

O MODELO DE FINANCIAMENTO PRIVADO DA SAÚDE NO BRASIL: TEMOS SAÚDE SUPLEMENTAR?

The private health financing model in brazil: do we have supplementary health?

RESUMO

AUTORES

Bruno Miguel Drude

1 Centro Universitário Unicarioca - UNICARIOCA

CONTATO

Bruno Miguel Drude

1 bmdrude@yahoo.com.br

No sistema normativo brasileiro, a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde recebe o nomen iuris "saúde suplementar". Nem a legislação e nem a regulamentação estabelecem um conceito objetivo ou definição do que é saúde suplementar. Firme, no entanto, que saúde suplementar identifica um modelo de financiamento privado da saúde, no contexto de um determinado sistema de saúde. Isso faz com que a saúde suplementar possua um conteúdo conceitual mais ou menos uniforme nos sistemas de saúde que possuem financiamento híbrido (público e privado). A partir da média conceitual verificada, o presente artigo constata que não seria possível denominar o modelo de financiamento privado brasileiro pelo nomen iuris "saúde suplementar", passando a questionar a sinceridade do sistema normativo e suas consequências. Metodologicamente, a presente abordagem é descritiva, apesar de possuir algo de exploratória, frente ao quase inexistente questionamento dos aspectos investigados no âmbito da doutrina brasileira. Para o desenvolvimento, será utilizado o método dialético, demonstrando-se a inadequação conceitual do instituto no sistema normativo pátrio, a partir de pesquisa bibliográfica, através da qual desenvolve-se comparação entre modelos encontrados em sistemas de saúde.

ABSTRACT

In the Brazilian regulatory system, the economic activity of health plans and health insurance is given the nomen iuris "supplementary health". Neither the legislation nor the regulations establish an objective concept or definition of what supplementary health is. It is clear, however, that supplementary health identifies a model of private health financing in the context of a given health system. This means that supplementary health has a more or less uniform conceptual content in health systems that have hybrid financing (public and private). Based on this conceptual average, this article finds that it would not be possible to call the Brazilian private financing model by the nomen iuris "supplementary health", and begins to question the sincerity of the normative system and its consequences. Methodologically, this is a descriptive approach, although it is somewhat exploratory, given the almost non-existent questioning of the aspects investigated in Brazilian doctrine. For its development, the dialectical method will be used, demonstrating the conceptual inadequacy of the institute in the Brazilian normative system, based on bibliographical research, through which a comparison is made between models found in health systems.

INTRODUÇÃO

Não encontramos a expressão saúde suplementar na Constituição. Há somente referência à saúde, prevendo que esta pode ser explorada livremente pela iniciativa privada. Também não há qualquer tipo de tratamento que estabeleça distinção entre a saúde propriamente dita e sistemas privados de financiamento da saúde, ou seja, aos seguros ou planos de saúde, prevendo-se, tão somente, o financiamento público da saúde, através de um sistema único, universal e integral.

Frente ao silêncio constitucional sobre o modelo de financiamento privado da saúde, o tratamento tardio somente veio a ser estabelecido em 1998, através de lei ordinária. Na oportunidade, o legislador introduziu normas gerais, e também várias regras específicas, para atividade econômica que compreende a comercialização dos planos de saúde e seguros saúde, reportando-se ao setor pelo *nomen iuris* “saúde suplementar”.

Curiosamente, nem mesmo a ementa da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) faz referência à saúde suplementar, aludindo às duas espécies contratuais utilizadas no mercado. A expressão saúde suplementar aparece somente a partir do artigo 6º, do texto original e, após alteração da MP nº 2.177-44 (BRASIL, 2001), passa a constar já no § 1º, do artigo 1º. Contudo, não é estabelecida uma definição.

Nem a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), nem outras fontes legislativas fazem referência a outros modelos de financiamento da saúde privada que compreendam a atividade dos planos de saúde e seguros saúde, sempre aludindo ao setor a partir da expressão saúde suplementar ou apenas aludindo às duas espécies contratuais utilizadas no setor (planos de saúde e seguros saúde).

Nesse contexto, o presente artigo investiga se as notas conceituais médias do que seria identificado como saúde suplementar nas experiências internacionais de diversos sistemas ocidentais estão em sintonia com o conteúdo conferido a esse instituto pela legislação brasileira.

Importante anotar, para efeitos metodológicos, que, ao longo do texto, tratarei a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde como inseridas na saúde privada, pois ela é um modelo de financiamento privado da saúde.

A preocupação do presente estudo é refletir sobre o modelo de saúde privada existente no Brasil, a partir do seu financiamento, e não a partir da proporção de prestadores públicos e privados existentes. Como será abordado ao longo do desenvolvimento, este último critério não é hábil para diagnosticar adequadamente nem

mesmo o alcance da saúde pública, sendo, portanto, inadequado também para estabelecer o modelo de financiamento privado existente em cada sistema de saúde.

Como nota preliminar, necessário compreender que existem muitos outros países nos quais há modelos de financiamento privado da saúde, através de planos de saúde e seguros saúde. Assim, o objetivo primário do presente artigo é demonstrar, a partir das notas conceituais médias conferidas à saúde suplementar em diversas experiências internacionais, que o modelo de “saúde suplementar” brasileiro não coincide com o arquétipo do que é identificado como saúde suplementar nos variados paradigmas colhidos por amostragem.

O objetivo secundário é propor reflexão sobre a existência de algum tipo de premeditação subterrânea no que se refere ao descolamento entre o *nomen iuris* adotado na legislação e o verdadeiro modelo por ela mesma imposto. Isso, considerando que tal insinceridade normativa parece identificar fator gerador de desinformação e induzimento ao erro da sociedade cível - até de setores especializados -, quanto à pretensa existência de uma saúde pública universal, bem como aos aspectos econômicos indelévels do mutualismo.

