

# Dos Contratos de Seguro-Saúde no Brasil

MARIA LEONOR BAPTISTA JOURDAN

Advogada (Especialista em Seguro-Saúde no  
Rio de Janeiro)

O ser humano que sempre tem de enfrentar a *luta pela vida* nem sempre a enfrenta em condições de igualdade com os seus semelhantes e competidores; alguns estão biologicamente melhor habilitados que outros, numa repetição — dentro do quadro social da humanidade — daquela realidade que DARWIN registrou na *luta das espécies*, que se desenvolveu e desenvolve em nosso universo através dos tempos. Por isso, os mais aptos para a luta vencem ou eliminam os ineptos.

Na história das civilizações, uma das mais constantes presenças é a *luta entre os ricos e os pobres*, eufemismo que se emprega para dissimular a crueza do registro das disputas entre os mais habilitados e os menos preparados para a competição social. Em seu livro sobre *A Cidade Antiga*, obra clássica da história das instituições sociais, FUSTEL DE COULANGES registra minuciosamente como se teria desenvolvido “a luta entre os ricos e os pobres” durante os períodos áureos da civilização greco-romana.

Desde que o homem abandonou o estado nômade para se fixar num pedaço de terra a fim de cultivá-la com o necessário à sua subsistência, e para nela construir uma habitação segura contra a hostilidade dos elementos do meio, tornou-se importante inventar algo que fosse capaz de organizar e disciplinar o agregado habitacional — a *cidade* — necessariamente surgido dessa cultura do sedentarismo.

Criou-se, então, o Estado, que se transformaria pelo correr dos séculos, acompanhando as transformações das sociedades humanas conforme as circunstâncias do meio geográfico, dos climas, do grau de cultura e de civilização, como observou MONTESQUIEU no seu livro de tanta influência na formação das instituições jurídico-políticas modernas, *Do Espírito das Leis*.

No século passado foi engendrada a teoria do *Estado de Direito*, o que corresponde a submeter toda a estrutura do Estado à obediência das normas contidas nas leis que tenham sido formalmente elaboradas; todavia, se nesse regime era possível garantir a segurança jurídica da cidadania, ele ainda não estava aparelhado para corrigir ou atenuar os constantes desequilíbrios na competição social entre ricos e pobres, entre fortes e fracos.

Foi então que, já no curso de nosso declinante século XX, se teve a iniciativa de habilitar a entidade estatal a interferir no processo social — mediante leis ou organismos institucionais criados para atuação material — a fim de atenuar a rudeza da competição no seio do quadro social: a esse novo regime se denominaria *Estado Social de Direito*.

Entre as instituições que melhor se desenvolveram no contemporâneo Estado Social de Direito merece destaque particular a *previdência social*, que — criada há pouco mais de cem anos por BISMARCK na Prússia — existe hoje em todos os países, em caráter oficial. Entretanto — mesmo onde ela está bem implantada, como na própria Alemanha, onde nasceu, na Inglaterra e nos Estados Unidos — por toda parte a previdência social está em crise, pela simples razão de que dela se tem exigido demasiado, muito acima das suas possibilidades atuariais: daí o terem sido criadas, também em todos os países, instituições privadas para suprir o que a previdência oficial não tem condições de oferecer, inclusive um expedito e eficiente sistema de tratamento da saúde.

Nesse quadro foi que, modelado pelo que se tinha instituído nos Estados Unidos, criou-se no Brasil o Seguro-Saúde.

Entretanto, o que é *Seguro-Saúde*? — Embora nenhuma lei até a presente data o tenha regulado, inumeráveis entidades privadas passaram a explorar um ramo de atividade econômica que a jurisprudência logo qualificaria como securitária, da espécie Seguro-Saúde, posta sob o tratamento jurídico do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966.

Com efeito, esse diploma foi promulgado para o fim de organizar o "Sistema Nacional de Seguros Privados" e regular as operações de seguro e resseguro, oportunidade em que criou o Conselho Nacional de Seguros

**Privados** — CNSP e uma Autarquia Federal, a Superintendência de Seguros Privados — SUSEP para o fim específico de executar a política traçada pelo CNSP, bem como fiscalizar a “constituição, organização, funcionamento e operações das Sociedades Seguradoras” (arts. 35 e 36 do DL 73).

