

Saúde integral

O Supremo Tribunal Federal concedeu liminar, suspendendo os efeitos da lei que proíbe os convênios e seguros de saúde no Estado de São Paulo de impor restrições contratuais à cobertura de determinadas doenças. A lei estadual, sancionada em março pelo governador Mário Covas, obrigava as empresas a custear o tratamento de todas as doenças listadas pela Organização Mundial de Saúde, inclusive as infecto-contagiosas, as crônicas e as que exigem transplantes. Todas essas costumam ser excluídas dos contratos.

A ação, proposta pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos Similares — e acatada por 9 dos 11 ministros do STF —, fundamenta-se em dois argumentos: o de que o assunto — contratos de saúde — não é de competência de legislação estadual, e o de que a garantia de cobertura total inviabilizaria financeiramente essas empresas. A Constituição prevê que o direito civil, no âmbito do qual estão os contratos, é de competência privativa da União.

Tramita na Câmara dos Deputados projeto de lei do deputado José Fortunati (PT-RS) com o mesmo conteúdo da lei aprovada em São Paulo. A liminar concedida pelo STF torna mais urgente a necessidade de votar lei federal, regulamentando o assunto. Quanto à capacidade ou não das empresas de arcar com a garantia total, a discussão pode ser infundável, já que não se conhecem suas planilhas de custos. O que se sabe é que o faturamento do setor, em 1996, aumentou 24% em relação ao ano anterior, chegando a US\$ 3,7 bilhões, enquanto o número de clientes cresceu apenas 3%. Também se sabe que 30% das reclamações registradas pelo Departamento de Proteção e Defesa do Consu-

midor no ano passado foram relativas aos planos de saúde, sobretudo por causa dos aumentos abusivos, que aliás se repetiram no início deste ano, alcançando 100% em alguns casos, para uma inflação anual dez vezes menor.

De qualquer forma, mesmo que, na questão financeira, se conceda o benefício da dúvida às empresas que administram os planos de saúde,

ainda assim permanece inalterada a questão de princípio: podem as empresas discriminar determinadas doenças ao vender a garantia de cobertura da saúde? Nenhuma doença consulta as cláusulas do plano de saúde antes de atacar sua vítima. Pelo recurso ao check-up antes da assinatura do contrato, as empresas têm como se proteger; o que não podem é pretender ter uma garantia unilateral, deixando o segurado a ver navios quando mais necessita do plano ou seguro que por vezes pagou durante anos. Num Estado que não atravessasse a crise que o antigo ministro da Justiça conhece como poucos, faria sentido o voto do ministro Nelson Jobim, ao acatar o pedido de liminar, de que "não se pode pedir que essa obrigação seja da iniciativa privada, mas do setor público". Os planos de saúde surgiram e proliferaram no Brasil porque o serviço público deixou de existir. Oferecer ao cidadão a opção entre o nada e o nada (um serviço público inexistente e um plano de saúde que não o atenderá na emergência) não é fazer Justiça.

A reforma do Estado impõe-se também para resolver o problema da Saúde. Ela é necessária para que os serviços públicos de saúde possam atender decentemente aqueles que não podem arcar com as despesas de um plano ou seguro de saúde que atenda — contratualmente e a preços convencionados entre as partes — os enfermos vítimas de que doença for.

**Liminar torna
mais urgente lei
federal para
obrigar convênios
e seguros a cobrir
todas as doenças**