

IPEA - INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

CNRH - CENTRO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS

SEA - SETOR DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SOLON Magalhães Vianna

VITOR Gomes Pinto

A ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

1. Introdução
2. O modelo médico-previdenciário
 - 2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS
 - 2.2. MODALIDADES ASSISTENCIAIS
 - 2.3. FINANCIAMENTO E GASTO
3. Análise dos Resultados
 - 3.1. A QUESTÃO DA "PRIVATIZAÇÃO"
 - A. O Convênio Empresa
 - B. O Plano de Pronta Ação - PPA
4. Conclusões e Recomendações.

1. Introdução

A estrutura pluralista do Sistema Nacional de Saúde , concede destaque especial aos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. O primeiro (MS) é o responsável pela formulação da política setorial, bem como pela promoção e execução de ações preferentemente voltadas para os "atendimentos de interesse coletivo". Ao segundo (MPAS) cabe o desenvolvimento de atividades voltadas principalmente para a atenção médica individualizada.

A decisão de proceder a uma avaliação dos serviços de assistência médica prestados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, surgiu basicamente a parte de duas grandes constatações: a evidência de um desempenho insatisfatório do Sistema Nacional de Saúde, no qual a atenção médico-hospitalar é o componente mais complexo, e a importância, no setor , em função de sua abrangência social e volume de gastos, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia vinculada ao MPAS responsável pelos programas médico-assistenciais.

Estima-se que o INAMPS seja responsável pelo atendimento médio de mais de 90% da população brasileira. Direta ou indiretamente, vincula-se a essa Instituição a expressiva maioria da rede assistencial pública e privada composta por quase 450 mil leitos hospitalares, mais de 15 mil estabelecimentos de saúde de todos os tipos , cerca de 100 mil médicos e mais de 1 milhão de trabalhadores de todas as categorias.

O gasto da previdência social com a função saúde atingiu em 1979 a Cr\$ 91 bilhões, correspondendo a 27% da receita do Sistema Nacional de Previdência Social-SINPAS e 78% do dispêndio governamental (MS, MPAS, Estados e Municípios das capitais) no setor, permitindo nesse ano a oferta de 186 milhões de consultas ambulatoriais (médicas e odontológicas) e mais de 10 milhões de internações em hospitais públicos e privados.

A despeito dos esforços crescentes que vem sendo realizados, o modelo médico-previdenciário é permanentemente questionado, tanto por parte dos usuários do sistema (consumidores) como pelos encarregados da prestação de serviços (produtores), face aos aspectos controvertidos da atuação do INAMPS.

Os primeiros, de um modo geral insatisfeitos com certos aspectos perversos decorrentes da massificação dos cuidados médicos, a qual mantendo entraves burocráticos que dificultam o acesso aos serviços, não reproduz o atendimento personalizado que tipifica a atenção oferecida pela medicina liberal na sua forma ortodoxa, mesmo quando esses serviços são providos através do setor privado contratado pela previdência.

Os produtores, por sua vez, entre os quais a categoria médica constitui o componente nuclear e de maior capacidade de pressão, não escondem seu descontentamento, com as relações de trabalho mantidas com a previdência.

Os profissionais assalariados queixam-se da baixa remuneração recebida, que passa a ser maximizada por jornadas de trabalho menores (consentidas, na prática) e pelo exercício de outros empregos públicos (*) e privados, cada vez mais escassos em um mercado de trabalho nitidamente desfavorável.

Os demais, inclusive os empresários do setor, que vendem serviços ao INAMPS, contestam os valores de remuneração desses serviços fixados unilateralmente pelo INAMPS e que, como é natural, estão abaixo dos preços praticados no mercado, ainda que compensados pela garantia de clientela (**).

É nessa moldura que se enquadra a avaliação objeto deste trabalho que, em suas linhas gerais, visa:

- conhecer com maior exatidão o atual quadro de prestação de serviços à população, no que se refere à as-

(*) A Constituição em vigor permite aos médicos a acumulação de dois cargos públicos, privativos da categoria (Art. 99, Alínea IV).

(**) O relacionamento INAMPS/medicina liberal e empresarial, no qual o primeiro compra serviços produzidos, na área privada, é analisado mais adiante já que configura a chamada estratégia de atuação indireta da previdência responsável pela maior parte da atenção médica governamental.

sist^ência m^édica no ^âmbito previdenci^ário, verificando seu grau de efic^ácia e efici^ência;

- fornecer subs^ídios para a tomada de decis^ões no que se refere ^à aloca^ção de recursos financeiros para este setor;
- sugerir medidas corretivas para as distor^ções diagn^osticadas e propor linhas alternativas de aç^ão.

Este documento, est^á dividido em quatro partes, incluindo esta Introdu^ção. Os epis^ódios que tiveram maior influ^ência no processo evolutivo da assist^ência m^édica previdenci^ária, est^ão referidos no Cap^ítulo II, onde tamb^ém se descreve as diferentes modalidades de atua^ção do INAMPS, entre as quais se destaca a forma indireta que vem substituindo a presta^ção de servi^ços em unidades (Hospitais, ambulat^órios etc...) pr^óprias.

Esse Cap^ítulo ocupa-se tamb^ém do financiamento dessa presta^ção previdenci^ária, sobretudo de sua evolu^ção na ^última d^écada - per^íodo considerado nesta an^álise - quando a assist^ência m^édica oficial, urbana e rural, sofreu excepcional incremento.

A discuss^ão de todos esses aspectos bem como a an^álise do desempenho desse sub-sistema previdenci^ário est^ão contidas no Cap^ítulo III, onde s^ão examinadas suas diferentes peculiaridades, inclusive quanto a sua capacidade de influir na melhora do n^ível de sa^úde. Destaque especial merece a "privatiza^ção" da assist^ência m^édica do INAMPS - fen^ômeno origin^ário da j^á referida estrat^égia indireta de aç^ão previdenci^ária que, se de um lado, permitiu em curto prazo um formid^ável crescimento da cobertura de servi^ços, de outro, gerou distor^ções dificilmente control^áveis.

No Cap^ítulo IV, os problemas detectados na an^álise do sistema s^ão utilizados como substrato para a apresenta^ção de recomenda^ções com o objetivo de alcan^çar um melhor desempenho para a assist^ência m^édica previdenci^ária.

2. O modelo médico-previdenciário.

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS.

A história dos serviços de saúde no Brasil demonstra que a atuação governamental, de início restrita à luta contra as doenças transmissíveis, formação de recursos humanos e a polícia sanitária, passou a comportar modalidades médico-assistenciais mais abrangentes, sobretudo depois do advento da previdência social em 1923.

A expansão do sistema previdenciário nos anos seguintes, através da proliferação das caixas de pensões e aposentadorias, mais tarde reunidas em institutos, ocorreu de forma desigual pelo menos até o início da década de 60.

Com a vigência da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960 uniformizando as prestações previdenciárias, o crescimento do sistema passou a ser mais homogêneo.

