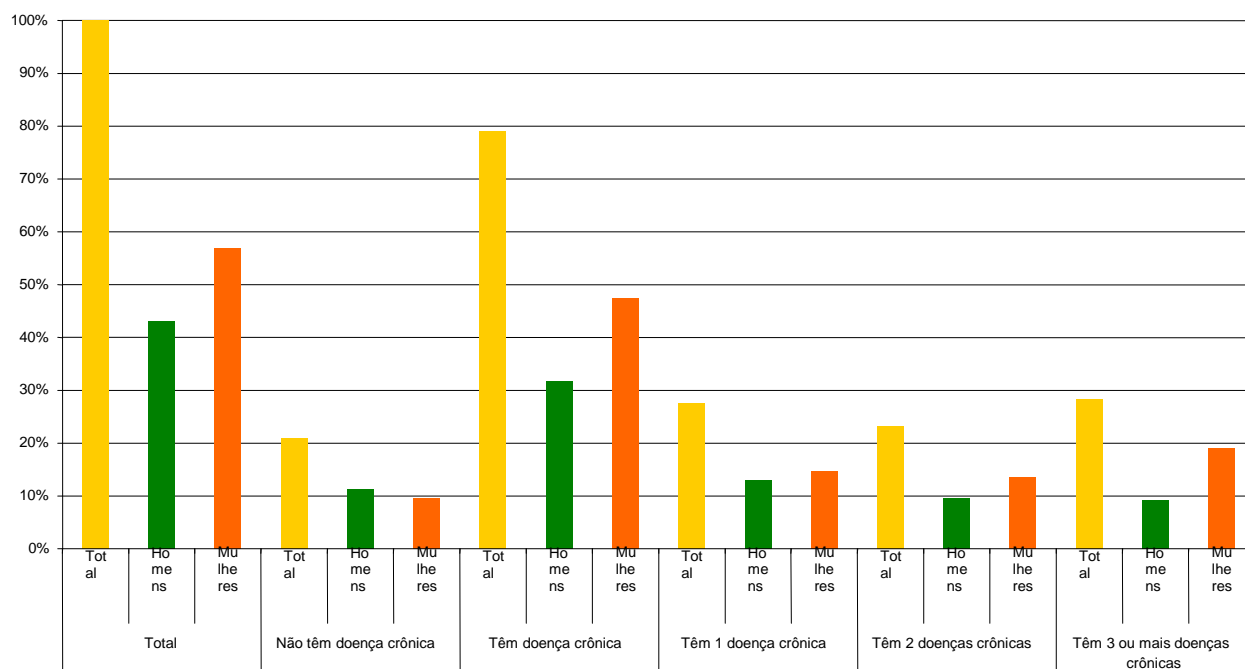
Gráfico 2



No entanto, uma importante característica do contingente idoso consiste em sua heterogeneidade. A faixa etária composta pelos idosos compreende uma enorme amplitude etária, pois envolve aproximadamente 30 anos da vida de um indivíduo. Além disso, supõe-se que as diferenças individuais aumentem com a idade. Idosos mais jovens – com menos de 80 anos de idade – tendem a gozar de melhores condições de saúde. Porém, com o avanço da idade, tendem a surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, principalmente em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos (vide gráfico 3). Com isso, o contingente de idosos mais idosos – com 80 anos ou mais de idade – tende a apresentar maior vulnerabilidade.

Gráfico 3

POPULAÇÃO IDOSA (65 e +) POR DECLARAÇÃO E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS E SEXO
Brasil, 2008



Fonte: IBGE, Suplemento Saúde da PNAD de 2008

A preocupação com a questão do idoso na pauta das políticas públicas no Brasil teve início com a promulgação da Constituição de 1988, tendo sido fortemente influenciada pelo avanço do debate internacional sobre a questão do envelhecimento¹. Isso resultou na aprovação, em 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI estabeleceu como competência específica do setor saúde, entre outros: prover o acesso dos idosos aos serviços e as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isso, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, em 1999, a Política Nacional de Saúde dos Idosos. Dentre suas principais diretrizes constam:

- Promoção do envelhecimento saudável – através do desenvolvimento de ações que orientem os idosos e a população em geral para a importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde;

¹ Em 1982 foi realizada a 1ª Assembléia da ONU voltada para a questão do Envelhecimento Populacional.

