

A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO ATRAVÉS DE SERVIÇOS CONTRATADOS*

VALÉRIA DE SOUZA**

1. Introdução; 2. As relações da previdência com o conjunto da sociedade; 3. Características dos hospitais contratados pela previdência social; 4. Recursos financeiros previdenciários para a assistência médica; 5. Conclusões.

1. Introdução

A organização dos serviços de assistência médica no Brasil desenvolveu-se de maneira tal que, hoje em dia, o quadro que se tem é o de um sistema complexo de distribuição de funções através da rede privada e pública, com a previdência social responsável por, aproximadamente, 90% dos serviços médicos prestados no país.

A constatação de que o sistema previdenciário abrange praticamente 100% da população urbana brasileira e é responsável pelo segundo orçamento do país, só ultrapassado pelo da União, é suficiente para demonstrar a importância das funções econômicas e sociais que vêm sendo desempenhadas pela previdência social.

O programa de assistência médica, principalmente a partir de 1967, com a criação do INPS, vem assumindo importância crescente no contexto da política de saúde no Brasil. Para se ter uma idéia desse crescimento, em 1970 a previdência social destinou Cr\$ 2 bilhões à assistência médica e em 1980 essa cifra alcançou Cr\$ 152 bilhões. À assistência médica são dedicados, aproximadamente, 25% da receita total da previdência.

Atualmente a previdência social oferece assistência médica e hospitalar através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) sob

* Documento elaborado com base em monografia com o mesmo título, aprovada no Curso de Mestrado da EBAP e divulgada na série Cadernos EBAP n.º 11.

** Professora na Escola Brasileira de Administração Pública e membro da equipe Proasa. (Endereço da autora: FGV/EBAP — Proasa — Praia de Botafogo, 190 — 5.º and. — Rio de Janeiro, RJ.)

diversas modalidades: serviços próprios; os vinculados a partir de convênios;¹ e os vinculados a partir de crescimento para a rede privada de hospitais.

Em 1979 existiam 3.059 hospitais da rede privada, contratados, distribuídos em todo o país, particularmente concentrados nos centros urbanos. A previdência social contrata, aproximadamente, 200 mil leitos da rede privada,² que é responsável pela produção anual de mais de sete milhões de egressos hospitalares.³

A ênfase da assistência médica na previdência social e a forma como é oferecida, através da rede privada lucrativa, tem gerado constantes debates no campo da saúde. A política que a previdência define para a prestação dos serviços de assistência médica possibilita, através das contratações com a rede privada, o incentivo ao crescimento das empresas médicas, fortalecendo o atendimento individual curativo, através da medicina especializada e complexa, em detrimento da atenção à saúde coletiva. Estes fatores levam à reprodução ampliada e acelerada das desigualdades existentes na oferta de serviços de saúde no Brasil.

A assistência médica na previdência brasileira nasceu juntamente com a própria previdência social em 1923, não como resultado de uma opção *técnica*, mas sim de lutas e jogos de interesses de grupos nas diversas fases da conjuntura brasileira. A questão de prestar ou não assistência médica ambulatorial e hospitalar na previdência social foi sempre muito polêmica. É fruto da conquista da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida, fortalecida pelos interesses do sistema capitalista.

2. *As relações da previdência com o conjunto da sociedade*

Por que a previdência social contrata serviços da rede hospitalar privada?

Para poder responder a esta questão é necessário analisar as relações da previdência social com o conjunto da sociedade, nos diversos períodos que marcam a evolução dessa instituição, e ver qual a forma pela qual a assistência médica é oferecida.

Quando surgiram as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923, a assistência médica ambulatorial foi incluída como benefício básico tendo, em 1926, a assistência hospitalar passado, também, a fazer parte do conjunto de benefícios. Para a prática da assistência médica, na previdência, nesse seu início, as instituições (CAPs) viram-se obrigadas a criar hospitais e ambulatórios próprios. Surge, assim, o que se caracteriza hoje como o *sistema próprio* da prestação de serviços. Inicialmente a assistência médica da previdência centrava-se na assistência ambulatorial. Além dos serviços prestados pelo *sistema próprio*, a previdência social também comprava serviços de consultórios privados.

O Brasil possivelmente não adotou apenas a compra de serviços privados de assistência médica, a exemplo do que ocorreu nos EUA, porque a prática médica privada, na década de 20, estava organizada de forma muito precária, incapaz

¹ Em 1979, a previdência social mantinha 5.483 convênios com empresas, 612 com sindicatos, 33 com universidades e 423 com órgãos públicos de níveis federal, estadual e municipal. Ver *Inamps em dados*. Rio de Janeiro, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), 1980.

² Os leitos do sistema da previdência social não ultrapassam 10 mil.

³ Mais de 90% do total de egressos hospitalares da previdência social.

e desinteressada para se apresentar como alternativa, obrigando, assim, as instituições previdenciárias a desenvolverem seus próprios serviços.

Durante o período que se inicia em 1930, a assistência médica só não foi totalmente eliminada da previdência social porque era importante mantê-la, para que o Governo não ficasse antipopular, e mesmo porque o Estado não estava disposto a assumir a responsabilidade de fornecê-la de outra forma. A solução encontrada foi manter a assistência médica,⁴ sem que isso implicasse grandes investimentos. Recorre-se, assim, à compra de serviços de terceiros, através de contratos entre as instituições da previdência social e hospitais ou clínicas particulares.

Esta articulação da previdência social com o setor privado vem a ser o primeiro fator provocador de mudança na postura artesanal da medicina brasileira. Outros fatores surgidos mais tarde na década de 60 virão associar-se a este, entre eles a mão-de-obra médica assalariada excedente do mercado liberal, dando origem a uma mentalidade *empresarial* para a organização da medicina no país.

No período que se inicia em 1945 a previdência social é caracterizada pela ênfase em benefícios outros que não apenas aposentadoria e pensões. Com uma atenção especial pela assistência médica, o período pós-45 caracterizar-se-á por um ativo processo de compra de serviços e construção de ambulatórios e hospitais para formar sua rede própria, tanto ambulatorial como hospitalar.

Os anos de 1948 e 49 são marcados pela aquisição, construção e ampliação de hospitais, ambulatórios e sanatórios nas mais variadas localidades do Brasil.⁵ Nota-se que nesse período a rede de *serviços próprios* da previdência sofreu grande impulso.

Até 1964 a assistência médica era fornecida basicamente pelos serviços próprios da previdência social. A compra de serviços de terceiros surgiu anteriormente, mas minoritária e pouco expressiva no quadro geral da prestação desses serviços pelos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), principalmente se compararmos com o que ocorre no período pós-64.

O período pós-64 merece uma análise especial, pois é o marco da expansão da assistência médica na previdência social.

Esse período vai acrescentar novas diretrizes à política de assistência médica que, em nome de uma racionalidade *necessária* e viabilizadora da expansão da cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios da previdência social. Esta orientação toma como argumento básico a crise financeira dos IAPs e, por conseguinte, a necessidade de adoção de novas formas de regulamentação das instituições e da prestação de serviços.

A opção pela compra de serviços do setor privado não é um fato isolado e encontra suas bases legais na Constituição de 1969 e no Decreto-lei n.º 200, de 1967.⁶

⁴ Com exceção do IAPI, que não prestou assistência médica ou hospitalar até 1950.

⁵ Arouca, A. Sérgio et alii. *O complexo previdenciário da assistência médica*. Relatório de pesquisa realizada no Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde — Peses/Fiocruz-Finep, Rio de Janeiro, 1979. p. 291 e seg. O autor arrola todas as instalações criadas neste período.

⁶ O art. 170 da Constituição de 1969 diz que o Estado organizará e explorará a atividade econômica apenas em caráter suplementar à iniciativa privada. Campanhole, Adriano & Campanhole, Hilton Lôbo. *Todas as constituições do Brasil*. São Paulo, Atlas, 1971. p. 66.) O Decreto-lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, define para cada ministério a política de um máximo possível de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo.

Em 1964 foi criada uma comissão especial a fim de reformular o sistema previdenciário; propôs-se que a assistência médica ficasse sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), reservando-se à previdência social a função de concessão de benefícios, proposta que não foi implementada.

Com a criação do INPS, em 1967, este passa a ser o grande comprador de serviços de assistência médico-hospitalar ao setor privado.

