Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE

RELATÓRIOS TÉCNICOS

ENCE

ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS

O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

André Cezar Medici - ENCE/IBGE

O SETOR PRIVADO
PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:
DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

André Cezar Medici - ENCE/IBGE

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS - ENCE

R E L A T Ó R I O S T É C N I C O S

Nº 02/90

O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

André Cezar Medici - ENCE/IBGE

Maio/90

SUMARIO

APRESENTAÇAO.....2

CAPITULO 1 - OS MERCADOS PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....
NO BRASIL.....4

1.1 - Introdução.....5
1.2 - Morfologia dos Mercados de Serviços de.....
Saúde no Brasil.....8
1.3 - O Segmento Privado Contratado pelo Setor.....
Público.....9
1.4 - O Segmento Medico-Assistencial das Empresas..
ou de Categorias Profissionais.....11
1.5 - O Segmento Medico-Assistencial das .....
Familias.....23
1.6 - O Segmento Beneficiente ou Filantrópico.....24
NOTAS 25
ANEXO ESTATISTICO.....27

CAPITULO 2 - ANATOMIA DA REDE PRIVADA DE SERVIÇOS DE.....
SAÚDE.....34

2.1 - Introdução.....35
2.2 - Rede Pública X Rede Privada.....35
2.3 - A Comparação Rede Pública x Rede Privada.....
ao nivel regional.....37
2.4 - Natureza Juridica da Rede Privada de.....
Serviços de Saúde no Brasil.....38
2.5 - A Contratação do Setor Privado pelo .....
INAMPS.....39
2.6 - A Evolução do Número de Leitos dos.....
Hospitais Privados.....40
2.7 - A Evolução do Número de Leitos
Privados Segundo a Natureza Juridica do
Estabelecimento.....41
2.8 - A Distribuição dos Leitos Privados.....
ao Nivel Regional.....41
2.9 - Evolução dos Leitos Privados Conveniados.....
com o INAMPS.....42
2.10- A Produção de Serviços de Saúde.....
na Rede Privada.....42
2.11- O Emprego em Saúde.....44
2.12- Aspectos Ligados a Capacidade Instalada.....44
NOTAS.....45
ANEXO ESTATISTICO.....46

APRESENTAÇÃO

Este trabalho busca análisar, ainda que de forma preliminar, a estrutura e o funcionamento da rede privada de serviços de saúde no Brasil. Para tal, buscou-se estabelecer uma taxonomia de mercados para estes serviços, bem como suas condições de oferta e demanda, sua estrutura de custos, eficiência e produtividade, sua capacidade instalada e suas formas de interrelacionamento (passadas e presentes) com o setor público.

O setor privado detém hoje no Brasil quase metade da estrutura de atenção ambulatorial (ver tabelas 2.10 e 2.21 da Parte 2) e mais de 3/4 da estrutura hospitalar do pais. Seria impossivel pensar em montar qualquer sistema de saúde, mesmo orientado pelo setor público, que desconsiderasse esse fato em sua estratégia de cobertura assistencial.

No entanto, o debate em torno da questão tornou-se por demais ideológico, ao ponto de impedir a visualização de uma saida que, além de responder aos interesses dessa imensa rede privada de serviços, tentasse resolver os grandes impasses das questões de saúde no Brasil, tendo em vista uma cobertura universal e equânime de atendimento, mas que ao mesmo tempo fosse redistributiva no sentido de levar em conta a capacidade de pagamento das classes sociais de média e alta renda, bem como das empresas e dos setores formalizados do mercado de trabalho.

Alguns dos dados disponiveis indicam que o setor privado tem crescido em eficiência e ampliado seus mercados, principalmente na chamada "medicina de empresa" que hoje representa uma cobertura de mais de 20 milhões de brasileiros. Ao mesmo tempo, o setor privado segundo informações prestadas, tem investido bem mais em saúde do que o setor público. Dados da empresa de consultoria TPF&C mostram que em 1987 o setor privado investiu, em termos per-capita, US$ 83,00 contra os US$ 33,00 verificados no INAMPS. Mesmo que tais dados careçam de comprovação, é evidente que um mercado destas dimensões deve ser melhor conhecido.

O presente trabalho mostra também que, enquanto o setor público detém pequena capacidade de atenção hospitalar (excetuando-se os estabelecimentos voltados para o tratamento de algumas doenças transmissiveis) e sua rede ambulatorial encontra-se mais direcionada para atendimentos de niveis bem elementares, o setor privado detém a maior parte dos meios de atendimento para os niveis de complexidade secundário e terciário.

Assim, um caminho natural para o reordenamento do modelo médico assistencial brasileiro poderia consistir em

deixar ao setor público a responsabilidade pela prestação dos cuidados básicos com a saúde, de forma que a rede de triagem de pacientes, o estabelecimento de rotinas e fluxos de encaminhamento fossem tarefas básicas desse setor. Nos níveis de maior complexidade prevaleceria um modêlo calcado na combinação público-privada, onde o setor público teria um papel normativo e fiscal, tendo em vista estabelecer padrões de funcionamento deste nível de atendimento.

Logicamente que os níveis de complexidade quaternária (hospitais de referência para determinadas especialidades) bem como centros de pesquisa médica e geração de conhecimento deveriam continuar a ser atribuições primordiais do Estado, dado o alto custo envolvido (pouco atrativo para o mercado privado) e a necessidade estratégica de direcionar a produção e difusão de conhecimento para auxiliar as populações mais necessitadas.

O estudo que se segue encontra-se dividido em duas partes. A primeira trata de definir e quantificar os mercados privados de serviços de saúde no Brasil. A segunda procura estabelecer algumas das principais características da rede privada de serviços de saúde, no que diz respeito a sua natureza jurídica, magnitude e distribuição regional, capacidade instalada, produção de serviços e recursos humanos.

Este trabalho teria sido impossível sem a contribuição de muitas pessoas. Devo agradecer ao estímulo e as conversas que tive com John Briscoe e Nancy Birdsall do Banco Mundial, responsáveis, inclusive, pelo seu financiamento.

Quanto a coleta de informações devo agradecer a boa vontade e a paciência de inúmeras pessoas. Gostaria de destacar o Dr. Cid Santaella Redorat (ABRASPE); o Dr. Flávio Heleno Poppe Figueiredo (ABRANGE) e o Dr. Humberto Torloni Filho (TPF&C), além de Pedro Luiz Barros Silva, com quem tenho pensando em conjunto algumas facetas dêsse polêmico assunto.

Dado ser um tema pouco explorado no Brasil, a dificuldade de obter informações agregadas para a construção deste trabalho foi muito grande. Da mesma forma, posso dizer que o tempo também não foi suficiente para a coleta de toda a informação esparsa existente sobre o assunto.

ANDRE CEZAR MEDICI
RIO DE JANEIRO
ABRIL DE 1989

PARTE 1

OS MERCADOS PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

> "A combinação Pùblico-Privada é dificil de operacionalizar, em termos econômicos, mesmo descritivos. A escassez de literatura assenta, de facto, na escassez de informação econômica, mesmo a mais elementar. E mesmo quando existe, a informação não nos explica contradições intimas dos sistemas de saùde" (3).

Apesar destas restrições, alguns estudos sobre morfologia de mercados de serviços de saùde nos paises latino-americanos se encontram em andamento (4). Tais estudos apontam, em grande medida, tendência ao aumento da complexidade das relações entre as esferas pùblicas e privadas de prestação de serviços, especialmente quando aumenta o grau de intervenção e regulação do Estado nas politicas de saùde.

No Brasil, a progressiva expansão da capacidade assistencial da rede pùblica e os mecanismos de coordenação do Estado no campo da saùde, que se verificam desde a segunda metade dos anos setenta, não tem tido efeitos no sentido de reduzir a ação do setor privado. Ao contrário, verifica-se que este setor vem aumentando sua produtividade e diversificando suas modalidades assistenciais, na mesma medida em que aumenta o seu grau de centralização e se modernizam seus sistemas de gerenciamento.

Deve-se reconhecer, no entanto, que esse processo não ocorre nos mesmos moldes de outros setores da economia, dada a peculiaridade dos serviços de saùde. Como afirma CAMPOS:

> "São bem conhecidas as razões que fazem do sector privado de saùde, um mercado com caracteristicas especiais. Keneth Arrow sintetizou as particularidades dos serviços de cuidados de saùde no âmbito da análise econômica, designadamente, a natureza da procura, o comportamento dos mèdicos, as condições da oferta, as pràticas aliadas ao preço e, com particular destaque, a existência de externalidades, gerando-se benefícios (ou prejuizos) sociais marginais superiores aos prejuizos (ou benefícios) individuais marginais em cada acto de consumo" (5).

Campos afirma tambèm que, ao consumir serviços de saùde, o indivíduo não é soberano em decidir quando quer consumir tais serviços (como propõe o paradigma neoclássico), mas sim tem que consumi-los quando precisa. Da mesma forma, o consumidor desconhece os mecanismos de incidência da doença e a eficàcia do tratamento, o que o coloca numa relação de dependência (e não de igualdade) com o prestador de serviços de saùde. Por fim, mas não em menor importância, as condições de saùde estão associadas a efeitos externos, os quais podem ser minimizados por medidas de carater coletivo que incidam sobre o meio (campanhas de vacinação por exemplo).

1.1 - INTRODUCAO

Existe uma grande diferença entre o que se conhece por "rede privada de serviços de saúde" ou "estabelecimentos privados de saúde" e o "mercado privado de serviços de saúde". A rede privada configura, em linhas gerais, o conjunto dos estabelecimentos privados destinados a prestar serviços de saúde, ou seja, aqueles que não pertencem ao setor público e são administrados por entidades particulares com ou sem fins lucrativos.

O mercado de serviços privados de saúde é uma categoria mais complexa. Poderia ser definido como o conjunto de práticas (concorrenciais, monopolistas, oligopolistas, etc.) voltadas para a administração de formas assistenciais e correlacionadas a um dado perfil de demanda por serviços que, mantidas por recursos governamentais ou não, destinam-se ao fornecimento de serviços de saúde para uma clientela restrita de beneficiários. As entidades que administram tais formas assistenciais podem ter seus próprios estabelecimentos de saúde, ou contratar estabelecimentos para prestar uma dada gama de serviços de saúde.

Os estabelecimentos de saúde, independentemente de sua natureza jurídica (pública ou privada) podem estar ou não inseridos no mercado privado ou na rede pública de serviços de saúde. Estabelecimentos privados, por exemplo, costumam ser contratados em muitos países, como é o caso do Brasil, para prestar serviços assistenciais até mesmo para uma clientela universal. Analogamente, encontra-se o caso de estabelecimentos públicos contratados para prestar serviços (de natureza geral ou especializada) para entidades privadas ou clientelas restritas, como é o caso de algumas Obras Sociais argentinas ao se conveniarem com hospitais públicos da Provincia de Buenos Aires, p.ex. (1).

Esses dois exemplos não mostram apenas que as relações entre estabelecimentos e mercados de serviços de saúde, independentemente de sua natureza jurídica, podem assumir múltiplas formas. Eles sugerem também que o "mix" de relações "público x privado", pode ser uma das vias concretas de solucionar problemas de cobertura dos serviços de saúde em muitos países.

A "combinação público-privada em saúde" (2) vem sendo objeto do interesse internacional, em função do desafio de escolher caminhos para a crise fiscal e seus impactos sobre os mecanismos e as políticas do Welfare State. Governos conservadores e progressistas tem utilizado de diferentes formas esta combinação, o que mostra que a discussão estravasa os limites estreitos da ortodoxia. No entanto, não há ainda farta literatura sobre o assunto. Como afirma Campos:

Todas essas peculiariedades tornam necessária a intervenção do Estado no campo das politicas de saúde, visando reduzir as desigualdades derivadas da dependência do consumidor ao prestador de serviços e buscando ações coletivas que venham a minimizar os riscos de adoecer.

Diversas podem ser as formas de atuação do Estado no campo da saúde. Em geral, elas podem ser grupadas nas seguintes categorias:

a) Prestação direta de serviços, através de seus próprios estabelecimentos de saúde;

b) Fornecimento de cuidados de saúde à população através da compra de serviços de saúde de entidades e estabelecimentos privados;

c) Concessão de subsidios, isenções fiscais ou incentivos à população ou aos estabelecimentos de saúde resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para certos segmentos desta;

d) Regulação dos preços dos serviços de saúde e das condições técnicas e institucionais da oferta, com vistas a atender, sem grandes distorções, ao perfil da demanda.

Embora cada uma destas formas de atuação estatal represente um distinto conceito de "estatização" dos serviços de saúde, é difícil encontrar países ou regiões que não tenham, em conjunto, as quatro formas. O que modifica é a composição interna (ou a combinação) das mesmas na configuração concreta de um dado sistema de saúde. Por analogia, não existe um "tipo ideal" de "ação estatal" ou, portanto, de "combinação público-privada" na definição de sistemas de saúde. Cada conjuntura concreta merece ser analisada em sua especificidade, para que se consiga delinear a combinação adequada àquele momento.

Os mercados privados de serviços de saúde são fruto das relações que se estabelecem entre as entidades e estabelecimentos privados de saúde, o setor público, as empresas e famílias consumidoras de serviços.

Cada segmento de mercado não é um compartimento estanque. Existem entidades ou estabelecimentos que podem conviver prestando serviços em vários segmentos de mercado simultaneamente. Sendo assim, torna-se necessário avaliar concretamente o mercado em cada contexto específico e suas formas de relacionamento com os demais segmentos e com o Estado.

1.2 - MORFOLOGIA DOS MERCADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Apesar de antiga, a presença do setor privado de saúde no Brasil teve muitas modificações em sua estrutura. Tais mudanças devem ser explicadas no seio das transformações na estrutura do Estado nos últimos trinta anos, no aumento das "classes médias" da população, na intensificação das relações de formalização do mercado de trabalho e no deslocamento de capitais privados para o setor.

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

QUADRO I

TIPOS DE MERCADOS PRIVADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

1. SETOR PRIVADO CONTRATADO PELO SETOR PÚBLICO

2. SEGMENTO MEDICO ASSISTENCIAL DAS EMPRESAS

   2.1 - Serviços Próprios e/ou Credenciados
   2.2 - Sistemas de Pós Pagamento
   2.3 - Medicina de Grupo ou Cooperativas Médicas
   2.4 - Planos de Administração
   2.5 - Convênios INAMPS/EMPRESA
   2.6 - Seguro Saúde

OBS: 2.1 + 2.2 = Planos de Autogestão
   2.3 + 2.5 + 2.6 = Planos de Cogestão

3. SEGMENTO MEDICO ASSISTENCIAL DAS FAMILIAS

   3.1 - Desembolso Direto
   3.2 - Medicina de Grupo ou Cooperativas Médicas
   3.3 - Seguro Saúde

4. SEGMENTO BENEFICIENTE E FILANTROPICO

   4.1 - Clientelas Fechadas
   4.2 - Clientela Aberta Parcial
   4.3 - Clientela Aberta Universal

Em função da pouca disponibilidade de dados, dar-se-á mais atenção ao segmento médico-assistencial das empresas. Os outros segmentos de mercado também saerão tratados, embora de forma mais superficial.

1.3 - O SEGMENTO PRIVADO CONTRATADO PELO SETOR PÚBLICO

Este segmento está voltado para a venda de serviços ao setor público, com vistas a prestar assistência indiferenciada á população ou a alguns de seus grupos. Tem sua origem nos contratos e convênios firmados entre as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) com o setor privado para cobertura assistencial de determinados segmentos contribuintes da classe trabalhadora e de suas familias.

Mas foi a partir da unificação dos IAP's e da criação do INPS que o número de entidades privadas contratadas aumentou substancialmente, em termos absolutos. A forte expansão dos contratos respondeu, em primeiro lugar, a uma expansão da cobertura. Os anos setenta foram marcados por uma politica de hospitalização de largas proporções. Entre 1970 e 1982, o número de internações hospitalares evoluiu de 2,8 pára 13,1 milhões. Já nos anos oitenta observa-se um descenso da politica de hospitalização em pról de um aumento do crescimento da produção de serviços ambulatoriais. Assim entre 1982 e 1987, a quantidade de internações caiu de 13,1 para 11,7 milhões.

Neste processo, foi notável a participação da rede privada contratada, a qual respondia por 95,8% das internações em 1970 e por 97,4% em 1976. Tal participação foi declinante na segunda metade dos setenta e inicio dos oitenta, mas mesmo assim, o setor privado contratado ainda foi responsável por 80,3% das internações hospitalares em 1987 (cerça de 9,4 milhões) (6).

Até o final da primeira metade dos anos oitenta, o setor privado contratado absorvia a maioria de recursos desembolsados pelo INAMPS. Em 1981, por exemplo 71,3% dos gastos desta instituição eram, feitos com a rede privada de prestadores de serviços. Mas este percentual vem se reduzindo gradativamente ao longo do tempo. O ano de 1987 foi o primeiro onde o gasto do INAMPS com a rede privada foi inferior a 50% das despesas totais daquela instituição, tendo atingido 45,9% dos recursos desembolsados (ver tabela 1.2).

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

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

A maior parcela de recursos tem sido absorvida pelos chamados estabelecimentos lucrativos. Entre 1981 e 1987 eles absorveram entre 86,1% e 93,9% dos recursos do INAMPS destinados aos setores privados contratados (tabela 1.3). A participação deste setor no total dos privados tem sido crescente, embora possa ser observada uma acentuada queda em 1987.

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

Os outros dois segmentos contratados; sindicatos e empresas, vem perdendo gradativamente posição no financiamento da rede contratada do INAMPS. Em 1985 representavam parcela residual dos gastos do INAMPS com o setor privado, ou seja, os sindicatos respondiam por 1,7% e as empresas por apenas 0,7% dos recursos contratados pelo INAMPS com o setor privado. Estas duas redes vem encontrando nos seus próprios estabelecimentos ou nos convênios sob a forma de pós-pagamento, sua principal forma de expansão nos últimos anos e tem, dessa forma, se desligado progressivamente do financiamento do setor público propiciado pelos recursos do INAMPS.

A quantidade de recursos repassada pelo INAMPS aos estabelecimentos privados contratados não é desprezivel. Em 1987 ela correspondeu a cerca de US$ 2,3 bilhões de dólares. No entanto, tais recursos sofreram quedas acentuadas ao longo do periodo 1981-1986, só se recuperando efetivamente no ano de 1987 sem conseguir, assim mesmo, atingir o patamar de gasto de 1981 (tabela 1.2 e tabela 1.4).

Entre 1981 e 1986 os gastos do INAMPS com estabelecimentos privados contratados tiveram uma redução média de 6,1% ao ano, em termos reais. O setor lucrativo foi o que menos sofreu com a redução das transferências do INAMPS ao setor privado (-4,5% ao ano no periodo). Os demais setores tiveram acentuadas perdas no montante de recursos repassados pelo INAMPS, a saber: filantrópicos, -14,0% ao ano; sindicatos, -18,2% ao ano e empresas, -34,5% ao ano.

A recuperação do patamar de gastos do INAMPS em 1987 e em 1988 (7) foi propiciada por circunstâncias especiais, onde se destaca, numa conjuntura inflacionária de 400% (1987) e 1000%

(1988), a inexistência de regras claras que propiciassem a recomposição real do valor dos benefícios assistenciais e previdenciários (especialmente aposentadorias e pensões, que correspendem ao maior item de custo) pagos pelo SINPAS. Com isso foi possivel a expansão dos gastos em saúde, particularmente aqueles orçados com as transferências aos Estados e Municípios, por conta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Tal expansão beneficiou também as transferências do INAMPS ao setor privado que, em 1987 aumentaram, em termos reais, 34,4% em relação ao ano anterior, beneficiando particularmente os setores lucrativo e filantrópico, os quais tiveram ganhos reais de 26,3 e 276,3% naquele ano, respectivamente.

As perspectivas futuras deste segmento de mercado não são, no entanto das mais otimistas. E lógico que os sistemas governamentais de saúde no Brasil continuam em franca dependência da rede privada contratada para a cobertura de suas metas assistênciais. Tal realidade é gritante, especialmente no segmento hospitalar, onde a maior parcela da rede de serviços pertence ao setor privado. No entanto, as mudanças na sistemática de correção dos benefícios previdenciários e a equiparação do valor do menor benefício a um salário mínimo, prevista na nova Constituição, poderá trazer estrangulamentos financeiros ao sistema público de saúde, impedindo a obtenção de recursos necessários a ampliação dos contratos com a rede privada de serviços na quantidade e nas modalidades exigidas pela estratégia de universalização das ações de saúde previstas na Nova Constituição Federal.

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

1.4 - O SEGMENTO MEDICO- ASSISTENCIAL DAS EMPRESAS OU DE CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Uma das formas históricas mais antigas de organização dos serviços de saúde, ao nivel do setor privado, é aquela que surge no universo das organizações dos trabalhadores ou nas próprias empresas, gerando formas assistenciais puras ou combinadas, mantidas por estes dois setores. As organizações mutualistas que surgem no Brasil, ao final do século passado, são exemplos destas formas privadas de organização dos serviços de saúde.