- Manutenção da capacidade funcional – a se dar tanto com base na prevenção como, por exemplo, as campanhas de vacinação. quanto na detecção precoce das doenças crônicas degenerativas; e
- Assistência às necessidades de saúde do idoso – incentivar e promover a adoção de protocolos médicos mais atentos para as necessidades dos idosos.

Em outubro de 2006 é reeditada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528). Esta estabeleceu como sua finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS” (MS, 2006). O setor de saúde suplementar também se depara atualmente com o desafio de reorganizar um modelo de atenção à saúde mais voltado para o cuidado integrado das condições crônicas, racionalização dos recursos e produção da saúde. De acordo com Lebrão, Louvison e Duarte (2008), na saúde suplementar, também, a gestão do cuidado integrado em rede para condições crônicas, como preconizado pela OMS² vem sendo alvo de discussões.

Considerando este cenário e em consonância com as políticas públicas que vem sendo implementadas no país pelo Ministério da Saúde - que focalizam ações de promoção e prevenção voltadas para o envelhecimento ativo da população – fez-se necessário introduzir o tema na agenda das políticas regulatórias da ANS. A preocupação do ente regulador é incentivar, como preconizado pela Política Nacional de Saúde do Idoso, a criação de ambientes físicos, sociais e comportamentais com vistas à promoção de melhorias na condição de saúde dos indivíduos, especialmente os idosos, bem como ampliar a participação social dos mesmos. Essa, porém, não é uma questão fácil, pois envolve mudanças culturais e comportamentais dos vários segmentos sociais que atuam na saúde suplementar – beneficiários, operadoras e prestadores. A dificuldade de adesão desses vários segmentos pode ser ilustrada, por exemplo, pela potencial baixa adesão dos beneficiários na ausência de medidas de incentivo – quer financeiros ou não. No entanto, em uma conjuntura de acelerado

² Para a OMS o conceito de envelhecimento ativo inclui ações voltadas para:

- Prevenção de doenças crônicas - dado que a maior parte das incapacidades associadas à idade avançada são conseqüências de doenças crônicas preveníveis e não do processo de envelhecimento propriamente dito, tornando a promoção da saúde ao longo do curso da vida o elemento chave para o envelhecimento saudável;
- Acesso a cuidados primários de saúde voltados para a detecção precoce e melhor gerenciamento das doenças crônicas como forma de minimizar seu impacto na capacidade funcional, e
- Criação de um entorno favorável ao processo de envelhecimento, capaz de sobrepor-se as políticas e atitudes etaristas (tais como a extinção da aposentadoria compulsória, ambientes físicos que permitam a participação de pessoas com incapacidades, maior integração e cooperação intergeracional e participação social dos idosos).

envelhecimento populacional, como é o caso brasileiro, oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis torna-se um imperativo. Para tanto, a ANS pretende incentivar a criação de mecanismos de bonificação para a adesão da população beneficiária, com foco no envelhecimento ativo, em programas de promoção da saúde porventura desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de saúde.

2 – Objetivos

Objetivo Geral: Normatizar a criação de mecanismos com o intuito de incentivar a elaboração por parte das operadoras e a adesão por parte dos beneficiários à programas de promoção da saúde para uma população que envelhece de forma acelerada e a adesão aos mesmos.

Objetivos Específicos:

- Criar regras para a viabilizar a introdução de bônus, como forma de incentivar que as operadoras de planos de assistência suplementar à saúde desenvolvam programas de promoção do envelhecimento ativo de sua população de beneficiários;
- Regulamentar a premiação em programas voltados para a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças;
- Estimular o envolvimento dos gestores das operadoras de planos de saúde e da população de beneficiários da saúde suplementar com os desafios e oportunidades resultantes do processo de envelhecimento da população brasileira; e,
- Sinalizar para o mercado da saúde suplementar as potencialidades para a redução dos custos assistenciais com uma população que envelhece, de programas voltados para o envelhecimento ativo e para a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças.

