

3 - As formas privadas de assistência à saúde desenvolvimento e características

Telma Maria Gonçalves Menicucci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENICUCCI, TMG. As formas privadas de assistência à saúde: desenvolvimento e características. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 103-162. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3

As Formas Privadas de Assistência à Saúde: desenvolvimento e características

Nos anos 80, ocorreu uma expansão significativa das formas privadas de assistência, de modo que, no final da década, o setor privado encontrava-se consolidado e bastante vigoroso. Este capítulo focaliza o movimento de gênese e expansão dessas formas privadas, procurando elucidar alguns dos mecanismos por meio dos quais a política de saúde favoreceu o desenvolvimento da assistência privada. Nesse processo, constituíram-se atores e interesses e institucionalizaram-se determinados comportamentos e práticas, como os efeitos *lock-in* das políticas de saúde.

Do ponto de vista analítico, o objetivo que fundamenta o capítulo consiste em captar a constituição de atores e interesses privados, em muitos casos como consequência direta das decisões governamentais e em outros como contraponto a não-decisões, particularmente a ausência de regulamentação das atividades privadas autônomas. Os incentivos públicos propiciados pela política de saúde, em um primeiro momento, e a ausência de intervenção, em um segundo, favoreceram investimentos privados na área da saúde, criando diferentes organizações para a prestação de assistência médica, e como consequência levaram à constituição de determinados padrões de comportamento dificilmente modificados. Valendo-se do formato institucional que a assistência vai adquirindo, não apenas se constituem atores, mas estes desenvolvem atividades e realizam investimentos, ao mesmo tempo que se configuram interesses que compoem a arena política do setor em que se darão as disputas relativas às decisões governamentais em um quadro de carências de recursos

públicos. Isso significa que as políticas de saúde não apenas estruturaram os interesses, mas também passaram a modelar as estratégias políticas dos grupos beneficiados por elas, buscando ampliar os incentivos ou manter o estado de coisas que lhes seja favorável, agindo com base no referencial das políticas públicas. Além de condicionar dessa maneira o processo político, o desenvolvimento da assistência privada, *vis-à-vis* à pública, têm efeitos cognitivos ou de aprendizagem que, por um lado, geram valorização das soluções adotadas e, por outro, inviabilizam a percepção de alternativas diferentes. Esses efeitos não são observados apenas entre os segmentos empresariais do setor saúde, mas também entre a sua clientela e o próprio governo. Os trabalhadores cobertos por planos de saúde privados tendem a valorizar mais a assistência privada e o governo e a readotar as soluções previamente escolhidas que priorizaram as opções privadas, além de não desenvolver capacidades próprias que permitiriam soluções alternativas quanto às formas de concessão de assistência à saúde. Como consequência do desenho institucional da assistência e do mau desempenho do setor público, desenvolveram-se atitudes que reforçam as opções segmentadas e valorizam a atenção privada, garantindo assim baixo suporte ao sistema público por parte dos usuários de serviços de saúde.

Esse encadeamento de efeitos das políticas de saúde reforça o argumento de que, desde sua constituição, a assistência à saúde se deu de forma segmentada, não se consolidando ao longo de sua trajetória uma proposta efetivamente universalista e igualitária, em razão mesmo de seu aprisionamento às decisões prévias.

Tal argumento difere em grande parte das explicações que podem ser identificadas na escassa literatura que trata da expansão do sistema supletivo de assistência à saúde, particularmente na década de 80, que costumam atribuí-la a um efeito inesperado do processo de expansão de cobertura da assistência pública ou como a demonstração do fracasso do Sistema Único de Saúde, criado com o objetivo de garantir o acesso universal.⁶⁵ Como efeito inespera-

⁶⁵ A ampla produção bibliográfica sobre o desenvolvimento do sistema público de atenção à saúde não encontra correspondência em estudos mais recentes específicos do segmento privado e, principalmente, sobre suas articulações com o setor público, o que tinha sido um tema bastante relevante nas décadas de 70 e 80, quando se discutiu amplamente o crescimento do 'empresariamento' da medicina como consequência das políticas públicas previdenciárias de favorecimento do setor privado. Como exceções, cabe destacar estudos pioneiros de Médici, como primeiras tentativas de descrever e mensurar o segmento privado, elaborados no início da década de 90, alguns como parte de uma série de publicações da OPS/OMS, além de artigos

do, a expansão concomitante do segmento privado é sugerida como um processo de reestratificação da assistência médica que supostamente se buscara romper mediante mudanças na política de saúde do mesmo período, as quais visavam fortalecer o setor público e culminaram na criação do SUS.

O ponto de partida deste estudo apóia-se na hipótese da continuidade como conseqüência da dependência de trajetória, o qual contraria a idéia de que o desenvolvimento da assistência privada ocorreu como um efeito inesperado da constituição de um sistema público de cobertura abrangente. Entretanto, isso não quer dizer que os diferentes fatores explicativos arrolados na literatura para explicar a expansão efetiva nos anos 80 se excluam ou sejam incompatíveis com o argumento que se procurou sustentar. Ao contrário, esses fatores se articulam e ganham sentido com a compreensão da própria trajetória histórica da assistência, não sendo devidamente inteligíveis de forma isolada.

Entre os principais fatores explicativos identificados na literatura para a expansão da assistência à saúde supletiva está a baixa qualidade dos serviços de saúde, atribuída à ausência de expansão da rede de serviços na mesma velocidade da ampliação da cobertura (Faveret & Oliveira, 1990; Médici, 1990, 1991a) ou à não-incorporação de recursos proporcionalmente à incorporação de novos usuários (Mendes, 1993). Por sua vez, essa insuficiência de recursos está vinculada tanto à crise financeira da Previdência Social, agudizada nos anos 80, quanto à crise financeira do Estado que coincidiu com o momento de implantação do Sistema Único de Saúde nos anos 90. Essa situação imprimiria à universalização do acesso aos serviços de saúde o caráter excludente, ao ter como contrapartida a 'exclusão' do sistema público de grupos sociais, sobretudo das camadas médias, nas quais se incluem os setores mais organizados e com maior capacidade reivindicativa. Isso enfraqueceria as bases de apoio do

esparcos (Almeida, 1998; Pereira, Costa & Giovanela, 2001), dissertações e teses, particularmente as de Bahia (1991, 1999). Sua tese de doutorado é bastante relevante para o tema, sendo que a autora, após uma 'garimpagem' dos dados então disponíveis, constrói um quadro do segmento privado. Digno de nota é um artigo de Faveret e Oliveira (1990), cujas hipóteses e explicações para o fenômeno de crescimento do setor privado, paralelamente à implantação de um sistema público que se pretendia universal, tornaram-se uma referência relevante e foram bastante disseminadas na bibliografia setorial, particularmente a noção de 'universalização excludente', adotada, entre outros, por Mendes (1993, 1996, 2001). Recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2002) publicou uma coletânea de artigos sobre o tema, produzidos em parceria com centros de produção acadêmica.

