

Sistemas de assistência médica aos servidores públicos estaduais e municipais: características, condicionantes e tendências*

Nelson Ibañez**

Walter Basso***

Ana Luiza d'Ávila Viana****

Mirian M. Shirassu*****

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Caracterização dos institutos; 3. Financiamento e gasto; 4. Formas de prestação e indicadores de utilização dos serviços; 5. Considerações finais.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. Characterizing the institutes; 3. Financing and expenditures; 4. Forms of service rendering and service use indicators; 5. Final remarks.

PALAVRAS-CHAVE: institutos de previdência públicos; sistemas de saúde; seguro social público.

KEY WORDS: social security institutes; health systems; compulsory social security.

Este artigo apresenta uma caracterização dos institutos de assistência aos servidores públicos com base em um questionário estruturado respondido pelos sócios da Associação Brasileira de Institutos de Previdência Estaduais e Municipais (Abipem). O questionário auto-aplicado compreende questões relativas à estrutura (legislação e financiamento), aos processos de gestão implementados pelos institutos e aos resultados apresentados (indicadores de cobertura e utilização). O modelo de seguro social público é adotado

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.

** Superintendente do Iamspe (de jan. 1995 a mar. 2003) e professor-adjunto do Departamento de Medicina Social da FCM da Santa Casa de São Paulo. E-mail: enibanez@ig.com.br.

*** Ex-chefe de gabinete da Superintendência do Iamspe e médico sanitaria da SES/SP. E-mail: basso@iamspe@saude.sp.gov.br.

**** Professora no DMP/FM da USP. E-mail: anaviana@usp.br.

***** Assistente técnica do Iamspe. E-mail: mshirassu@uol.com.br.

pela maioria dos institutos. Entretanto, a manutenção desse sistema está atrelada às mudanças da reforma previdenciária em discussão, e essas organizações correm o risco de perder a característica de seguro social público.

Healthcare systems for city and state civil workers: characteristics, conditioning factors and trends

This paper studies healthcare systems for public workers, analyzing structural aspects (legislation, finances, resources), management processes and results (use and access indicators), based on the investigation of 46 institutes during 2001. The compulsory social security model is adopted by most institutes. However, the continuation of this system depends on the changes that the social security reform under discussion might entail, and those organizations face the risk of losing their social security feature.

1. Introdução

No Brasil, nas últimas décadas do século XX, em especial a partir da década de 1960, ocorreram importantes transformações nos sistemas de previdência e assistência médica. Sublinhe-se a unificação dos institutos de previdência, na década de 1960, e a posterior criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, na década de 1970. Num segundo momento, já na década de 1980, a conformação de um sistema de seguridade social, após a promulgação da nova Constituição, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), advogando a universalidade. Por fim, a integração do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) ao Ministério da Saúde, no início da década de 1990.

A conformação do subsistema de assistência médica (planos e seguros privados de saúde) manteve estreita vinculação com o antigo sistema previdenciário, e em anos mais recentes ganhou maior autonomia, ao mesmo tempo em que ele passou a ser regulamentado pela esfera federal, após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Durante esse período o sistema de assistência médica aos servidores públicos estaduais preservou características de um sistema fechado público, não se integrando nem ao SUS nem ao subsistema de assistência suplementar, nos termos da regulação proposta para o setor (Resolução RDC nº 39 de 27 de outubro de 2000, a qual dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde).

Observe-se que na década de 1990 ocorreu um intenso processo de mudanças na assistência médica ofertada pelos planos e seguros de saúde, decorrente das transformações no mercado de trabalho, nas condições sociais e econômicas e no perfil de morbimortalidade da população brasileira, e tam-

bém pela presença de uma maior regulação federal sobre o mercado de planos e seguros de saúde.

Bahia (2001) relaciona as mudanças no mercado de planos e seguros de saúde com as demandas dos funcionários públicos de instituições estaduais e municipais em prol de uma assistência médica diferenciada, tendo como resultado a ampliação da rede credenciada de prestadores e serviços e novas contratações de planos de saúde operados por empresas médicas ou seguradoras pelos órgãos públicos.

A nova regulamentação para o sistema de previdência dos servidores públicos estaduais e municipais, que desvinculou a área de assistência médica da previdenciária, contribuiu para que muitos institutos desenvolvessem formas alternativas de reorganização: alguns criando fundos públicos de assistência — sistemas de autogestão com terceirização da operação (caso de Santa Catarina e Bahia) —, caracterizando-se dentro do sistema supletivo como operadoras; outros, mantendo o modelo de seguro social público (casos do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo). Assinale-se que o Instituto Paulista de Assistência Médica (Iamspe), historicamente desvinculado do Instituto de Previdência (Ipesp), optou pela manutenção do modelo de seguro social público.

Entretanto, esse movimento de mudança foi alvo de poucas investigações, e raramente se discute sobre a evolução e as tendências da assistência médica para os servidores públicos e a relação entre os modelos em operação e a melhoria das condições de saúde desse universo em particular, e da população brasileira em geral. Em publicação recente, Carvalho (1998) ressalta que “a falta de estudos sobre o desempenho dos institutos de assistência médica aos servidores públicos talvez se explique pelas tênues ligações dessas instituições com as políticas federal e estadual de saúde e com as mudanças implementadas na área, nos anos recentes”.

Em razão dessa lacuna, o presente texto visa apresentar e discutir a evolução, os condicionantes e as tendências dos atuais sistemas de assistência médica aos servidores públicos estaduais, a partir da análise dos resultados obtidos por uma pesquisa efetuada em 2002 com base em uma amostra de institutos estaduais e municipais.

O material utilizado para a caracterização dos institutos foi obtido a partir da aplicação de um questionário estruturado, enviado a 86 institutos filiados à Associação Brasileira de Institutos de Previdência Estaduais e Municipais (Abipem). Às informações recolhidas pelos questionários foram, em alguns casos, acrescentadas outras informações, textos de leis e relatórios internos.

Para a sistematização da situação atual dos institutos, o estudo apresenta as características estruturais (legislação e financiamento), os processos de gestão implementados e os resultados auferidos (indicadores de cobertura e utilização) pelos institutos da amostra.

A discussão dos condicionantes e tendências desse processo é feita a partir dos resultados obtidos, tendo como referência o atual contexto da assistência à saúde no Brasil.

2. Caracterização dos institutos

Dos 86 institutos filiados à Abipem, 46 responderam ao questionário enviado, representando mais de 50% do universo, sendo 13 estaduais e 33 municipais.

A apresentação dos resultados obedecerá, em linhas gerais, aos tópicos abordados no questionário de acordo com a seguinte ordem: caracterização geral dos institutos, formas de financiamento, beneficiários, modalidades de prestação de serviços e indicadores de utilização dos serviços.

Os dados concernentes ao financiamento, aos usuários e à prestação de serviços têm como referência o ano de 2001.

O quadro 1 apresenta o número total dos institutos estaduais e municipais afiliados à Abipem e aqueles que responderam ao questionário da pesquisa por regiões, estados e municípios, discriminando os que possuem ou não o benefício da assistência médica.

Região/ estado	Total dos institutos filiados à Abipem	Institutos respondentes				Municípios respondentes
		Estaduais		Municipais		
		Com assistência médica	Sem assistência médica	Com assistência médica	Sem assistência médica	
Norte						
s AC	0	-	-	-	-	
s AP	1	0	0	0	1	Macapá
s AM	3	0	1	0	0	
s PA	6	0	0	1	4	Ananindeua, Belém,* Castanhal, Marabá, Paragominas
s RO	3	0	1	0	0	
s RR	0	-	-	-	-	
s TO	2	0	0	0	1	Formoso do Araguaia
s Subtotal	15	0	2	1	6	

Nordeste						
s	AL	2	0	0	0	0
s	BA	6	1	0	1	1
						Salvador*

continua

Região/ estado	Total dos institutos filiais à Abipem	Institutos respondentes				Municípios respondentes
		Estaduais		Municipais		
		Com assistência médica	Sem assistência médica	Com assistência médica	Sem assistência médica	
Nordeste						
s	CE	2	0	0	1	1
s	MA	2	0	0	0	1
s	PB	10	1	0	0	4
						Cabedelo, Campina Grande, Guarabira, João Pessoa
s	PE	1	0	0	0	0
s	PI	2	0	0	0	0
s	RN	1	0	1	0	0
s	SE	1	1	0	0	0
s	Subtotal	27	3	1	2	7
Centro-Oeste						
s	DF	0	-	-	-	-
s	GO	3	1	0	1	0
s	MT	2	1	0	0	0
s	MS	2	0	0	1	0
s	Subtotal	7	2	0	2	0
Sudeste						
s	ES	6	0	1	0	3
						Aracruz, Cachoeiro do Itapemirim, Viana
s	MG	3	1	0	0	1
						Visconde do Rio Branco
s	RJ	9	0	0	2	2
						Duque de Caxias,* Itaboraí,* Rio de Janeiro
s	SP	8	1	0	2	0
						Indaiatuba,* São Paulo*
s	Subtotal	26	2	1	4	6
Sul						
s	PR	4	0	0	3	0
						Cascavel,* Londrina,* Maringá*
s	RS	4	1	0	1	1
						Caxias do Sul,* Porto Alegre
s	SC	3	1	0	0	0

s Subtotal	11	2	0	3	1
Total	86	9	4	13	20

Fonte: Iamspe/SES/SP; dados da pesquisa.
* Não filiado à Abipem.