Foi a partir dessa época que passaram a ocorrer as principais transformações na previdência social, destacando-se o surgimento do Instituto Nacional da Previdência Social-INPS em 1966, resultante da fusão dos diversos institutos, a instituição de regime previdenciário próprio para o trabalhador rural (FUNRURAL), a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS (1974) a incorporação de novas categorias de trabalhadores ao regime previdenciário urbano (empregados domésticos, religiosos etc...) e rural (empregador rural) e, finalmente, (1977) a institucionalização do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS, que representou a segunda^(*) grande reorganização administrativa ocorrida na previdência social brasileira.

Duas importantes medidas implementadas nesse período tendo como objetivo reordenar o setor saúde em geral e a assistência médica em particular, merecem destaque: a criação do Sis-

(*) A primeira grande reforma se deu com a criação do INPS.

acional de Saúde-SNS (1975) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, parte integrante do SINPAS, dois anos depois.

Não há dúvida de que a promulgação da Lei nº 6.229 de 12.07.75 dispondo sobre o SNS representou a primeira tentativa, efetivamente formalizada, de racionalização do setor saúde com vistas a evitar os paralelismos, superposições e até conflitos no desempenho das múltiplas instituições que compõem o sistema.

A criação do INAMPS, por sua vez, colocando sob um só comando todos os serviços médicos e previdenciários até então pertencentes ao INPS, FUNRURAL, IPASE e LBA, confirmou a tendência a integração institucional no âmbito da previdência social, iniciada com a unificação das caixas nos institutos e seguida da fusão destes no INPS.

2.2. MODALIDADES ASSISTENCIAIS.

A assistência médica a cargo do MPAS se desenvolve através de serviços próprios (modalidade direta) ou mediante serviços de terceiros (modalidade indireta) (Quadro 1).

No primeiro caso ela é prestada em hospitais, ambula-
tórios e outras unidades de saúde pertencentes ao INAMPS, locali-
zadas em sua maioria nas regiões metropolitanas e outros centros
urbanos de maior porte (*).

A atuação indireta se efetiva sob três formas distin-
tas básicas: CONTRATOS de compra de serviços com hospitais, clí-
nicas e laboratórios, entre outros, organizados comercialmente
ou mantidos por grupos e cooperativas médicas ou, ainda, com cer-
tas entidades beneficentes (Santas Casas etc...); CONVÊNIOS tan-
to com Estados, Municípios e organizações oficiais em geral (Hos-
pitais universitários, por exemplo) e, também, com empresas e
sindicatos para assistência aos respectivos empregados e associa-
dos; CREENCIAMENTO de profissionais liberais que atuam tanto nos
hospitais e demais serviços contratados, como em seus consultô-
rios particulares.

Adicionalmente, o INAMPS propicia outras facilidades
aos seus beneficiários urbanos como: REEMBOLSO DE DESPESAS no
caso de gastos realizados pelo segurado em local ou situação que
impossibilite a utilização de atendimento nas formas acima men-
cionadas; USO DE INSTALAÇÕES ESPECIAIS (**) (apartamento privati-
vo em hospital) e TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO, situação em que
o Instituto custeia os cuidados médicos necessários, inclusive des-
pesas de transporte e manutenção na localidade mais próxima que
disponha dos recursos terapêuticos requeridos, não disponíveis no

(*) Os serviços próprios compreendem 41 hospitais (3 sem funcionar) com cerca de 8.100 leitos (7.400 em funcionamento), 564 postos de assistência médica (69 sem funcionar) operados por mais de 22.000 médicos.

(**) Nesse caso o segurado deve pagar a diferença entre o preço pago pelo INAMPS (instalações normais-enfermaria) e o fixado pelo Hospital para as instalações especiais (apartamento privativo). O médico responsável pelo tratamento poderá cobrar diretamente do paciente, honorários de até 100% do valor pago pelo Instituto.

local de moradia do beneficiário^(*).

A preferência pelas formas indiretas de atuação fica evidenciada na Tabela 3, que explicita para os anos de 1977 e 1979 a participação percentual das diferentes modalidades assistenciais nas despesas com atenção médica.

A manutenção dos serviços próprios absorveu 23% dos recursos em 1977 e os convênios apenas 6%. A opção predominante - contratos e credenciamentos - respondeu por 71% dos gastos em 1977 e 76% em 1978.

As estatísticas de produção de serviços (1971 e 1979, Tabela 4) confirmam o chamado fenômeno de "privatização" da assistência oficial mais adiante examinado neste documento.

Enquanto em 1971, 10% das internações, 83% das consultas, 44% dos exames radiológicos, 48% dos testes laboratoriais e 73% dos serviços complementares foram realizados em unidades próprias do INAMPS, em 1979 esses percentuais alcançaram apenas a 2% , 35%, 15%, 18% e 27%, respectivamente.

(*) O INAMPS proporciona ainda atendimento de emergência, inclusive através de serviços contratados e conveniados, independente da comprovação da condição de beneficiário por parte do paciente. Ultrapassada a situação de emergência, cessa a responsabilidade do Instituto no tratamento adicional eventualmente necessário.

2.3. FINANCIAMENTO E GASTO.

A assistência médica - salvo a prestada ao trabalhador urbano acidentado no trabalho - constitui uma prestação previdenciária não obrigatória. Trata-se de um serviço oferecido de acordo com as disponibilidades de recursos e não um benefício, compromisso inerente ao regime securitário.

A inclusão da assistência médica hospitalar, farmacêutica e odontológica entre as prestações previdenciárias, sendo portanto financiada quase que integralmente com recursos originários dos encargos sociais, apresenta no caso brasileiro, inúmeras vantagens:

- i) assegura que os recursos gerados sejam aplicados exclusivamente na área social e não em outros empreendimentos que, qualquer que seja sua importância política ou econômica, não sejam especificamente social.
- ii) garante assistência médica pelo menos aos grupos da sociedade particularmente importantes para o desenvolvimento do país, além de incluir a atenção aos dependentes dos segurados;
- iii) os recursos do seguro social parecem ter, a longo prazo, maior estabilidade do que os de origem orçamentária. No Brasil, nos últimos anos, os gastos com assistência médica previdenciária vem tendo um incremento superior aos recursos gerados pelo IPI e ICM; segundo dados do MPAS, no período 1970/78 a evolução dessas variáveis permitiu as seguintes taxas geométricas médias de crescimento anual:

ICM	- 38,40%
IPI	- 37,36%
Receita de Contribuições	- 47,46%

A origem do financiamento da assistência prestada pelo INAMPS assegura ampla autonomia ao Sistema. Em 1971 a receita proveniente da contribuição previdenciária atingiu a 83,4% da receita global do SINPAS, percentual que oito anos depois chegou a 93%. (Contribuição da União 5%, outras Fontes 2%).

iv) finalmente, os recursos previdenciários, ainda que destinados a clientela específica, contribuem para aprimorar e expandir a assistência para todos, pois de alguma forma levam à melhoria e ampliação da capacidade instalada do setor (Hospitais, Postos de Saúde, etc...).

Em contraposição, o fato do financiamento da assistência médica depender de recursos do seguro social, tem contribuído para retardar a sua completa universalização, já que a origem dos recursos obrigaria^(*) sua aplicação apenas para beneficiar os contribuintes.