Em 1968 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), elaborado na gestão do Ministro Leonel Miranda no Ministério da Saúde de 1967-69. O PNS colocava a prestação da assistência médica sob a coordenação do Ministério da Saúde, dentro de uma radical *privatização*. Este plano que não chegou a ser implantado a nível nacional foi combatido por sanitaristas, pelo meio acadêmico, por associações e sindicatos da classe médica.⁷

Verifica-se que a partir da década de 60 a rede hospitalar privada, com fins lucrativos, acelera seu desenvolvimento. Isto ocorre na medida em que começa a abrir espaços, através de contratos com a previdência social. De acordo com Braga, passa a existir “uma consolidação da ocupação capitalista da prestação de assistência médica, ocorrendo a expansão de gastos em assistência médica na previdência social, o que criou condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços”.⁸

Para Luz,⁹ praticamente toda a atividade médica que não seja a medicina liberal de consultório (inacessível a 90% da população) torna-se, através dos contratos com o INPS, previdenciária. A autora diz que “a prática médica é assim estatizada e, em compensação, o Estado, através das clínicas e hospitais credenciados, privatiza-se”.

Ao consolidar a expansão capitalista na rede de serviços a assistência médica na previdência promoveu também a tecnificação do ato médico e a especialização do trabalho médico.

A intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa, individual e especializada, através da previdência social, propiciou ainda a criação do complexo médico-industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais, na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Fica assim formado o tripé no qual estão calcadas as *políticas de saúde*: de um lado estão as *indústrias* (nacionais) de produção de serviços de saúde; do outro, as indústrias (multinacionais) de saúde; e no meio, como intermediário (subsidiando uma e outra), com recursos dos trabalhadores, o Estado, através da assistência médico-previdenciária.¹⁰

As instituições de saúde, tanto a nível de prestação de serviços — hospitais e clínicas — como a nível de equipamentos, são expandidas, ao mesmo tempo que

⁷ Ver, sobre o assunto, Mello, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1977. Análise do Plano Nacional de Saúde, p. 65-83; Análise dos resultados do Plano Nacional de Saúde, p. 85-91. (coleção Saúde em Debate.)

⁸ Braga, José Carlos. *A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Tese de mestrado. Campinas, Unicamp, 1978. p. 110.

⁹ Luz, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 120.

¹⁰ Luz, Madel T. op. cit. p. 19.

procuram ampliar seu mercado consumidor. Essas instituições de saúde pressionam o Estado não só para que seja o seu cliente mais poderoso, mas também no sentido de prestação de serviços de saúde através da *medicalização*¹¹ de camadas mais amplas da população.

A partir de 1964, a presença de determinados grupos de *classe média* nas instituições de saúde, através de órgãos como a Associação Médica Brasileira (AMB), não cessa de crescer. Seus interesses por uma atenção médica privatizante vão juntar-se aos da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Estas e outras organizações similares, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupos (Abramge), tendem a pressionar o Estado no sentido do favorecimento de seus interesses nas futuras políticas de saúde.

Se, por um lado, desenvolve-se a luta de interesses de alguns grupos minoritários porém poderosos — os *empresários da saúde* — negociando com o Estado a política de saúde, por outro ocorre a proletarização da classe médica. Esta surge em função da expansão das empresas médicas, principalmente nos centros urbanos, tendo como resultado o assalariamento da categoria.

Nesses últimos anos, ocorre um intenso movimento de mobilização dos profissionais de saúde. Começam a crescer as entidades representativas: sindicatos de médicos, associações de classes e outros. Os movimentos desencadeados por essas instituições, além de lutar por melhores condições de trabalho e melhores salários, têm uma dimensão mais ampla: a mobilização em torno da defesa de interesses coletivos, contra a mercantilização do cuidado à saúde, em defesa do direito à saúde e aos serviços.

Uma tentativa de redefinição da política privatizante ocorreu em 1972, através da Portaria n.º 48, que dava prioridade aos órgãos próprios da previdência para a prestação de assistência médica, vindo a seguir, após esgotada a capacidade dos serviços próprios, os contratados e conveniados. Porém, como cita Hésio Cordeiro, “os interesses privados já se haviam articulado com suficiente poder com os setores da burocracia estatal para reverter a política médico-assistencial”.¹²

3. Características dos hospitais contratados pela previdência social

3.1 Estabelecimentos hospitalares contratados

Em 1979 a previdência social mantinha contrato com 3.059 hospitais da rede privada, nas diversas unidades da federação. A distribuição por regiões é mostrada no quadro 1.

¹¹ O termo “medicalização” vem sendo muito usado, nos últimos anos, por estudiosos da questão saúde como Michel Foucault, Ivan Illich e outros, que analisam a crescente intervenção da medicina em todas as áreas. Medicalização é, para esses autores, a prática médica moderna voltada para a medicina altamente especializada que utiliza intensa e sofisticada tecnologia apoiada, portanto, em todo o complexo médico-industrial.

¹² Cordeiro, Hésio. Sistema de saúde: o Estado e a democratização da saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 13(4):46, out./dez. 1979.

Quadro 1

Número de hospitais contratados
Brasil e grandes regiões — 1979

Regiões	Hospitais contratados	
	N.º	(%)
Brasil	3.059	100,0
Norte	71	2,3
Nordeste	573	18,7
Sudeste	1.318	43,1
Sul	868	28,4
Centro-Oeste	229	7,5

Fonte: *Inamps em Dados*, n.º 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Do total de hospitais contratados, 43,1% estão localizados na região Sudeste, sendo que São Paulo concentra o maior número de hospitais contratados: 559. Na região Sul estão localizados 28,4% dos hospitais. O Nordeste, apesar de concentrar 28,1% da população total do país, tem contratados apenas 18,7% dos hospitais.

A grande maioria dos contratos efetuados pela previdência social concentra-se nas regiões Sudeste e Sul — 71,5%.

O quadro 2 apresenta a distribuição dos contratos por especialidades.

Em 1979 a previdência social mantinha 8.539 contratos com 3.059 hospitais, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, fisiológica, psiquiátrica, pediátrica e oncológica, de onde se depreende que muitos desses hospitais realizam contratos em mais de uma especialidade. O maior número de contratos foi realizado nas especialidades de clínica cirúrgica (2.591), clínica médica (2.569) e clínica obstétrica (2.389). Conclui-se que aproximadamente 90% dos contratos se concretizaram nessas três especialidades. Somente 626 foram destinados à assistência pediátrica.

Número de contratos por especialidades
Brasil e grandes regiões — 1979

Fonte: Inamps em Dados, n.º 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

3.2 Leitos hospitalares contratados

Pela magnitude dos recursos contratados, observa-se a grande importância que é reservada ao setor privado quanto à assistência médico-hospitalar, principalmente quando comparado com os recursos próprios da previdência. Em 1979, havia 41 hospitais próprios para todo o território nacional.

O quadro 3 sintetiza a distribuição de hospitais e leitos próprios da previdência.

Quadro 3

Hospitais e leitos próprios da previdência social
Brasil e grandes regiões
(1979)

Regiões	Total hospitais	Leitos hospitalares		Leitos complementares*	
		Funcionando	Existentes	Funcionando	Existentes
Brasil	41	7.433	8.111	1.382	1.470
Norte	—	—	—	—	—
Nordeste	12	1.915	2.110	386	426
Sudeste	23	4.741	5.154	822	869
Sul	4	325	378	108	108
Centro-Oeste	2	452	469	66	67

*Fonte: *Inamps em Dados*, n.º 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Do total de 9.581 leitos existentes (hospitalares e complementares), 92% estavam funcionando. Em contrapartida, foram contratados 192.939 leitos do setor privado. Em 1978, havia 352.785 leitos em estabelecimentos hospitalares privados. A previdência social mantém, portanto, contrato com 54,7% do total dos leitos do setor privado, o que torna o sistema previdenciário seu maior comprador de serviços.

Os 3.059 hospitais credenciados pela previdência social dispunham de um total de 310.718 leitos. Em 1979 o Inamps mantinha contrato com 192.939 leitos, ou seja, 62,1% dos leitos existentes nos hospitais credenciados. Em todas as regiões o Inamps contrata mais da metade dos leitos existentes nos hospitais com os quais mantém credenciamento.

O quadro 4 apresenta a relação entre leitos contratados e população urbana (Brasil e regiões), em 1979. Foram utilizados os dados da população urbana, em virtude da falta de dados sobre a população beneficiária da previdência social.

