

# Saúde Suplementar: Algumas Reflexões

**Renata Vale Pacheco Medeiros <sup>1</sup>**

Abrindo a série de palestras sobre Saúde Suplementar, o Dr. Luiz Augusto Carneiro frisou que o seguro saúde é contrato de seguro complexo, vez que o mesmo se apoia no mutualismo; ou seja, na partilha de riscos. Há um grupo solidário, com todos contribuindo com suas mensalidades para um fundo comum.

Quanto ao conceito de risco, entendeu-se que se trata de evento aleatório, ao qual, porém, é possível identificar e mensurar a distribuição da probabilidade (Frank Knight). O tempo também é um fator determinante. O risco e o tempo são faces da mesma moeda, pois, sem o amanhã, não haveria risco.

Condições para o risco ser segurável:

1. o evento segurado (evento coberto) deve ser acidental e inesperado (aleatório).
2. deve estar bem definida a indenização advinda da ocorrência do evento segurado;
3. o evento segurado deve acarretar perdas ou danos definitivos;
4. o segurado não pode ter o poder de controlar a ocorrência do evento segurado;
5. deve haver um grande número de segurados expostos ao risco que está sendo segurado;
6. evento segurado não deve ocorrer com todos os segurados simultaneamente;

---

<sup>1</sup>Juíza de Direito do IX Juizado Especial Cível.

7. o valor da indenização deve ser calculável, e o custo do seguro para o segurado deve ser viável.

Como ocorre o processo de subscrição do risco?

Etapa 1: o risco é aceito somente se for segurável.

Etapa 2: o risco segurável é precificado de acordo com o perfil do segurado.

Quais as implicações do mutualismo?

Boa-fé, assimetria de informações e seleção adversa de riscos.

O que é a seleção adversa de riscos?

É a situação na qual a maior ou menor contratação do seguro é correlacionada à maior ou menor possibilidade de sua fruição e o segurador não está capacitado a precificá-la.

A seleção adversa pode ser atenuada pela maior ou menor propensão de determinados indivíduos a riscos e pela adoção de critérios de classificação de riscos que separem os segurados em subgrupos específicos, segundo variáveis que promovam maior “justiça tarifária”. Na análise da seleção adversa, surge a carência.

Por sua vez, carência é o período ininterrupto, contado a partir da data de vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas não tem acesso a determinadas coberturas. As carências constituem proteção contra a seleção adversa e inibem a contratação do plano somente quando houver necessidade de algum procedimento para, depois, o usuário cancelar o plano.

Nos planos de saúde no Brasil, todas as pessoas devem ser aceitas, mesmo se portarem lesão ou doença preexistente, admitindo-se a cobertura parcial temporária (CPT), de até 24 meses, para os eventos relacionados à doença ou lesão preexistente de conhecimento do beneficiário.

Os contratos de planos de saúde são contratos de seguro, definidos como contratos privados de prestação de serviços ou cobertura de custos

assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde por profissionais de rede credenciada ou referenciada ou, ainda, serviços de saúde, livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Independentemente de serem considerados atípicos ou variações ou subtipos dos contratos de seguros, apesar de sujeitos a uma regulamentação específica, proveniente de órgão regulador próprio e da designação diversa (contrato de plano de saúde e contrato de seguro), tais contratos partilham da mesma base técnico-econômica. Essa se apoia no mutualismo, já mencionado, como desintegração econômica do risco ou sua transformação de individual em coletivo.

A regulamentação do setor veio com o advento da Lei 9.656/98, a qual:

- define operadoras e planos de saúde;
- estabelece coberturas e procedimentos excluídos;
- cria regras de rescisão para planos individuais;
- define mecanismos de regulação – carência, cobertura parcial temporária (CPT);
- estabelece benefícios para demitidos e aposentados;
- estabelece o ressarcimento para o SUS;
- cria o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU);
- subordina à ANS qualquer modalidade de produto que garanta cobertura financeira de riscos de assistência, hospitalar e/ou odontológica.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) foi criada pela Lei 9.961/00. Tal lei definiu suas competências, entre outras:

- promover a defesa do interesse público;
- fixar normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras;
- elaborar rol de procedimentos;
- estabelecer indicadores de qualidade;

- definir critérios e autorizar reajustes.

A ANS é uma autarquia e está vinculada ao Ministério de Saúde. Possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial de recursos humanos e técnicos, com competência para regular as atividades das operadoras.

A ANS determina que as alterações na rede credenciada sejam submetidas à sua apreciação e que a efetivação seja condicionada a seu aceite.

No contrato de plano de saúde, encontramos os seguintes atores sociais:

- beneficiário: contrata o serviço com a operadora;
- operadora: figura como gestora dos recursos (mútuo) dos beneficiários;
- prestadora de serviços: presta atendimento ao beneficiário e recebe da operadora, conforme tabela acordada entre as partes.

A ANS regula somente a atividade das operadoras.

O envelhecimento da população e a ampliação do rol de procedimentos causam um impacto no equilíbrio do sistema.

O Dr. José Cechin mostrou como mudou a pirâmide etária no Brasil, assinalando que a transformação apresenta duas vertentes:

- a) mudança da taxa de fecundidade (as mulheres têm menos filhos);
- b) mais pessoas atingem idades mais altas.

