

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

ESCOLA NACIONAL DE CIÉNCIAS ESTATÍSTICAS - ENCE

RELATÓRIOS TÉCNICOS

Nº 02/92

OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA DAS EMPRESAS:
EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS RECENTES.

ANDRÉ CEZAR MEDICI -- ENCE/IBGE

66-11701-1

IBGE-CDDI/DEDODC

REDE DE BIBLIOTECAS

N.º de Reg.: 132

Data: 34.10.92

31(047.3)

R 382.1

2/92

DOC

OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DAS EMPRESAS:
EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS RECENTES

André Cezar Medici *

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO DE 1991

(*)- Economista, professor e pesquisador da ENCE/IBGE

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	02
2 - A ASSISTÊNCIA MÉDICA DAS EMPRESAS NOS ANOS OITENTA.....	08
2.1 - A Medicina de Empresa e o INAMPS.....	09
2.2 - A Medicina de Empresa e as Corporações Médicas.....	13
2.3 - Determinantes das Políticas de Saúde das Empresas.....	20
2.4 - Os Programas e Planos de Assistência Médica Cobertos pelas Empresas.....	29
2.5 - Modalidades de Financiamento da Assistência Médica no Interior da Empresa.....	34
2.6 - Custos dos Planos de Saúde das Empresas.....	36
3 - O CASO DA PETROBRÁS.....	40
3.1 - Alguns Dados Quantitativos sobre os Serviços de Saúde Supletiva dos Empregados da PETROBRÁS.....	43
3.1.1 - Cobertura.....	43
3.1.2 - Custos do Sistema.....	45
3.1.3 - Profissionais Credenciados.....	51
3.2 - Perspectivas dos Serviços de Saúde da PETROBRÁS.	53
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57

1 - INTRODUÇÃO

Um dos traços marcantes da sociedade brasileira ao longo dos anos oitenta, no campo da assistência à saúde, foi a crescente preocupação das empresas em oferecer, aos seus empregados, alguma forma de assistência à saúde complementar ao sistema governamental.

O entendimento deste movimento encontra-se ligado às dificuldades do Estado no Brasil em prover seu papel de assistência médica aos trabalhadores formais, na qualidade e quantidade requerida por estes trabalhadores e pelas empresas que os empregavam. Até os anos cinqüenta este papel foi razoavelmente cumprido pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP'S) que prestavam assistência médica diferenciada a trabalhadores de distintos ramos de atividade econômica e suas famílias.

Nos anos sessenta e setenta, com a unificação dos IAP's numa única instituição (INPS e, posteriormente INAMPS), houve um nivelamento "por baixo" do padrão de atendimento dos serviços de saúde, prejudicando determinadas empresas e categorias de empregados que tinham serviços considerados de melhor qualidade, como é o caso dos bancários. Tal nivelamento não foi provocado somente pela unificação, mas também pela extensão da assistência médica a todos os trabalhadores do mercado de trabalho formal (com carteira de assinada), incorporando pessoas anteriormente não cobertas pelos antigos

IAP's, sem a correspondente expansão da rede assistencial disponível.

Esta degradação dos serviços de saúde na órbita da previdência social contrastava com o novo padrão de industrialização que se instalou no Brasil, ao final dos anos cinquenta. Baseado na indústria pesada, em setores estratégicos como bens de capital, eletro-eletrônica, siderurgia, automobilística e metal-mecânica, este padrão contava com grandes plantas industriais e exigia maior qualificação, regularidade e proteção da força de trabalho.

O novo tipo de indústria instalado no Brasil demandava um padrão de eficiência nos serviços de saúde que o sistema estatal, através do INPS, não conseguia responder. O resultado do sistema em seus primeiros anos de funcionamento ficava refletido nas dificuldades ao acesso ambulatorial e na morosidade do atendimento, fatores insustentáveis à manutenção da regularidade da força de trabalho nas empresas mais dinâmicas.

A necessidade de criar um sistema de saúde solidário com os segmentos populacionais desprovidos de recursos fez com que, nos anos setenta, mesmo sem atender adequadamente a clientela das empresas, o INAMPS fosse ampliando sua cobertura para os trabalhadores autônomos contribuintes, para os trabalhadores rurais (independentemente de contribuição, como foi o caso do FUNRURAL) e para qualquer pessoa nos atendimentos de urgência (Programa de Pronta Ação - PPA).

Esse quadro fez com que as empresas, interessadas em ter sob seu controle a assistência médica de seus empregados, tendo em vista uma ação mais rápida na recuperação das condições de saúde e trabalho, viessem a buscar, junto com o INAMPS, uma salda. A salda foi fornecida pela ampliação do escopo do decreto No. 61.784 de 28/11/67, que fornecia a possibilidade de convênio entre a empresa e o INPS, onde este retornava a conveniente um percentual dos recursos pagos à Previdência em virtude de obrigações devidas por lei. (1)

Ao longo dos anos setenta, este modelo impediu uma crise mais séria no âmbito da prestação de cuidados à saúde dos empregados formais das empresas mais modernas do país. Foi este movimento o responsável pelo crescimento da medicina de grupo, das cooperativas médicas (UNIMED'S), do seguro-saúde e dos serviços próprios das empresas. Todos esses serviços eram mobilizados pelas empresas para prestar uma assistência médica alternativa àquela oferecida pelo INAMPS.

Nos anos oitenta, a política de saúde do INAMPS passou a marchar a passos largos em direção a universalização de cobertura e descentralização administrativa. A constituição de

(1) - Este assunto foi abordado em trabalhos anteriores que realizei para o Banco Mundial como "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensionamento, Estrutura e Funcionamento", 1989 utilizado como background paper para o Report No. 7807-Br "Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges", escrito por John Briscoe e "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil", escrito em 1990 a pedido de Maureen Lewis.

1988 e a legislação de saúde que a ela se segue refletem esse movimento quando colocam como meta o repasse da rede INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Desde o inicio dos anos oitenta, que o INAMPS não assinava novos contratos com as empresas e sindicatos, além de não renovar os antigos contratos ainda vigentes. O financiamento dos serviços de saúde das empresas vem passando, a partir de então, por grandes transformações. Existe, hoje, uma diversidade de mecanismos, onde as empresas, e em alguns casos os funcionários, arcam diretamente com o custo desses serviços. Pode-se dizer que estes custos representam um gasto adicional aos recolhimentos legais para a Previdência Social, ainda que tais empresas possam repassá-los aos preços como custos operacionais, ou possam utilizar quaisquer mecanismos de dedução fiscal disponíveis pelo "vai e vem" da política econômica do Governo.

Em que pesem todas restrições, pode-se dizer que as empresas continuam, mais do que nunca, interessadas na saúde de seus trabalhadores e de suas famílias, não apenas no sentido de aumentar a produtividade e evitar o absentismo, como ocorria nos anos sessenta, mas como um atributo de segurança indispensável para manter o grau de satisfação e bem estar na empresa. Nesse sentido, a cobertura dos serviços vem se tornando progressivamente mais abrangente, abarcando os atendimentos ambulatoriais, hospitalares, odontológicos, etc.

Vale dizer, no entanto, que os custos de atenção

médica cresceram aceleradamente nos anos oitenta, especialmente nas modalidades de assistência médica contratadas pelas empresas sob a forma de pré-pagamento, tais como a medicina de grupo, o seguro saúde e as cooperativas médicas (2).

A opção das empresas em administrar seus próprios serviços de saúde passa a se destacar nos anos oitenta, como estratégia de "cost containment" e coloca-se como uma das principais tendências da assistência médica brasileira nos anos noventa. Alguns porta-vozes dos órgãos de classe como a ABRANGE e o SINANGE (3) afirmam, no entanto, que as modalidades de pré-pagamento continuam a ser boas opções, e que os planos de autogestão tem sido excessivamente caros para as empresas.

O objetivo deste "paper" é analisar a evolução dos serviços próprios de saúde das empresas no Brasil. Para tal ele está estruturado em três partes que se seguem a esta introdução. Na primeira, procura-se recuperar algumas características associadas ao desenvolvimento destes serviços, particularmente nos anos oitenta. Utilizou-se como pano de fundo artigos, documentos e depoimentos fornecidos pelo Prof. Virgílio Baião Carneiro, ex-Presidente da ABRASPE - Associação Brasileira de Administração de Serviços Próprios de Saúde das Empresas, e atual presidente da regional dessa entidade em Minas Gerais.

(2) - Sob este ponto ver MEDICI, A.C., "A Medicina de Grupo no Brasil", Ed. OPAS, Representação do Brasil, Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde No. 1, Brasília, 1991, 64p..

(3) - Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo e Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo.

Na segunda parte, objetiva-se avaliar a assistência médica prestada aos funcionários da Petrobrás que, em conjunto com o Banco do Brasil, detêm os dois maiores sistemas de saúde própria de empresa do país. Os dados sobre a Petrobrás foram gentilmente cedidos pelo Chefe do Departamento de Assistência Médica daquela empresa, Dr. Antônio Roberto Batista.

Por fim, na terceira e última parte são analisadas algumas tendências recentes dos serviços de saúde nas empresas, em função de projetos elaborados pelo Governo no campo da Seguridade Social, bem como da reação do setor privado autônomo prestador de serviços de saúde a estes projetos.

2 - A ASSISTENCIA MEDICA DAS EMPRESAS NOS ANOS OITENTA

A concepção de assistência médica das empresas nos anos oitenta tem sido radicalmente distinta da vigente nos anos sessenta. Naquele tempo, a preocupação das empresas estava voltada para saúde ocupacional e medicina do trabalho em seus aspectos preventivos e assistenciais. A própria legislação vigente circunscrevia a ação da empresa no campo da saúde àquela temática.

Nos anos oitenta, a evolução das teorias administrativas e novas concepções associadas ao papel social da empresa propiciaram à ação das empresas no campo da assistência médica considerável evolução.

No Brasil, pode-se dizer que boa parte das empresas consideram como ações de saúde que se adicionam aos tradicionais papéis no campo da medicina do trabalho:

- a) Assistência médica hospitalar integral, extensiva aos dependentes e, inclusive aos aposentados (4);
- b) Assistência complementar no campo odontológico, da psicanálise, da fisioterapia, dietoterapia, etc.;

A maior parte destes planos tem sido financiados, primariamente, pelas próprias empresas e complementarmente, em alguns casos, pelos empregados.

(4) - Recente pesquisa elaborada pela empresa de consultoria Montigny Woerner Ltda. mostra que cerca de 18% das empresas que têm planos de saúde para seus empregados, tem cobertura para aposentados.

