

# Iniciativa privada e saúde

*LUIZ TAVARES PEREIRA FILHO*

**A** QUESTÃO DA SAÚDE no Brasil certamente é uma das mais complexas num país já tão marcado por todo o tipo de demandas social, política e econômica. Nossa Constituição define que *a saúde é direito de todos e dever do Estado*, mas essa também, como tantas outras obrigações do Estado brasileiro diante dos seus cidadãos, tem sido historicamente difícil de ser atendida. No caso da saúde, há um grande caminho a percorrer, seja sob o aspecto do equacionamento da capacidade do Estado de financiar sua obrigação constitucional, seja pela busca de soluções alternativas mediante aquilo que se convencionou chamar de saúde suplementar.

Foi com a Constituição de 88 que se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência à saúde de todos os cidadãos são preceitos básicos. Configurou-se aí o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”. Embora o conceito do SUS tenha sido uma enorme evolução em relação à situação anterior, já que abriu a perspectiva de atendimento a parcelas da população inteiramente desassistidas, a realidade tem sido muito mais desafiadora do que a pretensão dos legisladores e a capacidade dos executores públicos.

Enquanto o sistema público de saúde no Brasil consome 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB), países como a Argentina chegam a 6% e os Estados Unidos a 12%. A realidade é que o SUS ainda tem se revelado incapaz de oferecer assistência a todos, levando crescentes camadas da população à demanda da saúde suplementar, por meio dos serviços oferecidos pela iniciativa privada. Entre 1987 e 1992, o número de usuários da medicina suplementar cresceu a uma taxa média anual de 7,4%.

O que se pretende aqui não é uma discussão sobre o papel do Estado como garantidor da saúde pública, ou mesmo sobre suas dificuldades e falhas para cumprir tal obrigação.

Essa é sem dúvida uma das discussões fundamentais do país, sobretudo diante das dramáticas demandas sociais que enfrentamos. Mas partindo do princípio de ser inalienável esse papel do Estado, o que se quer é focar a discussão em um desdobramento natural da situação, as formas privadas de assistência à saúde e a legislação brasileira sobre esse segmento. Nesse contexto, a atenção concentrar-se-á sobre os seguros de saúde.

## Breve histórico

O cidadão brasileiro – assim como os dos mais diferentes países – há décadas usa os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfaz às suas necessidades. Desde seu início, a saúde suplementar exhibe uma enorme diversidade estrutural. As chamadas empresas de *medicina de grupo* foram mundialmente as pioneiras nesse mercado e começaram nos Estados Unidos, por volta de 1920.

No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados. Estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. O conceito evoluiu e prosperou em todo o país e, em 1997, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros

Outra modalidade que se apresenta é a das *cooperativas médicas*, regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo. Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e individuais. As cooperativas prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados (médicos e outros profissionais da área de saúde), segundo suas contribuições ao esforço comum. Em 1997, cerca de dez milhões de brasileiros estavam filiados a esse sistema.

Há também a modalidade da *autogestão*. Como o próprio nome dá a entender tem origem entre os grandes empregadores, que gerenciam planos próprios de saúde para seus funcionários mediante contratação ou credenciamento de médicos e serviços, e de convênios com hospitais. A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e coberturas. Em 1997, o sistema de autogestão atendia no Brasil cerca de nove milhões de pessoas.

Finalmente, tem-se o modelo do *seguro de saúde*, inteiramente diverso do conceito dos planos de saúde. Nesse caso, são empresas seguradoras que atuam na área da saúde suplementar, da mesma forma que em seus outros segmentos. O seguro de saúde surgiu como planos de custeios, garantindo aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais por meio

do reembolso de despesas. Os seguros de saúde evoluíram e atualmente, além do sistema de reembolso, trabalham com hospitais, médicos e laboratórios referenciados, sem prejuízo da livre escolha. O segurado é assistido sem a necessidade de desembolso prévio. Em 1997, as seguradoras assistiam a cerca de 5,3 milhões de brasileiros.