Na verdade os recursos da previdência social provêm, em última instância, dos consumidores, vinculados ou não ao sistema previdenciário, que compram os produtos e utilizam serviços, já que tanto a contribuição do empregado como do empregador é proporcionada pela receita dessas vendas, inclusive no mercado externo comprador de produtos exportados⁽¹⁾. A postura ortodoxa segundo a qual a previdência social não deva incorporar-se a um sistema de atendimento médico universalizado, por força da especificidade de seus recursos, esquece habitualmente que, embora responsável por cerca de 90% da população a participação do gasto público com saúde por parte da previdência social é inferior a esse percentual.

O percentual da receita previdenciária destinado a assistência médica nos últimos 10 anos esteve em média em torno de 28%. A partir de 1976, ano em que os serviços de saúde comprometeram 32% da receita, o percentual vem declinando (27% em 1979) sendo que o objetivo declarado do MPAS é situá-lo próximo a 25%^(**), de forma a não comprometer os demais compromissos do SINPAS com clientela.

(*) Segundo ponto de vista tradicional predominante no âmbito do INAMPS.

(1) ROEMER, M. Organización de la Asistencia Médica en los Regímenes de Seguridad Social. OIT. Ginebra, 1969.

(**) Ainda que essas despesas não venham comprometendo o pagamento das demais prestações, na verdade se outra fosse a fonte de custeio da assistência médica, os recursos que lhe são alocados, poderiam atender a melhoria do valor dos benefícios em dinheiro (pensões, aposentadorias etc...) reconhecidamente baixos.

Apesar do crescimento real negativo em 1977 (-2,4%) e 1979 (-0,29%), o gasto com assistência médica triplicou na última década, passando de Cr\$ 30.550 bilhões (a preços de 1979) em 1977 para Cr\$ 91.070 bilhões em 1979, o que corresponde a 94,5% do gasto federal (MPAS/MS) com a função saúde.

Esses recursos contemplam em sua grande maioria, cuidados médicos ao trabalhador urbano e seus dependentes (81%), sendo o restante destinado a despesas administrativas (9,9%) e demais clientela (rural, 7,8% servidor público, 1,2% e carentes 0,1%).

Entre 1970 e 1979 esses percentuais, com exceção do referente a gastos administrativos (*) sofreram alterações já que aumentaram os dispendios para atender a clientela rural e urbana, diminuído, em termos relativos, o gasto com servidores públicos e população carente (Tabela 1).

(*) O percentual destinado a despesas administrativas é, no mínimo, controverso, variando conforme a fonte previdenciária consultada. Assim, o percentual poderia ser de 10% ou 5% em 1970 ou de 9,9% ou 3% (Tabela 1) e deveria ser, na forma da legislação vigente, integralmente atendido pela União que, no entanto, custeou apenas 61,8% do valor total em 1979.

3. Análise dos resultados.

Depois de 5 anos de vigência da Lei nº 6.229 de julho de 1975, dispoendo sobre o Sistema Nacional de Saúde e que representou, como já foi consignado, a primeira tentativa formal de ordenação institucional do setor, poucos ou nulos foram os progressos alcançados com vistas a esse objetivo, em grande parte por força das imprecisões e dubiedades - e até mesmo, impropriedades - do texto legal, agravados pela não expedição de Decreto regulamentador.

A reconhecida falta de unidade de comando na condução da política setorial não foi corrigida e, assim, nem o Ministério da Saúde passou a exercer de fato a coordenação do setor^(*), nem foi alterado o quadro institucional historicamente composto por múltiplas entidades federais, estaduais, municipais e privadas - que desenvolvem suas atividades quase que totalmente dirigidas ao mercado previdenciário - sem obediência a qualquer mecanismo eficaz de articulação.

Nesse contexto, a previdência social dispoendo de ampla autonomia política e financeira, firmou sua posição hegemônica ; dispoendo de recursos crescentes ampliou substancialmente a prestação de serviços médicos tanto nas cidades como entre a população rural (Tabela 2).

Sob essa ótica exclusivamente quantitativa, a assistência médica previdenciária se revela bastante satisfatória, diante dos padrões médios de produção de serviços arbitrados para serem alcançados pelos países americanos no final da década^(**).

(*) A competência do MS, literalmente consignada do Decreto-Lei nº 200/67 , para formular a política de saúde, sofreu substancial redução com a vigência da Lei nº 6.118/74 criando o Conselho de Desenvolvimento Social-CDS. Esse diploma legal revogou expressamente o Parágrafo 3º do artigo 156 do D.L. nº 200 segundo o qual a assistência médica da previdência social se subordinava a Política Nacional de Saúde.

(**) O Plano Decenal de Saúde para as Américas, aprovado na II Reunião Especial de Ministros da Saúde do continente americano (1972), pretendia que cada país no final da década alcançasse as taxas de 1 alta hospitalar para cada 10 habitantes e duas consultas por habitante/ano.

O percentual da população beneficiada pela assistência hospitalar praticamente triplicou entre 1971 e 1979, passando de 3% para quase 9%. Mesmo entre a população rural, cujo acesso a esses serviços é menor, a cobertura duplicou no mesmo período, enquanto que no meio urbano mais de 11% de seus habitantes receberam serviços hospitalares em 1979.

No campo da atenção ambulatorial, a produção de serviços (e presumivelmente também a cobertura) (*), vem sendo ampliada. O índice consultas/habitante, 0,50 em 1971, atingiu a 1,55 em 1979. Esse indicador, que triplicou entre a população rural nos anos compreendidos entre 1972 (0,20%) e 1979 (0,60%), nas cidades já ultrapassou a relação de 2 consultas por habitante /ano pretendida.

Nada obstante, a assistência médica previdenciária brasileira também padece da chamada "crise universal da medicina científica", particularmente evidenciada nos países de economia de mercado a partir do questionamento estabelecido sobre a eficiência e eficácia dos serviços médicos como "produtores de saúde" e com respeito a sua distribuição desigual entre os diversos segmentos da sociedade.

A relativa ineficiência e ineficácia da atenção médica em geral e do modelo médico-previdenciário em particular, decorre da falta de evidência quanto a uma relação de causalidade entre gastos (crescentes) com saúde e melhoria (insatisfatória) do nível de saúde da população.

A expectativa de vida, a despeito dos notáveis progressos da ciência médica e do aumento da cobertura médico-hospitalar, tem crescido muito lentamente. A mortalidade infantil, desigualmente distribuída entre as diversas classes sociais, atinge no Brasil a 113 crianças em cada 1.000 nascidas vivas entre as categorias mais pobres e, em média, ainda se mantém com taxas consideradas "fortes" e "muito fortes".(**)

(*) Não se dispõe de dados sobre o número de pessoas efetivamente beneficiadas a cada ano com cuidados ambulatoriais, mas apenas o número de atendimentos (consultas) realizados.

(**) A taxa de mortalidade infantil é "fraca" quando o coeficiente é inferior a 50/1 000; "moderada" quando o coeficiente se situa entre 50 e 70; "forte" quando entre 70 e 100 e "muito forte" quando acima de 100 óbitos de cada 1 000 nascidos vivos.

Na verdade, estima-se que um aumento real de 100% nos gastos com saúde em países desenvolvidos ocasione uma diminuição de apenas 5% nas taxas de mortalidade e morbidade⁽²⁾.

O paradoxo entre gastos setoriais elevados e baixo nível de saúde é apenas aparente. A melhoria das condições de saúde de uma população resulta menos do desempenho, amplitude ou sofisticação dos serviços médicos do que de medidas sociais e econômicas mais amplas, sobretudo as que acarretem a elevação da renda dos estratos mais carentes. "As ações médico-sanitárias são apenas um dos determinantes do nível de saúde de uma população. E pode-se afirmar que para as populações de baixo nível de renda nunca é o mais importante"⁽³⁾.

Os indicadores de saúde apresentam consabidamente estreita correlação com a distribuição da renda e o nível de emprego e as reconhecidas limitações do sistema médico-hospitalar, permitem-lhe apenas gerar "mais conforto do que saúde"⁽⁴⁾.

Mesmo sob o ângulo do "conforto", que abrange o sentimento individual de proteção decorrente da possibilidade de acesso, sempre que necessário, a cuidados médicos, a assistência previdenciária está longe da otimização. As "filas" para espera de atendimento e a baixa qualidade da atenção ambulatorial^(*) constituem as principais queixas dos usuários com respeito ao sistema.

Impotente para alterar para melhor, por si só e de forma significativa, os indicadores de saúde, a atenção médica inserida em uma sociedade industrial patogênica⁽⁵⁾, pois geradora de novas moléstias, como as ocupacionais e as decorrentes da polui

(2) Mc NERNEY, W.J. Apud, Mendes, E.V. A evolução histórica da prática médica. Belo Horizonte, 1980.

(3) KÉRTESZ, E. Apud Gentile de Mello, C. Planejamento de Saúde e Desenvolvimento Econômico s.d.

(4) MENDES, E. V. Op., cit. p. 28.

(*) O atendimento frio e impessoal, quando não ríspido e descortês, e a duração extremamente rápida das consultas levando a diagnósticos apressados e/ou tratamentos sintomáticos, refletem a deficiência qualitativa desse serviço.

(5) MENENDEZ, E.L. In Mendes, E.V. op.cit.

ção, apresenta por vezes efeitos iatrogênicos, quando procedimentos de diagnose e terapêutica tornam-se causas da doença⁽⁶⁾.

O sistema médico-previdenciário a partir de sua comprovada importância social ainda é, por força das peculiaridades de seu financiamento, como já foi visto, excludente, exclusivista e, até certo ponto, discriminatório, na medida em que seus benefícios se distribuem de forma desigual seja entre as diversas clientelas, seja em relação as diversas regiões do país. Essa desigualdade, ainda não superada mesmo em países desenvolvidos, está expressa na denominada Lei da Atenção Inversa de Hart⁽⁷⁾ segundo a qual "a disponibilidade de boa atenção médica tende a variar na razão inversa das necessidades da população".

A inegável racionalidade da decisão de criar o INAMPS, fundindo serviços, não acarretou a almejada universalização e equalização da assistência médica, ainda que tenha sido um passo importante nesse sentido. Essa prestação, nos termos da Lei nº 6.439/77 que criou o SINPAS, continuou a ser oferecida de forma desigual ou seja, segundo as diferentes clientelas (trabalhador urbano, servidor público e trabalhador rural) que se vinculam e três regimes previdenciários distintos^(*).

A população não vinculada à previdência por sua vez, continuou dependente de outras formas de assistência médica^(**) já que o MPAS, de certa forma, procurou se resguardar de maiores responsabilidades com a sua cobertura, ao incluir na Lei do SINPAS, dispositivo segundo o qual a assistência médica à população carente (clientela da LBA, diga-se de passagem) será prestada "... mediante convênio com outras instituições que assegurem ao INAMPS os necessários recursos".

(6) ILLICH, I. A expropriação da saúde; Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1977, 196 p.

(7) HART, J.I. In, Mendes, E.V. op.cit.

(*) Embora o FUNRURAL e o IPASE tenham sido extintos como instituições, com o advento do SINPAS, seus regimes previdenciários foram mantidos. Por outro lado, a manutenção dos hospitais até então pertencentes ao IPASE, com a incumbência prioritária de atender "...aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias, do Distrito Federal, aos membros do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, bem como aos respectivos dependentes", representa outra limitação às intenções equalizadoras.

(**) Salvo, como já registrado neste relatório, em caso de emergência.

A desejável, porque democrática, fusão dos programas de atenção médica rural e urbana não implicaria necessariamente em uma prestação plenamente igualitária (*). Embora não remova fatores que favorecem os habitantes da cidade tais como sua melhor facilidade de acesso a serviços especializados (técnica e economicamente inviáveis e até mesmo socialmente injustificáveis na zona rural), maior necessidade de consumo (culturalmente explicável) e uma mais ampla capacidade reivindicatória, a unificação programática, pelos menos, democratizaria o direito de acesso aos mesmos serviços.

(*) O caráter desigual e concentrador da atenção médica previdenciária se revela também na distribuição de recursos e de serviços (per capita) que privilegiam as regiões mais ricas.

3.1. A QUESTÃO DA "PRIVATIZAÇÃO".

O aspecto mais controvertido da atuação do INAMPS tem seu fulcro na modalidade indireta de prestação de serviços médicos (Quadro 1), em especial no que diz respeito aos contratos de compra de serviços, convênios com empresas para que se responsabilizem pela assistência aos seus empregados e o credenciamento de profissionais liberais, fenômeno conhecido como de "privatização" da assistência oficial.

A expansão dessa estratégia teve seu maior incremento nos anos setenta, quando da grande euforia provocada pelo excepcional desempenho da economia, propiciando aumentos substanciais na arrecadação de encargos sociais; sua implementação pode ser atribuída a múltiplas causas.

O sinergismo das pressões, da demanda de um lado, e dos responsáveis pela oferta, de outro, constitui uma dessas causas. A população (demanda) reivindicando mais e melhores serviços de saúde, sendo que alguns dos seus segmentos com maior capacidade de pressão (classe média), acreditando que através do setor privado (inacessível através de relações de mercado) poderiam ter suas aspirações de consumo melhor e mais rapidamente atendidas. A profissão médica (oferta) vislumbrando na privatização a única possibilidade de satisfazer reivindicações corporativas e empresariais de melhor remuneração e maiores lucros (*).

Nessa circunstância a solução politicamente mais atraente, por ser mais fácil, rápida e, a curto prazo, menos onerosa e menos sujeita a contestações, seria o fortalecimento do setor privado, por apresentar enorme capacidade ociosa e, também, porque a opção assumida dispensaria preocupações com inves-

(*) Em um modelo "estatizado" puro, os padrões de remuneração das profissões de saúde nivelar-se-iam ao do funcionalismo público em geral. O exercício liberal da atividade de forma ortodoxa não tem, no Brasil, atrativo, diante dos baixos padrões de renda da maioria da população, e da oferta abundante de mão-de-obra médica, acima da capacidade de absorção no mercado.

timentos necessários a expansão da oferta pública cujos custos de implantação e manutenção, diga-se de passagem, são à primeira vista, mais altos que no setor privado (*).

Evidentemente toda essa causalidade está permeada por um componente ideológico indisfarçável, capaz por si só e independente dos fatores condicionantes enunciados (pressão da oferta e demanda, capacidade ociosa privada etc...) desencadear o processo de privatização, para cuja exacerbação contribuíram dois(**) importantes instrumentos da estratégia de atuação indireta: o Convênio-Empresa e o Plano de Pronto Ação-PPA.

(*)

Os custos mais elevados na área pública se devem, talvez, menos a alegada ineficiência do setor, mas ao fato de desenvolver atividades diferenciadas e altamente especializadas, não exercidas pelo setor privado (incluindo educação para a saúde, pesquisa, serviços preventivos, capacitação de recursos humanos etc...); ademais, não pressionado pela necessidade de lucro, pode alcançar padrões técnicos de desempenho mais elevados, o que requer maiores recursos.

(**)

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS, criado em 1974, foi o terceiro grande instrumento que favoreceu enormemente a expansão da capacidade instalada privada já incentivada pela reserva de mercado propiciada pelo INAMPS.

A. O CONVÊNIO-EMPRESA.

A preocupação com a descentralização do atendimento médico, descongestionando os serviços próprios de previdência social e levando a assistência mais próxima ao trabalhador, foram, aparentemente, os principais motivos que levaram a previdência social a instituir o denominado convênio-empresa.

Segundo essa modalidade, criada no final dos anos sessenta e expandida no início da década seguinte, a previdência social paga a empresa empregadora um subsídio mensal por trabalhador, cuja assistência médica passa a ser responsabilidade patronal.

Aos beneficiários do convênio fica vedado a utilização de serviços do INAMPS, salvo em situação de emergência, ou, em casos graves que exijam tratamento mais sofisticado ou até mesmo, em casos relativamente frequentes no contexto epidemiológico nacional, como doenças transmissíveis e mentais, que não são atendidas no convênio-empresa.

As empresas, via de regra, aportam recursos próprios, ao subsídio previdenciário e contratam a assistência com empresas, grupos ou cooperativas médicas, remunerando-os também "per capita".

O lucro desses prestadores de serviços médicos advém da diferença entre o montante (fixo) recebido da empresa e o custo operacional da assistência que prestam; essa circunstância gera naturalmente uma preocupação em reprimir despesas, inclusive através de artifícios diversos como, por exemplo, dificultando o acesso a serviços mais caros, desestimulando a realização de exames complementares.

Já foram também identificadas reclamações de trabalhadores em relação a essa modalidade assistencial, acusada de favorecer as grandes empresas, e dentro destas, os dirigentes e executivos^(*), além de exercer forte controle sobre a força de tra-

(*) Muitos contratos entre empregadores e empresa médica prevêm atenção diferenciada (apartamento privativo, consulta com hora marcada etc...) para os seus dirigentes.

balho, influenciando na admissão e dispensa de mão-de-obra através da verificação das condições físicas, controle do absentismo e, até, a demissão de empregados que requeiram tratamentos caros ou prolongados.

Embora apoiada e estimulada por grupos médicos privados, os quais sob diferentes formas organizacionais (Quadro 1), tiveram grande ampliação no mercado, o convênio-empresa é criticado por diferentes setores da profissão médica, entre outros motivos por contrariar dispositivos do código de ética médica, já que institucionaliza a intermediação lucrativa entre profissionais e pacientes.

O convênio-empresa teve sua ampliação suspensa em 1979 por recomendação do CDS, possivelmente por dispersar recursos do INAMPS, não ter tido o impacto esperado na diminuição das "filas" e, por ser incompatível com os objetivos de universalização e equalização dos serviços de saúde.

B. O PLANO DE PRONTA AÇÃO - PPA.

Conhecido por sua sigla - PPA - o Plano, consubstanciado em suas linhas mestras na Portaria MPAS nº 39, de 05.09.74 do Ministro da Previdência e Assistência Social, consiste em um pacote de atos normativos com a seguinte finalidade:

- i) proporcionar condições para que seja progressivamente atingida a universalização de previdência social;
- ii) utilizar toda a capacidade instalada da área de assistência médica, tanto pública como privada;
- iii) descongestionar o sistema previdenciário, aliviando a carga do trabalho direto;
- iv) especializar o sistema hospitalar próprio;
- v) simplificar as formas e os processos de atendimentos;
- vi) individualizar cada vez mais o atendimento.

Reservando aos hospitais próprios da previdência para a prestação de assistência de alta especialização, para a pesquisa e o aperfeiçoamento técnico-profissional (*), a ampliação da oferta de serviços de saúde passou a efetuar-se fundamentalmente através de terceiros e - entre estes - as organizações privadas.

A desburocratização no atendimento, sobretudo nos casos de emergência, mereceu norma específica, determinando que as urgências passassem a ser atendidas, sem distinção, por todos os serviços próprios e contratados. Quando a pessoa contratada não comprovar sua condição de previdenciário, as despesas com os serviços prestados ficarão limitadas a duração do estado de emergência sujeitas em qualquer caso aos regulamentos e tabelas vigentes na previdência social.

A medida, de evidente cunho ético e humanitário, atendia as constantes denúncias na época veiculadas pela imprensa, de casos de omissão de socorro; sua implementação, todavia, oca

(*) Aumentando portanto seus custos.

sionou um "excesso de internações hospitalares" (sic) na rede particular contratada, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, conforme reconheceu o próprio presidente do INPS.

Dessa forma, enquanto os serviços contratados - inobstante a notória dificuldade de seu controle face as peculiaridades do trabalho médico - passavam a ser privilegiados, os investimentos da previdência visando a ampliação da rede própria alcançavam pouca expressão. O Plano de Trabalho do INPS para 1975 prevendo recursos da ordem de Cr\$ 43 bilhões, dos quais cerca de 25% destinados a assistência médica, acrescentava a capacidade instalada própria em todo o país, apenas 724 leitos e 36 consultórios, através da conclusão de obras iniciadas há mais de 5 anos.

O PPA facultou também aos beneficiários do INPS a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, já que a classe média brasileira, principal consumidora desse tipo de facilidade, incorporou às suas aspirações de consumo - sem poder custea-los - padrões de países industrializados, sobretudo dos Estados Unidos. O necessário sobrepreço nas diárias, foi acompanhado do atendimento de antiga reivindicação de segmento da profissão médica, qual seja a institucionalização da complementação, pelo paciente, dos honorários médicos. Também nessa situação, o controle é, pelo menos, difícil; não se vislumbra como evitar, de fato, que o paciente não seja induzido a ocupação das instalações especiais, bem como fazer com que a complementação de honorários obedeça os limites fixados pela previdência (100% sobre a tabela do MPAS).

Merece porém destaque entre os aspectos positivos do PPA, o protocolo firmado entre o MEC e o MPAS para utilização dos hospitais universitários e de ensino na assistência aos beneficiários da previdência, recebendo, em contrapartida, um subsídio mensal.

Formulado em época de grande abundância de recursos , o PPA acarretou um aumento desmesurado nos dispêndios com assistência médica na medida em que⁽⁸⁾ :

- . estimulou o convênio-empresa;
- . promoveu o credenciamento de médicos e odontólogos de forma intensa;
- . permitiu a contratação de, praticamente, todos os leitos privados disponíveis, bem como de laboratórios e outros serviços de diagnose e terapêutica;
- . facilitou o crédito aos empreendimentos privados do setor;
- . incentivou a sofisticação e especialização da assistência médica.

As distorções proporcionadas pela privatização são de controle difícil, dispendioso e de eficácia, no mínimo, duvidosa^(*). Abusos estão presentes não só quando a remuneração dos serviços produzidos se efetiva em função de sua quantidade e grau de complexidade mas também quando o pagamento se dá de forma global ("per capita", independente da quantidade de serviços consumidos pelo paciente).

No primeiro caso, estudos nacionais e internacionais⁽⁹⁾, comprovam o aumento do número de atos médicos desnecessários. A substituição da remuneração por unidade de serviço pelo pagamento por subsídio "per capita" nas relações com o setor privado , apresenta também, segundo análises nacionais⁽¹⁰⁾ recentes, efeitos colaterais indesejáveis, já referidos no exame do convênio-empresa.

(8) MOREIRA LIMA, L.F. Documento Inédito

(*) A utilização de computadores, eficiente para o controle a posteriori de determinados parâmetros assistenciais, parece atingir, no caso dessas fraudes, apenas a parte visível do "iceberg". A máquina, evidentemente, não se imiscui nas relações médico/paciente e não é capaz de discernir entre uma cirurgia indispensável e outra desnecessária ou se exames complementares tinham justificativa ou foram realizados apenas para produzir lucro e/ou proporcionar uma ilusória sensação de proteção ao paciente.

(9) ROEMER, M. op. cit.

(10) PESES. O complexo previdenciário brasileiro. s.d.

Um outro aspecto típico da assistência médica previdenciária, diz respeito a rápida incorporação de inovações tecnológicas e a adoção de práticas complexas, muitas vezes em detrimento de condutas simples, eficazes e de menor custo unitário.

A despreocupação de produtores e consumidores com o custo dos serviços exacerba o seu consumo, seja porque os pacientes passam a vincular a qualidade da atenção ao número e grau de refinamento dos atos médicos e exames complementares a que são submetidos, seja porque os profissionais, fascinados pela tecnologia e sob pressão do eficiente marketing do denominado complexo médico-industrial, são ainda estimulados por um sistema de remuneração que privilegia procedimentos de alta sofisticação (*).

O problema não surgiu apenas como um dos efeitos perversos da privatização dos serviços de saúde e da "modernização" da sociedade brasileira, mas pode ser atribuído em parte a educação médica, baseada quase que exclusivamente no treinamento hospitalar, gerando assim profissionais não vocacionados para o trabalho em ambulatório, sabidamente mais eficiente, tendo em vista as necessidades predominantes na maioria da população.

Parece não haver outro conjunto de explicações para os altos índices de hospitalização (sobretudo em psiquiatria), e o aumento do percentual de partos cirúrgicos (15% em 1971 e 25% em 1979) o mesmo acontecendo na área de complementação diagnóstica onde, para só citar um exemplo, a relação exame radiográfico/consultas passou de 1/14 (**) em 1971 para 1/11 (1979). Tam

(*) Condições adversas de trabalho apresentam também forte influência na decisão médica de solicitar exames de laboratório e outros testes complementares, já que essa opção representa uma forma sutil para se livrar do paciente mais depressa.

(**) Se é verdade que uma relação muito alta pode significar baixa qualidade da atenção médica, valores como os que vem sendo observados no INAMPS parecem indicar um uso indiscriminado de meios de complementação diagnóstica (Raio X, Laboratório etc...) sem ganhos qualitativos identificáveis.

hém a alta utilização de equipamentos de alta densidade tecnológica, comprova esse comportamento.

Esse último aspecto - a presença quase massiva de tecnologia de ponta - é melhor exemplificado com a quantificação da aparelhagem médica disponível⁽¹²⁾, cujo aumento nos últimos anos tem reflexos diretos no quadro de importações^(*).

O Brasil dispõe hoje de 94 Bombas de Cobalto e 37 Aceleradores Lineares^(**), devendo-se ressaltar que esse último aparelho só deveria ser instalado em Centros Oncológicos de Excelência^(***). O índice, recomendado por especialistas, de 1 Bomba de Cobalto para 1 milhão de habitantes já foi ultrapassado no Brasil, onde a média é de 1/911 mil.

O mesmo fenômeno se repete com os Tomógrafos Computadorizados, o mais recente e fascinante avanço da tecnologia médica na área de meios de diagnóstico.

Entre 1975 e 1980 foram importados 45 desses aparelhos^(****), dos quais 21 no último ano referido. Enquanto a França adota como norma a disponibilidade de 1 Tomógrafo para cada 5 milhões de habitantes, no Brasil essa relação é de apenas 1/2,6 milhões, chegando a 1/1,6 milhões na Região Sudeste, onde estão localizados praticamente 70% desses aparelhos^(*****).

(12) MS/SNABS/DNOSS. Levantamento do Equipamento Médico-Hospitalar Importado (1977/1979).

(*) As importações de equipamentos e outros materiais médicos passaram de US\$ 78,618 milhões em 1977 para US\$ 98,867 milhões em 1979. Desse último total, US\$ 12,3 milhões foram isentos de Imposto de Importação, conforme previsto no Decreto nº 76.063.

(**) Utilizados no tratamento oncológico.

(***) Evidentemente o Brasil não dispõe de 37 Centros Oncológicos de Excelência e, muito provavelmente, o quadro nosológico nacional não exigiria esse quantitativo.

(****) Desse total 14 são para tomografia de crânio (US\$ 600 mil cada) e 31 para tomografia de corpo inteiro (US\$ 1 milhão cada).

(*****) MS/SNABS/DNOSS. Encontro de Equipamento Médico-Hospitalar. Versão Preliminar das conclusões do Grupo 2. Brasília, 1980

Como 39 desses aparelhos pertencem ao setor privado, é evidente que devem produzir exames no volume necessário para, no mínimo, recuperar o capital investido. Parece válido concluir que, para alcançar esse objetivo, sua utilização passe a desatender as indicações técnicas mais rigorosas e o seu emprego se vulgarize, na obtenção de diagnósticos que poderiam ser alcançados por processos tradicionais menos dispendiosos.

A correção desses problemas encontra óbices até agora intransponíveis entre os quais a política de recursos humanos se configura com o obstáculo mais crítico.

Os controles do INAMPS sobre o setor privado vinculado, onde se localiza a maioria dessas distorções (até porque o setor privado é o principal prestador de serviços) apresentam, não apenas as imperfeições e limitações decorrentes da impossibilidade já referida de fiscalizar com eficácia o trabalho médico, como são, ainda, obstaculizados pelo fato de que a grande maioria dos recursos humanos (médicos) privados são também servidores do Instituto.

Essa "dupla militância" além de ter natural repercussão na efetividade das medidas de controle, explica também, em certa medida, a escassa eficiência de muitos serviços públicos de saúde dirigidos ou operados - com frequência inquietante - por seus próprios concorrentes.

4. Conclusões e Recomendações.

A Política Nacional de Saúde, particularmente nos aspectos concernentes a atenção médico-social, não pode desconsiderar o conflito entre as possibilidades do sistema de saúde - produzir serviços - e sua relativa impotência para, isoladamente, cumprir a finalidade que lhe é inerente: melhorar a saúde da população.

Se o sistema econômico e social não for capaz de incorporar à produção parcelas significativas da população, aumentar a disponibilidade de alimentos e acelerar o processo de redistribuição da renda, as instituições incumbidas dos cuidados com saúde da população estarão sempre correndo à retaguarda das necessidades que crescem com mais rapidez do que sua capacidade para atendê-las.

O equacionamento dessas dificuldades aponta para dois rumos convergentes. O primeiro, mais amplo, dirige-se a política econômica para que possa instrumentalizar a política social; o segundo aponta para o âmbito setorial específico, de forma que os recursos disponíveis sejam distribuídos de forma mais equânime e direcionados para as necessidades da maioria da população.

A incorporação de novas camadas da sociedade ao mercado de serviços de saúde e a distribuição desses serviços sem discriminações de qualquer ordem, requer mudanças substantivas no chamado sistema nacional de proteção e recuperação da saúde em especial no componente que responde pela atenção médico-hospitalar. A estratégia previdenciária nesse campo, via utilização do setor privado, carece de reexame na medida em que tanto se revelou capaz - como era esperado - de ampliar a curto prazo, a cobertura - como demonstrou igualmente extrema voracidade na absorção de recursos.

Dessa forma, torna-se essencial - por exemplo - fixar com precisão o papel desse setor no sistema de saúde, exorcisando-se as ambiguidades e eufemismos com que o assunto é habitual-

mente tratado.

O gradualismo - imprescindível para que a inversão do processo de crescente dependência da área privada aos financiamentos subsidiados do FAS e ao mercado cativo do INAMPS, não ocasionasse efeitos deletérios - descarta radicalismos como a estatização de hospitais particulares (de resto já "estatizados" face sua subordinação aos recursos do INAMPS) ou a rescisão de seus contratos de prestação de serviços por decisão unilateral de política de governo. Esse tipo de solução configura-se excessivamente traumático, quer por seus efeitos econômicos indesejáveis quer por incorporar evidente ônus político.

Cabe, no entanto, porque legítimo e coerente em uma economia de mercado que abomine sem hipocrisia a tutela estatal, atribuir como função básica do setor privado a responsabilidade sobre a parcela da população capaz de custear, sem a intervenção governamental a atenção médica que necessita, competindo ao setor público e às iniciativas comunitárias autênticas, assumir de forma paulatina e sem traumas, maior responsabilidade direta na prestação direta de serviços de saúde.

A factibilidade dessa proposição torna-se patente diante da disponibilidade de um modelo teórico de organização^(*) de redes regionais de serviços oficiais de saúde, ao qual, entretanto, deverá ser acoplado um sistema gerencial que permita, a médio e longo prazo, harmonizar (tanto quanto possível) os níveis técnicos alcançados pelo setor público com os custos operacionais da área privada. Em outras palavras, o crescimento da atuação oficial direta para se tornar viável, requer a maximização da eficiência do setor público, sem sacrifício dos seus padrões qualitativos.

Um novo pacto nesse sentido implicará em uma nova, clara e firme política de recursos humanos que enfrente - entre ou-

(*) Nos termos propostos pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS

tros - o problema da "dupla militância" (*), sem o que nenhuma
ação com vistas ao aperfeiçoamento do sistema terá o sucesso
desejado.

A superação dos obstáculos legais e institucionais para a adoção do regime de tempo integral e dedicação exclusiva, particularmente para os profissionais ocupantes de função de direção e assessoramento em todos os níveis do sistema oficial e a implantação de outras medidas de profissionalização dos recursos humanos, são indispensáveis para erradicar, ou pelo menos manter em níveis toleráveis, as dificuldades originárias da alegada ineficiência da rede pública e permitir maior efetividade no controle dos serviços prestados pelo setor privado.

As desejadas alterações no sistema de saúde, com especial ênfase na sua área mais controvertida, a assistência médica da previdência social, envolvem ainda:

- i) redirecionamento na expansão do Sistema Nacional de Saúde, privilegiando o crescimento dos serviços estaduais e municipais e, dentro destes, as ações básicos de saúde;
- ii) maximização da eficiência das estruturas incumbidas dessas atividades, por meio do pleno aproveitamento da sua capacidade ociosa e da racionalização de procedimentos técnico-administrativos, compatibilizando adequados padrões qualitativos com custos suportáveis;
- iii) retraimento gradual dos organismos federais na prestação direta de serviços de saúde de cunho local e regional;

(*)

É perfeitamente defensável, tanto do ponto de vista administrativo e gerencial como sob o aspecto moral, a implementação de medidas efetivas que impeçam, entre outras situações insólitas, que ocupantes de cargos e funções de direção, assessoramento, supervisão e fiscalização, na área oficial (no INAMPS em particular), tenham quaisquer interesses (sejam acionistas, por exemplo) ou exerçam atividades em hospitais contratados pela previdência social. Como também que profissionais (médicos e dentistas principalmente) com mais de um vínculo de emprego com o setor público, desempenhem simultaneamente atividades em hospitais privados contratados.

- iv) diminuição do ritmo de expansão da oferta médico - hospitalar altamente especializada e retração de incentivos a empreendimentos não ajustados às prioridades do SNS;
- v) integração efetiva de recursos federais, estaduais e municipais, conjugados a forte conteúdo de participação comunitária, de modo a garantir que a alocação desses recursos seja feita em acordo às prioridades fixadas como decorrência da importância e magnitude social dos problemas de saúde.

A reconhecida tendência a integração observada na evolução do sistema médico-previdenciário levará, mais cedo ou mais tarde, dependendo apenas do momento político apropriado, a fusão das instituições dos serviços médicos do MPAS com o Ministério da Saúde, já que as atividades de seguro e assistência social justificam plenamente a existência de uma secretaria de estado específica (MPAS).

As vantagens da institucionalização de um só Ministério para os assuntos de saúde são inegáveis e evidentes: possibilitaria a implantação de modelos de atenção médico-sanitária regionalizados e hierarquizados, com unidades de saúde distribuídas segundo padrões de crescente complexidade e em função das necessidades básicas da população; dispensaria o atual aparato (formal e informal) de contatos e consultas nem sempre eficazes, que é acionado a nível interministerial toda vez que os problemas setoriais se situam nos limites de competência de cada organismo; facilitaria a elaboração de normas e critérios uniformes; produziria uma significativa redução de custos operacionais, além de que, poderia permitir a racional distribuição de recursos favorecendo em mais justa medida de ações preventivas e de promoção da saúde, essenciais para a melhoria dos níveis gerais de higiene; superaria em definitivo a atual e anacrônica dicotomia entre serviços preventivos e curativos, ou entre ações coletivas e individuais, e, finalmente, criaria um só canal de comunicação e financiamento entre o governo federal e os estados.

A racionalidade da medida não a transforma em solução miraculosa para os crônicos problemas do setor. Nada assegura que, pelo simples fato de ter uma só direção, a política setorial passe a ser mais acertada*, mas representa, sem dúvida, do ponto de vista organizacional um esforço racionalizador tão ou mais importante do que a criação do INPS (1966) e do INAMPS (1977).