Como se pode ver, os 46 institutos que responderam ao questionário distribuem-se por todas as regiões brasileiras.

A grande maioria dos institutos estaduais presta assistência médica (75%); o contrário ocorre com os institutos municipais, pois somente 38% prestam assistência médica. Observe-se que tal fato pode ter sido influenciado pela composição da amostra, pois a Abipem congregava apenas os institutos estaduais, e só mais recentemente recebeu a adesão de institutos municipais. Outros fatores que interferem sobre a inclusão de benefícios na área de assistência médica pelos institutos municipais também devem ser lembrados, como as recentes reformas da legislação, o tamanho dos municípios, as datas de sua criação e as dificuldades da esfera municipal em gerir sistemas próprios de assistência.

A tabela 1 apresenta sinteticamente o número e o percentual de institutos de previdência segundo a esfera de governo e a prestação de assistência médica.

Esfera de governo	Com assistência médica		Sem assistência médica	
	Nº	%	Nº	%
Municipal	13	38,20	20	61,80
Estadual	9	75,00	4	25,00
Total	22	47,80	24	52,20

O quadro 2 apresenta o número de beneficiários dos institutos estaduais e municipais que ofertam assistência médica, e o quadro 3 a distribuição de frequência segundo amplitude e percentis.

Chama a atenção na amostra dos 22 institutos estudados que ofertam assistência médica (quadros 1 e 2) o número total de beneficiários encontrados, da ordem de 7.687.118, em 2001. Mesmo levando em conta que institutos como os de Santa Catarina e Bahia tenham contratado operadoras privadas, provocando uma duplicidade na contagem de seus beneficiários, percebe-se a importância desse segmento no universo de usuários da assistência suplemen-

tar. Bahia (2002), referindo-se aos resultados iniciais encontrados na Pnad/1998, aponta uma cobertura através de plano de saúde único ou o principal considerado pelo entrevistado, de cerca de 38,8 milhões de pessoas, sendo 29 milhões vinculados a planos privados (75% do total dos cobertos) e 9,7 milhões associados a planos de saúde de instituições de assistência ao servidor público (federal, estadual ou municipal).

Quadro 2

Número de beneficiários dos institutos de previdência municipais e estaduais com assistência médica e filiados à Abipem (2001)

Instituto	Esfera de governo	Estado/município	Número de beneficiários
Ipesaude	Estadual	SE	137.617
Ipsc	Estadual	SC	188.102
Ipemat	Estadual	MS	212.088
Ipep	Estadual	PB	326.000
Planserv	Estadual	BA	450.055
Ipasgo	Estadual	GO	472.617
Ipergs	Estadual	RS	848.610
Ipsemg	Estadual	MG	2.000.000
Iamspe	Estadual	SP	2.126.341
IPMC	Municipal	Cascavel (PR)	7.247
Seprev	Municipal	Indaiatuba (SP)	8.114
Itaprevi	Municipal	Itaboraí (RJ)	10.730
CAAPSMML	Municipal	Londrina (PR)	12.381
Ipam	Municipal	Caxias do Sul (RS)	13.535
Capsema	Municipal	Maringá (PR)	16.110
IPMDC	Municipal	Duque de Caxias (RJ)	21.000
Funserv	Municipal	Campo Grande (MS)	23.984
Ipamb	Municipal	Belém (PA)	39.407
IPS	Municipal	Salvador (BA)	52.070
ISM	Municipal	Goiânia (GO)	56.849
IPM	Municipal	Fortaleza (CE)	123.349
HSPM	Municipal	São Paulo (SP)	541.000

O fato de 50% dos institutos da amostra terem cerca de 90.099 beneficiários (tabela 2) evidencia uma situação favorável no tocante às questões

do financiamento e aos riscos de saúde, quando se compara com a maioria de operadoras de planos, que se situam em faixas bastante inferiores de beneficiários. As informações fornecidas à ANS pelas operadoras sobre o número de segurados mostram que a grande maioria das operadoras trabalha na faixa de 2 mil beneficiários (ANS, 2001).

Tabela 2

Distribuição de freqüências do número de beneficiários dos institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo a amplitude e percentis (2001)

Amplitude e percentis	Beneficiários
Mínima	7.274
Máxima	2.126.341
25%	16.110
50%	90.099
75%	450.055

As figuras 1 e 2 apresentam, separadamente, o número e o percentual de beneficiários por institutos estaduais e municipais, evidenciando a concentração percentual em estados e municípios de grande porte: 70% dos beneficiários estão nos institutos estaduais dos estados de São Paulo e Minas Gerais e nos institutos municipais de São Paulo e Fortaleza.

Figura 1

Número e percentual de beneficiários dos institutos de previdência estaduais com assistência médica, segundo o estado

(2001)