Dessa forma, das duas uma, ou assumimos que nossa “saúde suplementar”, na verdade, possui natureza distinta, análoga ao modelo denominado saúde privada substitutiva, ou, como é de costume por aqui, continuamos a tratar o nosso modelo por nome impróprio, no caso, saúde suplementar, uma saúde suplementar que só tem aqui, uma saúde suplementar jabuticaba.

Essa última opção, no entanto, parece implicar consequências negativas. Por isso, o presente artigo justifica-se como meio de desnudar o verdadeiro arquétipo do financiamento privado da saúde no Brasil, de modo que o debate sobre seu tratamento legal seja desenvolvido a partir de premissas dialeticamente sinceras, apesar do próprio sistema já possuir preocupante nível de ambiguidade, estimulando a formação de um senso comum demagógico.

Essa saúde suplementar peculiar, como será demonstrado, reúne um conjunto de atributos extravagantes, que a torna diferente de qualquer modelo de financiamento privado da saúde que se tenha conhecimento, ao menos quando cotejado com o respectivo sistema de saúde eleito constitucionalmente no Brasil. Na verdade, nossa saúde suplementar reúne, compulsoriamente, as características de dois modelos existentes, acrescentando ainda algumas outras excentricidades atípicas nas experiências

internacionais. O que temos ao final é um sistema ambíguo e de tendência insincera, conforme será revelado ao longo do presente artigo.

Apesar do artigo ser essencialmente descritivo, é possível considerá-lo, em alguma medida, exploratório, pois, no âmbito do Direito, não foi possível localizar trabalhos refutando a existência de uma “saúde suplementar” no sistema normativo pátrio. Para o desenvolvimento, utilizou-se o método dialético, selecionando-se, através de pesquisa bibliográfica, o conteúdo conceitual médio do modelo de saúde suplementar concebido em experiências internacionais ocidentais, passando a compará-lo com o verificado no sistema normativo pátrio.

1 SISTEMAS DE SAÚDE

A primeira classificação que vale nota, é relativa aos sistemas de saúde adotados na média das experiências internacionais ocidentais, quanto ao critério de financiamento dos serviços de saúde. A partir dessa perspectiva, existiriam basicamente três modelos ou tipos, quais sejam: i) modelo universalista ou de dominância estatal; ii) modelo de sistema de seguro social obrigatório ou seguro saúde obrigatório; iii) modelo de seguros privados ou de dominância de mercado.

É difícil identificar algum país que possua um sistema puro. Ao analisar as características do sistema de cada país, a partir do critério que orienta a classificação acima, verifica-se a predominância, em maior ou menor grau, de determinadas características, estabelecendo-se a classificação a partir do critério que predomina em cada sistema.

No modelo universalista, ou de dominância estatal, a saúde é garantida de forma universal, em condições de igualdade para todas as pessoas ou, ao menos, para todos os cidadãos do país, havendo cobertura bastante ampla para doenças e problemas de saúde, através de financiamento integral ou majoritariamente estatal, suportado pela arrecadação de tributos, sendo possível que uma parte menor desse financiamento seja suportado por recursos privados. É possível citar o sistema britânico, como exemplo de financiamento suportado em impostos.

Vale considerar que o financiamento, parcial ou integral, através de contribuições sociais, cujos recursos não são destinados exclusivamente para financiar a saúde, também se enquadram na classificação de sistema universalista. É o caso da França que, inclusive, transfere para o usuário uma parte menor do financiamento dos atendimentos (Ferreira e Mendes, 2018).

Apesar de haver o senso comum de que, nesse modelo, os prestadores seriam integralmente ou majoritariamente públicos, verifica-se que a forma de vínculo do Estado com os médicos e estabelecimentos de saúde não representa um aspecto essencial para caracterização do sistema como modelo universalista, já que os sistemas que garantem saúde universal, cobertura geral, através de financiamento público, certamente não poderiam ser enquadrados como modelo de dominância de mercado, somente porque os médicos não são servidores públicos e os estabelecimentos de saúde não são estatizados.

O fato de o poder público contratar e remunerar particulares para atender a população não descaracteriza o sistema de dominância estatal. A característica distintiva essencial para classificar o sistema de saúde é a fonte de financiamento dos serviços. Por exemplo, no sistema canadense (média dos sistemas do Canadá), os médicos e os estabelecimentos são privados, mas o financiamento é público (CONILL, 2009), ressalvadas excepcionais coberturas. Não se tem conhecimento de alguém que conceba o sistema canadense como sendo de dominância de mercado, só porque os prestadores são privados, especialmente considerando que a regulamentação estatal canadense veda a realização de cobrança diretamente aos pacientes, ressalvadas exceções previstas na legislação.

Importante anotar, outrossim, que o financiamento público parcial dos atendimentos também não descaracteriza um sistema universalista. Um sistema público pode deixar de financiar integralmente alguns tipos de tratamentos e procedimentos, assim como pode financiar parcialmente os atendimentos, sem deixar de ser universalista. Compreenda-se. Em diversos casos, as cobranças parciais não possuem o objetivo de financiar parcialmente o serviço de saúde, funcionando, na verdade, como instrumento de moderação da utilização.

Em diversas experiências internacionais ocidentais, verifica-se que o sistema financia economicamente a maior proporção dos atendimentos realizados pelos pacientes. No sistema português, são cobradas taxas módicas apenas no caso de alguns tipos de atendimentos, ou seja, há financiamento parcial, apesar de proporcionalmente majoritário, dos atendimentos. No sistema francês, a cobertura financeira é majoritariamente pública, mas realizada por reembolsos parciais¹, de modo que os

¹ Os percentuais de reembolso variam conforme uma diversidade de critérios. Com a finalidade de moderação do sistema, por exemplo, são realizados reembolsos proporcionalmente menores quando o paciente buscar médico especialista sem o encaminhamento do médico de família responsável pelo seu acompanhamento.

pacientes pagam diretamente aos médicos e estabelecimentos, obtendo reembolso parcial da maior parte da despesa junto à assistência social.