Nesse mesmo estatuto do Seguro Privado, no Cap. XI, pertinente a “Disposições Gerais e Transitórias”, uma Seção I cuidou do “Seguro-Saúde” (arts. 129/135): no art. 129 foi estabelecido:

“Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar”;

e, no preceito seguinte:

“Art. 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.”

Em seguida, e até o art. 135, o último do Cap. XI, o Decreto-Lei cuidou do Seguro-Saúde, prescrevendo providências a serem expedidas pelo CNSP (tais como tabelas de honorários médico-hospitalares e fixação de percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros — art. 131) e medidas de outra ordem a serem objeto do “que dispuser a Regulamentação do Decreto-Lei”, a qual de modo expresso teve sua feitura determinada para expedição em 120 (cento e vinte) dias (art. 149), fato que nunca se concretizou.

A circunstância de jamais ter sido regulamentado o DL n.º 73 induziu a SUSEP a nunca tratar do Seguro-Saúde como matéria dependente de sua disciplina, pelo que inumeráveis entidades, dentre as quais se destaca — pelo seu pioneirismo de mais de vinte anos, como pelo seu grande desenvolvimento — a Golden Cross Assistência Internacional de Saúde, passaram a funcionar sem nenhum controle oficial, nalguns casos a prejuízo dos tomadores de seus contratos, pois algumas dessas entidades não são dignas de funcionar num mercado sem controle do poder de polícia.

Foi em razão da postura omissiva da SUSEP, em suas administrações do período seguinte à promulgação do Decreto-Lei n.º 73, de 1966 — e omissiva tanto no concernente às providências que deveria ter adotado para a regulamentação do Estatuto referido, como para a fiscalização das entidades, empresas ou carteiras empenhadas no Seguro-Saúde —, que gerou tanta confusão e tantas ações no Judiciário, a propósito de contratos da natureza dos comentados.

Alguns especialistas que se têm aplicado no tema em tela pretendem sustentar que a Assistência Privada à Saúde se apresentará em três formas diferentes: 1.º) através de cooperativas de produtores ou consumidores, geralmente cooperativas formadas por médicos, que têm ensejado certos conflitos éticos, em razão de alguns entenderem que, no caso, essas entidades levam os profissionais da Medicina a mercantilizar sua nobilíssima instituição; 2.º) entidades ou empresas beneficentes ou de fins puramente lucrativos, que prestam serviços de assistência médica ou hospitalar pela via de serviços próprios ou tomados em rede credenciada; 3.º) seguro-saúde na condição de uma espécie, no sentido estrito, do seguro geral, a cargo de empresas de seguro de larga tradição na atividade securitária.

Em nosso País as três modalidades já têm presença no mercado de Seguros, sempre sob o *nomen* Seguro-Saúde, e exercidas por entidades de grande crédito, talvez as maiores seguradoras do ramo, como a Golden Cross, o Bradesco, a Sul-América, a Amil, e, no campo de cooperativas, a Unimed.

Dissemos acima que a atividade Seguro-Saúde teve sua definição jurídica, como tal, feita por tranqüila jurisprudência, formada por decisões de 1.ª Instância, de Tribunais de Alçada, de Justiça e até do Supremo Tribunal Federal.

Efetivamente, num caso judicial oriundo de cobrança que a PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, fazia à Amil — Assistência Médica Internacional Ltda. de Imposto Sobre Serviços-ISS, defendeu-se a executada com o argumento de que exercia atividade no ramo do Seguro, Seguro-Saúde, alheia à competência tributária do Município, ante os encerramentos dos arts. 21-VI e 24-II da Constituição Federal à época vigente (a Carta de 1967/1969). A Sentença de 1.ª Instância desfavorecia ao sustentado pela Amil, que por isso recorreu ao Tribunal de Alçada Cível (do Estado do Rio, obviamente) que lhe deu ganho de causa, em Acórdão unânime que teve este tópico no voto condutor:

"A atividade da apelante — cobertura de custos de assistência médico-hospitalar — caracteriza-se pela celebração de nítido contrato de *seguro*, do tipo seguro-saúde, previsto nos arts. 129 e 130 do Decreto-Lei n.º 73, de 21-11-66, robustecido pelo fornecido pela SUSEP."

