INCENTIVOS GOVERNAMENTAIS AO SETOR PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL*

André Cezar Médici**

1.Introdução; 2. A assistência médica privada no Brasil nos anos 60 e 70; 3. Características e modalidades de funcionamento da rede privada de serviços de saúde contratada pelo Inamps nos anos 80; 4. O setor privado autônomo de saúde nos anos 80; 5. Incentivos governamentais do setor privado de saúde no Brasil.

Descrição das origens da assistência médica no Brasil. Apresentação das características da rede privada contratada pelo Inamps. Avaliação do processo de gênese das formas "autônomas" de prestação de serviços de saúde no Brasil. Descrição dos incentivos governamentais existentes para o setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil.

Summary

GOVERNMENTAL INCENTIVES FOR THE HEALTH PRIVATE SECTOR IN BRAZIL

This study intends to describe the origins of private medical care in Brazil, mainly as concerns its interrelationship with the public sector. Thus, the work seeks the knowledge of some characteristics of the private network under contract with the Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – National Institute for Medical Care and Social Security), during the '70s and the '80s, as well as a means of appraisal for the generation of "autonomous" types of rendering medical care in Brazil, such as the Group Medicine of Medical Cooperatives, the "Self-Programs" of the enterprises and the entities of Health Insurance.

Finally, there is a description of governmental incentives that, directly or indirectly, are available to the private sector rendering health services in Brazil.

Palavras-chave:
Assistência médica; setor privado; incentivos governamentais.

1. *Introdução*

Sob a ótica da análise econômica, o mercado de serviços de saúde não pode ser considerado como um mercado típico. Do lado da "teoria do consumidor", pode-se

* Artigo elaborado em mar., recebido em jul. e aceito em dez. 1991.
** Professor e pesquisador na Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE.

dizer que nem sempre um indivíduo conhece "todas as informações necessárias" para escolher que tipo de serviço deseja consumir.

Ao desconhecer as condições de incidência da doença e a eficácia do tratamento, o consumidor revela enorme dependência em face do prestador de serviços. É o profissional de saúde, em geral, quem vai lhe indicar quais os tipos de serviços, medicamentos e exames que deverão ser consumidos para um dado quadro de sintomas.

Pelo lado da produção, pode-se dizer que a determinação do preço não é dada somente pelas condições de oferta e demanda. O grande número de especialidades, as corporações médicas, o caráter oligopolista dos hospitais de especialidades, etc. fazem com que não existam padrões clássicos de formação de preços. Estes, em geral, são formados por mecanismos externos ao mercado, como tabelas de remuneração fixadas por entidades médicas, por exemplo.

Deve-se mencionar também que, no que diz respeito ao campo da saúde pública, o consumo de cuidados de saúde está associado a efeitos externos. O benefício trazido por uma campanha de vacinação não se limita ao indivíduo, mas sim a toda a comunidade, através da interrupção da cadeia de transmissibilidade da doença. Essa característica faz com que tais medidas necessitem de uma entidade coletiva, como o Estado, para a sua consecução.

Uma quarta característica distintiva desse mercado tem sido sua grande relação com o Governo, o qual, freqüentemente, compra serviços, fixa padrões e normas de qualidade e até mesmo preços para tais serviços.

O Estado tem atuado no campo da saúde:

a) como prestador de serviços, fornecendo cuidados básicos para populações carentes, ou oferecendo serviços que não são atrativos para as entidades privadas, dado seu alto custo ou baixa rentabilidade;

b) através da concessão de benefícios, ou seja, reduzindo o preço como forma de ampliar a demanda para segmentos carentes e não cobertos;

c) como instância de regulação do mercado, fixando normas, padrões de qualidade, preços, etc.

As formas privadas de atenção à saúde foram modificando-se muito ao longo do tempo. Caracterizavam-se, nas épocas mais remotas, pela presença do médico enquanto profissional liberal, em sua livre relação com os pacientes. A atenção hospitalar era pequena, tinha caráter de clausura e restringia-se ou a casos terminais, ou às enfermidades mentais.

Embora a maioria dos hospitais, em quase todos os países do mundo, tenha-se originado a partir do Estado, ou de atividades beneficentes e filantrópicas, ligadas a instituições religiosas, corporações profissionais e sindicatos, foi surgindo, com o tempo, um espaço próprio para o desenvolvimento das empresas médicas. Esse espaço tem uma dupla origem:

a) do lado das famílias, a insatisfação com os sistemas públicos de saúde ou privados de assistência médica previdenciária, e a necessidade de uma atenção médica cujo atendimento fosse mais rápido, de melhor qualidade ou propiciasse sistemas de

padrões de conforto diferenciados para quem pudesse pagar (quartos particulares com direito a acompanhante, em vez de enfermarias, por exemplo);

b) do lado das empresas, a necessidade de manter padrões de regularidade e satisfação da força de trabalho, tendo em vista reduzir o absenteísmo, aumentar a produtividade e a qualidade da mão-de-obra. Em geral, na medida em que os sistemas públicos vão tornando-se insuficientes para cobrir esses requisitos, abre-se um grande espaço para o funcionamento do setor privado autônomo, o qual surgiu sob a forma de organização das empresas médicas.

2. *A assistência médica privada no Brasil nos anos 60 e 70*

A origem do setor privado em saúde no Brasil está associada, de um lado, à medicina liberal, e, de outro, à atenção médica das entidades beneficentes e filantrópicas, em geral pertencentes a instituições religiosas. As "Santas Casas da Misericórdia" constituem a expressão mais nítida desta afirmação.

A rede hospitalar privada, em meados dos anos 50, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Repousava basicamente na estrutura das Santas Casas da Misericórdia. No entanto, seu custeio era cada vez mais feito pelo poder público. Como afirma o próprio Plano de Metas para Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico:

"Cerca de 62,1% do total de leitos existentes no Brasil pertencem a entidades ditas particulares que, no entanto, dependem cada vez mais do auxílio do poder público para seu custeio. Tal orientação contraria os princípios da organização democrática que tornam incompatível o emprego do dinheiro público para fins de caridade ou filantropia.[1]

Esta era a posição oficial do Governo João Goulart sobre a relação público x privado em saúde. A solução proposta pelo Plano Trienal passa obviamente pela construção e ampliação da infra-estrutura pública no setor, ao lado da redução do papel do setor privado na atenção à saúde. Esta visão, hegemônica entre os sanitaristas, característica do discurso nacional - desenvolvimentista em saúde, somava-se a um conjunto de propostas onde se defendia a descentralização da rede pública e o aumento do papel dos estados e municípios na oferta gratuita de serviços de saúde para toda a população.

Embora esta fosse a posição oficial, vários segmentos da sociedade defendiam um outro tipo de papel para o setor privado, especialmente no período 1960-1964, quando foi maior a polêmica sobre a questão estatização x privatização em saúde. A Associação Médica Brasileira (AMB) posicionava-se freqüentemente a favor da medicina liberal e da livre escolha.

No interior das organizações onde vicejava a medicina previdenciária pública — os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)[2] — desenvolviam-se algumas

[1] *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social 1963/1965.* Brasília, dez. de 1962.

[2] Sobre a origem, estrutura e evolução dos IAPs e do próprio complexo previdenciário brasileiro, existe hoje uma vasta literatura, de forma que o autor não pretende desenvolver este aspecto. Para

ações que apontavam cada vez mais no sentido da privatização da atenção médica. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), um dos últimos institutos a serem criados, foi o primeiro a realizar convênios e contratos com empresas médicas e casas de saúde. Muitos outros seguiram esse caminho.

Com o golpe militar de 1964, criam-se as condições políticas para unificação dos IAPs num único instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tal unificação era desejada por segmentos governamentais desde meados dos anos 50. O esforço nessa direção, antes de 1964, resultou na promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) em 1960, que nunca entrou em vigor por pressões corporativas dos sindicatos e dos dirigentes dos institutos que sempre foram contra a unificação sob o pretexto de que haveria queda na qualidade do atendimento e redução das vantagens dos planos de benefícios, para muitas categorias profissionais.

A partir de 1964, o governo militar depõe os antigos dirigentes dos IAPs, substituindo-os por interventores que pudessem avançar as bases para a almejada unificação.

A criação do INPS representou a extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que contribuíssem para a Previdência. Tal medida provocou um crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento disponível nos hospitais e ambulatórios existentes nos antigos IAPs.

Para atender a essa nova demanda, foi necessário lançar mão da expansão, em larga escala, dos contratos, credenciamentos e convênios junto à rede privada de serviços de saúde então existente. Essa solução marca uma mudança da política governamental que passa a ser favorável à utilização da rede privada na prestação de serviços públicos de saúde. O novo Plano Nacional de Saúde caracteriza, nas palavras de Madel Luz,[3] um modelo estatal-privatista, que se diferencia do discurso privatista liberal existente antes de 1964.

A diferença básica é que o discurso privatista-liberal defendia a renúncia do Estado frente à questão da saúde para que o setor privado tomasse seu espaço junto ao mercado de assistência médica das famílias e empresas. Já o discurso estatista-privatista defende a contratação do setor privado para executar serviços de responsabilidade do Estado.

Dois planos governamentais marcam a prática estatal-privatista no período 1968-74: o Plano de Coordenação de Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, do Ministro Leonel Miranda (1958), e o Programa de Pronta Ação (PPA) de 1974.

O primeiro transfere a assistência médica previdenciária para o Ministério da Saúde e, diferentemente dos planos anteriores, introduz dispositivos destinados a

maiores esclarecimentos, procurar: Luz, M. J. *As instituições médicas no Brasil.* Rio de Janeiro, Graal, 1979; Possas, C.A. *Saúde e trabalho*: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1982; Braga, J.C. & Goes de Paula, S. *Saúde e previdência:* ensaios de política social. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1982; e Fleury, S. & Oliveira, J. *A (im)previdência social no Brasil.* Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1986.

[3] Luz, M.J. op. cit.

regulamentar a remuneração dos médicos e das instituições privadas, tendo em vista tornar mais fáceis as relações de compra e venda de serviços de saúde por parte do setor público.

Um dos artigos do plano determina que as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada. A população contrataria os serviços e estes seriam parcialmente descontados dos salários, estando limitados por tetos, em valores estabelecidos pelo Governo. As pressões contrárias ao plano foram muito fortes e acabaram por derrubar Leonel Miranda do Ministério da Saúde, que foi substituído por Rocha Lagoa.

O Plano é, dessa forma, abandonado e a assistência médica permanece no âmbito da previdência (Ministério do Trabalho e Previdência Social). A relação com o setor privado, em que pese ao fato de se intensificar, passa a ser regulada sob a forma de pagamento por unidade de serviço prestado.

Entre 1968 e 1974 cresce o espaço de regulamentação das relações entre o setor público e o setor privado. O Estado centraliza cada vez mais a demanda e a distribui entre os prestadores públicos e privados, os quais passam a receber através de convênios e credenciamentos.

Outro marco do modelo estatal-privatista foi a Portaria nº 39, de 1974, promulgada pelo então recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que instituiu o Programa de Pronta Ação (PPA).

Esse programa tinha algumas características específicas, cabendo destacar:

a) o destino das ações de alta especialização aos hospitais próprios da rede previdenciária;

b) a obrigatoriedade das empresas de prestar assistência aos seus empregados devendo, para tal, ter serviços próprios ou contratados destinados ao atendimento de seus empregados e dependentes, em casos de doença;

c) a definição de normas para o credenciamento de médicos;

d) a introdução do critério de livre escolha de profissionais, por parte da clientela previdenciária;

e) a atribuição de prioridade, na celebração de convênios, aos estabelecimentos privados que detenham pronto-socorro, os quais passariam a atender clientela universal.