Além disso, por exemplo, não se tem conhecimento de sistema que garanta cobertura para totalidade de procedimentos e tratamentos existentes. É dizer que não há financiamento público nem mesmo parcial para os procedimentos e tratamentos excluídos da cobertura pública. Essas exclusões são fixadas com a finalidade de proporcionar sustentabilidade econômica aos sistemas e por critérios relacionados às evidências de eficácia de determinados tratamentos e procedimentos. A Inglaterra, por exemplo, não oferece cobertura para homeopatia.

No sistema de seguro social obrigatório, a diferença em relação ao modelo anterior está na fonte do financiamento e, em algumas circunstâncias, na flexibilização da universalidade. Ao invés de ser suportado por recursos originados em tributos não vinculados e contribuições para seguridade social, é financiado, integralmente ou majoritariamente, por recursos obtidos a partir de receitas arrecadadas a título de seguro obrigatório, cujas receitas são utilizadas exclusivamente no financiamento da saúde. Valendo pontuar, ainda, que a gestão dos recursos do seguro obrigatório não é necessariamente realizada pelo Estado, podendo ser desenvolvida por instituições privadas ostensivamente reguladas e com características específicas estabelecidas pela legislação de cada país. É o caso do seguro obrigatório alemão, cujos recursos são geridos por entidades sem fins lucrativos reguladas (CARMO, BORBACH E PINOTTI, 2005).

Além dessas características, aqueles que deixam de pagar o seguro obrigatório podem ficar sem acesso à saúde pública, ou seja, pode não ter seus atendimentos financiados por recursos originados na arrecadação do seguro obrigatório. Contudo, isso não exclui normalmente as pessoas com menor capacidade econômica, pois esses sistemas normalmente possuem a previsão de isenção ou pagamentos módicos para determinados grupos, como jovens, desempregados, inválidos, entre outros.

Por fim, no modelo de Seguros Privados, ou de dominância de mercado, a saúde é integralmente ou majoritariamente financiada através de recursos privados, administrados, no mais das vezes, por seguradoras ou operadoras de planos de saúde. Os profissionais são particulares, ou majoritariamente particulares, e a extensão da cobertura assistencial pode variar de acordo com a regulamentação do mercado em cada país e os respectivos contratos. É o caso dos Estados Unidos da América, no qual a saúde é majoritariamente financiada por recursos privados.

2 MODELOS DE FINANCIAMENTO PRIVADO DA SAÚDE

Feitas as devidas observações sobre os sistemas de saúde, vale verificar como a saúde privada é tratada em cada um deles. Nesse sentido, pode-se afirmar que, no âmbito de Estados ocidentais que garantem legalmente saúde pública, financiada por tributos ou por seguro obrigatório, a participação do financiamento privado da saúde pode assumir três feições (GERSCHMAN, 2008), quais sejam: i) substitutiva; ii) complementar; e iii) suplementar.

A saúde privada substitutiva identifica situação excepcional, na qual não há garantia efetiva de saúde universal, excluindo o direito de determinados sujeitos à saúde pública, por imposição estatal ou por opção do cidadão. É o caso da Alemanha, no qual cidadãos com renda superior ao valor fixado legalmente (€ 66.600, em 2023), que optem pela contratação de seguro privado, ficam excluídos do sistema de seguro obrigatório.

Sempre importante anotar que o critério adotado no presente artigo, para determinar o que é saúde pública e o que é saúde privada, está relacionado à fonte dos recursos que financiam os serviços e não ao regime jurídico, público ou privado, dos prestadores. Dessa forma, por saúde pública, concebe-se aquela que é financiada por recursos originados no recolhimento de tributos ou na arrecadação de seguro obrigatório.

Já a saúde privada complementar possui o objetivo de garantir, aos seus beneficiários, tratamentos e procedimentos que: i) não são cobertos pelo sistema público de saúde; ou ii) apesar de cobertos, possuem garantia financeira parcial. Tais diferenças identificam opções organizacionais geralmente relacionadas à moderação da utilização, sustentabilidade econômica dos sistemas e custo-benefício de determinados tratamentos, considerando seus impactos coletivos e evidências de eficácia.

O primeiro formato de saúde complementar é verificado em muitos países, pois não se tem conhecimento de sistema público de saúde que garanta cobertura para todos os procedimentos e tratamentos existentes. Dessa forma, em muitos deles é autorizado que os tratamentos excluídos do financiamento público possam ser garantidos através da contratação de seguro privado. É o caso do sistema canadense (média dos sistemas do Canadá), no qual alguns tratamentos, a depender do Estado, não são cobertos por recursos públicos, mas podem ser cobertos através de seguro privado. O sistema de British Columbia, por exemplo, não cobre psicologia, odontologia, oftalmologia, acupuntura entre outros.

Já o segundo formato de saúde complementar é verificado na França, onde a saúde pública garante o financiamento parcial do atendimento, ou seja, o paciente deve

pagar pelo atendimento e, posteriormente recebe reembolso parcial da seguridade social. Assim, os seguros privados são contratados para cobrirem financeiramente a parcela não reembolsada pelo sistema público.

Finalmente, a saúde privada suplementar é concebida, na média dos sistemas, como aquela que: i) oferta parte das coberturas já garantidas no sistema público, porém em médicos ou estabelecimentos particulares, com maior facilidade de acesso; ou ii) as mesmas coberturas da saúde pública, em médicos e estabelecimentos particulares. É relativamente normal que os seguros assumam características de saúde complementar e suplementar a um só tempo, proporcionando tanto coberturas já garantidas pela saúde pública, quanto coberturas não garantidas por esta.

Exemplo do primeiro formato de saúde suplementar é o português, no qual os seguros saúde podem dar acesso a parte das coberturas já garantidas pelo sistema público, porém em médicos e estabelecimentos particulares, proporcionando maior facilidade de acesso a alguns serviços aos segurados, do que teriam no sistema público. O segundo formato é autorizado no sistema inglês, no qual, entretanto, predominam seguros que não possuem coberturas tão extensas quanto àquelas ofertadas publicamente.

Recorde-se que existem países nos quais o sistema de saúde é de dominância de mercado, não havendo oferta de saúde pública ou oferta somente para específicos grupos sociais, como é o caso dos Estados Unidos da América. Por isso, a saúde privada é a única disponível para a grande maioria da população. No caso desses países, atente-se que a saúde privada não é nem mesmo substitutiva, pois não substitui a saúde pública, sendo a única opção para a grande maioria da população, ressalvados determinados grupos de pessoas carentes e idosos, que possuem acesso à saúde através de programas estatais com coberturas limitadas.

Outro aspecto relevante que possui variação nos sistemas de saúde é a sua composição quanto aos prestadores, ou seja, a proporção da participação de prestadores públicos e privados nos respectivos modelos.

Assim, existem sistemas de saúde: i) que são formados integralmente ou majoritariamente por prestadores particulares; ii) que são formados por quantidade de prestadores públicos e privados em proporções equivalentes; e iii) que são formados integralmente ou majoritariamente por prestadores públicos.

Importante atentar, no entanto, que a predominância de prestadores particulares não desagua necessariamente em modelo de dominância de mercado. Conforme anotado anteriormente, é perfeitamente possível que um sistema universalista garanta os

atendimentos de saúde através de prestadores privados, financiados por recursos públicos. O mesmo pode ocorrer em sistemas de seguro obrigatório.

Assim, existem sistemas que, apesar de serem formados integralmente ou majoritariamente por prestadores privados, são financiados majoritariamente através de recursos públicos ou do seguro obrigatório, como é o caso do sistema canadense, cujos atendimentos são financiados tanto por recursos do seguro obrigatório, quanto por recursos de tributos.

Da mesma forma, o fato de um sistema ser composto por prestadores públicos e privados, em quantitativos semelhantes, não implica necessariamente a conclusão de que o seu financiamento segue proporções equivalentes de recursos públicos e privados. O sistema Alemão é composto por prestadores públicos em proporção pouco menor do que a de prestadores privados, mas a maior parte da população possui os atendimentos garantidos através de financiamento do seguro obrigatório, enquanto uma parcela da população menor (pouco mais de 10%) possui os atendimentos garantidos através de financiamento de seguros privados, de forma direta ou indireta.

No caso de sistema formados majoritariamente por prestadores públicos, de fato, não se tem conhecimento de alguma experiência em que há financiamento privado em proporções significativas.

Nesse quadro, é relevante, outrossim, anotar que o fato de uma pessoa obter atendimento em prestador público, não significa que está coberto necessariamente pela saúde pública, sendo possível que tais serviços sejam prestados através de financiamento privado. Podem ser mencionados dois contextos: i) hospitais e outros estabelecimentos de saúde pertencentes ao Estado, que prestam alguns serviços de forma particular, ou seja, alguns serviços não são garantidos através de financiamento público, sendo arcados pelos próprios usuários, com ou sem direito de reembolso de seguro, ou por planos de saúde; e ii) o atendimento em estabelecimentos públicos é financiado através de recursos privados, quando os usuários pertencentes a determinados grupos buscam atendimento neles.

Exemplo do primeiro caso é a oferta de determinados serviços por hospitais pertencente ao Estado na Inglaterra², como leitos particulares não acessados pelos cidadãos cobertos somente pela saúde pública. É dizer que, apesar dos hospitais serem de propriedade do Estado e prestarem serviços de saúde financiados por recursos públicos, possuem algumas atividades acessadas exclusivamente em caráter particular.

² Muitos hospitais passaram a assumir a natureza do que, no Brasil, seriam pessoas jurídicas de direito privado da administração indireta.

Exemplo do segundo caso é o sistema de saúde privado substitutivo na Alemanha, em que cidadãos contratantes de seguros privados ficam excluídos da saúde pública, ou seja, deixam de ter o direito que os seus atendimentos de saúde sejam financiados por recursos “públicos” (do seguro obrigatório), passando a ser financiados exclusivamente pelos recursos privados dos próprios usuários e/ou do seguro contratado por estes. Isso não impede que os contratantes de seguros privados utilizem estabelecimentos públicos, desde que o pagamento pelos serviços seja realizado, é dizer, desde que o financiamento do atendimento seja privado. O mesmo acontece em relação a estrangeiros, quando utilizam estabelecimentos públicos.

Outro ponto que merece reforço é o de que os planos de saúde e seguros podem ter coberturas mais extensas ou menos extensas, conforme o modelo adotado e a regulamentação de cada país. Ínsito a isso, infere-se que a natureza do negócio jurídico utilizado também pode variar, assumindo estrutura de seguro, de plano de saúde ou apresentando elementos próprios desses dois negócios.

Isso implica, logicamente, algumas formas de financiamento dos serviços de saúde diferentes, que, no mais das vezes, equivalem às percebidas pelo homem médio na experiência brasileira, quais sejam: i) cobertura financeira direta, na qual as seguradoras ou operadoras, pagam diretamente aos prestadores, inexistindo, portanto, desembolso financeiro do beneficiário, ressalvada previsão contratual de coparticipação e no caso de planos pós pagos; e ii) cobertura financeira indireta, na qual os usuários pagam aos prestadores e recebem posteriormente reembolso das seguradoras ou operadoras. Acrescente-se uma terceira forma, cuja existência não é normalmente assimilada pela média da sociedade, qual seja: iii) cobertura financeira privada para serviços privados e/ou públicos obtidos em estruturas públicas ou em estruturas privadas integradas ao sistema público. É o caso do reembolso ao SUS.

A partir das médias conceituais mundiais, relativamente aos modelos de financiamento privado da saúde, vale questionar qual é o verdadeiro arquétipo da saúde privada no Brasil, mais especificamente, dos planos de saúde e seguros saúde, cuja atividade é legalmente denominada de “saúde suplementar”.

Os planos de saúde e seguros saúde realmente poderiam ser concebidos como saúde suplementar, frente ao tratamento legal conferido? Em caso negativo, qual seria a real natureza do modelo de financiamento privado da saúde no sistema pátrio?

3 A FEIÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Constituição não possui qualquer referência à Saúde Suplementar, mas tão somente prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, em seu artigo 199 (BRASIL, 1988), ou seja, não identifica um serviço de titularidade da União, dos Estados, municípios ou do Distrito Federal, em outras palavras, a saúde não é uma atividade originalmente estatizada, que veio sendo concedida aos particulares no curso do tempo. Apesar do Estado possuir o dever de garanti-la, a saúde identifica atividade econômica que, originalmente, pode ser explorada pela iniciativa privada.

Importante anotar que a expressão “complementar” aparece no § 1º, do artigo 199, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), porém, reportando-se à possibilidade de que prestadores da iniciativa privada possam ser contratados para prestar serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, ou seja, suportados por recursos públicos. A expressão não possui qualquer relação com aquilo que se concebe como saúde complementar nas experiências internacionais.

Apesar da saúde poder ser explorada pela iniciativa privada, o artigo 197 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece genericamente que o poder público regulará, fiscalizará e controlará os agentes privados que atuem no setor, sem realizar distinção entre os serviços de saúde propriamente ditos e a atividade dos planos de saúde e seguros saúde.

Nesse contexto, em que pese existirem preceitos constitucionais que incidem sobre a atividade econômica dos planos de saúde e seguros saúde, confirma-se a ausência de um arquétipo constitucional do financiamento privado da saúde.

Assim, cumpre buscar um conceito transcendente à legislação pátria, que expresse uma média mundial, a fim de permitir a reflexão sobre a adequação e sinceridade do regramento infraconstitucional sobre o tema, seja para fundamentar eventuais apontamentos de contrariedade a preceitos constitucionais, ou mesmo para criticar a opção política realizada pelo Poder Legislativo e pelo Poder Executivo, assim como os entendimentos firmados pelo Poder Judiciário sobre o tema.

Como visto anteriormente, no que se refere à participação do financiamento privado dos serviços de saúde existentes em diversos sistemas, possível identificar três modelos, quais sejam, saúde substitutiva, saúde complementar e saúde suplementar. Esses modelos podem ser combinados, conforme a regulamentação de cada país.

Nesse contexto, é possível afirmar, desde já, que, a partir da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1988) e de suas alterações, a “saúde suplementar” no Brasil nunca foi tratada

efetivamente e/ou exclusivamente como suplementar. Na verdade, o tratamento legal conferido aos planos de saúde e seguros saúde sempre impôs, em maior ou menor grau, conforme o passar do tempo, que estes assumissem compulsoriamente funcionalidades próprias de dois modelos de financiamento privado da saúde, quais sejam, o substitutivo e o complementar.

Antes de depurar os fundamentos que levam à conclusão prematura suso consignada, importa realizar anotação relacionada ao sistema e à ideologia que lhe deu origem, bem como implicou alterações ao longo do tempo.

Politicamente e socialmente, sempre foram defendidas duas ideias, que acabaram prevalecendo na prática e/ou na legislação, ainda que em momentos diferentes e com intensidades diversas. A primeira é legalmente explícita, portanto, jurídica, determinando que as operadoras de planos de saúde são responsáveis pelas despesas assistenciais de seus beneficiários, relativamente às coberturas garantidas legalmente e contratualmente, ainda que os serviços sejam obtidos no SUS. A segunda ideia foi implícita até 2022, pregada por setores da sociedade a partir de princípios constitucionais genéricos, tornando-se explícita com o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), determinando que a “saúde suplementar” deve garantir cobertura assistencial com extensão ilimitada, em parâmetros que, formalmente, no quadro atual, acabaram por superar a extensão da cobertura garantida formalmente no SUS³.

Essas duas características, na atualidade, absorvidas integralmente pela legislação, revelam que, na verdade, nunca houve a pretensão de que os planos de saúde fossem supletivos à saúde pública, mas sim substitutivos e, considerando o conjunto normativo posterior à Lei nº 14.454/22 (BRASIL, 2022), em alguns casos, a saúde privada assume concomitantemente características de substitutiva e complementar. Assim, se era possível considerar que existiam traços característicos do que se concebe como saúde suplementar, estes desapareceram completamente.

Além da legislação impor que os planos de saúde e seguros saúde assumam concomitantemente algumas características nucleares da saúde privada substitutiva e da complementar, restam eliminados determinados níveis de autonomia privada que são

³ Anote-se que existem coberturas ofertadas exclusivamente na rede pública, por razões sanitárias. É dizer que, em alguns poucos casos, a legislação e a regulamentação sanitária vedam determinados procedimentos e tratamentos na rede privada, com a finalidade de controle de doenças e outras circunstâncias técnicas relevantes sob a perspectiva sanitária. É o caso do protocolo de atendimento em circunstâncias que levem ao risco de contração de raiva, em que o atendimento é exclusivamente realizado em estabelecimentos públicos. Essas coberturas, portanto, são garantidas por recursos públicos.

verificados nesses modelos nas experiências internacionais, assim como, naturalmente, são preservados alguns em maior nível.

Ainda antes da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), já era possível afirmar, por exemplo, que a “saúde suplementar” no Brasil distinguia-se do conceito médio de saúde suplementar verificada na experiência internacional ocidental, quanto à autonomia para fixar a amplitude da cobertura.

A exigência de amplitude vinculada à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde da OMS gerou a consequente vedação da comercialização de planos de saúde com coberturas parciais, ou seja, excluiu-se a autonomia das vontades quanto à amplitude da cobertura contratual, impondo-se uma extensão mínima legal, ressalvados, quanto aos meios de atendimento das doenças e problemas de saúde, poucas reduções de amplitude em relação aos tratamentos e procedimentos, em vista da compatibilidade ou incompatibilidade com as respectivas segmentações contratadas, na forma da Lei nº 9.656 (BRASIL, 1998) e da regulamentação (hospitalar, ambulatorial, obstetrícia, odontológica e combinações destas).

Importa atentar, contudo, que, mesmo no âmbito da segmentação exclusivamente hospitalar ou da exclusivamente ambulatorial, impõe-se a garantia de coberturas compatíveis com o respectivo ambiente de atendimento para todas as patologias previstas na classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Dessa forma, a cobertura é quase integral⁴, para os que contratam planos referência e, mesmo para os que optam por planos com segmentação exclusivamente hospitalar ou exclusivamente ambulatorial, a cobertura parcial, nesses casos, está restrita à obstetrícia, odontologia e aos procedimentos e tratamentos próprios do ambiente não contratado, desde que não identifiquem quadros de emergência ou urgência.

Ainda assim, não é de mais pontuar que, segundo estatísticas do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IEES, 2023), no primeiro trimestre de 2023, 79,39% dos planos médico-hospitalares eram da segmentação hospitalar, com obstetrícia e ambulatório, 5,29% eram plano referência, 4,85% eram hospitalares, com obstetrícia, ambulatório e odontologia e 5,65% eram hospitalares, sem obstetrícia e com ambulatório. Assim, apenas 4,82% dos planos contratados não possuíam acesso à totalidade de procedimentos e tratamentos realizados nos ambientes hospitalar e ambulatorial, valendo

⁴ Excluídos apenas atendimentos que são realizados exclusivamente em estabelecimentos públicos, por força de políticas sanitárias.

pontuar que o percentual de beneficiários sem acesso à cobertura obstetrícia é desprezível, considerando a proporção de mulheres inférteis e de pessoas fisiologicamente do sexo masculino, cobertas por planos de saúde.

Dessa forma, verifica-se que a legislação alcançou, na prática, cobertura médico-hospitalar integral para a quase totalidade dos usuários de planos de saúde e seguros saúde.

Em acréscimo a isso, dentro das respectivas segmentações, já havia, pragmaticamente, extensão de coberturas que superava àquela formalmente oferecida pelo SUS, considerando o entendimento jurisprudencial, até então majoritário, no sentido de que o Rol da ANS era meramente exemplificativo, havendo obrigação de garantir tratamentos e procedimentos não previstos, quando fossem demandados pelos beneficiários. O que era aplicado pragmaticamente, tornou-se explícito, sendo formalmente positivado com o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022).

Dessa forma, na atualidade, formalmente, a “saúde suplementar” no Brasil, além de não permitir, como já não permitia, fixação de extensão de cobertura para procedimentos e tratamentos inferior aos garantidos pelo SUS⁵, passou a estabelecer um quadro no qual, pragmaticamente, impõe-se, e formalmente, impor-se-á, com a vindoura regulamentação da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), extensão de coberturas para tratamentos e procedimentos nem mesmo garantidos formalmente no sistema público, ressalvados aqueles tratamentos e procedimentos incompatíveis com a segmentação contratada.

Anterior ao quadro verificado em relação à extensão da cobertura, verifica-se que houve consolidação jurisprudencial a respeito da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS. Dessa forma, não resta mais debate quanto ao dever das operadoras de planos de saúde pagarem pelos custos assistenciais incorridos por seus beneficiários junto aos estabelecimentos integrados ao Sistema Único de Saúde, que tenham sido, num primeiro momento, suportados por recursos públicos.

Valendo pontuar que, no caso do ressarcimento ao SUS, somente há o dever de “ressarcir”, das operadoras, relativamente às coberturas que sejam garantidas contratualmente e legalmente em cada caso. É dizer que os beneficiários continuam a ter atendimentos não cobertos pelo plano de saúde financiados por recursos públicos, porém,

⁵ Ressalvados atendimentos que são realizados exclusivamente em estabelecimentos públicos, por força de políticas sanitárias.

restritos aos incompatíveis com a segmentação contratada e aos exclusivamente ofertados na rede pública.

Nesse contexto, apesar do sistema de saúde brasileiro ser pretensamente universal, na verdade, existem duas classes de cidadãos, no que se refere ao acesso à saúde pública. É importante anotar que acesso à saúde pública deve ser compreendido como aquilo que é efetivamente financiado por recursos públicos. A mera assunção provisória dos custos pelo erário público não pode ser concebida como garantia de saúde pública.

Pois bem. Quais são essas duas classes de cidadãos, no que se refere ao acesso à saúde pública? Aqueles que terão os seus atendimentos de saúde no sistema público financiados por recursos públicos e aqueles que terão seus atendimentos no sistema público financiados por recursos privados, das operadoras de planos de saúde, ainda que através de “ressarcimento” posteriormente exigido. É o mesmo que dizer: i) os beneficiários de planos de saúde, são excluídos da saúde pública, relativamente às coberturas garantidas pelo produto contratado; e ii) os não contratantes de planos de saúde, possuem acesso à saúde pública de forma integral.