Tendo a Prefeitura interposto Recurso Extraordinário que seria distribuído à 1.ª Turma do Supremo Tribunal Federal, esta Corte, pela unanimidade de seus membros, seguindo o voto do Relator, o Ministro NERY

DA SILVEIRA, negou provimento ao Recurso da Edilidade Carioca julgando a questão nos termos da Ementa assim redigida:

*“ISS, Seguro-Saúde, Decreto-Lei n.º 73/1966, arts. 129 e 130. Cobertura de gastos de assistência médica e hospitalar, nos limites contratuais, em período determinado, quando o associado os tiver de efetuar. Os valores recebidos do associado não se destinam à contraprestação imediata por qualquer serviço médico ou hospitalar prestado pela entidade. Quem presta os serviços de assistência é o médico ou o hospital credenciado, sob responsabilidade própria. Riscos futuros. Não-caracterização da figura do agenciador de serviço. Situação de fato e cláusulas contratuais discutidas no acórdão e insuscetíveis de reexame em recurso extraordinário. Súmulas 279 e 454. Não-enquadramento em hipótese de incidência do ISS: Constituição, arts. 24, II, e 21, VI. Decreto-Lei n.º 834/1969 e Lista de Serviços. Lei Complementar n.º 56, de 15-12-1987, e a nova Lista de Serviços, onde se incluem, no item 6, como sujeitos ao ISS, os serviços de “Planos de Saúde”, prestados por empresa que não esteja incluída no item 5 desta Lista e que cumpram através de serviços prestados por terceiros, contratados pela empresa ou apenas pagos por esta, mediante indicação do beneficiário do plano”. Não-aplicação ao caso concreto da Lei Complementar n.º 56/1987. Recurso extraordinário não conhecido.”*

Entre outras considerações que o levavam à manifestação resumida na transcrita ementa, escreveu o Ministro NERY DA SILVEIRA:

*“Tratando-se de um serviço prestado em condições de livre concorrência (v.g. Bradesco, Golden Cross, Comind), quer do ponto de vista da empresa, quer do profissional ou hospital habilitado, não há possibilidade de se praticar preços diferentes do mercado, sem que se comprometa a qualidade do serviço e, igualmente, o próprio negócio. Por conseguinte, o credenciamento representa uma seleção de qualidade profissional que garante ao associado da apelante poder contar com profissionais habilitados nas diversas especialidades, segundo os critérios técnicos e profissionais mais rigorosos.*

A atividade da apelante — cobertura de custos de assistência médica hospitalar — caracteriza-se pela celebração do nítido contrato de seguro, do tipo seguro-saúde, previsto nos arts. 129 e 130 do Decreto-Lei n.º 73, de 21-11-66, robustecido pelo documento fornecido pela SUSEP.

Obriga-se a apelante a indenizar o associado ou cliente do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato, preenchendo, pois, integralmente, a definição legal, doutrinária e jurisprudencial de contrato de seguro.

O contrato é aleatório e não comutativo (...). Configurando, irreprochavelmente, a atuação da apelante, típica atividade securitária, da espécie, *seguro-saúde*, não está ela submetida ao ISS e, por isto, não está sujeita à competência tributária do Município, *ex vi* dos arts. 21, VI e 24, II da Constituição Federal."

Esse comentário sobre a jurisprudência que atribuiu natureza securitária aos contratos de reembolso dos valores dispendidos com tratamento médico-hospitalar — por vezes impropriamente denominado contrato de assistência médico-hospitalar — da espécie dos que ordinariamente estão colocados no mercado pela Amil, Golden Cross, e entidades de natureza semelhante, torna oportuno definir qual seja o estatuto jurídico dos seguros, em geral. Isto torna-se necessário porque, feita referência ao Decreto-Lei n.º 73/66, que criou o instituto do Seguro-Saúde, isso eventualmente induzirá à deslembração do estabelecido no Código Civil, a propósito do Contrato de Seguro (CC — Parte Especial, Livro II, Tít. V, Cap. XIV); no entanto, embora o mais recente diploma seja o regulador da política nacional dos seguros, de nenhum modo ele derogou o Código Civil, que, no trecho acima referido, fixou os elementos fundamentais do Contrato de Seguro.