As estimativas atuais são de que o setor da saúde suplementar, seja por planos de saúde ou de seguro, cobrem mais de 41 milhões de brasileiros, o que corresponde a 25,6% da população do país. A precariedade dos serviços públicos de saúde tem levado ao rápido crescimento dos sistemas de saúde privados: entre 1987 e 1995 o número de pessoas que se filiaram à medicina suplementar aumentou 38%.

### Aspectos jurídicos

Significativa parte desse imenso universo da saúde suplementar, no Brasil, funcionou à margem de uma legislação específica durante muito tempo. Nunca foi o caso do seguro de saúde, previsto desde 1966 pela legislação brasileira, com suas atividades rigorosamente fiscalizadas pelo órgão especializado do setor – a SUSEP –, mas dos planos de saúde de uma forma geral.

Uma das maiores autoridades jurídicas da área do setor de seguro, Dr. Ricardo Bechara Santos, explica bem a distinção entre ambos em seu trabalho *O seguro saúde e seus aspectos jurídicos relevantes*: “O seguro de saúde tem objeto distinto das atividades das empresas que exploram os serviços de plano de saúde ou medicina de grupo, conforme dispõe o art. 129 do Decreto-Lei nº 73/66, segundo o qual não é esse objeto senão dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, pelos sistemas de livre escolha ou convênio, mediante o pagamento do que se denomina prêmio, que é a função dos riscos, onde o segurador suporta os custos financeiros do tratamento médico do segurado”.

As seguradoras garantem riscos, enquanto as outras empresas de planos de saúde ou medicina de grupo prestam serviços pelo sistema de pré-pagamento, podendo ter hospitais próprios e empregar médicos para atendimento a pacientes. As seguradoras estruturam seus prêmios (o preço pago pelo seguro) em rigorosas bases atuariais. A atuária, como se sabe, corresponde àquela parte da ciência estatística que investiga os problemas relacionados com a teoria e o cálculo de seguros numa coletividade. Assim, o seguro de saúde, pela constituição de reservas técnicas financeiras, encara as despesas com o tratamento de doença e com o atendimento médico, hospitalar e laboratorial como uma ocorrência de sinistro.

Voltando a Bechara Santos, é importante entender que “o contrato de seguro consiste na diluição mútua de riscos de uma comunidade, cada qual assumindo individualmente uma pequena parte dos prejuízos que outro por infortúnio vier a sofrer. Por isso que o segurador entra como que gestor desse mutualismo, do qual faz parte individualmente cada segurado”. No caso do seguro de saúde, o preço pago por cada segurado, através de suas mensalidades, equivale ao risco do custo dos tratamentos, mais os custos administrativos e mais o lucro do segurador.

O conceito do mutualismo, aplicado no caso do seguro de saúde, pressupõe que os segurados financiem o tratamento daqueles que contraírem, no futuro, doenças ou lesões. Para suportar esses custos, estimados com auxílio da estatística, a seguradora calcula o prêmio do seguro por meio de técnicas próprias, das quais não pode se afastar sob o risco de comprometer sua situação econômico-financeira. Todas essas considerações sobre as características muito específicas do seguro de saúde dentro do universo da saúde suplementar são fundamentais para a discussão aqui colocada, como ver-se-á adiante.

### A nova Lei 9.656/98

Se o seguro de saúde é um contrato tão claramente estabelecido e fiscalizado, o mesmo não ocorria com as demais modalidades do setor de saúde suplementar. Daí a longa discussão que culminou no final do ano passado com a Lei 9.656 que, pela primeira vez no Brasil, regulamentou os serviços oferecidos pela saúde suplementar. As próprias empresas de seguro reivindicavam e ansiavam por uma legislação que deixasse claramente definidas as regras do setor.