SUS, embora pudesse ser funcional ao evitar pressões explosivas sobre o setor público (Favaret & Oliveira, 1990).⁶⁶

Bahia (1999), de forma consistente, contesta essa relação causal entre a piora dos serviços públicos e o crescimento do segmento privado nos anos 80, uma vez que antes disso grande contingente de pessoas já estava vinculado a planos privados de saúde ou a regimes especiais de proteção social, como os sistemas de assistência médico-hospitalar para trabalhadores de empresas estatais, grandes empresas multinacionais e funcionários públicos de determinados órgãos das esferas federal, estadual e municipal. Esses mecanismos de provimento de serviços de saúde diferenciados da Previdência Social foram acionados ao longo da instituição de sistemas de proteção social mais abrangentes e se ampliaram após a unificação das instituições previdenciárias no INPS. A grande publicização do tema nos anos 80 estaria associada ao crescimento real dos planos de saúde privados, a partir dos convênios de empresas com grupos médicos sem participação da previdência, e da comercialização autônoma de planos de saúde. Para isso, teria concorrido tanto a possibilidade de migração de clientes que pagavam diretamente os provedores de serviços para planos e seguros de saúde quanto a expansão de cobertura de planos empresariais para trabalhadores do setor de serviços e para fora do eixo Sul-Sudeste.⁶⁷

⁶⁶ Essa exclusão se daria por ‘mecanismos de racionamento’, entendidos como os impedimentos ao acesso rápido ao sistema de saúde, como filas, demora para marcação de consultas médicas e cirurgias, que caracterizaram a assistência pública de forma acentuada nesse período. A ideia de exclusão sugere que alguns segmentos sociais migraram para o setor privado em razão da piora da qualidade dos serviços públicos, o que supõe, em termos lógicos, que anteriormente eles seriam cobertos pelo sistema público e que esse era de qualidade. Mas a própria análise de Favaret e Oliveira mostra a divisão anterior do sistema de saúde em dois espaços, o público e o privado, que apenas se tornam autônomos a partir dos anos 80 em termos financeiros e em sua lógica de expansão e articulação com as clientela. Isso significa que de fato não se pode dizer que houve uma exclusão, mas a não-incorporação desses segmentos ao sistema público, caracterizando-se, desde o início das políticas de assistência à saúde, como um sistema segmentado. Segundo as evidências, os mecanismos financeiros que possibilitaram a ampliação dos planos privados, associados ao encarecimento da assistência médica, de fato teriam expulsado os segmentos de renda mais alta da medicina liberal para os planos e seguros privados.

⁶⁷ Também Levcovitz (1997, *apud* Bahia, 1999) questiona a hipótese de que o crescimento dos planos de saúde sejam consequências inesperadas das políticas reformistas dos anos 80 e mostra que a medicina supletiva autônoma já estava plenamente consolidada na década de 70. Afinado com o esquema analítico defendido neste trabalho, destaca como a evolução da política de saúde é marcada por continuidades e rupturas – ao mesmo tempo que aconteceram mudanças nos padrões da assistência com o SUS, não houve uma ruptura com os padrões anteriores, sendo que o aumento da cobertura por planos privados vai se constituir como um limite para o projeto universalizante da reforma sanitária. É também na perspectiva da continuidade que podemos situar o pressuposto de Bahia, segundo a qual “os planos e seguros saúde integram um sistema de proteção social híbrido no qual as políticas de caráter universalista convivem com alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras” (Bahia, 1999: i).

Além da crise financeira do Estado, outro fator estrutural identificado para explicar a segmentação da assistência à saúde é a grande desigualdade social que obstruiria qualquer mudança na política de saúde no sentido da igualdade substantiva, implícita na noção de direito à saúde. Nessa perspectiva, a intenção universal redistributiva, expressa na legislação, se chocaria com a tendência estrutural que encaminharia o modelo brasileiro para um padrão residual, derrotando as ‘utopias redistributivas’ da reforma sanitária, mesmo sem nenhuma alteração no quadro legal (Faveret & Oliveira, 1990; Médici, 1991b; Bahia, 1999). Esse caráter residual do sistema de saúde expressaria uma tensão reiterada entre um projeto de universalização do acesso e outro de caráter conservador, com ênfase na privatização, descentralização e focalização como marcas da política de saúde nos anos 80, em consonância com o contexto de mudanças nas políticas econômico-sociais caracterizadas pela valorização do mercado em detrimento da atuação estatal (Mendes, 1993).

Secundariamente, é possível identificar a consideração de alguns fatores que poderiam ser chamados de ‘institucionais’, como a origem previdencialista, baseada no seguro social, do modelo de atenção à saúde no Brasil, o qual configuraria historicamente o caráter segmentado da prestação de serviços de saúde; e a existência de um sólido setor privado de oferta de serviços como consequência da opção governamental pela compra de serviços privados em detrimento da expansão da rede pública, o que favoreceu a constituição e o desenvolvimento de instituições privadas. A existência de um setor privado prestador de serviços bastante sólido resistiria a qualquer possibilidade de desmonte visando ao fortalecimento do setor público, embora isso fosse fundamental para a expansão da assistência à saúde de caráter universal (Médici, 1991b).

Fatores inerentes ao setor privado também são considerados para a explicação da assistência supletiva, dado que o setor desenvolveu estratégias agressivas de ampliação de seus mercados (Faveret & Oliveira, 1990; Bahia, 1999). A qualidade insatisfatória dos serviços públicos, associada a uma ação eficiente das empresas de saúde, propiciou a expansão de novos mecanismos financeiros, que viabilizaram o acesso de amplas camadas populacionais ao sistema privado, incluindo os setores médios, como alguns segmentos de baixa renda de grandes empresas públicas e privadas.

Por último, mas não de menor importância, algumas análises destacam fatores políticos, como a ausência de suporte efetivo ao sistema público, tanto pelo modelo de ‘reforma pelo alto’, que caracterizou a reforma sanitária, implementada sem o apoio efetivo dos setores organizados dos trabalhadores e de setores populares, quanto pelas estratégias particularistas de demandas dos trabalhadores com maior poder de barganha, que passam a incorporar nas suas reivindicações a entrada no sistema de atenção médica supletiva (Costa, 1995; Mendes, 1993).

Grande parte desses fatores é considerada na análise da evolução da assistência privada feita neste capítulo. Sem pretender desmontar essas explicações voltadas particularmente para a compreensão da expansão do segmento privado nos anos 80, busca-se aqui fazer uma releitura delas e articulá-las em uma perspectiva institucionalista e histórica, a partir da qual grande parte desses fatores explicativos é vista como efeitos da dependência de trajetória.

Com o objetivo de identificar os atores e os interesses e de demonstrar como uma trajetória particular foi aprisionada em razão dos seus efeitos sobre os comportamentos de atores e organizações privadas, este capítulo tem um caráter também descritivo, de forma a produzir um quadro do mercado de assistência privada no país, incluindo as suas dimensões, diversidade e regras de funcionamento. Isso parece fundamental para entender o processo político subsequente e a trajetória das políticas de assistência, particularmente os processos mais recentes. Na elaboração do capítulo, buscou-se então identificar a origem da assistência privada, nas suas formas iniciais, independentes da Previdência Social, mas analisando especificamente sua expansão de forma vinculada à assistência estatal e a partir dos incentivos governamentais durante as décadas de 60 e 70, e sua subsequente autonomização em relação ao setor público, embora ainda contando com incentivos indiretos a partir da década de 80. Na sua evolução, foram se constituindo diferentes segmentos ou modalidades organizacionais e, correlatamente, diferentes interesses, cuja diferenciação, caracterização e mensuração permitem identificar a arena da saúde. A cada segmento corresponde uma diferente organização de interesses que refletem as assimetrias de poder associadas às decisões públicas relativas à alocação de recursos e a incentivos em conjunturas diversas. De fato, o que se denomina hoje de assistência médico-hospitalar supletiva, em clara alusão à idéia de ser

suplementar à assistência pública – isto é, uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal –,⁶⁸ apresenta uma grande diversidade interna, sendo que cada subsegmento conformou trajetórias, em grande medida, específicas, embora se entrecruzando de diferentes maneiras. A gênese e o desenvolvimento desses segmentos mostram, desde o início da constituição da assistência médica no Brasil, a institucionalização de um sistema segmentado e diferenciado de acordo com a clientela e a configuração jurídica da instituição responsável pela atenção médica.