Como é cediço, a renda do usuário tende a diminuir com o aumento da idade, quando o risco aumenta; por isso, muitos idosos não conseguem arcar com os reajustes aplicados em razão da mudança da faixa etária, anteriormente aplicado no mês subsequente ao aniversário do beneficiário, em razão da mudança de faixa etária, com percentuais de variação previstos no contrato.

As regras do reajuste por faixa etária variam de acordo com a época da contratação:

- contratos anteriores à Lei 9.656/98: reajuste de acordo com o contrato celebrado entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário;
- contratos firmados sob a vigência da Lei 9.656/98 até a vigência do Estatuto do Idoso: aplicam-se os reajustes previstos em contrato, divididos em sete faixas etárias, sendo que não poderá haver reajuste para usuário com mais de sessenta anos de idade que participe do plano há mais de dez anos;
- contratos firmados sob a vigência do Estatuto do Idoso: aplicam-se os reajustes previstos em contrato, divididos em dez faixas etárias, sendo que a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e 7ª faixas.

A incontestabilidade do ato médico é questão que vem ao Judiciário constantemente, pois, não raro, os planos de saúde contestam o procedimento e o material utilizado pelo médico. O CFM (Conselho Federal de Medicina) reconhece e regulamenta o procedimento de auditoria médica (Resolução 1614/01), vedando ao médico a exigência de fornecedor ou marca comercial exclusiva. O CFM permite ao médico assistente recusar, em caso de inadequação, o material. Por sua vez, a Resolução 211/2010 da ANS determina o oferecimento de, pelo menos, três marcas de produtos.

Um caso concreto já enfrentado por esta magistratura foi a recusa do plano de saúde em custear um determinado tipo de stent, alegando que havia no mercado outro modelo mais barato.

Como, em muitos casos, a necessidade da cirurgia é iminente, em face do risco de vida, o magistrado, ao receber a petição inicial, não possui elementos para aferir se a recusa do plano é razoável ou não.

Na Apelação Cível 0118238-63.2006.8.19.0001, a Desembargadora Dra. Teresa Andrade de Castro Neves entendeu que o plano de saú-

de não poderia interferir na escolha do médico assistente. Por oportuno, transcrevo trecho do voto:

*“(...) Como bem se vê das afirmações acima, a auditoria médica, sabedora da permissão contratual, para liberação dos stents, alterou deliberadamente a solicitação do médico, sem sequer ter cogitado em fazer uma perícia médica no paciente, liberando os stents convencionais em detrimento aos stents farmacológicos, por questões financeiras. A apelante pretendia provar que o “stent convencional” seria mais indicado do que o “stent farmacológico”, sendo insistente, fazendo menção à reportagem da Revista Veja, anexada aos autos, lançando dúvidas para justificar a negativa anterior do pedido médico, embora admitindo a inexistência de limitação contratual. Certo é que o plano de saúde não pode interferir na escolha da técnica a ser empregada pelo médico que atende o Autor quando da solicitação é explícito do “stent farmacológico”.*

*(Apelação Cível nº. 0118238-63.2006.8.19.0001 – Rel. Desembargadora Teresa de Andrade Castro Neves – 20ª Câmara Cível – j. 24.03.2010)*

O Dr. Franklin Padrão frisou que a Medicina de caráter experimental é excluída do rol de coberturas, por força da Lei 9.656/98. A exclusão é justificada pelo elevado custo e pelo baixo índice de acerto. Sua inclusão acarretaria alto custo. O mesmo palestrante ressaltou a distinção entre este tipo de medicina e a medicina baseada em evidências, que valida a eficácia dos procedimentos e institui protocolos, estabelecendo diretrizes específicas para realidades distintas.

Ocorre que os procedimentos médicos estão em constante evolução e o surgimento de um procedimento mais avançado não pode ser confundido com tratamento experimental.

A Desembargadora Cristina Gáulia enfrentou caso concreto em que o plano de saúde não autorizou a radioterapia conformacional 3D, ao ar-

gumento de que se tratava de tratamento experimental. Segue transcrição de seu voto:

*“(...) Por outro lado, nenhuma comprovação trouxe a agravante de que o tratamento através da técnica de radioterapia conformacional esteja ainda em fase experimental, sendo que tal afirmação vai de encontro à informação contida no texto retromencionado de que o emprego da radiação ionizante é recurso terapêutico desenvolvido há cem anos (fl. 96).*

*(Agravo de Instrumento 0004841-24.2009.8.19.0000 Desembargadora Cristina Tereza Gaulia – 5ª Câmara Cível - Julgamento: 31/03/2009)*

Finalizando a série de palestras, a Dra. Angélica Carlini destacou que o contrato de seguro não é, por natureza, marcado pelo antagonismo. Segurador e segurado não desejam que o sinistro aconteça, ressaltando a confiança como essencial no contrato de seguro.

A Dra. Angélica Carlini frisou que a confiança é elemento básico da vida em sociedade, sublinhando a boa-fé como bússola de nossas ações. Somente agindo com transparência, boa-fé e exigindo que nossos representantes assim o façam, poderemos mostrar ao mundo que merecemos ser tratados como um país sério. ♦