O público em geral nunca diferenciou as empresas que operam seguros de saúde das que oferecem planos sem o devido cálculo atuarial. Assim, a imagem do setor de saúde suplementar ficou abalada quando determinadas empresas apresentaram problemas financeiros. Sempre foi reivindicação das seguradoras uma regulamentação única para todas as empresas de saúde suplementar, de modo a assegurar a saúde financeira do setor e o interesse dos usuários.

A regulamentação feita tem a qualidade evidente de garantir os direitos do consumidor considerando a situação anterior quando, à exceção das empresas de seguro, a desproteção era imensa. Quem adquiria um plano de saúde de operadora, sem capacidade de atendimento nem reservas financeiras para honrar os termos do contrato, não tinha uma legislação específica para se proteger. O único caminho eram os Procons, que ficaram

notabilizados pelas dezenas de milhares de ações contra empresas de planos de saúde. Mas, junto com tais ações para atingir o objetivo de proteger os optantes por planos de saúde, produziram-se definições e obrigações equivocadas às empresas do setor, que podem inviabilizar muitas delas ou encarecer de tal modo seus serviços que a saúde suplementar ficará totalmente elitizada.

Ocorre que a Lei 9.656/98, longamente discutida no seu foro mais adequado, que é o Congresso Nacional, acabou sendo alterada por uma Medida Provisória elaborada em pouco tempo pelo Poder Executivo. O projeto aprovado pelos congressistas, fruto de uma discussão de vários anos que envolveu todos os setores – consumidores, empresas de todas as modalidades, associações de médicos, hospitais etc. – e sancionado pelo presidente da República, acabou sofrendo drásticas mudanças.

Houve, assim, importante alteração na lógica subjacente à elaboração da lei, que se baseava em algumas diretrizes básicas, a saber: garantia de direitos ao consumidor, inclusive o de ser amplamente informado sobre as condições do contrato; oferecimento obrigatório de um contrato de referência, com coberturas de todas as doenças, sem prejuízo da escolha pelo consumidor de contratos diferenciados, compatíveis com suas necessidades e condições pessoais; criação de obrigações para as operadoras no tocante aos produtos oferecidos e quanto à fiscalização de sua situação econômico-financeira, com vistas a assegurar o cumprimento futuro dos compromissos assumidos.

Esses princípios, que nortearam a redação o texto da Lei 9.656, harmonizam-se perfeitamente com o regime instituído pela Constituição, que dispõe: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196); “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199).

Ora, se a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, parece incontornável a conclusão de que a intervenção do Poder Público, no particular, deverá ter finalidades outras, quais sejam: preservar a liquidez e a solvência das operadoras; fiscalizar o cumprimento das obrigações por elas assumidas contratualmente; assegurar a transparência e clareza das informações ao consumidor, escoimando dos contratos as cláusulas abusivas; e promover a concorrência, evitando o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados.

A Medida Provisória que altera profundamente a Lei 9.656/98, porém, teve o efeito de colocar a regulamentação do segmento sob outra ótica, mais afeita a ações e serviços *públicos* de saúde.



*Médicos fazem o parto da paciente na Santa Casa, SP*

A esse respeito vale ressaltar que mesmo as ações e serviços públicos de saúde podem ser executados por pessoa física ou jurídica de direito privado, sem perder a sua natureza de serviço público. Trata-se aqui da execução do serviço público por particular (art. 197 da Constituição), que não se confunde com o exercício de atividade tipicamente privada na área de saúde (art. 199). Ao cuidar dessas ações e serviços, deve o Poder Público regulamentá-los sob a lógica própria das funções conferidas ao Estado, segundo a qual todos têm direito à saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações para a promoção da saúde, sua proteção e recuperação.

Nada tem cabimento na saúde suplementar. A atividade é livre à iniciativa privada, não se aplicando às operadoras de planos e seguros de saúde as exigências de acesso universal e amplitude de assistência, próprias da função estatal na saúde.