Muitas destas organizações foram o embrião dos mecanismos públicos de seguridade social, quando o Estado passa a regular suas atividades, normatizando suas funções ou participando do financiamento. No entanto, a presença do Estado trouxe, em países como o Brasil, um gradativo processo de homogeneização dos serviços de atenção médica voltados para os trabalhadores, o que representava para alguns segmentos, perdas na qualidade da atenção médica. Na busca por modelos médico-assistenciais que atendessem a suas especificidades, muitas empresas passaram a organizar, seja através de seus próprios Departamentos de Recursos Humanos, seja através de suas Caixas ou Associações de Funcionários, Sindicatos, etc., serviços de saúde complementares àqueles oferecidos pela Previdência Social.

Nos anos oitenta, estas formas autônomas de fornecimento de serviços de saúde, no âmbito das empresas ou dos sindicatos vem aumentando substancialmente. Podem ser listadas pelo menos cinco formas de organização desses serviços nas empresas:

a) SERVIÇOS PROPRIOS E/OU CREDENCIADOS;

b) SERVIÇOS CONTRATADOS ATRAVES DE CONVENIOS DE POS-PAGAMENTO;

c) SERVIÇOS CONTRATADOS COM INSTITUIÇOES DE MEDICINA DE GRUPO OU COOPERATIVAS MEDICAS

d) SERVIÇOS CONTRATADOS ADMINISTRADOS -

e) CONVENIOS INAMPS/EMPRESA -

f) SEGURO SAUDE

As duas primeiras formas de organização dos serviços costumam ser chamadas de "auto-gestão". Definem-se dessa forma porque é, em ambos os casos, a própria empresa que administra (e em alguns casos até executa) os serviços oferecidos aos seus funcionários e usuários de serviços.

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

Por fim, a quarta forma, conhecida como "Planos de Administração", ocorre quando a empresa entrega a administração

de seu programa de saúde a uma outra empresa, ficando desresponsabilizada das questões administrativas e gerenciais, da execução e da fiscalização dos serviços.

1.4.1 - Serviços Próprios e/ou Credenciados

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

Uma das excessões a esta regra é a do Sindicato das Empresas de Papel e Celulose no Estado de São Paulo, o qual "tem um hospital considerado modêlo - o SEPACO - para atender a seus empregados e familiares" (9).

1.4.2 - Sistemas de Pós-Pagamento

A modalidade de pós-pagamento constitui formas de contratação/conveniamento no qual as empresas credenciam estabelecimentos prestadores os quais recebem segundo os serviços efetivamente prestados, mediante a utilização de valores múltiplos ou submúltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Desde 1980 foi criada a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas (ABRASPE), que congregava, em fevereiro de 1989, 99 empresas que detinham serviços de saúde nas modalidades a) e b).

Segundo o atual Presidente da ABRASPE (10), essa Associação congrega um terço da totalidade de auto-programas existentes no Brasil. Com uma clientela (empregados e dependentes) de 4,8 milhões de pessoas, pode-se depreender que a totalidade de usuários de auto-programas (de empresas ou sindicatos, excluidos os programas mantidos diretamente pelas famílias) deva beirar os 15 milhões.

As empresas filiadas a ABRASPE gastaram, em 1987, cerca de US$ 400 milhões com despesas de assistência médica e

odontológica. Estas empresas, em média, teriam de 45% a 50% de seu desembolso vinculado a internações hospitalares, 25% destinado a consultas ambulatoriais e 25% a 30% são gastos com Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica (exames complementares, etc.) (11).

As tabelas 1.5 e 1.6 fornecem alguns indicadores do gasto médio das empresas filiadas à ABRASPE com serviços médicos e odontológicos. Ao nível dos gastos hospitalares, 60% tem sido destinados a pagamentos diretos ao hospital e 40% com pagamento aos profissionais.

Dos pagamentos feitos aos hospitais, a maior fatia (40%) corresponde aos gastos com diárias e serviços de hotelaria. O segundo item de maior peso na composição dos custos corresponde ao item material e medicamentos (30%) seguem-se, por por ordem de importância, os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, de carater hospitalar (20%) e por fim as taxas diversas (10%).

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

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

Considerando-se, no entanto, os custos percapita com usuários dos serviços (empregados + dependentes), verifica-se uma redução substancial. Neste caso, os custos individuais mensais por usuário dos serviços de assistência médica são de US$ 7,22 e os de assistência odontológica de US$ 0,79, representando um custo total percápita mensal de US$ 7,98 e anual de US$ 95,76. Este valor é cerca de 2 vezes superior ao gasto federal anual percapita com saúde que, em 1987, equivalia a US$ 49,25 (12).

O anexo 1.2 e a tabela 1.7 indicam a discrepância existente nos custos de assistência a saúde per-capita entre distintas empresas segundo o ramo de atividade (industrial, serviços, bancário e outros) e a natureza jurídica da empresa (privada, estatal ou mista). Mesmo assim, podem ser constatado da tabela 1.7 que:

a) No interior das empresas privadas, os custos de assistência à saúde do setor bancário são, em média os mais elevados e as discrepâncias internas são pequenas. Ressalta-se, também, a grande discrepância existente no interior da indústria, onde o custo de assistência à saúde percapita anual mais elevado é mais de 5 vezes superior ao mais baixo;

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

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

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

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

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

Segundo informações da ABRASPE, a adesão aos sistemas de pós-pagamento vem crescendo rapidamente entre o universo das empresas, conforme demonstra a tabela 1.8. Criada em 1980, a ABRASPE congregava, em 1983, 18 empresas associadas; 25 em 1985; 50 em 1987 e 99 em 1988. As taxas de crescimento anual crescem rapidamente a cada ano. Segundo informações do Dr. Cid Santaella Redorat, existem espectativas de que o número de associados duplique em 1989.

As razões apontadas para o rápido crescimento dos convênios de pós-pagamento se resumem, segundo a ABRASPE em melhor controle da produção dos serviços, do pagamento desses serviços e da agilização desses pagamentos, permitindo um relacionamento mais claro entre o prestador de serviços e a empresa, o que traz, em última análise, maior satisfação dos empregados com os programas de saúde.

Por fim, vale ressaltar que as informações disponíveis indicam que muitas empresas detêm vários planos de saúde, onde a

participação financeira do funcionário no custeio aumenta, segundo o grau de cobertura assistencial. Algumas empresas financiam integralmente os planos básicos de saúde de seus segurados, mas na maioria existe uma participação financeira do empregado, descontada na folha de salários.

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

Em suma, as empresas filiadas a ABRASPE gastaram em 1987 US$ 400 milhões para uma clientela aproximada de 4,8 milhões, representando 21,6% das despesas totais estimadas com programas de saúde nas empresas e 21,4% do total de usuários dos serviços de saúde oferecidos pelas mesmas. Informações mais gerais sobre os programas de pós-pagamento no conjunto das programas de saúde das empresas podem ser visualizadas na tabela 1.9.

1.4.3 - Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas

O modêlo representado por estas instituições é similar, guardando pequenas diferenças, aos das H.M.O. (Health Maintenance Organizations) americanas. As H.M.O. podem ser classificadas em três modalidades: "staff model", representando as H.M.O. que detêm seus próprios hospitais e assalariam os médicos; "group model", onde grupos médicos são contratados pelas H.M.O. e "Individual Practice Association", onde as H.M.O. contratam médicos individualmente para que atendam os pacientes em seus consultórios (13).

No caso do Brasil, o segmento das instituições contratadas/ conveniadas com empresas de medicina de grupo ou cooperativas médicas representa uma forma de mercado onde as empresas pagam um determinado valor por empregado ou dependente segurado, tendo direito a determinadas modalidades de assistência médica ou odontológica.

Na verdade, as empresas de medicina de grupo (congregadas na Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo - ABRAMGE - ou no Sindicato Nacional de empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE) e as cooperativas médicas

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

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

a) Pré-pagamento - A empresa e/ou sindicato acerta os valores percapita por empregado ou beneficiário, de acordo com a natureza dos planos de saúde adotados, pagando antecipadamente (em carater mensal) uma quantia fixada em função de cálculos probabilísticos e atuariais de adoecer, levando em conta o conjunto de funcionários de cada empresa e suas características (perfil etário dos empregados e dependentes, ramo de atividade, etc.), bem como a natureza do plano de saúde acordado. Em geral, tais planos apresentam períodos de carência para a utilização de determinados serviços. Os custos podem ser pagos integralmente pela empresa ou rateados entre a empresa e o funcionário. Neste caso, é opcional, para o empregado, a adesão ao plano de saúde;

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

Segundo entrevista dada pelo jornalista Domingos de Lucca Jr., presidente do SINANGE á revista VISAO de 15/03/89, "o apoio do empresariado tem sido decisivo para o desenvolvimento da medicina de grupo". Ele afirma ainda que existem mais de 1000 empresas que tem convênio com grupos médicos, injetando no sistema, em 1987, o equivalente a US$ 1 bilhão, segundo ele, "um dinheiro que o INAMPS deixou de gastar" (14). Uma outra queixa do setor é que a impossibilidade das empresas deduzirem seus gastos com a saúde de seus funcionários do imposto de renda, tem inibido um crescimento ainda maior do setor.

Os setores cobertos pelas empresas de medicina de grupo, envolvem desde consultas até serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações, partos e até mesmo cirurgias e procedimentos de alto custo. Não existem informações sobre o quanto tais empresas, em média, gastam com procedimentos de maior complexidade. Existe, no entanto, a consciência, por parte de entidades como a ABRANGE, da necessidade de realizar estudos mais detalhados sobre custos do sistema de medicina de grupo, tendo em vista um maior controle, maior eficiência e eficácia do sistema. Sendo assim, a ABRANGE pretende desenvolver, ainda em 1989, uma pesquisa destinada a detalhar alguns desses aspectos.

Segundo informações fornecidas pelo Dr. Flávio Heleno Poppe de figueiredo, diretor presidente da SEMIC, um dos maiores grupos médicos do Rio de Janeiro, e presidente da ABRANGE regional do Rio de Janeiro, o número médio de consultas por segurado das empresas de medicina de grupo situou-se em 4,22 em 1987 e 3,94 em 1988. Estes valores superaram entre 2 e 3 vezes o encontrado nos serviços próprios e contratados a cargo do INAMPS.

Das consultas realizadas no ano de 1988, em média, 42,33% levaram a realização de exames de laboratório e 7,59% à utilização de serviços de radiologia. Quanto às internações, a tabela 1.10 mostra a distribuição percentual por tipo de especialidade médica no ano de 1988. Observa-se que 43% das internações ocorreram em função de cirurgia; 29% na especialidade "clínica médica"; 23% em obstetrícia e apenas 5% em pediatria.

De qualquer forma, é grande a diversidade das empresas de medicina de grupo, no que diz respeito aos planos de saúde existentes, à capacidade instalada, à forma de funcionamento e ao número e à natureza dos segurados. O quadro II descreve a situação existente em quatro empresas de medicina de grupo, segundo algumas de suas características.

Para exemplificar, vamos analisar os planos oferecidos por duas empresas: a SEMIC e a H.O.S.P.I.T.A.L. A SEMIC trabalha com duas modalidades de Plano: o Plano Empresa e o Plano Individual. O Plano Empresa é oferecido em três categorias: Básico, onde o custo em janeiro de 1989 Ncz 23,46 mensais; Executivo, cujo custo aumentava para NCz 54,89 mensais (incluindo internação em quarto particular e consultas vinculadas a uma rede de médicos credenciados) e Superior, que custava mensalmente NCz 283,32, e fornecia ao segurado a possibilidade de escolher livremente médicos e hospitais. Embora as modalidades não sejam necessariamente as mesmas, os Planos de Empresa da H.O.S.P.I.T.A.L. são mais baratos. O básico custava NCz 18,82; o o executivo NCz 56,33 e o Superior NCz 94,28 no mesmo período de referência.

Com relação aos programas vinculados às cooperativas médicas (UNIMED), vale destacar que, embora mantenham as mesmas características da medicina de grupo (pré-pagamento e co-gestão dos serviços em conjunto com as empresas), eles se diferenciam pela sua característica cooperativista. Como afirmou o Presidente da Confederação das UNIMEDS, Edmundo Castilho;

> "Na UNIMED, ninguém é patrão. Os cooperados atendem aos clientes da forma que preferirem, marcando hora ou não. Não há salários. No final do mês são pagas as despesas e é feito o rateio entre os cooperados, sem o objetivo de lucro" (15).

QUADRO II

ALGUMAS CARACTERISTICAS DE DEZ EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

(CONTINUAÇÃO)

NOME OU RAZAO SOCIAL E ANO DE CRIACAO	NUMERO E NATUREZA DOS ASSOCIADOS	TIPOS DE PLANO	REDE PROPRIA	CARENCIAS P/USO DOS SERVICOS
6. MEDIAL SAUDE	?	4 PLANOS (Executivo, Master, Luxo e Livre Escolha Total	SIM 3 HOSPITAIS Diversos Centros Medicos Laboratorios Clinicas e Centros Radiologicos, etc	?
7. AMESP (ASS. MEDICA DE SAO PAULO(1959)	120 mil titulares e suas familias Empresas e Familias	diversos	SIM 2 Hospitais Proprios 75 Hosp. Credenciados na Grande SP	Habituais
8. HELP ASS. MEDICA SOC. CIVIL LTDA. (1974)	Empresas e Familias	3 PLANOS: Ambulatorial, Standard e Executi-	?	?
9. UNICOR (1988)	Indivíuos	Todas as especialidades (inclusive UTI no ar - opcional)	SIM (UNICOR)	?
10. GOLDEN CROSS (tambem e seguro-saude)	Empresas e Individuos	Varios Planos (alguns c/cobertura de despesas medicas no exterior) Ex: Plano PAI (Ass. Integral) (18 anos paga US$ 14,80 e >60 anos, US$95,63	SIM	Convencionais

QUADRO II

ALGUMAS CARACTERISTICAS DE DEZ EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

NOME OU RAZAO SOCIAL E ANO DE CRIACAO	NUMERO E NATUREZA DOS ASSOCIADOS	TIPOS DE PLANO	REDE PROPRIA	CARENCIAS P/USO DOS SERVICOS
1. INTERCLINICAS (1966)	Empresas e Particulares	Variam conforme o numero de dependentes	Sim (Hospital Evaldo Foz - Brooklin -SP	pronto socorro - imediato; consultas particulares e de emergencia - 90 dias cirurgias programadas (cesarianas) - 300 dias cirurgias cardiacas e transplantes - 500 dias
2. AMICO	700 mil associados basicamente empresas	Standard e Especial (em ambos, livre escolha do medico para consultas)	Sim, embora a maior rede seja conveniada	Nao ha carencias. Basta o empregado assinar a carteira de trabalho da empresa contratante.
3. INTERMEDICA SAO CAMILOS (1969)	310 mil associados Empresas e Particulares	Planos Convencionais e Livre Escolha (novo) Cobre doencas mentais c/o pagamento de taxas adicionais	Sim	Planos Convencionais - Carencias Usuais
4. AMIL - ASS. MEDICA INTERNACIONAL LTDA (1979)	Convenios Individuais e de Empresas Cobertura em 42 especialidades medicas e central de urgencias	4 planos de internacao hospitalar plano para cob. de consultas e exames Plano Quality 1 e 2 para pagamento da hotelaria hospitalar e honorarios dos medicos acima da tabela AMB	Hospital nao Ambulat. sim	90 dias para consultas 30 dias para acidentes pessoais 180 dias para internacao em clinicas e cirurgias pediatricas 450 dias para cirugias de grande risco e oncologias.
5. COMEPA -S.A (1962)	25 mil pessoas Basicamente empresas mas tem 1 plano para familias	5 PLANOS Especial, Livre Escolha, Executivo, Odontologico Global e Odontologico ESpecial	?	?

(CONTINUA)

Segundo informações do Dr. Castilho, a UNIMED, criada em 1967, congrega hoje 150 cooperativas pelo pais, atendendo 3,5 milhões de pessoas e reunindo cerca de 25% dos médicos existentes no pais. Dada suas finalidades não lucrativas, o Dr. Castilho sugere ainda, em sua entrevista, que o SUDS utilize ou contrate os serviços da UNIMED nas regiões mais desprovidas de serviços de saúde.

Apesar das poucas informações disponiveis, pode-se dizer que a medicina de grupo e as cooperativas médicas constituem, provavelmente, as principais formas de fornecimento de serviços de saúde á população no universo das relações capital x trabalho.

1.4.4 - Planos de Administração

Os Planos ou Programas de Administração caracterizam-se pelo fato das empresas contratarem uma terceira instituição, a qual fica responsável pelos programas assistenciais de seus segurados e dependentes. Neste caso, a empresa, ao adotar esta fórmula, "paga a terceiros o custo dos serviços médicos prestados a seus empregados, mais uma taxa de administração" (16).

Os Planos de Administração, segundo as informações da TTFC (17), representam uma infima parcela dos planos de saúde das empresas (1,2%) e movimentam recursos igualmente pequenos (1,4% do total do mercado privado, segundo a tabela 1.9).

Segundo informações colhidas, empresas como a Gessy Lever, Brhama (ao nivel do setor privado) e outras, preferem utilizar esta modalidade. De qualquer forma, as informações relacionadas a esta modalidade são escassas e dificeis de recolher.

1.4.5 - Convênios INAMPS-EMPRESA

Os convênios INAMPS/EMPRESA constituem modalidades de conveniamento celebradas entre o INANPS e a empresa para prestar serviços médicos a seus funcionários, diretamente ou através da contratação de serviços de terceiros (medicina de grupo ou outros). O convênio pode ser ambulatorial e/ou hospitalar, apenas para funcionários, ou abrangendo dependentes. O INAMPS repassa á empresa, subsidios per capita, calculados pelo tipo de serviço conveniado. No caso da prestação de serviços ser feita por terceiros, estes cobram também per capita, uma valor maior,

coberto pela empresa conveniente. Como foi visto na parte 1.3 deste capitulo, esta modalidade está em franco declinio, sendo desestimulada pela atual estratégia do INAMPS. Nas palavras de GONÇAVES:

> "Nos últimos anos, embora as normas que regulamentam o convênio-empresa não tenham sido revogadas, a Previdência deixou de celebrar compromissos dessa natureza. Por parte das empresas, reduziu-se o interesse pela iniciativa, de um lado, porque o retorno que o INAMPS oferecia passou a ser irrelevante, mas porque, de outro lado, as restrições que o convênio envolve, principalmente a gratuidade, passaram a representar dificuldades consideráveis na implementação de um esquema assistencial alternativo" (18).

Isto explica, em parte, porque os recursos que o INAMPS gastou com os convênios-empresa cairam 86,6% entre 1981 e 1987, em termos reais, passando de US$ 113,5 para US$ 15,2 milhões ao longo desse periodo.

1.4.6 - Planos de Seguro-Saúde

No âmbito das empresas, o último segmento a ser analisado é o mercado de "seguro saúde", ainda pouco difundido no Brasil. As informações constantes na tabela 1.9 mostram que o seguro saúde, em termos globais (familias e empresas) responde por 800 mil pessoas, com um faturamento estimado de US$ 75 milhões.

A pouca difusão destes programas deve-se, em primeira instância ao seu custo mais elevado, o que justifica sua utilização mais ampla nos niveis gerenciais das empresas. A forma de pagamento, na qual o funcionário paga previamente as despesas assistenciais para ser reembolsado posteriormente, também impede seu uso generalizado, dado que poucos empregados detém nivel de renda para um desembolso prévio.

Outra desvantagem do "seguro-saúde" consiste nos tetos de pagamento. Se uma determinada internação custou Cz 30.000,00 e o seguro só cobre Cz 20.000,00, o segurado terá que pagar, do seu próprio bolso a complementação de Cz 10.000,00. Muitos dos planos de seguro saúde são, ainda restritos a poucas modalidades assistenciais.

As Companhias que fazem seguro-saúde no Brasil são três: Golden Cross, Saúde Bradesco (pertencente ao grupo BRADESCO) e Hospitaú (pertencente ao grupo ITAÚ). As duas últimas operam no interior de dois grandes conglomerados financeiros do Brasil, enquanto a Golden Cross opera, também, no mercado de medicina de grupo.

Segundo reportagem já citada da Revista Visão, de 15/03/89:

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

1.5 - O SEGMENTO MÉDICO ASSISTENCIAL DAS FAMÍLIAS

Não existem informações suficientes para uma maior categorização dos mercados privados de serviços de saúde voltados para o consumo das famílias de forma independente das empresas ou do Estado. Para efeitos de classificação, podemos destacar três formas de mercado desta natureza:

a) O Mercado de Desembolso Direto - É representado pelos gastos diretos das famílias com serviços de saúde, de forma independente dos planos de saúde ou do seguro-saúde. Este mercado, supõe-se ser relativamente grande, em termos de movimentação de recursos no Brasil. Se tomarmos como exemplo o que as famílias declaram no Imposto de Renda da Pessoa Física com gastos de saúde, para efeitos de abatimento do imposto devido, podemos chegar a valores surpreendentes. A tabela 1.11 mostra que, apesar destes valores terem sido decrescentes ao longo da conjuntura 1979-1984, em função da forte crise econômica atravessada pelo país, os gastos com saúde na modalidade de desembolso direto declarados pelas famílias atingiram, em 1984, US$ 617,2 milhões, o que equivalia a 18,1% do gasto federal em saúde, ou ainda 22,6% dos gastos do INAMPS em 1984. Acredita-se

que a partir de 1985 tais valores tenham crescido com a recuperação da economia ao longo dos anos 1985 e 1986.