Quadro 4
Leitos contratados por habitantes urbanos
Brasil e grandes regiões — 1979

Regiões	Leitos contratados		População urbana — 1979 (em 1.000)	Leitos contratados por 1.000 habitantes
	N.º	(%)		
Brasil	192.939	100,0	75.177,2	2,57
Norte	3.525	1,8	2.362,3	1,49
Nordeste	33.158	17,2	16.582,1	2,01
Sudeste	95.844	49,7	41.592,4	2,30
Sul	48.253	25,0	10.606,7	4,55
Centro-Oeste	12.159	6,3	4.033,7	3,01

Fonte: *Inamps em Dados*, n. 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980; População: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1980.

Observa-se que a relação nacional de leitos contratados por população urbana no Brasil é de 2,57 leitos por mil habitantes e que a relação mais alta é a da região Sul (4,55).

A distribuição desses leitos por especialidades está resumida no quadro 5.

Nota-se que dos 192.939 leitos contratados, somente 20.132 eram destinados a pediatria. O quadro 6, a seguir, apresenta como estão esses leitos proporcionalmente distribuídos por especialidades.

Quadro 5

Número de leitos contratados por especialidades
Brasil e grandes regiões — 1979

Regiões	Total	C. Médica	C. Cirúrg.	C. Obstét.	Tisiol.	Psiquiát.	Pediát.	Oncol.
Brasil	192.959	57.765	38.257	27.089	6.561	42.445	20.132	710
Norte	3.525	1.089	996	685	101	167	487	—
Nordeste	53.158	7.880	5.573	4.719	791	8.661	5.354	180
Sudeste	95.844	25.496	18.125	11.606	4.374	26.118	9.785	340
Sul	48.253	19.992	10.883	7.956	921	5.440	3.003	58
Centro-Oeste	12.159	3.308	2.660	2.123	374	2.059	1.503	132

Fonte: *Inamps em Dados*, n. 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Quadro 6

Leitos contratados por especialidades
Brasil e grandes regiões — 1979
(Em percentual)

Regiões	Total	C. Médica	C. Cirúrg.	C. Obstét.	Tisiol.	Psiquiát.	Pediát.	Oncol.
Brasil	100,0	29,9	19,8	14,0	3,4	22,0	10,4	0,4
Norte	100,0	30,9	28,3	19,4	2,9	4,7	13,8	—
Nordeste	100,0	23,8	16,8	14,2	2,4	26,1	16,1	0,5
Sudeste	100,0	26,6	18,9	12,1	4,6	27,3	10,2	0,4
Sul	100,0	41,4	22,6	16,5	1,9	11,3	6,2	0,1
Centro-Oeste	100,0	27,2	21,9	17,5	3,1	16,9	12,4	1,1

Obs.: Os percentuais foram calculados a partir dos dados do quadro 5.

Na região Sul, onde estão localizados 25% dos leitos totais contratados pelo Inamps, 41,4% são para clínica médica, 22,6% para cirúrgica, 16,5% para obstétrica, 11,3% para psiquiátrica e 6,2% para pediátrica.

Na região Centro-Oeste, que tem 12.159 leitos contratados, 27,2% são para clínica médica, 21,9% para cirúrgica, 17,5% para obstétrica, 16,9% para psiquiátrica e 12,4% para pediátrica.

Observa-se, ainda, a alta proporção de leitos psiquiátricos contratados (22%), (embora as recomendações da Organização Mundial da Saúde — OMS sejam para a desospitalização nesta especialidade), enquanto que para pediatria destinam-se apenas 10,4% dos leitos, apesar da população brasileira ser predominantemente constituída de jovens e das elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantis.

Na região Norte, o maior número de leitos contratados destina-se à clínica médica (30,9%), Na região Nordeste, o maior número de leitos contratados destinou-se às internações psiquiátricas (26,1% do total); somente em Pernambuco foram contratados 3.040 leitos psiquiátricos, aproximadamente 40% dos leitos contratados no estado.

Também na região Sudeste, a maior quantidade de leitos contratados é para psiquiatria — 26.118 leitos — correspondendo a 23,3% do total de leitos contratados na região e equivalendo a 13,5% do total de leitos contratados pelo Inamps para todo o país. Do total de leitos psiquiátricos contratados na região Sudeste, 50,4% estão localizados em São Paulo e 34,4% no Rio de Janeiro.

3.3 Utilização dos serviços hospitalares contratados

A previdência social oferece serviços de assistência médico-hospitalar através de três modalidades: em hospitais próprios, hospitais contratados e através de convênios. O quadro 7 demonstra a evolução das internações urbanas através do sistema próprio de hospitais contratados e de convênios da previdência social, bem como o número de consultas médicas ambulatoriais no período 1971-79.

Verifica-se que o crescimento do número de internações hospitalares da população urbana na previdência social no período 1971-79 foi bastante heterogêneo. Houve um acréscimo significativo nos anos 1975 e 1976, para decrescer em 1977. O acréscimo de internações no período 76/77 foi somente de 2,21%, muito pequeno se comparado aos dois períodos anteriores: 31,94% em 74/75 e 25,21% em 75/76. Esta queda brusca no incremento do número de internações coincide com o período de implantação do controle de contas hospitalares — Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (Snepch), pela previdência social, através da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

O quadro 8 apresenta o número de internações urbanas da rede hospitalar da previdência social e a respectiva participação da rede própria, contratada e de convênios.

Dos serviços de assistência médico-hospitalar oferecidos pela previdência social, aproximadamente 90% são produzidos pela rede hospitalar privada contratada. Está havendo, no decorrer do período, um moderado acréscimo na participação dos serviços executados através de convênios. Em 1979 as internações nos hospitais próprios da previdência social não atingiram 3% do total das internações.

Quadro 7

Internações hospitalares e consultas médicas
Previdência social — clientela urbana
(1971 — 1979)

Ano	Internações	Crescimento anual de internações (%)	Consultas médicas	Consultas médicas/ internações
1971	2.931.589		44.688.476	15,24
1972	3.405.906	16,18	47.795.509	14,03
1973	3.708.051	8,87	48.633.991	13,12
1974	4.082.702	10,10	52.143.086	12,77
1975	5.386.738	31,94	82.369.197	15,29
1976	6.744.658	25,21	105.477.691	15,64
1977	6.893.850	2,21	118.860.264	17,24
1978	7.781.188	12,87	130.012.551	16,71
1979	8.535.168	9,69	137.135.797	16,07

Fonte:

Período 1971-74: *Mensário estatístico*, n. 298/300, MPAS/INPS, Rio de Janeiro, out/dez. 1977.

Período 1975-79: *Inamps em Dados*, n. 2/79. MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro. 1980.

Quadro 8

Internações urbanas na previdência social
(1975 — 1979)

Ano	Internações	Participação		
		Própria (%)	Contratada (%)	Convênios (%)
1975	5.386.738	3,4	91,5	5,1
1976	6.744.658	2,6	91,6	5,7
1977	6.893.850	3,1	90,3	6,6
1978	7.781.188	3,3	89,8	7,0
1979	8.535.168	2,8	89,7	7,5

Fonte: *Inamps em Dados*, n. 2, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Os quadros 9 a 13 apresentam os totais de internações no período 1975-79, por especialidade médica e a distribuição percentual entre serviços próprios, contratados e por convênio da previdência social.

Quadro 9

Internações hospitalares por especialidades — clientela urbana — 1975

Clínicas	Total	Próprios (%)	Contratados (%)	Convênios (%)
Médica	2.539.619	1,0	94,3	4,7
Cirúrgica	1.162.055	7,8	85,7	6,5
Obstétrica	1.390.584	4,3	90,6	5,0
Psiquiátrica	251.104	—	97,4	2,6
Tisiológica	41.731	10,4	80,6	8,9
Oncológica	1.702	100,0	—	—
Total	5.386.738	3,4	91,5	5,1

Fonte: Mensário estatístico, número especial, 1975. Rio de Janeiro. MPAS/INPS, 1976.

Quadro 10

Internações hospitalares por especialidades — clientela urbana — 1976

Clínicas	Total	Próprios (%)	Contratados (%)	Convênios (%)
Médica	3.305.571	0,7	94,0	5,2
Cirúrgica	1.144.829	6,1	87,1	6,7
Obstétrica	1.651.979	3,5	89,9	6,6
Psiquiátrica	294.983	—	98,5	1,5
Tisiológica	45.193	10,5	80,7	9,1
Oncológica	2.013	100,0	—	—
Total	6.744.658	2,6	91,6	5,7

Fonte: Mensário estatístico, número especial, 1976. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1977.