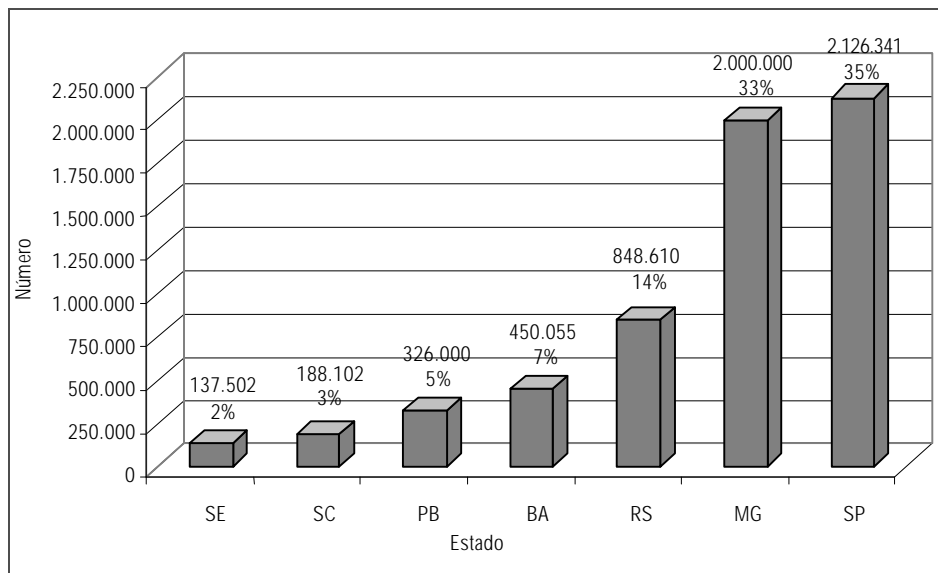
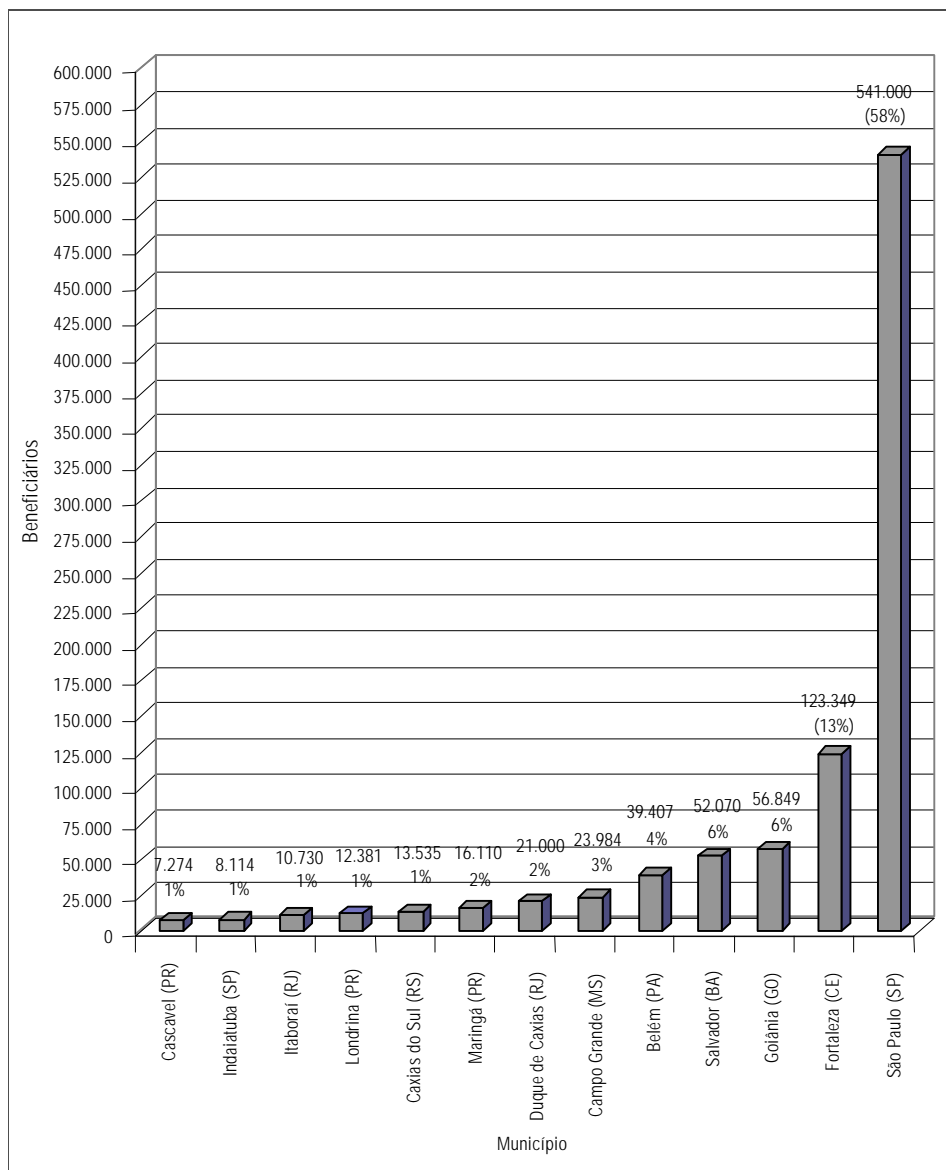


Figura 2

Número de beneficiários dos institutos de previdência municipais com assistência médica, segundo o município

(2001)



O quadro 3 apresenta a composição da amostra dos institutos municipais estudada em relação ao tamanho da população, o que corrobora a afirmação anterior, evidenciando sua concentração em capitais e municípios de mais de 100 mil habitantes (observe-se que são somente 224 os municípios

brasileiros, entre os mais de 5 mil, que possuem população acima de 100 mil habitantes).

Quadro 3

População dos municípios-sede dos institutos de previdência de servidores públicos municipais com assistência médica, filiados à Abipem (2001)

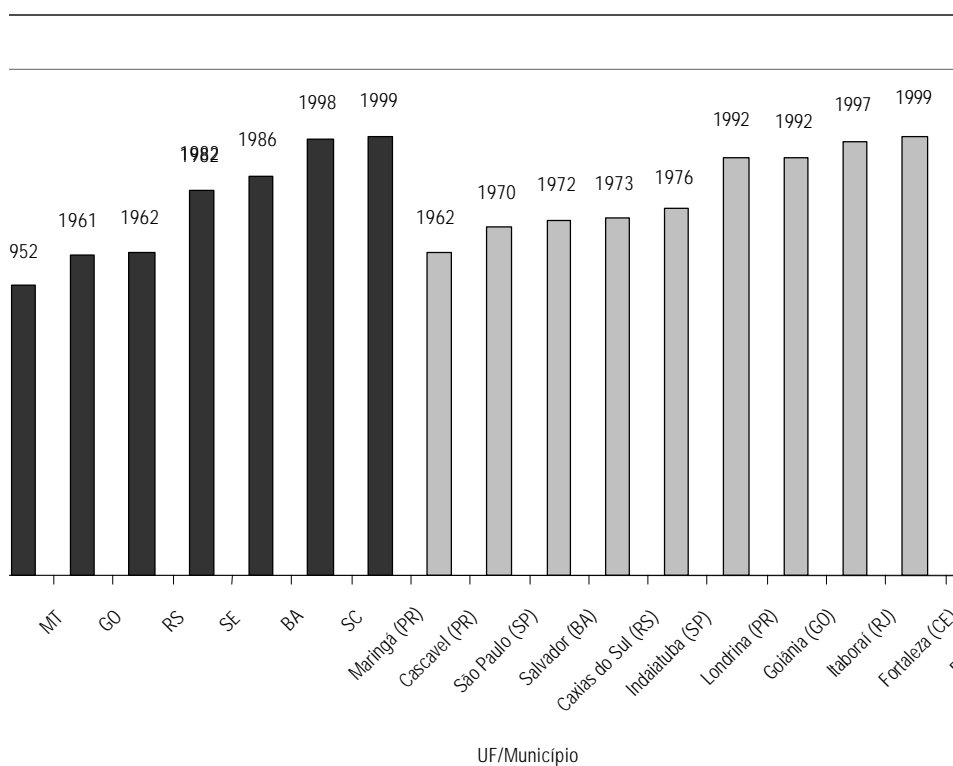
Instituto	Município	População do município-sede
Seprev	Indaiatuba (SP)	147.050
Itaprevi	Itaboraí (RJ)	187.479
IPMC	Cascavel (PR)	245.369
Capsema	Maringá (PR)	288.653
Ipam	Caxias do Sul (RS)	360.419
CAAPSML	Londrina (PR)	447.065
Funserv	Campo Grande (MS)	663.621
IPMDC	Duque de Caxias (RJ)	775.456
ISM	Goiânia (GO)	1.093.007
Ipamb	Belém (PA)	1.280.614
IPM	Fortaleza (CE)	2.141.402
IPS	Salvador (BA)	2.443.107

HSPM	São Paulo (SP)	10.434.252
Fonte: IBGE, 2000.		

A figura 3 apresenta o ano de criação dos institutos por esfera de governo, mostrando uma incidência maior de surgimento dos institutos, na esfera municipal, na década de 1990, em contraposição aos estaduais, que são criados predominantemente na década de 1950. Ressalte-se que os institutos da Bahia e de Santa Catarina, dadas as novas alterações na legislação, apresentam datas de fundação mais recentes.

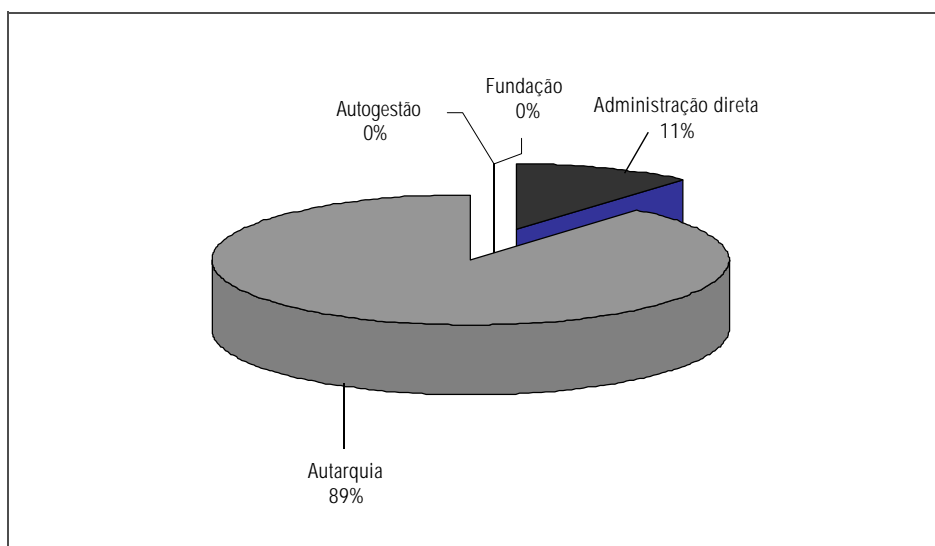
Figura 3

Ano de criação dos institutos de previdência municipais e estaduais com assistência médica (2001)



A predominância da figura da autarquia (figura 4) mostra um padrão institucional na concepção dos institutos, o que se explica pela contribuição compulsória dos servidores, destacando-se a existência de uma fonte de receita própria (contribuição percentual sobre os salários dos servidores).

