

Uma nova alternativa para garantir o seguro-saúde no Brasil

GAZETA MERCANTIL

4 DEZ 1986

Paulo S. B. Barbanti (*)

A assistência médica privada (medicina social), em decorrência da má qualidade da previdência estatal, vinha sendo realizada, até há pouco tempo, unicamente pelas empresas de medicina de grupo, que, por oferecerem melhor qualidade de serviços a baixo custo, tiveram um grande desenvolvimento nos anos 70, basicamente através do convênio-empresa para assistência aos funcionários e seus respectivos dependentes.



No final dos anos 70, começou a tomar vulto a venda de planos individuais de assistência, que, pelos mesmos motivos, tiveram grande aceitação. O universo da prestação dos serviços médico-hospitalares estava representado pelos grupos médicos, cooperativas de trabalho e entidades sem fins lucrativos, todos operando através de contratos de prestação de serviços.

Desde essa época buscava-se a regulamentação do seguro-saúde, que acabou sendo regulamentado de tal maneira que, além de ter características elitistas, deixou de fora as empresas que tradicionalmente prestavam serviços de assistência médica.

Ficaram então dois grandes grupos: o primeiro representado pelas empresas de prestação de serviços médico-hospitalares em estruturas próprias e/ou credenciados através da celebração de contratos de prestação de serviços; e o segundo representado pelas seguradoras, que não prestam o serviço, mas financiam assistência, que é de livre escolha.

Do lado dos contratos de prestação de serviços, o que se observa nesses últimos anos é o aumento da demanda em função de uma venda significativa de contratos e o setor solidificado, porque tem a escolha do usuário e o seu permanente aval, uma vez que ele continua pagando sua mensalidade se estiver satisfeito com a assistência oferecida pela entidade, independente da política do governo.

Pelo custo acessível e um plano de coberturas bastante amplo, essas empre-

sas tomaram conta do mercado representado pelas faixas B e C da população, com livre escolha apenas entre seus médicos credenciados ou cooperados, porém cobrindo consultas, exames, tratamentos e internações.

De outro lado, o seguro-saúde, pelos custos altos dos prêmios, principalmente em relação às coberturas (internações), atende exclusivamente às classes A e B alta, mercado, a nosso ver, pequeno. Mesmo assim, por cobrir somente o "grande risco", deixa enormes "flancos" de despesas para ser complementados pelo bolso dos usuários.

Observamos hoje que o Bradesco-Saúde está sozinho no mercado. O Hospital suspendeu as vendas, pelo menos temporariamente; do Dr. Comind não se fala mais; e as demais seguradoras não mostram disposição para entrar no mercado e disputar sua fatia.

As razões dos maus resultados obtidos pelas seguradoras neste produto estão, principalmente, na escassez de mão-de-obra especializada para administrar os serviços médicos, desde a elaboração do contrato de seguro até a administração dos custos e dos serviços, dos contratos hospitalares e serviços complementares, etc.

O seguro-saúde nasceu

nas seguradoras sem o conhecimento intrínseco da problemática médica que envolve a prestação do serviço; nasceu basicamente do estudo atuarial e dos administradores de seguros que passaram a redigir as cláusulas e os contratos de cobertura e a administrá-los sem uma visão específica da assistência médica; por isso só um sobreviveu, justamente aquele que, junto com a carteira de contratos que comprou, deve ter trazido consigo algum "know-how" da vendedora.

Em alguns aspectos, o problema é parecido com o que acometeu o INAMPS: administrar atos médico-hospitalares pagos por unidades de serviços e sem ter pessoal especializado para tal, na amplitude que o seguro oferece: livre escolha internacional para o grande risco.

O que se pode esperar de um produto que, pelo preço, tem uma fatia pequena de mercado comprador, que tem carências altas, que cobre pouco (não cobre consultas, exames e tratamentos externos, que é o maior índice de utilização) e que gasta muito com o pouco que cobre e que tem o único e grande atrativo da livre escolha?

Cobertura com livre escolha para o grande risco é o pouco-muito que o seguro oferece. De nada adianta ficar como está; a todos in-

teressa que o sistema se viabilize no Brasil. Para tanto, consideramos como fundamental:

1. Que as seguradoras que pretendam operar no ramo se estruturarem fortemente com pessoal especializado na administração dos serviços médicos e a partir daí criem seus planos.

Esse é o ponto de partida, não o de chegada. A partir daí se estabelecem os planos, as coberturas, os contratos e os controles; implanta-se e administram-se os serviços.

2. Que sejam rediscutidas normas com a Susep, de tal maneira que se possam oferecer planos de seguro viáveis em custo e benefícios, para atrair o interesse das classes B e C, no sentido de ampliar a faixa de usuários e o interesse das seguradoras.

3. Entre essas condições, que sejam permitidos contratos de serviços com hospitais e clínicas, sem perder a característica da livre escolha, porém com cláusulas que permitam coibir o uso às vezes abusivo dos direitos ao seguro e com preços negociados.

4. Que se discuta a possibilidade de cobrir a assistência em determinadas áreas do País (seguro regional?), onde também os serviços à disposição estejam restritos a essas áreas,

diminuindo o risco e, portanto, o custo do seguro.

5. Que complementarmente as seguradoras possam oferecer condições ao segurado de se utilizar de entidades de serviços médicos para os itens não cobertos pelo seguro, além de outras.

Nos EUA, onde 11% do PNB é gasto com assistência médica e onde os custos com assistência são muito elevados, estamos assistindo a um grande desenvolvimento das HMO (grupos médicos) justamente por conseguirem viabilizar custo/benefícios. As seguradoras, percebendo a perda de terreno, partiram para uma forma inédita para recuperar o mercado e viabilizar custos. Estão criando "joint-ventures" com redes hospitalares. Quem quiser saber mais é só ler o Forbes (edição de 14 julho de 1986). Embora soluções enlatadas, de países com outra realidade social, não sejam aconselháveis, quem sabe esse não seria mais um dos caminhos para o seguro-saúde, justamente agora que a rede hospitalar atravessa sérias dificuldades? O que precisaria mudar nas normas da Susep para tornar isso viável?

Paralelamente, os grupos médicos e as seguradoras mantêm-se estancos nas suas ações. Nenhuma seguradora entrou na área da medicina de grupo, as-

sim como nenhum grupo médico se aventurou em comprar uma seguradora. Mas não tardará que isso aconteça, o que será bom para o sistema como um todo.

Enquanto não ocorre, esperamos que, a partir de uma estruturação adequada da sua administração dos serviços em saúde, as seguradoras passem a ver de forma atrativa o ramo saúde e passem a investir nele, eliminando as arestas que impedem uma relação custo/benefícios atraente para o usuário e viável para a seguradora, sempre no sentido de minimizar os riscos e tornar o seguro mais abrangente e viável também às classes B e C, ampliando a faixa do mercado.

Embora não sendo da área de seguros, espero ter levantado pontos fundamentais e questões objetivas a serem respondidas pelo pessoal da área, para viabilizar o seguro-saúde no Brasil. Mesmo porque, não acredito que a previdência estatal venha a atender às necessidades de assistência à saúde da população, na qual os grupos médicos e as seguradoras terão um relevante serviço a prestar.

(*) Médico, diretor-superintendente da Intermédica São Camilo Ltda. e diretor da P. B. Administração e Participações S/C Ltda.