Quadro 11

Internações hospitalares por especialidades — clientela urbana — 1977

Clínicas	Total	Próprios (%)	Contratados (%)	Convênios (%)
Médica	3.285.170	0,8	93,5	5,7
Cirúrgica	1.385.698	8,8	83,5	7,8
Obstétrica	1.856.037	3,3	88,7	9,0
Psiquiátrica	320.734	—	98,5	1,5
Tisiológica	43.536	12,8	71,5	15,7
Oncológica	2.675	100,0	—	—
Total	6.893.850	3,1	90,3	6,6

Fonte: Mensário estatístico, número especial, 1977. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.

Quadro 12

Internações hospitalares por especialidades — clientela urbana — 1978

Clínicas	Total	Próprios (%)	Contratados (%)	Convênios (%)
Médica	3.843.937	1,1	92,9	6,1
Cirúrgica	1.487.425	8,1	83,4	8,5
Obstétrica	2.054.311	4,1	87,5	8,4
Psiquiátrica	353.649	—	99,0	1,0
Tisiológica	38.898	—	—	—
Oncológica	2.898	100,0	—	—
Total	7.781.188	3,3	89,8	7,0

Fonte: Inamps em Dados, n. 1, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1979.

Quadro 13

Internações hospitalares por especialidades — clientela urbana — 1979

Clínicas	Total	Próprios (%)	Contratados (%)	Convênios (%)
Médica	4.276.368	1,1	92,3	6,7
Cirúrgica	1.610.488	6,5	84,6	9,0
Obstétrica	2.236.463	3,7	87,4	8,9
Psiquiátrica	371.901	—	98,9	1,1
Tisiológica	36.556	12,5	69,7	17,8
Oncológica	3.452	100,0	—	—
Total	8.535.168	2,8	89,7	7,5

Fonte: *Inamps em Dados*, n. 2, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro. 1980.

Analisando-se comparativamente os dados de internações hospitalares na previdência social, nos anos de 1975 e 1979 (quadros 9 a 13), observa-se um acréscimo geral de 58,5% ou seja, de 5.386.738 para 8.535.168 internações no total. Este incremento foi de 68,4%, em clínica médica; 60,8% em obstetrícia; 48,1% em psiquiatria; 38,6% em cirurgia e 102,1% em oncologia (em 1975 ocorreram 1.702 internações em oncologia e, em 1979, 3.452). Na especialidade tisiologia houve um decréscimo de 12,4% nas internações, explicado pela ênfase das recomendações da OMS no sentido de que os casos da especialidade sejam solucionados no âmbito ambulatorial.

A participação das internações nos hospitais contratados na especialidade clínica médica varia de 94,3%, em 1975, a 92,3% em 1979. Este decréscimo corresponde ao aumento da participação dos serviços através de convênios, que vem sendo incrementado nos últimos anos, principalmente com hospitais universitários (5,1% em 1975 para 7,5% em 1979).

Os hospitais contratados são responsáveis por aproximadamente 85% da produção dos serviços de clínica cirúrgica, no período 1975-79.

Na clínica obstétrica, os hospitais da previdência social são responsáveis por menos de 5% das internações, cabendo-lhes os casos que requerem um atendimento especializado.

O atendimento em psiquiatria é basicamente feito através dos hospitais contratados; os hospitais próprios da previdência não atuam nessa especialidade, a nível de internação e os conveniados são responsáveis por apenas 1% das internações totais.

O quadro 14 apresenta a distribuição, por clínicas e regiões, das internações hospitalares em hospitais contratados em 1979. De acordo com o quadro 14, verifica-se que em 1979 foram realizadas 7.655.638 internações nos hospitais contratados pelo Inamps. Considerando-se a população urbana total do Brasil, estimada para esse ano, a relação de internações por população urbana seria de 10,18%.

Quadro 14

Internações nos hospitais contratados — clientela urbana
Brasil e grandes regiões — 1979

Regiões	Total de internação		Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica	Clínica Psiquiátrica	Clínica Tisiológica
	Absoluto	(%)					
Brasil	7.655.638	100,0	3.946.129	1.361.556	1.954.616	367.864	25.473
Norte	172.041	2,2	83.696	36.540	50.218	1.384	203
Nordeste	1.198.228	15,7	589.015	200.077	333.082	71.912	4.142
Sudeste	3.940.877	51,5	1.903.021	744.571	1.045.967	229.502	17.816
Sul	1.772.214	23,1	1.029.736	297.376	398.480	44.034	2.588
Centro-Oeste	572.278	7,5	340.661	82.992	126.869	21.032	724

Fonte: Inamps em dados, n. 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Quadro 15

Total de partos e cesarianas — 1979

Regiões	Total geral partos		Cesarianas		% Cesar./Tot. partos	
	Próprio	Contratado	Próprio	Contratado	Próprio	Contratado
Brasil	55.137	1.490.860	9.630	446.185	17,5	30,0
Norte	—	37.884	—	13.406	—	35,4
Nordeste	21.152	275.094	2.931	62.623	13,9	22,8
Sudeste	32.101	784.926	6.300	256.526	19,6	32,7
Sul	673	289.229	103	80.542	15,3	27,8
Centro-Oeste	1.211	103.727	296	33.088	24,4	31,9

Fonte: Inamps em dados, n. 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

Quadro 16

Assistência médica à clientela urbana em 1979:
Internações — Consultas — Serviços — 1979

Especificação	Total		Próprio		Contratado		Convênio	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
• Internações hospitalares	8.535.168	100,0	240.098	2,8	7.655.638	89,7	639.432	7,5
• Consultas ambulatoriais	137.135.797	100,0	52.077.636	38,0	46.812.946	34,1	38.245.215	27,9
• Serviços complementares	68.429.435	100,0	18.580.819	27,2	35.591.160	52,0	14.257.456	20,8
Eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros	(36.063.626)	(100,0)	(6.506.303)	(18,0)	(23.436.485)	(65,0)	(6.120.838)	(17,0)
Curativos, vacinas e injeções	(32.365.809)	(100,0)	(12.074.516)	(37,3)	(12.154.675)	(37,6)	(8.136.618)	(25,1)
• Exames radiográficos	15.895.325	100,0	2.506.876	15,8	10.572.430	66,5	2.816.019	17,7
• Exames de patologia	43.232.134	100,0	7.856.458	18,2	26.687.819	61,7	8.687.857	20,1

Fonte: Inamps em dados, n. 2/79, MPAS/Inamps, Secretaria de Planejamento, Departamento de Informática, Rio de Janeiro, 1980.

A clínica cirúrgica produziu 1.361.556 internações, correspondendo a 17,8% do total. Foram realizadas, em 1979, 1.354.368 operações, das quais 26,8% de grande porte, 59,2% de médio porte e 14,1% de pequeno porte, sendo a média de permanência na clínica cirúrgica de 6,4 dias.

No que se refere à clínica obstétrica, a distribuição de atendimento entre a rede própria e contratada, destacando a relação entre cesarianas e total de partos, é apresentada no quadro 15.

A clínica obstétrica, responsável por 25,5% das internações totais realizadas pelos hospitais contratados, assistiu 1.490.860 partos, dos quais 30% foram cesarianas, enquanto que nos hospitais próprios da previdência essa relação foi de 17,5%.

Na região Norte, a clínica obstétrica foi responsável por 29,2% das internações, correspondendo a 37.884 partos dos quais 13.406 foram cesarianas, dando uma relação de 35,4%, o maior percentual do Brasil.

No Nordeste, a obstetrícia foi responsável por 27,8% das internações. Do total de 275.094 partos, atendidos pela rede contratada, 22,8% foram cesarianas. A relação de cesarianas nos serviços próprios da previdência foi de 13,9%. Em ambas as modalidades de serviço, próprios e contratados, a incidência de cesarianas, na região Nordeste, é a menor apresentada no Brasil.

Na região Sudeste, a clínica obstétrica é responsável por 26,5% das internações, onde as 256.526 cesarianas representam 32,7% dos partos atendidos pela rede contratada.

No Sul, a clínica obstétrica participa em 22,5% dos 80.542 partos atendidos pela rede contratada, dos quais 27,8% são cesarianas.

Na região Centro-Oeste, 22,2% das internações são em obstetrícia, com um total de 103.727 partos atendidos pela rede contratada, dos quais 31,9% são cesarianas.