Em 1974 ainda foi promulgada a Portaria nº 78, de 10 de outubro de 1974, que regulamenta a prática do seguro-saúde privado, articulando-a com o sistema previdenciário mediante o credenciamento de entidades médicas. Assim, as instituições de Previdência Social passariam a poder credenciar instituições de seguro-saúde (definidas no art. 129 do Decreto-lei nº 73, de 31 de novembro de 1966); sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares; cooperativas médicas (reguladas pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971) e até mesmo empresas de medicina de grupo.

No entanto, a rede privada contratada, apesar de desafogar temporariamente o estrangulamento momentâneo da demanda por serviços de saúde no período 1968-74, não detinha suficiente capacidade instalada para suprir a demanda latente que aumentava rapidamente com o crescimento da população economica-

mente ativa e do setor formal do mercado de trabalho. Foi a partir dessa avaliação que passaram a ser utilizados recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1984 e administrado pela Caixa Econômica Federal, para destinar recursos oriundos das loterias federal e esportiva ao financiamento do investimento na rede privada de serviços.

As propostas de financiamento do FAS eram aprovadas pelo Conselho de Desenvolvimento Social. Embora este recomendasse que somente 30% dos recursos devessem ser destinados ao setor privado, sendo o restante voltado ao investimento social no setor público, na área de saúde ocorreu justamente o inverso.

Absorvendo cerca de 20,3% dos recursos do FAS no período 1974-77, o setor saúde recebeu recursos para investimento no valor de US$224,1 milhões em 1987,[4] dos quais 79,7% foram destinados à ampliação e à modernização da capacidade instalada do setor privado. Esses recursos eram emprestados mediante condições bem especiais: longos prazos de carência e taxas de juros largamente subsidiadas.

Assim, dadas as condições de expansão do investimento e de garantia da demanda por parte do setor público, o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se fortemente ao longo dos anos 70, chegando a receber, em média, mais de 70% dos recursos da previdência social gastos com assistência médica.

Essa situação fazia com que boa parte do esforço do setor privado ficasse voltada para atender ao mercado criado pelo setor público. Além do mais, não havia muitas queixas quanto à qualidade dos serviços oferecidos diretamente pelo setor público. A década de 70 foi marcada por um forte movimento de expansão da cobertura da assistência médica sob a égide da previdência social.

Todos esses fatores faziam com que as formas privadas autônomas de prestação de serviços de saúde, ou seja, a medicina de grupo, o seguro-saúde, os autoprogramas e as cooperativas médicas — todas ainda embrionárias — não tivessem o crescimento e a importância que lhes seriam conferidos na década seguinte.

3. *Características e modalidades de funcionamento da rede privada de serviços de saúde contratada pelo Inamps nos anos 80* [5]

Nos anos 80, o setor privado de saúde no Brasil teve algumas modificações em sua estrutura, com ampliação de seu escopo no volume e na qualidade da assistência médica prestada à população. Tais mudanças devem ser explicadas pelo aumento das "classes médias" da população, pela relativa intensificação das relações de formalização do mercado de trabalho, pelo deslocamento de capitais privados para o setor e pela perda de qualidade da atenção médica oferecida pelo setor público, criando insatisfação crescente entre as classes médias, os trabalhadores formais e as empresas.

[4] Dados extraídos de Braga, J.C. & Goes de Paula, S. op cit., e convertidos em dólares de 1977.

[5] Boa parte das informações constantes desta seção foi extraída dos trabalhos de Médici, A.C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil*: dimensão, estrutura e funcionamento. Rio de Janeiro, Ence/IBGE, Relatório Técnico n. 2/90, maio 1990; e ——. *A medicina de grupo no Brasil*. Rio de Janeiro, Ence/IBGE, Relatório Técnico n. 5/90, jun. 1990.

Em termos mais gerais podem ser identificados quatro segmentos do mercado privado de serviços de saúde no Brasil, a saber: o segmento privado contratado pelo setor público; o segmento médico-assistencial das empresas (e categorias profissionais); o segmento médico-assistencial das famílias e o segmento beneficente e filantrópico.

O primeiro e o último desses segmentos, no atual quadro da política de saúde, têm destinado suas atividades, em geral, aos cuidados com programas universais de saúde, sejam operacionalizados pelo Suds ou por instituições caritativas com clientelas fechadas ou abertas.

É nos segmentos médico-assistenciais das empresas e das famílias que se concentra a parcela mais dinâmica do setor privado em saúde no Brasil, o qual se diversifica em quatro formas básicas de atuação: medicina de grupo, cooperativas médicas, autoprogramas e seguro-saúde. Trataremos desses segmentos no próximo item.

Antes, porém, de entrar na análise dessa modalidade, pretende-se analisar a evolução do setor privado contratado pelo público nos anos 80, bem como as relações entre esses dois setores.

Como foi visto anteriormente, os anos 70 foram marcados por uma política de hospitalização de largas proporções. Entre 1970 e 1982, o número de internações hospitalares evoluiu de 2,8 para 13,1 milhões. Já nos anos 80 observa-se um descenso da política de hospitalização em prol do crescimento da produção de serviços ambulatoriais. Assim, entre 1982 e 1987 a quantidade de internações caiu de 13,1 para 11,7 milhões.

Nesse processo, foi notável a participação da rede privada contratada, a qual respondia por 95,8% das internações em 1970 e por 97,4% em 1976. Tal participação foi declinante na segunda metade dos anos 70 e início dos anos 80, mas, mesmo assim, o setor privado contratado ainda foi responsável por 80,3% das internações hospitalares em 1987 (cerca de 9,4 milhões).

Até o final da primeira metade dos anos 80, o setor privado contratado absorvia a maioria dos recursos desembolsados pelo Inamps. Em 1981, por exemplo, 71,3% dos gastos dessa instituição eram destinados à rede privada de prestadores de serviços, mas esse percentual vem reduzindo-se gradativamente ao longo do tempo. O ano de 1987 foi o primeiro em que o gasto do Inamps com a rede privada foi inferior a 50% das despesas totais dessa instituição, tendo atingido 45,9% dos recursos desembolsados. Em 1988 e 1989 essa participação se reduz para menos de 30% (ver tabela 1).

Vale comentar ainda que os recursos repassados para outras entidades privadas, como sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos e, até mesmo, universidades, praticamente desapareceram em 1989. A razão para tal comportamento, no caso dos estabelecimentos filantrópicos e universidades, encontra-se atrelada ao fato de que tais recursos estão embutidos nos fundos repassados para os estados e municípios (Governo) que, com a descentralização do Suds, passam a funcionar como instâncias intermediárias.

Verifica-se ainda que no ano de 1989 houve uma reversão (embora pequena) do processo de descentralização dos recursos, na medida em que a instância "Governo"

tem reduzida sua participação relativa no bolo dos recursos, aumentando, em contrapartida, os fundos à disposição dos serviços próprios contratados pelo Inamps.

Em linhas gerais, quatro são as modalidades de contratação e conveniamento do Inamps com a rede privada de serviços: contratos feitos com sindicatos, com empresas, com prestadores filantrópicos e, por fim, com estabelecimentos lucrativos

Tabela 1

Distribuição percentual das despesas de assistência médica do Inamps por tipo de prestador —Brasil

(1981-89)

Tipo de prestador de serviço	*Anos de referência*								
	1981	*1982*	*1983*	*1984*	*1985*	*1986*	*1987*	*1988*	*1989*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sindicatos	2,8	2,0	1,7	1,2	1,2	1,0	0,8	0,1	-
Empresas	3,4	3,2	2,0	1,1	0,9	0,4	0,3	0,0	-
Entidades filantrópicas	3,7	4,0	3,6	2,4	2,7	1,7	4,3	0,6	0,2
Governo*	5,7	6,0	5,2	5,4	9,8	12,3	30,4	52,6	45,9
Universidades	2,5	3,2	3,7	3,1	5,7	5,0	4,9	0,4	-
Unidades próprias	20,5	20,5	22,8	21,4	29,9	31,8	18,8	17,9	24,3
Setor privado contratado	61,4	61,1	61,0	65,3	49,8	47,8	40,5	28,4	29,6

Fonte: Inamps.

de saúde. As duas primeiras formas contratuais estão voltadas para dar suporte a clientelas fechadas de empresas ou sindicatos, enquanto que as duas últimas formas são contratos diretos com prestadores de serviços para o atendimento de toda a clientela previdenciária do Inamps.

3.1 Contratos com o setor privado lucrativo

A maior parcela de recursos do Inamps repassados para a rede privada tem sido absorvida pelos chamados estabelecimentos lucrativos. Entre 1981 e 1987 eles absorveram entre 86,1% e 93,9% dos recursos do Inamps destinados aos setores privados contratados (tabela 2). A participação desse setor no total dos recursos privados tem sido crescente, embora possa ser observada uma acentuada queda em 1987, voltando a crescer em 1988 e 1989. No entanto, em termos absolutos, os recursos repassados à rede privada lucrativa têm sido decrescentes, especialmente

Tabela 2

Distribuição percentual dos gastos do Inamps com a rede privada de serviços de saúde — Brasil

(1981-89)

Anos	*Total*	*Sindicatos*	*Empresas*	*Entidades filantrópicas*	*Entidades lucrativas*
1981	100,0	3,9	4,8	5,2	86,1
1982	100,0	2,8	4,5	5,7	87,0
1983	100,0	2,5	2,9	5,3	89,3
1984	100,0	1,7	1,6	3,4	93,3
1985	100,0	2,1	1,7	4,9	91,3
1986	100,0	2,0	0,8	3,3	93,9
1987	100,0	1,7	0,7	9,4	88,2
1988	100,0	0,3	0,2	1,8	97,7
1989	100,0	-	-	0,8	99,2

Fonte: Inamps.

Tabela 3

Evolução da despesa do Inamps com contratos e convênios com a rede privada de saúde — Brasil

(1981-89)

Em US$ milhões de 1986

Anos	*Gastos do Inamps (1)*	*Gasto total com o setor privado (2)*	*Gastos com componentes do setor privado*				*(2)/(1)*
			Sindicatos	*Empresas*	*Entidades filantrópicas*	*Entidades lucrativas*	*(%)*
1981	3.337,5	2.379,6	93,4	113,5	123,5	2.049,2	71,3
1982	3.406,9	2.389,4	68,1	109,0	136,3	2.085,0	70,4
1983	2.740,1	1.868,9	46,6	54,8	98,6	1.668,9	68,2
1984	2.919,3	2.049,3	35,0	32,1	70,1	1.912,1	70,2
1985	3.217,8	1.755,7	37,5	29,0	86,9	1.602,3	54,6
1986	3.413,1	1.733,8	34,1	13,7	58,0	1.628,0	50,8
1987	5.077,2	2.330,4	40,6	15,2	218,3	2.056,3	45,9
1988	4.765,5	1.226,9	3,1	2,0	22,3	1.199,5	25,7
1989	5.026,3	1.225,6	-	-	9,2	1.216,1	24,4

Fonte: Inamps.

nos últimos anos (1988 e 1989), quando passam a representar, em termos reais, quase a metade do que foram no início dos anos 80 e no ano de 1987 (ver tabela 3).

As perspectivas futuras desse segmento de mercado não são, no entanto, das mais otimistas. É lógico que os sistemas governamentais de saúde no Brasil continuam em franca dependência da rede privada contratada para a cobertura de suas metas assistenciais. Tal realidade é gritante, especialmente no segmento hospitalar, onde 80% dos leitos de internação pertencem ao setor privado.

O provável repasse da administração dos convênios com o setor privado lucrativo para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no bojo da estratégia de descentralização do Suds, poderá representar um momento de grandes indefinições para esses convênios, dado que em 1988 e 1989 o valor dos repasses a esse segmento chegou aos menores valores encontrados na década de 80 (US$ 1,1 a 1,2 bilhão).

De qualquer forma, o setor privado já vem buscando mercados alternativos para dar vazão à utilização de sua capacidade instalada e manter sua rentabilidade. Existe, portanto, uma tendência implícita para que o setor privado encontre nas entidades não-governamentais (empresas, famílias, sindicatos, etc.) novas modalidades de expansão. Para ilustrar essa tendência, vale ressaltar que, entre 1980 e 1984, a percentagem de estabelecimentos privados lucrativos conveniados com o Inamps se reduz de 64,6% para 52,8%.[6]

3.2 Contratos com estabelecimentos filantrópicos

Os estabelecimentos de caráter filantrópico representam pequena parcela dos financiamentos voltados à rede contratada. No entanto, sua participação vem aumentando gradativamente nos últimos anos. Em 1987, eles responderam por quase 10% dos recursos do Inamps gastos com a rede contratada. Esse crescimento, que vem ocorrendo desde 1985, deve-se à incorporação da rede filantrópica às estratégias de universalidade da assistência à saúde por parte do Inamps, de forma prioritária, através de modalidades especiais de contrato.

No entanto, nos anos mais recentes (1988 e 1989), o Inamps deixou de financiar diretamente esses estabelecimentos. Os estados e municípios, na medida em que passaram a ser responsáveis pelo processo de contratação de serviços, é que se vêm responsabilizando financeiramente pelo repasse de recursos a esses estabelecimentos. Dessa forma, acredita-se que a parcela relativa ao seu custeio esteja no interior dos gastos contidos na rubrica "Governo", que aparecem na tabela 1.

3.3 Convênios com empresas e sindicatos

Os outros dois segmentos contratados — sindicatos e empresas — vêm perdendo gradativamente posição no financiamento da rede contratada do Inamps. Em 1988 representavam parcela residual dos gastos do Inamps com o setor privado, ou seja, os sindicatos respondiam por 0,3% e as empresas por apenas 0,2% dos recursos contratados pelo Inamps com o setor privado (tabela 3).

[6] Ver Médici, A.C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil...* op. cit.

Os convênios com sindicatos e empresas constituíam uma forma particular de relacionamento entre as empresas, os sindicatos e as instituições de assistência médico-previdenciária (inicialmente, o INPS e, depois, o Inamps). Essa forma de relacionamento, anteriormente restrita aos cuidados médicos a acidentados do trabalho, foi regulamentada pelo Decreto nº 61.784, de 28 de novembro de 1967, e permitia que as empresas, ao adiantarem recursos para o pagamento de assistência médica aos seus empregados, recebessem parte dos recursos gastos até um determinado teto, de forma a não ultrapassar o valor pago pela empresa sob a forma de contribuição previdenciária sobre a folha de salários.

As empresas ou sindicatos poderiam prestar serviços médicos a seus funcionários, diretamente ou através da contratação de serviços de terceiros (medicina de grupo ou outros). O convênio poderia ser voltado para cuidados ambulatoriais e/ou hospitalares, estar endereçado apenas para funcionários, ou abranger os dependentes. O Inamps repassava à empresa subsídios *per capita*, calculados pelo tipo de serviço conveniado. No caso de a prestação de serviços ser feita por terceiros, estes cobravam, também *per capita*, um valor maior, coberto pela empresa convenente.

Embora as empresas estivessem satisfeitas com essa forma de "incentivo", pode-se dizer que, com a crise da Previdência Social, o Governo fechou a possibilidade de novos convênios e limitou o alcance dos preexistentes. Com isso, como se observa nas tabelas 2 e 3, a participação dos convênios com empresas e sindicatos no gasto do Inamps foi reduzindo-se até se extinguir em 1989. Conforme afirma Gonçalves:[7]

"Nos últimos anos, embora as normas que regulamentam o convênio-empresa não tenham sido revogadas, a Previdência deixou de celebrar compromissos dessa natureza. Por parte das empresas, reduziu-se o interesse pela iniciativa, de um lado, porque o retorno que o Inamps oferecia passou a ser irrelevante; de outro, porque as restrições que o convênio envolve, principalmente a gratuidade para o empregado, representaram dificuldades consideráveis na implementação de um esquema assistencial alternativo."

3.4 Estratégias do Inamps na relação com o setor privado

Em 1980, o Inamps publicou a Portaria MPAS nº 2.079, que, pela primeira vez, admitiu a cobrança, por parte dos prestadores de serviço e dos médicos, de um sobrepreço a ser pago pelos usuários quando estes desejassem utilizar acomodações de padrão superior ao das enfermarias, nas internações hospitalares.

Embora essa portaria tenha representado uma sobrevida para os convênios-empresa e para os convênios do setor privado com o setor público, não atingiu o setor ambulatorial, mas somente os cuidados a pacientes internados em hospitais.

Pode-se dizer, ainda, que, com a crise econômica do início dos anos 80, os estabelecimentos privados sofriam constantes aumentos de custo, pela inflação e pela incorporação de tecnologia, sem que o Inamps reajustasse o valor de suas

[7] Gonçalves, E.L. *A empresa e a saúde do trabalhador*. São Paulo, Edusp/Pioneira, 1988.

tabelas de pagamento. Entre março de 1965 e novembro de 1983, o valor da Unidade de Serviço paga pelo Inamps cai de 1,0% para 0,14% do valor do salário mínimo.

Não resta dúvida que, nestas circunstâncias, o pagamento "por fora" para serviços hospitalares, permitido pela Portaria nº 2.079, contribuiu para manter aquecida a oferta de serviços hospitalares privados contratados pela Previdência. Por outro lado, frente à redução das tabelas de pagamento do Inamps, o setor privado passou a montar estratégias de redução de custos ou de aumento do faturamento dos serviços.

Contribuíram, para reduzir os custos, medidas como o aumento do número de leitos por enfermaria, redução dos salários reais corroídos pela inflação, redução dos investimentos e dos gastos com manutenção, ocasionando perda de qualidade do atendimento.

Para aumentar o faturamento, as principais estratégias utilizadas foram o superfaturamento com materiais e medicamentos, aumento dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, direcionamento dos serviços para alto custo, uso de fraudes, direcionamento de clientes para apartamentos em vez de enfermarias, etc.

As tentativas de compressão das tabelas de pagamento do Inamps, no que diz respeito a honorários médicos (por unidade de serviço), diárias e taxas, estavam, em última instância, sendo mais que compensadas pelo aumento da quantidade de exames complementares, de unidades de serviço desnecessárias e pela venda de material e medicamento.

Em função desses problemas, o Inamps promulga a Portaria MPAS nº 2.837, de 27 de abril de 1982, a qual determina que as complementações pagas pelos usuários no uso de acomodações extraordinárias não poderiam ultrapassar o valor estipulado pela tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), a qual, naquele momento, era 8,3 vezes superior ao valor da tabela do Inamps. Com isso, o Inamps transfere novamente parte de seus custos para os usuários do sistema que desejassem instalações e cuidados especiais.

A estratégia dos hospitais privados passa a ser, dessa forma, dificultar o ingresso nas enfermarias e facilitar o uso de acomodações especiais, tendo em vista maximizar a cobrança legal de taxas extraordinárias aos usuários. Quase todos os hospitais procuraram transformar suas enfermarias em quartos particulares, ao mesmo tempo em que reduziam a qualidade do atendimento em enfermarias.

Entre novembro de 1982 e novembro de 1983, o valor da unidade de serviço do Inamps não sofreu qualquer reajuste, chegando a valores tão baixos que não interessava mais aos prestadores privados o seu pagamento. Essa crise momentânea dos anos 1982/83 criou espaço para um rápido crescimento do setor privado autônomo em saúde.

Em 1982 é lançado pelo Inamps o Plano Conasp, que, dentre suas principais transformações, apresentava a mudança do sistema Guia de Internação Hospitalar - GIH (unidade de serviço) para Autorização de Internação Hospitalar - AIH (procedimento).

A remuneração por procedimento era independente da quantidade de atos médicos necessários à realização de um determinado procedimento completo, o que levava o médico a "minimizar" o número de atos médicos e, em tese, tornar mais

eficiente o tratamento. A primeira tabela de procedimentos foi promulgada em outubro de 1983. O valor de cada procedimento foi calculado pela média de diversas observações feitas em distintos hospitais privados.

Esse processo resultou na adoção, pelos prestadores privados de serviços médicos, de uma série de medidas para a redução dos custos, tais como "altas precoces", restrição da quantidade e qualidade de medicamentos, restrição de exames complementares, recusa de internar casos de maior gravidade, etc.

A continuidade da política de redução do valor das tabelas de pagamento trouxe o progressivo abandono dos convênios com o Inamps, por parte dos hospitais privados. Os reajustes das tabelas do Inamps em 1986 e em 1987 foram de apenas 20% e 30%, numa conjuntura onde a inflação foi de 65% e 416%, respectivamente. Nos estabelecimentos que permaneceram conveniados, generalizou-se a prática do ágio e das fraudes.

O descrédito do setor privado na política de conveniamento aumentou ainda mais quando o Governo decidiu abandonar a própria tabela do Inamps e fixar o valor dos pagamentos do Inamps em 30% da tabela da AMB.

Em dezembro de 1986, o MPAS publica nova portaria tornando livre a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais (outras que não enfermarias). Como os valores pagos pelo Inamps eram irrisórios, o pagamento adicional para beneficiários e não-beneficiários do Inamps praticamente se equiparava. Como os outros valores da assistência médica subiam rapidamente, era mais vantajoso para a classe média e para as empresas o uso de modalidades privadas autônomas em relação à Previdência Social, as quais passavam a representar um seguro de menor risco.

Este fato pode ser representado como uma "pá de cal" na relação da classe média e dos trabalhadores formais com o Inamps.

4. *O setor privado autônomo de saúde nos anos 80*

Como foi visto na seção anterior, a política do Inamps tem sido a principal responsável pela falência do modelo estatal-privatista de assistência médica, nos anos 80. O novo modelo que se vem gestando tem sido, do lado do Inamps, estatal-universalizante e, do lado do setor privado, liberal-privatista, caracterizado pela presença de formas de organização da atenção médica autônomas em relação ao setor público.

Assim, nos anos 80, essas formas autônomas de fornecimento de serviços de saúde, no âmbito das empresas ou dos sindicatos, vêm aumentando substancialmente. Podem ser identificados dois tipos de organização desses serviços nas empresas: serviços administrados pelas próprias empresas e serviços delegados a organizações gestoras de planos de saúde — cooperativas médicas, empresas de medicina de grupo ou instituições gestoras de seguro-saúde.

Vale comentar que a segunda forma, em suas três modalidades, também se encontra disponível para os planos de famílias. A primeira dessas formas de organização dos serviços costuma ser chamada de autogestão, porque é a própria

empresa que administra (e, em alguns casos, até executa) os serviços oferecidos aos seus funcionários e usuários dos serviços.

Já a segunda forma de administração dos serviços caracteriza-se (nem sempre em todos os casos) por estratégias de co-gestão, ou seja, a empresa e a prestadora de serviços administram, em conjunto com as entidades contratadas, os programas de saúde voltados para o universo de beneficiários das empresas.

4.1 Os programas próprios de administração de saúde das empresas

Os serviços próprios são aqueles organizados e prestados pelas próprias empresas/sindicatos ou por estabelecimentos de saúde credenciados para prestar tais serviços. Em geral, o crescimento da empresa vai dificultando a manutenção dos serviços próprios para todos os empregados, casos em que eles têm que ser combinados com outras modalidades assistenciais oferecidas pelas empresas através de convênios com entidades externas. Pode-se dizer, no entanto, que muitas empresas cobrem parte dos serviços ambulatoriais a seus empregados através de estabelecimentos próprios, mas dificilmente cobrem os serviços de natureza hospitalar.

Existem exceções a essa regra, como é o caso do Sindicato das Empresas de Papel e Celulose no Estado de São Paulo, o qual "tem um hospital considerado modelo — o Sepaco — para atender a seus empregados e familiares".

Em geral, como forma de baratear os custos, as empresas que administram seus próprios serviços de saúde utilizam a forma de pós-pagamento, na qual o empregado paga pelos serviços que utilizou, dentro de uma rede de credenciados ou não, e é reembolsado em seus gastos pela empresa.

A modalidade de pós-pagamento constitui formas de contratação/conveniamento em que as empresas credenciam estabelecimentos prestadores, os quais recebem segundo os serviços efetivamente prestados, mediante a utilização de valores múltiplos ou submúltiplos da tabela da AMB.

Muitas das empresas privadas que administram seus próprios planos de saúde são filiadas à Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas (Abraspe). Criada em 1980, a Abraspe congregava, em 1990, cerca de 119 empresas em todo o território nacional. É verdade, no entanto, que muitas empresas que utilizam sistemas próprios de saúde não são filiadas à Abraspe. Uma das grandes empresas nessa situação é a Petrobrás.

Segundo o presidente da Abraspe, a associação congrega um terço da totalidade de autoprogramas existentes no Brasil. Com uma clientela (empregados e dependentes) de 7,5 milhões de pessoas, pode-se depreender que a totalidade de usuários de autoprogramas (de empresas ou sindicatos, excluídos os programas mantidos diretamente pelas famílias) deva beirar os 22 milhões.

As empresas filiadas à Abraspe gastaram, em 1987, cerca de US$400 milhões com despesas de assistência médica e odontológica. Essas empresas, em média, teriam de 45% a 50% de seu desembolso vinculado a internações hospitalares, 25%

[8] Ver Iniciativa privada salva a pátria. *Visão*, *38*(11), 15 mar. 1989.

Tabela 4
Alguns dados sobre o funcionamento da Abraspe (1987-89)

Características	*1987*	*1989*	*Crescimento (%)*
Número de beneficiários (milhões)	4,8	7,5	56,2
Faturamento (Em US$ milhões)	400	619	54,7
Desembolso *per capita*/ano (US$)	83,3	82,5	-1,2

Fonte: empresa de consultoria TTF & C.

destinados a consultas ambulatoriais e 25% a 30% são gastos com Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica (exames complementares, etc.). Em 1989 o desembolso das empresas vinculadas à Abraspe elevou-se para US$619 milhões.[9] A tabela 4 mostra essa evolução.

Observa-se que os gastos *per capita* dos beneficiários dos planos de saúde das empresas filiadas à Abraspe reduzem-se ligeiramente entre 1987 e 1989.

As tabelas 5 e 6 fornecem alguns indicadores do gasto médio das empresas filiadas à Abraspe com serviços médicos e odontológicos. Ao nível dos gastos hospitalares, 60% têm sido destinados a pagamentos diretos ao hospital e 40% ao pagamento aos profissionais.

Dos pagamentos feitos aos hospitais, a maior fatia (40%) corresponde aos gastos com diárias e serviços de hotelaria. O segundo item de maior peso na composição dos custos corresponde ao item material e medicamentos (30%); seguem-se, por

Tabela 5
Distribuição média dos gastos com serviços médicos e odontológicos das empresas filiadas à Abraspe (1987)

Natureza do gasto	*Distribuição percentual*
Total	100,0
Internação hospitalar	45,0 a 50,0
Consultas ambulatoriais	25,0
SADT *	25,0 a 30,0

Fonte: entrevista do presidente da Abraspe em 10.3.89.
* Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica, fora do âmbito hospitalar.

[9] Dados da empresa de consultoria TTF&C.

Tabela 6

Distribuição média dos gastos hospitalares das empresas filiadas à Abraspe – 1987

Natureza do gasto	*Distribuição percentual*
Total	100,0
Pagamentos ao hospital	60,0
Pagamentos a profissionais	40,0
Pagamentos ao hospital	100,0
Diárias e hotelaria	40,0
Material e medicamentos	30,0
SADT hospitalar	20,0
Taxas diversas	10,0
Pagamentos a profissionais	100,0
Pediatria	7,0
Anestesia	18,0
Cirurgia	35,0
Ginecologia/Obstetrícia	20,0
Clínica médica	20,0

Fonte: entrevista do presidente da Abraspe em 10.3.89.

ordem de importância, os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, de caráter hospitalar (20%) e, por fim, as taxas diversas (10%).

Quanto ao pagamento de serviços e honorários médicos, os itens de maior peso correspondem a cirurgia (35%), ginecologia/obstetrícia, clínica médica (ambas com 20%), serviços de anestesia (18%) e clínica pediátrica (7%).

Com esse perfil, a direção da Abraspe afirma que os custos ligados à assistência médica vêm aumentando rapidamente nos últimos anos. Um levantamento sistemático feito pela Abraspe, entre setembro de 1987 e março de 1988, revela que o custo médio mensal *per capita* de assistência médica das empresas afiliadas tem sido de US$23,74 e, com assistência odontológica, US$2,63. Isso representa um total médio mensal de US$25,98 *per capita*, o que, em termos anuais, alcança US$311,76 *per capita*.

Considerando-se, no entanto, os custos *per capita* com usuários dos serviços (empregados + dependentes), verifica-se uma redução substancial. Nesse caso, os custos individuais mensais por usuário, dos serviços de assistência médica, são de US$7,22 e os de assistência odontológica de US$0,79, representando um custo total *per capita* mensal de US$7,98 e anual de US$95,76.

Esse valor é cerca de duas vezes superior ao gasto federal anual *per capita* com saúde que, em 1987, equivalia a US$49,25.

A tabela 7 indica a discrepância existente nos custos *per capita* de assistência à saúde entre distintas empresas, segundo o ramo de atividade (industrial, serviços,

Tabela 7
Variação média do custo anual *per capita* com saúde dos usuários de serviços das empresas filiadas à Abraspe por ramo de atividade e natureza jurídica da empresa (1987/88)

(Em US$)

Natureza jurídica	*Ramo de atividade*			
	Serviços	*Indústria*	*Bancário*	*Outros*
Empresa privada	30,72	25,32 a 135,36	95,88 a 120,23	-
Empresa estatal	42,24 a 229,08	88,08 a 182,04	-	-
Empresa mista	42,36 a 300,48	312,12	79,56	63,00

bancário e outros) e a natureza jurídica da empresa (privada, estatal ou mista). Mesmo assim, pode ser constatado, na tabela 7, que:

a) no interior das empresas privadas, os custos de assistência à saúde do setor bancário são, em média, os mais elevados e as discrepâncias internas são pequenas. Ressalta-se, também, a grande discrepância existente no interior da indústria, na qual o mais elevado custo *per capita* anual de assistência à saúde é mais de cinco vezes superior ao mais baixo;

b) quanto às empresas estatais, observa-se, em primeira instância, a existência de custos de atenção à saúde mais elevados do que os observados nas empresas privadas, nos ramos industrial e de serviços. Mas a discrepância interna é aparentemente grande no setor serviços (quase de seis para um) e pequena no setor industrial;

c) nas empresas mistas dos segmentos industrial e serviços são encontrados os maiores custos anuais *per capita* com programas de saúde, apesar de ser encontrado um leque de cobertura de custos elevado no segmento serviços;

d) em todos os casos observados, verifica-se que as empresas estatais e mistas gastam mais com programas de saúde para seus funcionários (em termos *per capita*) do que as empresas privadas. Provavelmente, tal situação tem paridade com a própria variação salarial, dado que, como é conhecido, as empresas estatais e mistas têm salários diretos e indiretos mais elevados do que os encontrados, em média, nas empresas privadas.

De qualquer forma, vale destacar que existem grandes diferenças entre os gastos *per capita* com saúde nessa modalidade de cobertura de serviços. Uma análise dos extremos é capaz de demonstrar que uma empresa mista do ramo industrial pode gastar (em termos *per capita*) mais de 12 vezes o desembolso de uma empresa privada no mesmo segmento.

É certo que tais discrepâncias variam em função de muitas circunstâncias (tamanho da firma, capacidade de contribuição do funcionário para programas de saúde, salário médio da empresa, etc.), mas seria importante a existência de alguma forma de regulamentação que pudesse tornar mais homogênea a qualidade da atenção médica, embora o indicador de custo não seja necessariamente um indicador de qualidade.

Segundo informações da Abraspe, a adesão aos sistemas de pós-pagamento vem crescendo rapidamente entre o universo das empresas, conforme demonstra a tabela 8. Criada em 1980, a Abraspe congregava, em 1983, 18 empresas associadas; 25, em 1985; 50, em 1987; 99, em 1988; e 119, em 1989.

As razões apontadas para o rápido crescimento dos convênios de pós-pagamento se resumem, segundo a Abraspe, no melhor controle da produção dos serviços, do pagamento desses serviços e da agilização desses pagamentos, permitindo um relacionamento mais claro entre o prestador de serviços e a empresa, o que produz, em última análise, maior satisfação dos empregados com relação aos programas de saúde.

Por fim, vale ressaltar que as informações disponíveis indicam que muitas empresas detêm vários planos de saúde, onde a participação financeira do funcionário no custeio aumenta, segundo o grau de cobertura assistencial. Algumas empresas financiam integralmente os planos básicos de saúde de seus segurados,

Tabela 8
Evolução do número de empresas associadas à Abraspe

Anos	*Empresas associadas*	*Taxas de crescimento* (%)*
1983	18	-
1985	25	17,9
1987	50	41,4
1988	99	98,0
1989	119	20,2

* Taxas geométricas de crescimento anual relativas ao período entre a informação da linha considerada e da linha anterior. Ex.:1985 (período 1983-85); 1987 (período 1985-87) e 1988 (período 1987-88).

mas na maioria dos casos existe uma participação financeira do empregado, descontada na folha de salários.

Em geral, existe um plano básico, e os planos mais sofisticados são opcionais. Os gastos das empresas com os planos de pós-pagamento das empresas filiadas à Abraspe variam de 3,5 a 5,0% da folha salarial. Em geral, segundo informações colhidas em entrevista, apenas uma pequena parcela dos gastos assumidos pela empresa pode ser descontada no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica, mas esse valor é insuficiente para se afirmar que tais planos são custeados indiretamente pelo Estado.

Tabela 9
Alguns dados sobre o funcionamento dos planos de administração de saúde — estimativas (1987-89)

Características	*1987*	*1989*	*Crescimento (%)*
Número de beneficiários (Milhões)	0,3	0,4	33
Faturamento (Em US$ milhões)	25	40	60
Recursos *per capita* (Em US$)	83,3	100	20

Fonte: empresa de consultoria. TTF & C.

A responsabilidade pela administração dos planos de assistência médica das empresas pode ser de entidades fechadas de previdência complementar, associações de empregados, fundações assistenciais, departamentos de recursos humanos das próprias empresas, departamento de serviço social ou empresas de serviços contratadas especificamente para tal.[10]

Embora existam múltiplos fatores que influenciam a escolha de uma dessas alternativas, há uma opinião difundida de que o melhor seria colocar a estrutura administrativa dos planos de saúde fora da empresa. Muitas empresas utilizam a estrutura das entidades de previdência complementar fechada. Nesse caso, essas empresas teriam que efetuar uma contabilidade em separado para os planos de assistência médica.

Alguns defendem, no entanto, que existe risco de as entidades de previdência complementar, em épocas de dificuldade financeira, interromperem os programas de saúde para destinar recursos ao pagamento de benefícios.

O uso das associações de empregados, apesar de um desejável distanciamento das empresas, torna difícil o controle sobre seus recursos, além do risco de descontinuidade administrativa e do envolvimento com programas demagógicos e pouco factíveis.

Boa parte das empresas tem utilizado, como solução, a criação de fundações assistenciais sem fins lucrativos para a cobertura desses programas. Esse sistema permite um maior controle em relação aos custos.

A utilização de empresas que administram planos de saúde é uma alternativa que vem sendo utilizada há pouco tempo. As estimativas para 1989 indicam que existem cerca de 400 mil segurados vinculados a empresas que utilizam planos dessa natureza, com um gasto anual estimado em US$40 milhões. A tabela 9 mostra essa evolução.

[10] Carneiro, V.B. *Assistência médica supletiva de empresas*. MG, Asaspe, out. 1990. mimeogr.

As estimativas mencionadas mostram, para as empresas, um crescimento do gasto *per capita* desses planos, que desaconselha sua utilização frente aos gastos gerais em programas de saúde próprios das empresas.

4.2 As empresas de medicina de grupo[11]

O modelo representado por essas instituições é similar, salvo pequenas diferenças, aos das Health Maintenance Organizations (HMO) americanas, as quais podem ser classificadas em três modalidades: *staff model,* representando as HMO que detêm seus próprios hospitais e assalariam os médicos; *group model* , onde grupos médicos são contratados pelas HMO; e *Individual Practice Association*, onde as HMO contratam médicos individualmente para que atendam os pacientes em seus consultórios.

No caso do Brasil, o segmento das instituições encontradas/conveniadas com empresas de medicina de grupo representa uma forma de mercado onde as empresas pagam um determinado valor por empregado ou dependente segurado (pré-pagamento), que tem direito a determinadas modalidades de assistência médica ou odontológica.

Na verdade, as empresas de medicina de grupo não se destinam somente a prestar serviços de saúde para as empresas. Boa parte de sua capacidade instalada está voltada para programas assistenciais pagos diretamente pelas famílias. Diferem, nesse sentido, dos mecanismos de autogestão (serviços próprios, credenciamentos ou pós-pagamento), já analisados anteriormente, os quais são operacionalizados unicamente pelas empresas ou associações de classe e sindicatos.

Os programas de medicina de grupo voltados para as empresas caracterizam-se por:

Pré-pagamento. A empresa e/ou sindicato acerta os valores *per capita* por empregado ou beneficiário, de acordo com a natureza dos planos de saúde adotados, pagando antecipadamente (em caráter mensal) uma quantia fixada em função de cálculos probabilísticos e atuariais relacionados com os riscos de adoecer, levando em conta o conjunto de funcionários de cada empresa e suas características (perfil etário dos empregados e dependentes, ramo de atividade, etc.), bem como a natureza do plano de saúde acordado;

Carência. Em geral, tais planos apresentam períodos de carência para a utilização de determinados serviços;

Adesão automática ou opcional. Os custos podem ser pagos integralmente pela empresa ou rateados entre a empresa e o funcionário. Nesse caso, é opcional, para o empregado, a adesão ao plano de saúde;

Co-gestão dos serviços. Em geral, a administração dos serviços é feita pela empresa e pela cooperativa ou grupo médico em conjunto.

[11] Dados extraídos do estudo de Médici, A.C. *A medicina de grupo no Brasil*. op. cit. Maiores detalhes sobre este segmento podem ser obtidos neste estudo.

Segundo entrevista concedida pelo jornalista Domingos de Lucca Jr., presidente do Sinange, à revista *Visão* de 15.3.89, "o apoio do empresariado tem sido decisivo para o desenvolvimento da medicina de grupo". Ele afirma ainda que existem mais de 1.000 empresas que têm convênio com grupos médicos, injetando no sistema, em 1987, o equivalente a US$1 bilhão, segundo ele, "um dinheiro que o Inamps deixou de gastar". Uma outra queixa do setor é que a impossibilidade de as empresas deduzirem seus gastos com a saúde de seus funcionários do imposto de renda tem inibido um crescimento ainda maior do setor.

Os setores cobertos pelas empresas de medicina de grupo envolvem desde consultas até serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações, partos e até mesmo cirurgias e procedimentos de alto custo. Não existem informações sobre o quanto tais empresas, em média, gastam com procedimentos de maior complexidade. Existe, no entanto, a consciência, por parte de entidades como a Abramge, da necessidade de realizar estudos mais detalhados sobre custos do sistema de medicina de grupo, tendo em vista um maior controle, maior eficiência e eficácia do sistema.

Segundo informações fornecidas pelo Dr. Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, diretor presidente da Semic, um dos maiores grupos médicos do Rio de Janeiro, o número médio de consultas por segurado das empresas de medicina de grupo situou-se em 4,22 em 1987 e 3,94 em 1988. Esses valores superaram entre duas e três vezes o encontrado nos serviços próprios e contratados a cargo do Inamps.

Estudos elaborados pela empresa AHM - Consultoria e Desenvolvimento Empresarial S.C. Ltda, realizados em 1987, revelam que a medicina de grupo, isoladamente, abarcava 15,3 milhões de segurados. Destes, 6,9 milhões (45,1%) estavam ligados a empresas filiadas à Abramge.

Tais estudos foram atualizados em dezembro de 1988. Nessa data, o número de beneficiários das Empresas de Medicina de Grupo (EMG) no Brasil passou para 14,7 milhões, o que indica um declínio de 4% no período de um ano. No entanto, as estimativas indicam que, nesse período, o número de beneficiários ligados à Abramge caiu para 6,1 milhões, ou seja, uma queda significativamente (21,8%) maior que a verificada para o total das EMG do País.

Assim, apesar de representar o segmento mais dinâmico e importante das EMG, a Abramge agrupa empresas que, em seu conjunto, cobriam menos da metade dos beneficiários dos programas de medicina de grupo no ano de 1988.

Esses estudos revelam ainda que das empresas de medicina de grupo existentes no País, 73% podem ser consideradas de pequeno porte (menos de 100 mil beneficiários), 18% de médio porte (de 100 mil a 300 mil beneficiários) e 9% de grande porte (mais de 300 mil beneficiários).

A maior parte das EMG (64%) é constituída preferencialmente de contratadoras de serviços. Apenas 36% das mesmas têm estruturas de serviços predominantemente próprias.

Os estudos feitos pela AHM revelam ainda que os convênios realizados por empresas respondiam, em dezembro de 1988, por 96,4% dos beneficiários das EMG. Somente 3,6% do total eram cobertos por planos individuais ou de família, o que representava pouco mais de 500 mil beneficiários.

Outro ponto a destacar diz respeito à natureza dos planos vendidos pelas EMG. A grande maioria (94%) é constituída pelos chamados planos *standard*. Os planos diferenciados e os de livre escolha englobavam, em junho de 1988, apenas 4% e 2% do total de beneficiários, respectivamente. Isto reafirma o fato já descrito de que a medicina de grupo tem-se constituído num mercado específico para os segmentos de classe média e para a parcela mais bem situada do mercado formal de trabalho.

Dados relacionados com o mês de dezembro de 1988 mostram uma retração (ainda que pequena) dos planos *standard*, que passam para 90,5% do total de beneficiários. Queda similar verifica-se com os planos de livre escolha, que caem para 0,6% do total de beneficiários. Observa-se, assim, que somente os planos

Tabela 10
Estimativas de evolução da clientela da medicina de grupo — Brasil (1988)

Empresas de medicina de grupo	*Número de beneficiários*		
	Dezembro de 1987 (em milhões)	*Dezembro de 1988 (em milhões)*	*Variação anual estimada (%)*
Total (1)	15,3	14,7	- 4,0
Abramge (2)	6,9	6,1	-21,8
(2)/(1) (%)	45,1	41,5	-

Fonte: dados da empresa de consultoria TTF & C.

diferenciados alargam seu espaço, passando de 4% para 8,9% do total de beneficiários. Esse fato deve-se, basicamente, a dois fatores:

a) queda na qualidade de cobertura dos planos *standard*, tendo em vista torná-los economicamente mais atrativos para as pessoas físicas ou empresas;

b) ampliação das modalidades de planos diferenciados, tendo em vista cobrir vários tipos de exigências ou necessidades impostas pelo mercado.

Dados mais recentes obtidos pela pesquisa da TTF&C revelam que a população coberta pelas empresas de medicina de grupo aumentou sua cobertura de 15 para 17,2 milhões de pessoas, entre 1987 e 1989, embora o faturamento tenha permanecido em torno de US$ 1 bilhão. Isso mostra, em certo sentido, a elasticidade do sistema para manter clientela. Pesquisas recentes indicam, no entanto, menores graus de satisfação dos usuários com os planos de medicina de grupo.

4.3 As cooperativas médicas

Falar em cooperativismo médico no Brasil é falar na Unimed. Segundo informações do Dr. Castilho, um dos incentivadores do cooperativismo médico no Brasil, a Unimed, criada em 1967, congrega hoje 150 cooperativas (chamadas de singulares) pelo País, atendendo 3,5 milhões de pessoas e reunindo cerca de 25% dos

médicos existentes no País. Dadas suas finalidades não-lucrativas, o Dr. Castilho sugere ainda, em sua entrevista, que o Suds utilize ou contrate os serviços da Unimed nas regiões mais desprovidas de serviços de saúde.

O cooperativismo médico iniciou-se na cidade paulista de Santos, em 1967. Em pouco tempo, a Unimed já se expandira para 33 municípios paulistas. De São Paulo, a Unimed se espalhou para outros Estados, formando várias singulares e aumentando a participação de médicos cooperados.

Na forma básica de operação junto à empresa ou ao beneficiário, o seguro-saúde não se diferencia muito das cooperativas médicas, na medida em que utiliza o sistema de pré-pagamento.

Em 1987, a Unimed congregava 34.281 médicos cooperados, prestava serviços a 19.251 empresas, detinha 3,5 milhões de segurados e continha, no sistema, 1.769

Tabela 11
Alguns dados sobre o funcionamento das cooperativas médicas
(1987-89)

Características	*1987*	*1989*	*Crescimento (%)*
Número de beneficiários (milhões)	3,5	5,1	46
Faturamento (em US$ milhões)	350	567	62
Recursos *per capita* (em US$)	100,0	110,9	11

Fonte: empresa de consultoria TTF & C.

Tabela 12
Alguns dados sobre o seguro-saúde no Brasil
(1987-89)

Características	*1987*	*1989*	*Crescimento (%)*
Número de beneficiários (mil pessoas)	800	950	19
Faturamento (em US$ milhões)	75	146	95
Recursos *per capita* (em US$)	93,8	151	61

Fonte: empresa de consultoria TTF & C.

hospitais e 2.185 laboratórios envolvidos diretamente com a prestação de serviços para os beneficiários do sistema.

O sistema Unimed não tem fins lucrativos. Na verdade, os médicos cooperados recebem um adiantamento pelos serviços prestados a cada momento e um "acerto" de participação (nos lucros ou prejuízos) no final de cada exercício.

Os dados da tabela 11 mostram que o sistema de cooperativas médicas, em que pese ao aumento de sua clientela, tem tido aumentos reais de custo para os seus beneficiários. Essa questão tem preocupado os dirigentes nacionais da Unimed ,que têm um plano — o Unimed 2000 — que visa ampliar a cobertura, racionalizar os custos, mesmo com incorporação de tecnologia, e criar planos de saúde mais diversificados e atrativos, incluindo as opções de livre escolha e de seguro-saúde. Para tal, a Unimed criou recentemente uma seguradora.

4.4 Planos de seguro-saúde

O último segmento a ser analisado é o mercado de seguro-saúde, ainda pouco difundido no Brasil. O seguro-saúde privado no Brasil foi regulamentado em 1967 pelo Decreto-lei nº 73. A diferença básica entre esse mecanismo e as demais formas privadas de cobertura, mediante sistema de pré-pagamento, é que o sistema de seguro tem cláusulas rígidas de cobertura, as quais se limitam ou a determinados serviços, ou a tetos de valor por modalidade, especificados na apólice.

No início, o seguro-saúde cobria todos os riscos, exceto alguns casos, como acidente de trabalho, que já tinham outros mecanismos de cobertura. Estavam habilitadas a funcionar com esse sistema as sociedades seguradoras, os grupos de pré-pagamento e as cooperativas de seguro-saúde.

A partir de 1980, o Conselho Nacional de Seguros Privados introduz algumas limitações de cobertura nos planos de seguro-saúde, envolvendo tetos de gasto, limites de permanência no uso de serviços e modalidades assistenciais (como doenças mentais, por exemplo), visando basicamente restringir os custos envolvidos.

No entanto, alguns limites vêm sendo impostos, recentemente, à operação das atividades de seguro-saúde, cabendo destacar a Resolução nº 19/87 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que determina a obrigatoriedade do atendimento integral e o credenciamento universal nas modalidades de seguro-saúde. O Conselho defende que tal modalidade, por se tratar de uma cobertura financeira, não poderia restringir o uso, seja pela redução de modalidades, seja pela ausência da livre escolha.

As informações constantes da tabela 12 mostram que o seguro-saúde, em termos globais (famílias e empresas), respondia, em 1987, por 800 mil pessoas, com um faturamento estimado de US$75 milhões.

Em 1989 a clientela expandiu-se 19%, mas o faturamento aumentou quase 100%, o que mostra como o sistema tem-se tornado caro para aqueles que optaram por ele. O faturamento por beneficiário evolui de US$94 para US$151 entre esses dois anos.

A pouca difusão desses programas deve-se, em primeira instância, ao seu custo mais elevado, o que justifica sua utilização mais ampla nos níveis gerenciais das

empresas. A forma de pagamento, na qual o funcionário paga previamente as despesas assistenciais para ser depois reembolsado, também impede seu uso generalizado, dado que poucos empregados detêm nível de renda para um desembolso prévio.

As empresas que fazem seguro-saúde no Brasil são cinco: Golden Cross, Amil, Sul América, Saúde Bradesco (pertencente ao grupo Bradesco) e Hospitaú (pertencente ao grupo Itaú). As duas últimas operam no interior de dois grandes conglomerados financeiros do Brasil, enquanto a Golden Cross opera, também, no mercado de medicina de grupo.

Ainda segundo o presidente do Sinange, na reportagem já citada da revista *Visão*:

"Basicamente, as empresas de seguro oferecem três tipos de plano: para empresas, para famílias e individuais. No plano empresa não há carência, o segurado passa a gozar do benefício no momento em que entra na firma. O chamado seguro-família é um contrato entre um chefe de família e uma empresa de seguro-saúde. O plano individual é um contrato entre a empresa e um único indivíduo. Todos os planos têm períodos de carência, durante o qual o filiado paga as mensalidades, mas ainda não pode gozar da assistência médica oferecida pelo plano escolhido."

Em termos de faturamento, pode-se dizer que o seguro-saúde foi a modalidade do setor privado autônomo que mais cresceu entre 1987 e 1989, mesmo considerando o pequeno crescimento do número de beneficiários. No entanto, pouco se sabe sobre os custos associados ao sistema.

Devido, porém, à grande concentração de renda existente no País e ao alto custo dessa modalidade assistencial, não se pode ser totalmente otimista com relação ao seu potencial de expansão, seja pelas empresas, seja pelas famílias.

Mesmo assim, o sistema de seguro-saúde tem sido objeto de expansão de três segmentos: os bancos, as seguradoras e as próprias empresas de medicina de grupo.

4.5 Perspectivas

A tabela 13 mostra que em 1989 o setor privado autônomo havia crescido em relação à sua dimensão em 1987. Em 1989, mais da metade dos recursos gastos com saúde privada autônoma ficava a cargo das empresas de medicina de grupo. Mas as perspectivas desse segmento têm sido negativas nos últimos anos, em função da crise econômica e seus impactos nos custos das empresas e na renda das famílias. Tal fato tem sido reconhecido até mesmo por autoridades ligadas à Abramge.

As soluções encontradas pelo setor passam pela conglomeração, como forma de minimizar custos operacionais e de propaganda; pela diversificação de investimentos (como tem sido feito pela Golden Cross, por exemplo) e pelo fortalecimento das estratégias de prevenção aos segurados, tendo em vista minimizar a morbidade futura e a probabilidade de utilização dos serviços pela clientela.

Quanto aos demais setores, as perspectivas apontam para modernização e racionalização de custos. Nesse particular, muitas empresas que utilizavam os sistemas

Tabela 13
Distribuição da cobertura e do faturamento dos serviços médico-assistenciais privados — Brasil (1989)

Tipo de sistema	*População coberta (em mil habitantes)*		*Faturamento estimado (em US$ milhões)*	
	Absoluto	*Distribuição (%)*	*Absoluto*	*Distribuição (%)*
Total	31.202,0	100,0	2.372,0	100,0
Medicina de grupo	17.250,0	55,3	1.000,0	42,2
Cooperativa médica	5.110,0	16,4	567,0	23,9
Autogestão	7.498,0	24,0	619,0	26,1
Planos de administração	400,0	1,3	40,0	1,7
Seguro-saúde	944,0	3,0	146,0	6,1

Fonte: pesquisa realizada pela empresa Towers, Perrin, Foster & Crosby Ltda., em 1987.

de pré-pagamento começam a optar pelos planos de autogestão, que parecem ser financeiramente mais vantajosos.

A Unimed prepara-se para uma arrojada mudança em suas modalidades de cobertura, buscando atingir segmentos de mercado de mais alta renda, mas, tanto para ela como para o setor de seguro-saúde, a má distribuição de renda continua a ser um fator impeditivo para aumentar suas fatias de mercado.

5. *Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil*

Os incentivos governamentais podem ser classificados em vários tipos. Em primeiro lugar, têm-se os incentivos diretos, ou seja, aqueles que representam vantagens diretamente voltadas para os produtores privados de serviços e que podem ser classificados como *incentivos à produção, incentivos à formação de preços* e *incentivos ao investimento.*

Os incentivos à produção constituem, em geral, garantias ou reservas de mercado, mecanismos de compra preferencial ou qualquer outro tipo de ação governamental que garanta o escoamento da produção de um determinado tipo de bem ou serviço.

Os incentivos à formação de preços podem ser entendidos como auxílios à produção, isenções fiscais, subsídios, garantia do fornecimento de insumos ou fixação dos preços dos mesmos abaixo do valor de mercado, propiciando regularidade de abastecimento com redução de custos.

Os incentivos ao investimento constituem a adoção de linhas de crédito especiais, com baixos períodos de carência, voltadas ao financiamento do investimento e da capacidade instalada de um determinado setor.

Além dos diretos, tem-se também os incentivos indiretos. São aqueles que indiretamente auxiliam o aumento da demanda ou a redução dos custos e dos preços de um determinado setor, como é o caso dos incentivos fiscais, ou seja, deduções no pagamento de impostos, associadas ao consumo de determinados bens ou serviços considerados importantes de serem incentivados pelo Governo.

5.1 Incentivos à produção de serviços

Os incentivos à produção de serviços privados de saúde no Brasil, embora já existissem através da política de assistência médica de alguns Institutos de Aposentadorias e Pensões, como o IAPI, ainda nos anos cinqüenta, receberam forte impulso com a unificação da Previdência no INPS, em 1967.

Foi a partir daí que parcelas substanciais de recursos da Previdência Social passaram a ser transferidas para a compra de serviços assistenciais do setor de assistência médica privada. Tal situação foi analisada detalhadamente nos itens 2 e 3 deste artigo.

No entanto, a partir dos anos 80, a parcela dos recursos da Previdência Social repassada para os estabelecimentos privados vem-se reduzindo substancialmente, como demonstram as tabelas 1, 2 e 3, não só em termos absolutos, mas também em termos relativos. Os anos de 1988 e 1989 foram particularmente graves no que diz respeito a esta redução de recursos repassados. A resposta dos estabelecimentos privados tem sido ainda mais desconcertante, pois, como foi visto, tais pagamentos convivem com a generalização das fraudes e das "cobranças por fora", feitas aos clientes.

A indefinição administrativa hoje existente, em função da política de "descentralização" das ações de saúde para os estados e municípios, cria uma série de problemas pois, ao mesmo tempo que o Inamps vai progressivamente desativando seus esquemas de contratação de serviços privados, os estados e os municípios, em que pese à necessidade de contratar serviços para complementar suas redes de atenção médica, não definiram ainda políticas nem esquemas efetivos de utilização da rede privada de serviços.

Assiste-se, portanto, a uma crise momentânea dos incentivos governamentais à produção de serviços, fomentada pela indefinição dos rumos atuais da política de saúde. Isto não significa que, num momento próximo, tais incentivos voltem a expandir-se, até porque a capacidade pública de atendimento, especialmente no nível hospitalar, é insuficiente para cumprir os requisitos mínimos de um programa de atenção à saúde que almeja ser integral e universal, num quadro onde os investimentos públicos em ampliação e capacitação da rede de serviços tem sido insuficiente para cobrir a demanda atual.

5.2 Incentivos à formação de preços

Como foi visto nos itens 2 e 3, o Inamps vem, desde meados dos anos 70, favorecendo, direta ou indiretamente, a compra de serviços extraordinários (especialmente em hotelaria hospitalar) por parte da clientela previdenciária. No entanto,

a forma atabalhoada pela qual era legislada essa questão nunca propiciou um efetivo incentivo ao consumo.

Nos mecanismos clássicos de incentivo via redução de preços, o subsídio é dado diretamente ao produtor, que desconta tal valor do preço de mercado do bem ou serviço.

No caso dos serviços de saúde, alguns países utilizam-se de tíquetes que constituem um valor-padrão para um dado ato médico. Esse tíquete é entregue ao órgão ou profissional que executa o serviço, sendo o complemento, se houver, pago em dinheiro pelo usuário. O tíquete tem um valor estipulado pelo governo, sendo ajustado periodicamente.

Em casos de sistemas universais de saúde, todas as pessoas recebem uma determinada quantidade de tíquetes, os quais podem ser utilizados, também, como fator de moderação para o uso excessivo de serviços, em países de alto grau de medicalização da sociedade. Ao mesmo tempo, o tíquete pode ser usado universalmente, e se constitui num subsídio à livre escolha do usuário.

No caso do Brasil, os sistemas adotados antes da "universalização" da assistência médica permitiam ao paciente, ao utilizar um serviço privado, descontar do montante a ser pago o valor da unidade de serviço (posteriormente denominado de procedimento) relativo ao ato médico correspondente. No entanto, isto se fazia com várias restrições, cabendo destacar que:

a) o usuário limitava-se a uma rede de serviços contratados, não podendo utilizar o critério de livre escolha, já que muitos estabelecimentos e profissionais não eram credenciados ou conveniados com o Inamps;

b) o sistema não era universal, na medida em que só os trabalhadores e familiares com vínculo previdenciário eram potencialmente cobertos por ele;

c) o valor excedente a ser pago pelo usuário era fixado por uma tabela do Inamps, o que distorcia os preços desses serviços com relação aos praticados pelo mercado, fazendo com que muitos prestadores e usuários ficassem insatisfeitos, uma vez que tanto o valor das tabelas do Inamps, como o valor excedente fixado acabavam por trazer quedas, seja no volume de população atendida (por boicote das empresas médicas), seja na qualidade dos serviços.

Quando, procurando corrigir tais distorções, o Inamps liberou a magnitude do valor excedente a ser pago, já era tarde demais. O valor da tabela do Inamps para os serviços básicos estava tão defasado que o excedente a ser pago pelo usuário era idêntico ao valor praticado livremente no mercado, independentemente de qualquer complementação.