3 – Constituição do Grupo Trabalho

Em setembro de 2010 foi realizado, pela ANS, um seminário interno para a apresentação da Agenda Regulatória do setor para os próximos anos. Esta consiste em um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do

setor, que serão objetos de atuação da ANS. Dentre os temas abordados encontra-se a questão da assistência ao idoso. Com esse contexto foi criado o Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento Ativo (GT Envelhecimento Ativo), com a participação de representantes de todas as Diretorias. O grupo conta com uma vasta agenda para análise de temas e questões relacionadas com a questão do envelhecimento populacional, porém a questão assistencial foi definida como a primeira a ser analisada.

Após algumas rodadas de debates internos realizados com os representantes das diretorias e, conseqüentemente, do surgimento de várias dúvidas e questionamentos, abriu-se o debate para a participação da sociedade através do seminário "Desafios Assistenciais e Econômico-Financeiros do Envelhecimento Populacional na Saúde Suplementar", realizado no dia 17 de novembro de 2010, na cidade do Rio de Janeiro. O seminário foi aberto pelo Diretor-Presidente da ANS – Dr. Mauricio Ceschin – e pelo Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde do Ministério da Saúde – Dr. José Telles. O seminário foi organizado em duas mesas de trabalhos. A primeira mesa debateu as questões afetas a assistência à saúde dos idosos. Fizeram parte da mesma: Profa. Dra. Ana Amélia Camarano – demógrafa, representante do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; Laura Machado – gerontóloga, membro do Conselho Consultivo da SBBG e representante da IAGG na ONU – e Dr. Nelson Carvalhães – geriatra e representante do Grupo Fleury Medicina e Saúde. A segunda mesa versou sobre os desafios econômico-financeiros do envelhecimento populacional na Saúde Suplementar, tendo contado com a participação: Bruno Santos – economista representante do Ministério da Fazenda; Prof. Dr. Marcos Bosi Ferraz, representante do CPES/UNIFESP; Prof. Luiz Augusto Ferreira Carneiro, atuário da FIECAFI/USP e do Sr. Marcio Coriolano, representante da FENASAÚDE.

3.1 – Submissão da Proposta ao Público Externo – Instituição do Grupo Técnico

Foi consenso entre os participantes do GT Envelhecimento Ativo a necessidade de debater com a sociedade civil organizada – representantes das operadoras, dos beneficiários, dos prestadores e dos órgãos de defesa do consumidor – a implementação da proposta objeto da presente nota técnica. Pretendeu-se com isso avançar no debate técnico e aprimorar a proposta através da incorporação e possíveis sugestões realizadas. Dessa forma, foram realizadas duas reuniões com um grupo técnico formado por representantes da sociedade civil e profissionais com reconhecida

expertise no tema do envelhecimento populacional. A primeira reunião realizada foi no dia 22 de fevereiro e a segunda no dia 22 de março de 2011. Na primeira reunião foi realizada uma breve introdução ao tema da transição demográfica, epidemiológica e tecnológica em curso no Brasil e a apresentação da proposta de Resolução Normativa voltada para a criação de incentivos para a participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida. Foi ressaltado, pela maioria dos participantes a necessidade de um período para debate nas instituições por eles representadas. Foram recebidas contribuições até o dia 15 de março de 2011, as quais foram debatidas por ocasião da segunda reunião³.

Dentre as principais questões surgidas ao longo do debate, destacam-se:

- O alinhamento das ações, estratégias e objetivos para programas de promoção do envelhecimento ativo entre a ANS e o Ministério da Saúde – tendo em vista ser o envelhecimento da população uma questão macro que envolve todo o sistema de saúde do país, faz-se necessário a adoção de estratégias que fortaleçam as interações entre a assistência à saúde prestada pelo mercado de saúde suplementar e as ações empreendidas pela esfera pública.
- A Resolução Normativa (RN) proposta representa um ponto de partida para a identificação de formas de acesso, de financiamento e de atenção à saúde, em um país cuja população envelhece de forma acelerada.
- Mudar a orientação do sistema, que tem sido pautado pelo ciclo de tratamento da doença e não da saúde. Com isso, é preciso criar benefícios indutores (inclusive pecuniários) para o cuidado com a saúde. Respeitando-se os limites previstos em Lei, tais como os relativos à faixa etária e desvinculação dos resultados em saúde apresentados pelo beneficiário.
- Em função da flexibilidade da RN proposta, a operadora, face ao perfil da carteira do plano, pode estabelecer os programas que melhor atendam a sua população.
- Inexistência de custos administrativos para inclusão dos programas aos planos, exigindo-se apenas as operadoras informem o aditivo. Possibilidade
- Possibilidade de adoção de incentivos não apenas pecuniários, através da bonificação para a participação em programas de envelhecimento ativo, mais também, por exemplo, através de premiações para participação em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para determinados grupos de beneficiários.