O quadro 16 apresenta a situação geral da assistência médica às populações urbanas em 1979, por serviço prestado e por modalidade de prestação de serviço. Para facilitar a análise, os serviços complementares foram desdobrados em duas categorias: na primeira, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, fisioterapia e outros; na segunda, curativos, vacinas e injeções. Os números para cada subcategoria aparecem no quadro 16, entre parênteses.

Analizando o quadro 16, observa-se que os serviços contratados são responsáveis por 89,7% das 8.535.168 internações e 34,1% do total das consultas ambulatoriais. Apesar dos serviços contratados serem responsáveis por 52% dos serviços complementares, observa-se, ao desdobrá-los em duas subcategorias, que na primeira (eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros) os contratados são responsáveis por 65%, enquanto que na segunda categoria (curativos, vacinas e injeções) apenas por 37,6%.

Os serviços contratados produzem 66,6% do total de exames radiográficos e 61,7% dos exames de patologia.

Os dados apresentados no quadro 17 objetivam uma análise comparativa entre as três modalidades de prestação de serviços: próprios, contratados e convênios, quanto à relação entre consultas médicas, outros serviços e formas de consulta médica.

Quadro 17

Relação entre consultas e outras formas de serviços à clientela urbana: serviços próprios, contratados e convênios — 1979

Especificação	Total	Próprio	Contratado	Convênio
Internações/100 consultas	6,22	0,46	16,35	1,67
Serviços complementares/100 consultas	49,89	35,68	76,02	37,28
(Eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros por 100 consultas)	26,30	12,49	65,84	16,00
(Curativos, vacinas, injeções por 100 consultas)	23,60	23,19	25,96	21,27
Exames radiográficos por 100 consultas	11,59	4,81	22,58	7,36
Exames de patologia por 100 consultas	31,52	15,09	57,01	22,72

Obs.: Dados calculados com base no quadro 16.

Observa-se que os serviços contratados estão predominantemente voltados para assistência médico-hospitalar, pois que enquanto os serviços próprios realizam 0,46 internações para cada 100 consultas e os por convênio 1,67, os serviços contratados fazem 16,35 internações em cada 100 consultas.

4. Recursos financeiros previdenciários para a assistência médica

A previdência social destina significativa parcela de seus recursos financeiros para a prestação dos serviços de assistência médica. Nesta seção são examinadas as fontes e usos desses recursos.

4.1 Fontes de financiamento da previdência social

O custeio global da previdência é atendido basicamente por contribuições: dos segurados em geral, 8% do respectivo salário de contribuição, nele integradas as importâncias recebidas a qualquer título; do segurado facultativo autônomo, 16% do respectivo salário de contribuição; das empresas em geral, uma quantia igual à estipulada para os segurados a seu serviço; e da União.¹³

O quadro 18 apresenta a evolução da receita da previdência social, no período 1971-78, por fonte financiadora:

Observando a composição da receita da previdência social entre 1971 e 1978, verifica-se que aproximadamente 90% da receita total é originária dos contribuintes. Verifica-se também um declínio no percentual de participação das transferências da União até 1975. Fica evidente, portanto, a baixa participação da União no financiamento da previdência social.

O item "outras receitas", que engloba as receitas patrimoniais e de capital, correspondeu, no período observado, a um valor máximo de 5,93% da receita total, o que demonstra um investimento muito baixo.

Pode-se afirmar que a base financeira da previdência social e, conseqüentemente, da assistência médica previdenciária tem sido as contribuições dos empregados e empregadores. Das contribuições dos empregados e empregadores para a previdência social pode-se considerar como um tributo direto a contribuição do empregado, enquanto a contribuição do empregador não é deduzida do lucro e sim acrescida ao preço de bens e serviços sendo, portanto, transferida para a população consumidora em geral.

De acordo com padrões internacionais de financiamento, os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários, chegando alguns deles a financiar até 65%.¹⁴ No Brasil, entretanto, a participação da União foi de 5,57% em 1978, tendo apresentado no período observado uma tendência decrescente.

Em suma, são os assalariados e o público em geral que arcam, direta ou indiretamente, com o financiamento da previdência social e, conseqüentemente, com o financiamento dos serviços médicos da previdência.

4.2 Uso dos recursos financeiros

É inegável a significativa expansão da assistência médica na previdência social, principalmente a partir da década de 70, motivada pelo Plano de Pronta Ação (PPA) e pelo crescente número de contratos da previdência social com o setor privado. Como conseqüência, registra-se uma expansão nos dispêndios com a medicina curativa individual oferecida pela previdência.

¹³ Lei Orgânica da Previdência Social, Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960, publicada no *Diário Oficial da União*, 5 de setembro de 1960. O Tesouro Nacional deveria contribuir com dotação própria do seu orçamento, suficiente para complementar as despesas de administração e mais a parcela destinada a amortização e juros correspondentes à dívida da União para com a previdência social. As contribuições da União e o produto da amortização e dos juros da dívida consolidada constituem o Fundo de Liquidez da Previdência Social (FLPS).

¹⁴ Mondanesi, M. et alii. *Encargos trabalhistas e absorção de mão-de-obra*. Rio de Janeiro, Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1972.

Quadro 18

Evolução da receita da previdência social por fonte de financiamento
(1971-1978)
(Em Cr\$ 1.000,00)

Ano	Receita total	Receita de contribuições	Part. rec. total (%)	Receitas da União	Part. rec. total (%)	Outras receitas	Part. rec. total (%)
1971	11.502.636	10.009.832	87,02	888.121	7,72	604.683	5,26
1972	15.663.410	13.739.023	87,71	1.185.470	7,57	740.917	4,73
1973	22.277.856	19.841.319	89,06	1.462.480	6,56	974.057	4,37
1974	31.927.255	28.963.659	90,72	1.717.970	5,38	1.245.626	3,90
1975	48.775.588	43.853.511	89,91	2.336.678	4,79	2.585.399	5,30
1976*	78.046.116	70.100.955	89,82	3.825.930	4,90	4.119.231	5,28
1977	120.469.280	109.481.795	90,88	7.233.291	6,00	3.754.194	3,12
1978**	168.851.700	149.441.876	88,50	9.400.000	5,57	10.009.824	5,93

* Não foi incluída em "Outras receitas" e em "Receita total" a parcela correspondente ao saldo de exercícios anteriores, no valor de Cr\$ 3.610.355.423,00.

** Dados orçados.

Fontes: Período 1971-77: Balanços gerais do INPS. *Relatório de atividades 1974-78*. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.
1978: Orçamento do INPS para 1978. Portaria n.º 484, de 30 de dezembro de 1977, publicada no *Diário Oficial da União*, 19 jan. 1978.

É oportuno lembrar aqui que o orçamento da previdência social é o segundo orçamento do país a nível de volume de recursos, só ultrapassado pelo da União.¹⁵

Até 1978, os recursos financeiros da previdência social estavam alocados ao então INPS, englobando quatro grandes programas: administração, saúde, assistência e previdência. De acordo com o quadro 19, observa-se que mais de 60% dos recursos financeiros têm sido destinados ao programa previdência e que o programa saúde é contemplado no período 1970/78 com recursos que variam entre 24 a 30% do orçamento global da previdência social.

Quadro 19

Evolução da despesa da previdência social e participação nas despesas por programa (1970-1978)

Ano	Total da despesa previdência social (em Cr\$ 1.000,00)	Participação dos programas na despesa total (%)			
		Administração	Saúde	Assistência	Previdência
1970	8.748.208	7,5	26,8	0,4	65,2
1971	11.120.722	7,9	25,4	0,5	66,1
1972	15.143.190	6,8	24,0	0,5	68,3
1973	19.736.259	6,6	26,0	0,5	66,4
1974	28.525.241	6,8	25,0	0,5	67,1
1975	45.433.718	7,7	26,7	0,6	64,2
1976	78.482.478	7,6	30,0	1,0	60,8
1977	118.849.389	6,4	27,0	0,9	65,1
1978	169.000.000	9,3	26,6	1,2	62,9

Fontes: Período 1970-1977: Balanços gerais do INPS. *Relatório de atividades 1974-78*. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.

1978: Orçamento do INPS para 1978, Portaria n.º 484, de 30 de dezembro de 1977, publicada no *Diário Oficial da União*, 19 jan. 1978.