Evidentemente, e agora temos de invocar o art. 2.º da Lei de Introdução do Código Civil, o Decreto-Lei n.º 73/66 só terá removido desse Código aquelas cláusulas que com ele sejam flagrantemente incompatíveis (parágrafo 1.º do mencionado art. 2.º da Introdução — CC). Nessas condições, a regularidade jurídica das cláusulas dos contratos de Seguro-Saúde, inclusive das que impliquem o *não-indenizar*, tem seu fundamento e consideração de razoabilidade e de legalidade estribados no Código Civil, que, conforme a qualificação que uma vez lhe atribuiu MIGUEL REALE, é a Constituição do homem comum.

Um elemento de perturbação das entidades que se aplicam no Seguro-Saúde, o qual a cada dia se torna de tratamento mais difícil, em nosso País, é a intervenção da Superintendência Nacional do Abastecimento — SUNAB, e, mais recentemente, a das inúmeras entidades colocadas no Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, pelo art. 105 da Lei n.º 8.078, de 11-9-90, o Código de Proteção do Consumidor. Como se não fosse suficiente a SUNAB, para demolir qualquer pretensão de implantar uma *economia de mercado*, fundada na *livre iniciativa* que o art. 1.º da Constituição Federal de 1988 erigiu à condição de "fundamento" — um deles

— de nosso Estado Democrático de Direito, agora todas as empresas de Seguro estão a defrontar-se com a ação ainda mais exacerbada de inumeráveis entidades oficiais, os PROCON's e similares, e de uma multidão de "entidades privadas de defesa do consumidor" que já estão surgindo.

Para enfrentar essa tormenta de características policialescas, tantos são os poderes limítrofes da arbitrariedade de que esses agentes de *defesa do consumidor* vêm aparelhados; e, outro tanto, para se defender da voracidade perversa da Superintendência Nacional do Abastecimento, todas as entidades privadas de objetivos econômicos têm de fazer investimentos desmesurados nos seus setores de defesa jurídica, como o que oneram de muito seus custos operacionais.

No entanto, o que de mais lastimável está ocorrendo é que essas entidades oficiais ou oficializadas de controle dos preços de produtos, de bens, de serviços (SUNAB) ou de proteção do consumidor (PROCON's) vão a tais extremos de intervencionismo policial que nem respeitam as competências de certos órgãos da Administração Federal, como, por exemplo, a SUSEP: com efeito, SUNAB e PROCON's timbram em ignorar quaisquer medidas tomadas por esse órgão federal da política de seguros do País, que ela exerce nos termos do art. 36 do Decreto-Lei n.º 73/66, o qual dispõe, *verbatim*:

“Art. 36. Compete à SUSEP, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP, como órgão fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das Sociedades Seguradoras:

a) processar os pedidos de autorização, para constituição, organização, funcionamento, fusão, encampação, grupamento, transferência de controle acionário e reforma dos Estatutos das Sociedades Seguradoras, opinar sobre os mesmos e encaminhá-los ao CNSP;

b) baixar instruções e expedir circulares relativas à regulamentação das operações de seguro, de acordo com as diretrizes do CNSP;

c) fixar condições de apólices, planos de operações e tarifas a serem utilizadas obrigatoriamente pelo mercado segurador nacional;

d) aprovar os limites de operações das Sociedades Seguradoras, de conformidade com o critério fixado pelo CNSP;

e) examinar e aprovar as condições de coberturas especiais, bem como fixar as taxas aplicáveis;

f) autorizar a movimentação e liberação dos bens e valores obrigatoriamente inscritos em garantia das reservas técnicas e do capital vinculado;

g) fiscalizar a execução das normas gerais de contabilidade e estatística fixadas pelo CNSP para as Sociedades Seguradoras;

h) fiscalizar as operações das Sociedades Seguradoras, inclusive o exato cumprimento deste Decreto-Lei, de outras leis pertinentes, disposições regulamentares em geral, resoluções do CNSP e aplicar as penalidades cabíveis;

i) proceder à liquidação das Sociedades Seguradoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;

j) organizar seus serviços, elaborar e executar seu orçamento."