Se a literatura sobre a assistência privada é escassa, os dados disponíveis também são poucos e inconsistentes, produzidos, em sua maioria, por empresas de consultoria ou pelas próprias empresas operadoras de planos de saúde. Com a regulamentação recente da assistência supletiva, iniciada em 1998, abrem-se perspectivas para a produção de informações mais confiáveis e regulares. Este capítulo buscou consolidar as informações divulgadas na literatura disponível, além de atualizar os dados com base em levantamentos nas instituições públicas, nas entidades representativas das operadoras e/ou por meio de entrevistas com alguns de seus representantes. Os dados, em sua grande maioria, são ainda bastante precários e apenas indicativos. Mas na ausência de informações mais completas e confiáveis, foram considerados, na tentativa de esboçar um quadro geral do setor.

A Trajetória das Formas Privadas de Assistência à Saúde: das origens à década de 80

Como vimos, grande parte do segmento privado de assistência à saúde, especificamente o setor prestador de serviços, cresceu à sombra das políticas públicas, favorecido por incentivos financeiros e pela garantia de mercados cativos pela via do financiamento público. Mas outros setores tiveram seu desenvolvimento autônomo, alguns antes mesmo de qualquer política de assistência à saúde de caráter público e, possivelmente, em decorrência dessa carência de ação estatal. Além disso, os segmentos que se desenvolveram depen-

⁶⁸ A idéia de um sistema suplementar se distingue de um complementar, entendido este último como algo que complementasse o sistema público.

dentes do setor governamental via Previdência Social, particularmente durante a década de 70, adquiriram crescente autonomia em relação ao Estado na década de 80, em cujo final registra-se expressivo aumento da atividade privada sem financiamento público direto, na forma de convênio/empresa sem a intermediação da Previdência Social ou de seguro-saúde individual. Assim, o segmento privado de assistência médica não constitui algo unívoco, apresentando diferentes componentes ou subsegmentos, cuja gênese e expansão se deram em diferentes momentos e receberam diferentes classificações. A mais usual é a difundida por Mendes (1996, 2001), com base na identificação do sistema de saúde brasileiro como um sistema plural, composto por três subsistemas: o público; o de desembolso direto; e o de assistência médica supletiva. Os dois últimos fazem parte da assistência médica privada, e o desembolso direto refere-se àquela situação em que indivíduos e famílias pagam diretamente os serviços de saúde utilizados e se vincula à medicina tipicamente liberal.⁶⁹ A assistência supletiva, por sua vez, é composta por cinco ‘modalidades assistenciais’: medicina de grupo; seguro-saúde; cooperativas médicas; sistemas próprios de empresas (os sistemas de autogestão); e planos de administração. As duas últimas modalidades referem-se apenas à assistência médica organizada pelas empresas empregadoras, e as demais podem ter como clientes tanto empresas quanto indivíduos e famílias, estes últimos em número bem menor.⁷⁰ Bahia (1999), atendo-se apenas às alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras e considerando as mesmas alternativas empiricamente observáveis, elabora uma tipologia com base nas formas de gestão dos riscos com despesas médico-hospitalares e distingue duas alternativas para a gestão de risco: a mutualista, na qual há retenção do risco pelas empresas empregadoras, usualmente denominada de autogestão; e

⁶⁹ A Pnad/1998 revelou um número significativo de pessoas que não são cobertas por planos privados de saúde, mas que também não são usuárias do SUS, inferindo-se daí que utilizam serviços de saúde por meio do desembolso direto. Em relação à assistência odontológica, mais de 50% das pessoas pagam por esses serviços. Entre todas as pessoas que tinham tido atendimentos variados de saúde no período de 15 dias anterior à pesquisa, cerca de 16% tinham pago por esse atendimento; e uma proporção pequena de atendimentos feitos pelo SUS também implicou algum gasto.

⁷⁰ “(...) ficou consagrada no Brasil uma divisão jurídico-institucional dos planos privados de saúde: medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e autogestão. Os termos comumente usados para designar este segmento têm sido ‘saúde suplementar, assistência médica suplementar, atenção médica supletiva ou assistência médica complementar’” (Ciefas, 2000: 23).

a securitária, que implica a contratação de empresas especializadas para a gestão de riscos pelas empresas empregadoras. Cada uma dessas alternativas comporta diferentes formatos institucionais. A forma mutualista pode ser associativa-sindical, no caso em que entidades de trabalhadores organizam instâncias independentes das empresas empregadoras para gerir a assistência; ou organizada diretamente pela empresa empregadora. A alternativa securitária, por sua vez, pode assumir o formato de medicina de grupo, cooperativa médica ou seguradora.⁷¹

Empiricamente, a assistência médica supletiva de maior relevância em termos quantitativos é aquela prestada a partir de iniciativa das empresas empregadoras. Historicamente, a assistência privada tem origem nessas empresas. Ainda hoje os planos coletivos predominam no Brasil, cobrindo cerca de 72% do total de beneficiários de planos privados de saúde (ANS, dez. 2006). Essa preponderância é um importante efeito de *feedback* das políticas de saúde e caracteriza a assistência privada como um benefício vinculado às relações de trabalho. Mesmo que esses planos coletivos tendam a se concentrar nos setores mais dinâmicos da economia, em que também os salários costumam ser maiores, o acesso a essa assistência empresarial não está diretamente vinculado à disponibilidade de renda. A incorporação de indivíduos e famílias, anteriormente usuários da assistência pública ou da medicina liberal, às empresas médicas e seguradoras por meio da aquisição de planos e seguros de saúde é bem mais recente e de dimensões bem menores. Essa forma de acesso à assistência privada está diretamente vinculada à disponibilidade de recursos financeiros e engendra uma relação tipicamente de consumo por meio da qual, dependendo do produto adquirido e discriminado em um contrato, adquire-se o direito a um pacote de serviços de saúde.

As origens das diferentes modalidades institucionais de assistência médica de caráter privado apresentam diferenciações no tempo e nas características,

⁷¹ A empresa de consultoria em gerenciamento e recursos humanos Towers Perrin, que desde 1981 realiza anualmente pesquisa sobre planos de benefícios em uma amostra de empresas do Brasil, distingue dois regimes de concessão dos sistemas de assistência médica e hospitalar das empresas: segurado e auto-segurado. Os planos segurados são aqueles em que a empresa prestadora assume o risco em troca de um pré-pagamento mensal por parte da empresa tomadora; eles se viabilizam por meio da medicina de grupo, cooperativas médicas ou seguro-saúde. O plano auto-segurado é aquele em que a empresa tomadora assume o risco, pagando pelos serviços efetivamente utilizados, e se viabiliza por meio da administração própria (autogestão) ou de administração de terceiros (Towers Perrin, 1997).

embora todas as modalidades compartilhem muitos aspectos. Historicamente, desde o final do século XIX existiam organizações mutualistas de caráter voluntário para garantir alguns auxílios, entre eles alguns benefícios médicos, aos seus associados. Durante a República Velha elas se expandiram não apenas entre os estratos médios, mas também entre os trabalhadores (Bahia, 1999; Médici; 1990; Menicucci, 1990; Oliveira & Teixeira, 1984, 1986).

A partir dessa mesma época, também algumas empresas propiciavam assistência médica aos seus empregados, sendo que uma das formas privadas de organização dos serviços de saúde consideradas mais antigas são as originadas nas empresas por intermédio de seus departamentos de recursos humanos, ou de suas caixas ou associações de funcionários, ou de sindicatos. No primeiro caso, a própria empresa administrava a assistência; no segundo, a partir de associações de empregados, estimuladas pela empresas, eram criadas entidades jurídicas paralelas às empresas, denominadas de 'caixas' (Bahia, 1999). De acordo com investigações anuais do Departamento Estadual do Trabalho, entre 1911 e 1919, das trinta fábricas pesquisadas em São Paulo, cerca de metade já fornecia serviços médicos, embora parte dos custos de tais serviços fosse transferida para os próprios trabalhadores, com um desconto que correspondia a cerca de 2% dos salários (Possas *apud* Carneiro, 2001). Com o desenvolvimento da indústria, os serviços médicos de empresas tornaram-se mais numerosos, sendo que a preocupação principal estava voltada para a saúde ocupacional e para a medicina do trabalho em seus aspectos preventivos e assistenciais.

A partir dos anos 40, desenvolvem-se essas formas de prestação de serviços de saúde, particularmente no âmbito de empresas estatais e multinacionais, bem como em algumas instituições públicas, concomitantemente à expansão dos IAPs e de forma complementar aos serviços de saúde de caráter público. Exemplos importantes desses planos de assistência privados restritos a determinadas clientela no âmbito de empresas ou instituições públicas são a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a Assistência Patronal (atualmente Geap), inicialmente restrita aos funcionários das instituições previdenciárias e depois ampliada para outras categorias de servidores públicos. Como expressão do movimento contraditório de expansão/seletividade da assistência médica, na mesma época foi construído um Hospi-

tal do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) para atender toda a categoria dos bancários e um hospital exclusivo para trabalhadores da Companhia Siderúrgica Nacional.

A Cassi foi criada em 1944 por um grupo de funcionários do Banco do Brasil lotados em cidades do interior, com a finalidade de ressarcir as despesas médicas de seus associados e dependentes, sob a alegação de que o IAPB – instituto dos bancários – não oferecia atendimento em muitas cidades do interior, de forma que esses funcionários não gozavam da mesma assistência de qualidade que existia nas capitais. Idealizada e administrada por empregados da ativa, em 1962 a Cassi passou a admitir como associados aposentados e pensionistas. Após a fusão dos IAPs, com a criação do INPS, em 1967, houve ‘uma corrida’ dos funcionários do banco para a Cassi como alternativa ao atendimento público, uma vez que a unificação das instituições previdenciárias significou uma diminuição da qualidade em relação ao IAPB, considerado o mais pródigo dos institutos. Esse crescimento obrigou a reestruturação da Cassi em 1970, quando passou a ser mantenedora da assistência à saúde do Banco do Brasil. Em 1973, a filiação tornou-se obrigatória, com os funcionários contribuindo com 1% de seus salários e o banco com 2% (Carneiro, 2001; Ciefas, 2000).

Apenas um ano antes da Cassi, foi criada a Assistência Patronal, atualmente Geap-Fundação de Seguridade Social. A denominação original da Geap, diferentemente da Cassi, mostra que o seu surgimento se deve a uma iniciativa patronal, e sua história é indicativa da dinâmica da segmentação da assistência médica no Brasil. Ela surge no âmbito do IAPI para prestar assistência médica diferenciada aos servidores de um instituto que se caracterizava por ser dos mais restritos em termos de benefícios assistenciais e cujos dirigentes, de grande influência na história da previdência no Brasil, defendiam a idéia de que ela deveria se limitar aos benefícios previdenciários. Demonstrando uma posição bastante elitista e corporativa, entretanto, esses mesmos atores implantaram uma assistência médica diferenciada para os ‘patrões’ da instituição previdenciária, que deveria se distinguir daquela prestada ao segurado comum – “gente mais simples”, conforme depoimento colhido para a reconstituição da história da Patronal (Menicucci, 1987: 9). Entretanto, para os industriários a assistência médica só seria concedida pelo IAPI nos anos 50, após intensa pressão dos associados e, particularmente, do governo federal, mesmo assim de forma

bastante incipiente. Documentos colhidos na mesma pesquisa justificam a criação da Patronal com base em argumentos similares às justificativas empresariais então utilizadas para a prestação de assistência aos empregados: facultar aos servidores meios necessários à manutenção do grau de produtividade indispensável ao eficiente desempenho de seus encargos; proporcionar melhores condições de atendimento médico-hospitalar, visando a uma recuperação mais rápida, beneficiando, assim, a própria instituição; e implantar novas técnicas de organização do trabalho, a exemplo do que já ocorria em numerosas empresas privadas. Após a unificação dos IAPs, a Patronal se estendeu para todos os funcionários do novo INPS, e a cada alteração institucional da Previdência Social – em geral significando ampliação de segurados no sentido de universalização da cobertura – iam se ampliando seus beneficiários, em um movimento contrário de diferenciação da assistência para a burocracia previdenciária. Na década de 90, após se transformar na Geap-Fundação de Seguridade Social, assumindo a personalidade jurídica de uma entidade fechada de previdência privada, passou a incorporar outras categorias de funcionários públicos. Em outubro de 2001, contava com 718.700 beneficiários, originados de 21 órgãos públicos, mantendo, entretanto, a característica de ser uma assistência privada voltada principalmente para as pessoas encarregadas da gestão do sistema de saúde público, uma vez que 43,28% do total de clientes são provenientes do Ministério da Saúde (Geap, 2002).

Outra experiência de sistema de autogestão de assistência à saúde e previdência com características diferenciadas foi a criação, em 1957, do Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários (Sasse), destinado à prestação de serviços assistenciais e previdenciários aos funcionários da Caixa Econômica Federal, desvinculando-os do IAPB (Carneiro, 2001).

Nas empresas estatais, desenvolvidas principalmente nos anos 70, a assistência médica passou a constar entre os benefícios oferecidos aos empregados. No setor privado, a assistência no âmbito das empresas acompanhou a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras, a partir dos anos 50 (Ciefas, 2000; Bahia & Vianna, 2002; Abramge, 2002).

Em meados da década de 60, a assistência diferenciada no âmbito de empresas, restrita aos seus empregados, foi estimulada pelas políticas públicas, com a introdução do convênio-empresa, que garantia um subsídio governa-

mental para o custeio dessa assistência anteriormente financiada pela empresa. Essa opção governamental reforçou e ampliou consideravelmente uma prática empresarial que existia ainda de forma restrita desde as décadas anteriores. O convênio-empresa foi o incentivo dado pelo governo para a diferenciação dos padrões de assistência à saúde e contribuiu para o crescimento e a consolidação do sistema supletivo de saúde para as grandes empresas. O nivelamento dos benefícios e a ampliação substantiva da demanda com a criação do INPS, que se traduzia em uma pressão sobre a oferta de serviços e tinha repercussões na qualidade da assistência prestada, representaram a justificativa para a expansão da assistência empresarial nas grandes empresas públicas e privadas, particularmente as localizadas na região Sudeste. Isso significa que ao movimento de ampliação de cobertura em direção à universalização que representou a reforma previdenciária contrapunham-se outras medidas públicas que recriavam a diferenciação entre os trabalhadores em relação à assistência, desta vez não mais por categoria profissional, como era a característica dos IAPs, mas pela forma de inserção no mercado de trabalho.

Da mesma forma que a ausência de um projeto universalista e igualitário caracterizou a inserção de forma corporativa dos benefícios sociais no Brasil, entre eles a assistência à saúde, a unificação das instituições previdenciárias, com a conseqüente unificação de benefícios e serviços, não significou a constituição de um projeto político de diretos igualitários. A reforma foi feita de cima para baixo pelo governo autoritário, sem expressar uma demanda coletiva ou sem a mobilização de trabalhadores nesse sentido. Ao contrário, as propostas reformistas anteriores contaram com as pressões corporativas que se opunham à unificação. É logicamente plausível supor que a expansão da assistência empresarial privada, incentivada pela política governamental, tenha tido o efeito de reforçar muito mais uma ‘cultura’ da diferenciação, passando a vincular o interesse imediato de uma parcela de trabalhadores a uma assistência privada de melhor qualidade.