¹⁵ A previsão orçamentária da União para 1977 era de Cr\$ 229.894.000.000,00 (recursos do Tesouro) e a da previdência social de Cr\$ 118.849.380.000,00, equivalente a 51,7% do orçamento da União.

A partir de 1978, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), cada órgão componente do sistema tem seu próprio orçamento.

O Inamps inclui quatro programas em seu orçamento: administração, saúde, assistência e Pasep. Pelo quadro 20 observa-se que, nos últimos três anos, aproximadamente 90% dos recursos do Inamps são destinados ao programa saúde.

Quadro 20

Evolução da despesa do INAMPS e participação nas despesas por programa

Anos	Despesa total Inamps (em Cr\$ 1.000,00)	Programas (%)			
		Administração	Saúde	Assistência	Pasep
1979	93.660.000	9,02	89,90	0,28	0,80
1980	175.000.000	6,09	93,30	—	0,61
1981	289.500.000	5,64	92,75	0,95	0,66

Fontes: Orçamento do Inamps para 1979. Portaria n.º 1.976, de 28 de dezembro de 1979, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1980; Orçamento do Inamps para 1980. Portaria n.º 2.299, de 17 de outubro de 1980, publicada no *Diário Oficial da União*, 21 nov. 1980; Orçamento do Inamps para 1981, Portaria n.º 2.416, de 29 de janeiro de 1981, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1981.

No quadro 21 a distribuição percentual das despesas do Inamps com o programa saúde é apresentada por quatro categorias: assistência médica, assistência a acidentados, despesas de capital e sobrecarga administrativa.

Dos recursos destinados ao programa saúde, mais de 90% são para assistência médica, sendo que a participação de despesas de capital no programa saúde foi decrescente, não atingindo, nos últimos três anos, nem 1% do orçamento do Inamps.

O quadro 22 apresenta a evolução de despesa com assistência médica na previdência e o orçamento do Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar comparativamente os gastos em medicina curativa e preventiva. Observa-se bastante limitada em todos os anos a participação dos gastos em medicina preventiva.

Quadro 21

Evolução da despesa com o programa saúde
(1970-1981)

Ano	Total despesa saúde (em Cr\$ 1.000,00)	Participação na despesa total (%)			
		Assist. médica	Assist. méd. a acidentados	Desp. de capital	Sobrecarga administrativa
1970	2.344.640	91,8	4,4	1,6	2,1
1971	2.828.160	91,2	5,1	1,0	2,0
1972	3.662.368	90,6	6,0	1,3	2,0
1973	5.194.168	91,1	5,7	1,4	1,8
1974	7.194.882	90,7	6,1	1,3	2,0
1975	12.292.154	90,0	5,2	2,5	2,3
1976	23.827.500	91,0	3,9	3,4	1,8
1977	32.435.766	91,8	4,1	2,3	1,8
1978	45.020.898	93,9	4,5	1,6	—
1979	84.206.377	95,7	4,7	0,7	—
1980	163.273.812	92,8	2,9	0,9	2,6
1981	268.524.790	95,4	2,8	0,8	1,0

Fontes: Período 1970-77: Balanços gerais do INPS. *Relatório de atividades 1974-78*. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.

1978: Orçamento do INPS para 1978. Portaria n.º 484, de 30 de dezembro de 1977, publicada no *Diário Oficial da União*, 19 jan. 1978.

1979: Orçamento do Inamps para 1979. Portaria n.º 1.976, de 28 de dezembro de 1979, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1980.

1980: Orçamento do Inamps. Portaria n.º 2.299, de 17 de outubro de 1980, publicada no *Diário Oficial da União*, 21 nov. 1980.

1981: Orçamento do Inamps para 1981. Portaria n.º 2.416, de 29 de janeiro de 1981, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1981.

Quadro 22

Despesa com assistência médica no Inamps e orçamento do Ministério da Saúde
(1970-80)
(Em Cr\$ 1.000,00)

Ano	Despesa com assistência médica na previdência social*	Orçamento MS (Recursos do Tesouro)	% Orçamento MS em relação à despesa com assistência médica
1970	2.152.946	316.709	14,71
1971	2.599.593	354.451	13,63
1972	3.319.455	400.185	12,06
1973	4.730.225	476.200	10,07
1974	6.521.846	581.653	8,92
1975	11.058.894	1.456.884	13,17
1976	21.660.701	2.176.000	10,05
1977	29.773.676	3.918.000	13,16
1978	42.254.793	5.554.210	13,14
1979	80.553.518	8.120.000	10,08
1980	152.747.989	11.527.100	7,55

Fontes: Período 1970-77: Balanços gerais do INPS. *Relatório de atividades 1974-78*. Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.

1978: Orçamento do INPS para 1978. Portaria n.º 484, de 30 de dezembro de 1977, publicada no *Diário Oficial da União*, 19 jan. 1978.

1979: Orçamento do Inamps para 1979. Portaria n.º 1.976, de 28 de dezembro de 1979, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1980.

1980: Orçamento do Inamps para 1980. Portaria n.º 2.299, de 17 de outubro de 1980, publicada no *Diário Oficial da União*, 21 nov. 1980.

Orçamentos da União (Projetos da Lei Orçamentária). Presidência da República, anos 1970-1980.

* Foram consideradas despesas com assistência médica: assistência hospitalar, assistência ambulatorial, assistência médica (serviços próprios, contratados e convênios) e serviços básicos de saúde. Excluiu-se: construção e expansão de unidades hospitalares e ambulatoriais, assistência médica ao acidentado no trabalho, manutenção da rede distribuidora de medicamentos, etc.

Trabalhando-se com a comparação entre gastos orçados e execução orçamentária, elaborou-se o quadro 23, onde pode ser observado que as despesas realizadas atingiram 98% do previsto.¹⁶ O programa saúde gastou efetivamente 0,64% além do previsto no orçamento.

Quadro 23
Despesa prevista e realizada
Inamps — 1979
(Em Cr\$ 1.000,00)

Programas	Orçado	Realizado
Total	93.660.000	91.791.028
Administração	8.445.476	8.260.189
Saúde	84.206.377	82.742.846
Assistência	261.295	213.755
Pasep	746.851	574.238

Fontes: Orçamentos do Inamps para 1979. Portaria n.º 1.976, de 28 de dezembro de 1979, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1980.

Balanço econômico do Inamps para 1979. Departamento de Finanças, Coordenação de Contabilidade (documento interno).

A distribuição das despesas do programa saúde é apresentada no quadro 24. Observa-se que 33,85% do gasto com o programa saúde destinaram-se à assistência ambulatorial e que os gastos com assistência hospitalar nas especialidades clínica médica, cirúrgica e obstétrica somam 47,08% do total. Os itens assistência fisiológica e psiquiátrica não estão especificados em ambulatorial e hospitalar.

¹⁶ Em 1979, o Inamps teve seu orçamento reformulado mais de uma vez. A última reformulação ocorreu em 28 de dezembro de 1979, através da Portaria do MPAS n.º 1.976, publicada no *Diário Oficial da União* de 2 fev. 1980.

Quadro 24

Gastos da Secretaria de Assistência Médica
Programa Saúde — Inamps — 1979

Especificação	Despesa realizada (em Cr\$ 1.000,00)	(%)
Administração específica da assistência médica	1.530.720,5	1,83
Assistência farmacêutica	917.014,5	1,09
Assistência odontológica	1.678.109,2	2,00
Assistência médica ao acidentado	2.613.362,1	3,11
Assistência ambulatorial	28.448.996,4	33,85
Assistência fisiológica	698.112,7	0,84
Assistência psiquiátrica	5.764.400,7	4,47
Assistência médica em geral	4.213.223,8	5,02
Assistência hospitalar		
Clínica médica	13.929.036,3	16,57
Assistência hospitalar		
Cirúrgica	19.643.773,9	23,38
Assistência médica hospitalar		
Maternidade	5.987.147,8	7,13
Treinamento	30.186,2	0,04
Construção e expansão		
Unidades hospitalares	186.411,4	0,21
Construção e expansão		
Unidades ambulatoriais	387.479,9	0,46
Total	84.027.975,4	100,00

Fonte: Balanço geral do Inamps — 1979. Departamento de Finanças, Coordenação de Contabilidade (documento interno).

Pode-se observar ainda que são bastante escassos os recursos financeiros destinados à assistência odontológica (2%) e ao treinamento e capacitação de recursos humanos na área de saúde (0,04%).