2.1 - A Medicina de Empresa e o INAMPS

Dois fatos foram responsáveis pelo desaparecimento progressivo do INAMPS enquanto prestador/financiador da assistência médica dos trabalhadores: de um lado, a redução da qualidade dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado contratado/credenciado; de outro, a extinção dos convênios INAMPS/ EMPRESA, INAMPS/ SINDICATO, citados anteriormente, onde era possível o empregador receber do INAMPS uma parcela dos serviços prestados custeados pelas empresas.

A queda da qualidade dos serviços ocorreu em virtude da tentativa do INAMPS equilibrar seus gastos num contexto de crise econômica e queda das receitas da Previdência Social. Para alcançar este objetivo, o INAMPS lançou mão da redução do valor da Unidade de Serviço (US) e das diárias hospitalares pagas, conforme pode ser visto na tabela 1.

TABELA 1
VARIAÇÃO NOMINAL DA US E DAS DIÁRIAS DE HOSPITAL
COMPARADAS COM O SALÁRIO MÍNIMO
MAIO DE 1977 A JANEIRO DE 1983

ESPECIFICAÇÃO	VALOR NOMINAL (Cr\$)		
	MAI-1977	JAN-1983	VARIAÇÃO
UNIDADE DE SERVICO DO INAMPS	6,50	80,00	1231 %
DIÁRIA ENFERMARIA - INAMPS	143,00	1897,00	1327 %
SALÁRIO MÍNIMO	1106,40	123668,00	2139 %

FONTE: CARNEIRO, V.B., "Assistência Médica Supletiva de Empresas", mimeo., out. de 1990.

Observa-se que a variação do salário mínimo foi muito superior ao reajuste da Unidade de Serviço e das diárias hospitalares em enfermaria pagas pelo INAMPS no período 1977-1983 (5).

Essa larga deterioração dos valores pagos pelo INAMPS ao setor privado contratado foi contrabalançada pela permissão de cobrança adicional por instalações de padrão superior ao de enfermaria (portaria 2079, de 1980 do INAMPS), que possibilitou a algumas empresas utilizarem o sistema INAMPS pagando "por fora" por um atendimento hospitalar de melhor qualidade.

Assim, de um modo geral, a assistência médica supletiva de empresas remunerava os serviços que contratava com base na tabela do INAMPS. Frequentemente o cliente se internava com uma guia de internação hospitalar do INAMPS (GIH) e, ao optar por "acomodações especiais", a complementação a ser paga era coberta pela contribuição do sistema próprio adotado pela empresa.

Na medida em que caía a qualidade dos serviços estatais de saúde e aumentavam as dificuldades associadas ao reembolso dos recursos gastos pelas empresas, como ocorreu pela

(5) - A Unidade de Serviço foi criada em março de 1965 como base de referência para pagamento de serviços contratados pelo setor público. Em março de 1965 ela foi fixada como 1% do salário mínimo. Ao longo do tempo ela foi caindo de valor até chegar a 0,14% do salário mínimo, em novembro de 1983 antes de ser substituída pelo sistema AIII. Esse fato é particularmente grave quando se considera que o salário mínimo caiu 37% em termos reais entre 1965 e 1983.

progressiva extinção dos convênios INAMPS-EMPRESA, começaram a ser organizados os sistemas suplementares de atenção médica.

A crise financeira do sistema previdenciário que se inaugura em 1981 e se estende até 1984, é respondida por uma estratégia de contenção de gastos, levando a transferência progressiva dos encargos para as empresas e seus segurados. Tal política distorce os custos reais da assistência médica paga pelo INAMPS, especialmente no que se refere a diárias, taxas e honorários, aumentando o peso relativo dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e dos materiais e medicamentos.

Para fazer frente a esta contenção de custos junto aos hospitais, o INAMPS permitiu, a partir de abril de 1982 (Portaria MPAS 2837) que estes cobrassem dos segurados e empresas que demandavam atendimento especial, adicionais de até 8,3 vezes a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o que correspondia a um aumento adicional de até 730% em relação ao que determinava a legislação anterior (Portaria MPAS 2079 de maio de 1980).

Tal procedimento permitia a conciliação de diversos interesses, na medida em que:

- afetava pouco a grande massa de segurados que continuava se internando em enfermarias;
- permitia aos hospitais resarcir parcialmente os prejuízos derivados da internação em enfermarias de pacientes de menor poder aquisitivo;

- atendia aos interesses de "lobbies" corporativos, como a AMB, ao valorizar suas tabelas de pagamento;

No entanto, o interesse dos hospitais privados passou a ser o de canalizar o maior número de pacientes para as "acomodações especiais", o que passou a ser feito de forma a "facilitar" as internações em apartamentos e "dificultar" as internações em enfermarias. Grande parte destes hospitais reduziu o número de leitos em enfermaria e aumentou os apartamentos, direcionando sua ação para as clientelas de maior poder aquisitivo, como a das empresas.

Mas a política de redução dos valores dos serviços custeados pelo INAMPS não cessou ao longo do tempo. As tabelas do INAMPS, após ficarem sem reajuste entre novembro de 1982 e novembro de 1983, permitiram a ruptura unilateral, por parte dos hospitais, de vários convênios e contratos destes estabelecimentos com o INAMPS. Houve um movimento geral no país de elaboração de tabelas próprias, onde cada prestador buscava colocar seus preços no mercado.

Essa crise de relacionamento entre o INAMPS, os hospitais e as empresas permitiu uma grande "alavancagem" na busca de soluções voltadas para a saúde dos trabalhadores e de seus dependentes, no âmbito das empresas.

2.2 - A Medicina de Empresa e as Corporações Médicas

Existem dois tipos de corporações médicas: aquelas que atuam preponderantemente junto ao mercado e ao setor privado, cujo objetivo é determinar ou negociar a remuneração dos serviços médicos, e aquelas que atuam preponderantemente junto ao setor público, cujo objetivo é determinar os "ordenados" recebidos pelos profissionais em medicina. Como exemplo do primeiro tipo de organização tem-se a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Como exemplo do segundo tipo, tem-se os Sindicatos dos Médicos, Conselhos Federal e Regionais de Medicina, etc.

Embora os objetivos desses dois tipos de corporação sejam de certo modo similares elas utilizam táticas diferentes para atingi-los. Órgãos como a AMB e a FBH negociam o aumento das remunerações pelos serviços médicos a partir de argumentos como custo, qualidade, etc., enquanto que sindicatos e conselhos de medicina frequentemente utilizam o discurso do "sucateamento da rede" ou da "insatisfação da população". Nas ambos os tipos de corporação tem, como objetivo comum, obter o maior ganho possível com o produto que vendem.

Nesta parte do trabalho, procuraremos abordar a interface entre as estratégias da AMB e da FBH e a medicina de empresa a partir de 1984, quando o INAMPS já havia desmontado o seu arcabouço institucional para o relacionamento com as empresas.

Com o vazio normatizador de preços deixado pelo INMAPS, a AMB passou a editar, a partir de 1984, uma tabela de honorários médicos para todo o território nacional, voltada para reger os convênios e contratos estabelecidos entre serviços de saúde e empresas. Para que tal tabela fosse aceita como referência única em todo o território nacional, três concessões foram feitas:

- a) Redução do valor dos honorários em relação às tabelas em vigor da própria AMB, no valor de 50%;
- b) Estabelecimento de descontos de 30% no uso de enfermarias ao invés de hotelaria exclusiva;
- c) Permissão de adaptações para cima ou para baixo em função de diferentes realidades regionais;

Vale comentar, ainda, que em 1984, o INAMPS abandona o sistema GIH, de pagamento por unidade de serviço, para o sistema AIH (autorização de internação hospitalar), onde era fixado um preço único para um conjunto de procedimentos específicos associados a um dado diagnóstico. Enquanto a Unidade de Serviço (US) estimulava a produção de serviços, muitas vezes em escala supérflua e exagerada, o sistema AIH estimulava o contrário, ou seja, o menor número de atos médicos para cada procedimento, dado que o controle de custos deixava de ser uma preocupação do INAMPS e passava a ser do prestador.

A adoção do sistema AIH permitiu, ainda mais, que

os serviços privados e as empresas passassem a estabelecer convênios sem a interveniência do INAMPS, a partir do uso da tabela da AMB.

Dessa forma, a tabela da AMB, editada em 1984, passou a ser uma referência obrigatória para o sistema de convênios com empresas, dado que muitas empresas, entidades de medicina de grupo e hospitais passavam a estabelecer preços em múltiplos ou sub-múltiplos dessa tabela.

O Plano cruzado (1986) (6) estabeleceu o congelamento de preços de vários bens e serviços, incluindo, nesse caso, os serviços de saúde. A tabela da AMB ficou congelada o que, se por um lado favoreceu o orçamento das empresas, por outro trouxe dificuldades crescentes para as empresas de medicina de grupo e os serviços credenciados das empresas. Os profissionais liberais começaram a relegar ao "segundo plano" a clientela das empresas onde o preço das consultas estava tabelado. Muitos médicos e hospitais começaram a cobrar ágios pelos seus serviços, corroendo a credibilidade das tabelas em vigor. O INAMPS, que já tinha perdido credibilidade, abandona sua própria tabela e passa a adotar a tabela da AMB em fins de 1986 e, ainda em dezembro desse mesmo ano, o INAMPS fixa nova portaria tornando livre a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais.

(6) - Plano Econômico adotado pelo Ministro da Fazenda Dilson Funaro em 1986, que mudou o padrão da moeda e estabeleceu o controle da inflação a partir do congelamento de preços e salários, entre outras medidas.

A tabela da AMB, que até então funcionava como referência para os "preços máximos" do setor saúde, passou a ser referência para os preços mínimos, servindo de referência nacional, não apenas para o setor público, mas também para o setor privado.

Ao longo desse período, a AMB defendeu permanentemente a prática liberal. Nas instruções gerais de sua tabela de 1986, pode-se ler: "A AMB recomendará às entidades contratantes de serviços médicos que adotem o credenciamento universal feito através de sociedades científicas especializadas visando permitir a livre escolha do médico pelo paciente".

Em 1988, outra tentativa da AMB foi a implantação do "cheque consulta" onde se pretendia que os clientes procurassem os médicos de sua preferência e solicitassesem posterior reembolso às empresas ou órgãos patrocinadores.