Figura 4
Institutos de previdência estaduais e municipais
com assistência médica, segundo figura jurídica
(2001)



Os critérios encontrados para nomeação dos dirigentes (figura 5) mostram a correspondência destes com a figura jurídica autarquia, em que a indicação e a nomeação exclusiva pela autoridade executiva atingem 63,6% e os demais critérios 36,4%, representando eleições ou designação por órgãos e/ou entidades de classe.

Quanto às formas de controle social por parte dos servidores públicos, a figura 6 mostra que a maioria dos institutos (95%) possui órgãos estatutários com participação de servidores. Assinale-se que além das formas de controle público (legislação, auditorias etc.) habituais os institutos possuem formas de controle social direto, o que permaneceu apenas em algumas empresas públicas e se reduziu quando da unificação dos institutos de previdência no plano federal.

Figura 5

Institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo critérios para nomeação dos dirigentes (2001)

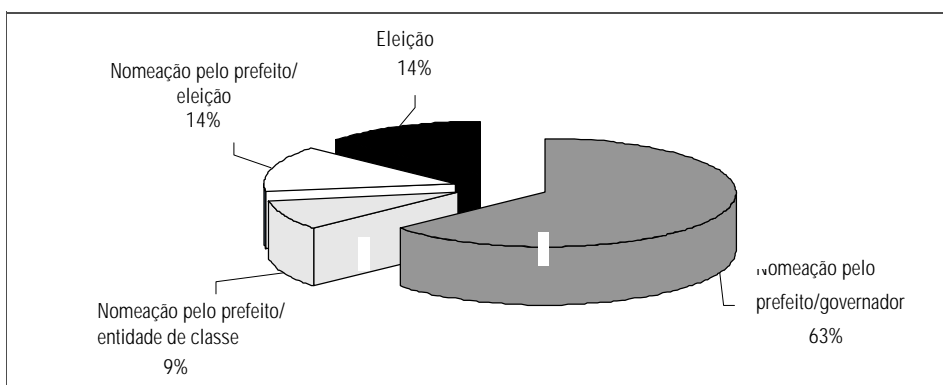
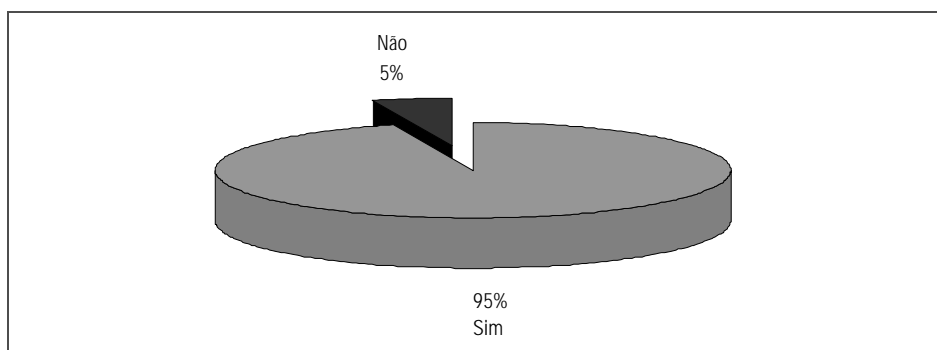


Figura 6

Institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo participação dos servidores nos seus órgãos estatutários (2001)



3. Financiamento e gasto

Como pode ser visto na tabela 3, 77,8% dos institutos são financiados pela contribuição compulsória, como forma única ou associada à facultativa. A contribuição facultativa associada à compulsória é representada pelas seguintes modalidades: abertura para inscrição de agregados, servidores não-estatutários ou adesão a planos diferenciados de assistência. Já a forma exclusiva facultativa encontrada em cinco dos institutos pesquisados (estaduais: Bahia, Santa Catari-

na e Mato Grosso; municipais: Cascavel e Londrina) representa uma mudança recente, pois apesar de se manterem como figuras públicas de administração operam a área de assistência médica dentro de regras privadas (compra de planos e seguros privados).

Tabela 3

Institutos de previdência, segundo forma de adesão ao plano de assistência médica e esfera de governo (2001)

Esfera	Compulsório		Facultativo		Compulsório e facultativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Municipal	3	27,30	1	9,10	7	63,60	11	100,00
Estadual	1	14,30	3	42,80	3	42,80	7	100,00
Total	4	22,20	4	22,20	10	55,60	18	100,00

Obs.: Um instituto estadual com 90% do financiamento pelo governo; três institutos sem informação.

Quanto às fontes de financiamento (figura 7), observe-se que cerca de 90% dos recursos são oriundos dos orçamentos estaduais e municipais, são próprios (contribuições dos servidores) e de alguma outra fonte esporádica. Apenas os institutos de São Paulo e Mato Grosso (estaduais) e Itaboraí (municipal) não possuem participação governamental no financiamento, sendo