No quadro 25 está apresentada a distribuição dos gastos do Inamps em saúde, por grandes regiões.

Quadro 25

Gastos em saúde — Inamps
Brasil (direção geral) e grandes regiões — 1979

Regiões	Gastos realizados em saúde	
	(Em Cr\$ 1.000,00)	(%)
Brasil	83.540.855,7	100,00
Direção geral	1.104.619,8	1,35
Norte	1.861.922,7	2,24
Nordeste	13.957.774,2	16,76
Sudeste	45.708.015,5	54,85
Sul	16.155.085,4	19,38
Centro-Oeste	4.555.416,1	5,46

Fonte: Balanço geral do Inamps — 1979. Departamento de Finanças, Coordenação de Contabilidade (documento interno).

Do total de gastos realizados com saúde em 1979, mais de 54,85% foram destinados à região Sudeste; 19,38% à região Sul. Estas duas regiões foram, portanto, responsáveis por 74,23% do gasto total da previdência social com saúde. Em contrapartida, o gasto no Norte e Nordeste atingiu 19%.

O mesmo padrão de distribuição se repete se trabalharmos com dados sobre gastos em assistência hospitalar cirúrgica, cuja distribuição é mostrada no quadro 26. As regiões Sudeste e Sul absorveram 73,8% dos gastos em cirurgia, em 1979.

Quadro 26

Gastos em assistência hospitalar cirúrgica
Brasil (direção geral) e grandes regiões — Inamps-1979

Regiões	Assistência hospitalar cirúrgica	
	(Em Cr\$ 1.000,00)	(%)
Brasil	19.618.754,7	100,0
Direção geral	412.199,6	2,1
Norte	597.532,9	2,0
Nordeste	3.227.041,0	16,5
Sudeste	10.235.051,0	52,2
Sul	4.242.516,3	21,6
Centro-Oeste	1.104.413,9	5,6

Fonte: Balanço geral do Inamps — 1979. Departamento de Finanças, Coordenação de Contabilidade (documento interno).

Quanto à distribuição dos gastos do Inamps em assistência médica, os serviços comprados a terceiros representaram mais de 80% do gasto em assistência médica de 1977 a 1980, conforme mostra o quadro 27.

Quadro 27

Despesa com assistência médica e serviços comprados — Inamps — 1977-1980
(Em Cr\$ 1.000,00)

Ano	Despesa com assistência médica*	Despesas serviços de terceiros	Serviços comprados (%)
1977	29.773.676	24.331.088	81,7
1978	42.254.793	37.244.080	88,1
1979	80.553.518	69.023.681	85,7
1980	152.747.989	124.076.231	81,2

Fontes: 1977: Balanços gerais do INPS. *Relatório de Atividades 1974-78*, Rio de Janeiro, MPAS/INPS, 1978.

1978: Orçamento do INPS para 1978. Portaria n.º 484, de 30 de dezembro de 1977, publicada no *Diário Oficial da União*, 19 jan. 1978.

1979: Orçamento do Inamps para 1979. Portaria n.º 1.976, de 28 de dezembro de 1979, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1980.

1980: Orçamento do Inamps para 1980. Portaria n.º 2.299, de 17 de outubro de 1980, publicada no *Diário Oficial da União*, 21 nov. 1980.

* Inclui: assistência hospitalar, assistência ambulatorial — serviços próprios, contratados e convênios e serviços básicos de saúde.

No ano de 1981, do total de recursos previstos para assistência médica, Cr\$ 144.102.231.000,00 foram destinados à compra de serviços de assistência médica do setor contratado, o que significa que a previdência repassa a maior parte dos recursos de assistência médica — 57,47% — ao setor privado para o pagamento de diárias, taxas, serviços profissionais médicos e outros. Para serviços prestados por órgãos do governo que estabelecem convênios com a previdência social foram destinados Cr\$ 9,73 bilhões, e para os hospitais de ensino foram previstos Cr\$ 10,98 bilhões. Os dados sobre a distribuição dos recursos do Inamps por programas, em 1981, são apresentados no quadro 28.

Quadro 28

Distribuição dos recursos orçamentários do Inamps por programas — 1981
(Em Cr\$ 1.000,00)

Especificação	Total
Assistência e previdência	289.500.000
Administração	16.315.210
Administração geral	16.315.210
Coordenação e manutenção administrativa	16.315.210
Saúde	268.524.790
Assistência médica e sanitária	268.524.790
Construção e expansão de unid. hosp.	575.000
Construção e expansão de unid. ambul.	1.649.790
Manutenção de assist. ao acidentado no trabalho	7.405.756
Assistência médica — serviços próprios	55.699.774
Assistência médica — serviços contratados	144.102.251
Participação no custeio de assistência médica prestada para outros órgãos governamentais	9.757.160
Participação no custeio de assistência médica prestada para hosp. univ. e de ensino	10.984.252
Participação no custeio de assistência médica prestada para outras entidades	24.677.047
Participação no custeio dos serviços básicos de saúde	5.543.000
Manutenção da rede de distribuição de medicamentos	8.152.800
Previdência	2.756.000
Previdência social a inativos e pensionistas	2.756.000
Manutenção de encargos com inativos e pensionistas	2.756.000
Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público	1.904.000

Fonte: Orçamento do Inamps. Portaria n.º 2.416, publicada no *Diário Oficial da União*, 2 fev. 1981.

Além do financiamento direto da previdência social, o setor hospitalar privado obtém financiamento através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

O FAS foi criado em outubro de 1974 por decisão do Conselho de Desenvolvimento Social como um dos instrumentos de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social. Com recursos administrados pela Caixa Econômica Federal, o FAS tem desde 1975, financiado a construção e ampliação de instalações de hospitais e clínicas de propriedade privada.

Aproximadamente 90% dos projetos financiados pelo FAS são das áreas de educação e saúde. Até 1977, 23,1% dos recursos do FAS foram destinados à saúde e previdência, sendo que destes recursos 79,5% foram destinados ao setor privado.¹⁷

5. Conclusões

Sendo a saúde um direito do homem, também lhe é inerente o direito aos serviços de saúde e assistência médica, cabendo aos governos garantir o acesso igualitário de toda a população a esses serviços.

Em um país extenso e heterogêneo como o Brasil, são flagrantes as desigualdades em termos de condições de vida e níveis de saúde da população. As condições de vida das comunidades das regiões mais desenvolvidas, dos centros urbanos e das classes sociais privilegiadas são melhores. Não só dispõem de recursos, como também apresentam os melhores níveis de saúde. As populações das regiões mais subdesenvolvidas e os grupos humanos marginalizados, conseqüentemente em piores condições de vida e dispondo de escassos recursos destinados aos serviços de saúde, apresentam altas taxas de mortalidade geral e infantil prevalecendo, ainda, as doenças infecto-contagiosas. O problema de desnutrição é a principal causa das altas taxas de mortalidade e morbidade. A situação da população não sofreu alterações apesar de algumas tentativas para solucionar os problemas de saúde no Brasil.

A organização dos serviços de saúde no Brasil não oferece condições para que tal situação seja corrigida, atendendo às necessidades das populações descobertas. A dicotomia da assistência médica ficou perpetuada através da lei que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e atribuiu ao Ministério da Saúde as ações preventivas e ao Ministério da Previdência e Assistência Social a assistência médica curativa. Esses serviços de assistência médica são dirigidos à clientela previdenciária, deixando fora do sistema a grande massa da população marginalizada. Os serviços oferecidos pelas secretarias de saúde estaduais e municipais não suprem os hiatos do atendimento previdenciário, em decorrência, principalmente, da carência de recursos disponíveis.

Observa-se que o Sistema Nacional de Saúde, na medida em que dá menor ênfase às ações do tipo preventivo, dá prioridade à assistência médica individual através dos serviços previdenciários.

A atual organização do SNS não oferece condições para universalizar os serviços de saúde para toda a população: é inviável para a previdência estender, a todos, o tipo de assistência médica que oferece — especializada e sofisticada. Isso implicaria elevados custos que a previdência não tem condições de assumir. Os serviços de saúde não são iguais para todos: os mais privilegiados têm acesso aos serviços de assistência médica previdenciária e podem dispor de serviços com tecnologias mais avançadas, principalmente através da rede hospitalar privada; as populações carentes e marginalizadas não têm acesso nem mesmo aos cuidados básicos de saúde.