O argumento principal da AMB é que entre médico e paciente não deve haver intermediação de terceiros (a tão mal-falada figura do terceiro pagador). Nesse sentido, a AMB considera como não éticas, em alguns dos seus discursos, qualquer organização empresarial da medicina, como medicina de grupo ou hospitalares lucrativos, nos moldes empresariais. Mas reconhece como "éticas" empresas lucrativas comandadas por médicos, cooperativas médicas (UNIMEDS), hospitalares filantrópicos e convênios com empresas.

O argumento do terceiro pagador tem sido questionado, primeiramente pelo INAMPS, dado assumir ele esse papel e, posteriormente, pelas próprias empresas, que praticam uma política similar para seus funcionários. No caso do setor público onde os trabalhadores e a sociedade em geral financiam o sistema, existem soluções para eliminar esse problema, como o estabelecimento de "bônus de saúde" (7).

Mas no caso das empresas, deve-se levar a conta que os sistemas próprios têm sido custeados com recursos dessas instituições. Raros são os casos onde os funcionários contribuem com mais de 50% do custeio. Nesse sentido, até mesmo para tentar impor estratégias racionalizadoras, cabe às empresas ressarcir os custos junto aos prestadores de serviços.

A AMB defende, de forma corporativa, que ela deve ter o monopólio da fixação de preços dos serviços de saúde e tem elaborado normas e critérios para a construção dessas tabelas. Para tal, tem seguido as seguintes etapas:

- implantação de uma tabela nacional única de referência de preços (1984 a 1986);
- elevação progressiva da tabela, ultrapassando, por vezes, os valores praticados no mercado, através de aumentos do coeficiente de honorários acima da inflação;

(7) - Ver, sobre este ponto, MEDICI, A.C., e OLIVEIRA, F.E.B., "A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma" (Ed. IPEA, Série Documentos de Política No. 6, Rio de Janeiro, RJ), dezembro de 1991. 22p.

- aumento do quantitativo de coeficiente de honorários por procedimento médico e inclusão de novos procedimentos;
- modificações nas instruções gerais para uso da tabela (flexibilidades regionais no uso da tabela diferenciais entre os preços dos honorários em enfermarias e quartos particulares, etc.);
- aumento da periodicidade dos reajustes.

Por defender o "livre-arbitrio" do médico no exercício de sua profissão, as propostas da AMB entram frequentemente em conflito com o Governo e com as empresas e prestadores de serviços. No entanto, o congelamento de preços do Plano Collor, implantado em março de 1990, e sua reedição em fevereiro de 1991 congelou novamente a tabela da AMB. A queda de braço entre o Departamento de Administração de Preços (DAP) do Ministério da Economia e a AMB foi dura ao ponto de prejudicar a administração dos serviços de saúde. Várias empresas passaram a utilizar tabelas próprias tendo em vista pagar, de forma realista, aos profissionais de saúde e serviços médicos contratados. Com a liberação dos preços, novamente em agosto deste ano, o mercado retomou o equilíbrio.

Outro relevante ator no âmbito das corporações de saúde tem sido a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Esta corporação defende os interesses dos hospitais privados, com base num discurso liberal-privatista em defesa da livre-iniciativa. É comum utilizarem em seu discurso, jargões do

"tipo." O Estado é um patrão ruim", mau administrador, ineficiente prestador de serviços e incapaz de administrar custos", etc.

Costuma defender propostas do tipo:

- mais verbas para o INAMPS voltadas ao financiamento do setor privado;
- substituição gradativa dos leitos conveniados com o INAMPS para aqueles pagos pela medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas ou serviços próprios de empresa;
- confinamento das atividades do INAMPS aos procedimentos de alto custo/ complexidade (cirurgias cardio-vasculares, transplantes, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, etc.);
- redução dos investimentos públicos voltados para a construção de novas unidades e direcionamento desses recursos para capacitação tecnológica e gerencial do setor;
- retorno ao critério de pagamento por ato e fêm do sistema AIH;
- abolir a competição entre os hospitais através de negociações coletivas conduzidas pelas associações estaduais de hospitais;
- transformação dos leitos de enfermaria em quartos particulares voltados ao conveniamento com as empresas e com os setores de medicina de grupo, seguro saúde, etc.

Apesar deste discurso, parte significativa dos hospitais associados da FBII ainda apresenta grande dependência dos contratos e credenciamentos do INAMPS. A crise econômica que se reinicia em 1988, por sua vez, tem tido efeitos no sentido de reduzir a compra de serviços produzidos por estes hospitais, seja por parte das empresas, seja pelas entidades de medicina de grupo.

2.3 - Determinantes das Políticas de Saúde das Empresas

A política de saúde das empresas tem sido influenciada por um conjunto de fatores estruturais e conjunturais, onde cabe destacar:

- Porte da empresa;
- Relação Capital/Trabalho;
- Características Sócio-Económicas e Culturais da Mão de Obra empregada;
- Cultura Organizacional;
- Organização Sindical dos Empregados;
- Atuação das Concorrentes neste campo;
- Legislação Vigente;
- Natureza Jurídica da Empresa (Pública, Privada ou Mista);
- Localização da Empresa;

As empresas que utilizavam mão-de-obra menos especializada, com baixos salários, alta rotatividade, extensa jornada de trabalho em geral investiram menos em serviços de saúde.

Mas aquelas que utilizam mão-de-obra de melhor qualificação, pagam melhores salários, apresentam menor rotatividade da mão de obra e alta incorporação de tecnologia tendem a investir mais em atenção médica de padrão melhor. Esses fatores tem sido apontados como mais influentes nas decisões de

gastos com saúde do que a magnitude ou porte da empresa.

Pesquisa feita em 1989 pela empresa de consultoria Montigny Woerner permitiu hierarquizar os principais fatores que levam as empresas a ter um plano de assistência médica no Brasil. São eles (8):

- Dar ao empregado um sentido de segurança (86%);
- Manter a empresa competitiva em relação ao mercado (86%);
- Atrair e reter a mão-de-obra de melhor qualidade (83%);
- Amenizar o clima de conflito entre patrões e empregados (82%);
- Cumprir bons preceitos de responsabilidade social da empresa (81%);
- Compensar as deficiências do sistema público (80%);
- Manter um quadro de empregados saudáveis para reduzir o absentismo e melhorar o desempenho (80%);
- Fornecer salário indireto (70%);
- Por motivos de saúde pública e higiene do trabalho (68%);
- Por exigências dos dissídios coletivos (36%);

Todos os fatores analisados anteriormente foram responsáveis por um rápido crescimento da assistência médica

(8) - As perguntas permitiam múltipla marcação

no âmbito das empresas. Esse crescimento, no entanto, tem sido diversificado em vários sistemas e estratégias de atenção médica, tais como:

a) Montagem de serviços hospitalares e ambulatoriais próprios, como é o caso do Ambulatório da Fundação Mannenmann (9) e dos Hospitais da SEPACO (10), da Acominas, da USIMINAS (11), etc.;

b) Contratações de Planos de Assistência Médica Coletiva para empregados e dependentes, através de empresas de medicina de grupo, de cooperativas médicas ou de seguros bancários;

c) Adoção de Planos de reembolso total ou parcial das despesas médicas;

d) Adoção de sistemas de credenciamento médico, feito de forma auto-administrada;

e) Criação e administração de Planos de Seguro-Saúde pelas próprias empresas (como é o caso das Centrais Elétricas de Furnas);

(9) - Empresa Brasileira do ramo de siderurgia, sediada em Minas Gerais;

(10) - SEPACO - Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Celulose;

(11) - Empresas estatais sediadas em Minas Gerais, do ramo siderúrgico. A USIMINAS foi recentemente privatizada, a partir da venda em leilão de suas ações que ainda pertenciam ao Governo Federal.

f) Contratação de empresas para gerenciamento dos sistemas próprios, o que pode ser feito individualmente ou sob a forma de consórcios de empresas;

Muitas empresas, em geral as de maior porte, utilizam vários desses sistemas em simultâneo. Em alguns casos, um mesmo grupo de funcionários dispõe de duas ou mais alternativas de atenção médica, trazendo superposições e disperdícios.

Ao mesmo tempo, vale dizer que por ser um setor de expansão recente, não existem investigações e informações detalhadas sobre o seu desempenho. As próprias empresas nem sempre estão dispostas a informar sobre a natureza de sua política assistencial, principalmente quando ela envolve dados referentes a gastos, orçamentos, valor dos contratos ou qualquer outra informação de natureza fiscal ou contábil que possa prejudicá-la frente a suas concorrentes ou ao Governo.

Mesmo assim, empresas de consultoria como a Towers, Perrin, Foster & Crosby (TPFC) e a Montigny Woerner tem conseguido levantar algumas informações sobre o mercado de serviços de saúde das empresas. Algumas dessas informações foram consolidadas em trabalho que escrevi, recentemente (12), como o caso das constantes nas tabelas 2 e 3 e nos gráficos 1 e 2.

(12) - Ver Medici, A.C., "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil", Trabalho elaborado para o World Bank, Rio de Janeiro, mimeo., dez de 1990.

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA
DE SAÚDE PRIVADO AUTÔNOMO NO BRASIL
1987 - 1989

TIPO DE SERVIÇOS	FATURAMENTO ESTIMADO			POPULAÇÃO COBERTA		
	(EM US\$ BILHÕES)		(CRESCE.)	(EM MILHÕES)		(CRESCE.)
	1987	1989	CRESCE.	1987	1989	CRESCE.
TOTAL	1,85	2,37	28%	24,4	31,2	28%
Medicina de Grupo	1,00	1,00	-	15,0	17,3	15%
Cooperativa Med.	0,35	0,56	60%	3,5	5,1	46%
Auto-Gestão	0,40	0,62	55%	4,8	7,5	56%
Planos de Admin.	0,02	0,04	100%	0,4	0,4	-
Seguro Saúde	0,08	0,15	88%	0,7	0,9	29%

FONTE: TTF&C: 1987 E 1989

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA
DE SAÚDE PRIVADO AUTÔNOMO NO BRASIL
1987 - 1989

TIPO DE SERVIÇOS	FATURAMENTO ESTIMADO		POPULAÇÃO COBERTA	
	1987	1989	1987	1989
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
Medicina de Grupo	54,1	42,1	61,5	55,4
Cooperativa Med.	18,9	23,6	14,3	16,3
Auto-Gestão	21,6	26,2	19,7	24,0
Planos de Admin.	1,1	1,7	1,6	1,3
Seguro Saúde	4,3	6,4	2,9	3,0

FONTE: TTF&C: 1987 E 1989

Observa-se que a Medicina de Grupo é a maior modalidade de contratação de serviços de saúde pelas empresas e pessoas físicas. Atendia em 1989 cerca de 17,3 milhões de

brasileiros, ou seja, mais da metade da população coberta por sistemas de saúde alternativos ao do setor público. Entre 1982 e 1987 sua participação na cobertura e no faturamento desses sistemas caiu de 61% para 55% e de 54% para 42%, respectivamente. Provavelmente porque a medicina de grupo tem sido considerada uma modalidade cara de assistência médica, por parte das empresas. Em grande medida, o alto custo tem sido derivado de uma política de compra de serviços dos hospitais, onde leitos e exames tornam-se progressivamente mais caros.