Dessa forma, a partir da perspectiva econômica do financiamento da saúde, verifica-se que, aqueles que contratam planos de saúde médico-hospitalar passam a ter as despesas dos atendimentos de saúde suportadas de forma privada, relativamente aos atendimentos cobertos legalmente e contratualmente pelo plano de saúde, não possuindo mais efetivo acesso gratuito e nem subsidiado à saúde, pois este será financiado indiretamente, através das mensalidades pagas à operadora.

Segundo dados do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, em julho de 2023, o número de contratantes de planos médicos chegou a cinquenta milhões e setecentos mil (IESS, 2023). Dessa forma, se considerarmos que houve pouca alteração na composição percentual das segmentações contratadas entre o primeiro e o terceiro trimestre de 2023, tomando-se o percentual de 4,82% de planos de saúde com segmentações que reduzem a amplitude da cobertura, através de segmentação, contra 95,18% de produtos com cobertura integral, conclui-se que existem quarenta e oito milhões, duzentos e cinquenta e seis mil e duzentos e sessenta brasileiros excluídos integralmente do sistema público de saúde, ou seja, esses cidadãos ou estrangeiros residentes não possuem direito de obter atendimentos na rede do SUS financiados por recursos públicos. Esse número corresponde a 23,8% da população brasileira, tomando a última estatística do Censo de 2022 (IBGE, 2022). Ainda, se forem considerados todos os contratantes de planos

médicos, é possível afirmar que 25% da população está excluída da saúde pública, em relação a quase totalidade de coberturas.

CONCLUSÃO

A partir dessas e de outras peculiaridades verificadas em nosso sistema, vale aferir quais são as características dos modelos de financiamento privado da saúde, para identificar qual seria o modelo brasileiro. Sempre pontuando que tal análise é realizada, a partir de comparação proporcional, no sentido de que se considera o enquadramento em uma ou em outra classificação, presente uma ou outra característica, daquilo que coincidir em maior proporção. Como dito, por exemplo, não se tem conhecimento de sistema público que garanta a totalidade de procedimentos e tratamentos existentes, verificando-se que alguns proporcionam cobertura bastante ampla e outros estabelecem exclusões mais numerosas, mas continuam a garantir a maior parte das coberturas necessárias, suportando majoritariamente o financiamento destas. Estes continuam a ser considerados sistemas públicos universalistas ou de seguro obrigatório.

Vale começar pelo que se concebe como saúde suplementar, na média das experiências internacionais, a fim de refutar, desde logo, a denominação conferida pela legislação pátria à atividade dos planos de saúde e seguros saúde.

Como visto anteriormente, a saúde suplementar pressupõe que o beneficiário possa escolher entre a saúde pública e a privada, sendo certo que, elegendo o atendimento no âmbito da saúde pública, somente lhe será exigido pagamento que já seria cobrado normalmente, para qualquer pessoa que não fosse contratante de seguro ou plano. De igual forma, utilizando o serviço público e sendo beneficiário de plano ou seguro saúde, não há qualquer dever da operadora ou seguradora pagar ou ressarcir ao poder público pelo atendimento realizado.

Além disso, como visto, no modelo de saúde suplementar admite-se que a extensão da cobertura possa ser inferior àquela ofertada na saúde pública, sendo fixada conforme a autonomia das vontades e limites estabelecidos por cada regulamentação.

A partir do cenário normativo atual, verifica-se que a “saúde suplementar” no Brasil não possui nenhuma das características daquilo que se concebe como saúde suplementar na média internacional ocidental.

Depreende-se que os beneficiários de planos de saúde no Brasil não possuem a alternativa de escolher entre o financiamento privado ou o financiamento público de seus atendimentos de saúde, relativamente às coberturas garantidas pelo plano de saúde,

pontuando-se que, considerando o quadro atual, a quase totalidade de produtos possuem extensão de cobertura superior àquela formalmente garantida no SUS. Dessa forma, tem-se que uma quantidade expressiva de beneficiários de planos de saúde não possuem mais acesso ao financiamento público dos atendimentos que eventualmente realizarem no âmbito do SUS, já que somente os atendimentos não cobertos pelo plano de saúde serão suportados em caráter definitivo por recursos públicos, ao passo que os atendimentos cobertos serão objeto de ressarcimento ao SUS subsequentemente.

Dessa forma, afirme-se, peremptoriamente, que, apesar do sistema normativo pátrio utilizar a expressão “saúde suplementar” para se referir às atividades desenvolvidas por operadoras de planos de saúde e seguradoras especializadas em saúde, não é possível considerar que exista realmente saúde suplementar no Brasil, a partir da média do que é concebido como saúde suplementar nas experiências internacionais ocidentais.

Na verdade, considerando que as operadoras de planos de saúde é que suportam em caráter definitivo (ressarcimento ao SUS) os custos dos eventuais atendimentos obtidos pelos seus beneficiários em estabelecimentos integrados ao SUS, verifica-se que a legislação pátria, apesar de não utilizar o adequado *nomen iuris*, institui um sistema de financiamento privado substitutivo, já que o beneficiário não possui a opção de obter financiamento público para os atendimentos compreendidos na cobertura privada.

Além disso, como dito, especialmente após o advento da Lei nº 14.454 (BRASIL, 2022), restou fixado um quadro legislativo, ainda pendente de regulamentação infralegal, que consolida a obrigação das operadoras e seguradoras especializadas em saúde garantirem coberturas nem mesmo ofertadas formalmente no SUS. É dizer que se impõe extensão de cobertura superior àquela garantida no âmbito da saúde pública. Tal quadro, identifica uma das funcionalidades do que se concebe como saúde privada complementar.