³ Os documentos relacionadas com as duas reuniões do Grupo Técnico podem ser acessados no sítio da ANS:

- As diversas possibilidades para o delineamento dos programas que podem ser criados possibilitam a atuação colaboração de profissionais não diretamente relacionados com a área de saúde (profissionais na área de educação física, cuidadores, etc.) e sua diferenciação em função do local de residência dos beneficiários. A diferenciação, no entanto, deve visar a qualidade da atenção à saúde.

4 – Delineamento das Alternativas, seus pontos fortes e fracos

A possibilidade do diálogo com a sociedade civil possibilitou a percepção dos questionamentos e demandas presentes no mercado e na sociedade. Pode-se observar que já existem no mercado programas voltados para o enfrentamento da questão do envelhecimento da população brasileira. Cumpre destacar que, tanto no seminário realizado quanto nas reuniões do Grupo Técnico, foi demonstrado pelos presentes o anseio do mercado (operadoras e beneficiários) por um disciplinamento da matéria em apreço. Dentre as manifestações do público foi sugerida, inclusive, a criação de vantagens para os beneficiários que de alguma forma se interessem em praticar algum ato que beneficie sua saúde, o que, por sua vez, é benéfico também para a operadora.

Com esse pano de fundo, o GT Envelhecimento Ativo partiu do entendimento que os incentivos poderão ser traduzidos na forma de oferta de bonificação nas contraprestações para o caso dos programas de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e em premiações para o caso de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Foi consenso no Grupo de Trabalho que os programas necessitam ser avaliados atuarialmente pelas próprias operadoras, de forma a mitigar possíveis desequilíbrios econômico-financeiros de sua carteira de produtos. Nesse sentido, a ANS dispõe de alguns instrumentos que permitem monitorar a saúde financeira dos produtos, tais como a exigência da Nota Técnica de Registro de Produto e os Programas de Visita Técnica, entre outros.

Ressalta-se que as possibilidades de interferência da ANS sobre o setor contam com uma série de condicionantes legais e éticos. Em função do marco legal vigente para o mercado da saúde suplementar, algumas considerações prévias à construção das alternativas devem ser consideradas, dentre as quais ressaltam-se: as restrições

ao tratamento diferenciado dos idosos decorrente do Estatuto do Idoso, a não discriminação por resultados de possíveis medidas que utilizem incentivos financeiros para a participação em programas de promoção e prevenção à saúde, a vedação de descontos em função da faixa etária (CONSU nº 6/98) e a manutenção da relação de preços entre as faixas etárias, regulamentada pela RN 63/2004.

Especificamente no que se refere a comercialização de novos produtos, a oferta de bonificação por aditamento aos contratos não poderá estar em desacordo com os valores mínimos estabelecidos na NTRP, conforme a RDC 28/2000 e RN 183/2008. Exige-se também que a oferta de bonificação, por meio de um percentual fixo e único, contemple todas as faixas etárias, estando em linha com os dispositivos regulatórios que tratam da vedação de descontos em função da idade, notadamente aqueles constantes da CONSU nº 6/98. Ademais, a bonificação deverá atender as regras de relação entre as faixas etárias estabelecidas na RN 63/2004.

Dessa forma, foram delineadas três alternativas voltadas para a assistência ao idoso, a saber:

- 1- *Status Quo* – Não promover incentivos para indução da adoção de programas voltados para o envelhecimento ativo e promoção da saúde da população beneficiária;
- 2- Promoção de Incentivos para a criação de programas voltados exclusivamente para os idosos;
- 3- Promoção de Incentivos para a criação de programas de envelhecimento ativo que envolvam a participação dos indivíduos ao longo de todo o curso da vida e promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

O Quadro 1 abaixo apresenta sinteticamente os pontos fortes e fracos de cada uma das alternativas.