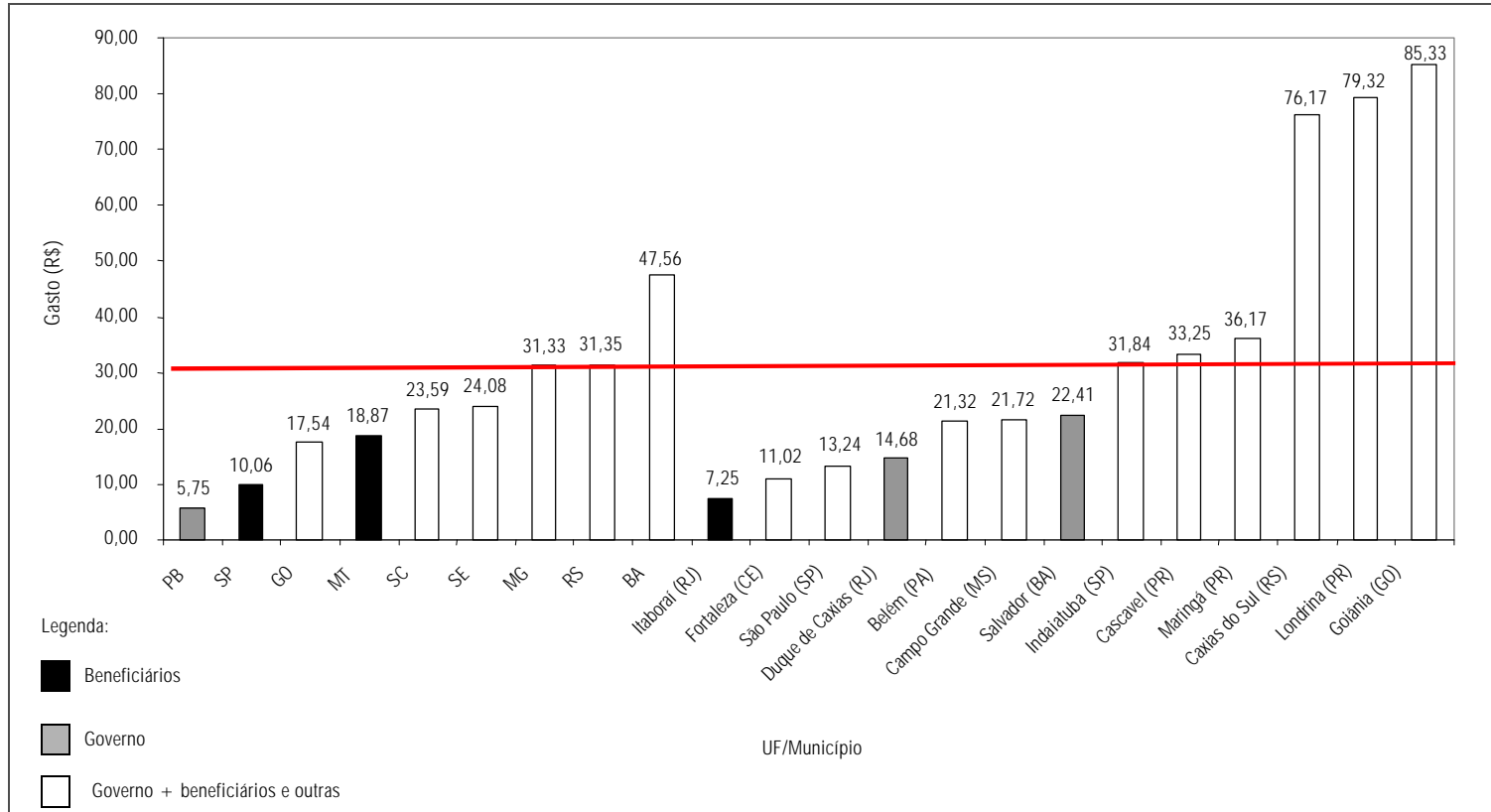
que

Figura 7

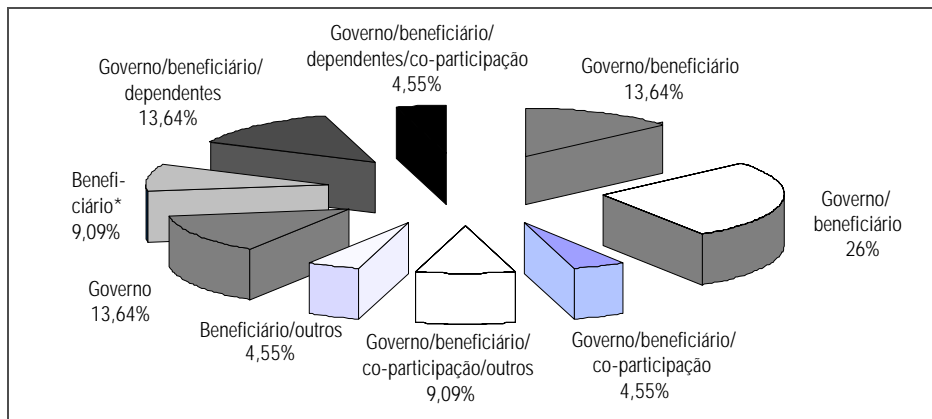
Institutos de previdência estaduais e municipais, segundo fontes de financiamento dos planos de assistência médica

Figura 8

Institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo gasto mensal *per capita* e fontes de financiamento (2001)



(2001)



* Um instituto estadual em transição para governo e beneficiário.

o instituto de Mato Grosso do Sul encontra-se ainda em fase de transição do modelo compulsório para o facultativo, não contando ainda com a participação na sua receita de recursos provenientes do orçamento governamental. Nota-se que mesmo naqueles institutos que optaram pela adesão facultativa de seus funcionários o estado contribui com parte do financiamento (casos de Santa Catarina e Bahia).

Gasto per capita

A tabela 4 mostra a distribuição de freqüência do gasto *per capita* mensal dos institutos segundo amplitude e percentis. A análise desse indicador mostra que somente 25% dos institutos apresentam uma cifra acima de R\$33,13, considerada, dentro de parâmetros oferecidos pelos planos de mercado, suficiente para garantir uma cobertura adequada de assistência para populações acima de 200 mil beneficiários (os preços praticados pelas autogestões e planos empresariais estão na faixa de R\$40,00 a R\$50,00). O instituto do Rio Grande do Sul — que apresenta indicadores de cobertura satisfatórios — tem um gasto de R\$31,35 *per capita*/mês, cobrindo cerca de 900 mil beneficiários. Ressalte-se que esse cálculo trabalha apenas com o gasto direto dos insti-

tutos, pois, como veremos mais adiante, existem formas de co-participação que não estão computadas nesses gastos.

Tabela 4	
Distribuição de freqüências do gasto <i>per capita</i> , em R\$/mês* dos institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo amplitude e percentis (2001)	
Amplitude e percentil	Gasto (R\$)
Mínima	5,75
Máxima	85,33
25%	14,68
50%	23,00
75%	33,13

* Considerando para comparação com outros sistemas a referência desses valores em US\$ (cotação média do início do ano em torno de R\$3,4 por dólar) a variação de amplitude encontra-se entre US\$1,69 e US\$25,1 *per capita* mensal, sendo que apenas 25% atingem a faixa superior a US\$9,7.

A figura 8 detalha o gasto *per capita* mensal por instituto. A linha de corte em R\$30,00 *per capita*, valor já referido como o mínimo necessário para a cobertura da assistência, mostra que apenas nove dos 22 institutos se situam acima desse parâmetro.¹ No universo dos institutos que se encontram abaixo desse parâmetro chamam a atenção Paraíba e São Paulo (abaixo de R\$10,00), que têm como denominador comum a contribuição dos funcionários como única fonte financiadora.

Assinale-se que o gasto *per capita*, como veremos mais adiante, correlaciona-se de forma direta com os indicadores de cobertura da assistência prestada pelos institutos.

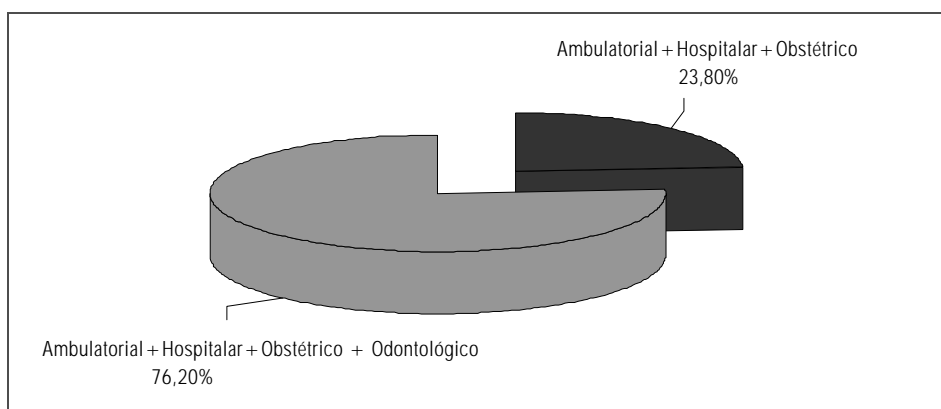
4. Formas de prestação e indicadores de utilização dos serviços

Nas figuras 9, 10 e 11 observa-se que todos os institutos oferecem assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica; a maioria também oferece cobertura para od-

¹ O parâmetro SUS do gasto *per capita* federal mensal variou de R\$6,8 em 1994 para R\$8,24 em 1999 (MS/valores inflacionados pelo INPC-IBGE). Dados do Ipea apresentam para 1995 o gasto público anual em saúde da ordem de R\$158,39 (R\$12,35 *per capita* mensal), sendo R\$96,1 federais, R\$35,0 estaduais e R\$17,2 municipais.

ontologia. A contratação de serviços é utilizada para a oferta de assistência médica em todos os institutos, de forma exclusiva ou combinada com serviços próprios (figura 11). Os tipos de serviços contratados incluem internações, consultas, SADT e cirurgias (tabela 5).

Figura 9
 Institutos de previdência estaduais e municipais,
 segundo tipo de planos de assistência médica oferecido*
 (2001)



* Dois institutos oferecem assistência domiciliar. Um instituto sem informação.