Acrescente-se que o estabelecido neste Decreto-Lei n.º 73/66 está perfeitamente correto, no plano jurídico, pois na conformidade do art. 22 — inciso VII da Constituição Federal, é privativa da União a competência para legislar sobre "seguros".

Para se ter a dimensão dessa abusiva ingerência na área de competência exclusiva da SUSEP, o jornal *Zero Hora*, de Porto Alegre, em sua edição de 22 de julho anterior, publicou — sob destacado título — a notícia de que as empresas de Seguro-Saúde irão sofrer fiscalização para se adequarem "aos patamares mínimos exigidos pelo Código de Defesa do Consumidor", dentro de seis meses, "ou deverão modificar seus contratos para tornar claro aos segurados de que oferecem limites em seus planos de saúde". Mas isso ainda não é tudo, de como se deduz da continuação da notícia jornalística, assim posta:

"O aviso foi dado, ontem, pelo Secretário de Justiça Geraldo Gama, em audiência na Câmara dos Vereadores com os representantes das principais empresas do setor. Depois desse prazo, completou Gama, "vamos exigir respeito a todo o Código para acabar com a propaganda enganosa".

Os fiscais deverão examinar os contratos para conferir se os critérios definidos pela Comissão de Saúde, formada pelo Secretário, mais representantes do Sistema de Defesa do Consumidor (Sistecon) e advogados, estão sendo cumpridos. Entre eles, consta que a venda de seguros só poderá ser feita numa localidade com, no mínimo, 20% dos médicos e 80% dos hospitais e ambulatórios credenciados.



O projeto prevê ainda que o seguro deverá garantir a internação do paciente em leito superior, sem qualquer despesa, se não houver o leito contratado. O reembolso do segurado deve ser feito com valores corrigidos até cinco dias antes do pagamento. Se uma cidade não tiver atendimento hospitalar em caso de emergência, o fornecedor deverá indenizar o transporte do segurado. A preocupação contra a propaganda enganosa não diferencia os planos de assistência médica (de pequeno risco) dos planos de seguro-saúde (chamados de grande risco, porque cobrem despesas maiores, como as hospitalares).”

Outro elemento estrangulador da atividade das entidades devotadas ao Seguro-Saúde, ou pelo menos encarecedor de seus custos operacionais pelo que implica em avultamento de suas despesas com advogados e ações judiciais, é a pretensão que muitas das quatro mil municipalidades do Brasil vêm efetivando em medidas administrativas ou executivos fiscais de cobrança de tributos com o ISS, de que está ímune, no plano local, quem exerça essa atividade econômica de Seguro-Saúde. Aqui reside outra fonte de dispêndio de energias e de despesas judiciais e com honorários advocatícios que, de outro lado, vão pesar nos custos operacionais.

É certo que na maioria dos casos a Justiça tem reconhecido a abusividade de tal cobrança de municipalidades: entretanto, até se chegar a esse resultado, muito tempo se consumiu e muita despesa se acumulou.

Como é de universal conhecimento — porque fenômeno idêntico ocorre em quase todos os países — o Seguro-Saúde prospera em razão das deficiências dos planos previdenciários oficiais. E no Brasil, então, onde só se houve falar na *falência de nossa previdência social*, o Seguro-Saúde tem encontrado campo fértil para se difundir, graças precisamente ao miserável funcionamento dessa instituição oficial.

Todavia, como para muitos órgãos oficiais ou oficializados a que já fizemos referência (SUNAB's, PROCON's, etc.), o Seguro-Saúde parece ser produto de uma galinha de ovos de ouro, todos caem sobre ele. Por exemplo, até os Conselhos Regionais de Medicina resolveram entrar na corrida para *tascar o Seguro-Saúde*...