As soluções utilizadas pelas empresas de medicina de grupo tem sido baixar o custo através das seguintes estratégias:

- aumento da atenção preventiva (especialmente no que diz respeito a prevenção secundária), como forma de evitar internações futuras;
- compra de hospitais, equipamentos e laboratórios, tendo em vista reduzir os custos de internações e exames;

Isto propiciou uma relativa redução de custos dos sistemas de medicina de grupo frente a outros sistemas assistenciais, o que pode ser visto pela invariabilidade do faturamento, entre 1987 e 1989, frente a uma expansão de 15% na clientela desse segmento.

Todos os demais segmentos (excluindo os planos de administração que vem se tornando muito caros, e os planos de seguro saúde que, praticamente não aumentaram sua clientela),

tiveram expansão de faturamento combinada com um aumento de cobertura.

E é verdade que a medicina de empresa tem atravessado dificuldades, cujas origens estão na própria crise econômica, que impede às empresas de aumentarem ou dinamizarem seus programas de saúde. O crescimento rápido dos custos no setor médico assistencial, em ritmo mais elevado do que a inflação, tem sido outro fator limitante do desenvolvimento desses programas no seio das empresas, especialmente para aquelas de pequeno e médio porte, onde os funcionários continuam a mercê da assistência médica de baixa qualidade oferecida pelo setor público.

Em condições normais, no entanto, estima-se que a generalização do sistema de assistência médica das empresas, cobrindo apenas empregados formais e seus dependentes, poderia se estender para mais de 2/3 da população brasileira. Sua cobertura atual representa apenas um quarto do total de habitantes do país.

Existe, dessa forma, um amplo mercado, no âmbito da medicina de empresa, que poderá ser ocupado sempre que ocorrerem melhorões incentivos e possibilidades.

Pesquisa realizada pela empresa Montigny Woerner (MW Consultores) (já citada) em 1988 foi capaz de demonstrar que em finais dos anos oitenta, vários elementos têm colocado dúvida entre os dirigentes de empresa sobre a possibilidade de criar ou

manter planos de saúde para seus funcionários, cabendo destacar, em ordem de importância (13):

- incerteza quanto ao crescimento dos custos (85%);
- custo elevado do plano (81%);
- situação econômica do Brasil (74%);
- falta de incentivos fiscais ou tributários (63%);
- alta relação trabalho/capital (61%);
- insatisfação dos empregados com o plano em vigor (54%);
- necessidade de um controle administrativo interno (53%);
- incorporação do benefício ao salário (51%);
- inviabilidade de terminar com planos em vigor (39%);
- não adesão dos funcionários (32%);
- a empresa tem poucos empregados (24%)

Pode-se notar, claramente, que as principais preocupações das empresas em implantar ou manter um plano de saúde estão ligadas aos custos desses planos e, em menor medida, a situação econômica do país. Sendo assim, não é de se admirar que as empresas estejam empreendendo esforços no sentido de buscar opções que viabilizem programas de saúde mais baratos e

(13) - As perguntas permitiam múltipla marcação.

exequíveis. Para as empresas de grande porte, especialmente as estatais, a solução tem sido buscada pela auto-gestão de seus serviços próprios de saúde.

No interior de uma empresa, existem vários órgãos que podem ter responsabilidade gerencial nos planos de assistência médica supletiva, cabendo destacar:

- a) Entidades Fechadas de Previdência Complementar;
- b) Associações de Empregados;
- c) Fundações Assistenciais;
- d) Departamentos de Recursos Humanos da Empresa;
- e) Serviço Social;
- f) Empresas contratadas para administrar planos de saúde;

A adoção de cada uma dessas formas de administração ocorre, em função de vários fatores determinados pela cultura organizacional de cada empresa. Muitos defendem que a estrutura de assistência médica não deveria estar dentro da empresa, mas sim fora dela. Outros já acham que estando a administração dentro da empresa, haveria maior eficiência no controle, principalmente no que diz respeito a doenças ocupacionais e acidentes do trabalho.

Outra alternativa bem difundida, especialmente entre empresas de grande porte, como o Banco do Brasil, tem sido a utilização das entidades fechadas de previdência complementar que, ao possuirem uma estrutura prévia para a administração de

benefícios previdenciários, teriam economias de escala, na montagem de estruturas voltadas para gestão da assistência à saúde. A legislação em vigor permite esta possibilidade desde que a entidade de previdência complementar crie uma contabilidade em separado para os gastos com saúde.

2.4 - Os Programas e Planos de Assistência Médica Cobertos pelas Empresas

Como pode ser visto nas tabelas 2 e 3, os programas de auto-gestão de assistência médica aumentaram, não somente em termos de cobertura, como em termos de faturamento, entre 1987 e 1989, passando de 20% para cerca de 24% da clientela das empresas. Este crescimento dos auto-programas ou sistemas de auto-gestão pode estar associado ao fato de serem mais flexíveis (em termos de custo) e trazerem maior satisfação aos usuários (14).

Costumava-se definir como auto-gestão, a modalidade que combina a compra de serviços de saúde administrada pela própria empresa, com outras modalidades como a produção própria de serviços através de ambulatórios, clínicas e hospitais totalmente gerenciados pelas empresas. Até alguns anos atrás, as

(14)- Pesquisa já citada, feita pela MW consultores, entre 230 empresas (103 privadas nacionais, 11 estatais e 116 estrangeiras), revela que 46% das que optaram pelo sistema de auto-gestão estão satisfeitas. Esse percentual é de 6% entre as empresas de medicina de grupo, 13% entre as Cooperativas Médicas e 37% nos planos de seguro saúde. A referida pesquisa foi citada em Carneiro, V.B., op. cit.

empresas preferiam comprar serviços de saúde em contraposição a produzi-los. Apenas as grandes empresas, detentoras de instalações que se situavam em locais desprovidos de serviços públicos ou privados passíveis de serem comprados, estabeleciais serviços próprios de saúde.

Recentemente, a explosão dos custos do setor saúde tem feito com que a estruturação de serviços próprios, combinada com a administração das compras de serviços esteja aumentando no rol de preferências dos empresários.

Algumas empresas ainda combinam todos esses sistemas com os "auto-seguros" de saúde que, complementando a auto-gestão da administração/compra de serviços, contorna dois tipos de problemas que crescem dia a dia no universo dos serviços de saúde das empresas: a ampliação dos limites para uso da livre-escolha e cobertura adicional para aposentados. Em ambos os casos, o ônus adicional é coberto pelo empregado. A USIMINAS utiliza este modelo de sistema misto.

A Associação Brasileira de Administração dos Serviços de Saúde Próprios das Empresas (ABRASPE)⁽¹⁵⁾ defende este modelo, na medida em que afirma que ele permite o melhor "mix" possível de preços, qualidade e cobertura dos serviços.

(15) - Informações sobre a ABRASPE podem ser obtidas no trabalho que elaborei em 1989 para o World Bank, intitulado "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde: Dimensão, Estrutura e Funcionamento", também publicado como Relatório Técnico da ENCE/IBGE, No. 02/90, Rio de Janeiro, maio de 1990.

A pesquisa da MW Consultores, feita numa amostra de 230 empresas no ano de 1988, registrou, entre elas, a existência de 456 planos de saúde. A distribuição desses planos pode ser observada na tabela 4 e no gráfico 3.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS
SEGUNDO A ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PLANO
BRASIL: 1988

TIPO DE PLANO/ENTIDADE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0%
SEGURO SAÚDE	46,0%
MEDICINA DE GRUPO E COOPERATIVAS MÉDICAS	58,0%
- c/serviços próprios	25,0%
- c/serviços credenciados	22,0%
- c/reembolso de despesas	11,0%
PLANOS PRÓPRIOS	26,0%
- administ. por terceiros	9,0%
- auto-administrados	17,0%

fonte: pesquisa feita pela MW consultores em 230 empresas.

Verifica-se que a maior parte dos planos de saúde das empresas (58%) ainda é fornecida pelas instituições de medicina de grupo e pelas cooperativas médicas. Os planos próprios ocupam apenas 26% do total de planos existentes, sendo que os auto-administrados respondem por apenas 17%.

Do total dos planos pesquisados, cerca de 46% eram de "livre escolha". A distribuição dos planos de livre-

escolha encontrada na pesquisa da MW consultores foi radicalmente distinta da observada anteriormente, como pode ser visto na tabela 5 e no gráfico 4.

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DE LIVRE-ESCOLHA DAS EMPRESAS
SEGUNDO A ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PLANO
BRASIL - 1988

TIPO DE PLANO/ENTIDADE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0%
SEGURO SAÚDE	35,0%
MEDICINA DE GRUPO E	24,0%
PLANOS PRÓPRIOS	41,0%
- administ. por terceiros	14,0%
- auto-administrados	27,0%

fonte: pesquisa feita pela MW consultores em 230 empresas.

Os dados revelam que, quando se trata de Planos de Livre-Escolha, as instituições de medicina de grupo estão menos representadas que o Seguro Saúde ou que os Planos Auto-administrados. No entanto, estes planos destinam-se a uma parcela mais selecionada dos funcionários das empresas, como mostra o gráfico 5. Os planos de livre-escolha chegam a cobrir os diretores e gerentes em 87% e 82% das empresas, mas em apenas 30% e 23% cobrem os funcionários mensalistas e horistas.

A cobertura de funcionários menos graduados na hierarquia das empresas é maior nos planos auto-administrados, onde horistas e mensalistas chegam a percentuais de cobertura nos planos "standard" superiores a 80%, contra os 60% encontrados na

média de todas as modalidades assistenciais. Entre os aposentados, a cobertura chega a 33% nos planos auto-administrados contra 18% na média das demais modalidades.

No que se refere à assistência odontológica, foram identificados 171 planos entre as empresas pesquisadas pela MW consultores, cuja distribuição encontra-se no gráfico 6. Observa-se que à maior parte destes planos (52%) são oferecidos por programas auto-administrados.