Quadro 1 - Vantagens e Desvantagens das Alternativas Delineadas

Status Quo – Não promover incentivos para a criação dos programas		Promoção de Incentivos para a criação de programas voltados exclusivamente para os idosos		Promoção de Incentivos para a criação de programas de envelhecimento ativo que envolvam a participação dos indivíduos ao longo de todo o curso da vida e promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças	
Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens
Beneficiários					

Manutenção das Regras.	Manutenção do paradigma da assistência à saúde curativa.	Promoção da Saúde.	Possibilidade de delineamento de programas muito variados.	Promoção da Saúde.	Possibilidade de delineamento de programas muito variados.
	Ausência de acesso a programas para a adoção de hábitos de vida saudáveis e/ou incentivos financeiros.	Focalização nas necessidades específicas dos Idosos.	Possibilidade de obtenção de benefícios financeiros bastante limitados; Seleção de risco.	Abrangência de todo o curso da vida, possibilitando a prevenção e postergação das "consequências" do surgimento de doenças crônico-degenerativas.	Possibilidade de obtenção de benefícios financeiros bastante limitados.

Operadoras

Manutenção das Regras	Ausência de incentivos para a mudança de paradigma da assistência à saúde: curativo X preventivo e promotor da saúde.	Possibilidade de diferenciação de seu produto possibilitando uma vantagem competitiva.	Operacionalização.	Possibilidade de diferenciação de seu produto possibilitando uma vantagem competitiva.	Operacionalização.
	Sobre-utilização dos serviços assistenciais, na ausência de um sistema articulado de cuidados com a saúde da população beneficiária.	Fidelização do Cliente.	Necessidade de contratação novos profissionais	Fidelização do Cliente.	Necessidade de contratação novos profissionais
		Imagem positiva perante a sociedade: construção de uma "rede de cuidados" com a população beneficiária mais demandante.	Benefícios advindos da possibilidade de redução dos custos X Possíveis aumentos de custo no curto prazo.	Possibilidade de redução dos custos no médio e longo prazo em função da otimização da utilização dos serviços de saúde.	Benefícios advindos da possibilidade de redução dos custos X Possíveis aumentos de custo no curto prazo.
			Sinalização para a sociedade da preocupação com a mudança de paradigma da assistência a saúde: curativo X preventivo e promotor da saúde.		

Manutenção das Regras	Baixa capacidade de atuação para a mudança de paradigma da assistência à saúde: curativo X preventivo e promotor da saúde	Proatividade na criação de incentivos voltados para a prevenção, promoção e manutenção da saúde da população beneficiária.	Necessidade por reestruturação e aumento da capacidade de regulação e fiscalização; Seleção de risco; População atendida restrita ao contingente idoso; Problemas normativos.	Proatividade na criação de incentivos voltados para a prevenção, promoção e manutenção da saúde da população beneficiária; Ausência de entraves legais (Estatuto do Idoso, demais leis); Alcance de toda a população de beneficiários	Necessidade por reestruturação e aumento da capacidade de regulação e fiscalização.
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

A **primeira opção**, pela não implementação de medidas voltadas para a criação de incentivos desconsidera as implicações para o setor saúde decorrentes da mudança na estrutura etária da população brasileira. O envelhecimento populacional é, ao mesmo tempo, resultado de mudanças socioeconômicas, culturais e das tecnologias disponíveis nas sociedades e promotor de importantes mudanças sobre essas mesmas questões.

Como já mencionado, concomitantemente à mudança da estrutura etária da população brasileira, observou-se uma mudança no seu perfil epidemiológico. Esse novo perfil é caracterizado pela redução das doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas. Um aspecto importante dessa questão remete ao fato de que as doenças crônico-degenerativas, ao contrário das doenças infecto-contagiosas, resultarem em um aumento da demanda por cuidados continuados, uma vez que as mesmas não apresentam possibilidade de cura (como no caso da maior parte das doenças infecto-contagiosas). Dessa forma, **a segunda opção**, referente à adoção de programas voltados exclusivamente para os idosos, contemplaria a demanda latente pela atenção à saúde de um contingente crescente da população brasileira – os idosos. A convivência com doenças crônicas, no entanto, não necessariamente resulta em perda da qualidade de vida dos indivíduos, desde que as mesmas sejam devidamente diagnosticadas e monitoradas.