Há uma série de exemplos de disposições inexistentes na lei e posteriormente nela inseridas pela Medida Provisória, que demonstram essa incompatibilidade de se aplicar a ótica regulatória do serviço público de saúde à atividade privada: a obrigatoriedade de aceitar todos os proponentes no seguro saúde; a substituição do conceito inicial do plano de referência com cobertura de todas as lesões ou doenças, que deixou de ser de oferecimento

obrigatório para ser uma das quatro únicas modalidades admitidas; a interferência na elaboração dos produtos, com fixação de faixas etárias pré determinadas, devendo a maior não exceder um determinado múltiplo da menor faixa; a tentativa de obrigar os consumidores a substituir os contratos anteriormente firmados, de menor custo e que atendem às suas necessidades, por novos contratos de cobertura amplificada, obviamente mais caros etc.

É possível estabelecer uma regulamentação das atividades da saúde suplementar que garanta os direitos dos seus usuários sem elitizar os serviços ou expor as empresas à insustentabilidade financeira. A convivência entre o serviço público de saúde e o segmento da saúde suplementar é uma realidade em todo o mundo, não apenas nos países mais desenvolvidos, mas também nas economias emergentes.

### Setor público e assistência privada

Estudo produzido pela ONU a partir de levantamento feito ao longo de quatro anos em diferentes países em desenvolvimento, busca compreender tal realidade. *O comércio internacional em serviços de saúde: uma perspectiva de desenvolvimento*, publicado em 1998, assinala que “em países onde a saúde sempre foi vista como um direito de todos, a ser financiado e garantido pelo Estado, as dificuldades orçamentárias e o aumento dos custos estão levando a uma redução do papel dos governos e abrindo espaço para o setor privado”.

Em um dos capítulos do trabalho, especialmente dedicado ao Brasil, a economista Simonetta Zarrili lembra que “o fato de o sistema ter-se tornado universal, conquanto represente, sem dúvida, um avanço positivo para alcançar as metas da Constituição de 1988, colocou mais um encargo no orçamento da saúde pública, contribuindo assim para a deterioração do sistema”.

Ela revela que “a disparidade entre os setores público e privado é impressionante: o setor privado – que só tem de servir a uma quarta parte da população – pode oferecer 4.300 hospitais, mais de 370 mil leitos e 120 mil médicos. Por outro lado, o serviço público tem de prover total atendimento médico aos três terços restantes da população, e também àquelas pessoas que têm plano/seguro para tratamentos não-cobertos pelos planos privados, com menos de sete mil hospitais e cerca de 565 mil leitos (em sua maioria privados) e 70 mil médicos”.

A economista demonstra que “justamente com o financiamento insuficiente, o problema de falta de boa gestão e de controle adequados vêm

sendo citados cada vez mais como as principais razões para o colapso do sistema público de saúde brasileiro. Uma auditoria realizada pelo próprio Ministério da Saúde em 1997 mostrou que, anualmente, há um extravio de pelo menos US\$ 557 milhões do orçamento federal de saúde. A maioria dos estados parece não conseguir supervisionar as atividades levadas a cabo pelos hospitais e ambulatórios públicos e assegurar o cumprimento das normas fixadas pelas autoridades federais para evitar abusos”.

Fica evidente no minucioso estudo da ONU que as dificuldades da saúde pública não são exclusivas do Brasil, mas, também, que uma política de regulamentação excessiva da saúde suplementar não irá melhorar o setor público. É evidente que a saúde suplementar no Brasil, assim como em todo o mundo, tem um papel fundamental a cumprir na questão da saúde em geral. Sem a participação da iniciativa privada, o Estado dificilmente suportará o atendimento às populações mais carentes e os pesados investimentos que precisam ser feitos numa medicina cada vez mais sofisticada. A convivência é possível e desejável, como acontece em tantos países. Cabe à sociedade buscar o caminho dessa convivência, em benefício de todos.

*Luiz Tavares Pereira Filho* é vice-presidente da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg).