

O seguro-doença voluntário nos Estados Unidos da América

ARI C. FERNANDES

Neste bem fundamentado artigo, o Autor, demonstrando possuir sólidos conhecimentos da matéria, faz apreciação minuciosa da questão dos seguros sociais nos Estados Unidos da América, mórmente do seguro-doença. Para chegar a êste desiderato, o Dr. Ari C. Fernandes mostra como se tem procurado inculir no espírito de todos a necessidade de fazer o seguro-doença, não compulsoriamente, mas de modo voluntário, as vantagens decorrentes do mesmo e assim por diante. (N. da R.)

POR diversas razões muito ponderáveis, os Estados Unidos da América têm sido, no último decênio, a Meca dos nossos estudiosos de Administração Pública, a tal ponto que não se pode mais versar qualquer assunto, relacionado com ela, sem aludir ao que nesse país se faz ou se pretende fazer, até mesmo quando se trate de setor em que, por quaisquer circunstâncias, a grande Nação norte-americana não tenha tomado posição de vanguarda. Tal é o caso dos seguros sociais e, particularmente, do seguro-doença.

Em 1946 foi apresentado ao Congresso dos Estados Unidos da América um projeto de lei, conhecido pelo nome de seus patrocinadores — Wagner — Murray — Dingell — sôbre o problema da assistência médico-hospitalar, no qual se propõe a adoção do sistema social de seguro-doença. Tal projeto teve imediatamente grande repercussão sôbre a opinião pública, sobretudo nos meios médicos, ora colhendo caloroso apoio, ora despertando acirrada oposição, raramente sendo recebido com indiferença. Fere desde logo a atenção o fato das correntes de oposição, representadas por grupos conservadores prestigiosos e numéricamente importantes, capitaneadas pela célebre Associação Médica Ame-

ricana (A.M.A.), procurarem combater o seguro-doença social advogando a adoção do sistema voluntário, cujas vantagens sôbre o primeiro ali são exaltadas. Com isso, os E.U. tomam posição ímpar, pois são o único país onde ainda se afirma a conveniência de optar pelo seguro-doença voluntário. Ao primeiro exame, os argumentos invocados parecem procedentes, ao dizer que a arregimentação voluntária, muito acorde com as tradições de livre iniciativa e individualismo do povo norte-americano, solucionará satisfatoriamente os problemas médicos de um país que está entre os primeiros quanto ao padrão sanitário (a A.M.A. pretende, erradamente, que seja o primeiro).

Parece-nos, pois, de grande interêsse examinar o que nos E.U. ocorre em relação ao seguro-doença voluntário. A principal fonte de informações, que usaremos, é a coleção de cinco volumes, e seus anexos, de Depoimentos da Comissão de Saúde do Senado norte-americano.

Vejamos, de início, o que disse o Senador Claude Pepper, sôbre as condições médico-sociais do país:

“De fato, mais de 23.000.000 de pessoas no país apresentam alguma doença crônica ou mal físico. Diariamente, pelo menos 7.000.000 de pessoas nos Estados Unidos são incapacitados por doença ou outra causa, metade delas por seis meses ou mais. As doenças e acidentes causam ao trabalhador industrial médio a perda de cêrca de 12 dias de produção por ano, e a perda de cêrca de 600.000.000 de homens-dias anualmente. A doença e acidentes custam à Nação pelo menos..... 8.000.000.000 por ano — metade disso em salários perdidos, e metade em despesas médicas.

Os serviços preventivos são inadequados; 40% de nossos municípios não tem sequer um oficial sanitário local de tempo integral. As necessidades de saneamento são grandes, 846.000 casas rurais nem mesmo têm fossa externa. Necessita-se de hospitais; 40% de nossos municípios, com população total de 15.000.000, não têm um

único hospital reconhecido (*). A falta de médicos é grande; em 1944, 553 municípios tinham menos de um médico em atividade para 3.000 habitantes, a "linha perigosa", e 81 não tinham nenhum médico. Até 1940, antes de muitos médicos serem convocados para a guerra, 309 municípios tinham menos de um médico em atividade para cada 3.000 habitantes, e 37 não tinham médico. Os serviços de assistência à maternidade e à infância são inadequados; estima-se que metade das mortes de mães e um terço das de crianças poderiam ser evitadas, se métodos conhecidos fôsem plenamente aplicados. E 75% de nossos municípios rurais não têm quaisquer clínicas prenatais e infantis sob supervisão de departamentos estaduais de saúde. As repartições estaduais tinham 15.000 crianças inscritas nas listas de espera para assistência às crianças aleijadas, no princípio de 1944. Nem sequer tencionam dar assistência a meio milhão de crianças com febre reumática (a mais mortal das doenças para crianças entre 5 e 15 anos ou para as dezenas de milhares de vítimas de paralisia espástica". (Vol. II, pág. 573-4).

Tais aspectos negativos são muito menores que os encontrados noutros países das Américas e do mundo. Mas nem por isso deixam de indicar que, também nos E.U., o problema é grave e requer solução.

Ali, os grandes obstáculos à assistência médica adequada não são, predominantemente, a falta de organização de serviços ou a falta de educação sanitária; os fatos econômicos ocupam primeiro plano, como decorrência do sistema vigente de financiamento da assistência.

Antes da guerra, as despesas de assistência médica (excluídas as forças armadas) eram de 4 bilhões de dólares anuais, assim distribuídos percentualmente:

custeadas pelos paciente e suas famílias	75%
custeadas pelos governos federal, estadual e municipal	20%
custeadas pela indústria e pela filantropia	5%

As despesas médicas representam, em média, 4 a 5% da receita da família norte-americana. Esta cifra seria satisfatória, se a percentagem não fôsse maior para as famílias de menor renda, as quais constituem precisamente o grupo mais numeroso. Para estas é proibitivo o custo de doenças graves, ou prolongadas, ou reincidentes.

Para diluir o ônus individual do risco doença entre grandes grupos, os norte-americanos têm

procurado soluções parciais, transitórias, de seguro voluntário, baseadas na clínica de grupo ("group practice"), ora por iniciativa e sob controle da classe médica, ora à conta dos próprios beneficiados. Aparecem, então, os seguintes tipos:

1. companhias comerciais de seguro-doença privado — prestando serviços muito insatisfatórios e caros, atingindo apenas os grupos mais prósperos da população;

2. organizações sociais de auxílios mútuos ou serviços assistenciais promovidos por associações trabalhistas — via de regra, sem plano de ação e sem coordenação técnica;

3. serviços médicos criados pelas empresas industriais em benefício de seus empregados — ora gratuitos, ora módicamente remunerados — por vezes, muito eficientes; na maioria, porém, medíocres ou maus — e, de modo geral, de campo de ação muito limitado;

4. unidades médicas diversas, como policlínicas, hospitais e ambulatórios, por vezes indiretamente ligados a escolas médicas universitárias — constituindo o tipo menos bem sucedido de todos;

5. instituições de seguro-doença voluntário, ou clínicas de grupo organizadas sob a forma de cooperativas de consumo — como, p. ex., os chamados planos de Cruz Azul, ou o Ross-Loos Medical Group, de Los Angeles, Califórnia — via de regra, o tipo mais satisfatório.

Nos últimos trinta anos têm surgido, nos E.U., algumas entidades para fins de diagnóstico e exames periódicos de sanidade, das quais o melhor exemplo é o Life Extension Institute, de New York, com grande clientela, constituída principalmente pelos candidatos a operações de seguro de vida, privado, da metropolitan Life Insurance Co.

Apesar da massa de seguros contra a doença e os acidentes ter crescido nitidamente durante os anos de guerra, e o total de prêmios em 1944 ser duas e meia vezes maior que em 1938, o total de benefícios pagos por salários perdidos e por indenizações médicas não passou de..... \$ 250.000 em 1944 — o que é uma cifra decepcionante.

Os serviços médicos assistenciais promovidos pela indústria não podem existir em pequenas

(*) N. do Tr. — Reconhecido é o hospital registrado na A.M.A. por atender aos padrões mínimos, fixados por esta e pela Associação Americana de Hospitais.

empresas de menos de 500 empregados. Entretanto, estas contam com 85% do total dos industriários do país. Para beneficiá-los, bem como a trabalhadores independentes, e a operários de pequenas vilas e zonas rurais, seria preciso arregimentação complexa e difícil de grupos mínimos de 10.000 clientes, para que as entidades de seguro-doença voluntário pudessem operar em bases razoáveis de técnica e de estabilidade financeira.

Os planos hospitalares de Cruz Azul (assim denominados os que logram aprovação da Associação Americana de Hospitais), tem se desenvolvido nos últimos 15 anos, quase exclusivamente nas grandes e médias cidades, arrolando hoje cêrca de 18 milhões de contribuintes, dos quais 2 milhões também participam de planos de assistência médica relacionados com a Cruz Azul. Tais planos provaram ser fácil a difusão do seguro voluntário entre os grupos de renda média, porém muito difícil a sua aceitação pelos de receita escassa, isto é, pelos mais necessitados.

Os planos de assistência médica, mediante prévio pagamento de uma taxa mensal fixa, contavam com uma clientela que, em 1946, não passava de 1.700.000 pessoas, assim distribuídas:

a) com direito apenas à assistência cirúrgica no hospital	1.000.000
b) com direito à assistência cirúrgica e médica hospitalares	400.000
c) com direito à assistência médica hospitalar, domiciliar e em consultório	100.000
d) com direito à assistência cirúrgica e à internação hospitalar	200.000

O Departamento Federal de Agricultura tem feito grandes esforços no sentido de promover a assistência médica às populações rurais, ora sob a forma de seguro-doença voluntário, desde 1936, por intermédio da "Farm Security Administration", abrangendo em 1944 cêrca de 60.000 famílias e 320.000 pessoas, em 33% dos municípios do país, — ora sob o tipo de contribuições fixas mensais de 7% da receita familiar, auxiliadas por subvenções federais (trata-se de projetos experimentais promovidos, desde 1942, pelo "Inter-Bureau Committee on Post-War Problems", em quatro Estados da União, beneficiando 24.000 pessoas) — ora sob a forma de assistência a agricultores nômades, inteiramente financiada pelo Governo.

Os diversos tipos de arregimentação voluntária de assistência médico-hospitalar, apesar dos progressos feitos nos dez últimos anos, acusavam em 1946 as seguintes cifras:

Tipo de Plano	Número de organizações	Total de inscritos e seus dependentes
Industriais	115	1.512.148
Privados	21	406.330
De iniciativa dos clientes	32	350.114
De iniciativa dos clientes	53	2.594.356
Governamentais ..	8	112.902
Total	229	4.975.850

É provável que hoje o número total de pessoas, abrangidas por tais planos, sejam de perto de 6.000.000, o que representa apenas uma cota inferior a 5% da população do país.

Vejamos, então, mais detidamente, as limitações e os pontos fracos do sistema voluntário de seguro-doença, tal como se nos apresenta a experiência norte-americana.

1. Os planos de inscrição voluntária conseguiram adesões fáceis apenas em pequeno número de localidades ou grupos profissionais. Mesmo neste caso deve-se levar em conta que as condições de admissão ao trabalho, impostas pelo empregador, freqüentemente incluem a exigência de inscrição em algum sistema de seguro-doença, assim tornando-se êste indiretamente obrigatório; é, aliás, o que ocorre também em vários outros países, onde vigora o seguro-doença voluntário.

Na maioria dos casos, o sistema depende da livre iniciativa do indivíduo, na sua adesão ao plano, e freqüentemente o cliente em perspectiva é mal informado sôbre a matéria, ou apresenta-se indiferente ou confuso face às controvérsias sôbre a vantagem de se segurar; não raro deixa-se levar pela opinião do médico da família e, mesmo que esta seja favorável, tende a não aderir, se por qualquer circunstância êsse facultativo não pertence ao sistema.

2. Visando evitar abusos por parte dos clientes, é freqüente que o seguro voluntário cobre, fora das mensalidades, o custo da primeira ou das duas primeiras visitas domiciliares, como p. ex. exames radiológicos ou de laboratório — com isso afastando a participação de grupos de doentes pobres.

3. Tal como nos regimes de seguro privado, o seguro-doença voluntário exclui candidatos segundo idade, doença crônica ou estado de sanidade geral no momento de inscrição — procedendo, pois, a uma seleção negativa, de todo indesejável quando se pretende atingir grandes massas de população.

Além disso, para formar um grupo unitário de segurados, exige-se um número mínimo de pessoas. Assim, p. ex., a Cruz Azul só aceita grupos de dez empregados a serviço de um mesmo empregador.

Essas e outras limitações concorrem para reduzir o campo de aplicação do sistema, impedindo a boa diluição do risco individual na massa. Considerando que o sistema não aceita os grupos de renda alta, e, por motivos vários, exclui grande parte da população de renda média, limitando-se, pois, aos sub-médios marginais, ou de renda fraca, — só resta ao seguro voluntário uma destas alternativas: cobrar prêmios altos — ou limitar a amplitude dos benefícios.

Virtualmente, todos os planos voluntários restringem a admissão de membros a grupos muito limitados e insuficientes para constituir boa base atuarial, e, de modo geral, são de custo alto para o segurado, tornando-se proibitivas para a maioria das famílias.

4. A cobrança de certos serviços, além da taxa fixa mensal, afasta a participação de famílias nas quais é forte a incidência de doenças, o que ocorre precisamente entre as de menor renda. Para estas, que são as visadas pelo sistema, os benefícios tornam-se escassos e desproporcionados, face ao prêmio mensal, já de si um pouco elevado, agravado por despesas extraordinárias.

5. Os prêmios cobrados pelo sistema voluntário realmente não são baratos; sobem a \$25 ou \$30 anuais por pessoa, e a \$120 por família média, o que é demasiado forte para famílias com renda anual inferior a \$ 2.500 — fato que até a própria A.M.A. reconhece.

Além disso, o regime cobra uma taxa única por pessoa, não comportando as taxas diferenciais, em proporção ao salário e à capacidade de pagar de cada um.

6. A assistência prestada pelo seguro voluntário é incompleta. Para cobrir todo o campo assistencial, como seria necessário, sem portanto

excluir serviços que são indispensáveis à recuperação da saúde, o sistema, nas bases em que opera, tornar-se-ia demasiado oneroso, até mesmo para o homem médio. A experiência norte-americana confirma, neste sentido, a dos demais países.

Até mesmo os planos da Cruz Azul — os melhores dentro do sistema voluntário dos E.U. — não oferecem benefícios de amplitude suficiente. Salvo poucas exceções irrelevantes, os serviços prestados são muito limitados. O seguro não cobre todos os aspectos do risco-doença, havendo sempre a perspectiva, para o segurado, de enfrentar despesas extraordinárias, por vezes fortes. Supõe-se que só dentro de dez anos o regime voluntário talvez pudesse conceder os benefícios, que obrigatoriamente daria desde já.

7. O sistema voluntário de seguro-doença não dá a devida atenção ao problema da medicina preventiva e, na maioria dos casos, chega mesmo a omiti-lo de todo.

Outra característica negativa reside no pequeno incentivo à melhoria da qualidade da assistência médica. Via de regra apenas usa as instalações e recursos existentes, descurando criar novos. Faltam-lhe meios para atrair médicos para regiões mal servidas de assistência; é patente a sua incapacidade de solucionar os problemas das zonas rurais — setor em que a experiência do Departamento da Agricultura é plenamente concludente.

8. O seguro voluntário depende, necessariamente, de um quadro de associados que é de excessivo "turn-over", de grande instabilidade. Tal fato agrava ainda mais a condição de precariedade de suas bases atuariais.

Mesmo nos exemplos mais favoráveis, o quadro de associados das instituições de seguro voluntário de início crescem rapidamente. Afinal, chegam a um ponto de saturação, a partir do qual o crescimento é muito lento.

Exceção a essa regra é o exemplo dos planos de Cruz Azul, que já contam perto de 15 anos. Evoluíram lentamente no primeiro quinquênio de vida e rapidamente no segundo. Agora, com 20 milhões de associados, em 45 Estados da União, parece aproximar-se do ponto de saturação, apesar da opinião em contrário de alguns observadores.

Ainda que o quadro de segurados se mantenha estável no total numérico, a instabilidade de composição é desvantajosa, pois cada onda de associados traz novos riscos acrescidos, pois é sabido que o segurado contra a doença é mais oneroso para a instituição nos primeiros anos.

9. Em períodos de crise econômica, ou de simples carestia, as famílias de renda escassa são compelidas a atender às despesas diárias e ordinárias, tendendo a descurar o problema da doença (risco que, afinal, não é certo como a velhice e a morte); embora aceitem a idéia em tese, na prática não se increvem no sistema, preferindo "arriscar a sorte".

10. Trata-se de um sistema integrado por grande número de pequenas organizações seguradoras, apresentando, em seu conjunto, duplicações de esforços e despesas administrativas desproporcionalmente fortes.