Note-se que nestes valores está incluída apenas a modalidade desembolso direto, dado que somente a partir de 1988 os Planos de Saúde (das famílias e das empresas, no que diz respeito a parte paga pelo segurado) passaram a ser passíveis de dedução no imposto de renda da pessoa física (IRPF). Ao mesmo tempo, não estão computados os gastos com saúde das famílias de mais baixa renda que, por não atingirem o teto para desconto do Imposto de Renda, não declaram nem seus rendimentos e nem seus gastos.

b) O Mercado de Medicina de Grupo ou Cooperativas Médicas - Este é sem vias de dúvida um mercado em expansão. No entanto, não existem meios no momento de identificar, no interior dos Grupos Médicos ou das Cooperativas Médicas, a parcela de serviços e o percentual das receitas e despesas vinculadas aos gastos com programas de saúde voltados para as famílias. Nesse sentido, quando se observa a cobertura e o faturamento estimado da "medicina de grupo" e das "cooperativas médicas", conforme exposto na tabela 1.9, estão incluídos não somente os dados relativos aos Planos de Empresa, mas também aos Planos de Família.

Vale comentar, no entanto, que um Plano Individual ou de Família de seguro saúde, costuma ser mais barato do que o das empresas nas modalidades básicas e mais caro nas modalidades especiais, como as que incluem livre-escolha, por exemplo.

c) O Mercado de Seguro-Saúde - Em geral as observações feitas no item anterior são válidas para a análise das instituições de seguro-saúde.

1.6 - O SEGMENTO BENEFICIENTE E FILANTRÓPICO

Este segmento pode ser aberto em tres grandes blocos:

a) Os Mercados de Clientela Fechada - Que só atendem determinados grupos populacionais que se associavam a estabelecimentos ou irmandades religiosas. Grande parte dos estabelecimentos filantrópicos vinculados a Igreja operavam sob essa forma até pouco tempo. Hoje em dia ocorre um crescente processo de diversificação das modalidades assistenciais, de forma que torna-se difícil a existência de hospitais que funcionam unicamente no sistema de clientela fechada.

b) Os mercados de clientela aberta parcial - Este sub-segmento é constituido por estabelecimentos que atendem populações universais, porém voltadas para determinados tipos de clientela especializada, como é o caso de tuberculosos, portadores de hanseníse, doentes mentais, etc. Em geral costumam prestar serviços gratuitamente e suas fontes de financiamento provém da caridade pública ou de empresas especificas que utilizam tais estabelecimentos para efeitos de obeter abatimentos no IRPJ;

c) Os Mercados de Clientela Aberta Universal são aqueles que, em situação similar com o caso anterior, ou de forma combinada com a modalidade a, destina parte de sua capacidade instalada a atender gratuitamente ou apenas mediante ressarcimento de custos, uma clientela universal.

Vale destacar que, além da pouca informação disponivel sobre essas modalidades de mercado, o setor beneficiente e filantrópico em saúde tem passado por um progressivo processo de transformação e sinserção em múltiplas modalidades de atenção médica pública e privada.

NOTAS

(1) - Ver MEDICI, A.C., "Observaciones sobre El Financiamiento del Sistema de Salud Argentino". Ed. IEI/UFRJ, Série "Textos para Discussão" No. 161, Rio de Janeiro (RJ), maio de 1988., 33p.

(2) - Termo utilizado por CAMPOS, Alberto Correia de, em coletânea intitulada "A Combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, Estigmas e Ineficiências", Ed. Escola Nacional de Saúde Pública, Coleção "Obras Avulsas No. 5 (OA5), Lisboa, 1a. ed. julho de 1987.

(3) - CAMPOS, A.C., op. cit. p.8

(4) - Neste particular, destacam-se os estudos que vem sendo elaborados por KATZ, J. E MUÑOZ, R. no escritório da CEPAL na Argentina.

(5) - CAMPOS, A.C., op. cit. p. 11

(6) - Informações colhidas de BRAGA, J.C. e GOES DE PAULA, S., "Saúde e Previdência: Estudos de Política Social", Ed.

CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981 e da coleção de números da Revista "Previdência em Dados" da DATAPREV.

(7) - Embora os dados gerais dos balanços do SINPAS não tenham sido fechados, as estimativas preliminares indicam que os gastos do INAMPS em 1988 alcançaram 39% das despesas do SINPAS.

(8) - Dados da série histórica da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, de 1980 e 1984.

(9) - Ver "Iniciativa Privada Salva a Pátria" in Revista Visão, ANO XXXVIII, No. 11, 15/03/89

(10) - REDORAT, Cid Santaella, "Auto Programa - A Melhor Alternativa", São Paulo, 20.04.88, mimeo.

(11) - Informação colhida em entrevista do Dr. Cid Santaella Redorat, presidente da ABRASPE, ao autor deste trabalho, no dia 10 de março de 1989.

(12) - O valor do gasto federal anual percapita com saúde foi obtido da seguinte forma: o gasto federal consolidado com saúde para 1987 (Cz 269.940.102.200,00), a preços de 1987, foi obtido do trabalho de VIANNA, S.M. et alii, "A Conta Social Revisitada: 1980-1987", mimeo., dez. de 1988. Dividiu-se esse valor pela população estimada para 1/07/87 (139.466.487), obtida por interpolação geométrica das projeções de população para os anos 1985 e 1990, na hipótese de de declinio médio da fecundidade, obtida no trabalho de NEUPERT, R. F., "Nova Projeção da População Brasileira: Hipóteses Baseadas em Informações Recentes" in WONG, L.R., HAKKERT, R. e LIMA, R.A. (org.)"Futuro da População Brasileira: Projeções, Previsões e Técnicas", Ed. ABEP, nov. de 1987. O valor encontrado foi convertido a taxa de câmbio oficial média de 1987 (Cz 39,30 por dolar).

(13) - BILLET, Thomas C., "Cost-Effective Alternatives to Traditional Health Care Programs" in "Business Age", USA, march 1989.

(14) - Ver citação da nota de rodapé No. 9.

(15) - Idem,. ibidem.

(16) - Idem, ibidem.

(17) - Trata-se da Empresa de Consultoria Towars, Terrin, Forster & Crosby Ltda., citada na tabela 1.9.

(18) - GONÇALVES, E.L., "A Empresa e a Saúde do Trabalhador", Ed. da USP/ Ed. Pioneira, SP, 1988.

ANEXO ESTATISTICO DA PARTE 1

TABELA 1.1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDDICA DO INAMPS POR TIPO DE PRESTADOR

BRASIL: 1981-1987

TIPO DE PRESTADOR DE SERVICOS	ANOS DE REFERENCIA						
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sindicatos	2,8	2,0	1,7	1,2	1,2	1,0	0,8
Empresas	3,4	3,2	2,0	1,1	0,9	0,4	0,3
Entidades Filantropicas	3,7	4,0	3,6	2,4	2,7	1,7	4,3
Governo (*)	5,7	6,0	5,2	5,4	9,8	12,3	30,4
Universidades	2,5	3,2	3,7	3,1	5,7	5,0	4,9
Unidades Proprias	20,5	20,5	22,8	21,4	29,9	31,8	18,8
Setor Privado Contratado	61,4	61,2	60,9	65,5	49,8	47,7	40,5

FONTE: INAMPS-SP/DIS - Dados elaborados por Pedro Luiz Barros Silva

(*) - Transferências para programas de assistência médica mantidos por outros órgãos da União, Estados e Municipios. Estão incluidos os recursos repassados para as AIS e mais recentemente para o SUDS.

TABELA 1.2

EVOLUÇÃO DA DESPESA INAMPS COM CONTRATOS E CONVENIOS COM A REDE PRIVADA DE SAUDE

BRASIL: 1981-1987

Em US$ milhões de 1986

ANOS	GASTOS DO INAMPS (1)	GASTO TOTAL C/O SETOR PRIVADO (2)	GASTOS COM COMPONENTES DO SETOR PRIVADO				(1)/(2)
			SINDICATOS	EMPRESAS	FILANTR.	LUCRATIVO	(%)
1981	3.337,5	2.379,6	93,4	113,5	123,5	2.049,2	71,3
1982	3.406,9	2.398,4	68,1	109,0	136,3	2.085,0	70,4
1983	2.740,1	1.868,9	46,6	54,8	98,6	1.668,9	68,2
1984	2.919,3	2.049,3	35,0	32,1	70,1	1.912,1	70,2
1985	3.217,8	1.755,7	37,5	29,0	86,9	1.602,3	54,6
1986	3.413,1	1.733,8	34,1	13,7	58,0	1.628,0	50,8
1987	5.077,2	2.330,4	40,6	15,2	218,3	2.056,3	45,9

FONTE: INAMPS-SP/DIS

TABELA 1.3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GASTOS
DO INAMPS COM A REDE PRIVADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
BRASIL: 1981-1987

ANOS	TOTAL	SINDICATOS	EMPRESAS	FILANTR.	LUCRATIV.
1981	100,0	3,9	4,8	5,2	86,1
1982	100,0	2,8	4,5	5,7	87,0
1983	100,0	2,5	2,9	5,3	89,3
1984	100,0	1,7	1,6	3,4	93,3
1985	100,0	2,1	1,7	4,9	91,3
1986	100,0	2,0	0,8	3,3	93,9
1987	100,0	1,7	0,7	9,4	88,2

FONTE: INAMPS-SP/DIS

TABELA 1.4

EVOLUÇÃO DA DESPESA INAMPS
COM CONTRATOS E CONVÊNIOS COM A REDE PRIVADA DE SAÚDE
BRASIL: 1981-1987

ÍNDICE: 1981=100

ANOS	GASTOS DO INAMPS (1)	GASTO TOTAL C/O SETOR PRIVADO (2)	GASTOS COM COMPONENTES DO SETOR PRIVADO			
			SINDICATOS	EMPRESAS	FILANTR.	LUCRATIVO
1981	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1982	102,1	100,8	72,9	96,0	110,4	101,7
1983	82,1	78,5	49,9	48,3	79,8	81,4
1984	87,5	86,1	37,5	28,3	56,8	93,3
1985	96,4	73,8	40,1	25,5	70,4	78,2
1986	102,3	72,9	36,5	12,1	47,0	79,4
1987	152,1	97,9	43,5	13,4	176,8	100,3

FONTE: INAMPS-SP/DIS

TABELA 1.5
DISTRIBUIÇÃO MEDIA DOS GASTOS
COM SERVIÇOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS
DAS EMPRESAS FILIADAS A ABRASP - 1987

NATUREZA DO GASTO	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0
INTERNACAO HOSPITALAR	45,0 A 50,0
CONSULTAS AMBULATORIAIS	25,0
S.A.D.T (*)	25,0 A 30,0

FONTE: Entrevista ao Presidente da ABRASPE em 10.03.89
(*) - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapeutica fora do âmbito hospitalar.

TABELA 1.6
DISTRIBUIÇÃO MEDIA DOS GASTOS HOSPITALARES
DAS EMPRESAS FILIADAS A ABRASP -1987

NATUREZA DO GASTO	DISTRIB. PERCENTUAL
TOTAL	100,0
PAGAMENTOS AO HOSPITAL	60,0
PAGAMENTOS A PROFISSIONAIS	40,0
PAGAMENTOS AO HOSPITAL	100,0
DIARIAS E HOTELARIA	40,0
MATERIAL E MEDICAMENTOS	30,0
S.A.D.T. HOSPITALAR	20,0
TAXAS DIVERSAS	10,0
PAGAMENTOS A PROFISSIONAIS	100,0
PEDIATRIA	7,0
ANESTESIA	18,0
CIRURGIA	35,0
GINECOLOGIA/ OBSTETRICIA	20,0
CLINICA MEDICA	20,0

FONTE: Entrevista ao Presidente da ABRASPE em 10.03.89.

TABELA 1.7

VARIAÇÃO MEDIA DO CUSTO ANUAL PERCAPITA COM SAUDE
DOS USUARIOS DE SERVIÇOS DAS EMPRESAS FILIADAS A ABRASPE
POR RAMO DE ATIVIDADE E NATUREZA JURIDICA DA EMPRESA - 1987/88
(EM US$)

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

FONTE: ANEXO 1.2

TABELA 1.8
EVOLUÇÃO DO NUMERO DE EMPRESAS ASSOCIADAS A ABRASPE

ANOS	EMPRESAS ASSOCIADAS	TAXAS DE CRESCIMENTO (*)
1983	18	-
1985	25	17,9%
1987	50	41,4%
1988	99	98,0%

FONTE: Entrevista ao Presidente da ABRASP em 10.03.89
(*) - Taxas Geométricas de Crescimento Anual relativas ao periodo entre a informação da linha considerada e a da linha anterior. Ex: 1985 (periodo 83/85); 1987 (periodo 85/87) e 1988 (periodo 87/88).

TABELA 1.9

DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DOS SERVIÇOS MEDICO-ASSISTENCIAIS PRIVADOS

BRASIL 1987

TIPO DE SISTEMA	POPULACAO COBERTA (EM MIL HABITANTES)		FATURAMENTO ESTIMADO (EM US$ MILHOES)	
	ABSOLUTO	DIST. %	ABSOLUTO	DIST. %
TOTAL	24.400,0	100,0	1.850,0	100,0
MEDICINA DE GRUPO	15.000,0	61,5	1.000,0	54,1
COOPERATIVA MEDICA	3.500,0	14,3	350,0	18,9
AUTO-GESTAO	4.800,0	19,7	400,0	21,6
PLANOS DE ADMINISTR.	300,0	1,2	25,0	1,4
SEGURO SAUDE	800,0	3,3	75,0	4,0

FONTE: Pesquisa realizada pela Empresa Towers, Perrin, Foster & Crosby Ltda. em 1987.

TABELA 1.10

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES DAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL POR TIPO DE ESPECIALIDADE

1988

ESPECIALIDADE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0
Clinica Medica	29,0
Cirurgia	43,0
Obstetricia	23,0
Pediatria	5,0

FONTE: Informações Prestadas pelo Dr. Flavio Heleno Poppe Figueiredo.

TABELA 1.11

GASTOS COM SAUDE DAS FAMILIAS

NAS DECLARAÇÕES DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FISICA

BRASIL: 1979-1984

(EM US$ MILHOES DE 1986)

ANOS	GASTOS COM SAUDE DAS FAMILIAS	% SOBRE O GASTO FEDERAL COM SAUDE	% SOBRE O GASTO DO INAMPS
1979	1.125,4	29,0	35,1
1980	932,9	24,2	28,6
1981	757,0	18,0	25,1
1982	835,5	18,2	27,2
1983	733,8	22,7	28,6
1984	617,2	18,1	22,6

FONTE: MINISTERIO DA FAZENDA/Centro de Informações Econômico-Fiscais

PARTE 2

ANATOMIA DA REDE PRIVADA DE SERVIÇOS NO BRASIL
Capacidade Instalada, Produção de Serviços, Recursos Humanos

2.1 - INTRODUCAO

A rede privada de serviços de saúde é o sustentáculo material do mercado de serviços descrito e analisado na primeira parte deste trabalho. Nela funcionam distintos tipos de estabelecimentos de saúde responsáveis pela prestaçao geral dos serviços médicos e sanitários. Sua natureza jurídica é determinada pelas seguintes caracteristicas:

a) São propriedade de entidades não-governamentais, independentemente de serem ou não mantidos por fundos públicos;

b) Podem ter sua constituição voltada ou não para fins lucrativos;

c) Cada estabelecimento pode atuar combinadamente em distintos segmentos de mercado;

Os estabelecimentos de saúde podem ser classificados de acordo com o tipo de atenção que prestam à população ou a determinados segmentos de mercado. Os estabelecimentos ambulatoriais são aqueles que não dispõe de unidades de internação hospitalar. Destinam-se a cuidados mais elementares como a realização de consultas, exames complementares, atividades de vacinação, vigilância e educação sanitária e outras mais que não necessitem manter o paciente no estabelecimento (mesmo que em observação) por prazos superiores a um dia. Eles também podem ser chamados de estabelecimentos sem internação. Podem ser enquadrados nesta categoria, estabelecimentos como postos de saúde, centros de saúde, clinicas ou postos de assistência médica.

Já os estabelecimentos hospitalares ou com internação são aqueles que detèm leitos para manutenção de pacientes por tempo de permanência superior a um dia, bem como instalações adequadas para tal. Tais estabelecimentos não são homogêneos, podendo ser gerais (quando detèm as quatro especialidades básicas: pediatria, ginecologia-obstetricia, clinica médica e cirurgia) ou especializados. São considerados estabelecimentos com internação os pronto-socorros, unidades mistas e hospitais.

2.2 - REDE PUBLICA x REDE PRIVADA

A análise conjunta da evolução recente (1976-1985) das redes pública e privada de estabelecimentos de saúde evidencia as seguintes tendências:

a) A rede privada tem sido responsável pela maior parte dos estabelecimentos hospitalares do país. Em 1976, 81,9% das unidades com internação eram particulares (tabela 1.1). Tal participação tem sido declinante ao longo do tempo. Em 1985 o setor privado reduziu sua participação para 78% do número de estabelecimentos de carater hospitalar. Isto mostra que o setor público tem tido maior dinamismo no investimento destinado a criação de novas unidades hospitalares.

Por outro lado, o setor privado sofreu uma conjuntura desfavorável provocada pela crise dos anos oitenta e seus efeitos sobre o poder de compra dos assalariados, favorecendo a uma queda de consumo autônomo de serviços de saúde, por parte das familias, A redução progressiva do patamar de compra de serviços do segmento hospitalar privado pelo INAMPS, em função de estratégias racionalizadoras (desde o CONASP) e de uma deliberada politica de ambulatorização da atenção médica também contribuiu para a redução do crescimento deste segmento.

Todos estes fatores fizeram com que as taxas de crescimento do setor hospitalar privado fossem muito inferiores as verificadas no setor público. Uma análise mais detalhada pode ser feita em três conjunturas da economia brasileira: uma de crescimento (1976-1979), outra de crise (1979-1984) (1) e uma terceira que se inaugura em 1985, com o advento da "Nova República". Nas duas primeiras conjunturas, a taxa de crescimento do setor público é superior a do setor privado. No entanto, na passagem da primeira para a segunda conjuntura, a taxa de crescimento do setor público cai ligeiramente enquanto que a do setor privado tem uma redução superior a 50% (ver tabela 1.6 e gráfico I.6). Já em 1985, ambos os setores apresentam-se em queda (2), embora tal efeito seja mais acentuado no setor público do que no privado.

b) Inversamente ao verificado na rede hospitalar, a grande maioria dos estabelecimentos da rede ambulatorial pertencem ao setor público. As tabelas 1 e 1.1 revelam que em 1976 quase 3/4 dos estabelecimentos ambulatoriais do pais eram públicos. No entanto, entre 1976 e 1979 verifica-se um crescimento do setor privado bastante superior ao encontrado no setor público (19,7% contra 9,3% ao ano), certamente associado a pequenos investimentos, a transformação de antigos consultórios individuais em clínicas ou ainda a difusão de tecnologias que permitissem novos mercados a partir de uma especialização de técnicas de diagnóstico e terapêutica, em conjunto com o crescimento de um mercado consumidor centrado nas camadas médias da população.

Entre 1979 e 1984, as politicas de ambulatorização postas em marcha pelo setor público, através de programas como o PIASS e da expansão da rede de postos de assistencia médica do INAMPS refletiram-se no crescimento da rede ambulatorial pública

em patamares superiores aos verificados na rede privada, a qual teve na depressão do mercado consumidor fortes desestimulos a manutenção de taxas de crescimento superiores as verificadas no periodo anterior. Assim, os estabelecimentos ambulatoriais privados crescem a 2,3% ao ano contra os 19,7% encontrados no setor público (tabelas 1, 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6 e gráfico 1.7).

Em 1985, mudanças na abrangência de investigação da AMS do IBGE, incorporam novas unidades que passam a prejudicar a comparabilidade com a série 1976-1984 da pesquisa.

De qualquer forma, vale destacar que a rede privada de serviços de saúde respondia em 1985 por 78% dos estabelecimentos de saúde de natureza hospitalar e por 30% dos estabelecimentos de natureza ambulatorial. Os gráficos I.8 e I.9 ilustram essa afirmação.

2.3 - A COMPARAÇÃO "REDE PÚBLICA x REDE PRIVADA" AO NIVEL REGIONAL

Embora os dados de 1978 e 1985 indiquem que tanto a rede pública quanto a privada vem passando por um progressivo processo de desconcentração regional do número de estabelecimentos, é evidente, ao observar as tabelas 1.10 e 1.11, que o setor público, tanto hospitalar quanto ambulatorial, apresenta uma distribuição menos concentrada (em relação à população) do que o setor privado.

Utilizando duas regiões como referência; o Nordeste e o Sudeste, verifica-se que:

a) O Nordeste em 1985 absorvia 28,9% da população; 52,6% dos estabelecimentos hospitalares públicos e apenas 21,2% dos estabelecimentos hospitalares privados. Quanto aos estabelecimentos ambulatoriais, 37,4% dos públicos encontravam-se nessa Região, contra 21,8% dos privados;

b) O Sudeste, naquele mesmo ano, absorvia 43,7% da população, 21,9% dos estabelecimentos hospitalares públicos e 39,2% dos privados. Quanto aos estabelecimentos ambulatoriais, 33,5% dos públicos e 50,5% dos privados encontravam-se na Região.

