

Fundamentos econômicos e atuariais de seguros e planos de saúde

Lucia Helena do Passo¹

No início, o Prof. Dr Luiz Augusto Carneiro discorreu sobre a precificação do seguro saúde, noticiando que a composição do prêmio (ou mensalidade) compreende os seguintes itens: despesas comerciais, despesas administrativas, carregamento de risco, prêmio de risco, lucros e tributos. Acrescentou que a precificação leva em conta: 1- Período de exposição (observando que os períodos de carência não são computados como períodos de exposição) 2 - Precificação por idade (7 faixas etárias ou 10 faixas etárias). Na conclusão, o palestrante mencionou que o grande desafio à sustentabilidade econômico-financeira do setor é vencer o impacto do envelhecimento da população.

Em continuidade, o Des. Mauri Gomes Bottesini teceu considerações sobre os Princípios Constitucionais que garantem o direito à saúde (arts. 6º, 196, 197, 198, 199, 200 e 170 da CF) e traçou um histórico da assistência à saúde no Brasil.

Segundo o expositor, o sistema de saúde suplementar surgiu, em nosso país, com a promulgação da Lei Eloi Chaves de 1923:

As políticas sociais, intervenções estatais voltadas para modificar as condições materiais e culturais de reprodução da classe trabalhadora, só começaram a se estruturar de forma sistemática e contínua no Brasil, a partir de 1923, com a Lei Eloi Chaves

¹ Juíza de Direito da 2ª Vara de Família de São João de Meriti.

*que regulamentou as caixas de aposentadoria e pensão dos trabalhadores dos setores econômicos mais importantes. Era o início do sistema previdenciário e de assistência médica de âmbito nacional.*²

Sublinhou que, a partir da década de 1930, a assistência médica foi adotada pelos empregadores como benefício patronal concedido a determinados grupos de trabalhadores brasileiros. Adicionalmente, lembrou que somente em 1966 foi editado o Decreto-lei 73, que regulamentou os seguros de saúde sob uma concepção geral de seguro, não havendo, à época, norma específica para regulamentar os planos de saúde, de forma a abranger todos os figurantes envolvidos - operadora de planos de saúde, prestador e usuário.

Os Conselhos de Medicina e outras entidades de classe, desde a década de 1960, lutaram em defesa da autonomia profissional e contra a intermediação do trabalho médico - assim, em 1987, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) aprovou a Resolução nº. 19/1987 dirigida às operadoras de medicina de grupo do Estado do Rio de Janeiro, pela qual buscava assegurar a autonomia do profissional médico, além de pretender preservar a liberdade do paciente na escolha do médico, assim como fixar justa remuneração da consulta médica.

Posteriormente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elaborou a Resolução 1.401/1993 dirigida a todas as operadoras de planos de saúde em atuação no território nacional. No entanto, a mencionada Resolução teve sua vigência sustada por uma liminar concedida à Confederação das Misericórdias.

Em razão do clamor e da pressão popular, foram apresentados no Congresso Nacional mais de dez projetos sobre o tema e a regulamentação dos planos de saúde foi colocada como prioridade na agenda política nacional. Essas foram as razões políticas e sociais, relacionadas com a estrutu-

² VASCONCELOS, Eymard Mourão. "A priorização da família nas políticas de saúde". *Revista Saúde em Debate* – CE-BES. Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

ra do mercado dos planos de saúde que ensejaram sua regulamentação.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, após intensa mobilização popular, o direito universal à saúde foi erigido à categoria de norma constitucional, como um dos direitos sociais, sendo criado o Sistema Único de Saúde (SUS) para operacionalizar a norma constitucional.

Contudo, esta inserção na ordem constitucional ocorreu na contra-mão da história e em momento em que existia uma conjuntura internacional nitidamente neoliberal, que consagra o Estado mínimo e a contenção dos direitos sociais, de forma que, por tal ótica, o direito à saúde deveria ser tratado como bem de consumo, ou negociado entre patrões e empregados como benefício trabalhista.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (substituindo os antigos institutos de aposentadoria e pensão organizados por diversas categorias profissionais) e do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, não diminuiu, contudo, a fragmentação das políticas sociais.

Somente na década de 1990, aconteceu a efetiva regulamentação dos planos de saúde que culminou na aprovação da Lei nº. 9.656/98.

O sistema de saúde no Brasil foi concebido à luz da Constituição Federal de 1988 que define a saúde como um direito, cabendo ao Estado não só manter a assistência pública, como também promover a edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar.

