

Considerações sobre Saúde Suplementar

Eduarda Monteiro de Castro Souza Campos ¹

A Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro promoveu o “**Curso de Direito em Saúde Suplementar**”, cujos palestrantes foram vários especialistas na área do Direito. Entre outros assuntos, debateu-se a temática sobre “Contratos de Planos de Saúde: princípios básicos da atividade”, sob liderança do Dr. Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo do IESS. Estiveram presentes também o Des. Maury Ângelo Bottesini – Desembargador do Tribunal de Justiça de S.P., o Dr. Dennys Zimmerman - Advogado, Mestre em Direito Civil/UERJ e o Procurador do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Como presidente de mesa, a Desembargadora Gilda Maria Dias Carrapatoso – TJ/RJ.

O Dr. Luiz Augusto Carneiro, um dos poucos especialistas em Cálculo Atuarial, esclareceu que o plano de saúde no Brasil funciona em regime de mutualismo; ou seja, os riscos são partilhados, entendendo-se como risco o evento aleatório.

Seguros são definidos como estruturas financeiras, criadas com o objetivo de indenizar os segurados e seus beneficiários, no caso de ocorrência de determinados eventos imprevisíveis que tenham impacto negativo em relação a seus interesses. Para tanto, formaliza-se de um contrato de seguro entre segurado e seguradora, no qual são estabelecidos os riscos cobertos pelo seguro, os limites de cada cobertura, o prêmio a ser pago por cobertura e o prazo de vigência da contratação.

Existem várias definições e usos para o termo risco. Frank H. Knight, em sua dissertação *Risk, Uncertainty and Profit* [Knight, 1921], definiu risco como a exposição a eventos incertos com probabilidades conhecidas. No di-

¹ Juíza de Direito da 4ª Turma do Juizado Especial Cível.

cionário Houaiss [Houaiss, 2001], o termo é definido como: “probabilidade de perigo”. Por seu turno, o dicionário Webster’s [Websters 1993] elucida que: “risco é a probabilidade de perda, injúria, desvantagem ou destruição”.

Este evento aleatório é identificável e sua probabilidade pode ser medida. É diverso da incerteza, que indica evento aleatório, sendo desconhecida a distribuição da probabilidade. A incerteza é uma medida para a nossa ignorância em relação ao evento aleatório.

Segundo o palestrante, o risco depende do tempo, como se pode depreender do exemplo do número de internações por faixa etária, ou por sexo, cuja previsibilidade torna-se mais difícil quando alongamos a análise no tempo. Várias causas alteram esses dados, como por exemplo, avanços da medicina e o aumento da longevidade. Nos planos previdenciários, o cálculo leva em conta o aumento da expectativa de vida.

No Brasil, a saúde suplementar se divide em planos de saúde e seguro-saúde, o que não ocorre em outros países, como a Austrália, em que não há tal distinção.

Prêmio constitui contraprestação pecuniária, ao passo que sinistro se configura quando ocorre o evento danoso; ou seja, quando o risco efetivamente se materializa, denomina-se sinistro.

Quanto à precificação, o palestrante mencionou que os Planos de saúde seguem, em seus aspectos técnicos, atuariais e financeiros, os mesmos princípios que os demais tipos de seguros.

As operadoras de planos de saúde estão submetidas à regulação e fiscalização pelo Poder Público, que tem por objetivos, dentre outros, garantir a solvência das operadoras (capacidade de honrar a qualquer tempo os compromissos perante os consumidores).

As mensalidades e prêmios adequados ao risco que o segurado representa são essenciais para a solvência da operadora de plano de saúde. Como a categorização dos indivíduos em grupos de risco homogêneos é essencial para a correta precificação dos seguros e é justa para o consumidor, todos os indivíduos situados naquela categoria pagarão prêmios iguais, que corresponderão adequadamente aos riscos que cada um gera ao grupo segurado.

Segundo o palestrante, o único fator permitido pela legislação brasileira para a categorização dos consumidores de planos de saúde é a idade. É o que se denomina *community rating* modificado, pois são vedados outros fatores de diferenciação que influenciam o risco (p.ex. gênero, local de residência, hábitos de vida, ocupação profissional).

Os custos de assistência à saúde aumentam conforme avança a idade dos beneficiários do plano de saúde. Dados empíricos (inclusive do Brasil) mostram que o custo de assistência à saúde de idosos é sete vezes, ou mais, em comparação com o custo cobrado de pessoas da primeira faixa etária.