A questão agravou-se ainda mais quando passou a vigorar a política de universalização. Em primeiro lugar, porque ficou terminantemente proibido o pagamento "por fora". Em segundo, porque a maior parte dos estabelecimentos privados conveniados (excetuando-se alguns beneficentes e filantrópicos devidamente integrados à rede do Sistema Único de Saúde — SUS) nega-se a prestar atendimento "em caráter universal", dado que tal cláusula não consta dos contratos antigos assinados entre o Inamps e esses estabelecimentos e ainda em vigor.[12]

As entidades e a previdência fechada das empresas, inclusive públicas, costumam lançar mão de mecanismos que efetivamente complementam recursos superiores a determinados patamares de gasto ou ainda abatimentos integrais, mediante apresentação de comprovação de despesa, especialmente nos casos dos sistemas de pós-pagamento descritos no item 4.

Seja como for, existe hoje uma indefinição quanto ao tipo de relacionamento do setor público com o setor privado. A Nova Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), sancionada pelo Presidente da República, apesar de seus 24 vetos, tem sido omissa com relação a todos esses pontos. No entanto, ela afirma a adesão compulsória dos estabelecimentos contratados com o setor público aos princípios de organização e funcionamento do SUS, além de garantir prioridade aos estabelecimentos não-lucrativos (independentemente da qualidade dos serviços prestados) na assinatura desses contratos.

Com relação à questão do pagamento de taxas extras pelos usuários, essa lei define, em seu art. 43, que "a gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas".

Pode-se dizer que, apesar da dubiedade, este artigo introduz uma série de dispositivos que abrem espaço novamente para o pagamento de serviços extraordinários. No entanto, como os novos contratos passarão a ser de responsabilidade das esferas locais (estados e municípios), pode-se prever uma imensa quantidade de situações, relacionadas a esse ponto, nos próximos anos.

5.3 Incentivos ao investimento

Desde meados da década de 70, o principal incentivo governamental ao investimento ou à ampliação da capacidade instalada em saúde foi o Fundo de Desenvolvimento Social (FAS), conforme foi visto no item 2 deste trabalho.

Os empréstimos concedidos pelo FAS representavam grandes vantagens: largos prazos de carência e taxas de juro muito inferiores às vigentes para o mercado. Aliados à "reserva de mercado" possibilitada pelo Inamps, ao comprar serviços do setor privado os recursos do FAS minimizaram o risco do investimento privado em saúde nos idos dos anos 70.

Vimos, no item 2, que, dos US$224,1 milhões do FAS destinados ao investimento em saúde no período, cerca de 80% foram canalizados para o setor privado.

No entanto, na década de 80 assiste-se a uma redução dos recursos à disposição do FAS, provocada pela retirada progressiva dos saldos operacionais da CEF dos recursos destinados às aplicações do fundo. Ao lado desta redução, verifica-se uma

[12] Muitos dos documentos governamentais produzidos recentemente dizem que a participação do setor privado na prestação de serviços deverá ser redefinida a partir da assinatura de contratos-padrão de direito público. Tais contratos se diferenciam dos atualmente existentes que, por serem de direito privado, garantem a igualdade entre as partes convenentes. A nova forma de contrato garantiria ao setor público prerrogativas que poderiam levar a desde o controle do estabelecimento, pelo poder público, até sua estatização, em caso de reconhecida necessidade. Os novos contratos, por definição, obrigariam a rede privada contratada a atender à população em caráter universal.

Tabela 14
Recursos do FAS repassados para o setor saúde
(1979-88)

(Em US$ milhões de 1986)

Anos	Recursos					
	Total		Financiamento		Fundo perdido	
	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)
1979	71,2	100,0	61,4	86,2	9,8	13,8
1980	67,1	100,0	60,1	89,6	7,0	10,4
1981	48,3	100,0	40,4	83,6	7,9	16,4
1982	60,7	100,0	49,2	81,0	11,5	19,0
1983	43,2	100,0	39,2	90,7	4,0	9,3
1984	24,3	100,0	23,4	96,1	0,9	3,9
1985	35,9	100,0	32,6	90,6	3,3	9,4
1986	21,0	100,0	19,0	90,9	2,0	9,1
1987	21,7	-	-	-	-	-
1988	39,0	-	-	-	-	-

Fonte: Ipea/Iplan/CSP –Coordenadoria de Saúde e Previdência.

diminuição da parcela destinada para saúde no interior dos recursos do FAS. A tabela 14 mostra a evolução dos recursos do FAS gastos com investimentos em saúde, entre 1979 e 1988.

Os dados constantes da tabela 14 mostram que os recursos destinados a investimentos em saúde do FAS, ao longo dos anos 80, apresentaram-se, em média, decrescentes, apesar das oscilações verificadas ao longo do período. Pode-se dizer, no entanto, que parcelas crescentes dos recursos foram destinadas a financiamentos e não a fundo perdido. Como os recursos voltados para financiamentos são, em geral, assumidos pelo setor privado, pode-se dizer que continuaram a alimentar os investimentos privados em saúde.

Os mecanismos de julgamento dos projetos a serem financiados pelo FAS giravam em torno de propostas técnicas e influências políticas. Os projetos eram encaminhados através de um sistema de "balcão", onde aqueles tecnicamente mais viáveis ou cujas influências políticas eram fortes tinham mais chances de serem aprovados. O critério de escolha baseado no "socialmente mais relevante" dificilmente era utilizado, embora este fosse o objetivo principal do FAS.

Os dados da Coordenadoria de Previdência e Saúde do Iplan/Ipea — que sistematicamente tem levantado as contas sociais do setor público — indicam que em 1989 o FAS interrompeu suas atividades, sendo seus recursos absorvidos e distribuídos em outros programas da Caixa Econômica Federal. Assim, pode-se

dizer que os incentivos ao investimento privado em saúde deixaram de existir recentemente, sem que incentivos equivalentes tenham sido criados.

5.4 Incentivos ao consumo de serviços privados de saúde no Brasil pelas famílias

O principal incentivo existente neste campo é o abatimento, do imposto de renda da pessoa física, dos gastos com saúde das famílias. Durante muito tempo (pelo menos até 1986), tais recursos eram abatidos integralmente dos rendimentos auferidos para efeitos de cálculo do imposto a pagar.

Tais abatimentos eram, no entanto, limitados a despesas médicas e odontológicas efetivamente realizadas, em contrapartida a serviços prestados. Não estavam incluídos os recursos gastos com planos de saúde, fossem eles familiares ou de empresas, bem como despesas com psicanalistas, logopedistas e outras especialidades não-

Tabela 15
Gastos com saúde das famílias nas declarações do imposto de renda da pessoa física — Brasil (1979-84)

(Em US$ milhões de 1986)

Anos	*Gastos com saúde das famílias*	*% sobre o gasto federal com saúde*	*% sobre o gasto do Inamps*
1979	1.125,4	29,0	35,1
1980	932,9	24,2	28,6
1981	757,0	18,0	25,1
1982	835,5	18,2	27,2
1983	733,8	22,7	28,6
1984	617,2	18,1	22,6

Fonte: Ministério da Fazenda/Centro de Informações Econômico-Fiscais.

convencionais.

Como pode ser visto na tabela 15, os gastos das famílias declarados no imposto de renda da pessoa física representavam, no final dos anos 60, mais de um terço dos gastos em saúde do Inamps (US$ 1,1 bilhão). A possibilidade de abater integralmente tais valores do imposto de renda, e, com isso, até receber deduções ao final do ano, representava, para a classe média, um grande incentivo ao consumo de serviços de saúde, especialmente em épocas onde as taxas de inflação eram menores.

Além do mais, para os assalariados que descontavam para entidades de previdência fechada que tinham, em seus planos, cobertura de serviços de saúde, estava embutido um incentivo com consumo, limitado aos tetos especificados na legislação do imposto de renda de cada ano.

A tabela 15 mostra, no entanto, que no período de 1980 a 1984 essas despesas se reduziram praticamente à metade. O relativo empobrecimento da classe média

provocado pela crise econômica e o aumento das taxas de inflação tornavam menos atrativo o uso dos abatimentos médicos do imposto de renda.

Ao mesmo tempo, generalizou-se entre a classe médica e os estabelecimentos de saúde a prática de utilizar dois preços: "com recibo" e "sem recibo". Em conjunturas inflacionárias, receber um desconto imediato sobre um determinado preço parece ser mais atrativo do que adiar o recebimento de adiantamentos, especialmente em condições de incerteza quanto aos mecanismos a serem utilizados para correção e indexação dos valores.

Além do aumento de "sonegação" propiciado por esse mecanismo, generalizavam-se as fraudes, visto que era sempre possível a quem tinha muito imposto a pagar encontrar um médico ou um serviço de saúde que pudesse emitir recibos falsos com valores inferiores aos que deveriam ser registrados.

Em virtude de todas essas questões, a Secretaria da Receita Federal alterou, a partir de 1989, os mecanismos de abatimento dos serviços de saúde nas declarações do imposto de renda.

Na declaração do imposto de renda da pessoa física (IRPF) de 1988 (ano-base 1987), poderiam ser abatidas todas as despesas com saúde feitas pelo titular e por seus dependentes (médicos, dentistas, psicólogos e hospitais), exceto aquelas pelas quais o indivíduo tivesse sido reembolsado ou que estivessem cobertas por seguro; as despesas resultantes de compra de remédios; as despesas com óculos, lentes de contato, aparelhos para surdez e similares, bem como aquelas referentes a instituições especializadas às quais o indivíduo fosse associado (planos de seguro-saúde e outras modalidades de cobertura contratadas com empresas). No entanto, a parcela gasta com saúde não-reembolsada pela empresa poderia ser abatida, desde que devidamente comprovada.

Na declaração do IRPF de 1989 (ano-base 1988), foi introduzida a possibilidade de deduzir as despesas com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, desde que comprovada a existência de laudo médico. Já na de 1990 (ano-base 1989), só poderia ser deduzida a parcela das despesas com médicos que, em cada mês, superasse 5% da renda bruta auferida naquele mês. Isto limitou muito a possibilidade de abatimento com despesas de saúde no IRPF. No entanto, poderiam ser abatidos os gastos com seguro-saúde e medicina de grupo que excedessem esse limite.

Para 1991 (ano-base 1990) está previsto o retorno da restituição dos gastos em saúde no IRPF . Segundo reportagem do jornal *O Globo*, de 13.12.90, "as novas regras do IRPF permitirão ainda o abatimento integral das despesas médicas e, conseqüentemente, o retorno das restituições".

Segundo os dados da Pnad 1986, mais de um terço das pessoas que utilizaram serviços de saúde naquele ano pagaram pelos mesmos. A tabela 16 mostra essa informação:

No caso das pessoas com mais de dois salários mínimos de renda familiar *per capita*, o percentual de pagamento pelos serviços utilizados é superior a 60%. Assim, com o retorno do abatimento integral dessas despesas do imposto de renda, existe um grande espaço para utilização de serviços de saúde privados.

Apesar de se ter notícias dessas novas medidas, não foi ainda publicada a nova legislação sobre o assunto. Sabe-se, no entanto, que caso permaneça a possibilidade

Tabela 16
Proporção das pessoas que pagaram pela utilização dos serviços de saúde (Brasil, 1986)

Classe de renda familiar per capita	*Pessoas que pagaram (%)*
Total	33,9
Até 1/4 salário mínimo	15,9
1/4 a 1/2 salário mínimo	18,1
1/2 a 1 salário mínimo	32,9
1 a 2 salários mínimos	35,3
+ de 2 salários mínimos	60,4

Fonte: Pnad, 1986.

de abater os gastos com planos de saúde no IRPF, o estímulo a ser dado ao setor privado autônomo será, certamente, maior do que o esperado.

