

# Saúde Suplementar - Uma Abordagem dos Sistemas

**Gilberto Clóvis Farias Matos <sup>1</sup>**

Segundo a atual lei de planos de saúde, os contratos individuais não podem ser rescindidos unilateralmente pelas seguradoras, mas somente na hipótese de fraude comprovada ou inadimplência de mais de sessenta dias e, mesmo assim, se houver notificação no quinquagésimo dia sobre o término do prazo de rescisão.

Havia necessidade de instituição de regras de rescisão contratual de seguros de saúde porque as operadoras o faziam de forma discricionária, em casos de indivíduos com sinistralidade alta.

A regulação em sinistro significa a gestão do atendimento e está regulada na lei, não significando que se pretenda limitar os procedimentos médicos a serem adotados, mas se trata de uma garantia para aquele beneficiário e para todo o sistema de saúde, porque vai evitar a fraude e o aumento indevido do preço das mensalidades.

Qualquer aumento indevido de preço também prejudica o bom funcionamento dos planos de saúde, que precisam de um grande número de beneficiários para reduzir a margem de erro dos sinistros, pois, quanto maior o número de clientes, maior a previsibilidade dos atendimentos no cálculo atuarial.

Está previsto na lei o ressarcimento pelo SUS, pois todos os cidadãos têm direito assegurado de serem atendidos pelo Estado, de modo que os preços dos planos de saúde vão aumentar se todos utilizarem os seus serviços, o que implica desoneração do SUS pelo setor privado.

O CONSU - Conselho de Saúde Suplementar - foi criado por lei

---

<sup>1</sup> Juiz de Direito da 8ª Vara de Órfãos e Sucessões - Capital.

para regulamentar o tratamento do assunto. A Agência Nacional de Saúde foi criada em 2000 com a finalidade de prover a defesa do interesse público, devendo observar a visão sistêmica do interesse do beneficiário, do cidadão, como também das operadoras, dos hospitais e médicos, fornecedores de serviços.

Esse equilíbrio é muito complexo, porque os interesses são conflitantes e precisa existir um órgão com imparcialidade para julgar as demandas de uma forma técnica, mas também social.

O sistema funciona a partir das doenças relacionadas no Código Internacional das Doenças (CID); para tratá-las, existem os procedimentos que servem para tratar as várias patologias, de modo que o sistema privado adotou o critério do procedimento e não o do diagnóstico.

Isso cria alguns problemas, porque a remuneração do SUS é feita por doença, mas a saúde suplementar adota o critério do procedimento, o que implica que, na saúde suplementar, o volume de procedimentos adotados será ressarcido, estimulando o excesso de procedimentos, enquanto que, no SUS, ocorre o inverso, com a precariedade de procedimentos a serem feitos pelos médicos e hospitais.

A remuneração fixa por doença implica a subutilização de procedimentos para não onerar o SUS e os resultados acabam sendo falhos para os beneficiários do Sistema, em virtude da baixa remuneração para os médicos e os hospitais, fornecedores de serviços.

No mundo inteiro, ainda se não encontrou solução para esse problema, pois as distorções acontecem em ambos os sistemas de procedimentos.

A ANS define uma forma para que as operadoras possam incluir ou excluir na rede de prestadores, porque, se você compra um produto de uma ampla rede de hospitais e quando precisa desses hospitais, os mesmos foram excluídos, caracteriza-se uma discrepância contratual.

Mas o problema é que, com essa regulação, as regras criam um desequilíbrio entre as operadoras e os fornecedores de serviços, os quais poderão aumentar exageradamente o preço de seus serviços e as operadoras terão que assumir esses prejuízos.

Esse fato se agrava ainda mais fora dos grandes centros, no interior, onde apenas existe um prestador e a operadora fica refém dessa regra, o que redundava no aumento da mensalidade do plano de saúde muito acima da inflação normal.

Em virtude de os prontos-socorros estarem sempre lotados, surgiu a necessidade de regulamentação da ANS a respeito do tempo necessário para a marcação de consulta médica. Tal fato alterou a relação de atendimento médico. Como exemplo, menciona-se que foi criada uma rede de clínicas nos EUA chamada *minute clinic*, para suprir a demanda, na qual há atendimento por paramédicos que fazem triagem e tratam de alergias e patologias tidas como relativamente simples.

Atualmente, os próprios médicos especialistas recomendam que seus pacientes procurem um pronto-socorro, em casos de não se sentirem bem de saúde, de modo que mudou o relacionamento médico-cliente, o que tende a superlotar os prontos-socorros.