A partir da criação do INPS, a previdência social expande o número de seus beneficiários, na tendência de universalizar sua cobertura. A criação do INPS é, também, o marco da expansão da contratação de serviços através da rede hos-

¹⁷ Arouca. op. cit. p. 348.

pitalar privada. Esta articulação da previdência social com o setor privado consolida a expansão capitalista da rede de serviços e propicia a criação do complexo médico-industrial. O Estado, ao assumir a gestão da assistência médica previdenciária, entrega sua execução ao setor privado.

Com a expansão da oferta de serviços de assistência médico-hospitalar por parte da rede privada, acentua-se a tendência à hospitalização. Enfermidades que muitas vezes podem ser tratadas em ambulatórios são encaminhadas ao setor hospitalar, situação agravada no caso de algumas especialidades como a psiquiatria e a tisiologia.

Mais de 90% das internações de paciente beneficiário é realizada em hospitais privados. Sendo esses serviços contratados por especialidades, isto contribui para que, indiscriminadamente, hospitais e casas de saúde altamente especializados, dispondo de tecnologia avançada, ofereçam a uma determinada clientela serviços altamente complexos, sofisticados e às vezes desnecessários. Esses serviços podem ser caracterizados como elitistas, enquanto grande parte da população apresenta problemas que podem ser solucionados através de cuidados simplificados.

A adoção de tecnologia avançada e sofisticada é ainda incentivada pelos critérios adotados pela previdência social na contratação dos hospitais. Esses critérios enfatizam a existência de recursos físicos para classificar o hospital contratado, definindo-lhe a categoria.

Com a unificação da previdência social, o Estado assume total autonomia quanto à gestão administrativa e financeira, excluindo a participação dos empregados e empregadores nas decisões. Apesar de ser o Estado o gestor dos recursos financeiros, sua contribuição no custeio da previdência tem sido mínima atingindo, nos últimos anos, somente 6% da receita total.

A retribuição pela prestação de serviços contratados é feita mediante o pagamento de diárias, taxas pela utilização de salas e unidades de serviços profissionais médicos. A modalidade de pagamento através de unidade de serviço (US), provoca sérias distorções no sistema. Esta modalidade de pagamento induz o médico e demais profissionais a buscarem no paciente algo que resulte em lucro. Tendo em vista a tabela de honorários, o médico é levado a realizar o tratamento com uma série de *atos médicos*, muitas vezes em quantidade superior à realmente necessária.

Com a finalidade de negociar os critérios e estipular os valores de pagamento das US, taxas e diárias, a Federação Brasileira de Hospitais, representante da empresa hospitalar privada, mantém atuação ativa junto à previdência social.

Com o crescimento dos serviços produzidos pelo setor privado contratado, a previdência social montou um mecanismo de controle das contas hospitalares criando a Dataprev. É um sistema de computação eletrônica, altamente sofisticado, com custos elevados, que objetiva controlar o aspecto quantitativo dos serviços produzidos pelas casas de saúde contratadas, a fim de agilizar o pagamento das contas hospitalares.

Apesar de toda máquina burocrática montada para o controle dos serviços realizados pela rede hospitalar privada contratada, a previdência não mantém qualquer mecanismo de controle da qualidade desses serviços. A auditoria médica seria, a exemplo do que ocorre nos hospitais próprios, um eficiente mecanismo de controle de qualidade dos serviços de assistência médica executados. Tendo em vista que o usuário tem uma participação muito significativa no financiamento da assistência médica, sua participação no controle dos serviços produzidos seria um mecanismo eficiente.

Em 1981 a previdência social destinou Cr\$ 268,5 bilhões para a saúde. Apesar de, a nível discursivo, a previdência social ter caráter redistributivo de renda, seus recursos estão predominantemente concentrados nas duas regiões mais desenvolvidas do país: Sudeste e Sul. Da mesma forma, os recursos contratados pela previdência estão alocados nessas regiões.

Considerando a tendência à universalização da cobertura dos serviços de saúde pela previdência, e tendo em vista a falta de dados sobre o número de beneficiários, usou-se os dados sobre a população urbana em geral a fim de permitir algumas análises *per capita*. A adoção deste critério é reforçada tendo em vista que o Inamps classifica os serviços contratados por clientela urbana e rural, embora se saiba que, em algumas regiões, a população urbana difere quantitativamente da população beneficiária, pois nem todos são segurados da previdência social.

Tomando-se a relação de leitos contratados por habitantes urbanos, o Brasil apresenta uma média de 2,57 leitos por mil habitantes. Enquanto a região Sul apresenta uma relação de 4,55 por mil habitantes urbanos na região Norte essa relação cai para 1,49 leitos.

A grande disparidade inter-regional na distribuição dos leitos contratados por especialidade não parece corresponder às características da demanda, sobretudo tendo em vista que 22% dos leitos contratados são para psiquiatria e 19,8% para cirurgia, enquanto que para pediatria esse número representa uma parcela minoritária, apesar de serem altas as taxas de morbidade e mortalidade infantil e a população do Brasil ser predominantemente constituída de jovens. Os contratos da previdência social com o setor privado são realizados, portanto, muito mais em função da oferta de leitos já instalados em hospitais e clínicas privadas, do que das necessidades da população beneficiária.

O setor privado tem pouca atuação nas especialidades de fisiologia e oncologia. As internações nessas especialidades ocorrem nos hospitais próprios da previdência social, pelo fato de o atendimento a doenças crônicas produzir um baixo retorno financeiro.

Na clínica obstétrica, ressalta o elevado número de cesarianas ocorridas nos hospitais privados. Tomando-se os dados referentes às cesarianas realizadas nos hospitais próprios, para efeito de análise comparativa, observa-se que sua relação é de 17,5% dos partos, enquanto nos serviços contratados é de 30%. Apesar de se ter, em 1979, estabelecido a modalidade de pagamento de US tanto para parto normal como para cesariana, esta ainda é uma fonte de receita a mais para o setor contratado, pois, além do pagamento da US estabelecida para o médico, inclui, também, o pagamento de anestesista, do auxiliar e da taxa da sala de cirurgia. A ocorrência do elevado número de cesarianas é também agravada pela forma como se dá a prática médica especializada.

Outra característica marcante nos serviços contratados, se comparados com o que é realizado pelos serviços próprios da previdência, é o alto consumo de serviços complementares. Enquanto os serviços próprios realizam 35,68% de serviços complementares (eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia e outros) por 100 consultas, nos contratados esta relação é de 76,02%. Nos serviços próprios a média é de 4,81 exames radiográficos e 15 exames de patologia por 100 consultas, enquanto que nos contratados estas relações são de 22,58% e 57,01%, respectivamente. Os serviços complementares realizados através de convênios mantêm uma proporção por consulta mais semelhante aos serviços próprios do que aos contratados, o que nos mostra que o exagero de serviços com-

plementares executados pelo setor contratado não deve ser confundido com boa qualidade da assistência médica.

O atual sistema de saúde que vigora no Brasil pode, em síntese, ser caracterizado pela falta de coordenação entre as várias instituições que o compõem. Muitas vezes ocorrem superposição de programas e atividades e hiatos que não são preenchidos por nenhuma delas. O sistema perpetua a dicotomia das ações preventivas e curativas. Quase toda a assistência médica realizada no país é feita pela previdência social, na sua maioria através da rede hospitalar privada. A previdência está gastando cada vez mais recursos em assistência médica, em benefício de poucos.

Com a conscientização da necessidade de universalizar a assistência médica, ampliando o acesso aos serviços às camadas populacionais desatendidas, o custo tenderá a elevar-se continuamente, a não ser que haja uma reformulação mais ampla no sentido de corrigir as distorções do sistema. Não há uma distribuição equitativa e controlada; a qualidade, além de não ser igualitária, é questionável, já que inexistente qualquer mecanismo de controle. Não há, principalmente, um retorno adequado traduzido em termos de redução de morbidade e mortalidade.

Para que haja mudanças mais amplas é necessário: a) que o planejamento da área de saúde seja coordenado com os demais setores da sociedade, incluindo a participação comunitária no planejamento e na gestão; b) que haja também uma redefinição da política de assistência médica da previdência social. Somente assim será possível responder afirmativamente às questões levantadas pela OMS, na VII Conferência Nacional de Saúde, no sentido de tornar possível a universalização da equidade dos serviços, proporcionando melhores níveis de saúde a toda a população.

Reembolso Postal: uma livraria em cada cidade

prático, rápido, seguro