A manutenção da estrutura dicotômica atual exige, porém, a institucionalização de mecanismos de coordenação intrasetorial mais aperfeiçoados, para cujo funcionamento o CDS poderia ter papel relevante**.

Finalmente a devolução ao MS da competência legal para formular a Política Nacional de Saúde em todos os seus aspectos, conforme originalmente previsto no DL nº 200/67, desde que acrescida de instrumentos formais que lhe permitam exercer a sua coordenação, pode - transitoriamente - resolver em certa medida, as dificuldades decorrentes da não existência de comando setorial único.

(*) Na verdade a unificação pode ter efeitos indesejáveis como um possível retraimento de recursos orçamentários no custeio da função saúde, diante da magnitude do aporte previdenciário ao setor. Uma alternativa para assegurar a manutenção de recursos da União, seria atribuir-lhe responsabilidade nas despesas administrativas do Ministério, como já ocorre no SINPAS.

(**) A elaboração de planos conjuntos globais dos dois Ministérios (MS e MPAS) apreciados anualmente pelo CDS pode ser um desses instrumentos.

QUADRO I

MODALIDADES ASSISTENCIAIS DO INAMPS

A. DIRETA

1. Serviços Próprios (ambulatoriais e hospitalares)

B. INDIRETA

1. CONTRATOS DE COMPRAS DE SERVIÇO

i) Empresas Médicas

ii) Grupos Médicos

iii) Cooperativas de Produtores

2. CONVÊNIO DE SUBSIDIARIEDADE

i) Instituições governamentais (Estados, Municípios)

ii) Entidades privadas (sindicatos, empresas)

3. CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS LIBERAIS

4. REEMBOLSO DE DESPESAS

TABELA 1

INDICADORES BÁSICOS REFERENTES AO
FINANCIAMENTO E GASTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA
1970-1979

(Preços de 1979)

INDICADORES	ANO	
	1970	1979
<u>Segurados</u>		
Número (Em 1 mil)	8 700	22 436
% da população urbana	16,7	29,8
<u>Receita previdenciária</u>		
Total (Em Cr\$ 1 milhão)	104 201	335 800
Fontes (%)	100	100
. Encargos sociais	84,6	92,7
. Contribuição da União	10,0	4,9
. Outras fontes	5,4	2,4
<u>Despesas com assistência médica</u>		
Total (Em Cr\$ 1 milhão)	30 550	91 070
% da receita	29,3	27,1
Por habitante (Em Cr\$ 1 mil)	329,0	761,0
Por tipo de clientela (%)	100 ⁽¹⁾	100
. Urbana	79,8	81,0
. Rural	5,3	7,8
. Servidor Público	4,0	1,2
. Carente	0,8	0,1
Despesas Administrativas	10,1	9,9
Por atividade (%)	100	100
. Assistência hospitalar	63	58
. Atenção ambulatorial	30	37
. Acidentes do trabalho	2	2
. Administração	5	3
<u>Gastos federais com saúde</u>		
Total (Em Cr\$ 1 milhão)	34 201	96 419
. MPAS (INAMPS) (%)	89,3	94,5
. Ministério da Saúde (%)	10,6	5,5

(1) 1972.

Nota: os percentuais de gastos com administração estão conflitantes, por terem sido retirados de fontes distintas.

FONTE: MPAS/INAMPS.

TABELA 2
 INDICADORES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
 PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL A POPULAÇÃO RURAL E URBANA
 1971-1979

INDICADORES	ANO	
	1971	1979
<u>Assistência hospitalar</u>		
<u>População atendida (%)</u>	<u>3,0</u>	<u>8,8</u>
. Urbana (%)	5,4	11,3
. Rural (%)	2,3	4,6
<u>Atenção ambulatorial</u>		
<u>Consultas por habitante (total)</u>	<u>0,50</u>	<u>1,55</u>
. Urbana	0,88	2,12
. Rural ⁽¹⁾	0,20	0,60
<u>Exames radiográficos por habitante (total)</u>	<u>0,03</u>	<u>0,14</u>
. Urbana	0,06	0,21
. Rural ⁽²⁾	0,001	0,02
<u>Exames laboratoriais por habitante (total)</u>	<u>0,13</u>	<u>0,38</u>
. Urbana	0,23	0,57
. Rural ⁽²⁾	0,03	0,06

(1) Dados de 1972 .

(2) Dados de 1975 .

FONTE: MPAS/INAMP'S.

TABELA 3

INAMPS: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS DIFERENTES MODALIDADES ASSISTEN
CIAIS NAS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

1977/1978

MODALIDADE ASSISTENCIAL	1977	1978
T O T A L	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
<u>Serviços próprios</u>	<u>22,7</u>	<u>17,0</u>
<u>Convênios</u>	<u>6,2</u>	<u>7,0</u>
Estados e Municípios	1,5	...
Universidades	1,2	...
Empresas	2,5	...
Sindicatos	0,9	...
<u>Contratos e Credenciamentos</u>	<u>71,1</u>	<u>76,0</u>
Honorários	36,3	40,0
Diárias Hospitalares	34,8	36,0

Fontes: 1) ALQUEIRES, H. e CALVET, D. Aspectos peculiares e Previdência Social (Proposta de capítulo para o trabalho da Comissão Interministerial sobre Recursos Humanos para Saúde) Brasília, 1979.

2) MPAS/SSM Coordenadoria de Planejamento e Estudos, 1978.

TABELA 4

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS A BENEFICIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, EM UNIDADES PRÓPRIAS, EM ENTIDADES CONVENIADAS E MEDIANTE CONTRATOS COM O SETOR PRIVADO
1971-1979

INDICADORES	1971		1979	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
INTERNACIONES	<u>1 259 109</u>	<u>100</u>	<u>8 535 168</u>	<u>100</u>
Próprias	135 877	10,8	240 098	2,8
Contratadas	1 123 232	89,2	1 655 638	89,7
Convênios	...	...	639 432	7,5
CONSULTAS MÉDICAS	<u>41 799 459</u>	<u>100</u>	<u>159 468 373</u>	<u>100</u>
Próprias	39 860 574	83,4	55 848 300	35,0
Contratadas	1 938 385	16,6	54 975 225	34,5
Convênios	...	...	48 493 148	30,5
EXAMES RADIO LÓGICOS	<u>3 210 324</u>	<u>100</u>	<u>15 895 325</u>	<u>100</u>
Próprios	1 423 431	44,4	2 506 876	15,8
Contratados	1 786 893	55,6	10 572 430	89,7
Convênios	...	...	2 816 019	7,5
EXAMES LABORATORIAIS	<u>12 335 218</u>	<u>100</u>	<u>43 232 134</u>	<u>100</u>
Próprios	6 031 016	48,9	7 856 458	18,2
Contratados	6 304 202	51,1	26 687 819	61,7
Convênios	...	...	8 687 857	20,1
SERVIÇOS COMPLEMENTARES (1)	<u>10 553 412</u>	<u>100</u>	<u>68 429 435</u>	<u>100</u>
Próprios	7 709 131	73,1	18 580 819	27,2
Contratados	2 844 281	26,9	35 591 160	52,0
Convênios	...	...	14 257 456	20,8

(1) Eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, curativos, injeções etc...

FONTE: MPAS/INAMPS.