O sistema de saúde é dividido em dois subsistemas: o público e o privado. O subsistema público é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), universal de assistência, com financiamento público e a participação das três esferas da federação (União, Estados e Municípios), gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência, através de serviços de rede própria (municipal, estadual e federal), de serviços públicos, de outras áreas de governo e de serviços privados, contratados ou conveniados.

A implantação do SUS representou a extensão de assistência médico-sanitária a expressivos contingentes de brasileiros. No entanto, a consolidação do sistema e a legitimação social do SUS ainda estão longe de acontecer e existe longo caminho a trilhar, até que toda a população usufrua dos

serviços de saúde de maneira integral. Ainda segundo o autor, embora haja gratuidade no acesso e utilização dos serviços do SUS, o desembolso ocorre de forma indireta, através do pagamento dos impostos.

“O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2007).

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). “Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público - neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços”.³

3 PIETROBON, Louise; DO PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. “Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 767-783. 2008.

A regulação é realizada através de intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas, no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde. A função regulatória pode ter várias formas, como a definição de arcabouço legal, a regulação da competitividade, os parâmetros mínimos de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro.

A regulação ocorre quando o governo controla, ou deliberadamente influencia determinada atividade, pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade. Dessa forma, é necessário ter em mente o significado da regulação; manter foco no objetivo de assegurar o desempenho do sistema de saúde; ou seja, prestar assistência eficiente e equitativa no atendimento às necessidades de saúde da população.

O modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferente do encontrado internacionalmente, pois, na maioria dos países, a regulação desenvolve-se a partir da atividade econômica em si, com atuação dos governos sobre a atividade das empresas do setor, para controle e garantia de suas condições de solvência e competitividade do mercado.

No Brasil, a opção foi por regular fortemente a assistência à saúde, com a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos. A regulação do setor de saúde suplementar surgiu após mais de 30 anos de operação das empresas sem controle do governo. A partir de 1998, os consumidores passaram a ter a proteção do Código de Defesa do Consumidor, que deve nortear as relações de consumo.

Destaca-se ainda a atuação nos Procons estaduais e municipais, no atendimento das demandas da população, o que beneficiou os consumidores nos conflitos com as operadoras de planos de saúde. No entanto, a atuação dos Procons mostrou-se insuficiente para regular as relações entre consumidores e operadoras, havendo a necessidade de intervenção estatal, para corrigir as falhas do mercado, como as exclusões de atendimento e as mensalidades abusivas.

Neste momento, constata-se uma multiplicidade de padrões de qualidade do setor, além de fragmentação e descontinuidade do atendimento que comprometem a eficiência do sistema, atingindo todas as redes de

cuidados básicos, especializados e hospitalares à disposição da clientela de planos de saúde.

A criação da ANS possibilitou maior conhecimento do setor e a definição de critérios para a atuação das empresas neste mercado, fixando regras de funcionamento e promovendo acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde. Esta fiscalização tem ainda o escopo de impedir que as operadoras neguem direitos dos usuários e obtenham vantagens ilícitas sobre estes.

Em prosseguimento, o Dr Denys Zimmermann esclareceu que o seguro saúde evoluiu do ressarcimento financeiro (SES) à prestação de serviços por rede própria, ou rede referenciada. O palestrante sublinhou que, anteriormente, havia consenso social em favor do controle absoluto do médico sobre o tratamento do segurado, que se contrapõe aos questionamentos pelas SES e OPS acerca do julgamento médico (“medical necessity provisions”). Esses fatores sofreram significativas alterações, em razão da falência dos serviços públicos de saúde, do surgimento de novas tecnologias e do aumento da expectativa de vida da população.

Os contratos de planos de saúde e de seguro partilham da mesma base técnico-econômica, tendo como característica especial o mutualismo, com desintegração econômica do risco, ou sua transformação de risco individual em coletivo.

O contrato de seguro é um mecanismo de colocação ou distribuição de riscos no interior da coletividade de segurados - onde há a contraposição da comutatividade com a aleatoriedade. Existe a obrigação das SES e OPS de elaboração e de apresentação de nota técnica atuarial, além de constituição de recursos próprios mínimos e provisões técnicas adequadas e suficientes à cobertura dos riscos cobertos pelos contratos, assim como de promover uma administração dos recursos e provisões, de modo a assegurar a solvabilidade dos contratos.

O mutualismo tem outras implicações, assim, a boa-fé, a assimetria de informações e a seleção adversa de riscos criam uma situação na qual a maior ou menor contratação do seguro é condicionada proporcionalmente à possibilidade de sua fruição (isto é, ao maior ou menor risco) e o segura-

dor não está capacitado a precificá-la.