A motivação das empresas para assumir a assistência de seus empregados está relacionada a diferentes fatores, entre os quais: a importância da saúde para a produtividade, que passou a ser um elemento fundamental no tipo de indústria implantado no final da década de 50; e a necessidade de controlar o absenteísmo, comprometido pelas dificuldades de acesso ao atendimento

público, particularmente o ambulatorial, situação que causava atraso na solução dos problemas de saúde dos empregados. Às empresas interessava ter sob seu controle a assistência médica de seus empregados para obter uma solução mais rápida na recuperação das condições de trabalho e para o acompanhamento do índice de absenteísmo (Carneiro, 2001). A cobertura assistencial das empresas enfocava mais os trabalhadores do que seus familiares e, em geral, limitava-se aos atendimentos ambulatoriais. Essa ‘medicina do trabalho’ era voltada para a prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho, para a redução das perdas daí decorrentes e, também, para a promoção de melhor adequação do empregado ao processo de produção. A utilização dos serviços de saúde como instrumento de controle dos empregados e a perda do direito de utilização do INPS causavam a resistência dos sindicatos aos convênios com a Previdência.

Com os incentivos financeiros propiciados às empresas que montassem serviços de saúde, desenvolveram-se os serviços próprios de empresa ou planos de autogestão, casos em que a própria empresa administra a assistência médica prestada a seus empregados. Como visto no capítulo anterior, em alguns casos a empresa passou a optar pela contratação de outra empresa para gerir a assistência médica, dando impulso à medicina de grupo e, em um segundo momento, às cooperativas médicas, como reação à medicina de grupo. Nessas situações, a empresa empregadora paga para a empresa ou cooperativa contratada um valor *per capita* prefixado, independentemente dos procedimentos que venham a ser executados, dando origem aos chamados ‘planos de pré-pagamento’. Apenas mais tarde as empresas passaram a optar também pela contratação de um seguro de saúde, em vez de administrarem seus planos. A expansão da assistência empresarial assumiu, assim, diferentes formatos institucionais e propiciou a constituição de novos agentes no mercado da assistência privada, configurando identidades e clivagens sociais.

Embora a formação da medicina de grupo tenha se iniciado na década de 50, quando se constituiu o primeiro grupo médico,⁷² seu desenvolvimento ocorreu na década seguinte, quando surgiram algumas das maiores empresas

⁷² O seu embrião foi formado em São Paulo, em 1956, quando alguns médicos desempregados uniram-se para dar assistência aos funcionários e familiares de uma empresa em expansão, mediante um pré-pagamento fixo” (Abramge, 2002).

em razão da articulação entre grupos de médicos com hospitais privados ou filantrópicos que ofereciam serviços mediante pré-pagamento (Bahia, 1999). Seu surgimento está associado diretamente à assistência médica empresarial, uma vez que as empresas de medicina de grupo eram voltadas exclusivamente para as empresas que mantinham assistência para seus empregados, mediante o sistema de convênios, pelo qual eram comercializados os chamados ‘planos coletivos, ou empresariais’. Os primeiros convênios foram realizados em São Paulo, onde, desde então, concentrou-se a maior parte da clientela das empresas de medicina de grupo, que se expandiria principalmente nas capitais, em razão da concentração de empresas de médio e grande portes, nas quais há maior possibilidade da oferta de planos assistenciais para os empregados.⁷³

A explicação dada pelo próprio setor para esse desenvolvimento na década de 60 remete, por um lado, ao desenvolvimento industrial do período, particularmente com a instalação da indústria automobilística no ABC paulista, com o correspondente crescimento das demandas por serviços de saúde da classe trabalhadora, associado à precariedade dos serviços públicos na região, que não conseguiam atender à demanda crescente; e, por outro lado, ao alto e crescente custo da medicina liberal, em razão do desenvolvimento tecnológico. A medicina de grupo apresentou-se como uma opção intermediária e alternativa, com o sistema de pré-pagamento, estimulado pelos próprios empresários.

Apesar de iniciar de forma incipiente independentemente dos convênios com a Previdência Social, esse processo de expansão da medicina de grupo e, depois, das cooperativas médicas foi altamente estimulado pelas políticas governamentais de ampliação de cobertura e incentivo à privatização dos serviços de saúde, por meio dos convênios-empresa, mediados e financiados pela Previdência Social. Para a consolidação das empresas médicas, foi importante a articulação política dos setores privados com segmentos da burocracia previdenciária, constituindo os famosos anéis burocráticos da Previdência Social, bastante favoráveis à consolidação desse modelo de expansão da assistência médica.

⁷³ Em 1973, São Paulo concentrava cem dos 132 grupos médicos registrados pela Abramge, ao passo que no Rio de Janeiro atuavam apenas 11. A explicação dada por Cordeiro (1984) inclui os seguintes fatores: existência de um setor estatal com maior capacidade instalada no Rio de Janeiro; desinteresse inicial do setor industrial e de serviços do Rio de Janeiro; falta de apoio da burocracia regional aos convênios-empresa. Em compensação, o peso dos contratos individuais com a medicina de grupo seria maior no Rio de Janeiro do que em São Paulo.

As cooperativas médicas surgem nos anos 60, posteriormente à medicina de grupo e em oposição a ela, que sempre foi vista pela categoria médica como um mecanismo indesejado de aviltamento do trabalho médico e mercantilização da medicina.⁷⁴ Experiência inédita, as cooperativas resultaram de um movimento de oposição aos grupos médicos, liderado pela AMB e por alguns sindicatos médicos, e foram uma estratégia para preservar a autonomia da categoria ante o que ela considera a subordinação do trabalho médico, na forma de assalariamento, à lógica lucrativa dos proprietários das empresas de medicina de grupo. Procurando sempre marcar sua especificidade,⁷⁵ esse movimento se dispôs a passar para a sua responsabilidade direta a prestação de assistência médica aos trabalhadores. Em 1974, pelo Plano de Pronta Ação, a Previdência Social passou a priorizar a livre escolha e incorporou as cooperativas médicas à assistência pública.

Mas, ao contrário da medicina de grupo, a expansão inicial das cooperativas se deu com a captação de clientes individuais, espalhados por todo o país, embora a maioria fosse sediada em cidades do interior de São Paulo. Até a década de 80, os convênios com empresas eram bem mais reduzidos em relação à medicina de grupo. Entretanto, desde essa época, mesmo partindo de concepções antagônicas sobre a prática médica, passaram a disputar com a medicina de grupo a mesma clientela – as empresas que prestavam serviços de saúde a seus empregados – e adotaram os mesmos mecanismos de financiamento e controle do consumo de serviços, via sistema de pré-pagamento.

A terceira e mais recente modalidade empresarial a atuar no mercado de assistência à saúde é constituída pelas seguradoras. Apesar de o seguro de saúde estar previsto desde o decreto-lei 73/66, a comercialização de seguros no ramo saúde iniciou-se nos anos 70, após autorização da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e em decorrência da Resolução 11 do Conselho

⁷⁴ A primeira surgiu em Santos (SP), em 1967, espalhando-se por cidades paulistas e depois por todo o Brasil. É uma modalidade de assistência privada em que os médicos cooperados são também os prestadores de serviços, recebendo pagamento por capitação. Em princípio, seguem a legislação específica de cooperativas e não têm fins lucrativos.

⁷⁵ “A Unimed não é uma empresa de assistência médica como as outras, é uma Cooperativa de Trabalho Médico, em que os próprios médicos cooperados são os donos do negócio. Isso garante ao médico a ética na prática de sua profissão, e ao usuário, o privilégio de ser atendido com toda a dignidade e qualidade no consultório do próprio dono” (Unimed Brasil, 2002).

Nacional de Seguros Privados (CNSP), de maio de 1976. Seu crescimento se daria apenas nos anos 90. Para o ramo Seguro de Saúde, a legislação estabelece limite financeiro de acordo com o valor da apólice adquirida, franquia e livre escolha dos profissionais e serviços de saúde pelo segurado com pagamento direto ao prestador de serviço. Sem relação direta com o Seguro de Saúde, a Resolução CNSP 16, de 20/12/88, criou o ramo específico, denominado ‘Seguro de Assistência Médica e ou Hospitalar’, que se assemelha ao plano de saúde e prevê contrato com limite financeiro anual e/ou com base em tabela de valores por evento, instituindo o reembolso de despesas. O Seguro de Saúde tem baixa aceitação no mercado brasileiro e é pouco comercializado. Já o Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar é o principal produto das seguradoras que atuam no ramo saúde (Mesquita, 2002). A atuação mais sistemática das seguradoras na assistência supletiva deu-se a partir de 1989, quando foram autorizadas por um dispositivo legal da Susep (Circular 5/1989) a se vincularem a serviços de saúde mediante o referenciamento de prestadores de serviços. Com isso, elas tiveram a alternativa de efetuar o pagamento direto ao prestador, em vez de se limitarem ao pagamento das despesas realizadas pelo segurado, conforme previsto na apólice. Isso permitiu a diminuição dos custos, deixando-as mais competitivas; na prática, tornou-as similares à medicina de grupo e às cooperativas ao poderem constituir redes de serviços médicos. Inicialmente voltadas para clientes individuais, passaram também a disputar o mercado das empresas, uma vez que este apresenta maiores perspectivas de expansão. Além disso, passaram a competir pela administração de planos de autogestão.

A Expansão da Assistência Médica Supletiva nos Anos 80 e sua Evolução Recente

A década de 80 registra expansão da assistência médica privada, em decorrência, principalmente, do aumento substancial dos planos empresariais de assistência à saúde. Nesse momento, essa expansão vai prescindir dos subsídios governamentais diretos que tinham sido importantes para sua institucionalização e a assistência privada já está legitimada tanto por usuários

como pelo governo e pelas empresas. Essa consolidação se dá paralelamente a mudanças nas políticas de saúde no sentido de valorização do setor público mediante maior racionalização na utilização dos recursos em momento de crise de financiamento da assistência médica previdenciária, o que será objeto do próximo capítulo.

Embora as razões que motivaram as empresas a criar planos de saúde para seus empregados nas décadas anteriores não deixem de estar presentes, outras motivações nesse período se agregam às anteriores. Do ponto de vista da empresa, o desenvolvimento da assistência médica nos anos 80 está associado à evolução das teorias administrativas e às novas concepções relativas ao papel social da empresa, segundo as quais se passou a considerar a assistência médico-hospitalar integral e complementar também como responsabilidade da empresa, e não apenas a saúde ocupacional e a medicina do trabalho (Médici, 1991b). Sem deixar de ser um mecanismo de controle das perdas do trabalho, por meio da assistência a empresa passa a enfatizar, além da medicina do trabalho, a segurança social, ocupando-se ainda da assistência médica global – abarcando atendimentos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos – não só dos empregados, mas também de suas famílias. Os gastos com saúde assumem a conotação de investimentos, considerando que os problemas de saúde da família também interferem na produtividade. Em alguns casos, a assistência passa a cobrir até os aposentados como forma de facilitar a rotatividade da mão-de-obra (Carneiro, 2001). Pesquisa feita pela empresa de consultoria Montigny Woerner, em 1989, mostrou que os fatores identificados pelas 230 empresas pesquisadas que as levavam a ter um plano de assistência médica, por ordem de importância, e não mutuamente exclusivos, eram: dar ao empregado sentido de segurança; manter a empresa competitiva em relação ao mercado; atrair e reter mão-de-obra de melhor qualidade; amenizar o clima de conflito entre patrões e empregados; cumprir bons preceitos de responsabilidade social; compensar as deficiências do sistema público; manter quadro de empregados saudáveis para reduzir absenteísmo e melhorar o desempenho; fornecer salário indireto; por motivos de saúde pública e higiene do trabalho; e por exigências dos dissídios coletivos. Apenas os três últimos fatores tiveram menos do que 80% de respostas. A mesma pesquisa mostrou que as empresas que investiam mais em atenção médica eram aquelas com

mão-de-obra mais qualificada, melhores salários, menor rotatividade e alta incorporação de tecnologia.⁷⁶

Outro condicionante para a expansão da assistência privada nos anos 80 foi a piora da qualidade dos serviços estatais, atribuída à crise da Previdência Social da primeira metade da década, em consequência da redução dos preços pagos ao setor privado prestador de serviços.⁷⁷ Outra consequência da crise que atingiu diretamente o mercado de assistência à saúde foi a progressiva extinção dos convênios da Previdência Social com as empresas, realizada não de forma explícita, mas via mecanismo de remuneração, que deixa de ser o incentivo que alavancara o estabelecimento dos convênios nas duas décadas anteriores. Em 1986, o valor *per capita* pago pela Previdência aos convênios foi congelado, em um momento de altas taxas inflacionárias, chegando a perder seu valor real, desestimulando a manutenção dos convênios. A perda de importância dos convênios-empresa como mecanismo de financiamento público da assistência prestada pelas empresas levou a uma transformação no financiamento dos seus serviços de saúde, que passam a ser custeados pela empresa diretamente e pelos funcionários, mostrando a institucionalização desse tipo de atividade empresarial.

Outros instrumentos legais passariam a funcionar como incentivo estatal indireto para as empresas manterem planos de saúde para seus empregados. Em primeiro lugar, destacando-se pelo seu significado político, foi a permissão

⁷⁶ De acordo com Carneiro (2001), a política de saúde da empresa é influenciada por vários fatores, como o porte da empresa, o modelo de regulação do trabalho, a incorporação de tecnologia, o tipo de mão-de-obra, a cultura empresarial, a organização sindical dos empregados, a atuação dos concorrentes, a localização da empresa, a legislação em vigor, a concentração do efetivo. Mas o elemento decisivo é a incapacidade do Estado para prestar assistência adequada. Empresas com mão-de-obra pouco especializada, baixos salários, alta rotatividade, produção fortemente influenciada pelo tamanho e ritmo da jornada de trabalho tenderam a investir menos, restringindo-se a atendimentos ambulatoriais, usualmente por meio da medicina de grupo. Ao contrário, empresas com mão-de-obra especializada, melhores salários, rotatividade pequena e alta incorporação de tecnologia investiram mais, buscando atenção médica de padrão melhor e mais completa.

⁷⁷ A remuneração dos serviços dos prestadores tinha como referência tabelas próprias do Inamps, que era o grande comprador de serviços, as quais eram adotadas, inclusive, pelos outros compradores, como medicina de grupo e empresas. Um dos mecanismos governamentais para reequilibrar seu orçamento foi reduzir os gastos com a compra de serviços, reajustando as tabelas e a unidade de pagamento de honorários (US) abaixo dos índices inflacionários. Dados de Médici (1991c) mostram que no período de 1977/83, ao passo que houve uma variação no valor do salário mínimo da ordem de 2.139%, o valor da US paga pelo Inamps para remuneração dos serviços de saúde subiu apenas 1.231%, e o preço da diária hospitalar em enfermaria no mesmo período aumentou apenas em 1.327%.

legal para as empresas repassarem os gastos aos preços dos produtos, computando as despesas com assistência médica como custos operacionais, sendo, portanto, objeto de dedução da renda bruta para efeitos de tributação do Imposto de Renda.⁷⁸ Embora seja ainda difícil estimar o volume dessa renúncia de arrecadação, ela é indicativa do objetivo governamental de incentivar as empresas a assumirem a assistência de seus empregados, uma vez que as despesas tributárias (ou renúncias de arrecadação), em suas diferentes formas, só se justificam com vistas a se alcançar algum objetivo ou estimular alguma atividade. Podemos inferir que, por meio desse incentivo indireto, a opção pública contribuiu para a expansão da assistência médica de caráter privado no âmbito das empresas, já devidamente estruturadas para isso desde as décadas de 60 e 70, quando contaram com incentivos diretos. Além de funcionar como incentivos financeiros, a política fiscal indica a valorização por parte do Poder Público da assistência empresarial ao trabalhador, vista como uma política de cunho social, de tal forma que mesmo que esses incentivos não tenham grande expressão financeira indicam uma opção valorativa do Poder Público, acatada pela empresa e corroborada pelos trabalhadores. Nesse sentido, pode-se falar da constituição de uma ‘cultura’ de assistência médico-hospitalar de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista.

Um segundo mecanismo nos anos 80 contribuiu para favorecer o desenvolvimento da assistência médica das empresas com parte dos custos assumidos pela Previdência. Em razão de forte reação dos prestadores de serviços – representados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) – à deterioração de sua remuneração, por meio de algumas medidas, sem aumentar os valores pagos, o governo transferiu para os usuários do sistema público o pagamento de parte do valor dos atendimentos ao permitir a cobrança de complementação para os segurados que optassem por acomodações especiais, superiores às autorizadas

⁷⁸ Os dados disponíveis pela Secretaria da Receita Federal não permitem a mensuração do volume de recursos gastos pelas empresas com saúde, mas “a SRF estima que as empresas deduziram, com pagamento de assistência médica para os seus empregados, R\$ 2,368 milhões, em 1996, e R\$ 2,175 milhões, em 1998” (Dain, Quadros & Cavalcanti, 2002: 232).

pela Previdência Social.⁷⁹ Pensadas como medidas para compensar a deterioração dos valores pagos pela Previdência aos hospitais contratados, transferindo o custo para os usuários, elas incentivaram a ampliação dos planos empresariais, uma vez que essa complementação poderia ser coberta diretamente pelos segurados ou pelo sistema de assistência médica próprio da empresa. Como consequência, os hospitais privados passaram a canalizar maior número de pacientes para acomodações especiais e a dificultar as internações em enfermarias – acomodação custeada pelo setor público –, direcionando sua ação para clientela de maior poder aquisitivo e, particularmente, para os empregados de empresas com planos de saúde próprios (Médici, 1991a).⁸⁰

Esse arranjo, a princípio, garantiu o equilíbrio dos vários interesses favorecidos por ele, na medida em que o governo mantinha seus gastos comprimidos, os prestadores de serviços – hospitais e profissionais – recebiam valores majorados, as empresas atendiam seus empregados a custo mais reduzido e os empregados de empresas que mantinham planos de saúde recebiam atendimento de nível mais elevado a menor custo. Para a população excluída desse arranjo, ou seja, a grande massa de segurados, a qualidade do atendimento público nos estabelecimentos privados se deteriorava, em consequência das estratégias de redução de custos adotadas pelos prestadores para se adaptarem aos preços pagos pelo setor público. Para aumentar o faturamento, os prestadores também agiram, tendo em vista os limites e

⁷⁹ Pela portaria 2.079/1980/Inamps, o governo permitiu a cobrança de valores adicionais por instalações de padrão superior ao custeado pelo setor público, o que significou aumento de 100% dos preços das diárias e taxas hospitalares e dos honorários médicos no caso de utilização de acomodações especiais. Pela portaria MPAS 2.837/1982, foi permitida a cobrança de até 8,3% vezes a tabela de honorários médicos elaborada pelas associações de classes para atendimentos especiais, o que aumentava em mais de 700% a complementação.

⁸⁰ No início da década de 90, quando se inicia o processo de implantação do SUS, esses mecanismos foram revogados pela resolução 283/1991 do Inamps. Recentemente, em um contexto de insatisfação crescente dos profissionais médicos quanto aos critérios e tabelas de pagamento dos planos e seguros de saúde, houve tentativas de restabelecer a possibilidade de complementação de honorários aos pacientes do SUS quando optassem por acomodações especiais. Proposta do deputado federal Rafael Guerra nesse sentido, aprovada sob a forma de uma indicação ao Poder Executivo pela Comissão de Seguridade Social e Família, não foi considerada, entretanto, pelo Ministério da Saúde, o que parece confirmar a segmentação definitiva entre os pacientes do SUS e os dos planos de saúde. A proposta encontra também apoio da entidade representativa dos hospitais, interessados em aumentar os seus serviços em uma situação identificada como de crise e endividamento.

possibilidades apresentados pelas regras estabelecidas para pagamento pelo setor público.⁸¹

Mas ao atender as entidades representativas dos prestadores e adotar como referencial as suas tabelas, a decisão do governo significou um aumento substancial do custo da complementação do atendimento, levando a um comportamento adaptativo das empresas que mantinham assistência para seus empregados. Elas passaram a dificultar as internações via serviços estatais e optaram por fazê-las mediante contratos diretos com os prestadores de serviço, com base em tabelas de remuneração, a princípio, baseadas na tabela pública e gradativamente sendo negociadas tabelas próprias com os prestadores (Carneiro, 2001). Essa mudança de comportamento marca uma inflexão importante e consolida o processo de autonomização da assistência privada prestada pelas empresas em relação à assistência pública. Iniciado com o fim dos convênios empresas-Previdência Social, esse processo se consolida e essa modalidade de assistência deixa de ser complementar à assistência pública e se torna suplementar, isto é, independente. Em reação às decisões públicas, mudaram as estratégias dos atores – hospitais e empresas.

Em conseqüência, o desenvolvimento da assistência privada passa a se mover pela lógica de um mercado auto-regulado. Em uma situação de ausên-

⁸¹ De acordo com Carneiro (2001), um participante ativo do sistema de assistência médica das empresas, tanto como administrador do plano da Usiminas quanto como dirigente da Associação de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Asaspe), para a redução dos custos os administradores hospitalares tenderam a aumentar o número de leitos por enfermarias; reduzir o número de funcionários, além de manterem um 'archo salarial'; reduzir investimentos em obras, serviços de manutenção e de infra-estrutura; e reduzir gastos com serviços básicos, como cozinha, lavanderia, sistemas de controle de qualidade e de infecção hospitalar. A conseqüência óbvia foi o rebaixamento geral da qualidade do atendimento em enfermarias. Para aumentar o faturamento, trataram de transformar enfermarias em apartamentos; buscar superfaturamento de materiais e medicamentos cujo pagamento observava os valores de mercado; realizar investimentos em compra de equipamentos geradores de serviços; aumentar a realização dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, direcionando os serviços hospitalares para ações de alto custo e tecnologia; e forçar a internação em apartamentos, além de realizar fraudes. A redução percentual dos ganhos com diárias, taxas e honorários foi acompanhada pelo crescimento do faturamento com materiais/medicamentos (MAT/MED) e pelos serviços auxiliares de diagnósticos e tratamentos (SADT). Ao passo que no período de 1967/76 as diárias e taxas correspondiam a 57% das receitas hospitalares, elas se reduzem para 34%; o MAT/MED aumenta de 11% para 17%; os honorários baixam de 15% para 9%; e os SADT passam de 16% para 40% das receitas hospitalares. A incorporação de tecnologia foi utilizada como forma para tornar inócuas as tentativas do Inamps de restrição de gastos, o que foi facilitado pelo sistema de US, pois, embora fosse limitado o valor da US, não o era o seu número global.

cia de regulação governamental, os diferentes agentes do mercado se movimentam no sentido de se auto-regulamentarem. Nesse processo, a categoria médica, por intermédio da AMB, a partir de 1984, passou a editar uma tabela de honorários médicos para todo o território nacional, voltada para reger os convênios e contratos estabelecidos entre serviços de saúde e empresas (Médici, 1991a). Isso foi o resultado de uma ação de planos de autogestão em razão de uma crise que os forçou a adotar ações conjuntas ante os prestadores de serviços para negociar preços. Em 1986, o Inamps abandonou sua própria tabela e passou a adotar a da AMB para pagamento dos serviços contratados e tornou livre a complementação de honorários e serviços para uso de acomodações especiais, mais uma vez incentivando a preferência dos prestadores de serviços pelos clientes com capacidade de pagamento, entre esses os beneficiários de planos empresariais. Em clara concessão às pressões da categoria médica, o agente regulador de preços deixa de ser o governo e passa a ser a AMB, cuja tabela se torna a referência tanto para o sistema público quanto para o privado.