11. Os sistemas voluntários, na sua maior parte, são essencialmente meios de reembolso das despesas médicas. Protegem o segurado contra o custo elevado da doença, e o médico, contra a falta de pagamento de honorários satisfatórios; não asseguram, porém, assistência adequada e completa. Dêste modo atingem apenas um dos aspectos do problema — a imprevisibilidade do montante das despesas — mesmo assim, de modo parcial, deixando de atender ao que a larga experiência universal já provou ser indispensável — dar prevalência aos benefícios em natureza sobre os benefícios em espécie.

Não admira, pois, que hoje, nos E.U., se apresente uma situação aparentemente paradoxal.

De um lado, observa-se crescente interesse da opinião pública pelos problemas de seguro-doença. O padrão sanitário dos E.U., como afinal o de qualquer país, é excelente em relação a certas zonas, e mau quanto a outras. Mas a plenitude de umas não beneficia a carência das últimas; e mesmo em certas zonas mais adiantadas, os grupos de menor renda apresentam taxas de morbidade e de mortalidade tão altas, quanto as que prevaleciam para todo o país, há um século atrás. Tenha-se em mente que 25% dos partos ocorrem sem assistência médica, e sem esta fica a quarta parte dos 8 milhões de casos de doenças de uma semana ou mais de duração.

Doutro lado, verifica-se que apenas pequena parte dessa população, interessada no problema da proteção contra as despesas da doença, procura espontaneamente tais sistemas de seguro. Com efeito: a idéia do seguro voluntário apareceu no país há quase um século; os esforços para sua adoção datam de meio século; tais esforços tornaram-se intensivos nos últimos 15 anos; apesar disso, apenas 2,5% recebe estensa assistência médica e serviços hospitalares — 10% tem coberta parte das despesas de assistência médica decorrentes da doença — e somente 12 a 14%, as despesas de internação hospitalar.

Já se afirmou, e parece ser exato, que os E.U. são o país melhor segurado, na base voluntária, contra o risco-morte, arrolando hoje cerca de 71 milhões de contribuintes. Porque o seguro-doença não pôde fazer progressos substanciais também na mesma base? Várias razões explicam a diferença, valendo lembrar entre outras:

a) o seguro-doença, voluntário e privado, opera em bases relativamente firmes, pois o montante do benefício a pagar, quando ocorre o risco, é predeterminado e certo; já no seguro-doença, o ônus que cada segurado dará ao segurador é extremamente variável;

b) no seguro-morte o beneficiário recebe integralmente o valor estipulado na operação, cobrindo, pois, o campo que o segurado julgou ser satisfatório, isto é — estimou como razoável para si e sua família, um seguro de certa quantia, e deixa por morte toda essa mesma quantia; no seguro-doença voluntário, acredita estar segurado contra o ônus da doença, e na verdade está apenas parcialmente protegido.

c) finalmente — o seguro-morte de caráter privado e voluntário atende às classes médias e abastadas às quais se destina em primeira linha, — ao passo que o seguro-doença voluntário, imaginado para solucionar os problemas dos menos afortunados, que são os mais necessitados dêste gênero de proteção, não atinge, de modo algum o seu alvo; e esta é, sem dúvida alguma, sua grande falha.

Aquêles que forem pouco familiarizados com o padrão de vida norte-americano e com a distribuição das despesas familiares, tenderão talvez a achar que as taxas do seguro-doença voluntário, já citadas, são módicas e, de qualquer modo,

compensam a despesa, mesmo que seja apenas parcial o benefício recebido em troca. Note-se, porém, que os melhores planos de seguro voluntário — inegavelmente, os de Cruz Azul — não atingem as famílias de renda anual inferior a \$ 3.000; ora, no ano de 1944, particularmente próspero, tais famílias representavam 60% do total; e no de 1941 (talvez o típico da situação atual), 80%, sendo de 50% as de renda anual inferior a \$ 1.900.

