

O Seguro-Saúde Privado

CARLOS GENTILE DE MELLO

Carlos Gentile de Mello, médico sanitário, ex-assessor do Ministério da Saúde (FSESP) e do Ministério do Planejamento (IPEA), é autor de "Saúde e Assistência Médica no Brasil" (1977) e "O Sistema de Saúde em Crise" (1981).

O seguro, qualquer que seja a sua natureza, deve ser entendido como uma operação pela qual, mediante o pagamento de uma pequena remuneração, o *prêmio*, uma pessoa, o *segurado*, se faz prometer para si próprio ou para outrem, no caso da ocorrência, o *sinistro*, de um evento determinado, o *risco*, uma prestação de uma terceira pessoa ou instituição, o *segurador*, que, assumindo a responsabilidade de um conjunto de riscos, os compensa de acordo com as leis da estatística e o princípio do *mutualismo*.

No atual estágio dos conhecimentos científicos é impossível prever, em termos individuais, se uma pessoa vai adoecer, quando isso pode ocorrer, de que enfermidade será acometida e quais os recursos que necessitará para o seu tratamento. Se essa antevisão fosse viável qualquer cidadão, desde que a sua renda permitisse, poderia

precatar-se com uma reserva financeira correspondente às despesas indispensáveis à sua recuperação.

Se é impossível uma previsão em termos estritamente pessoais, o mesmo não acontece, porém, sempre que se cogita de uma coletividade desde quando, ainda no século XVIII, o matemático suíço, da Universidade da Basileia, Jacques Bernoulli, enunciou a "lei do acaso", segundo a qual, qualquer fenômeno, de qualquer natureza, dependa ou não da vontade do homem, *desde que observado em grandes números*, obedece a uma lei, segue um ritmo regular, previsível quantitativamente. É a "lei dos grandes números".

Esse tipo de previsão científica permite, com certa margem de segurança, no caso do seguro-saúde, o planejamento dos recursos médico-assistenciais, cuja fonte de custeio é o segurado, que paga o *prêmio*, recebendo,

em troca, a assistência que necessitar no momento em que adoecer, ou, em termos técnicos, quando ocorrer o *sinistro*.

O "seguro-saúde", portanto, não deve ser encarado como sinônimo de "previdência privada" como tem sido feito, equivocadamente, em alguns setores, ainda porque o "seguro-saúde" pode ser social ou privado. O SINPAS, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, embora referindo que a assistência médica será prestada "com a amplitude que as condições locais e os recursos financeiros permitirem", prevê, expressamente o seguro-saúde englobadamente com outras numerosas prestações exigíveis pelos segurados.

Não obstante ambos se fundamentem nos mesmos princípios técnicos e científicos, há diferenças significativas entre o seguro social e o seguro privado. Enquanto o seguro social, também conhe-

cido como "previdência social" tem caráter obrigatório, o seguro privado é, em princípio, facultativo, do que resulta uma série de consequências.

O seguro privado, sendo facultativo, promove uma seleção negativa dos segurados. As pessoas mais sujeitas ao risco (de adoecer, no caso do seguro-saúde) são, precisamente, as que aderem mais freqüentemente ao sistema, concorrendo, dessa maneira, para aumentar a incidência de riscos, encarecendo os prêmios.

Em uma universidade, por exemplo, é raro encontrar um só aluno que seja portador de uma apólice de seguro-saúde privado. Enquanto isso, regra geral, os professores são segurados. Os estudantes, jovens na sua quase totalidade, como característica do grupo etário raramente adoecem e excepcionalmente morrem. Os professores, por seu lado, têm uma probabilidade muito maior de adoecer, o que eleva o montante das despesas a serem rateadas entre os segurados. No seguro social, sendo compulsório, todos contribuem, os mais jovens e os mais velhos, diluindo o rateio.

Essa não é a única razão que explica e justifica que no seguro-saúde privado os custos têm de ser, necessariamente, mais elevados cotejados com os custos do seguro social. Há outros fatores condicionantes dessa diferença, entre os quais merecem destaque os seguintes: 1. as despesas com publicidade necessárias para permitir participação no mercado, parcela que deverá ser paga pelos segurados; 2. a corretagem paga aos agentes terá de ser incluída no preço da apólice de seguro; 3. os lucros empresariais, os impostos, as taxas, as reservas financeiras, encarecem o seguro.