Figura 10
 Institutos de previdência estaduais e municipais, segundo
 oferta de planos de assistência médica diferenciados
 (2001)

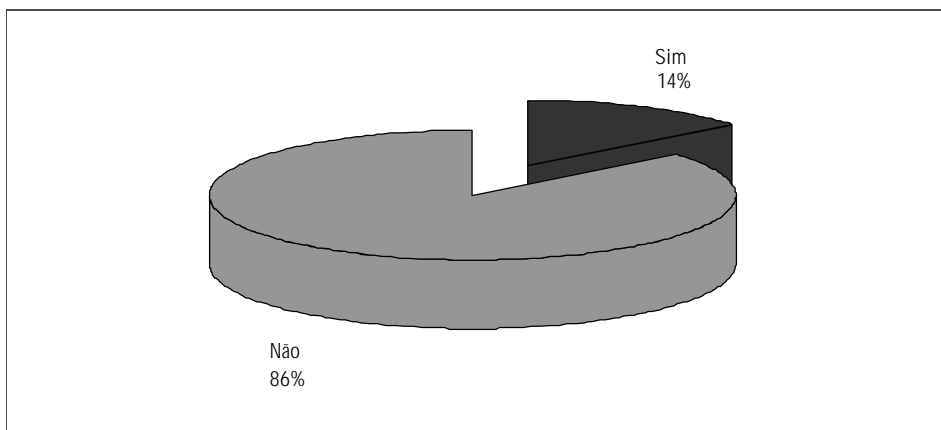
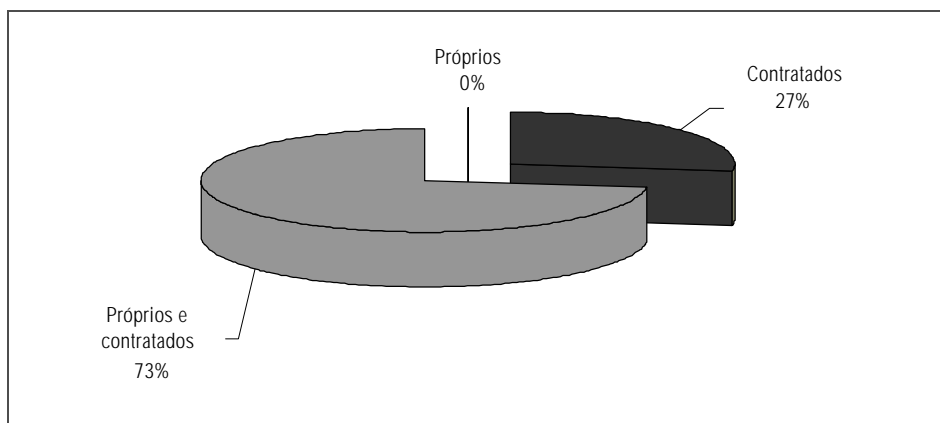


Figura 11

Institutos de previdência estaduais e municipais,
segundo tipo de prestadores de serviços de saúde
(2001)



A tabela 5 mostra o número de institutos e o percentual por tipo de assistência que contratam serviços de terceiros. Observa-se que a grande maioria mantém serviços contratados para provisão em todos os tipos de assistência.

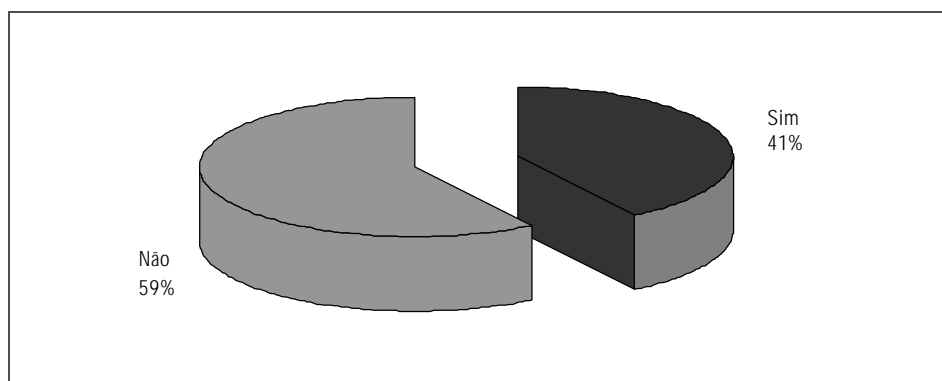
Tipo de assistência	Nº	%
Internação	21	95,40
Consulta	18	81,80
SADT	19	86,40
Cirurgia	17	86,40

Os convênios de reciprocidade foram firmados a partir da atuação da Abipem, facilitando o atendimento pelos institutos locais dos servidores públicos que residem ou têm funções temporárias em outro estado, estando previsto posterior ressarcimento. Observe-se na figura 12 que 41% dos institutos mantêm esse tipo de convênio, percentual que é afetado por dois fatores: a

mudança de legislação e as novas formas de adesão nos institutos estaduais, além da incipiente entrada de institutos municipais nesse tipo de convênio. Feitas essas observações e ao considerarmos a amostra estudada, vemos que esse percentual é alto, o que possibilita o atendimento médico aos servidores públicos em quase todo o território nacional.

Figura 12

Institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo a existência de convênios de reciprocidade (2001)



Indicadores de utilização de serviços

As tabelas 6 a 8 apresentam uma relação entre o gasto mensal *per capita* e a produção de consultas, internações e SADT por beneficiário de cada instituto. Os parâmetros utilizados para análise foram os seguintes: três consultas por beneficiário/ano, 8% de internação sobre o total de beneficiários e seis exames por beneficiário/ano (dois exames por consulta beneficiário/ano).²

Os dados apontam para uma maior utilização do tipo de atendimento internação em relação às consultas e aos exames. Com exceção dos exames, consultas foram mais utilizadas pelos beneficiários dos institutos municipais do que dos estaduais, provavelmente pela maior facilidade de acesso a esses serviços. Existe ainda a possibilidade de os beneficiários uti-

² Os parâmetros encontrados no SUS referentes à internação por 100 habitantes/ano variaram de 9,24% em 1995 para 7,19% em 1999, e os de consultas médicas SUS/habitante/ano de 1,91% em 1995 para 2,19% em 1999.

lizarem os planos dos institutos para os procedimentos mais caros, utilizando outras operadoras de planos de saúde para consultas e exames de menor custo.

Observa-se na tabela 6 uma correlação nos dois grupos de institutos com gasto mensal *per capita* maior ou igual e menor que R\$30,00 e as coberturas de internações acima de oito internações por 100 beneficiários e abaixo desse parâmetro, com exceção do segundo grupo de Goiás, Salvador e Santa Catarina. O parâmetro foi alcançado por 50% dos institutos e por 53,82 e 44,44% dos institutos municipais e estaduais, respectivamente. A co-participação para internações foi referida por quatro institutos, ou 13,6% do total.

Chamam a atenção para análise os valores encontrados no primeiro grupo, muito acima do parâmetro estabelecido. No caso do instituto do Rio Grande do Sul a justificativa dada por seus dirigentes para o percentual de 16,5% de internações foi incluir exames complementares de alta complexidade na lista de co-participação, o que resultou num aumento de internações para realizações de tais exames (ressonância, tomografia etc.). Os casos de alguns institutos que possuem co-participação podem ter a mesma razão, mas a hipótese de problemas de gestão ligados a auditoria e controle parece ser mais pertinente.

Instituto	Estado e/ou município	Gasto <i>per capita</i> mês (R\$)**	Internações/ 100 beneficiários**
Ipep	PB	5,75	2,19
Itaprevi	Itaboraí (RJ)	7,25	2,23
Iamspe	SP	10,06	2,60
IPM	Fortaleza (CE)	11,02	3,70
HSPM	São Paulo (SP)	13,24	2,29
IPMDC	Duque de Caxias (RJ)*	14,68	0,31
Ipasgo	GO*	17,54	14,82
Ipmat	MS	18,87	2,64
Ipamb	Belém (PA)	21,32	7,34
IPS	Salvador (BA)*	22,40	10,3
Funserv	Campo Grande (MS)	22,76	3,79
Ipsc	SC*	23,59	9,49

Ipesaude	SE	24,10	7,06
Ipsemg	MG	31,33	2,30
Ipergs	RS	31,35	16,50
Seprev	Indaiatuba (SP)	31,84	11,86
IPMC	Cascavel (PR)	33,13	29,87
Capsema	Maringá (PR)	36,17	15,56
Planserv	BA	47,56	12,86
Ipam	Caxias do Sul (RS)	76,17	11,58
CAAPSML	Londrina (PR)	79,32	15,14
ISM	Goiânia (GO)	85,33	11,49

* Com co-participação.
 ** Valores em itálico: dentro dos parâmetros estabelecidos.