Em geral os planos de cobertura odontológica das empresas apresentam algumas restrições. Procedimentos de menor complexidade como consultas, obturações, radiologia dentária, apresentam uma cobertura de 80% na média dos planos existentes. No entanto, procedimentos mais sofisticados como cirurgias em hospitais, endodontias, restaurações a ouro, próteses, ortodontia e reabilitação oral só são cobertos em cerca de 30% dos planos.

No que diz respeito à assistência farmacêutica, doação ou reembolso de medicamentos, cerca de 76% das empresas tem planos de cobertura, dos quais 87% destinam-se aos empregados e seus dependentes.

Uma área polêmica em termos de cobertura assistencial é a de assistência psicológica e psiquiátrica. Embora a MW consultores não tenha pesquisado esta modalidade, uma pesquisa realizada entre as empresas filiadas a Associação de

Serviços de Saúde Próprios das Empresas (ASASPE) de Minas Gerais revelou que tratamentos psiquiátricos ou psicológicos, quando cobertos, tendem a se restringir a crianças e adolescentes. Mesmo assim a cobertura neste campo apresenta limitações que vão desde a fixação de um número máximo de atendimentos por semana até estabelecimento de valores máximos a serem custeados pela empresa.

Muitas empresas encontram-se, no entanto, em processo de abertura para este tipo de assistência, tendo em vista dar atendimento a empregados sujeitos a problemas como drogas e alcoolismo.

2.5 - Modalidades de Financiamento da Assistência Médica no Interior da Empresa

O Financiamento da assistência médica no âmbito das empresas costuma ocorrer, basicamente, de três formas: através de recursos da própria empresa, através de contribuições do empregado ou através da co-participação das empresas e dos empregados.

No primeiro caso, deve-se levar em conta que acordos sindicais ou a própria filosofia administrativa adotada tem levado algumas empresas a considerar que o ônus dos planos de saúde devem pertencer ao empregador. O custeio dos serviços de saúde, nestes casos, pode ser sob a forma de um pré-pagamento por empregado ou beneficiário, pelo pagamento direto ou pelo reembolso integral dos serviços. Como desde 1982 as empresas não podem mais deduzir do imposto de renda seus gastos com saúde, é

comum a utilização de mecanismos onde estes gastos sejam considerados despesas operacionais e embutidos nos preços dos produtos.

No caso do financiamento ser feito via contribuição integral dos empregados, tem-se sistemas optativos que utilizam planos de pré-pagamento com base em cálculos atuariais (medicina de grupo, cooperativas médicas, etc.) ou contribuições fixas dos empregados. Nestes casos, como o usuário está financiando o serviço, costuma ser alta a exigência quanto a qualidade do plano.

A última forma de financiamento - co-participação de empregados e empresa - é a mais difundida, especialmente pelo fato de que a participação (mesmo que pequena) do empregado no financiamento dos serviços que utiliza, atua como fator de moderação no uso dos serviços. Esta forma baseia-se no uso de tabelas de participação dos empregados e das empresas que são proporcionais ao salário auferido e ao número de dependentes. O pagamento é feito por uso e a parte correspondente ao empregado é deduzida da folha de pagamentos. Quando os débitos dos empregados são altos, a empresa pode financiá-los, a partir de descontos mensais suaves em folha.

A pesquisa realizada pela MW consultores revela que a participação dos empregados costuma ser menor nos planos "standard" e maior nos planos de livre escolha oferecidos pelas empresas.

2.6 - Custos dos Planos de Saúde das Empresas

Os custos médios por beneficiário dos 456 planos assistenciais foram levantados pela empresa MW Consultores para as 230 empresas pesquisadas. Os resultados são relativos ao ano de 1989 e são apresentados em US\$ correntes daquele de abril daquele ano. A tabela 6 mostra os diferenciais existentes no que diz respeito a Planos próprios e contratados.

TABELA 6
CUSTOS MÉDIOS POR BENEFICIÁRIO/ANO
DOS PLANOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS
BRASIL: 1989

(Em US\$ de abril/89).

NATUREZA DOS PLANOS	FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	PLANOS PRÓPRIOS	PLANOS CONTRATADOS
COM LIVRE ESCOLHA		
- Assist. Médica	47,81	86,66
- Assist. Odontol.	26,97	41,92
PLANO "STANDARD"		
- Assist. Médica	22,83	25,58
- Assist. Odontol.	8,05	6,09

FONTE: Pesquisa Realizada pela MW Consultores.

Observa-se que os planos de assistência médica mais baratos são aqueles administrados pela própria empresa. Os diferenciais de custo entre os planos de livre-escolha são muito mais elevados do que entre os planos "standard", quando se compara a forma de administração (através de serviços próprios ou contratados). Um plano contratado de assistência médica de livre-escolha, custava, em média 81,3% mais caro do que um plano

de "livre escolha" administrado pela própria empresa. Mas no que diz respeito aos planos "standard", o diferencial entre contratados e administrados era de apenas 12 %.

De qualquer forma, a tabela 6 indica que os planos administrados pela própria empresa são, em média, mais baratos do que aqueles contratados.

TABELA 7
CUSTOS MÉDIOS DOS PLANOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE EXECUTORA DO PLANO
BRASIL - 1989

Em US\$ de abril de 1989

TIPO DE ENTIDADE EXECUTORA DO PLANO	NATUREZA DO PLANO	
	"STANDARD"	LIVRE ESCOLHA
SEGURADORA	24,06	72,17
MEDICINA DE GRUPO	25,91	112,89
AUTO-ADMINISTRADOS	24,06	48,12
ADM. POR TERCEIROS	21,28	47,19

FONTE: Pesquisa realizada pela MW Consultores.

A tabela 7 mostra que não existem diferenças gritantes entre os custos associados aos planos "standard" de assistência médica. Já no que se refere aos planos de "livre escolha", as opções de seguro saúde e medicina de grupo são notadamente mais caras.

Embora os planos auto-administrados apresentem-se aparentemente com custos menores para as empresas, deve-se considerar que eles necessitam de maiores esforços administrativos, relacionado ao gerenciamento de planos próprios pode ser dividido em quatro tipos de administração, a saber:

compra de serviços; reembolso de despesas, auto-seguros de saúde e produção própria de serviços de saúde. Estes quatro tipos de gerenciamento não são excludentes e podem ser aditivos, dependendo da complexidade das atividades a serem desempenhadas.

Embora existam opções mais baratas, os custos de assistência médica sobem mais rapidamente que a inflação. Uma pesquisa realizada pelo IPEAD de Minas Gerais, mostrou que entre janeiro e agosto de 1990 os preços de uma internação hospitalar e de uma consulta tiveram variações de 1266% e 1031%, enquanto que o Índice de Preços ao Consumidor (IPC) do IBGE variou em 976%.

Diversos fatores podem ser apontados como responsáveis por esta elevação dos custos, cabendo destacar a pressão das indústrias fabricantes de medicamentos, equipamentos e insumos médicos, a pressão das entidades corporativas para aumentar o preço dos serviços, os salários e os honorários profissionais e outros fatores ligados a própria dinâmica setorial, como incorporação de novas tecnologias, expansão da cobertura, etc.

Outro fato a destacar diz respeito a variação de custos de cobertura dos planos assistenciais, segundo a natureza da empresa. Uma pesquisa realizada junto a serviços de saúde de empresas filiados a ABRASPE possibilitou divulgar as variações de custos para alguns ramos de atividade, conforme pode ser visualizado na tabela 8:

TABELA 8
VARIACAO MÉDIA DO CUSTO ANUAL PERCAPITA COM SAÚDE
DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DAS EMPRESAS FILIADAS A ABRASPE
POR RAMO DE ATIVIDADE E NATUREZA JURÍDICA DA EMPRESA - 1987/88
(EM US\$ CORRENTES)

NATUREZA JURÍDICA	RAMO DE ATIVIDADE				
		SERVICOS	INDUSTRIA	BANCARIO	OUTROS
EMPRESA PRIVADA		US\$ 30,72	US\$ 25,32	US\$ 95,88	-
		a	a	a	
		US\$135,36	US\$120,23		
EMPRESA ESTATAL		US\$ 42,24	US\$ 88,08	-	-
		a	a		
		US\$229,08	US\$182,04		
EMPRESA MISTA		US\$ 42,36	US\$312,12	US\$ 79,56	US\$ 63,00
		a			
		US\$300,48			

FONTE: ARRASPE

Observa-se que, a depender do ramo de atividade e da natureza específica da empresa (pública, privada ou mista), o gasto por beneficiário/ano varia numa escala de 1 para 12, podendo ir de US\$ 25,32, no caso de empresas privadas do ramo industrial, a US\$ 312,12, no caso de empresas mistas do mesmo ramo.

Embora não filiada a ABRASPE, encontra-se, neste mesmo grupo, uma empresa como a PETROBRAS, que em 1990 gastava US\$ 279,26 por beneficiário/ano com a cobertura dos serviços de saúde. O caso dessa empresa é objeto da próxima parte deste trabalho.

3 - O CASO DA PETROBRAS

A PETROBRAS foi criada em 1953 sob os auspícios da legislação que estabeleceu o monopólio estatal da prospecção, exploração e refino do petróleo no Brasil. Sendo uma empresa monopolista, a PETROBRAS e seu corpo de funcionários gozam de uma série de privilégios e regalias indisponíveis para a maioria dos brasileiros.

Os serviços de saúde da PETROBRAS foram criados em 1976, embora os estudos para sua implantação tivessem iniciado em 1975. Os principais condicionantes ligados à criação desses serviços foram, primeiramente, a disponibilidade de recursos na empresa que, sendo monopolista, operava com margens de lucros administradas pela política de fixação de preços. Os funcionários que já contavam com uma generosa política salarial, ingressavam numa fase de ganhos adicionais, sob a forma de "fringe benefits", dentre os quais, o acesso a serviços de saúde. Nesta época as atividades da Companhia eram relativamente simples, e não englobavam o sistema de exploração de petróleo "off-shore". Neste sentido, os riscos associados à saúde ocupacional não eram muito elevados. Mas ao mesmo tempo, a área de recursos humanos sentia não só a necessidade de fixar os empregados na empresa, como transmitir-lhes segurança e tranquilidade através de uma assistência médica garantida para eles e suas famílias (16).

(16) - Informações colhidas na palestra do Sr. Alfredo Sanches Tavares, Superintendente Adjunto do SEREC/PETROBRAS, por ocasião da Ia. Reunião Nacional para Planejamento e Avaliação Global da Assistência Médica Supletiva da PETROBRAS, Rio de Janeiro, 9 a 12 de junho de 1991.