Sem fazer nenhum juizo a respeito das reais necessidades de saúde, o que pode se dizer é que o setor privado, tanto em termos absolutos quanto relativos é muito mais expressivo em regiões como o Sudeste e o Sul, onde o poder aquisistivo da população é maior e os mercados privados estão constituidos historicamente, desde épocas mais remotas.

No entanto, em 1985 o setor privado representava 59%

dos estabelecimentos hospitalares da Região Norte; 59% no Nordeste; 86% no Sudeste; 91% no Sul e 89% na Região Centro-Oeste. Isto mostra que a combinação pùblico-privada no Brasil deve ser programada a partir de distintas formas e estratègias de articulação dos serviços de saùde, principalmente os de natureza hospitalar, ao nivel regional. Um modelo ùnico e homogêneo de regionalização è incapaz, por si sò, de dar conta da diversidade institucional da rede de saùde no Brasil.

2.4 - NATUREZA JURIDICA DA REDE PRIVADA DE SERVICOS DE SAUDE NO BRASIL

Os estabelecimentos privados de saùde costumam ser classificados, no Brasil, em cinco modalidades bàsicas segundo sua natureza juridica:

a) - Com fins Lucrativos

b) - Beneficientes

c) - Filantròpicos

d) - Pertencencentes a Fundações

e) - Pertencentes a Sindicatos

Em 1985, a maior parcela (43,3%) dos estabelecimentos privados de saùde dè natureza ambulatorial pertenciam a sindicatos. Seguiam-se os estabelecimentos "com fins lucrativos" (39,2%) que, somados aos existentes na categoria anterior representavam 82,5% do total de estabelecimentos privados ambulatoriais do pais. As demais categoriais eram residuais na repartição destes estabelecimentos no interior do setor privado (ver gràfico I.13).

Portanto, pode-se dizer que as categorias sindicais detèm boa parte do setor privado ambulatorial de saùde no Brasil. E verdade que pouco se conhece sobre a natureza e a sistemàtica de oferta de serviços destes estabelecimentos ligados a sindicatos, sendo necessària uma pesquisa de campo para melhor conhecimento de suas principais caracteristicas.

Quanto aos estabelecimentos privados de natureza hospitalar (ver gràfico I.15), a grande maioria (quase 60%) è de caràter lucrativo. Trata-se de estabelecimentos que foram em boa parte construidos ao longo dos anos setenta, alguns com financiamento seletivo do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Os hospitais filantròpicos constituem a segunda categoria de maior representatividade no universo dos estabelecimentos com internação, na medida em que representam 27,5% do total de estabelecimentos desta natureza. Em geral, estes são hospitais mais antigos com capacidade instalada mèdia, em termos de números de leitos, mais elevada, sendo adminsitrados em boa parte por instituições religiosas, como è o caso das Santas Casas (3). Os outros tres segmentos são pouco representativos no universo hospitalar do setor privado.

A tabela 1.8 descreve a evolução dos estabelecimentos privados de saùde com internação hospitalar por categoria institucional. Observa-se que existe uma tendência a elevação da participação dos estabelecimentos lucrativos no mercado hospitalar, ao lado de um declinio suave da participação do seguimento filantròpico. Vale destacar, no entanto, que observa-se uma ràpida queda de participação dos chamados "estabelecimentos beneficientes", o que se deve, de um lado a crise econòmica que, ao que parece, tem afetado mais de perto este segmento dada sua dependência de fontes nacionais ou internacionais de financiamento para suas atividades. De outro lado muitos estabelecimentos beneficientes ao longo dos anos oitenta mudaram sua natureza juridica para "lucrativos", o que se reflete parcialmente no aumento da pròpria participação de estabelecimentos lucrativos no total de hospitais existentes no pais.

2.5 - A CONTRATACAO DO SETOR PRIVADO PELO INAMPS

Conforme mencionado anteriormente, o setor privado tem passado por um progressivo processo de desligamento do setor pùblico. Este processo não è expressivo ao ponto de dizer que o setor privado prestador de serviços de saùde è totalmente autònomo.

A tabela 1.12 revela que em 1978 67,1% dos estabelecimentos privados de saùde eram conveniados com o INAMPS. Este percentual reduziu-se para 57,8% em 1984. Embora não existam dados mais recentes, informações prestadas pelo Presidente da ABRANGE regional do Rio de Janneiro, Dr. Flàvio Heleno Poppe Figueiredo, indicam que em 1988 mais de 50% dos estabelecimentos de saùde privados não são conveniados com o INAMPS. A continua redução dos valores pagos pelo INAMPS è frequentemente apontada como uma das pricipais causas do desinteresse por convênios dessa natureza.

O processo de conveniamento com o INAMPS tem sido, no entanto, bastante seletivo segundo a natureza juridica dos

estabelecimentos privados. Observa-se, por exemplo, que a percentagem de estabelecimentos filantròpicos conveniados cresce de 69,3% para 72,9%. Isto porque existe uma politica seletiva de conveniamento com a rede filantròpica, por parte do INAMPS, a qual se inicia desde finais da dècada passada e atravessa os convênios de Ações Integradas de Saùde, sendo politica explicita do SUDS/INAMPS ao longo da gestão Hèsio Cordeiro.

Ja no que diz respeito aos segmentos "beneficiente" e "com fins lucrativos" observa-se um progressivo declinio do percentual de estabelecimentos conveniados, sendo que no caso dos últimos (com fins lucrativos) este percentual caiu de 67,1% para 52,8% entre 1978 e 1984, respectivamente.

2.6 - A EVOLUCAO DO NUMERO DE LEITOS DOS HOSPITAIS PRIVADOS

Em que pese o crescimento da rede hospitalar pùblica, verificada na sessão 2.2 deste capitulo, os leitos hospitalares privados tem crescido mais rapidamente do que os pùblicos. Entre 1976 e 1979 os leitos pùblicos declinaram a uma taxa geomètrica anual de -0,5%, enquanto que os privados cresciam a 4,4% ao ano. No periodo seguinte (1979 e 1984) a taxa geomètrica de crescimento dos leitos pùblicos foi de 1,5% ao ano, enquanto que a do setor privado foi de 2,1% ao ano. Em ambos os casos, o desempenho do setor privado foi muito superior ao do setor pùblico (ver tabelas 2.2 e 2.3)

Em 1985, observa-se uma redução desta tendência. O setor privado reduz em 4,0% seu número de leitos, enquanto que o setor pùblico eleva sua capacidade de internação em 7,8%. Obviamente que o ano de 1985 representa um ponto de inflexão, dado que o pais e as receitas governamentais (inclusive da Previdência Social) retornam a crescer, o que pode ter influenciado os niveis de investimento hospitalar do setor pùblico, no sentido de recuperar a capacidade ociosa da rede pùblica e, ao mesmo tempo, expandir os niveis de atendimento com a criação de nova capacidade.

Mas ao mesmo tempo, è pouco explicàvel a redução da capoacidade instalada do setor privado. E mais provàvel que os dados de 1985 estejam influenciados pela mudança do questionàrio e da sistemàtica de coleta da Pesquisa de Assistência Mèdico-Sanitària do IBGE, de 1985, que è fonte de todas estas informações.

Do ponto de vista estrutural, no entanto, a rede privada detèm, em mèdia, três quartos dos leitos de internação hospitalar do pais. Em 1978, a participação efetiva deste setor no total de leitos hospitalares era de 72,6%. Em 1985 ela evoluiu para 74,2%. (ver tabelas 2 e 2.1).

Diante destas evidências é praticamente impossivel pensar em reordenamentos do modelo de assistência médica-hospitalar pública, que passem ao largo da utilização da capacidade instalada que detém a rede privada de serviços.

A tabela 2.4 revela que, em média, os hospitais públicos são de maior porte do que os privados. No entanto, enquanto o tamanho médio dos hospitais públicos vem caindo constantemente ao longo do periodo 1976-1985 (de 124 para 94 leitos por estabelecimento), o tamanho médio dos hospitais privados aumenta ligeiramente (de 75 para 76, respectivamente).

2.7 - EVOLUCAO DO NUMERO DE LEITOS PRIVADOS SEGUNDO A NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO

O setor com fins lucrativos concentrava em 1984 53% do total de leitos privados e 40,5% do total de leitos hospitalares do pais (tabelas 2.5 e 2.6). Esta grande capacidade instalada do ramo lucrativo é o resultado de um continuo creximento anual da capacidade instalada deste setor, como demonstra a tabela 2.7.

O setor filantrópico teve um crescimento muito modesto no número de leitos hospitalares entre 1978 e 1984 (2,6% ao ano), enquanto que o setor beneficiente apresentou um decréscimo no número de leitos que dispunha no periodo (-3,1% ao ano). Assim ambos os setores apresentam quedas relativas de participação no total de leitos do pais. O filantrópico, que em 1980 chegou a deter 30% dos leitos do pais vê sua participação reduzida para 26,9% em 1984 e o setor beneficiente reduz sua participação de 8,6% para 6,3% entre 1978 e 1984 no conjunto de leitos do pais.

2.8 - A DISTRIBUICAO DOS LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS AO NIVEL REGIONAL

Quando se observa a distribuição regional dos leitos hospitalares no Brasil (tabela 2.8), tanto no setor público como no privado, verifica-se, a primeira vista que:

a) A distribuição dos leitos de ambos os setores tem sido relativamente parecida, ou seja, tanto o setor público como o privado apresentam excessiva concentração na Região Sudeste. Em 1985 essa Região concentrava 43,7% da população e detinha 54,8% dos leitos públicos e 53,8% dos leitos privados. No entanto,

os leitos publicos encontram-se melhor distribuidos que os privados em Regiões como o Norte e Nordeste, onde o poder aquisitivo da população è menor, o mercado de trabalho è menos formalizado, impossibilitando a existência de um grande número de empresas que utilizam planos de saúde próprios a partir da contratação de leitos privados. Nas Regiões Sul e Centro-Oeste, onde o poder aquisitivo è maior e o mercado de trabalho mais formalizado, a presença do setor privado è superior a do setor público. Assim, o Sul concentra 15,4% da população brasileira, 11% dos leitos públicos e 19,7% dos leitos privados. Deve-se ressaltar que, mesmo assim, a presença do setor privado è muito maior em todas as Regiões, dado que ele detèm 3/4 dos leitos de internação do pàs.

b) A tabela 2.8 indica, no entanto, que o setor privado desconcentrou-se regionalmente muito mais do que o setor público, em termos da expansão do número de leitos, entre 1978 e 1985.

Por todas estas evidências pode-se chegar a conclusão de que a capacidade de internação hospitalar do setor privado, alèm de maior, è mais adequada regionalmente do que a existente no setor público.

2.9 - EVOLUCAO DOS LEITOS PRIVADOS CONVENIADOS COM O INAMPS

A tabela 2.9 mostra que a participação dos leitos privados conveniados com o INAMPS sobre o total de leitos privados conveniados è praticamente constante entre 1978 e 1984. A taxa de conveniamento mais elevada è a encontrada no ano de 1982, quando, a partir de então, esta relação começa a declinar.

Quando se observa a taxa de leitos conveniados verifica-se que ela è bastante alta. Em 1984, 89% dos leitos privados eram conveniados com o setor público. Este percentual è mais elevado nos estabelecimentos beneficentes e filantròpicos, e ligeiramente menor nos estabelecimentos lucrativos.

Outro fato a destacar è que, entre os estabelecimentos privados, o setor lucrativo è o único a apresentar uma taxa decrescente de conveniamento, o que indica, ainda que de forma tènue, o processo crescente de autonomia do setor privado jà aludido anteriormente.

2.10 - A PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE NA REDE PRIVADA

Além de pequena, a rede privada de estabelecimentos ambulatoriais de saúde vem crescendo timidamente nos últimos anos, quando comparada ao crescimento dos ambulatórios públicos, especialmente nos anos oitenta. Mesmo assim, observa-se que o setor privado vem galgando espaços no aumento das consultas realizadas pelo sistema de saúde no país. A tabela 2.10 mostra que 43% das consultas produzidas no país em 1984 foram ofertadas pela rede privada.

Os dados da AMS, entre 1981 e 1984, indicam, ainda, que o setor privado conveniado com o INAMPS vem aumentando sua participação no total de consultas realizadas pela rede própria e contratada do referido órgão. Este aumento, apesar de tênue, é paradoxal, dado o acelerado crescimento da rede pública ambulatorial verificado nos anos oitenta. Neste particular, destaca-se que o setor privado respondia em 1984 por quase 60% de todas as consultas a cargo da rede do INAMPS.

Os dados da AMS de 1985 são suficientes para demonstrar que a produção de serviços hospitalares do setor privado é sensivelmente maior do que a do setor público. O setor privado admitiu em 1985 14,2 milhões de pacientes contra 3,0 milhões no setor público; forneceu 14,0 milhões de altas contra 3,0 milhões nos hospitais públicos. A relação paciente/dia no setor privado é pelo menos 3 vezes a existente no setor público.

Com relação a natureza das consultas, vale destacar que, apesar do número de consultas públicas ser ligeiramente maior que o de consultas particulares, existe um certo equilíbrio na distribuição de consultas como pode ser visto no quadro abaixo:

DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS SEGUNDO SUA NATUREZA
BRASIL: 1985

Em mil consultas

TIPO DE CONSULTA	SETOR PÚBLICO		SETOR PRIVADO	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
MEDICA	137.690,9	50,3	136.163,6	49,7
ODONTOLOGICA	21.058,3	43,7	27.102,6	56,3
MEDICA DE URG.	19.516,0	40,3	28.842,5	59,7
ODONTOL. DE URG.	1.056,2	43,2	1.385,6	56,8
ENFERMAGEM	14.453,9	86,2	2.308,2	13,8
ATEND. ELEMENTAR	62.595,0	90,0	6.955,4	10,0

FONTE: IBGE/AMS-85

As consultas médicas encontravam-se divididas ao meio entre setor público e privado. Já nas consultas mais especializadas, como é o caso das odontológicas, ou nos atendimentos de urgência, nota-se forte predominância do setor privado na realização de consultas. Somente nas consultas de enfermagem e nas chamadas consultas de "atendimento elementar", onde nem sempre a presença do médico é exigida, é que existe predominância do setor público. Assim, observa-se uma divisão do trabalho no atendimento ambulatorial, onde ao setor público cabem os cuidados ,mais elementares e ao setor privado os atendimentos mais especializados ou de urgência.

2.11 - O EMPREGO EM SAÚDE

As tabelas 2.13 e 2.14 demonstram que entre 1978 e 1985 fortaleceu-se uma tendência a redução da participação relativa do setor público na absorção do emprego em saúde. As análises anteriores mostram, no entanto, que esse aumento do emprego no setor público está longe de refletir um aumento de produtividade ou simplesmente da produção de serviços.

Apesar da necessidade de estudos mais pormenorizados e da precariedade dos dados analisados, a relação consulta/ profissional de saúde caiu 26% no setor público, entre 1981 e 1984, enquanto que no setor privado ela aumentou 29,7% em termos brutos, ao longo deste periodo.

Vale destacar que o setor privado até 1981 detinha a hegemonia no total de empregos de saúde no pais. Atualmente (a partir de 1982) o setor público tem aumentado seu emprego no setor. Isso se deve, em boa parte, ao clientelismo e ao inchamento dos organismos governamentais de politica social.

2.12 - ASPECTOS RELACIONADOS A CAPACIDADE INSTALADA

As tabelas 2.16 a 2.21 mostram algumas caracteristicas especiais da capacidade instalada do setor privado, vis a vis a do setor público. A tabela 2.16 evidencia que a maior parcela dos laboratórios disponiveis nos estabelecimentos de saúde, em quase todas as especialidades clinicas, estão vinculados ao setor privado exceto nos setores mais ligados a saúde pública, como é o caso dos laboratórios de parasitologia e urina.

Este tipo de comportamento observa-se também no que diz respeito a distribuição dos leitos hospitalares por especialidade, onde se observa que somente nos leitos de

dermatologia sanitária e doenças infecciosas há marcante presença do setor público (ver tabela 2.17).

Em termos mais gerais, uma última observação poderia ser ilustrada pela demonstração dada pelas tabelas 2.18 a 2.20, que mostram como o setor privado hospitalar encontra-se melhor aparelhado do que o público no que diz respeito a instalações físicas. Cabe destacar que, no caso dos estabelecimentos ambulatoriais, o setor público ainda detém a maioria destes estabelecimentos, a não ser em algumas especialidades estratégicas (tabela 2.21).

NOTAS

(1) - Embora os anos de 1979 e 1980 tenham apresentado sinais positivos de desempenho econômico, o crescimento da inflação e do endividamento público já traziam sintomas de esgotamento da capacidade de financiamento governamental de alguns programas sociais.

(2) - A queda verificada em 1985 pode ter sido influenciada pela mudança da metodologia de coleta e cadastramento da Pesquisa de Assistencia Médico-Sanitária (AMS) do IBGE.

(3) - Dados de 1984 revelam que o número médio de leitos por estabelecimento nos hospitais filantrópicos era de 98,4 contra 65,3 encontrados nos hospitais com fins lucrativos.

ANEXO ESTATISTICO DA PARTE 2

TABELA 1

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA

BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE								
	TOTAL			COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO		
	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS
1976	13.133	6.765	6.368	5.311	960	4.351	7.822	5.805	2.017
1977	14.288	7.290	6.998	5.505	1.001	4.504	8.783	6.289	2.494
1978	15.345	7.839	7.506	5.708	1.072	4.636	9.637	6.767	2.870
1979	17.079	8.748	8.331	6.036	1.162	4.874	11.043	7.586	3.457
1980	18.489	10.045	8.444	6.110	1.217	4.893	12.379	8.828	3.551
1981	21.762	13.615	8.147	6.342	1.322	5.020	15.420	12.293	3.127
1982	23.314	14.928	8.386	6.495	1.400	5.095	16.819	13.528	3.291
1983	25.651	16.749	8.902	6.680	1.450	5.230	18.971	15.299	3.672
1984	27.552	18.363	9.189	6.861	1.547	5.314	20.691	16.816	3.875
1985	28.972	17.076	11.896	6.678	1.469	5.209	22.294	15.607	6.687

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

TABELA 1.1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA

BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE								
	TOTAL			COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO		
	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS
1976	100,0	51,5	48,5	100,0	18,1	81,9	100,0	74,2	25,8
1977	100,0	51,0	49,0	100,0	18,2	81,8	100,0	71,6	28.4
1978	100,0	51,1	48,9	100,0	18,8	81,2	100,0	70,2	29,8
1979	100,0	51,2	48,8	100,0	19,2	80,8	100,0	68,7	31,3
1980	100,0	54,3	45,7	100,0	19,9	80,1	100,0	71,3	29,7
1981	100,0	62,6	37,4	100,0	20,8	79,2	100,0	79,7	20,3
1982	100,0	64,0	36,0	100,0	21,6	78,4	100,0	80,4	19,6
1983	100,0	65,3	34,7	100,0	21,7	78,3	100,0	80,6	19,4
1984	100,0	66,6	33,4	100,0	22,5	77,5	100,0	81,3	18,7
1985	100,0	58,9	41,1	100,0	22,0	78,0	22.294	70,0	30,0

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

TABELA 1.2

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO - BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE					
	TOTAL		COM INTERNAÇÃO		SEM INTERNAÇÃO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1976	13.133	100,0	5.311	40,4	7.822	59,6
1977	14.288	100,0	5.505	38,5	8.783	61,5
1978	15.345	100,0	5.708	37,2	9.637	62,8
1979	17.079	100,0	6.036	35,3	11.043	64,7
1980	18.489	100,0	6.110	33,0	12.379	67,0
1981	21.762	100,0	6.342	29,1	15.420	70,9
1982	23.314	100,0	6.495	27,9	16.819	72,1
1983	25.651	100,0	6.680	26,0	18.971	64,0
1984	27.552	100,0	6.861	24,9	20.691	65,1
1985	28.972	100,0	6.678	23,0	22.294	67,0

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária

TABELA 1.3

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS
DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO - BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE					
	TOTAL		COM INTERNAÇÃO		SEM INTERNAÇÃO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1976	6.765	100,0	960	14,2	5.805	85,8
1977	7.290	100,0	1.001	13,7	6.289	86,3
1978	7.839	100,0	1.072	13,7	6.767	86,3
1979	8.748	100,0	1.162	13,3	7.586	86,7
1980	10.045	100,0	1.217	12,0	8.828	88,0
1981	13.615	100,0	1.322	9,7	12.293	90,3
1982	14.928	100,0	1.400	9,4	13.528	90,6
1983	16.749	100,0	1.450	8,7	15.299	91,3
1984	18.363	100,0	1.547	8,4	16.816	91,6
1985	17.072	100,0	1.469	8,6	15.607	91,4

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária

TABELA 1.4

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS
DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO - BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE					
	TOTAL		COM INTERNAÇÃO		SEM INTERNAÇÃO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1976	6.368	100,0	4.351	68,3	2.017	31,7
1977	6.998	100,0	4.504	64,4	2.494	35,6
1978	7.506	100,0	4.636	61,8	2.870	37,2
1979	8.331	100,0	4.874	58,5	3.457	41,5
1980	8.444	100,0	4.893	57,9	3.551	42,1
1981	8.147	100,0	5.020	61,6	3.127	38,4
1982	8.386	100,0	5.095	60,8	3.291	39,2
1983	8.902	100,0	5.230	58,7	3.672	41,3
1984	9.189	100,0	5.314	57,8	3.875	42,2
1985	11.896	100,0	5.209	43,8	6.687	56,2

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária

TABELA 1.5

EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO
E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA
BRASIL: 1976-1985
(BASE 1976=100)

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE								
	TOTAL			COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO		
	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS
1976	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1977	108,8	107,8	109,9	103,7	104,3	103,5	112,3	108,3	123,6
1978	116,8	115,9	117,9	107,5	111,7	106,6	123,2	116,6	142,3
1979	130,0	129,3	130,8	113,7	121,0	112,0	141,2	130,7	171,9
1980	140,8	148,5	132,6	115,0	126,8	112,5	158,3	152,1	176,1
1981	165,7	201,3	127,9	119,4	137,7	115,4	197,1	211,8	155,0
1982	177,5	220,7	131,7	122,3	145,8	117,1	215,0	233,0	163,2
1983	195,3	247,6	139,8	125,8	151,0	120,2	242,5	263,5	182,1
1984	209,8	271,4	144,3	129,2	161,1	122,1	264,5	289,7	192,1
1985	220,6	252,4	186,8	125,7	153,0	119,7	285,0	268,9	331,5

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

TABELA 1.6

TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA

BRASIL: 1976-1985

ANOS	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE								
	TOTAL			COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO		
	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PÚBLICOS	PRIVADOS
1976	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1977	8,8	7,8	9,9	3,7	4,3	3,5	12,3	8,3	23,6
1978	7,4	7,5	7,3	3,7	7,1	2,9	9,7	7,6	15,1
1979	11,3	11,6	11,0	5,7	8,4	5,1	14,6	12,1	20,4
1980	8,3	14,8	1,4	1,2	4,7	0,4	12,1	16,4	2,7
1981	17,7	35,5	-3,5	3,8	8,6	2,6	24,6	39,3	-11,9
1982	7,1	9,6	2,9	2,4	5,9	1,5	9,1	10,0	5,2
1983	10,0	12,2	6,1	2,8	3,6	2,6	12,8	13,1	11,6
1984	7,4	9,6	3,2	2,7	6,7	1,6	9,1	9,9	5,5
1985	5,1	-7,0	30,4	-2,7	-5,0	-2,0	7,7	-7,2	72,6
76/79	9,1	8,9	9,4	4,4	6,6	3,9	12,2	9,3	19,7
79/84	10,0	16,0	2,0	2,6	5,9	1,7	13,4	17,3	2,3

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

OBS: Para os períodos 76/79 e 80/84 foi calculada a Taxa Geométrica de Crescimento Anual.