Um assunto a merecer atenção decorre de que as contas médicas somente serão contabilizadas nas operadoras de planos de saúde no segundo ou terceiro mês a partir da contratação, em virtude da burocracia do pagamento dos hospitais e médicos. Dessa forma, esses dois meses de contrato são tempo em que ocorre receita sem despesas. Esse recurso não pertence à operadora, mas é relacionado ao respectivo contrato, em cujo final restarão dois meses de despesas sem receita. Há obrigatoriedade de garantia financeira para esse período, sob pena de inadimplência da operadora com relação àquele contrato.

A segmentação dos planos de saúde é ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia, e odontológica e a subsegmentação, que é polêmica, porque ainda não há regulamentação da ANS.

A definição de critérios para autorizar reajustes deve ser muito bem fundamentada, para se tornar justa aos atores que integram a relação contratual: os prestadores de serviços e materiais hospitalares, principalmente nos planos individuais; e há autorização legal na Lei n.º 10.192 para reajustes anuais e revisões contratuais.

O idoso custa mais aos planos de saúde, porque a inflação da medi-

cina do idoso é cada vez maior em comparação com a inflação médica dos jovens que, por sua vez, é bem maior do que a inflação oficial.

Os investimentos médicos tendem à ampliação, para atender às necessidades das pessoas com mais de cinquenta anos. Há quem sugira o planejamento específico para a terceira idade, mas a legislação não permite essa discriminação e há uma consulta pública para prever a bonificação de pessoas que ingressem em planos de vida saudável.

A ANS somente funciona para regulamentar as operadoras, embora haja o tripé entre prestadores de serviço e beneficiários, de modo que a gestão e cobrança de planilhas dos hospitais representam obrigação da operadora em prol do beneficiário, embora não seja vista sob esse prisma.

A ANS criou a obrigação de previsão de seis faixas etárias para os planos de saúde, o que implicou que a faixa etária mais velha deve ser custeada pelas mais novas, mas o problema é que a inflação dos mais velhos se acelera mais do que a dos mais novos. Além disso, a proporção dos mais velhos aumenta, pela evolução dos tratamentos de saúde, cuidados com alimentação, entre outras medidas preventivas. Nesse processo, também merece referência a diminuição da natalidade.

Porém, não se pode exigir que o jovem financie o mais velho eternamente, porque vai haver um limite a partir do qual o jovem vai parar de pagar...

Por outro lado, a cada ano são feitas inclusões pela ANS de doenças no rol de cobertura dos planos de saúde, o que faz aumentar o custo e não contrapartida imediata para aquelas inclusões, de modo que, quando chega o momento do reajuste, há necessidade de compensar o prejuízo anterior para manter o equilíbrio econômico financeiro do operador.

Também deve ser considerado o lobby das indústrias no aumento dos custos dos planos de saúde, como fator de desequilíbrio do sistema, pois tal lobby pressiona os médicos para receitar aqueles produtos de determinadas marcas, o que acaba por distorcer as despesas. O prestador de serviço tende a decidir a demanda das operadoras, porque ele define a despesa e, quanto mais serviços executa, mais recebe, de modo que se estabelece um verdadeiro conflito de interesses.

Antigamente, havia consenso sobre a supremacia da decisão médica; ou seja, o médico decidia e aquilo deveria ser cumprido, mas, com a introdução de novas tecnologias, passou a haver questionamentos quanto à necessidade médica do atendimento ou quanto ao fato de aquele tratamento ser ou não recomendável para aquele paciente.

O médico tem uma perspectiva do tratamento que não inclui o custo, ao passo que a seguradora tem outra perspectiva, que contempla o custo, porque deve observar a diluição daquele custo em um fundo de segurados, o que implica diversos ângulos de análise, inclusive o da ética.

Por exemplo, um médico receitou um *stent* no valor de vinte e cinco mil dólares, enquanto existe um de seis mil reais no Brasil, mas um Juiz que se depara com uma situação de urgência/emergência e tem que decidir de pronto, no intento da preservação do bem maior, que é a vida do paciente, e o médico fez a indicação daquele material adequado.

A responsabilidade ética é do profissional médico que pode influenciar no custo da seguradora, e a questão positiva para os operadores é a de subsidiar o magistrado com informações sobre um cadastro de fornecedores, por exemplo, para se fugir de conluíus dos médicos representantes comerciais de indústrias e fornecedores.

A medicina defensiva acaba também por aumentar os custos, porque o médico determina a realização de múltiplos exames, para se proteger quanto à possibilidade de diagnóstico errado, pois o profissional com padrão de qualidade atualmente é muito difícil.

Na visão das operadoras de saúde, a interferência do Poder Judiciário representa a alteração das regras pactuadas, tais como na determinação de procedimentos não previstos e na vedação de aumento nas mudanças de faixas etárias, o que não deixa de ser fator não previsto no cálculo atuarial.