A seleção adversa pode ser alterada para mais ou para menos, de acordo com a propensão de determinados grupos ou indivíduos a riscos, pela adoção de *statutory mandates*, pela adoção de critérios de classificação de riscos que separem os segurados em subgrupos específicos (*risk classifications*) segundo variáveis que, atendendo a determinados padrões, promovam maior “justiça tarifária”.

A exclusão ou limitação - a DLP - é um método para o combate à seleção adversa, ou um meio neutro de se identificarem perdas (isto é despesas hospitalares) que não deflagram a cobertura conferida pelo contrato.

Qual é a razão de ser das carências? É a proteção do mercado contra a seleção adversa.

A seleção adversa nos planos coletivos contém menores despesas com propaganda, com administração e quem protege contra seleção de riscos é o empregador.

Risco moral - ocorre quando o comportamento de um segurado se modifica de modo a importar aumento de custos para o segurador, em razão de o segurado transferi-los para o plano. A diluição de riscos pela via da contratação do seguro cria um incentivo a que o segurado utilize mais, ou requeira serviços sofisticados que, de outro modo, não seriam tecnicamente necessários.

Por seu turno, o Dr José Cechin abordou envelhecimento e reajuste pela faixa etária, mais precisamente, o impacto da Lei 9.656/98 e do Estatuto do Idoso.

Sob esse enfoque, o envelhecimento da população permite uma previsão da pirâmide invertida em 2050 - hoje estamos na faixa de ouro, aquela em que a proporção da força de trabalho ativo aumenta.

As razões do crescimento das despesas são: incorporação da tecnologia, aumento da renda da população (há numero maior de pessoas dispostas a gastar mais dinheiro e mais renda para cuidar da saúde), envelhecimento da população, transição epidemiológica - foram erradicadas as doenças infecto-contagiosas, mas essa erradicação incrementou as doenças crônicas

(próprias da longevidade).

A precificação segue o princípio do seguro - é baseado no mutualismo - um determinado grupo de indivíduos contribui com recursos para um fundo comum, destinado a custear as despesas do próprio indivíduo e a de todas as pessoas do grupo que necessitarem.

A Lei 9.656/98 - lei dos planos de saúde - veda discriminação de preços entre pessoas-exceto por idade - permite diferenciar mensalidades por idade e a Resolução Consu/98 define 7 faixas etárias, a última com 70 anos.

A Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso (art.15) veda a discriminação do idoso nos planos de saúde, em razão da idade. Com o Estatuto do Idoso, a Resolução ANS 63/2003 definiu 10 faixas etárias.

Cada grupo é solidário entre si, como o risco dos idosos é mais alto e a renda mais baixa, o regulamento definiu a solidariedade entre as faixas etárias (pacto de gerações). Os menores de 59 financiam os maiores de 60 - e a solidariedade é mais acentuada nas faixas anteriores à última.

Conclui o palestrante com a proposta de formação de um capital acumulado - com a criação de um fundo na vida ativa, para financiar o plano de saúde após a inatividade.

Tratando da regulação do setor, o Dr Luiz Celso Dias Lopes atribuiu ênfase à Lei 9.656/98, que, em conjunto com a criação da ANS pela Lei 9.961/2000, unificaram a atividade reguladora dos planos de saúde em um único órgão - a ANS.

O controle da ANS é feito de três formas 1 - pelo Executivo, através do Ministério da Saúde, 2 - pelo Legislativo, através do Tribunal de Contas e 3 - pelo Judiciário.

No que se refere ao reajuste pela variação pela faixa etária, observou o palestrante que a Lei 9.656/98 no art. 15, *caput*, parágrafo único previu este reajuste - conforme normas expedidas pela ANS - e veda a variação, para maiores e 60 anos participantes há mais de 10 anos.

O palestrante Des. Carlos Augusto Guimarães comentou as recentes decisões dos tribunais sobre o tema, concluindo que podem trazer consequências nefastas para a ordem jurídica, como a relativização do ato jurídico perfeito e do direito adquirido - relativização que pode vir a se estender

a qualquer tipo de contrato, resultando em insegurança jurídica.

Conclusão:

O Desembargador Jessé Torres, após feliz exibição de um bem escolhido filme sobre o tema, lembra a todos que as questões jurídicas devem ser julgadas de acordo com as normas e princípios vigentes, mas que os julgadores não devem se esquecer de vislumbrar o valor maior que se busca proteger - a dignidade da pessoa humana. ◆