TABELA 1.7

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE

ESTABELECIMENTOS PRIVADOS DE SAÚDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL

BRASIL: 1978-1985

ANOS	TOTAL	PRIVADOS (ABS)				PRIVADOS (DIST. %)			
	EST.	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	15345	7506	2036	1641	3829	100,0	27,1	21,9	51,0
1979	17079	8331	2092	1992	4247	100,0	25,1	23,9	51,0
1980	18489	8444	2104	1969	4371	100,0	24,9	23,3	51,8
1981	21762	8147	1885	868	5166	100,0	23,1	10,7	63,4
1982	23314	8386	1841	873	5454	100,0	22,0	10,4	65,0
1983	25651	8902	1920	978	5804	100,0	21,6	11,0	65,2
1984	27552	9189	1930	1041	5996	100,0	21,0	11,3	65,2
1985	28972	11896	1947	1032	5729	100,0	16,4	8,7	48,2

FONTE: IBGE, AMS 1978-1984

OBS: A partir de 1981 as somas não batem 100% dada a incorporação das chamadas 'Fundações Particulares' que passam a ter a seguinte frequência:

1981 - 228
1982 - 218
1983 - 200
1984 - 222

Em 1985, além das 258 Fundações Particulares, foram registrados 2930 novos estabelecimentos de saúde pertencentes a sindicatos; fato que justifica a forte expansão do número de estabelecimentos registrado entre 1984 e 1985.

TABELA 1.8

EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS
DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1985

ANOS	TOTAL	PRIVADOS (ABS)				PRIVADOS (DIST %)			
		TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	5708	4636	1454	584	2598	100,0	31,4	12,6	56,0
1979	6036	4874	1504	596	2774	100,0	30,9	12,2	56,9
1980	6103	4893	1510	568	2815	100,0	30,9	11,6	57,5
1981	6473	5020	1437	497	3059	100,0	28,6	9,9	60,9
1982	6650	5095	1424	487	3175	100,0	27,9	9,6	62,3
1983	6680	5230	1430	493	3184	100,0	27,3	9,4	60,5
1984	6861	5314	1426	485	3245	100,0	26,8	9,1	61,1
1985	6678	5209	1432	456	3105	100,0	27,5	8,8	59,6

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

OBS: A partir de 1981 as somas não batem 100% em função da incorporação das chamadas "Fundações Particulares", que passam a ter a seguinte frequência:

1981 - 27
1982 - 9
1983 - 143
1984 - 158

Em 1985 não foram computados no total dos estabelecimentos particulares com internação 179 pertencentes a Fundações e 37 pertencentes a sindicatos.

TABELA 1.9

EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS
SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1985

ANOS	TOTAL	PRIVADOS (ABS)				PRIVADOS (DIST. %)			
		TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	9637	2870	582	1057	1231	100,0	20,3	36,8	42,9
1979	11043	3457	588	1396	1473	100,0	17,0	40,4	42,6
1980	12386	3558	596	1402	1560	100,0	16,8	39,4	43,8
1981	15420	3127	518	404	2173	100,0	16,6	12,9	69,5
1982	16819	3291	464	395	2360	100,0	14,1	12,0	71,7
1983	18971	3672	490	485	2640	100,0	13,3	13,2	71,2
1984	20691	3875	504	556	2751	100,0	13,0	14,3	71,0
1985	22294	6687	515	576	2624	100,0	7,7	8,6	39,2

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

OBS: A partir de 1981 as somas não batem 100% em função da incorporação das chamadas "Fundações Particulares", que passam a ter a seguinte frequência:

1981 - 32
1982 - 72
1983 - 57
1984 - 64

Em 1985 o total de estabelecimentos particulares sem internação inclui 79 Fundações particulares e 2893 estabelecimentos ambulatoriais ligados a sindicatos.

TABELA 1.10

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1985

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	5708	100,0	1072	100,0	4636	100,0
NORTE	267	4,7	122	11,4	145	3,1
NORDESTE	1446	25,3	530	49,4	916	19,8
SUDESTE	2203	38,6	267	24,9	1936	41,8
SUL	1279	22,4	100	9,3	1179	25,4
CENTRO-OESTE	513	9,0	53	4,9	460	9,9
1985						
BRASIL	6678	100,0	1469	100,0	5209	100,0
NORTE	448	6,7	179	12,2	265	5,1
NORDESTE	1878	28,1	772	52,6	1106	21,2
SUDESTE	2362	35,4	322	21,9	2040	39,2
SUL	1252	18,7	111	7,6	1141	21,9
CENTRO-OESTE	738	11,1	85	5,7	657	12,6

FONTE: IBGE/AMS, 1978 e 1985

TABELA 1.11

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1985

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	9637	100,0	6767	100,0	2870	100,0
NORTE	352	3,7	317	4,7	35	1,2
NORDESTE	2669	27,7	2091	30,9	578	20,1
SUDESTE	4162	43,2	2722	40,2	1440	50,2
SUL	1958	20,3	1218	18,0	742	25,9
CENTRO-OESTE	495	5,1	421	6,2	75	2,6
1985						
BRASIL	22294	100,0	15607	100,0	6687	100,0
NORTE	1274	5,7	1159	7,4	125	1,9
NORDESTE	7296	32,7	5836	37,4	1460	21,8
SUDESTE	8615	38,6	5236	33,5	3379	50,5
SUL	3969	17,8	2436	15,6	1533	22,9
CENTRO-OESTE	1140	5,2	940	6,0	190	2,9

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1985

TABELA 1.12

PERCENTAGEM DE ESTABELECIMENTOS CONVENIADOS COM O INAMPS E/OU COM O INAMPS/EMPRESA POR CATEGORIA INSTITUCIONAL BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	45,2	23,6	29,0	23,8	21,6	67,1	69,3	64,5	67,1
1979	47,9	27,0	39,1	23,4	26,5	69,9	75,4	75,6	64,5
1980	49,8	32,6	46,5	31,7	26,2	70,3	75,0	76,4	64,6
1981	45,5	36,4	54,1	31,9	24,5	60,6	82,5	60,8	56,4
1982	45,3	37,5	54,5	34,6	26,0	59,1	72,9	59,4	53,7
1983	45,2	37,7	55,8	35,0	23,3	59,2	74,2	58,0	53,8
1984	44,3	37,6	57,8	35,2	22,4	57,8	72,9	53,1	52,8

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA 2

LEITOS PARA INTERNAÇÃO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PÚBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1985

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL	PÚBLICA	PRIVADA
1976	443.888	119.062	324.826
1977	455.712	121.209	334.503
1978	475.452	124.575	350.877
1979	488.323	118.463	369.860
1980	509.168	122.741	386.427
1981	522.769	124.866	397.903
1982	530.501	127.580	402.921
1983	534.055	127.521	406.534
1984	538.721	127.537	411.184
1985	532.283	137.543	394.740

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Médico-Sanitária

TABELA 2.1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS
LEITOS PARA INTERNAÇÃO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PÚBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1985

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL =100%	PÚBLICA (%)	PRIVADA (%)
1976	443.888	27,4	72,6
1977	455.712	26,6	73,4
1978	475.452	26,2	73,8
1979	488.323	24.3	75,7
1980	509.168	24,1	75,9
1981	522.769	23,9	76,1
1982	530.501	24,0	76,0
1983	534.055	23,9	76,1
1984	538.721	23,7	76,3
1985	532.283	25,8	74,2

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Médico-Sanitária

TABELA 2.2
EVOLUÇÃO DOS
LEITOS PARA INTERNAÇÃO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PÚBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1985
(BASE 1976=100)

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL	PÚBLICA	PRIVADA
1976	100,0	100,0	100,0
1977	102,7	101,8	103,0
1978	107,1	104,6	108,0
1979	110,0	99,5	113,9
1980	114,7	103,9	119,0
1981	117,8	104,9	122,5
1982	119,5	107,2	124,0
1983	120,3	107,1	125,1
1984	121,4	107,1	126,6
1985	119,9	115,5	121,5

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Médico-Sanitária

TABELA 2.3
TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO DOS
LEITOS PARA INTERNAÇÃO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PÚBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1985

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL	PÚBLICA	PRIVADA
1976	-	-	-
1977	2,7	1,8	3,0
1978	4,3	2,8	4,9
1979	2,6	-4,9	5,4
1980	4,3	3,6	9,9
1981	2,7	1,6	3,0
1982	1,5	2,2	1,3
1983	0,7	-0,0	0,9
1984	0,9	0,0	1,1
1985	-1,2	7,8	-4,0
76/79	3,2	-0,5	4,4
79/84	2,0	1,5	2,1

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Médico-Sanitária

TABELA 2.4

EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO NÚMERO DE
LEITOS POR ESTABELECIMENTOS D SAÚDE COM INTERNAÇÃO
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PÚBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1985

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL	PUBLICA	PRIVADA
1976	83,6	124,0	74,7
1977	82,8	121,1	74,3
1978	83,3	116,2	75,7
1979	80,9	101,9	75,9
1980	83,3	100,9	79,0
1981	82,4	94,4	79,3
1982	81,7	91,1	79,1
1983	79,9	87,9	77,7
1984	78,5	82,4	77,4
1985	79,7	93,6	75,8

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Mèdico-Sanitària

TABELA 2.5

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1984

(EM MIL LEITOS)

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	463,1	122,4	27,9	83,0	11,5	340,8	134,5	39,9	166,4
1979	475,4	116,1	29,1	75,4	11,7	359,3	141,8	38,8	178,7
1980	495,6	120,3	29,6	78,2	12,5	375,4	150,1	37,7	187,5
1981	509,2	122,3	29,2	79,6	13,5	386,9	142,8	33,7	200,9
1982	516,9	124,8	29,8	81,1	13,7	391,2	138,8	32.6	208,0
1983	518,6	124,4	30,8	79,3	14,2	394,2	139,8	33,9	208,3
1984	522,8	124,3	31,0	78,6	14,6	398,6	140,3	33,0	211,8

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA 2.6

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS LEITOS

POR CATEGORIA INSTITUCIONAL - BRASIL: 1978-1984

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
1978	100,0	26,4	6,0	17,9	2,5	73,6	29,0	8,6	35,9
1979	100,0	24,4	6,1	15,9	2,4	75,6	29,8	8,2	37,6
1980	100,0	24,3	6,0	15,8	2,5	75,7	30,3	7,6	37,8
1981	100,0	24,0	5,7	15,6	2,6	76,0	28,1	6,6	39,5
1982	100,0	24,2	5,8	15,7	2,7	75,8	26,9	6,3	40,3
1983	100,0	24,0	5,9	15,3	2,8	76,0	27,0	6,5	40,2
1984	100,0	23,8	5,9	15,0	2,8	76,2	26,8	6,3	40,5

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA 2.7

TAXAS DE CRESCIMENTO DOS LEITOS

POR CATEGORIA INSTITUCIONAL

BRASIL: 1978-1984

Em %

ANOS	TOTAL	PUBLICO				PRIVADO			
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC
79/78	2,7	-5,1	4,3	-9,2	1,5	5,4	5,4	-2,7	7,4
80/79	4,2	3,6	1,8	3,6	7,3	4,5	5,8	-2,7	5,0
81/80	2,8	1,7	-1,2	1,8	7,7	3,1	-4,8	-10,8	7,1
82/81	1,3	2,0	2,5	1,9	1,6	1,6	-2,9	-3,2	3,5
83/82	0,5	-0,3	2,8	-2,2	4,1	0,8	0,8	3,8	0,2
84/83	0,8	-0,1	0,8	-1,0	2,7	1,1	0,3	-2,6	1,7
80/78	3,4	-0,9	3,1	-3,0	4,4	4,9	5,6	-2,7	6,2
84/80	1,3	0,8	1,2	0,1	4,0	1,5	-1,7	-3,3	3,1

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA 2.8
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES
POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1985
(Em mil leitos)

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1978						
BRASIL	463,1	100,0	122,4	100,0	340,8	100,0
NORTE	14,0	3,0	7,7	6,3	6,4	1,9
NORDESTE	77,4	16,8	27,5	20,9	49,9	14,6
SUDESTE	256,3	55,3	64,9	53,0	191,4	56,9
SUL	89,5	19,3	15,6	12,5	74,0	21,7
CENTRO-OESTE	25,9	5,6	6,7	5,5	19,1	5,6
1985						
BRASIL	532,8	100,0	137,5	100,0	394,7	100,0
NORTE	15,7	2,9	6,9	5,0	9,3	2,4
NORDESTE	99,0	18,6	32,4	23,6	66,6	16,9
SUDESTE	287,7	54,0	75,4	54,8	212,3	53,8
SUL	94,0	18,0	15,1	11,0	78,0	19,7
CENTRO-OESTE	36,4	6,5	7,7	5,6	28,5	7,2

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1985

TABELA 2.9
EVOLUÇÃO DOS LEITOS DO SETOR PRIVADO CONVENIADOS
BRASIL:1978-1984
(Em mil leitos)

ANOS	LEITOS CONVENIADOS							
	TOTAL		FILANTRÓPICOS		BENEFICENTES		LUCRATIVOS	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1978	305,3	89,6	122,0	90,7	34,5	86,5	148,8	89,4
1979	321,7	89,6	128,6	90,7	34,8	86,7	158,4	88,6
1980	338,3	90,1	137,6	91,7	33,8	89,9	166,8	88,9
1981	349,8	90,4	131,8	92,3	31,2	92,6	177,9	88,6
1982	352,7	91,1	127,8	92,1	30,1	92,3	183,6	88,3
1983	352,9	89,5	128,0	91,6	31,7	93,8	181,8	87,3
1984	355,7	89,2	127,5	90,9	30,8	93,3	184,6	87,2

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984
OBS: O percentual acima indicado refere-se ao total de leitos conveniados sobre o total de leitos existentes.

TABELA 2.10

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS

BRASIL: 1981-1984

(Em mil consultas)

ANOS	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1981	584.560,3	100	347.261,7	59	237.298,6	41
1982	640.129,8	100	375.722,0	59	264.407,8	41
1983	712.925,2	100	417.957,1	62	294.968,1	38
1984	768.877,3	100	439.836,4	57	329.040,9	43

FONTE: IBGE/AMS, 1981-1984

TABELA 2.11

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CONVENIADOS COM O INAMPS (*)

BRASIL: 1981-1984

(Em mil consultas)

ANOS	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1981	325.973,2	100	137.795,1	42	188.178,1	58
1982	372.595,2	100	159.000,8	43	213.594,4	57
1983	417.323,5	100	181.946,2	44	235.377,3	56
1984	452.115,2	100	187.200,6	41	264.914,6	59

FONTE: IBGE/AMS, 1981-1984

(*) - Inclui os convênios do tipo INAMPS/EMPRESA.

OBS1: Crescimento Geomético anual no período:
total: 9,6%
Públicos: 8,2%
Privados: 11,5%

Crescimento Geométrico Anual das Consultas Conveniadas:
total: 11,5%
públicos: 10,7%
privados: 12,1%

TABELA 2.12
NUMERO DE LEITOS, CONSULTAS E INTERNAÇÕES
POR HABITANTE: BRASIL - 1981-1984

ANOS	LEITOS POR 1000 HAB	CONSULTAS POR HAB	INTERN./1000 HAB
1981	4,18	4,79	141
1982	4,13	5,12	139
1983	4,05	5,57	131
1984	3,98	5,86	134

Fonte: IBGE/AMS, 1981-1984

TABELA 2.13
EVOLUÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE
POR TIPO DE SETOR PRESTADOR
BRASIL 1978-1984

ANOS	SETOR PRESTADOR					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978	418.367	100,0	195.688	46,8	222.679	53,2
1979	444.763	100,0	202.654	45,6	242.109	54,4
1980	482.105	100,0	227.039	47,1	255.066	52,9
1981	515.755	100,0	251.123	48,7	264.632	51,3
1982	558.856	100,0	286.824	51,3	272.032	48,7
1983	580.135	100,0	306.876	52,9	273.259	47,1
1984	618.050	100,0	335.172	54,2	282.878	45,8
1985	669.576	100,0	351.280	52,5	318.296	47,5

FONTE: IBGE: Pesquisa de Assistência Medico-Sanitária (AMS).

TABELA 2.14
TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DO EMPREGO EM SAÚDE
BRASIL 1978-1984
Em %

PERIODOS	SETORES PRESTADORES		
	TOTAL	PUBLICO	PRIVADO
1978/79	6,31	3,56	8,73
1979/80	8,40	12,03	5,35
1980/81	8,73	10,61	3,75
1981/82	8,36	14,08	2,80
1982/83	3,81	6,99	0,45
1983/84	6,54	9,22	3,52
1984/85	8,34	4,81	12,52
1978/80	7,34	7,71	7,02
1980/84	6,46	10,23	2,62

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS)

OBS: Estes dados correspondem ao emprego em saúde de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil nos respectivos anos. Estão excluídos os empregos de natureza administrativa e operacional, como limpeza, escritório, almoxarifado, etc.

TABELA 2.15
ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES SEGUNDO O TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO
BRASIL: 1985

NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO	TIPO DE ESPECIALIZACAO			
	TOTAL	GERAL	ESPECIAL.	N. ESPEC.
TOTAL	6.678	4.343	1.330	1.005
PUBLICO	1.469	952	276	241
PRIVADO	5.209	3.391	1.054	764
DISTRIBUICAO PERCENTUAL				
TOTAL	100,0	65,0	19,9	15,1
PUBLICO	100,0	64,8	18,8	16,4
PRIVADO	100,0	65,1	20,3	14,6

FONTE: IBGE/AMS, 1985.