Efetivamente, num procedimento que logo se tornaria modelo seguido por muitos outros Conselhos Regionais de Medicina, o do Rio de Janeiro, o CREMERJ, emitiu uma Resolução n.º 19, aos 20 de agosto de 1987, que, ademais de flagrantemente abusiva no que subverte as regras do Seguro-Saúde que incumbe à SUSEP disciplinar, pretende até impor procedimentos jurídicos, como se o próprio CREMERJ, uma Autarquia Federal *ex vi* da Lei n.º 3.268, de 30-9-57, fosse um órgão legislativo.

Ainda a propósito: nessa resolução cuja validade jurídica ora impende de apreciação do Superior Tribunal de Justiça, para o qual recorreram muitas empresas de Seguro-Saúde — um dos tópicos mais aberrantes de todas as normas pertinentes aos contratos de seguro é o inscrito na alínea h do art. 1.º, que prescreve:

“as empresas contratantes estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde”.

Por múltiplas razões, inclusive as de ordem contratual relacionadas com a liberdade de manifestação de vontade nos contratos privados, e principalmente em respeito aos princípios atuariais que viabilizam os Contratos de Seguro, é de obviedade flagrante que essa disposição da esdrúxula Resolução n.º 19/87 do CREMERJ, não tem condições de prevalecer: até um preceito legal com o mesmo teor haveria de ser questionado à luz da Constituição Federal, e não poderia prevalecer.

Daf estarem surgindo questões entre as entidades engajadas no Seguro-Saúde e o CREMERJ, que persiste no propósito de legislar mediante “resoluções”, sobre os procedimentos relacionados com o Seguro-Saúde. E uma das questões mais candentes, atualmente em curso, é a pertinente à AIDS, que uma outra resolução subsequente do CREMERJ quer seja coberta, no seu caráter de problema social, pelas seguradoras da saúde, esquecendo-se essa entidade oficial, que a matéria está na alçada fiscalizadora da SUSEP, por uma parte, e que, na conformidade do art. 196 da Constituição Federal, *se a saúde é direito de todos, todavia é dever do Estado a ela atender*, quer diretamente, quer mediante políticas sociais e econômicas que o mesmo Estado promoverá. Pode acontecer, entretanto, que entidades privadas queiram engajar-se na assistência à saúde que, pelo art. 199 da mesma CF “é livre à iniciativa privada”: não obstante, tal liberdade de iniciativa privada terá de se exercer “mediante contrato de direito público ou convênio” (obviamente vinculando o Estado ao negócio), embora se dê preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos que, por sua natureza, nada ou muito pouco deverão exigir do Estado (referido art. 199, § 1.º, da CF).

Querer estabelecer, a título de insólitos encargos para entidades ou empresas que se dedicam ao desempenho econômico de Seguro-Saúde, imposições estranhas ao contratado, é adotar uma prática por todos os títulos aberrante de qualquer valor jurídico, desde que, pela nossa Constituição Federal, ademais de ninguém ser obrigado a fazer algo ou deixar de algo fazer sem uma lei que predeterminadamente isso imponha (art. 5.º, inciso II), pelo mesmo diploma é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo outo tanto garantida a liberdade de manifestação do pensamento; esses preceitos constitucionais prescindem de muita excogi-

tação para nos levar à conclusão de que a liberdade de contratar, ao lado de outras — tal como a liberdade de profissão —, corresponde a direitos preeminentes, dentre os que superlativamente foram instituídos pelo Diploma Federal.

Portanto, à margem do que somente à Superintendência de Seguros Privados compete, no exercício de seu poder de polícia que o art. 36 da Lei n.º 13/66 regula, querer atribuir a outrem o exercício de outros poderes de polícia (a título de defesa do consumidor etc.) sobre Contratos de Seguro quaisquer, inclusive os de Seguro-Saúde, será procedimento infringente da reserva legal e, por isso, *flagrantemente inconstitucional*, desde que todo o vigente sistema constitucional brasileiro exalta à sociedade a livre iniciativa, a livre concorrência e tudo quanto seja concernente à livre manifestação de vontade do cidadão.