A fraca ação sindical dos funcionários levava a empresa a se antecipar no que tange a conquistas que, em outras empresas, foram obtidas somente em negociações coletivas. Os anos posteriores, que marcaram a crise da qualidade dos serviços do INAMPS fortaleceram ainda mais a estratégia de administração dos serviços de saúde da PETROBRAS, que contavam com a aceitação e simpatia da rede de serviços e profissionais de saúde contratados pela empresa.

As premissas estabelecidas para o inicio do funcionamento dos serviços de saúde da PETROBRAS vinculavam a saúde como um benefício tipo "salário indireto". Seu caráter era supletivo, ou seja, complementar a assistência médica oferecida para todos os empregados formais do país através do INAMPS. A cobertura seria "universal" entre todos os funcionários da empresa e seus dependentes, desde que houvesse:

- co-participação da empresa e do empregado no custeio dos serviços;
- limitação do teto de despesas da empresa, como um todo, ao valor de 3,5% da folha de pessoal da empresa.

O sistema foi montado a partir de um controle central, feito pela Superintendência de Recursos Humanos da Empresa (SEREC) e com estruturas regionais de representação, cada uma correspondendo a uma das ramificações da empresa (28 na atualidade). Estas estruturas regionais são organizadas sob a

forma de gerências.

Atualmente, a Empresa passa por uma situação radicalmente distinta da que enfrentava no momento da criação de seu sistema de assistência médica supletiva. Questões como o forte corporativismo dos funcionários, expresso em sua intensa ação sindical; a maior intervenção do governo vis a vis a carência de recursos; a maior complexidade da PETROBRAS e a expansão de cobertura dos serviços médicos para novos segmentos, como aposentados e cônjuges do sexo masculino, tem criado dificuldades operacionais crescentes para a Assistência Médica Supletiva da Empresa.

Os principais problemas do sistema estão relacionados a explosão dos custos assistenciais. O aumento dos custos tem sido associado a:

- insuficiência dos 3,5% da folha para fazer face aos novos encargos e a expansão de cobertura;
- aumento dos preços e tarifas cobrados pelos estabelecimentos de saúde e pelo pessoal contratado;
- falta de conscientização dos empregados e dependentes que utilizam os serviços sem necessidade ou sem um mínimo de moderação;

Estas dificuldades podem ser melhor visualizadas a partir de uma análise quantitativa dos serviços de assistência médica supletiva da PETROBRAS.

3.1 - Alguns Dados Quantitativos Sobre os Serviços de Saúde Supletiva dos Empregados da PETROBRAS

3.1.1 - Cobertura

Dados de 1990 revelam que o sistema abrangia 271.567 beneficiários, distribuídos da seguinte forma:

**TABELA 9
NÚMERO DE BENEFICIARIOS DE ASSISTENCIA MÉDICA SUPLETIVA
DA PETROBRAS POR CATEGORIA DE BENEFICIARIO EM 1990**

TIPO DE BENEFICIARIO	NÚMERO DE BENEFICIARIOS	
	Absolute	%
TOTAL	271.567	100,0
EMPREGADOS	56.836	20,9
DEPENDENTES	191.721	70,6
APOSENTADOS	18.796	6,9
PENSIONISTAS	4.214	1,6

FONTE: PETRÓBRAS/SEREC, dados referentes a dez. de 1990.

Observa-se que a maior parcela dos beneficiários são dependentes, representando 70% do total. Vale comentar, no entanto, que a extensão do sistema a aposentados e pensionistas representou um acréscimo de quase 10% no número total de beneficiários. Poder-se dizer que existe 2,4 empregados para cada aposentado ou pensionista filiado aos serviços de saúde da empresa, o que é uma relação elevada.

É natural que os dependentes sejam a maior parcela dos beneficiários. No caso da PETROBRAS verifica-se a existência de 3,4 dependentes para cada empregado, o que é maior

que é média verificada em outras empresas. Vale ressaltar, no entanto, que isto não se deve à existência de uma fecundidade alta entre os funcionários, mas sim ao próprio conceito de dependente.

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DOS DEPENDENTES SEGUNDO O
GRAU DE PARENTESCO COM O EMPREGADO
SISTEMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PETROBRAS - 1990

GRAU DE PARENTESCO COM O EMPREGADO	NÚMERO DE DEPENDENTES	
	ABSOLUTO	%
TOTAL	191.721	100,0
FILHO/FILHA, ENTEADOS (AS)	114.068	59,5
ESPOSA	150	0,1
EX-ESPOSA	51.745	27,0
COMPANHEIRA	430	0,2
COMPANHEIRO	4.264	2,2
MARIDO	1.91	0,1
PAI	1.691	0,9
MAE	3.345	1,7
PADRASTO	11.819	6,2
MADRASTA	9	0,0
OUTROS DEPENDENTES	50	0,0
	3.959	2,1

FONTE: PETROBRAS/SEREC; Dados relativos a dezembro de 1990.

A tabela 10 mostra que, embora cerca de 90% dos dependentes do sistema possam ser considerados filhos ou cônjuges, o restante está incluído numa faixa onde é duvidosa a manutenção do programa, tais como mães, pais e outros dependentes.

Desde a criação do programa em 1976, o número total de beneficiários passou de 152.800 para 271.567, o que

representa uma taxa de crescimento geométrica anual de 3,9% ao ano, ou seja, um aumento de 77,7% em 15 anos. Em 1976 existiam 3 dependentes para cada empregado; em 1990 essa relação passou para 3,4. Considerando-se a relação entre ativos/inativos vinculados ao sistema, tem-se uma relação de 3,8 ativos para cada inativo.

E de se esperar que um sistema com tais características acabe se tornando caro para qualquer empresa.

3.1.2 - Custos do Sistema

Embora o sistema tivesse como limite um valor equivalente a 3,5% da folha de pessoal da PETROBRAS, o gasto efetivo em 1990 chegou quase a este valor. Naquele ano foram gastos US\$ 82,0 milhões, ou seja, 3,49% da folha.

Esta cifra corresponde a um gasto de US\$ 279,26 por beneficiário/ano, valor compatível e até ligeiramente inferior ao existente em outras empresas mistas do ramo industrial (ver tabela 7). De qualquer forma, este valor não é pequeno, mesmo quando se leva em conta uma empresa cujo salário médio anual, adicionado dos encargos, é de US\$ 41.345,00, como é o caso da PETROBRAS.

A distribuição mensal dos gastos com assistência médica da PETROBRAS, pode ser vista na tabela 11, onde se visualiza, também, a relação entre esses gastos e o total da folha de pagamento da empresa.

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS GASTOS COM ASSISTENCIA MEDICA
DOS BENEFICIARIOS DA PETROBRAS - 1990 e 1991

MESES	GASTOS COM PESSOAL E COM ASSISTENCIA MEDICA				GASTOS COM ASS. MEDICA PER-CAPITA (US\$)
	GASTOS COM PESSOAL (A) (US\$ MIL)	GASTOS COM ASS. MEDICA (B) (US\$ MIL)	A/B (%)		
JAN	275.313,9	4.828,5	1,75		17,78
FEV	229.969,7	5.322,1	2,31		19,60
MAR	263.153,4	8.585,7	3,26		31,62
ABR	202.704,1	7.978,6	3,94		29,37
MAT	188.696,8	8.469,7	4,49		31,19
JUN	167.233,1	7.685,4	4,60		28,30
JUL	145.543,1	6.785,2	4,66		25,00
AGO	137.091,5	6.783,6	5,14		24,98
SET	234.131,6	7.811,6	3,34		28,76
OUT	191.358,9	7.194,7	3,76		26,49
NOV	190.924,0	5.950,0	3,12		21,91
DEZ	123.756,9	4.560,8	3,68		15,54
TOTAL	2.349.877,0	81.955,9	3,19		279,26
	1991				
JAN	105.997,7	4.472,4	4,22		15,23
FEV	137.936,3	3.991,8	2,89		13,60
MAR	142.846,5	3.309,7	2,32		11,28
ABR	134.362,0	5.874,5	4,37		20,02

FONTE: PETROBRAS/SEREC

O ano de 1990 foi um tanto atípico, dado que o Plano Collor trouxe uma forte redução salarial, especialmente no setor estatal ou para-estatal, como é o caso da PETROBRAS. Observa-se que o salário real caiu continuamente, excetuando-se os meses de setembro a novembro quando, além do reajuste salarial da categoria dos petroleiros, concentra-se o pagamento de parte do 13º salário (mês de novembro). No entanto, a folha de salários de dezembro de 1990 foi a mais baixa do ano.

As despesas com assistência médica, no entanto, não tiveram o mesmo comportamento. Partindo de um patamar baixo, nos meses de janeiro e fevereiro, elas aumentam em março, mantendo-se relativamente elevadas, apesar de sofrerem pequenas flutuações, até outubro, voltando a cair nos meses de novembro e dezembro, quando atingem o nível mais baixo.

As despesas mensais com assistência médica crescem continuadamente, passando de 1,75% para 5,14% da folha entre janeiro e agosto. O reajuste de setembro faz com que ela retorne para patamares situados entre 3,1% e 3,8%, nos meses subsequentes.

Apesar de ter sido um ano atípico, as despesas médias mensais com assistência médica se contraem ao longo do ano, ainda que aumente seu peso na folha de pagamentos da empresa. Este fato, por si só, fortalece e legitima as preocupações da SEREC com a redução dos custos nesta área.

Os quatro primeiros meses de 1991 revelam, não apenas a continuidade da política de redução real dos salários, mas também uma diminuição, em grandes proporções da despesa com assistência médica de 1991, comparada com os mesmos meses do ano anterior. Mesmo assim, permanece a tendência de crescimento dos gastos com saúde como proporção da folha de salários, trazendo um crescente estrangulamento para o setor.

Outra forma de avaliar a evolução dos custos com assistência médica, diz respeito a composição interna das despesas desse programa.

TABELA 12
CUSTO TOTAL DE ASSISTENCIA MÉDICA POR ÁREA DE ATENDIMENTO
PETROBRAS - 1990
(EM US\$ MIL)

ÁREA DE COBERTURA	VALORES		
	TOTAL DO ANO	MÉDIA MENSAL	DISTRIB. %
GRANDE RISCO	28.963,2	2.413,6	35,3
PEQUENO RISCO	30.413,8	2.534,5	37,1
ODONTOLOGIA	22.578,9	1.881,6	27,6
TOTAL	81.955,9	6.828,7	100,0

FONTE: PETROBRAS/SEREC

OBS: Considera-se como áreas de grande risco, aquelas que envolvem internação hospitalar com utilização de UTI e de equipamentos ligados ao acompanhamento de um conjunto de procedimentos vitais. Como áreas de pequeno risco tem-se, além de boa parte do acompanhamento ambulatorial, alguns procedimentos que envolvem exames e tratamentos.