Dessa forma, confirma-se que, conceitualmente, não há saúde suplementar no Brasil. A partir do tratamento legal verificado, constata-se que a natureza do modelo consolidado no sistema normativo pátrio é essencialmente substitutiva, possuindo também feição complementar.

Logicamente, a legislação pátria não está vinculada, na maioria dos casos, aos conceitos internacionais relativos às atividades econômicas. Dessa forma, não se está afirmando que há alguma ilegalidade ou inconstitucionalidade, pelo simples fato do sistema pátrio adotar definição estranha à média conceitual internacional.

Nada obstante, a legislação pátria, assim como o poder público, parece tratar o financiamento privado da saúde com pouca sinceridade, pois não proporciona a devida consciência, na sociedade. Aliás, os efeitos do sugestionamento propagado pela própria legislação, e potencializado por instituições públicas, parece ultrapassar o senso comum e alcançar até mesmo especialistas.

Como exemplo dos efeitos desse sugestionamento, basta desenvolver uma comparação, a partir da própria experiência individual, entre a ideia sobre a suposta autonomia das operadoras de planos de saúde para fixarem suas obrigações, impondo contratos de adesão, e a realidade legal objetiva demonstrada acima, que revela a quase inexistência de autonomia para fixação de obrigações assistenciais.

Nessa perspectiva, o sugestionamento gerado pela legislação, e potencializado por instituições públicas, acaba por gerar uma espécie de amplificação de crenças. A partir da experiência pessoal de cada indivíduo, vale outro teste, qual seja, aferir se a maior parte da sociedade acredita que determinadas características da nossa “saúde suplementar” seriam comuns ao que se concebe como saúde suplementar em países considerados desenvolvidos. A partir do senso comum, verificar-se-á, que o sistema de crenças originado na própria legislação cria uma percepção de que a “saúde suplementar” brasileira sofreria de algum tipo de permissividade, voltada a beneficiar os agentes econômicos do setor, o que certamente não deve acontecer, segundo o senso comum, em outros países desenvolvidos.

Isso pode ser aferido a partir de simples raciocínio indutivo, desenvolvido a partir do que cognitivamente depreende-se na experiência, a partir dos respectivos círculos sociais das classes econômicas consumidoras de planos de saúde e seguros saúde.

Infere-se, ao final de tudo, que não se trata apenas de mero voluntarismo legislativo quanto ao *nomen iuris*, havendo histórico tratamento que parece disfarçar o fato de não haver efetiva garantia de saúde universal, nos moldes da promessa constitucional, para o que, expande-se compulsoriamente o financiamento privado, adotando-se um modelo exótico, sem que haja consciência da sociedade sobre sua verdadeira feição e as suas respectivas repercussões. Isso, acaba por gerar crenças que interditam o debate racional sobre a sustentabilidade do setor, a partir de julgamentos morais construídos sobre um quadro de erro geral induzido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 06/08/2023.

BRASIL. **Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm Acesso em: 06/08/2023.

BRASIL. Medida Provisória Nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1 Acesso em: 23/08/2023.

BRASIL. **Lei Nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14454.htm#art2 Acesso em: 06/08/2023

CÂMARA PORTUGUESA. **Sistema de saúde pública e privada em Portugal: qual escolher**. Disponível em: <https://www.camaraportuguesa.com.br/sistema-de-saude-publica-e-privada-em-portugal-qual-escolher-nacionalidade-portuguesa-assessoria/> Acesso em: 06/08/2023

CANADAeTA. **Tudo que você precisa saber sobre o sistema de saúde no Canadá**. Disponível em: <https://etacnadavisa.com.br/post/tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-o-sistema-de-saude-no-canada/> Acesso em: 06/08.2023

CARMO, Edgar do. BOMBACH, Luciene. PINOTTI, Sara. Welfare State: as reformas no Sistema de Saúde no Reino Unido e na Alemanha. In: **Leituras de Economia Política**. v.8, n. 1(11). São Paulo. Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas: dezembro/2005. p. 1-251.

CONILL, Eleonor Minho. Os pontos positivos do sistema público de saúde canadense. In: **Revista Ser Médico**. CREMESP. Ed. 49. Outubro/novembro/dezembro/2009. p. 13. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=445>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. **Country overview**. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany#:~:text=The%20self%2Demployed%20and%20employees,are%20covered%20through%20special%20schemes.> Acesso em: 06/08/2023.

FEATHER. **Job-hunters and employed persons**. Disponível em: <https://feather-insurance.com/blog/feather-insurance-com-blog-german-health-insurance-for-international-people/> Acesso em: 06/08/2023

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. MENDES, Aquilas Nogueira. **Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico**. SCIELO. Jul/2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gqRP3bHs8F9YMHYScz4TtFR/#>

GERSCHMAN, Silvia. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil**. SCIELO: 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LBgHZN7jVspJFgcSmJPVGXb/?lang=pt#>

IBGE. **Panorama Censo 2022**, População. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/> Acesso em: 06/08/2023

IESS. **Beneficiários de planos médico-hospitalares**. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/dados/bmh> Acesso em: 06/08.2023.

IESS. **Planos médicos: 50,7 milhões de beneficiários no País, número recorde**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/planos-medicos-507-milhoes-de-beneficiarios-no-pais-numero-recorde> Acesso em: 06/08/2023.

MJCONSULTORES. **5 fatos sobre o sistema de saúde do Canadá que você deveria saber**. Disponível em: <https://mjconsultoria.com.br/fatos-sobre-sistema-saude-canada-que-voce-deveria-saber/> acesso em: 06/08/2023

NUNES, Alexandre Morais. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. In: **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 9, n.3, ano 2020, p. 499–516.