O risco é a probabilidade de ocorrência de resultado diferente do que foi desejado. O risco pode ser coberto quando se contrata o seguro e, nesse caso, será mensurada a possibilidade de sua ocorrência, para um mapeamento a ser utilizado pelas operadoras de saúde.

Já a incerteza é a medida da nossa ignorância em relação a leis proba-

bilistas de determinados eventos. Nesse campo, vislumbra-se o desenvolvimento do trabalho no campo do seguro saúde, porque existe a capacidade de previsão da possibilidade de os eventos ocorrerem, de modo que as operadoras trabalham com um risco estatístico e vai haver cobertura.

Existe a ideia de que, no contrato de seguro, o contratante transfere o risco para o segurador, mas o que a seguradora faz é um negócio, para diluir ou desintegrar esse risco, transformando-o de risco individual em coletivo. Então, as decisões das seguradoras refletem o cuidado de analisar se aquele risco será suportado pelo indivíduo, ou se será alocado para uma coletividade de segurados, tais como acontece em procedimentos estéticos ou tratamentos experimentais.

O seguro funciona com o mutualismo, que é o compartilhamento de riscos e se fundamenta em um tripé, também composto pelo risco e pela boa-fé. O êxito da seguradora também depende da capacidade para estimar com precisão as despesas para aproximá-las das despesas atuais e efetivas, além de sua distribuí-las pela massa de segurados.

No momento em que a seguradora dilui o risco, encontra o prêmio puro ou estatístico, sobre o qual agrega desvios, margem de segurança, despesas administrativas, lucro, tributos e valor de corretagem, para chegar ao valor de contribuição final. Então, essa gama de fatores faz com que o seguro não seja um contrato aleatório, mas comutativo por excelência.

As seguradoras ainda têm a obrigação de administrar os recursos para garantir a solvabilidade dos sinistros. A seleção adversa de risco é fenômeno comportamental relativo a indivíduos mais propensos a contratar seguros do que outros, o que precisa ser atenuado pelas seguradoras, sob pena de inviabilizar o empreendimento no longo prazo.

Existe uma regra utilizada em estatística que se chama Lei dos Grandes Números, que consiste em usar um número de usuários relativamente expressivo, com perfis de risco parecidos, para possibilitar a previsão com elevado grau de certeza da média do número de consultas, cirurgias e exames anuais. Esta é uma forma de proteção dos riscos.

Do ponto de vista do consumidor, é muito mais prático fazer um seguro do que poupar dinheiro para tentar enfrentar risco futuro, pois uma

simples internação hospitalar durante um período relativamente alongado consumirá aquela poupança de uma só vez, se ela for suficiente.

Isso representa que um pequeno operador de plano de saúde pode não ter problema durante muito tempo, mas um único caso de internação, com intercorrência longa, pode quebrar essa operadora de uma só vez. Um caso análogo recentemente consumiu uma boa parcela da poupança da Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro, mas houve previsão daquele risco e o preparo para suportar a demanda.

O resseguro, que é o seguro das seguradoras, é uma ótima opção de enfrentamento dos riscos, pois existe limitação do que se consegue prever com um nível razoável de segurança.

Entretanto, as operadoras de planos de saúde no Brasil ainda não podem contratar resseguros, mas somente as seguradoras. No interior do país, não se tem ofertas de planos de saúde consistentes e há grande necessidade de contratar o resseguro.

Não pode ocorrer o sinistro simultâneo para um número muito grande de segurados, motivo pelo qual não pode haver cobertura de seguro para o risco catastrófico ou de terrorismo.

Ademais, tudo fica muito difícil de prever, quando se alonga no tempo, haja vista que o tempo é fator altamente determinante na previsão de riscos. Fenômenos que alteram o perfil epidemiológico estão minados de incertezas, tais como o envelhecimento da população, a longevidade e os avanços tecnológicos da medicina, entre outros.

No Brasil, decidiu-se separar planos de saúde de seguros saúde, enquanto que, em outros países, esse fato não acontece, mas é certo que se trata de contratos que compartilham a mesma base técnico-científica, não obstante possuírem regulamentação específica e órgãos próprios de controle.

A composição dos grupos, para efeito de cálculo dos riscos, deve ser o mais homogênea possível, razão pela qual a própria lei prevê as faixas etárias para efeito de tarifação das operadoras de planos de saúde. Quanto mais heterogêneo e menor o grupo, mais difícil será a previsão dos riscos.

O preço dos planos de saúde deve ser viável, porque não adianta

cobrar um preço que as pessoas não possam pagar. Existe um problema futuro na faixa etária acima de cinquenta e nove anos de idade, porque não se sabe qual vai ser a equação viável, em decorrência do impacto envelhecimento da população paralelamente à baixa taxa de natalidade.