A tabela 12 mostra que existe uma distribuição relativamente equilibrada entre as três modalidades de cobertura dos serviços de assistência médica da PETROBRAS. Deve-se ressaltar, no entanto, o alto peso dos serviços de odontologia na estrutura de custos que, em média, é maior do que o verificado na maioria das empresas.

Esta distribuição, no entanto, não é uniforme ao longo do tempo. Dados relacionados ao primeiro trimestre de 1991 mostram que, em épocas de restrição de recursos dos programas, e dos salários, existe uma tendência à diminuição relativa dos

gastos, onde é maior a complementação do empregado (como odontologia) e aumentar os gastos em assistência médica hospitalar e ambulatorial. A tabela 13 ilustra este fato.

TABELA 13
CUSTO TOTAL DE ASSISTENCIA MÉDICA POR ÁREA DE ATENDIMENTO
PETROBRAS - MÉDIA MENSAL 1990/1991 (*)
(EM US\$ MIL)

ÁREA DE COBERTURA	1990		1991		crèsc (%)
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	
GRANDE RISCO	2.413,6	35,3	1.486,2	36,6	-38,4%
PEQUENO RISCO	2.534,5	37,1	1.441,7	37,1	-43,1%
ODONTOLOGIA	1.881,6	27,6	1.024,8	26,3	-45,5%

FONTE: PETROBRAS/SEREC

OBS: Considera-se como áreas de grande risco, aquelas que envolvem internação hospitalar com utilização de UTI e de equipamentos ligados ao acompanhamento de um conjunto de procedimentos vitais. Como áreas de pequeno risco tem-se, além de boa parte do acompanhamento ambulatorial, alguns procedimentos que envolvem exames e tratamentos.

(*) - Média do primeiro trimestre de 1991.

Comparando-se os gastos do primeiro trimestre de 1991 com a média de 1990, verifica-se que os gastos com procedimentos de grande risco caíram, em termos médios mensais, 38,4% com procedimentos de grande risco, 43,1% com procedimentos de pequeno risco e 45,5% com procedimentos de odontologia. Este dado deve ser relativizado, dado que no primeiro trimestre do ano o consumo de serviços assistenciais dos beneficiários da PETROBRAS costuma ser ligeiramente menor do que o dos outros meses. Mesmo assim, os gastos totais com saúde da PETROBRAS caíram 37% entre o primeiro trimestre de 1990 e o primeiro trimestre de 1991.

Os gastos com áreas de cobertura de grande risco

costumam ser divididos em dois grandes blocos: hospitalização e pagamento de honorários médicos. A tabela 14 mostra a evolução desses gastos entre 1990 e o primeiro trimestre de 1991.

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM
AREAS DE COBERTURA DE GRANDE RISCO POR EMPREGADO/MES
(EM US\$ CORRENTES)

AREA DE COBERTURA	PERIODO DE REFERENCIA	
	MEDIA MENSAL 1990	MEDIA MENSAL 1o. TRI/1991
HOSPITALIZACAO	63,7	62,9
HONORARIOS MEDICOS	36,3	37,1
TOTAL	100,0	100,0

FONTE: PETROBRAS/SEREC

O maior item de gastos nas áreas de cobertura de grande risco são as despesas com hospitalização. Observa-se que entre 1990 e 1991 a estrutura desses gastos praticamente não se alterou.

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM
AREAS DE COBERTURA DE PEQUENO RISCO POR EMPREGADO/MES
(EM US\$ CORRENTES)

AREA DE COBERTURA	PERIODO DE REFERENCIA	
	MEDIA MENSAL 1990	MEDIA MENSAL 1o. TRI/1991
CONSULTAS	29,58	10,97
EXAMES	15,35	15,39
RADIOLOGIA	16,48	17,03
TRAT. DIVERSOS	38,59	56,61
TOTAL	100,00	100,00

FONTE: PETROBRAS/SEREC

No que diz respeito às áreas de cobertura de pequeno risco, observa-se a predominância dos chamados "tratamentos diversos" na estrutura de custos. Estes devem ser elevados em função da cobertura de gastos com terapias de alto custo, como escleroterapia, fisioterapia, etc. No entanto, cabe comentar que a comparação entre a média anual de 1990 e a média do primeiro trimestre de 1991 pode não ser perfeita, em função de eventuais sazonalidades porventura existentes nos meses não cobertos no ano de 1991.

3.1.3 - Profissionais Credenciados

O sistema de saúde da PETROBRAS funciona com base no credenciamento de médicos, embora mantenha estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias e contrate também serviços externos de clínicas e hospitais.

A grande dispersão geográfica dos serviços da PETROBRAS obriga a empresa a trabalhar com um número de profissionais credenciados (médicos, enfermeiros, etc.) muito elevado, como pode ser visto na tabela 16. Nos núcleos de assistência médica de algumas unidades, a relação entre o número de beneficiários e o de profissionais de saúde credenciados chega a ser de 2 ou 3, o que mostra a amplitude do leque de escolha disponível para o usuário dos serviços.

TABELA 16
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E MÉDICOS CREDENCIADOS POR UNIDADE
NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PETROBRAS
1990

ÓRGÃO REGIONAL	BENEFICIÁRIOS (A)	PROFISSIONAIS CREDENCIADOS (B)	(A)/(B)
RPBA	44.641	157	284
RPNE	21.473	960	22
DENOR	3.975	352	11
RPSE	26.378	551	48
RPNS	15.561	1.433	11
DIES	3.184	270	12
RPPRC	11.073	642	17
RLAM	14.414	139	104
REDUC	17.460	454	38
REFAP	4.945	1.020	5
REGAP	6.610	538	12
ASFOR	1.699	611	3
REMAN	5.653	162	35
RECAP	3.678	163	23
SIX	2.086	53	39
REVAP	5.245	566	9
RFPAR	5.431	501	11
TENEST	1.085	297	4
TEBAR	2.444	94	26
TORGUA	3.667	52	71
TEDUT	861	93	9
TEFRAN	1.448	186	8
TEBIG	1.258	62	20
SÉACE	50.543	1.887	27
ESSAL	4.644	1.526	3
ESPAL	5.175	582	9
ESBRAS	173	96	2
REPLAN	5.822	549	11
CEDIDOS	939	0	0
TOTAL	271.567	13.966	19

FONTE: PETROBRAS/SEREC

Vale comentar, ainda, que os serviços de saúde da PETROBRAS exercem uma rígida vigilância sobre a qualidade dos serviços ofertados pela rede de credenciados. Mesmo assim, a taxa anual de descredenciamento é baixa, atingindo uma taxa de 3,5% no ano de 1990.

3.2 - Perspectivas dos Serviços de Saúde da PETROBRAS

Apesar de ser eficiente, o aumento relativo dos custos do sistema de assistência médica supletiva da PETROBRAS tem levado a empresa a pensar em reformas e opções racionalizadoras.

Tais reformas tem passado, inicialmente, por campanhas voltadas ao melhor uso dos serviços por parte dos usuários. Trata-se, neste caso, de melhorar a qualidade da informação, através da criação de manuais do usuário, bem como melhorar o acesso às informações disponíveis no sistema. Tem-se sugerido, também, a criação de um sistema de avaliação para medição da satisfação dos usuários com os serviços que dispõe o sistema.

A campanha para melhorar a qualidade passa também pela conscientização dos gerentes das unidades, no sentido de buscar maior envolvimento e utilização dos dados sobre custo, acessibilidade, morbidade e uso dos serviços em suas estratégias de planejamento e supervisão de cada localidade.

O envolvimento das gerências de unidade com a prevenção secundária, também tem sido recomendado como uma das formas voltadas para a redução dos custos dos sistemas de saúde, que, ao nível básico, tem poucos recursos para inibir a demanda supérflua.

A questão da redução dos custos passa também, na visão de alguns técnicos da empresa, pela melhoria da qualidade. As técnicas de administração por qualidade total mostram que, a melhoria da qualidade leva, por si só, a redução dos custos dos serviços.

A melhoria da qualidade envolve, também, a melhoria das relações com os credenciados, o que ocorre não apenas pela adequação da remuneração e agilidade do pagamento, mas também pela avaliação do atendimento prestado, através da criação de sistemas de auditoria por amostragem. Ao longo de 1991, o congelamento das tabelas da AMB pelo Departamento de Administração de Preços do Ministério da Economia levou a PETROBRAS a uma difícil situação junto à rede de credenciados, que não se sentiam estimulados pelos valores recebidos. Uma das soluções, naquele momento, foi pensar no estabelecimento de uma tabela própria da PETROBRAS, o que não se realizou em função de pressões da própria AMB.

Questões associadas ao julgamento sobre a inclusão de novas tecnologias, padronização de técnicas de informática e revisão, de procedimentos e normas são fundamentais para manter a instituição atualizada e livre de entraves burocráticos.

Torna-se necessário, no entanto, que o órgão central discuta a elaboração sistemática de parâmetros de custo e utilização dos serviços, tendo em vista estabelecer um sistema de

referência para compra de serviços e credenciamento/ contratação de profissionais e instituições de saúde.

Tal sistema de referência não deve, no entanto, ser rígido ao ponto de anular as estratégias de descentralização e o fortalecimento do poder de negociação dos gerentes locais. O sistema deve ser sensível às peculiaridades de cada órgão.

As reformas no campo da redução dos custos passam, também, por uma revisão dos serviços e benefícios oferecidos. Neste caso, tem sido sugerido por técnicos da empresa a utilização de sistemas de participação e reembolso diferenciados, cuja cobertura poderia chegar até 100%, para casos novos ou únicos. O objetivo, neste caso, seria conciliar flexibilidade e agilidade com a manutenção da estabilidade econômica.

