

Se é difícil prevenir doenças, melhor é prevenir seus custos

ELIANE LEVY DE SOUZA

É simples o mecanismo de funcionamento dos planos de assistência médico-hospitalar (como devem ser chamados os seguros de saúde enquanto sua lei, elaborada durante o Governo Castelo Branco, não é regulamentada). Os clientes têm direito a cobertura médica de qualquer acidente ou eventualidade (partos, por exemplo) que exijam internação hospitalar.

A internação é coberta de maneira integral — exames, medicamentos, anestesia etc. Mas o atendimento médico pode variar em função do plano em que cada cliente estiver inscrito. Assim, há vários níveis, que obviamente custam mais ou menos aos associados.

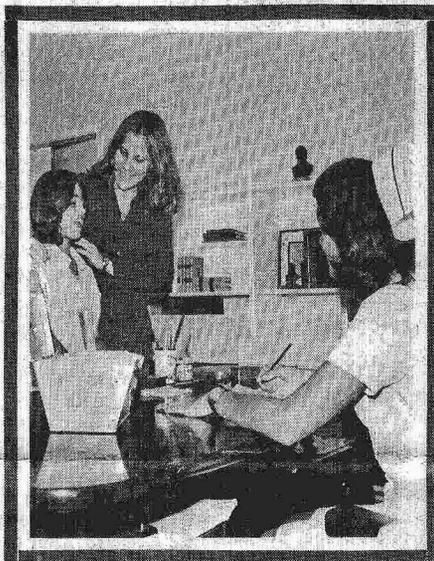
Tudo depende, entretanto, de que cada tratamento seja considerado curativo, devido a uma enfermidade acidental, não previsível. Este controle de previsibilidade é feito pelo prazo de carência das companhias: de um modo geral, elas cobrem acidentes pessoais 24 horas após a inscrição do segurado; mas estabelecem seis meses para o custeio das cirurgias clínicas em suas fases agudas; dez meses para acidentes cardiovasculares ou vasocerebrais, cirurgia de hérnia, tratamentos ginecológicos e obstétricos, cirurgia de amígdalas, hemorróidas, cataratas etc; em 18 meses para cirurgias cardíacas, implantes e transplantes de qualquer natureza.

Enquanto o INPS não lança o seu tão anunciado programa de seguro, existem dois tipos básicos de plano de assistência de saúde. O primeiro é o dos hospitais que desenvolvem um sistema próprio, como o Silvestre e o Samaritano: o segurado tem direito aos serviços exclusivamente desses hospitais. O segundo, mais conhecido, é o das firmas especializadas — Senasa, Golden Cross — que cobrem o chamado tratamento de "livre escolha", em qualquer casa de saúde, de qualquer lugar do mundo, sob o atendimento de qualquer equipe médica.

As vantagens do seguro estão no fato de prevenir os altos custos de um tratamento de saúde que pode variar dentro de uma escala muito ampla, além da assistência médica propriamente dita (gastos hospitalares, sala de cirurgia, anestesia, bateria de exames etc). Mas, como reconhece o diretor de Operações da Senasa, Afonso Figueiredo, "até hoje o plano de saúde tem sido um negócio caro, de elite". As razões são explicadas pelos diretores das empresas seguradoras.

— Seguramos um bem sem limites, que é a saúde — afirma Deuvi Berger, diretor-presidente da Senasa —. O cliente pode precisar recorrer à companhia por um número variável de tratamentos e estes tratamentos, por sua vez, podem ter um custo muito elástico.

Outro argumento é dado por Afonso Figueiredo, também da Senasa:



— Ao contrário do que acontece com todas as seguradoras — de navios, prédios etc. — não podemos utilizar o recurso fundamental do ramo de seguros: repassar os bens confiados com outras companhias, ou seja, partilhar nossa receita e gastos com concorrentes, o que diminuiria sensivelmente nossos riscos.

E justamente por ser um negócio "de risco", como o define João Alberto Person, superintendente do Departamento de Expansão Social da Golden Cross, o plano de saúde tem seu preço relativamente mais alto.

— Nossa companhia, por exemplo, não é uma sociedade anônima, o capital que circula é para os gastos administrativos. Mas precisamos de um capital de giro para prever a oscilação de nossos gastos, que pode variar de mês para mês, conforme as ocorrências a serem cobertas.

Além do alto custo, outro fator considerado desestimulante nos planos de assistência de saúde seria a ausência do "prêmio", à semelhança do que é conferido aos seguradores de automóveis: ao fim de um ano, se o segurado não recorreu à companhia, recebe um abatimento na renovação do seguro para o próximo período.

Para Afonso Figueiredo, da Senasa, é impossível comparar o negócio "automóvel" com o negócio "saúde":

— Um carro tem muito mais riscos de sinistro que um cliente nosso de sofrer problemas de saúde, (que por sua vez tem custo imprevisível). Mas até por isso o "prêmio" funciona, no caso do automóvel, como um estímulo, para que os segurados tomem cuidado com o bem segurado e com isso favoreçam a própria seguradora.