A legislação brasileira vigente estabelece faixas etárias para a variação dos preços dos planos e limita o valor cobrado na última faixa (acima de 59 anos) a 6 vezes o valor da primeira faixa (até 17 anos). Contratos celebrados até 31.12.2003 seguem faixas etárias diferentes e contratos celebrados até 31.12.1998 (anteriores à Lei nº 9.656/98) seguem as faixas e percentuais de variação previstos nos respectivos instrumentos. Para indivíduos acima de 59 anos de idade, há o chamado *community rating* puro - todos os indivíduos segurados pagam o mesmo prêmio, independentemente do risco que eles geram ao plano de saúde.

Essas limitações criam um mecanismo de subsídio cruzado entre os consumidores: os de menor risco (jovens) pagam mensalidades proporcionalmente mais elevadas que os de maior risco (idosos). Isso gera seleção adversa: indivíduos de baixo risco (jovens) tenderão a não contratar o plano ou a deixá-lo, enquanto indivíduos de alto risco (idosos) terão incentivos a contratá-lo. Isso altera o perfil de risco do grupo segurado, aumentando o custo do plano e, assim, afastando ainda mais os consumidores de menor risco da contratação. No extremo, esse mecanismo pode levar à extinção do mercado.

A experiência de oito estados dos EUA demonstra esse efeito. Evidências empíricas confirmam que a imposição de *community rating* aumenta o preço dos produtos, reduz a oferta de seguros e reduz o universo de segurados.

Para o seguro funcionar, cumpre estabelecer a reunião em grupos homogêneos em relação ao risco. O palestrante citou como exemplo de

classe de risco, o sexo do segurado, sua idade. Conforme exposto, no Brasil, os grupos homogêneos são divididos pela idade.

Como a ocorrência dos riscos é aleatória e homogênea dentro de um determinado grupo, não se sabe de antemão qual dos indivíduos será afetado pelo risco: todos têm a mesma probabilidade. O que é certo é que só alguns o serão e receberão a indenização cujo valor é substancialmente maior que o valor do prêmio pago. Os demais membros do grupo segurado, para os quais o risco não se materializou, terão feito o pagamento do prêmio para usufruir da segurança e não receberão valor algum ao final da vigência da cobertura.

Conforme se deduz dos conceitos apresentados, planos e seguros de saúde seguem os mesmos princípios dos demais seguros no que se refere aos aspectos técnicos, econômico-financeiros e atuariais.

A essência dos planos de saúde é a proteção dos riscos associados a doenças e acidentes pessoais que afetem a saúde do consumidor, que, como sublinhado, são eventos de natureza aleatória, imprevisíveis e indesejados pelo consumidor.

Tem-se, assim, a caracterização do risco protegido: a doença ou o acidente pessoal. Trata-se de eventos incertos em sua grande maioria; ou certos, porém de data e magnitude incertas, e cuja ocorrência independe da vontade das partes. Ninguém gosta de ficar doente, ninguém tem em seus planos tornar-se portador de uma doença crônica ou acidentarse propositadamente. É fácil notar que a ocorrência dos sinistros é aleatória e imprevista.

Segundo o palestrante, face à estrutura adotada atualmente no Brasil, há riscos compreendidos nos planos de saúde que não têm o caráter de aleatoriedade. Consultas médicas são programadas e voluntariamente realizadas pelos consumidores, como no caso de ginecologia, pediatria, oftalmologia e outras; exames são realizados rotineiramente como parte de check-ups preventivos. Há, certamente, alguns sinistros de ocorrência certa; porém, ainda assim, o elemento aleatório prevalece, seja na magnitude dos gastos (os sinistros “rotineiros” tendem a ter um custo significativamente inferior aos sinistros aleatórios), seja na distribuição desses eventos

pela população (alguns indivíduos optam por não realizar essas rotinas), ou pela incerteza quanto aos desdobramentos futuros de cada procedimento de saúde (uma simples consulta de rotina pode identificar a existência de doença grave).

Outra característica é que o segurado não pode intencionalmente impactar a probabilidade de ocorrência do sinistro. No caso de planos de saúde, somos levados a supor que esse requisito é satisfeito, pois a natureza humana é inerentemente voltada à conservação da vida e da saúde. Todos buscam vida longa e saudável. Ainda que alguns indivíduos adotem hábitos de vida considerados não saudáveis, como o fumo, álcool, drogas, obesidade e sedentarismo, isso não invalida a afirmativa de que, como regra geral, os segurados não agravam propositadamente os riscos segurados.

Antes citamos importante característica dos riscos segurados, que é a homogeneidade dentro o grupo segurado, de forma que cada qual, supostamente, tem a mesma probabilidade de incorrer no risco que os demais. No âmbito dos planos de saúde no Brasil, a única segregação possível dos indivíduos em grupos é com base na idade do consumidor.

