

# A necessidade de uma lei específica para o seguro de saúde

Renato Darcy de Almeida (\*)

A iniciativa de empresas privadas prestadoras de serviços relacionados com a saúde abriu entre nós mercado para uma atividade promissora, com as características de um seguro de saúde.

O êxito de que se revestiu a atividade pioneira dessas empresas acabou por atrair o interesse dos bancos, que, através de seguradoras suas coligadas, foram ingressando no mercado, sob grande impacto promocional.

Hoje convivem tais sociedades civis prestadoras de serviços e seguradoras, disputando a preferência popular e vendendo os seus programas, sem o controle e a fiscalização de órgãos oficiais, quer securitários, quer previdenciários, quer de saúde pública.

Como resultado, uma atividade tão importante pelos seus fins, adquirindo mesmo caráter de interesse público-social, encontra-se estatuída ao sabor das conveniências dos seus prestadores, deixando de melhor proteger interesses fundamentais dos prestatários ou segurados.

Vale destacar, por exemplo, que esses contratos são sempre denunciáveis unilateralmente, ao final de um período de doze meses, não importando quanto tempo esteja o segurado engajado no plano nem quanto lhe onerou transpor a série de carências instituídas, variáveis entre 6 e 24 meses.

Essa simples liberdade que se faculta às empresas (prestadoras e seguradoras) permitiu recentemente

mente impressas. Em se tratando de normas que assumem o caráter de interesse público, deveriam conter cláusulas-padrão capazes de assegurar melhores garantias para os que se engajam em tais contratos. Senão, vejamos:

a) impõe-se ao contratante segurado prazos de carência para os benefícios do seguro, variáveis entre 6 e 24 meses; no entanto, a contratada (seguradora) tem a faculdade de denunciar o contrato ao fim de doze meses. Sem dúvida, uma incongruência que pode colocar o segurado na contingência de pagar inutilmente durante certo período e ser cortado antes mesmo de adquirir condições para candidatar-se aos benefícios objetivados, pelos quais já pagou;

b) o contrato limita a noventa dias o direito de internamento reembolsável. Ora, na medida em que o infortúnio alcance o segurado por um período mais longo de enfermidade, ele estará mais desprotegido, na razão direta de sua desdita;

c) algumas empresas, como dissemos, oferecem uma forma mais dinâmica

de reembolso; no entanto, essa vantagem só ocorrerá quando o hospital escolhido pelo segurado haja previamente aderido ao seu plano de reembolso. Caso contrário, fica o segurado na difícil posição de primeiro arcar com depósitos e pagamentos para depois pleitear o seu reembolso;

d) alardeando o plano uma "assistência internacional", na realidade as "condições gerais" apenas asseguram o reembolso posterior de despesas comprovadas pelo segurado, a nível dos custos nacionais, segundo verificação da seguradora;

e) o reajuste dos pagamentos do segurado (prêmios) será semestral e fixado pela seguradora segundo "os aumentos das despesas médico-hospitalares pagos pela seguradora", além dos aumentos determinados pela faixa etária do segurado ou de seus beneficiários. Enquanto o primeiro reajuste se apresenta aleatório e unilateral, o segundo agrava a situação do segurado na medida em que avança em anos, o que, convenhamos, é extremamente paradoxal, se imaginarmos que, no correr dos anos, a

chegada da velhice vai agravando e por vezes inviabilizando para o segurado continuar sustentando o contrato. Essas mensalidades e seus reajustes o contrato declara como "quantias líquidas e certas", sujeitas a cobrança por via executiva;

f) finalmente, no fecho destas considerações gerais em torno desta modalidade de contrato, cujas condições reais são tão pouco ou nada divulgadas, tem-se a lamentar uma situação mais ou menos iníqua: o contratante que se mantém fiel ao ajuste ao longo dos anos e, por hipótese, constitui risco mínimo ou até nulo para a seguradora vê-se na contingência de não ter, mais além, o seu contrato renovado; arcando com custos cada vez mais onerosos, e mesmo fiel contribuinte do ajuste há anos, poderá ter o seu contrato não renovado no momento em que, mais idoso, mais proteção demandaria, porque teoricamente mais suscetível a riscos de saúde;

g) lamentável que assunto de tamanho significado social esteja ocorrendo livre de qualquer norma legal de proteção ao segurado.

Ao IRB, a exemplo do que procede com relação a outros ramos de seguro, competiria atuar no sentido normativo e fiscalizador da atividade, mas ocorre que, presentemente, a exploração dessa atividade é praticada por duas ordens de empresas privadas: 1) as seguradoras, que atuam sob a égide do IRB; 2) as sociedades ditas "de assistência de saúde", não integrantes do ramo de seguros. Assim, provavelmente essa dualidade inibe o IRB de regulamentar o assunto, eis que tem jurisdição apenas com relação às primeiras. Essa omissão, naturalmente, vem a dano dos segurados. Tal vazio deveria ser preenchido por uma lei específica que disciplinasse a atividade, sob garantias mínimas, seja quando explorada por seguradoras, seja quando por sociedades "de assistência de saúde".

Sintetizando estas ligeiras considerações críticas, gostaríamos de assinalar:

1. o "contrato de saúde", que se veio formando entre nós de maneira improvisada e dispersa e, por isso, com as imperfeições apontadas, apresenta um saldo positivo, se considerarmos

o que vem representando em face dos custos siderais de um internamento hospitalar e da pouca eficiência do sistema previdenciário;

2. portanto, a atividade é digna da maior atenção e do estímulo do governo, posto que, a um só tempo, poderia suprir parcialmente as falhas da Previdência no setor de assistência médica e aliviar este sistema de tais encargos, quando o cidadão estivesse engajado ao "contrato de seguro" de iniciativa privada;

3. para atingir essas finalidades deveriam ser tomadas, por força de lei especial, medidas que: a) assegurassem condições mínimas (cláusulas-padrão) em favor dos contratantes; b) estimulassem o mais amplo engajamento aos chamados "contratos de saúde", mediante abatimento no Imposto de Renda dos respectivos prêmios; c) liberassem a Previdência Social do atendimento médico-hospitalar com relação às pessoas titulares de "contratos de saúde" assim incentivados.

(\*) Advogado na Nardy & Almeida — Consultores Legais, em São Paulo

te que, sob o eufemismo de um "acordo operacional", toda uma "carteira de segurados" fosse alienada, sem prévia consulta dos prestatários ou segurados e sem que o adquirente, ou novo prestador, expressamente assumisse responder pelos direitos adquiridos dos segurados.

Ademais, como regra geral, esses contratos, do tipo "adesão", apresentam os inconvenientes clássico daqueles instrumentos que trazem no verso "condições gerais" microscópicas.