TABELA 2.16

NUMERO DE LABORATORIOS EXISTENTES NO PAIS POR TIPO DE LABORATORIO NOS ESTABELECIMENTOS PUBLICOS E PRIVADOS DE SAUDE

BRASIL: 1985

TIPO DE LABORATORIO	NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO				
	TOTAL	PUBLICO		PRIVADO	
	(100,0%)	ABS.	%	ABS.	%
TOTAL	36.495	17.268	47,3	19.227	52,7
Anatomia Patologica	1.175	301	25,6	874	74,4
Bacteriologia	5.042	2.426	48,1	2.616	51,9
Bioquimica	3.742	1.295	34,6	2.447	65,4
Citologia	1.834	762	41,5	1.072	58,4
Hematologia	7.599	3.738	49,2	3.861	50,8
Imunohematologia	981	318	32,4	663	67,6
Parasitologia	8.434	4.431	52,5	4.003	47,5
Urina	7.563	3.907	51,6	3.656	48,4
Outros	125	90	72,0	35	28,0

FONTE: IBGE/AMS-1985

TABELA 2.17
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS PARA INTERNAÇÃO
POR TIPO DE ESPECIALIDADE
BRASIL - 1985

TIPO DE ESPECIALIDADE	DISTRIBUICAO DOS LEITOS SEGUNDO A NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO			
	TOTAL	PUBLICO		PRIVADO
	(100,0%)	ABS.	%	ABS.	%
TOTAL	532.283	137.543	25,8	394.740	74,2
Clinica Medica	101.026	17.439	17,3	83.587	82,7
Clinica Pediatrica	72.066	12.693	17,6	59.373	82,4
Clinica Gineco-Obst.	57.140	13.138	23,0	44.002	77,0
Clinica Cirurgica	48.417	10.929	22,6	37.488	77,4
Cardiologia	5.278	1.124	21,3	4.154	78,7
Dermatologia Sanitaria	5.282	4.642	87,9	640	12,1
Doencas Infecciosas	4.141	2.164	52,3	1.977	47,7
Nefrologia	1.154	332	28,8	822	71,2
Neurologia	3.359	861	25,6	2.498	74,4
Oncologia	4.498	698	15,5	3.800	84,5
Ortopedia	7.359	2.377	32,3	4.982	67,7
Psiquiatria	123.355	49.324	40,0	74.031	60,0
Tisio-Pneumologia	5.120	3.774	73,7	1.346	26,3
Indiferenciadas	77.007	12.731	16,5	64.276	83,5
Outra	17.081	5.317	31,1	11.764	68,9

FONTE: IBGE/AMS-1985

TABELA 2.18
QUARTOS E ENFERMARIAS EXISTENTES NOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE, SEGUNDO A NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO
BRASIL: 1985

QUARTOS E ENFERMARIAS	NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO				
	TOTAL	PUBLICO		PRIVADO	
	(100,0)	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL	149.487	25.031	16,7	124.456	83,2
Quartos com 1 Leito	48.907	5.429	11,1	43.478	88,9
Quartos com 2 Leitos	41.446	7.032	17,0	34.414	83,0
Enfermarias	59.314	12.750	21,5	46.564	78,5

FONTE: IBGE/ AMS, 1985

TABELA 2.19

SALAS E INSTALAÇÕES EXISTENTES NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL, SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA DO ESTABELECIMENTO

BRASIL - 1985

SALAS E INSTALAÇÕES PARA INTERNAÇÃO	NATUREZA JURÍDICA DO ESTABELECIMENTO			
	TOTAL	PÚBLICO		PRIVADO	
		ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL	41.284	9.440	22,9	31.844	77,1
Salas de Observação	3.539	807	22,8	2.732	77,2
Salas Pré-parto	3.792	769	20,3	3.023	79,7
Salas de Cirurgia	10.063	2.021	20,1	8.042	79,9
Salas/ Cirurg. e Parto	2.651	380	14,3	2.271	85,7
Salas de Parto	5.508	1.185	21,2	4.323	78,8
Sal. de Rec. Pós-Cir.	2.774	556	20,0	2.218	80,0
U.T.I.'s	2.174	402	18,5	1.772	81,5
Outras	10.783	3.320	30,8	7.463	69,2

FONTE: IBGE/AMS-1985

TABELA 2.20
LEITOS DE INTERNAÇÃO EXISTENTES POR TIPO DE LEITO
SEGUNDO A NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO
BRASIL: 1985

TIPOS DE LEITOS PARA INTERNACAO EXISTENTES	NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO				
	TOTAL	PUBLICO		PRIVADO	
		ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL	532.283	137.543	25,8	394.740	74,2
Leito Comum	505.804	130.916	25,9	374.888	74,1
Leito para Infectados	7.362	2.648	36,0	4.714	64,0
Berco para Infectados	3.753	1.008	26,9	2.745	73,1
Berco Aquecido	5.482	1.075	19,6	4.407	80,4
Incubadora	9.792	1.896	19,4	7.896	80,6
BERCOS PARA RECEM-NASCIDOS SADIOS					
TOTAL	60.363	12.109	20,1	48.254	79,9
Em Bercarios	40.102	6.140	15,3	33.962	84,7
Em Alojamento Conjunto com a casa da mae	20.261	5.969	29,5	14.292	70,5

FONTE: IBGE/AMS-85

TABELA 2.21

UNIDADES AMBULATORIAIS EXISTENTES

SEGUNDO A NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO

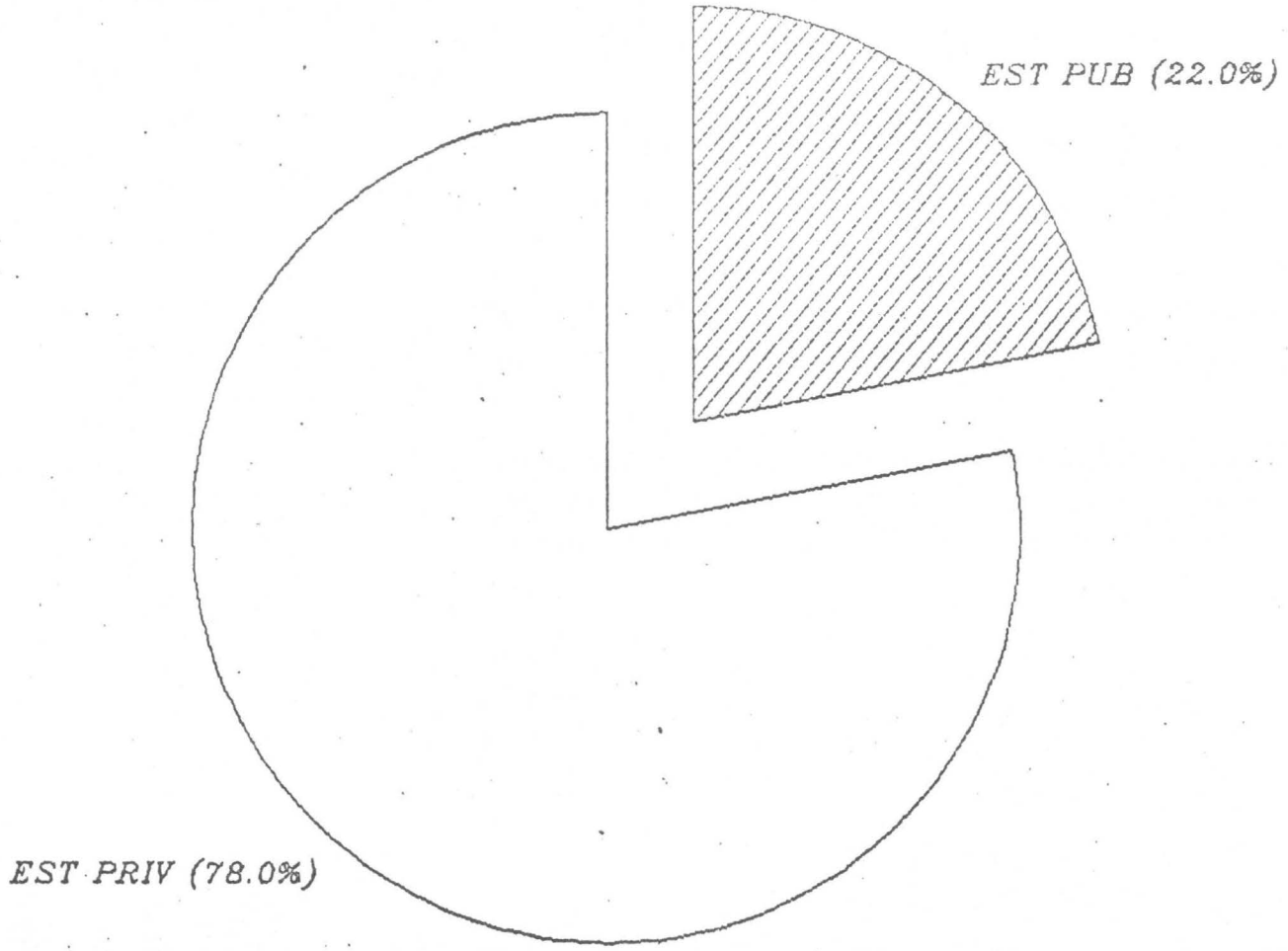
UNIDADES AMBULATORIAIS EXISTENTES NOS ESTABELECIMENTOS COM ATENDIMENTO A PACIENTES EXTERNOS	NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO				
	TOTAL	PUBLICO		PRIVADO	
		ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
TOTAL	171.690	96.866	56,4	74.824	43,6
Sala de Curativos	14.154	6.878	48,6	7.276	51,4
Sala de Imunizacao	6.212	5.271	84,9	941	15,1
Sala de Curat. e Imun.	7.117	5.542	77,9	1.575	22,1
Sala de Cur. e Ester.	3.201	1.641	51,3	1.560	48,7
Sala de Ester. de Mat.	7.192	3.349	46,6	3.843	53,4
Sala de Reidrat. Oral	1.626	1.143	70,3	483	29,7
Sala de Enfermagem	10.748	5.167	48,1	5.581	51,9
Consultorio de Enferm.	2.570	1.742	67,8	828	32,2
Consultorio Medico	69.916	34.895	49,9	35.021	50,1
Consultorio Odontol.	14.920	8.019	53,7	6.901	46,3
Consult. de At. Elem.	10.176	8.719	85,7	1.457	14,3
Outro	23.858	14.500	60,8	9.358	39,2

FONTE: IBGE/AMS-1985

I.1

ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

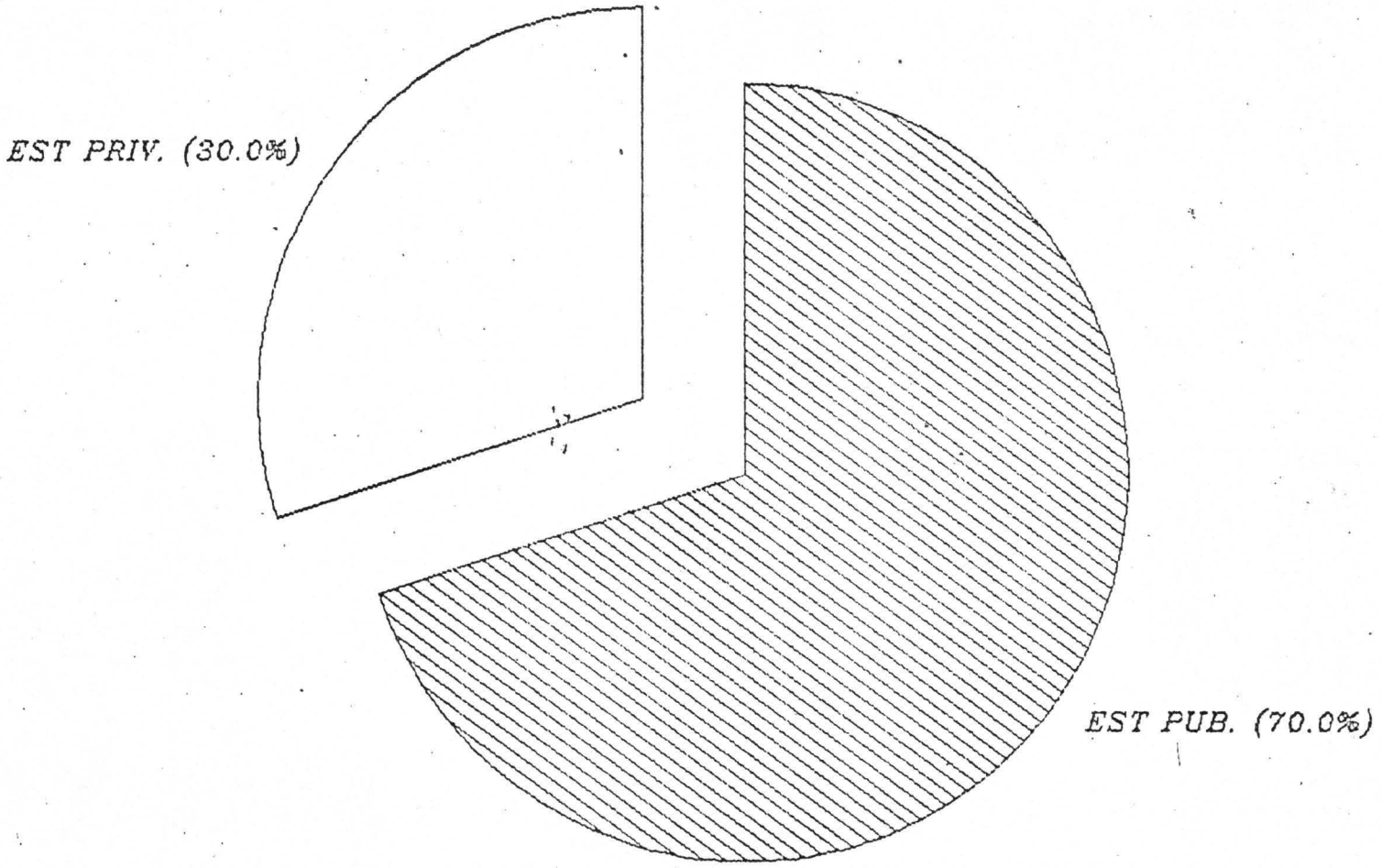
1985



I.2

ESTABELECIMENTOS AMBULATORIAIS

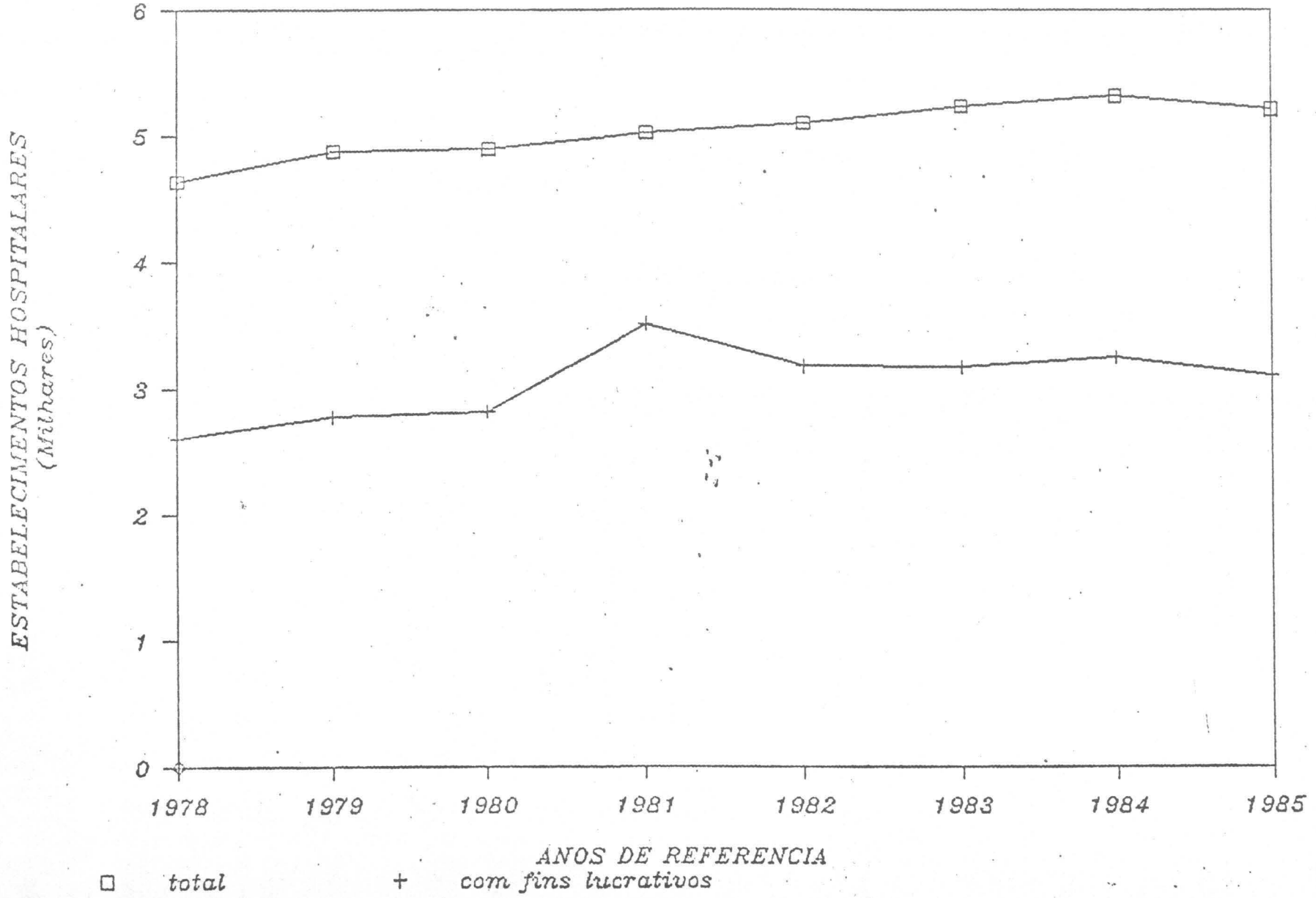
1985



I.3

EVOLUCAO DOS ESTAB. HOSPIT. PRIVADOS

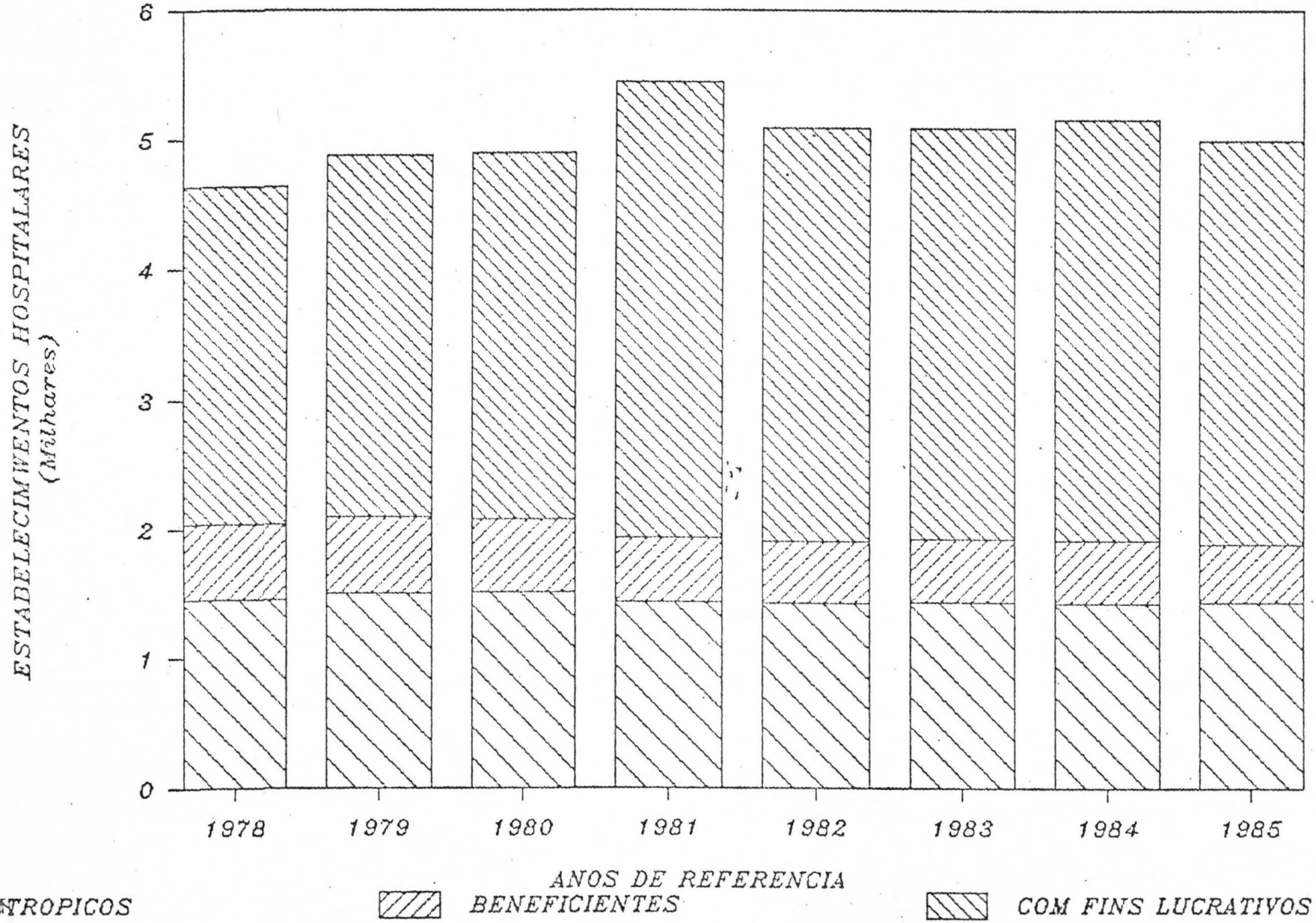
BRASIL: 1978–1985 (TOTAL E C/FINS LUC)