Entretanto, como já mencionado, o “envelhecer bem” deve ser um processo contínuo na vida de todo o indivíduo, pois o surgimento de limitações ou o agravamento dos graus de incapacidade dos indivíduos podem ocorrer em qualquer fase da vida e tendem a aumentam na idade adulta, especialmente a partir dos 40 anos de idade. Além disso, a priorização de uma faixa etária poderia não apenas ferir a legislação setorial como também propiciar a seleção de risco. Dessa forma, **a terceira alternativa** – promoção de incentivos que envolvam a participação dos

indivíduos ao longo de todo o curso da vida – foi considerada pelo GT como a mais adequada ao propósito de incentivar as operadoras a tomarem medidas efetivas para a melhoria do perfil epidemiológico de sua população, permitindo-lhes obter benefícios de médio prazo, via redução dos custos e/ou ampliação de sua massa de beneficiários.

5 – Encaminhamento da Proposta

A proposta aqui apresentada consiste na edição de uma norma de alcance externo - Resolução Normativa - que contemple a criação de incentivos para a promoção de programas de envelhecimento ativo e promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que envolvam a participação dos indivíduos ao longo de todo o curso da vida.

A opção por oferta da bonificação corresponde a adoção de programas de promoção do envelhecimento ativo, voltados para todas as faixas etárias. Como já mencionado, tem por objetivo melhorar a qualidade de vida/saúde de todos os beneficiários dos planos de saúde interessados em aderir ao programa, o que, via de consequência, poderá gerar um menor custo para as operadoras. A oferta de bonificação aos beneficiários de planos de assistência à saúde suplementar que optem por aderir e participar em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida será facultativa, porém quando realizada deverá ser aplicada aos contratos individuais, familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais celebrados a partir de 2 de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Propõe-se, para os produtos que prevejam a bonificação decorrente do programa, a possibilidade de aderência de todos os beneficiários vinculados, com o intuito de evitar seleção de risco pelas operadoras. Sugere-se que anualmente a operadora informe aos beneficiários a possibilidade de adesão ao programa. Além disso, é previsto que o prazo mínimo de vigência do programa seja de 12 meses contados da data de aderência do beneficiário ao mesmo, impedindo com isso possíveis comportamentos oportunistas por parte de operadoras e beneficiários.

Como forma de conferir estabilidade ao programa e ao bônus inerente, indica-se a previsão da Operadora poder descontinuar o programa durante o prazo previsto contratualmente, mantendo a bonificação até o término deste. Sugere-se, também, que caso a operadora opte por descontinuar o programa deve notificar o beneficiário com três meses de antecedência de seu término.

A operacionalização dos programas dependerá da sua formalização, por parte das operadoras, junto a ANS. Para tanto, primeiro deverá promover a alteração dos

referidos instrumentos jurídicos na ANS, para contemplar a oferta de bonificação. Uma vez efetuada a referida alteração, os beneficiários poderão aderir ao programa através de aditivo contratual, no qual estarão previstos o valor da bonificação e as regras do programa, critérios de adesão e permanência no programa.

O aditivo contratual decorrente da oferta do programa por parte da operadora será um instrumento de adesão, cujas regras serão determinadas pelas mesmas. No entanto, o mesmo deverá contar com uma cláusula redigida de forma clara e precisa demonstrando o valor das contraprestações pecuniárias (com e sem a bonificação), no momento da sua assinatura, por faixa etária, com a finalidade de demonstrar ao beneficiário como ficaria o preço se estivesse em outra faixa etária.

A resolução proposta não especificará as regras de estruturação do programa de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida. Estas deverão ser estruturadas pelas próprias operadoras de acordo com as características sócio-demográficas e epidemiológicas dos beneficiários pertencentes ao produto. Salienta-se que para fazer jus à bonificação ou a sua manutenção, nenhum outro critério senão a adesão/participação poderá ser observado, estando, portanto, vedado, inclusive, o oferecimento de bonificação diferenciada por condição de saúde ou doença, ou por condição de alcance de determinada meta, resultado em saúde ou diminuição de sinistralidade/utilização de procedimentos. O beneficiário para fazer jus à bonificação terá que participar das atividades previstas no programa, e, por conseguinte, a não participação nas atividades ensejará a perda do direito à bonificação (devendo o beneficiário ser comunicado da perda da bonificação).