Observa-se na tabela 7 que a maioria dos institutos (77,8%) apresenta uma utilização de consultas abaixo do parâmetro estabelecido, e somente cinco institutos atingiram o parâmetro de três consultas por beneficiário/ano (22,7% do total). A maioria (80%) desses institutos está entre os de gasto mensal *per capita* maior ou igual a R\$30,00. Entre os institutos municipais, quatro, ou 30,8%, estavam dentro do parâmetro, o que se deu com apenas um instituto estadual (11,2%). A co-participação foi referida por nove, ou 40,9% dos institutos, e pode ser vista como um fator regulador para o número de consultas. Para os demais institutos, a restrição na oferta provavelmente se deve à disponibilidade de recursos.

Tabela 7
 Institutos de previdência estaduais e municipais com assistência médica, segundo gasto mensal *per capita* em R\$ e número de consultas por beneficiário/ano (2001)

Instituto	Estado e/ou município	Gasto <i>per capita</i> / mês**	Consultas/beneficiário**
Ipep	PB	5,75	0,22
Itaprevi	Itaboraí (RJ)	7,25	1,48
Iamspe	SP	10,06	0,72
IPM	Fortaleza (CE)*	11,02	0,99
HSPM	São Paulo (SP)*	13,24	0,95
IPMDC	Duque de Caxias (RJ)*	14,68	0,90

lpasgo	GO*	17,54	1,45
lpemat	MS	18,87	0,35
lpamb	Belém (PA)	21,32	3,55
IPS	Salvador (BA)*	22,40	1,40
Funserv	Campo Grande (MS)*	22,76	2,96
lpesc	SC	23,59	2,73
lpesaude	SE	24,10	2,26
lpsemg	MG	31,33	1,25
lpergs	RS	31,35	2,26
Seprev	Indaiatuba (SP)*	31,84	2,83
IPMC	Cascavel (PR)*	33,13	5,36
Capsema	Maringá (PR)	36,17	2,14
Planserv	BA	47,56	3,57
lpam	Caxias do Sul (RS)	76,17	4,70
CAAPSML	Londrina (PR)*	79,32	3,62
ISM	Goiânia (GO)	85,33	2,12

* Com co-participação.
 ** Valores em itálico: dentro dos parâmetros estabelecidos.

Observa-se que dois institutos atingiram o parâmetro estabelecido de seis exames por beneficiário (13,6% do total), conforme os dados constantes da tabela 8, sendo ambos estaduais. A co-participação foi referida por três institutos, ou 13,6% deles.

Instituto	Estado e/ou município	Gasto <i>per capita</i> /mês**	Exames/beneficiário**
lpep	PB	5,75	0,19
ltaprevi	Itaboraí (RJ)	7,25	4,36
lamspe	SP	10,06	1,92
IPM	Fortaleza (CE)*	11,02	1,18

HSPM	São Paulo (SP)*	13,24	1,87
IPMDC	Duque de Caxias (RJ)*	14,68	0,11
Ipasgo	GO	17,54	1,23
Ipemat	MS	18,87	0,93
Ipamb	Belém (PA)	21,32	3,64
IPS	Salvador (BA)	22,40	0,74
Funserv	Campo Grande (MS)	22,76	2,92
Ipesc	SC	23,59	7,34
Ipesaude	SE	24,10	2,79
Ipsemg	MG	31,33	2,10
Ipergs	RS	31,35	5,89
Seprev	Indaiatuba (SP)	31,84	1,28
IPMC	Cascavel (PR)	33,13	-
Capsema	Maringá (PR)	36,17	1,73
Planserv	BA	47,56	10,97
Ipam	Caxias do Sul (RS)	76,17	4,92
CAAPSMML	Londrina (PR)	79,32	4,66
ISM	Goiânia (GO)	85,33	1,60

* Com co-participação.
 ** Valores em Itálico: dentro dos parâmetros estabelecidos.

Condicionantes e tendências

A discussão dos condicionantes e tendências da assistência à saúde prestada pelos institutos de previdência estaduais e municipais deve levar em consideração tanto os dados empíricos obtidos na pesquisa quanto os temas presentes nas recentes reformas do Estado e o contexto setorial da saúde.

A primeira questão a ser discutida é a permanência da prestação de assistência médica aos servidores públicos estaduais e municipais, sejam eles do Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário, sob a forma atual de seguro social público.

O contexto setorial da saúde questiona essa permanência, tendo em vista os princípios da universalidade e da equidade preconizados pelo SUS, principalmente no que se refere à participação direta do Estado no financiamento desses sistemas. Arguiu-se a iniquidade na alocação de recursos públicos, dados que estes são escassos, e não se deve privilegiar nenhum segmento específico da sociedade.

Esse mesmo tipo de argumento estende-se ao sistema da assistência supletiva prestada por planos e seguros de saúde, em que a renúncia fiscal e a exclusão de certos tipos de cobertura subsidiam o sistema privado e sobrecarregam a assistência de alta complexidade ofertada pelo SUS.³ Convém ressaltar que a situação da assistência à saúde exercida pelas operadoras de planos, seguros privados e sistemas de autogestão abrange perto de 35 milhões de brasileiros.

O argumento aqui é de outra natureza: pode não existir contradição entre a existência do SUS e a permanência de um sistema próprio para os servidores públicos. O Estado pode oferecer a assistência à saúde do servidor público como um benefício, de forma que não existe afronta aos valores éticos vigentes na sociedade brasileira atual. A negação dessa possibilidade talvez seja fruto de uma discriminação negativa para com o servidor público.

No tocante à questão previdenciária, as propostas de unificação dos sistemas público e privado têm encontrado resistência nos movimentos corporativos dos setores organizados do funcionalismo, tanto em defesa dos direitos adquiridos como também cobrando as especificidades do trabalho no setor público (incluem-se aqui, além dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, as Forças Armadas). Assinale-se que a separação dos fundos de assistência e previdência foi um passo importante no sentido de regulamentar o setor de assistência, mas tímido frente ao volume de recursos financeiros envolvidos e à quantidade de pessoas cobertas por esse sistema.

A permanência desse sistema, seja ele mantido como seguro social (envolvendo o sistema de contribuição compulsória e a contrapartida do Estado) ou sob a forma de mercado aberto — adesão individual e preços com base em riscos individuais —, requer uma discussão e um posicionamento do Estado quanto à política de recursos humanos a ser adotada, pois este estudo mostrou que mesmo essas alternativas estão sendo subsidiadas atualmente pelos estados e municípios.

Em recente encontro de institutos realizado em São Paulo, uma das questões mais debatidas em relação à política de recursos humanos dos estados e municípios foi a precariedade dos órgãos responsáveis pelas ações relacionadas à saúde ocupacional (admissão, exames periódicos, afastamentos por problemas de saúde, readaptações, prevenção de acidentes, entre outras), além do pequeno investimento e da escassa regulamentação da área, com prejuízos funcionais e financeiros na atuação dos serviços públicos. As interfaces desse

³ Nas relações de contrato de trabalho no setor privado, a assistência médica tem sido um benefício negociado entre empregadores e trabalhadores. Nessa situação, os empregadores privados estabelecem contratos com operadoras e participam do financiamento do benefício, e o Estado subsidia tanto os segurados desses planos como os empregadores privados que oferecem a assistência médica como benefício, mediante abdicção de receita e incentivos fiscais.

setor com os institutos merecem um estudo, podendo um novo desenho de modelo assistencial para os institutos integrar essas ações, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados aos servidores.

Quanto ao financiamento dos institutos nas diferentes formas encontradas, somente em 13,64% o governo é a única fonte, e em 9,09% o servidor. Nos demais, a composição das diferentes fontes é a tendência observada, o que evidencia, dado o número de beneficiários, um elemento favorável à viabilidade financeira do sistema. Os dados que correlacionam o gasto *per capita* mensal e os parâmetros de oferta de serviços também corroboram essa afirmativa: para aqueles que possuem diferentes fontes de financiamento há viabilidade financeira, além de apresentarem valores de gasto *per capita* abaixo do mercado.

Outro elemento observado no estudo que favorece esse aspecto é a realização de convênios entre os diferentes institutos (reciprocidade), que aponta para uma cobertura nacional.

Apesar de singular, a experiência do Rio Grande do Sul, que mantém convênios com 166 prefeituras para o atendimento aos seus servidores — estabelecendo para a rede contratada um fator de escala, o que permite maior sustentação e factibilidade ao sistema —, merece ser estudada de maneira mais aprofundada.