O seguro-doença voluntário encontra, nos E.U., fortes defensores na A.M.A. e na corrente que a segue, formada por associações médicas diversas, arrolando fração numéricamente importante da classe médica. De modo geral, seus argumentos são os seguintes:

a) o sistema voluntário dá assistência médica melhor e mais ampla que o sistema social obrigatório, e que qualquer plano controlado pelo Governo;

b) o seguro-doença voluntário é “plenamente satisfatório”, prestando assistência da mais alta qualidade técnica; todavia reconhecem que no presente “não atende completamente às necessidades”, justificando que “a evolução não pode ser rápida” num campo em que “a experiência é pequena ou nula”.

c) no regime voluntário, o médico não sofre a interferência de terceiros na determinação da sua técnica de tratamento e nas suas relações com o paciente;

d) mantém-se o princípio da livre escolha do médico pelo doente;

e) o sistema voluntário está mais de acordo com “a tradição americana de responsabilidade individual”, e apresenta uma “American dignity” que falta ao sistema obrigatório; e, ainda, é apoiado pela maioria dos médicos, que são contrários ao regime social, controlado pelo Governo;

f) se lhe “dessem oportunidade”, o sistema voluntário faria, melhor que o Governo, a medicina preventiva e o controle do curandeirismo e dos anúncios inadequados de medicamentos (?);

g) a administração do seguro-doença voluntário é mais econômica que a do obrigatório.

Como facilmente se pode verificar, tais argumentos, ora fogem à realidade dos fatos, comprovados pela longa experiência no mundo e no

próprio país — ora são objeções que tanto se aplicam a um sistema quanto a outros — ora são de ordem sentimental.

De todos esses argumentos de defesa do sistema voluntário, aquele sobre o qual mais se insiste é o da livre escolha do médico pelo doente. Ora, esta liberdade, no seguro voluntário, não é plena, pois se limita à livre seleção entre os médicos inscritos na instituição, os quais, em grande número de casos, são em número bastante restrito. É contraditório que tais defensores também apoiem os serviços médicos, promovidos por empresas industriais para seus empregados, pois aqui a inscrição do cliente é compulsória, e não lhe assiste qualquer direito a escolher um médico fora do restrito quadro de profissionais a serviço da empresa (na verdade, neste caso, os médicos são assalariados da empresa).

É interessante notar que os próprios dirigentes dos planos de Cruz Azul, bem como os representantes da A.M.A. e da Associação Americana de Hospitais, são de opinião que o Governo federal deveria auxiliar financeiramente a Cruz Azul, pois “só assim poderia atender os grupos de renda escassa, hoje sem assistência”.

Presentemente, a A.M.A. que durante longo tempo, tal como a maioria da classe médica, foi contrária ao seguro-doença voluntário, — está procurando estudar e organizar planos de seguro voluntário, não lucrativo, na base de prévio pagamento. Todavia, ainda não chegou a uma solução apreciável.

Assim como a A.M.A. combateu sucessivamente a legislação social de seguros contra riscos profissionais (acidentes no trabalho e doenças profissionais), os planos de clínicas de prévio pagamento, os de Cruz Azul e, até data muito recente, o seguro-doença voluntário, para depois render-se à evidência dos fatos e ao imperativo da evolução social, — é de esperar que algum dia (talvez próximo) venha a defender o regime de seguro-doença social, tal como, dentro dessa mesma importante e prestigiosa associação de classe o faz um grupo minoritário, que já reconheceu as deficiências insanáveis do regime voluntário.

As Associações Médicas Britânica e Canadense não hesitam mais em concluir que o seguro volun-

tário não atende às necessidades do momento presente.

O grupo minoritário do célebre "Committee on the Costs of Medical Care", no seu voto em separado (Relatório Final, pág. 163), afirmou:

"Tôdas as tentativas para ampliar o sistema voluntário em larga escala provaram ser apenas uma ponte, mais longa ou mais curta, para o sistema obrigatório. Todos os chamados sistemas voluntários são bem sucedidos precisamente na proporção daquilo que contém de obrigatório. Nada é mais evidente que o fato dos esquemas de seguro-saúde voluntário terem fracassado em tôda parte. Na Europa êles têm sido substituídos pelos sistemas compulsórios... Mesmo na Dinamarca, onde o

sistema é nominalmente voluntário, há meios de compulsoriedade, indiretos porém muito eficientes".

A experiência norte-americana prova que, em certos casos específicos, o seguro-doença voluntário presta bons serviços e é um regime válido, quando aplicado em caráter supletivo. Entretanto, passou a época em que se poderia pensar viesse a constituir solução geral para o problema do financiamento da assistência médico-hospitalar, pois oferece assistência incompleta e, de vez que pressupõe a existência de renda familiar de certo nível, médio ou superior, não atinge precisamente aquêles aos quais mais deverá beneficiar.