Conforme será apresentado adiante, criaram-se categorias – faixas etárias - em que o valor dos prêmios cobrados deve ser uniforme, sob o pressuposto de que, dentro de cada faixa, a probabilidade de cada indivíduo ser afetado pelo risco é igual à dos demais, justificando assim o pagamento do mesmo valor pelos segurados da respectiva faixa.

Ainda que a idade seja indicador bastante relevante da probabilidade de ocorrência no risco, não é o único. Sexo, local de residência, atividade profissional, condição de saúde e a existência de determinadas doenças são outros fatores que, teoricamente, poderiam ser empregados para compor grupos homogêneos de segurados, os quais teriam a mesma chance de incorrer no risco e, portanto, pagariam o mesmo preço pela cobertura do seguro. A legislação e regulamentação atualmente vigentes no Brasil não permitem a organização de grupos diferenciados com base nesses fatores.

Para os indivíduos, é financeiramente mais vantajoso contratar um seguro do que constituir individualmente reserva monetária para ser usada no caso da ocorrência de dano financeiro imprevisto. Por exemplo, na hi-

pótese de inexistência de seguros de automóveis, as pessoas que pretendessem se proteger do risco financeiro do possível roubo de seus automóveis teriam que, elas mesmas, compor reserva monetária equivalente ao valor desse bem, o que, na maioria das vezes, não só é inviável, como irracional do ponto de vista econômico, pois os recursos alocados a essa reserva poderiam ser melhor utilizados pelo indivíduo em outras finalidades.

Já do ponto de vista da seguradora, com base na teoria estatística denominada “Lei dos Grandes Números”, o mútuo de um grande número de riscos homogêneos faz com que o valor médio dos sinistros a ser pago tenda a seu valor médio teórico. Quanto maior o número de segurados, maior a probabilidade de acerto nesse cálculo; ou seja, o mútuo de riscos é uma estrutura financeira viável. Assim, quanto menos segurados, mais difícil é o lucro da seguradora.

Há várias condições para um risco segurável:

1. evento segurado (evento coberto) deve ser acidental e inesperado (aleatório);
2. deve estar definida a indenização advinda da ocorrência do evento segurado;
3. o seguro não pode ter o poder de contratar a ocorrência do evento segurado;
4. deve haver grande número de segurados expostos ao risco segurado;
5. o evento segurado não deve ocorrer com todos os segurados simultaneamente;
6. o valor da indenização deve ser calculável e o
7. custo do seguro para o segurado deve ser viável.

Para fazer a precificação do seguro, a primeira etapa é analisar se o risco é admitido como segurável. Na segunda etapa, o risco segurável é precificado de acordo com o perfil do consumidor, como o seguro de vida em grupo. Conforme o palestrante, no Brasil, todas as pessoas devem ser aceitas no plano de saúde, mesmo com a presença de doenças pré-existentes. A

precificação leva em conta o período de exposição; tempo de carência não é computado como período de exposição. O cálculo atuarial é feito com base no período de cobertura; ou seja, descontado o prazo de carência.

Como ressaltado, a organização do mercado de seguros pressupõe que se possam segregar os consumidores em grupos de riscos semelhantes, de forma que todos os indivíduos do mesmo grupo tenham a mesma probabilidade de incorrer no risco segurado e, portanto, paguem prêmios do mesmo valor.

Outro ponto a mencionar é que o envelhecimento é processo natural, que faz com que, a partir de certa idade (ao redor dos trinta anos), a saúde comece lentamente a se deteriorar, processo que se agrava significativamente a partir dos sessenta anos de idade. Há certamente variações entre indivíduos, que podem ser explicadas por fatores diversos, como hábitos de vida, predisposição genética, etc., mas o efeito do envelhecimento sobre as condições gerais de saúde é universal.

Quanto mais idosa a pessoa, maiores tendem a ser os riscos relacionados à sua saúde. Isso implica que os custos de assistência à saúde aumentem conforme aumenta a idade dos beneficiários.

Por fim, o palestrante chamou a atenção para os grandes desafios à sustentabilidade econômico-financeira do setor de seguro-saúde:

1. variação do custo da saúde acima da inflação;
2. consolidação do mercado de operadoras;
3. envelhecimento populacional.

Dessa forma, verificamos que são grandes os desafios sobre o tema, levando em consideração, conforme relatado pelo palestrante que, quando se fica mais idoso, precisa-se mais do seguro-saúde, quando o valor da mensalidade aumenta, mas não há aumento da renda; muito pelo contrário, há sua redução. ◆

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOUAISS - **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva: 2001.

KNIGHT, F. H. Risk, **Uncertainty and Profit**. Houghton Mifflin, Boston: 1921, p. 22-24.

WEBSTER'S THIRD NEW INTERNATIONAL DICTIONARY. Merriam-Webster, Incorporated. Konemann: 1993.