Por fim, a diferenciação de planos para hotelaria observada em apenas 14% dos institutos estudados pode ser um condicionante importante no grau de satisfação dos servidores públicos, dada a grande diversidade cultural desse universo, que inclui desde serventes até juízes.

5. Considerações finais

Uma questão abrangente para discussão desse tema refere-se ao papel do servidor público e à visão da assistência médica diferenciada como parte integrante de uma política ativa de recursos humanos para os mesmos. De fato, quanto ao seu papel o funcionalismo público vem sofrendo um processo de perda de prestígio na sociedade, porque o servidor público não é visto como um agente de realização da missão do Estado. A realização dos direitos e deveres do cidadão é, em última instância, responsabilidade do Estado, que possui instituições legislativas, judiciárias e executivas com poder para garantir o exercício da cidadania. Essas instituições são operadas pelos servidores públicos, portanto o servidor público é um elemento importante para o funcionamento do Estado. Seu compromisso deve ser necessariamente com a cidadania, com a realização da missão do Estado, e visto dessa forma é um elemento estratégico para o processo democrático. A ausência dessa visão dentro do Estado, no seio do funcionalismo, na mídia e no senso comum da população dificulta a elabo-

ração de um pacto no qual o servidor se comprometa com o cidadão e este, mediado pelo Estado, se comprometa com o servidor, desenvolvendo um sistema de atenção à sua saúde como um benefício dentro de uma política adequada de recursos humanos.

Como conseqüência desses problemas, surgem resistências adicionais para a obtenção da participação do governo no financiamento do sistema. Tanto no Poder Executivo quanto no Poder Legislativo existe forte oposição à alocação de recursos públicos na assistência à saúde dos servidores públicos. Porém, sem a participação do governo no financiamento é praticamente impossível viabilizar um sistema de atenção à saúde do servidor com um modelo de seguro social público.⁴

O modelo de seguro social público oferece a possibilidade de incluir a família dos servidores de menor renda familiar, isso porque sendo a participação compulsória e o valor da contribuição proporcional aos vencimentos, o sistema assume uma característica distributiva, beneficiando os servidores que possuem os menores rendimentos. A contribuição compulsória, ao incluir no sistema os mais jovens e mais “saudáveis”, evita uma seleção negativa, reduzindo assim o risco médio de saúde da população segurada. Essa condição, aliada à ausência de gastos com publicidade e venda de apólices, permite ao sistema operar com uma receita *per capita* média menor, sendo possível que as maiores contribuições permaneçam com valores abaixo daqueles praticados no mercado da assistência médica supletiva privada. Ainda pelo fato de não existir relação entre o risco individual e a contribuição individual, o modelo inclui de forma solidária aqueles que apresentam maiores riscos individuais, como os idosos, que teriam de despendar altos valores para adquirir planos de mercado. Esse tipo de modelo é um poderoso sistema de proteção social, adequado para proteger grandes grupos e se configurando num excelente benefício para uma política de recursos humanos da esfera pública.

Essa opção, entretanto, tem encontrado vários tipos de dificuldades para se manter. O maior problema é a obtenção e a manutenção de seu equilíbrio financeiro, ou seja, o equilíbrio entre suas receitas e despesas.

Sua receita é composta quase que exclusivamente pela contribuição dos servidores, fixada por lei, e em parte por orçamentos públicos, portanto seus reajustes são processos morosos que costumam não acompanhar a tendência de crescimento dos gastos com os benefícios assistenciais. Até, pelo con-

⁴ O seguro social público é caracterizado tanto pela contribuição compulsória dos servidores quanto pela participação do Estado na administração e no financiamento do sistema. A fixação dos valores das contribuições é feita por lei, sendo normalmente uma alíquota aplicada sobre os vencimentos do servidor e em igual proporção ao orçamento estadual ou municipal.

trário, se observa um aumento dos benefícios e beneficiários e a redução do número de contribuintes nas sucessivas alterações da legislação.

Esse desequilíbrio tem resultado numa oferta de serviços em quantidade menor que a demandada, o que desencadeia entre os segurados um grau de insatisfação com o sistema, gerando reações desfavoráveis que, às vezes, são de franca hostilidade. Acresce que os servidores públicos são heterogêneos nas suas exigências culturais e no seu poder aquisitivo. Com a mesma alíquota há uma grande amplitude de variação das contribuições, sendo que as maiores têm mais de 100 vezes o valor das menores. Existe uma quantidade de servidores com poder aquisitivo suficiente para comprar planos de saúde no mercado. Esses servidores buscam tipos de atendimento de acordo com suas exigências culturais: internação em apartamentos, consultas médicas em consultórios com hora marcada e sem filas de espera, condições de atendimento que o sistema não tem conseguido oferecer. A oferta insuficiente também obriga parte dos servidores de menor poder aquisitivo a buscar atendimento nos serviços do SUS.

Essa situação retira a legitimidade dos institutos, dado que esses segmentos acabam questionando a obrigatoriedade das suas contribuições. Uns não vêem sentido na sua contribuição, já que utilizam os serviços do SUS em igualdade de condições com qualquer outro cidadão; outros consideram injusto contribuir para o atendimento de outros servidores enquanto pagam um plano privado para obter o seu próprio atendimento. De maneira geral, está ausente uma consciência crítica de que se trata de um sistema de seguro social, portanto de proteção coletiva.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a maior parte dos servidores adquire planos de saúde privados com intermediação das suas entidades associativas e sindicatos, ou ainda dos próprios órgãos em que trabalham, transformando tais planos em pseudocontratos coletivos. O volume de recursos envolvidos nessa aquisição de planos é muitas vezes superior ao orçamento de alguns institutos. Essa massa de recursos cria um conjunto de interesses materiais que termina agregando dificuldades políticas e operacionais adicionais: grandes hospitais não aceitam atender segurados dos institutos (para poder manter nos planos privados os servidores de maior renda), o que restringe as possibilidades de os institutos ampliarem regionalmente a oferta de serviços.

No tipo de sistema de adesão facultativa, característica do seguro privado, o valor das contribuições dos segurados é maior, e normalmente esse tipo de modelo permite com algum grau de liberdade a livre escolha dos consultórios médicos e a internação em apartamentos individualizados. Não costuma haver estrangulamento na demanda, e os segurados demonstram satisfação com o atendimento.

Entretanto, pelo mesmo fato de a adesão ser facultativa há exclusão de uma parte dos servidores e, como conseqüência, esse sistema não é um in-

strumento adequado para ser utilizado como um benefício na política de recursos humanos.

Se os estados também contribuem para o financiamento do sistema, é possível reduzir os valores das contribuições dos segurados, ampliando o grau de adesão. Como exemplo, pode-se citar o caso de São Paulo (Iamspe), onde os funcionários são descontados em 2% dos seus vencimentos e 74% contribuem com valores inferiores a R\$30,00 por mês. Esse enorme contingente de servidores não teria possibilidades de adquirir planos de saúde, o que impõe a opção pelo modelo de seguro social para esse instituto.

Por fim, independentemente dos rumos que possam tomar as reformas do Estado, e especificamente a previdenciária, esse setor da assistência à saúde merece um estudo mais aprofundado, bem como uma regulamentação efetiva, seja por parte do Ministério da Saúde propriamente dito, ou por sua Agência de Saúde Suplementar.

Referências bibliográficas

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 329-340, 2001.

——— et al. Segmentação da demanda dos planos privados e seguros privados de saúde: uma análise das informações da Pnad/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.

CARVALHO, M. S. Introdução. In: JUNQUEIRA, Luciano A. P. (Coord.). *Reforma do Estado e mudança institucional: o caso do Iamspe*. São Paulo: Secretaria da Administração e Modernização do Serviço Público/Fundap/Iamspe, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Cadernos de Saúde Suplementar*, n. 1 a 4, Brasília, 2000/2001.

———. Secretaria de Assistência à Saúde. *Assistência hospitalar no SUS — 1995/1999*, Brasília, 2000.

VIANA, A. L. O papel do Iamspe e o modelo de seguro social. In: JUNQUEIRA, Luciano A. P. (Coord.). *Reforma do Estado e mudança institucional: o caso do Iamspe*. São Paulo: Secretaria da Administração e Modernização do Serviço Público/Fundap/Iamspe, 1998.