A instituição do seguro-saúde no Brasil, através do

Decreto-Lei 73, de novembro de 1966, surgiu no seio de uma legislação torrencial da iniciativa do Presidente da República, aproveitando o período que precedeu a vigência da Constituição Federal (24 de janeiro de 1967), evitando, assim, a interferência do Congresso Nacional. Talvez por isso mesmo, pela escassez de tempo para análise de maior profundidade, o decreto-lei se configura contraditório, estabelecendo práticas restritivas e, ao mesmo tempo, amplia conceitos de ordem operacional.

É assim que será obrigatória a participação do segurado nas despesas com a assistência médica e hospitalar, participação calculada em função dos níveis salariais e os encargos de família dos segurados.

Paralelamente ficou assegurado o direito de livre escolha do médico e do hospital, o que dificulta, senão impossibilita, o controle da seguradora sobre a veracidade da ocorrência e a magnitude do sinistro.

Dessa complexidade o texto legal se transfere, de pronto, para uma singeleza incompreensível quando afirma que o pagamento das despesas cobertas pelo seguro-saúde dependerá da apresentação da documentação médica e hospitalar que possibilite a identificação do sinistro.

Não satisfeito com isso a legislação contemplou, com dispositivo de nítida excepcionalidade algumas entidades inteiramente estranhas ao campo do seguro, autorizando-as a operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e hospitalares. Exige, entretanto, dessas entidades que não tenham objetivo de lucro e estejam visando institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais. Mas, na realidade, tais entidades, analisa-

das em profundidade, embora estatutariamente todas assegurem finalidade social, beneficente ou filantrópica, destinam-se a produzir lucros financeiros, diretamente ou indiretamente, para os seus diretores, presidentes, assessores ou profissionais especialmente contratados.

O Decreto-Lei nº 73, de 1966, estabeleceu um prazo de 120 dias para a sua regulamentação pelo Poder Executivo. Entretanto, provavelmente em virtude dos termos contraditórios da sua formulação, somente dez anos depois essa regulamentação foi aprovada, expedindo as "Normas para o seguro grupal de reembolso de despesas de assistência médica e hospitalar".

Foram autorizadas a funcionar empresas, no ramo do seguro-saúde, "de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas" sempre com a interveniência de um "estipulante", definido como "empregador ou associação de funcionários do mesmo empregador, que contrata o seguro com a sociedade seguradora". Exemplos: Fundação Petrus, da Petrobrás; Fundação Rubens Berta, da Varig; as entidades que dão cobertura aos funcionários do Banco do Brasil. Com esse sistema o seguro-saúde privado, nos termos da lei, conta com a cobertura do "estipulante", vale dizer, da empresa empregadora ou da associação dos empregados dessas empresas empregadoras. São as chamadas "empresas fechadas" que, nos últimos anos ampliaram consideravelmente as suas atividades.

Diferente, muito diferente, é a situação das ditas "empresas abertas", que operam com seguros individuais, como, por exemplo, a "Golden Cross Instituto de Seguridade Social" cujos Planos de Benefícios de Assistência Médica e de Saúde não foram aprovados pela Superintendência de Seguros Privados,

SUSEP, não estando autorizadas a instituir tais planos.

O mesmo se aplica à Assistência Médica Internacional, AMI, que, operando também com apólices individuais, promove "seleção negativa", limitando, cada vez mais, pelo custo crescente, o seu campo de aplicação a restritos contingentes demográficos de elevado nível de renda.

Um estudo feito nos Estados Unidos, em 1960, deixa

bem evidenciada a relação entre o nível de renda e a possibilidade de ingressar no sistema de seguro-saúde. Do total da população daquele país somente 73% tinham alguma forma de seguro contra as despesas de assistência médica. Nos Estados de maior nível de renda a proporção de segurados chegava a 100%, diminuindo esse percentual na medida em que diminuía a renda *per capita*.

Em 14 Estados apenas 40% tinham seguro, chegando, em algumas áreas a 37%.

Em conclusão, o seguro-saúde privado, nos termos em que está organizado e em funcionamento no Brasil está longe de representar uma solução para o financiamento da assistência médica, contemplando, tão somente, as parcelas da população de melhor nível de renda, cada vez mais restritas.