O acesso à saúde é direito fundamental, previsto na Constituição da República, não obstante deva-se observar as nuances do sistema dos planos de saúde, que trabalham com margem limitada de lucro, de acordo com os dados colhidos na própria Agência Nacional de Saúde.

O seguro saúde encontra-se envolvido por exigência de justiça distributiva e sobre o método apropriado de se prover os subsídios necessários para assegurar cobertura necessária àqueles que não dispõem de condições de pagar um plano de saúde.

Durante muito tempo, houve previsibilidade quanto aos custos das seguradoras de saúde, porque os custos não tinham variação significativa, até que houve explosão inflacionária e tecnológica, que provocou aumento da expectativa de vida e envelhecimento das pessoas seguradas. Tudo isso provocou desequilíbrio do sistema tradicional; daí, passou-se daquela dinâmica do *fee for service* para um sistema no qual as seguradoras deveriam ter o maior controle possível de custos, e até procedimentais, pois, quando se trabalha com rede operacional, reduz-se o valor das atividades administrativas que vão compor aproximadamente 18% do valor do prêmio do seguro pago pelo beneficiário.

Por fim, verifica-se que se trata de um sistema complexo e delicado, no qual somente resta a solução da gestão e da regulação do Estado, através do moderno sistema das agências reguladoras, haja vista que o sistema estatal do SUS se mostra inviável, no que tange ao atendimento das demandas da sociedade, em virtude dos imensos desvios de dinheiro público, frequentemente trazidos ao conhecimento do público.

O direito passou a ser visto, no Estado Social, como meio de desenvolvimento, instrumento de desenvolvimento de políticas públicas e garantidor do limite de atuação do Estado, para fornecer o espaço de ação da cidadania.

Essa intervenção no contexto institucional foi pouco desenvolvida

no nosso país e é o caminho da regulação, no qual existem muitos órgãos com atribuição concorrente para exercer essa atribuição regulatória. A regulação melhora a qualidade da ação do Estado. Trata-se da garantia da sociedade brasileira, para que seja assegurada a aplicação dos princípios constitucionais da transparência, da legalidade e da publicidade.

No que tange à relação entre as agências e o governo, relacionada à agenda de impacto regulatório, pode-se enumerar a vantagem de melhor equalização entre implementação, planejamento, regulação e monitoramento de determinada política pública, com regras bem estabelecidas. Tudo isso legitima o regulador na sua ação e o qualifica na intervenção.

Por mais que as agências reguladoras tenham que mediar os interesses do consumidor, das políticas públicas e das empresas do setor, o objetivo final é o de garantir o bem-estar do consumidor e da sociedade, embora algumas vezes se tenha que observar que tal benefício possa vir a médio ou longo prazo.

O professor Marcos Juruena Vilela Souto afirmou no livro *Os Direitos das Concessões* que a modernização do papel do Estado, a partir da década de 1990, deveu-se, em grande parte, ao ressurgimento das concessões e à entrada em vigor da modelagem de um Estado regulador, que se preocupa com eficiência, com universalização, com prestação de serviços adequados à sociedade, sem que o Estado seja o prestador, o executor dessas atividades.

Quanto maior o papel que se defira a essas estruturas institucionais, maior a necessidade da *accountability*, tendo por destinatários os segmentos interessados nas atividades, tais como o mercado, a sociedade e os órgãos de controle estatais; ou seja, um universo grande de atores envolvidos como beneficiários desta *accountability*.

O gestor público não pode faltar aos comandos da Constituição e das políticas públicas inseridas em seu contexto, muito menos alegar falta de verba por falta de previsão orçamentária, posto que a Lei Orçamentária Anual não pode descumprir a Constituição da República. Nesse contexto, primeiro cumpre respeitar a Constituição e depois verificar as outras prioridades.

As normas programáticas inseridas na Constituição possuem eficácia e cogência das normas jurídicas e devem ser providas, pois todo princípio é norma jurídica provida de cogência. Decorre daí que devem as autoridades dizer os motivos que as levaram a agir deste ou daquele modo, fazer as opções, as escolhas e explicitar com clareza as justificativas. O motivo é o conjunto de razões de fato e de direito que justifica e legitima o ato; elas devem ser idôneas e comprováveis.

Nesse contexto, deve prestigiar, no limite máximo, o direito à saúde e à vida, resguardando-se as linhas tênues do equilíbrio contratual e da gestão das empresas operadoras do sistema privado de saúde, sob o comando regulatório da Agência Nacional de Saúde. Esse é o desafio com que se deparam cidadãos e magistrados. ♦