5.5 Incentivos ao consumo de serviços privados de saúde pelas empresas

Até 1982 as empresas podiam abater uma pequena parcela (até 7% de seus rendimentos) dos gastos com saúde para seus funcionários nas declarações do imposto de renda de pessoa jurídica (IRPJ). A eliminação desse procedimento marcou a posição governamental de que isso seria obrigação das empresas que pudessem oferecer esse tipo de benefício aos seus empregados.

Vale mencionar, no entanto, que, em conjunturas altamente inflacionárias, como a que vem atravessando o País desde o início dos anos 80, o maior incentivo dado às empresas para o consumo de serviços de saúde está no campo dos critérios de contabilidade empresarial.

A legislação em vigor considera os serviços de saúde como "custos operacionais" das empresas e permite repassá-los aos preços dos produtos sempre que ocorre um aumento do valor efetivamente gasto. Como esses serviços são melhores nos contratos com empresas de grande e médio portes (em geral, as líderes, que formam preços em seus mercados), é a sociedade como um todo (e não as empresas) que está custeando os serviços de saúde privados comprados, que são oferecidos a boa parte do setor formal do mercado de trabalho.

É verdade que esse tipo de situação ocorre em muitos países, e não é modificando a legislação contábil, mas regulando os mecanismos de concorrência e formação de preços da economia como um todo, que é possível dividir os custos dos serviços de saúde entre empresas e contribuintes.

5.6 Perspectivas para o Governo Fernando Collor de Mello

Um dos compromissos de campanha do Governo Fernando Collor de Mello consiste em elevar os gastos nacionais com saúde para o patamar de 10% do PIB. A interpretação desta meta requer alguns questionamentos prévios:

a) como deverão ser atingidos esses 10%: somente através de recursos públicos, ou a partir de um "*mix* público/privado" de fundos, onde ingressariam, inclusive, os recursos diretamente desembolsados pelas empresas e pelos orçamentos familiares? O Governo diz que tais metas estão associadas a uma duplicação dos gastos privados e a uma triplicação dos gastos públicos reais com saúde. Neste caso, qual a correlação entre estes multiplicadores e a magnitude do PIB?

b) Tal percentual (10%) refere-se ao PIB de 1989 (ano da campanha) ou ao PIB de cada um dos cinco anos de governo?

c) O compromisso deveria ser atingido no início ou ao final do mandato presidencial?

d) A meta de 10% do PIB engloba uma visão restrita ou ampla dos programas de saúde, onde, neste último caso, estariam incluídos os recursos gastos com subprogramas de saneamento básico, alimentação e nutrição e outros correlatos? A resposta a estas questões é crucial para o desenvolvimento de cenários alternativos sobre o comportamento das finanças da saúde nos próximos cinco anos.

O item *a* de perguntas leva a buscar o entendimento do modelo assistencial idealizado, *vis à vis* o que realmente existe no Brasil, bem como a evolução dos gastos com saúde associados às distintas modalidades públicas ou privadas de atenção médica. As perguntas *b* e *c* remetem a considerações mais amplas sobre a relação entre os gastos com uma determinada política social e o PIB, bem como à análise da elasticidade temporal dos compromissos de campanha. A pergunta *d* traz à baila uma discussão sobre qual a integração dos programas sociais em torno de uma proposta integral de saúde, como a que emerge da Carta Constitucional de 1988.

O Ministro da Saúde, Dr. Alceni Guerra, afirmou em pronunciamento que a implementação de seu programa de saúde estaria condicionada à expansão do gasto com saúde no Brasil. Suas metas financeiras podem ser sintetizadas na triplicação do gasto público e na duplicação do gasto privado até o final do mandato do Presidente Collor. A tabela 17 mostra como deveriam comportar-se os gastos públicos e privados ano a ano, para atingir essa meta no final de 1994.

Nessas circunstâncias, os gastos totais em saúde deveriam passar de um patamar de US$13,6 para US$36,4 bilhões num prazo de seis anos, o que requereria grandes mudanças:

a) no que diz respeito à magnitude e à distribuição do gasto público por função e esfera governamental;

b) na distribuição da renda, no perfil do trabalho assalariado e na capacidade interna de concessão de *fringe benefits* aos empregados, por parte das empresas.

Analisemos, primeiramente, a questão do gasto público. A nova Constituição diz que os gastos federais com saúde estão alocados no interior do Orçamento da

Tabela 17
Metas de crescimento anual dos gastos em saúde

(Em US$ milhões de 1987)

Anos	*Gastos públicos*	*Gastos privados*	*Total*
1989	9.079,0	4.574,0	13.653,0
1990	11.312,4	5.254,1	16.566,5
1991	14.095,3	6.035,4	20.130,7
1992	17.562,7	6.932,9	24.495,6
1993	21.883,2	7.963,8	29.847,0
1994	27.266,4	9.148,0	36.414,4

Obs.:
1. Os gastos públicos baseiam-se em duas estimativas: a dos gastos públicos federais calculados pela Coordenadoria de Saúde e Previdência do Iplan/Ipea. Os gastos públicos estaduais e municipais são estimativas do autor. Estes dados podem ser encontrados em Médici, A.C., *Cenários governamentais para as finanças da saúde:* 1990-1994, set. de 1990. (mimeogr).
2. Consideraram-se as metas de duplicar os gastos privados (estimulando-os ao crescimento) e triplicar os gastos públicos. Considerou-se que somente em 1994 (ano de final de governo) estas metas seriam atingidas, o que significa um crescimento anual de 24,6% dos gastos públicos e 14,9% para os gastos privados. Na média, os gastos totais cresceram 21,1% ao ano.

Seguridade Social (OSS). Este, por sua vez, não permite mais vinculações de recursos, tal como previam as disposições transitórias da Constituição, as quais alocavam 30% do OSS para a saúde.

Sendo assim, não existe qualquer garantia legal que possibilite fixar um patamar de gastos com saúde no interior do OSS. Aumentar os recursos para a saúde requer duas ordens de fatos, em parte, complementares: ou se aumentam os recursos do OSS, ou se aumenta a participação do setor saúde no interior do OSS.

Aumentar os recursos do OSS parece ser difícil no curto prazo, porque a maior parcela das receitas do OSS permanece vinculada à folha de salários ou ao faturamento das empresas. O ano de 1990 apresentou alguns sintomas recessivos, com efeitos na queda da massa salarial das empresas, bem como nas receitas brutas das mesmas.

Por outro lado, aumentar a parcela da saúde no OSS também parece difícil, tendo em vista a aprovação do Plano de Benefícios da Seguridade Social e a necessidade de resgatar uma dívida histórica com os aposentados, o que irá consumir muitos recursos.

Assim, sob a perspectiva dos gastos federais, o ano de 1990 não pareceu ajudar a cumprir os compromissos de campanha do Governo. Como o gasto público com saúde deveria aumentar a quase 25% ao ano para atingir a meta governamental, o esforço financeiro dos anos seguintes será bem maior, mesmo que a recessão prevista para 1990 não se prolongue.

No caso dos gastos estaduais e municipais, cumpre esclarecer que as receitas próprias dessas esferas também estão ameaçadas pela recessão. Mesmo antes do Plano Collor, o termômetro de vendas do comércio varejista no primeiro trimestre de 1990 já indicava fortes quedas em relação ao mesmo período do ano anterior.

Como boa parte das receitas dessas esferas está ligada ao ICMS, acredita-se que os gastos com saúde dos estados e municípios não terão muito espaço para se expandir, a não ser através do aumento dos repasses do Inamps.

Os estados, no entanto, não têm ainda definidos os mecanismos de repasse de recursos do Inamps para eles, o que, certamente, irá provocar restrições de curto prazo na magnitude dos recursos postos à disposição das esferas locais, a partir de recursos provenientes do Governo central.

No que diz respeito aos gastos privados, vale destacar que o setor privado autônomo, ou seja, a parcela mais conhecida desse sistema, passou por forte crise em 1990. Várias empresas estão rompendo seus convênios e a redução real dos salários tem reduzido a parcela de famílias associadas a planos de saúde. Nesta perspectiva, algumas empresas médicas têm até mesmo reduzido suas margens de lucratividade para manter sua clientela, mas o espaço parece ser ainda menor.

Os demais segmentos privados dependem basicamente do fluxo de renda dispo-

Tabela 18
Cenários de crescimento do PIB

(Em US$ bilhões de 1987)

Cenários	*1989*	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*
I	326,8	326,8	339,9	353,5	374,7	397,1
II	326,8	330,1	349,9	377,9	408,1	440,7
III	326,8	333,3	356,7	385,2	423,7	466,1

Fonte: foram utilizados os cenários de crescimento propostos pelo Ministério da Saúde no documento *Subsídios do Ministério da Saúde para a elaboração do projeto de lei das diretrizes orçamentárias–exercício 1991*, SAG/MS, 1990. mimeogr.
Cenário I: taxas de crescimento de 0%, 3%, 4%, 4% e 6% para o exercício de 1990-94.
Cenário II: taxas de crescimento do PIB de 1%, 6%, 8%, 8%, 8%.
Cenário III: taxas de crescimento do PIB de 2%, 7%, 8%, 10% e 10%.

Tabela 19
Gastos de saúde como proporção do PIB
(Projeções para 1990-94

Cenários	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*
I	5,1	5,9	6,9	7,9	9,2
II	5,1	5,7	6,5	7,3	8,3
III	5,1	5,6	6,3	7,0	7,8

nível pelas famílias. A redução dos salários e outras formas de renda podem estar impedindo um alargamento dos desembolsos das famílias com programas de saúde.

Mesmo que essas dificuldades sejam consideradas conjunturais, e que se assuma uma recuperação da economia para os próximos anos, o esforço financeiro de

cumprir as metas governamentais de crescimento do gasto do setor saúde será ainda maior.

Considerando-se, assim, algumas hipóteses sobre o crescimento do PIB nos próximos anos — hipóteses estas elaboradas pelo próprio Ministério da Saúde — obteríamos um valor aproximado da magnitude dos gastos em saúde como proporção do PIB, a partir da aplicação das metas governamentais. As tabelas 17 e 18 mostram essas hipóteses.

As hipóteses I, II e III estão comentadas no rodapé da tabela 18. Na primeira, cujo crescimento econômico é mais baixo, os gastos com saúde chegariam a 9,2% do PIB em 1994. Na segunda, de nível intermediário, os gastos com saúde chegariam a 8,3% do PIB. Na terceira, a mais otimista, os gastos com saúde chegariam a 7,8% do PIB. Observa-se, assim, que em nenhuma delas os gastos com saúde alcançariam os prometidos 10% do PIB, caso fossem duplicadas as despesas privadas, e triplicadas as públicas. Levando-se em conta as três hipóteses mencionadas, verifica-se ainda que todas elas são otimistas, pelo menos em relação a 1990, dado que naquele ano ocorreu um crescimento negativo do PIB de 4%.

Resta ainda um comentário a fazer. Ao observarmos os gastos globais com saúde de distintos países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em desenvolvimento, nota-se que a magnitude do gasto com saúde como proporção do PIB é diretamente proporcional à magnitude da renda *per capita*. Países com uma renda *per capita* do porte da brasileira, dificilmente chegariam a gastar 10% do PIB com saúde, a não ser que deixassem de satisfazer outras necessidades econômicas e sociais vitais para a reprodução do sistema.

Caberia, ainda, mais um comentário. Apesar do retorno de fortes incentivos ao setor privado em saúde, como o retorno dos abatimentos integrais dos gastos em saúde no IRPF, as perspectivas para o setor privado em 1992 não são muito boas. O atingimento das metas do Ministro Alceni Guerra — duplicar os gastos privados com saúde em cinco anos — dependeria de outros estímulos e incentivos, os quais não estão delineados na legislação vigente.