O critério de reajuste dos “prêmios” do seguro-saúde também tem gerado apelo aos PROCON's e ao Judiciário, através de Ações Cíveis Públicas e Consignatórias.

Nós, que acompanhamos essa modalidade de seguro desde 1978, podemos afirmar que o problema inexistia anteriormente, só se tornando consistente a partir de 1985. Reflexo incontestado da situação econômico-financeira do País, somado à peculiaridade do Setor: *O preço da saúde é caro.*

Seguidos e variados critérios governamentais de reajustes, impostos como normas de Direito Público cogente aos contratos de seguro-saúde; foi o último estabelecido pela Portaria n.º 110, de 11 de agosto de 1991, do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento, este em função do índice setorial (variação dos honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, medicamentos, além de salários e despesas gerais). No entanto, logo em seguida, em 25 de setembro de 1991, a Portaria n.º 221 do mesmo Ministério liberou os preços da saúde por entender que a fórmula para o reajuste do seguro é efetivamente mais complexa, envolvendo, basicamente, cálculos atuariais específicos.

É um fenômeno mundial os custos da saúde suplantarem os índices da inflação geral. Nos EUA, pelas estatísticas fornecidas pelo *U.S. Bureau of Labor Statistics* 1991, a inflação de serviços médicos é o dobro da geral, sendo que os índices dos produtos médicos, dos serviços médicos, dos serviços profissionais da área médica, dos honorários médicos e dos custos hospitalares, todos, superam alguns mais que o dobro, os da inflação geral.

No Brasil, onde os percentuais de inflação avultam, seus efeitos perversos se refletem nos custos da saúde, sacrificando os seus tomadores.

As causas têm o seguinte diagnóstico: *novas tecnologias* com alto custo de material, *oferta de novos serviços*, *competência profissional*, *síndrome do consumismo* ("tenho direito, vou usar"), *excesso de exames*, *fraude* do usuário e do prestador dos serviços, e *ignorância*, também de ambos.

O papel da Seguradora é de *intermediário* entre os interesses conflitantes do usuário e do prestador de serviços, e a *parceria* entre os três elementos é fundamental para redução de custos.

Na busca dessa *parceria* os esforços devem ser multilaterais.

Do *pagador e usuário*: melhor escolha de tipo de contrato "recortado" conforme seus interesses, seleção de médico, médico de família, conceito de utilização necessária, denúncia de abusos.

Do *prestador de serviço*: melhor preparo profissional, melhor exame clínico e solicitação de exames necessários.

Da *Medicina Preventiva*: stress, fumo, álcool e drogas, prevenção da Aids, obesidade, diabetes, alimentação, exercícios.

Da *Seguradora*: procurar encontrar o ponto de equilíbrio entre os interesses de todos os *stockholders*, com ênfase na comunicação, diálogo, negociação, transparência e cumprimento de acordos.

Apenas para exemplificar os altos custos da saúde no Brasil: o custo médio por paciente internado em outubro de 1992, foi de Cr\$ 16.000.000,00 (dezois milhões de cruzeiros), sendo a média, por dia de internação, Cr\$ 5.100.000,00 (três milhões e cem mil cruzeiros). Em UTI ou CETIM, esses custos são multiplicados por cinco, não sendo raro que uma internação nessas unidades especiais atinjam a *um bilhão de cruzeiros*.

No cateterismo cardíaco, em alguns casos a sonda utilizada, e diga-se, descartável, atinge o preço de Cr\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de cruzeiros).

Em conclusão, a instituição do Seguro-Saúde, de novel implantação em nosso País, está a exigir um estatuto jurídico particular, que lhe assegure vitalidade e desenvolvimento. Como ele está sendo hoje tratado, quando tantas entidades oficiais ou oficiosas sobre ele se encarniçam a tentar despedaçá-lo como se fosse uma galinha de ovos de ouro que se quer de imediato tomar, para de pronto enriquecer com o que traz nas entranhas, isso desserve à Nação e, a persistir, daqui a pouco o instituto estará reduzido à miserável condição em que hoje está no Brasil a Previdência Social.