I.4

EVOLUCAO DOS ESTAB. HOSPIT.. PRIVADOS

BRASIL: 1978–1985



I.5

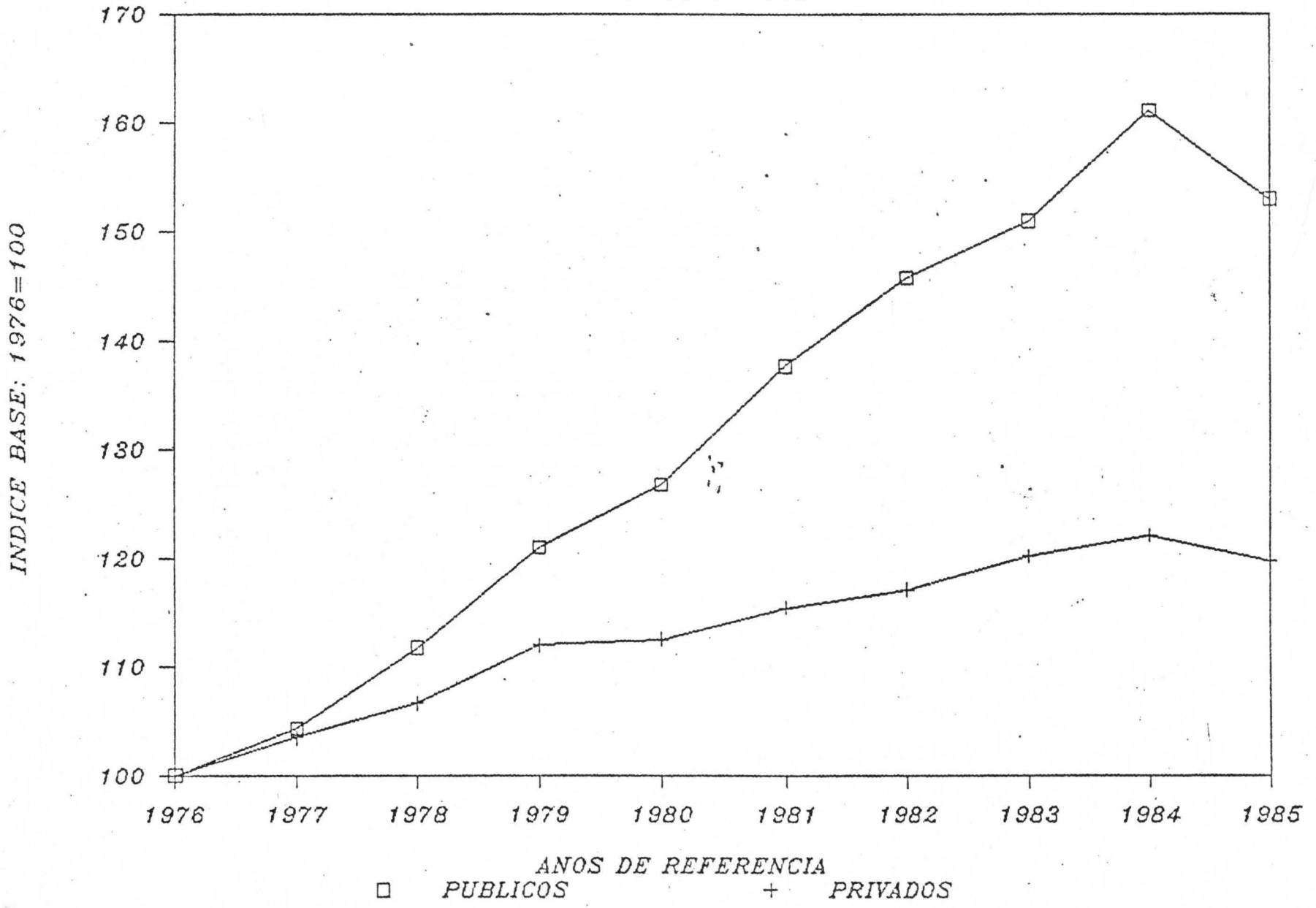
EVOLUCAO DOS EST. DE SAUDE

BRASIL: 1976-1985

I.6

EVOLUCAO DOS EST. HOSPITALARES

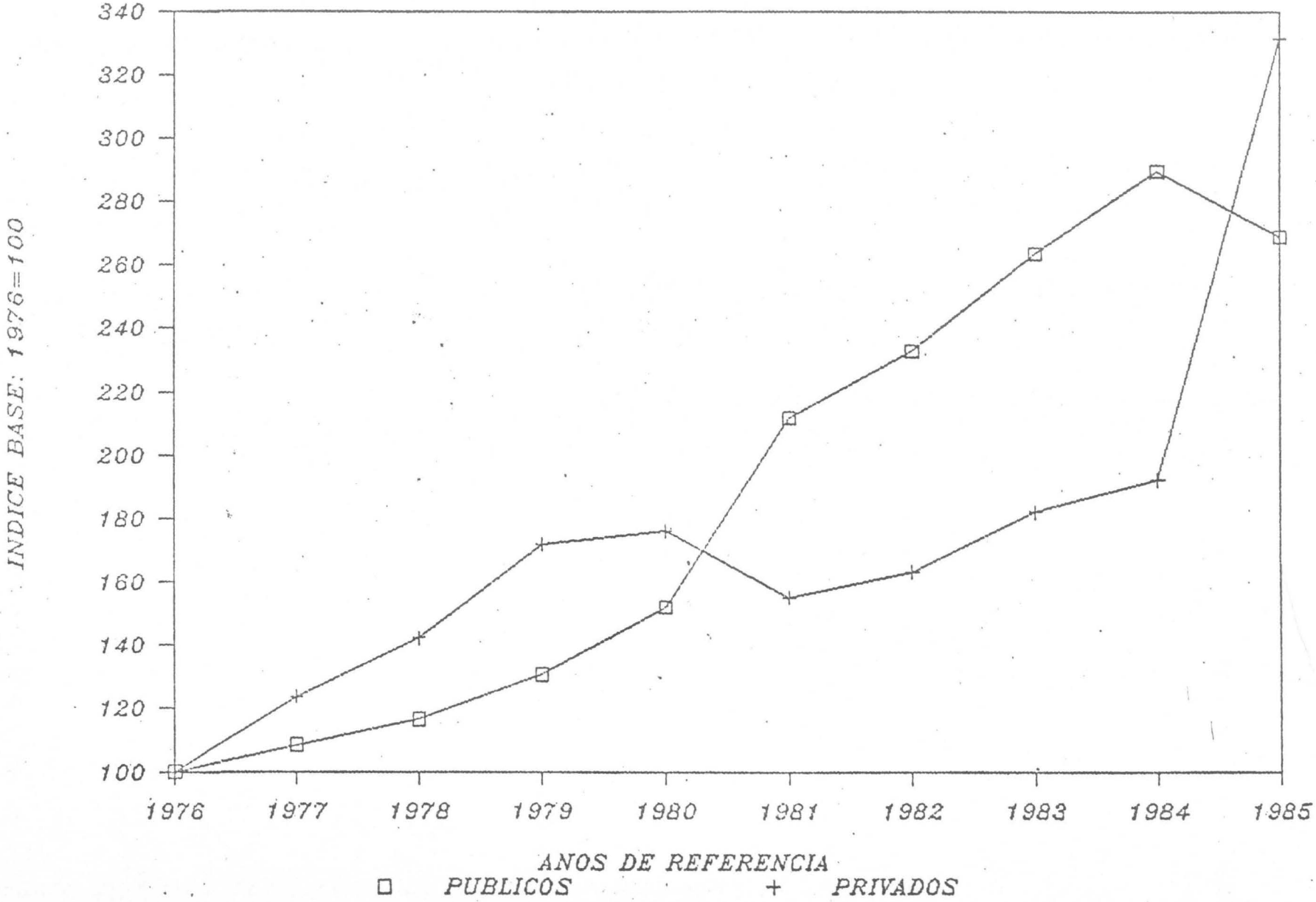
BRASIL: 1976–1985



1.7

EVOLUCAO DOS EST. AMBULATORIAIS

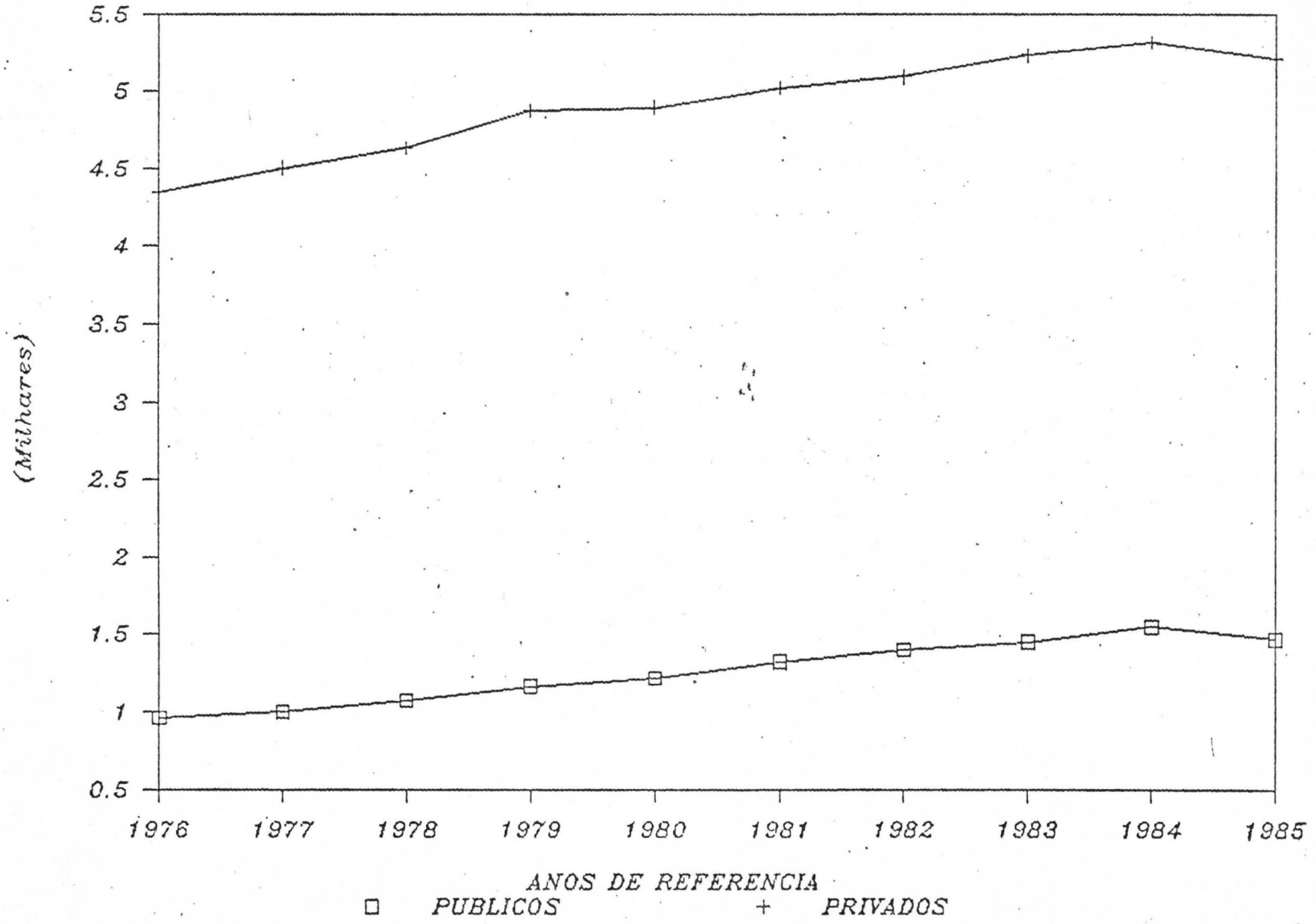
BRASIL: 1976–1980



I.8

ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES NO BRASIL

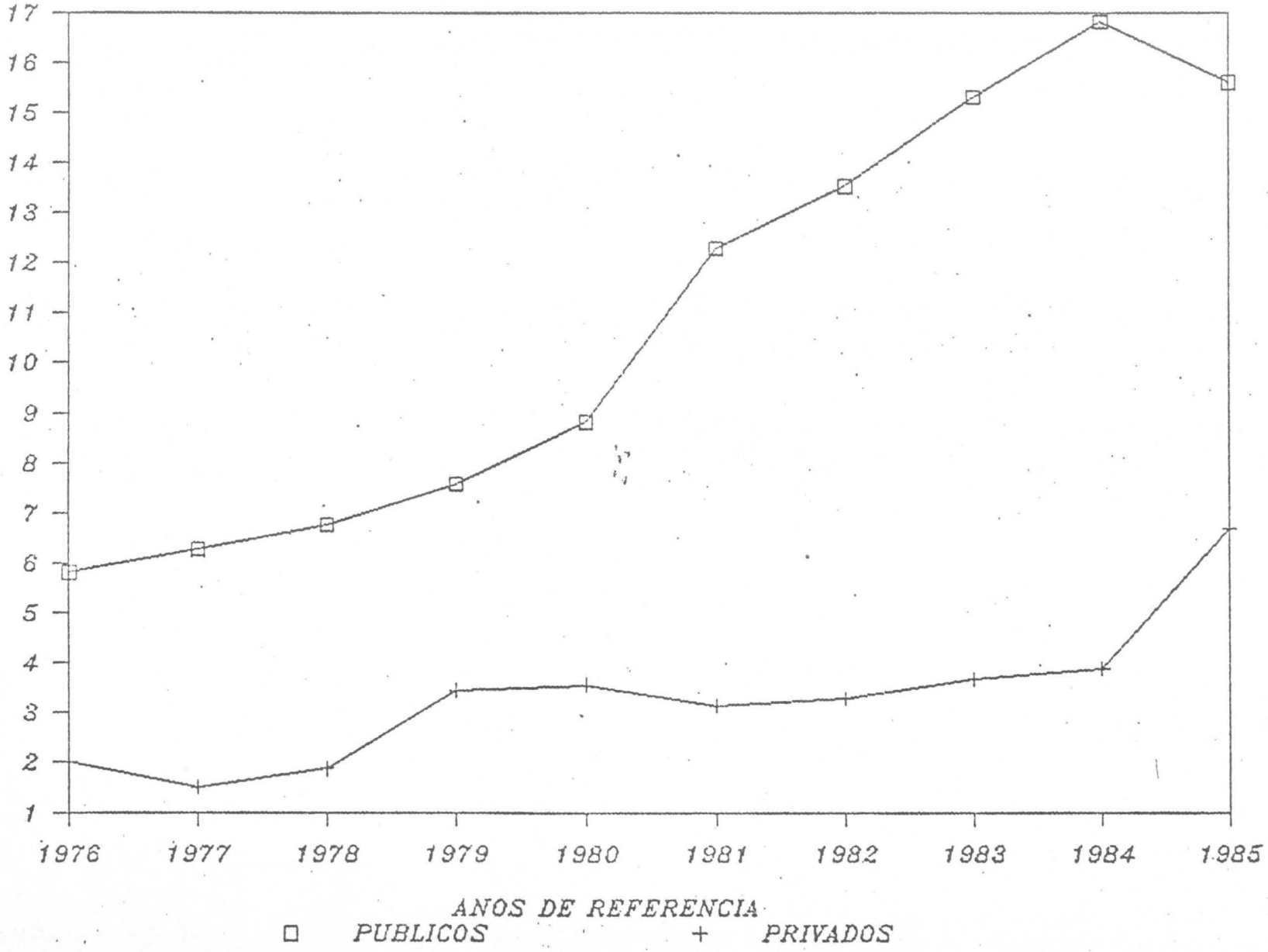
1976–1985



I.9

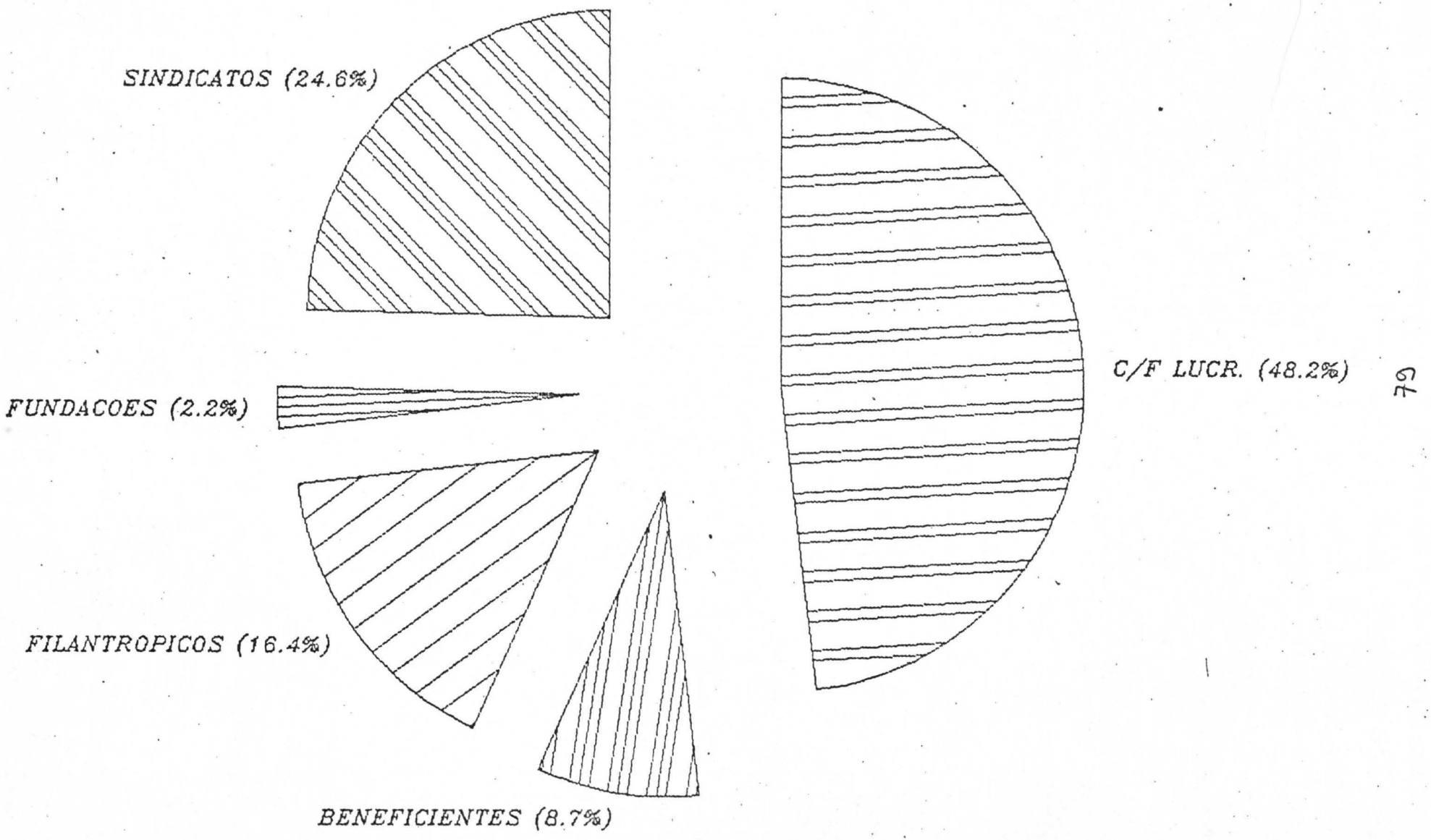
ESTAB. AMBULATORIAIS NO BRASIL

1976–1985



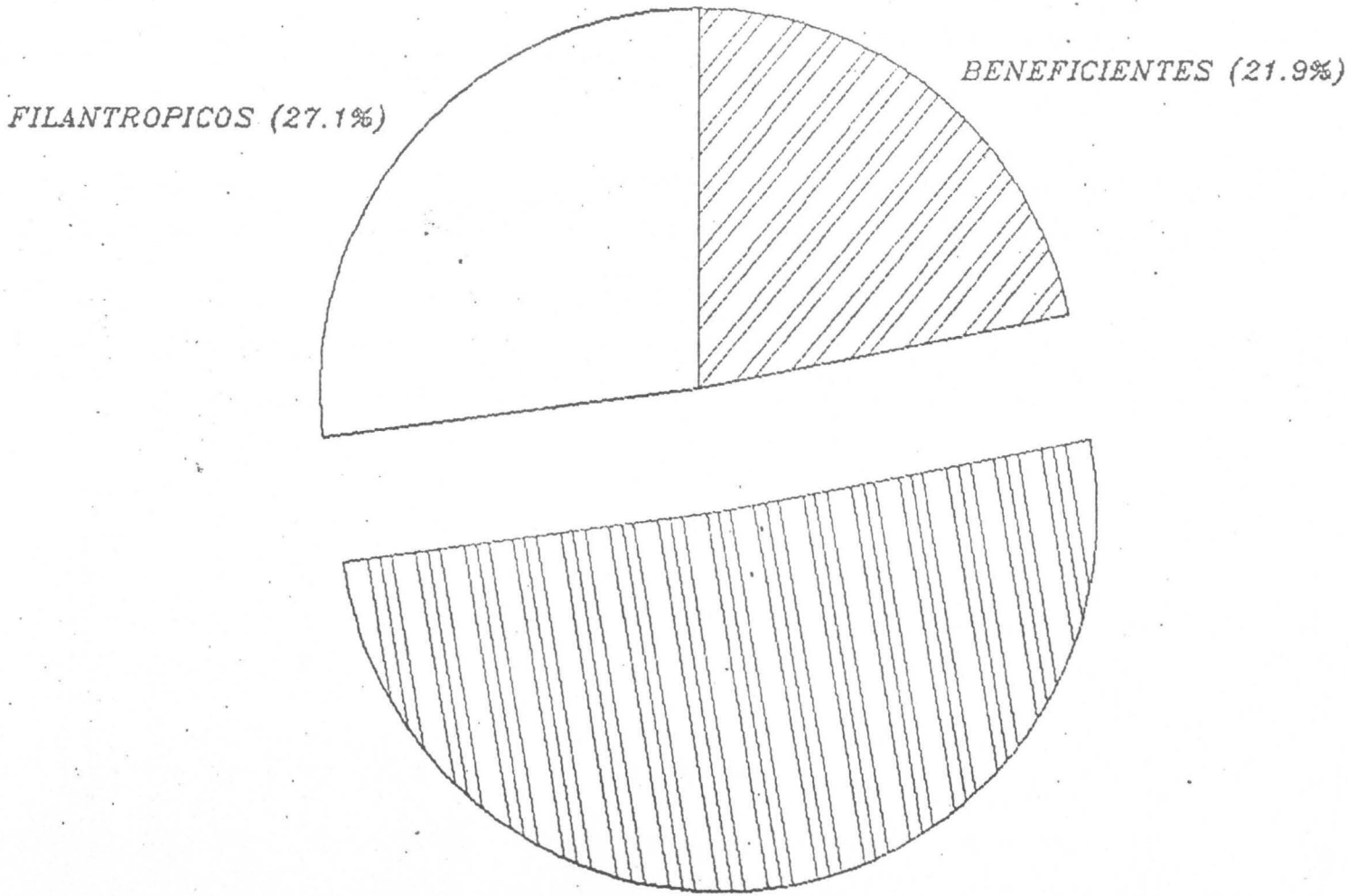
I.10-ESTAB. DE SAUDE PRIVADOS NO BRASIL

DIST. POR CATEG. INSTITUCIONAL – 1985