Deuvi Berger, diretor da mesma companhia, é incisivo e leva mais adiante a impraticabilidade da restituição no caso do plano de saúde:

— Seguro é seguro. O negócio funciona na

medida em que muitos concorrem para que poucos se beneficiem. Se formos oferecer consultas médicas ou check-up aos clientes que nada sofrem durante o ano, por exemplo, deixaremos de ser uma empresa de seguros.

E João Person, da Golden Cross, insiste no aspecto do "risco": de início, abrir esta prerrogativa de premiar, de restituir alguma parte do que foi empregado no plano de saúde. Ai deixaremos de trabalhar com o "risco". A meu ver, restituição é própria de outro tipo de programa — dos pecúlios, dos montepios, mas não de planos seguradores.

Em contrapartida, se a assistência dos planos de saúde de "livre escolha" estende-se aos acidentes ocorridos no exterior, isso não aumenta os custos da empresa:

O dr. Armando Amaral, presidente da Associação dos Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro e presidente do Hospital Santa Teresinha (que mantém um plano próprio, o White Cross), explica que, de acordo com as pesquisas que realiza regularmente sobre a assistência médica no País, só uma correta distribuição dos serviços pode assistir plenamente a população. Em 74 ele enviou ao Presidente Médico um estudo em que classificava numa pirâmide o atendimento da clínica privada, do seguro saúde dos convênios de seguradoras com empresas e da assistência do então INPS. Na pirâmide, uma pequena faixa no topo (que indica a correspondência com as classes mais abastadas) utilizava, na época, os serviços da clínica privada. Hoje — ele espera — esta faixa ainda está mais restrita. Os seguros diversos também ocupavam faixas reduzidas, reservando ao INPS (através do seguro obrigatório, descontado em folha de pagamento) a grande massa de atendimentos.

Os empresários do setor são unânimes em afirmar que 70 por cento dos segurados não recorrem às suas firmas: por outro lado, cobrem as despesas feitas pelos 30 por cento restantes, basicamente com mais de 70 anos. Baseada nestes dados, a Senasa instituiu este ano um plano individual cujo custo varia em função da faixa etária. Assim, dentro das várias categorias de atendimento, uma criança de até dez anos paga de Cr\$ 28 a Cr\$ 110 por mês, enquanto um adulto entre 41 e 45 anos gasta de Cr\$ 140 a Cr\$ 550 pela mensalidade e um associado com mais de 70 pode pagar de Cr\$ 392 até 1.540.

O plano da Golden Cross: a grosso modo, também divide a clientela por faixas: o titular (com direitos extensivos ao cônjuge e dependentes menores) gasta Cr\$ 350 por mês, mais Cr\$ 225 por filho maior de 18 anos. A partir dos 60 anos, entretanto, o titular passa a gastar Cr\$ 420 pelas mesmas garantias de cobertura de saúde.

Ainda segundo os empresários, a mulher também é uma cliente especialmente mais cara que o homem. Os dados fornecidos pela Senasa registram que o menino e a menina até os oito anos custam igualmente para a campanha; depois dessa idade, e até os 18, os rapazes são mais caros, pois mais esportivos, se expõem a fraturas e acidentes diversos. E dos 18 aos 45 anos a mulher é bem mais onero-

sa para a empresa. As despesas maiores da mulher correm por conta da chamada "idade fértil", dos partos e de toda a assistência obstétrica-ginecológica. No entanto, depois dos 45 anos os homens precisam de maiores cuidados — os enfartes e outros problemas típicos desta fase o tornam um cliente mais caro. Todas estas diferenças também podem vir a ser consideradas nos planos seguradores.

COMO FUNCIONAM OS PLANOS. Como já foi dito, qualquer tipo de plano cobre integralmente as despesas hospitalares. Mas os diversos níveis de custo variam em função do atendimento médico (há alguns que não chegam a custear nenhuma parcela dos honorários médicos).

Esses níveis são estabelecidos por tabelas. Cada tabela cobre tantas "unidades de serviço" (medida padrão instituída pela Associação Médica Brasileira e adotada pelas empresas seguradoras). Assim, o inscrito na tabela 1 tem direito à restituição de uma determinada quantia (equivalente às "u.s." da AMB) prevista como a sua cota máxima de acordo com o plano. Mas quem está matriculado na tabela 5, por exemplo, recebe até cinco vezes a cota estabelecida para aquele serviço pela AMB, que cobre honorários médicos mais caros.

Uma novidade em matéria de plano de saúde foi instituída pela Senasa, com a "franquia". O segurado paga menos (como acontece nos seguros de automóvel) mas só tem cobertura a partir de um mínimo de despesas.

A Golden Cross, por sua vez, apresenta o que chama de um plano mais acessível e popular, o "Ameg". Por mensalidades mais baixas, ele dá direito a três consultas médicas em qualquer especialidade durante cada período de um ano, com exames e internações necessários. Mas os médicos e hospitais, neste caso, não são de livre escolha: são especialmente credenciados pela empresa e oferecidos aos clientes numa lista de opções.