Alguns exemplos associados a bens e serviços podem ser enumerados; dentre as sugestões apresentadas por técnicos da empresa na Ia. Reunião Nacional para Planejamento de Avaliação Global da Assistência Médica Supletiva da PETROBRAS, realizada em junho de 1991:

- a) Próteses, órteses e aparelhos ortopédicos: a PETROBRAS adquiriria junto ao fornecedor e repassaria o custo para o usuário;
- b) Medicamentos de Alto Custo (inclusive AIDS) e Vacinas: a companhia cobriria os custos e poderia, até mesmo, adquiri-los no exterior, caso não fossem disponíveis no mercado interno;
- c) Cirurgias Plásticas - para fins estéticas: autorizar com repasse de 100% para o empregado,

criando critérios uniformes para as perícias;

- d) Remoção em Ambulâncias: cobrir a ida e a volta quando indicado do hospital para casa;
- e) Psicoterapia: restrito a crianças de até 5 anos, com participação de 50%, 75% e 100%;
- f) Odontologia: manter limite de até 15 anos;

Estes exemplos mostram a intensão de rever algumas formas de pagamento que oneravam os custos da empresa.

O equacionamento das fontes de custeio dos programas tem sido outra preocupação dos técnicos da PETROBRAS. Embora seja consenso que a participação do empregado no custeio do sistema é alta, existem algumas alternativas para aumentar os recursos para custeio, cabendo destacar o desconto da parcela paga pela PETROBRAS ao INSS, haja visto que os funcionários da empresa não utilizam o sistema público. Outras soluções seriam o controle da demanda e a implantação de sistemas de auditoria, principalmente na área odontológica, onde tem sido reconhecidamente grande o número de serviços pagos que não estão em sintonia com a filosofia do programa.

Qualquer que seja a solução encontrada a necessidade de ajustamento nos serviços de saúde da PETROBRAS reflete um momento de crise econômica, expresso na queda real das receitas das empresas e da própria folha de salários. Mas é justamente nos momentos de crise que podem surgir muitas soluções criativas para o longo prazo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de ajuste da economia implantadas desde o início do Governo Fernando Collor de Mello tem trazido dificuldades crescentes para as empresas operacionalizarem seus programas de saúde. Ao mesmo tempo, os impactos negativos destas estratégias no desempenho da economia e na queda dos salários tem reduzido a própria arrecadação da Previdência Social, colocando cada vez mais em cheque o Sistema Único de Saúde, operado a partir de fundos públicos que compõe o Orçamento da Seguridade Social.

Sendo assim, as empresas têm poucas alternativas para melhorar, no atual quadro, os sistemas de assistência médica para seus empregados e dependentes. Um dos projetos alternativos, elaborados pelo próprio Governo, cuja paternidade é atribuída ao atual Presidente do INSS, prevê, no bojo de uma estratégia de securitização da Previdência Social, a criação do Seguro de Riscos Sociais; mecanismo compulsório de cobertura dos riscos de saúde dos empregados e dependentes, no qual as empresas teriam que contratar somente companhias seguradoras que operassem no ramo "vida".

Não resta dúvida que esse projeto, se implantado, cria uma imensa reserva de mercado para as empresas de "seguro saúde", deixando de lado a medicina de grupo e os programas próprios das empresas que hoje respondem pela maior parcela da assistência médica das empresas.

Em recente reunião, realizada em Itu (São Paulo) nos dias 16 e 17 de dezembro de 1991, vários segmentos privados da área de saúde (ABRAMGE, SINAMOE, UNIMEDS, FBII, FENAESS e outros) se reuniram com o intuito de propor alternativas ao projeto de reforma da área de saúde previdenciária. Ainda que de forma preliminar, foi elaborado um documento que sintetiza a posição hegemônica entre o setor privado prestador de serviços de saúde, cujas principais recomendações, para a elaboração de um novo projeto, baseia-se no respeito aos seguintes princípios:

- a) Pluralismo e igualdade de oportunidades de oferta de serviços, tanto pelo Estado quanto pela iniciativa privada;
- b) Definição clara dos componentes da Seguridade Social quanto aos seus aspectos conceituais, operacionais, financeiros, possibilitando a visibilidade dos recursos e a transparência das operações;
- c) Conceituação clara da responsabilidade institucional dos Agentes Públicos e Privados envolvidos no processo, com a definição do Plano Básico de Saúde (cobertura, padrões, etc.) a ser prestado pelos agentes;
- d) Liberdade de opção dos beneficiários quanto ao atendimento à saúde, pelos sistemas públicos e privados;
- e) Redução gradativa da demanda sobre os serviços

públicos de saúde, através da criação de estímulos aos indivíduos e/ou empregadores no sentido de assumirem a responsabilidade pelo custeio da atenção à saúde;

f) Atendimento específico aos acidentados do trabalho e vítimas de doenças profissionais, através de sistemas especializados de tratamento, reabilitação e readaptação profissionais;

g) Operacionalização de mecanismos visando a recuperação e/ou modernização dos estabelecimentos e serviços de saúde públicos e privados;

h) Efectiva implantação dos princípios constitucionais de regionalização e hierarquização da rede, das ações e serviços públicos de saúde, evitando-se paralelismos e superposições de estrutura;

e) Observância da determinação legal de assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro dos contratos mantidos pelo Sistema Único de Saúde com a iniciativa privada.

Muitas dessas reivindicações do setor privado prestador de serviços entram em choque com a atual visão de administração dos serviços de saúde vigente no setor público. Mas de qualquer forma, os anos de 1992 e 1993 serão, certamente, momentos de redefinição dos sistemas de saúde no Brasil, cuja capacidade de funcionamento parece ter se esgotado.



NÚMEROS JÁ PUBLICADOS

- 01/88 - CRÍTICA DE RAZÕES NO CENSO ECONÔMICO
Renato Martins Assunção (ENCE/IBGE)
Rosana de Freitas Castro (DEIND/IBGE)
José Carlos R.C. Pinheiro (ENCE/IBGE)
- 02/88 - USO DE AMOSTRAGEM EM SIMULAÇÃO DE LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA
José Carlos R. C. Pinheiro (ENCE/IBGE)
Manuel Martins Filho (DISUL/SERPRO)
- 03/88 - FORECASTING THE NUMBER OF AIDS CASES IN BRAZIL
Dani Ganeman (IME/UFRJ)
Helio S. Migon (ENCE/IBGE & IME/UFRJ)
- 04/88 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE REDUÇÃO DA FRAÇÃO DE AMOSTRAGEM NO CENSO DEMOGRÁFICO
José Carlos R. C. Pinheiro (ENCE/IBGE)
José Matias de Lima (DPE/NME)
- 01/89 - MIGRAÇÕES ANUAIS RURAL - URBANO-RURAL PERÍODO 70/80
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
Helio dos Santos Migon (ENCE/IBGE)
- 02/89 - CURVA DE LORENZ & ÍNDICE DE GINI PARA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA
José Paulo Q. Carneiro (ENCE/IBGE)
Jorge Luiz Rangel Costa (CIDE)
- 03/89 - METODOLOGIA DA CRÍTICA DE EQUAÇÕES DE FECHAMENTO NOS CENSOS ECONÔMICOS DE 1985
José Carlos R. C. Pinheiro (ENCE/IBGE)
Renato Martins Assunção (ENCE/IBGE)
- 04/89 - UMA PROPOSTA DE DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA DO CENSO DEMOGRÁFICO DE 1990
José Carlos R. C. Pinheiro (ENCE/IBGE)
José Matias de Lima (ENCE/IBGE)
- 05/89 - UMA REVISÃO DO BATS - BAYESIAN ANALYSIS OF TIME SERIES
Helio dos Santos Migon (ENCE/IBGE & IM/UFRJ)
E. Suyama (ICEEx/UFMG)
- 01/90 - PERFIL DE VISITANTES DE MUSEUS
Kaizô Iwakami Beltrão - Orientador (ENCE/IBGE)
Angela Caruso Pereira (ENCE/IBGE)
Christine Guimarães Thomaz Pereira (ENCE/IBGE)
Maria Justina Nunes Carollo (ENCE/IBGE)
André Nuñez Viégas (ENCE/IBGE)
Eliane Pszczol (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)
Marcia Saraiva Leon (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)
Rosane Maria da Rocha (PRÓ-MEMÓRIA/SPHAN)
- 02/90 - O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO
André Cesar Medici (ENCE/IBGE)
- 03/90 - THE PLANAR CLOSING LEMMA FOR CHAIN RECURRENCE
Maria Lucia Alvarenga Peixoto (ENCE/IBGE)
Charles Chapman Pugh (Berkeley, Cal., USA)

- 04/90 - MEDIDAS DE MORTALIDADE: UM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DAS MUDANÇAS DE ESCOLARIDADE DA MÃE E DA ESTRUTURA DE FECUNDIDADE EM QUATRO ÁREAS BRASILEIRAS
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
Diana Oya Sawyer (CEDEPLAR/UFMG)
- 05/90 - A MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 06/90 - COMPARAÇÃO DE ALGUNS MÉTODOS PARA ESTIMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
Milena Piraccini Duchade (ENSP/FIOCRUZ)
Paulo Pimentel Wulhynek (ENCE/IBGE)
- 07/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO
Ana Amélia Camarano (IPEA)
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 08/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA POR NÍVEL DE RENDA
Ana Amélia Camarano (IPEA)
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 09/90 - PROGRAMA PARA ANÁLISE DE EXPERIMENTOS PLANEJADOS SEGUNDO O ENFOQUE DE NELDER
Denise Cunha Ottero (ENCE/IBGE)
- 10/90 - SISTEMA ESTATÍSTICO, PLANEJAMENTO E SOCIEDADE NO BRASIL (NOTAS PARA UMA DISCUSSÃO)
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 11/90 - PREVIDÊNCIA SOCIAL - Velhos Problemas, Novos Desafios
Pedro Luiz Barros Silva (FENAP/SAF)
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 01/91 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
Francisco de Oliveira (IPEA)
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 02/91 - INCENTIVOS GOVERNAMENTAIS AO SETOR PRIVADO EM SAÚDE NO BRASIL
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 03/91 - CÁLCULO DAS TAXAS LÍQUIDAS DE MIGRAÇÃO RURAL-URBANA
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 04/91 - PERSPECTIVAS DO FINANCIAMENTO À SAÚDE NO GOVERNO COLLOR DE MELLO
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 05/91 - DESCENTRALIZAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
- 06/91 - SEM RÉGUA E COMPASSO POPULAÇÃO, EMPREGO E POBREZA NO BRASIL DOS ANOS OITENTA
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)

- 01/92 - CUSTOS DA ATENÇÃO MÉDICA A AIDS NO BRASIL
ALGUNS DADOS PRELIMINARES
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)
Kaizô Iwakami Beltrão (ENCE/IBGE)
- 02/92 - OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DAS EMPRESAS:
EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS RECENTES
André Cezar Medici (ENCE/IBGE)