A participação no programa conferirá o direito a perceber uma bonificação no valor da contraprestação pecuniária, conforme previsão contratual, a qual deve ser a mesma para todos os beneficiários de um produto individual ou familiar registrado na ANS. Nos produtos com tipo de contratação coletiva empresarial ou por adesão, a bonificação poderá ser diferenciada para cada contrato firmado. O contrato firmado do tipo de contratação coletiva por adesão ou empresarial que inclua mais de um produto registrado na ANS poderá prever bonificações diferentes para cada produto, pois nestes há uma margem maior de negociação entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes, necessitando, por conseguinte, de uma menor ingerência regulatória.

Propõe-se que o mesmo percentual do bônus seja aplicado a todas as faixas etárias do produto individual ou familiar, ou do grupo de beneficiários vinculado ao mesmo produto de um contrato coletivo empresarial ou por adesão firmado. Isto garantiria o mesmo tratamento a todos os beneficiários, independente da faixa etária.

Deve-se observar que tal bônus, aplicado em todas as faixas etárias não deverá ultrapassar os limites mínimos previstos na legislação.

A Adesão ao programa pelos beneficiários deve ser facultativa, pois o beneficiário não pode ser obrigado a aderir a um determinado programa. Esta faculdade será exercida por diferentes pessoas, dependendo do tipo de contratação. Nos contratos individuais ou familiares, pelo beneficiário do contrato, titular ou dependente; nos contratos coletivos empresariais, pela pessoa jurídica contratante; e nos contratos coletivos por adesão, a adesão deverá ser efetuada primeiro pela pessoa jurídica contratante, e, depois, por cada beneficiário que desejar participar. Esse dispositivo busca estimular a participação dos beneficiários mesmo quando nem todos os membros do grupo familiar ou do grupo dos planos coletivos por adesão desejem participar.

A adoção de incentivos na modalidade de premiação para a participação em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, por sua vez, se por um lado apresenta maior facilidade de operacionalização em função da maior homogeneidade das características dos beneficiários definida por sua população-alvo, por outro lado conta com possibilidades de resultados mais modestos, em termos de melhoria do perfil epidemiológico da população beneficiária. Sua oferta, assim como no caso da bonificação, é facultativa e não incorre em custos adicionais perante a ANS. Caso a operadora opte por oferecer a premiação, deverá disponibilizá-la a todos os beneficiários que atendam aos critérios de elegibilidade definidores da população alvo dos programas, devendo as regras dos referidos programas constarem em documentos firmados pelas partes (operadores e beneficiários).

6 – Desdobramentos: Possíveis Revisões e Monitoramento

A adoção da norma proposta não pretende esgotar todas as possibilidades que se delineiam no campo de incentivos para estimular os programas de envelhecimento ativo e de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ao longo do curso da vida. Faz-se necessário avaliar a resposta do mercado e possíveis alternativas para aprimoramento futuro.

Por fim, este Grupo de Trabalho se coloca à disposição para expor mais detalhadamente a proposta aqui retratada.

Referências Bibliográficas

BELTRÃO, K. I., A. A. CAMARANO e S. KANSO (2004). Texto para discussão no.: 1034: *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA.

LEBRAO, M. L., LOUVISON, M. C. P., DUARTE, Y. A. O. (2008). A Regulação da Saúde Suplementar e o Direito da Pessoa Idosa à Assistência à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, p. 190-206.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. (1997) .A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 4, Julho-Agosto de 1997. p.4-5.

MACHADO, L (2010) Apresentação realizada no *Desafios Assistenciais e Econômico-Financeiros do Envelhecimento Populacional na Saúde Suplementar*, realizado no dia 17 de novembro de 2010, Hotel Novo Mundo, cidade do Rio de Janeiro.

OMS – Envelhecimento Ativo

<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>

(acessado em 17 de dezembro de 2010)