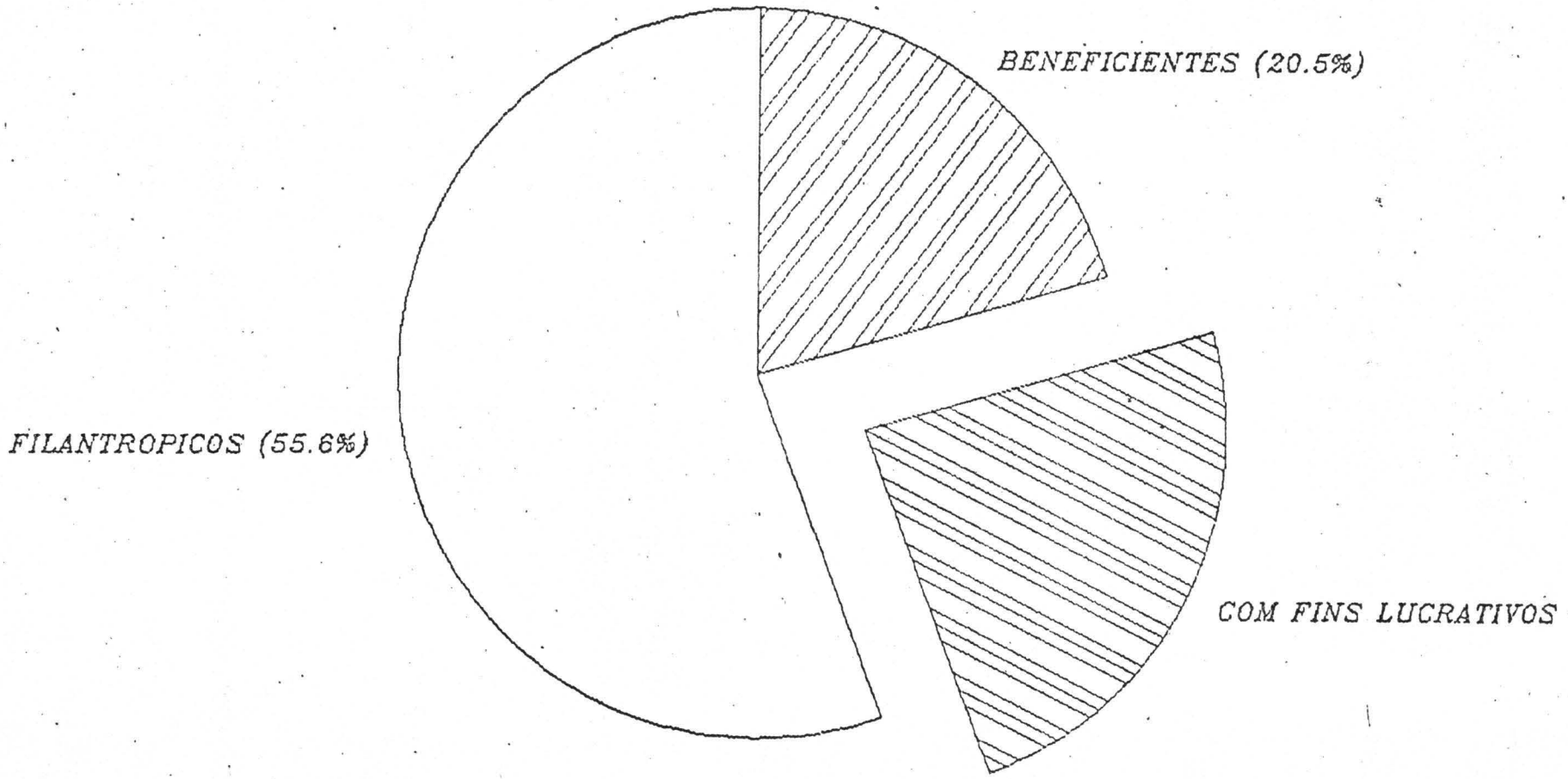
I.11- ESTAB. PRIV. DE SAUDE NO BRASIL – 1978

DIST. POR CATEGORIA INSTITUCIONAL



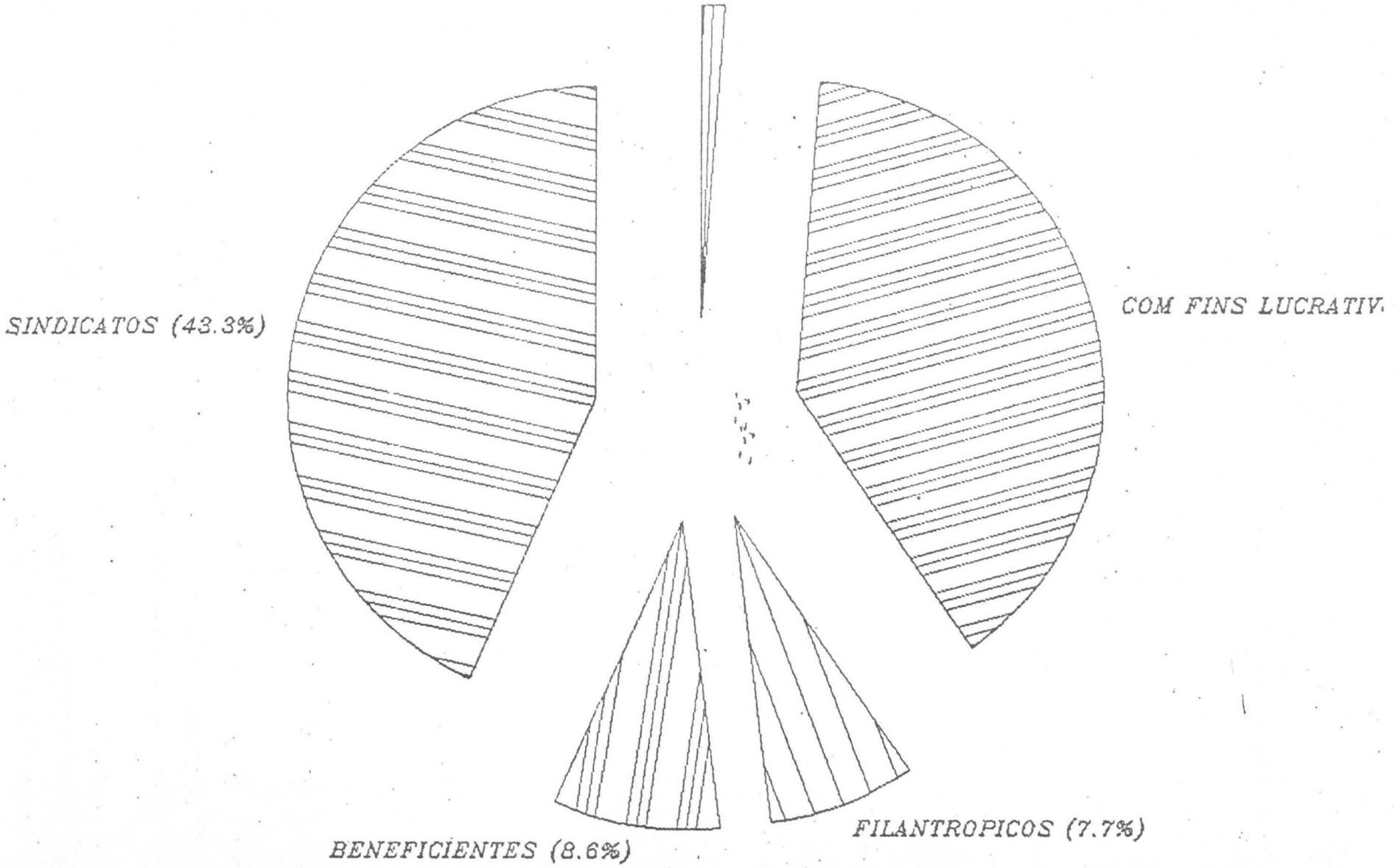
I.12-ESTAB. AMBULATORIAIS PRIVADOS – BRASIL

DIST. POR CATEG. INSTITUCIONAL – 1978



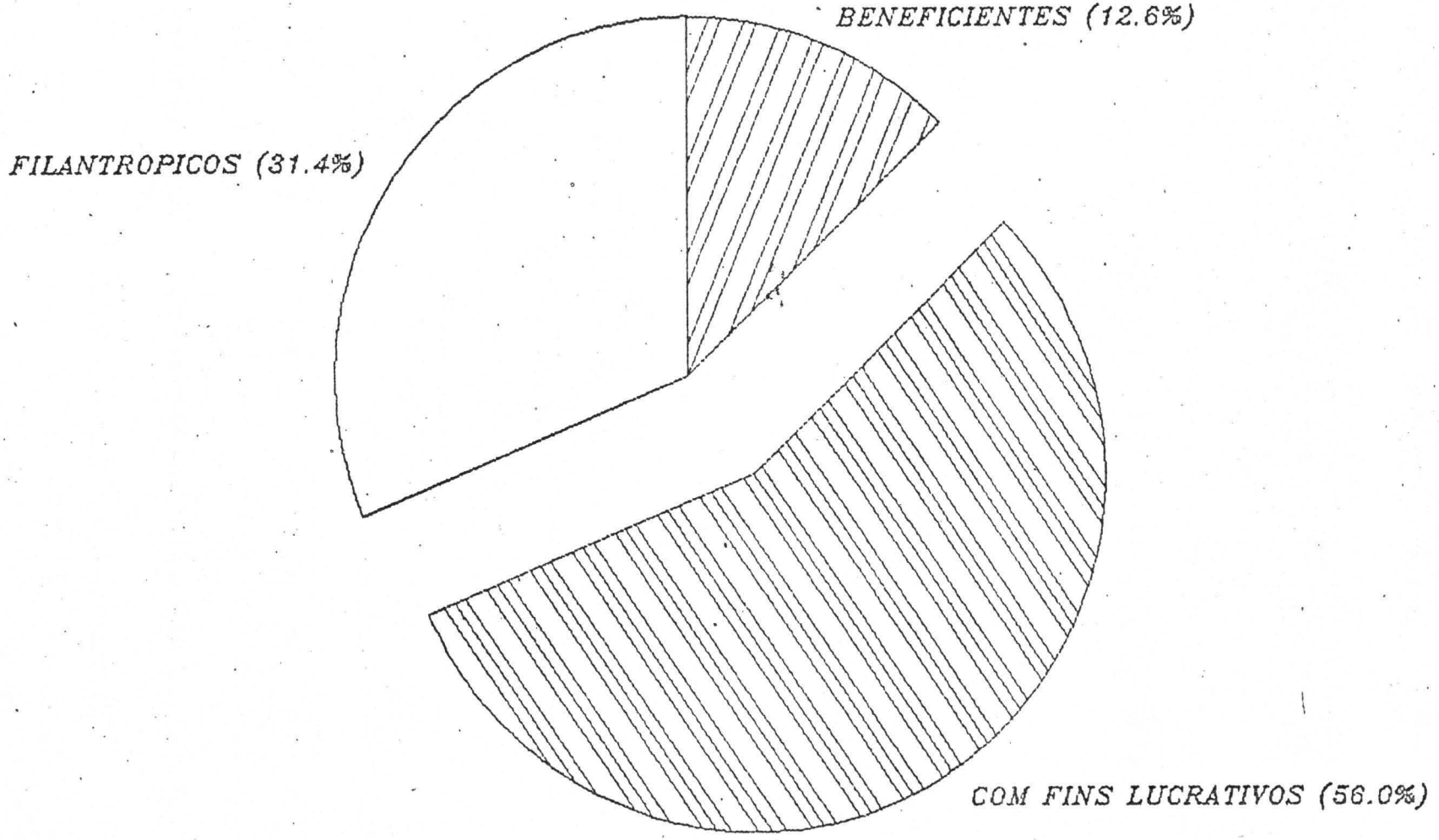
I.13 ESTAB. AMBULATORIAIS PRIVADOS – BRASIL

DIST. POR CATEG. INSTITUCIONAL – 1985



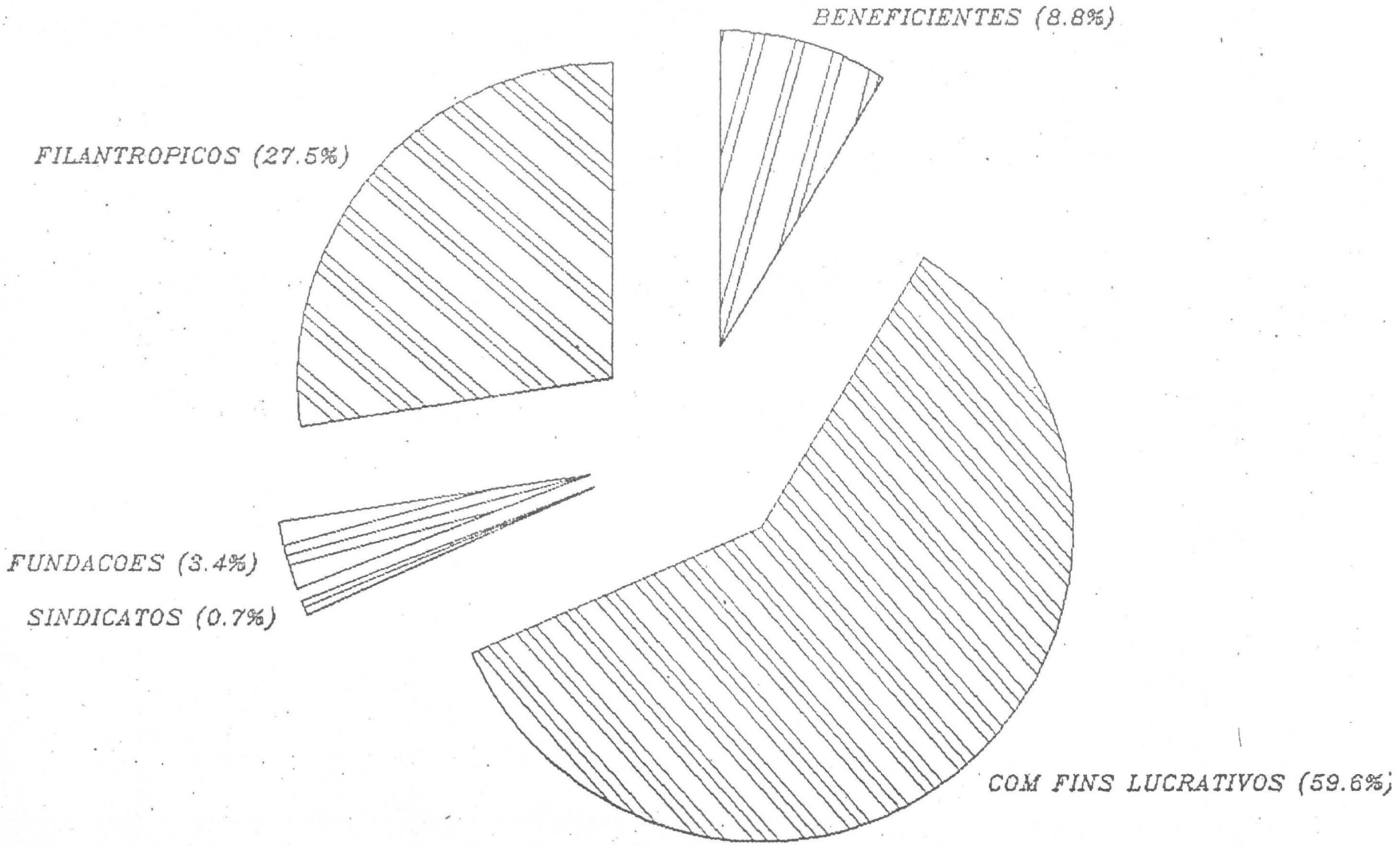
I.14- ESTAB. HOSPITALARES NO BRASIL – 1978

DIST. POR CATEGORIA INSTITUCIONAL

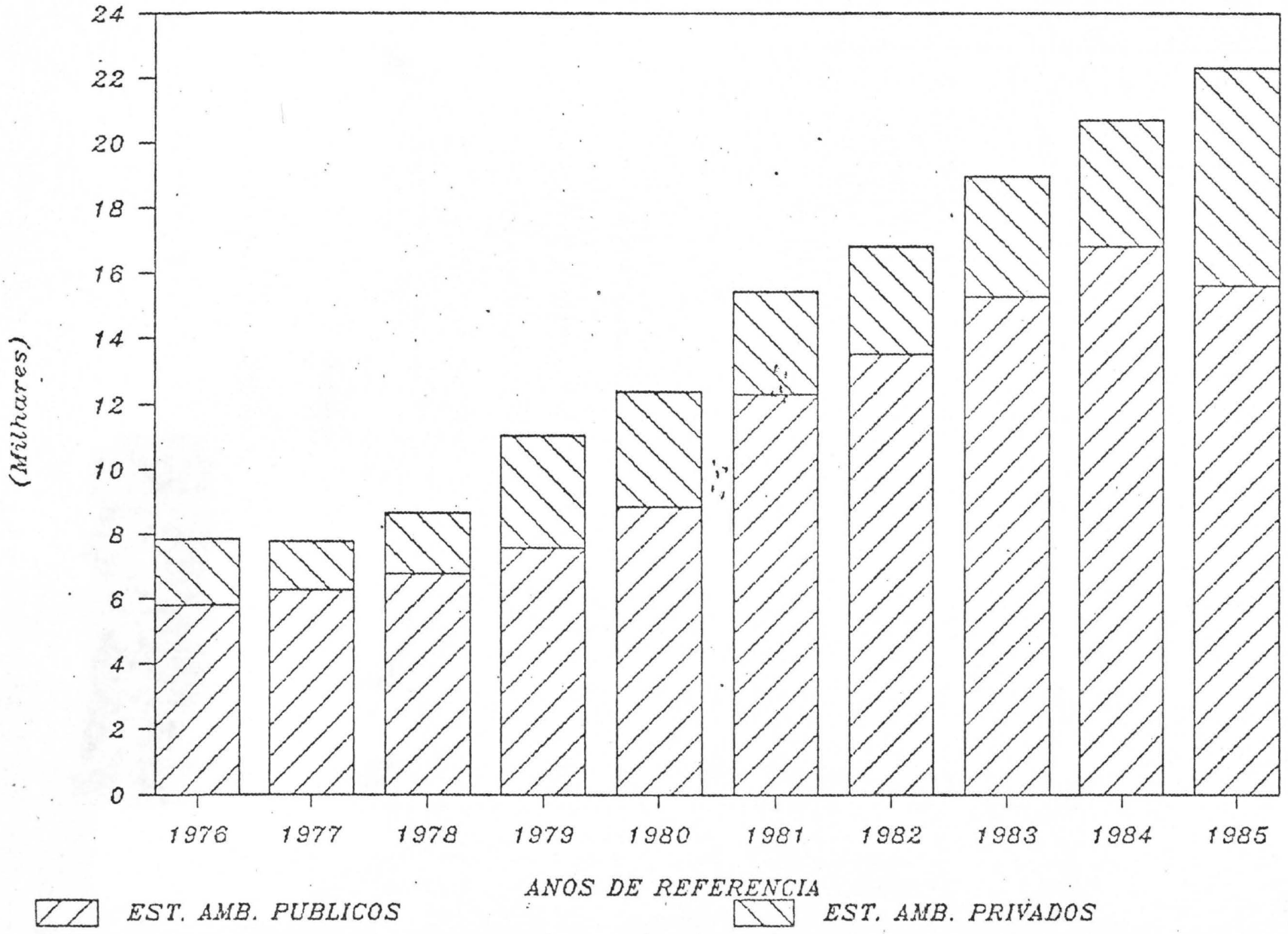


I.15 - ESTAB. HOSPITALARES NO BRASIL – 1985

DIST. POR CATEGORIA INSTITUCIONAL



I.16

ESTAB. AMBULATORIAIS NO BRASIL

1976–1985