Além da ação governamental, o crescimento da assistência supletiva foi muito influenciado pelas ações das entidades representativas dos prestadores privados, que iriam se adaptar à nova clientela de origem privada, passando a ter uma relação mais seletiva com o setor público. No final da década de 80, houve uma tendência de afastamento progressivo dos hospitais com maior incorporação de tecnologia dos credenciamentos com o setor público, exceto para os procedimentos mais rentáveis e não cobertos pelo sistema supletivo. As ações mais importantes da FBH se dividiam entre ampliar os atendimentos via sistemas privados de assistência e buscar extrair mais recursos do setor público em uma disputa reiterada e constante em torno da ampliação dos valores dos serviços. Por sua vez, a AMB buscou assumir o papel de regulador de preços e sempre ofereceu resistências a qualquer forma de controle administrativo ou orçamentário, além de defender a livre escolha do profissional pelo paciente. Por essas razões, mesmo sendo cada vez mais atraída pelo mercado privado, ofereceu resistências ao caráter empresarial da assistência privada, expressando o conflito de interesses entre as entidades médicas e as empresas e operadoras de planos de saúde. Tal conflito expressou-se no crescimento das cooperativas médicas.

No final da década, intensificou-se a comercialização de planos de saúde individuais não apenas pelas cooperativas médicas, que tinham começado suas atividades nesse segmento e iriam se desenvolver muito nesse período, mas também pela medicina de grupo⁸² e pelas grandes seguradoras, que entram no ramo saúde, atendendo a uma demanda de segmentos da população de renda mais alta, justificada pelo alto custo da medicina privada. Contudo, manteve-se a forte preponderância da clientela empresarial no caso da medicina de grupo,⁸³ que deixa de ser restrita ao operariado dos setores industriais e amplia sua cobertura para os assalariados de grandes, médias e pequenas empresas do setor terciário e sindicatos e associações profissionais (Bahia, 1991). Ainda na década de 80, dá-se a incorporação de funcionários públicos da administração direta e da indireta à assistência médica supletiva de caráter coletivo (Bahia & Viana, 2002).

Decisões governamentais também incentivaram a opção individual pela assistência privada. A política tributária, ao permitir deduções da renda tributável das pessoas físicas para fins de pagamento do imposto sobre a renda, contribuiu para a inserção nos planos privados ou, mesmo, para a utilização da medicina liberal (desembolso direto) de pessoas provenientes dos estratos de renda mais altos. Apesar das limitações da utilização dos dados oficiais relativos a essas deduções, eles permitem visualizar como esse tipo de benefício tributário favorece principalmente as pessoas com maiores rendas, constituindo uma despesa governamental questionável do ponto de vista da equidade ou, mesmo, da igualdade, elencada como um dos princípios constitucionais do sistema público de saúde. Os dados mais recentes da Secretaria da Receita Federal (2002) mostram algumas evidências esperadas: os de maior renda

⁸² A entrada da medicina de grupo na comercialização de planos individuais se deu, principalmente, com a Golden Cross, com base no modelo americano das HMO. Ainda durante o governo militar, a Golden Cross foi reconhecida como entidade filantrópica, o que significou um estímulo governamental para seu desenvolvimento por meio de subsídios fiscais. Posteriormente, a empresa perdeu esse privilégio, o que foi uma das razões para seu retrocesso. Dos cerca de três milhões de cobertos que chegou a possuir, passou a cerca de apenas trezentos mil atualmente. Mas a empresa foi também pioneira no ramo de seguros-saúde, criando uma seguradora nos anos 90. A Golden Cross funcionou como um modelo para o segmento no ramo de planos para pessoas físicas (de acordo com entrevista com José Fernando Rossi, presidente da Abrame/MG, em outubro de 2002).

⁸³ Em 1988, 96,4% dos convênios eram com empresas e apenas 3,6% com indivíduos (Mendes, 1993).

gastam mais com saúde e, conseqüentemente, deduzem maiores valores.⁸⁴ Se considerarmos que a renúncia tributária é parte do gasto governamental com saúde, pode-se concluir que esse gasto público indireto com saúde decorrente do benefício tributário da dedução do total das despesas com assistência médica beneficia aqueles contribuintes de maior renda, além de constituir um incentivo à não-utilização do sistema público, uma vez que, pelo menos em parte, os gastos individuais com saúde acabam sendo cobertos pelo governo indiretamente. Do ponto de vista da legitimação dos serviços públicos, a renúncia fiscal nesse caso fragiliza mais o setor público, ao favorecer a exclusão de sua cobertura dos cidadãos de maior poder aquisitivo, cujo comportamento, de forma indireta, é estimulado pela política tributária.

Nos anos 90, a assistência à saúde nas empresas passa a ser “um benefício de forte apelo para atração e manutenção de quadros pessoais qualificados” (Ciefas, 2000: 18-19). Mas o crescimento dos custos, alavancado pelas entidades médicas, será um fator limitador do crescimento da assistência supletiva.⁸⁵ A crise econômica do período e as mudanças tecnológicas, com a redução dos postos de trabalho, levaram as empresas a restringir seus custos para sobreviver. Isso teve conseqüências negativas sobre a expansão dos planos próprios de empresa, que registraram diminuição significativa no número de beneficiários. As seguradoras serão o único segmento da assistência supletiva a

⁸⁴ Essas deduções são indicativas do desembolso direto com saúde dos segmentos da população que são obrigados a fazer a declaração anual em razão do patamar de renda. A utilização dos dados da Receita Federal relativos a essas deduções apresenta algumas limitações, como o fato de que nos últimos anos muitos contribuintes fazem a opção pelo ‘formulário simplificado’, no qual todas as deduções permitidas por lei são substituídas por um desconto padrão de 20% da renda tributável até um limite, e sem especificação dos gastos dedutíveis. Além disso, os dados dos contribuintes que fazem a declaração completa não permitem a desagregação por tipo de despesas médicas, que tanto podem ser gastos com mensalidades de planos de saúde quanto aqueles relativos a pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde. Em 2001, do total de declarantes do Imposto de Renda, um pouco mais de 60% usou o formulário simplificado, cujo rendimento foi de apenas 30% dos rendimentos totais declarados e 44% dos rendimentos tributáveis (Ministério da Fazenda – SRF/2002). Para os contribuintes que optaram pelo formulário completo, a dedução relativa a despesas médicas foi de cerca de R\$ 13,5 bilhões – sendo o item de maior dedução relativa, 19% do total das deduções – e beneficiou cerca de 3,5 milhões de pessoas, com a média de R\$ 3.851,44 por pessoa. A dedução média é progressiva em razão dos rendimentos e alcançou R\$ 7.834,36 entre os declarantes da faixa de renda anual mais alta (acima de R\$ 120 mil).

⁸⁵ A partir de 1994, a medicina de grupo reconhece uma fase de lenta expansão e, até, de retração, atribuída às conseqüências da estabilização da moeda e à redução dos índices inflacionários, que impossibilitou que as operadoras contrabalançassem aumentos de custos com as receitas financeiras, dada a queda das taxas nominais de juros.

se expandir na década, embora se constituam na modalidade empresarial mais recente no mercado e ainda com o menor número de clientes.⁸⁶

Embora as Unimed tenham sido criadas em oposição à medicina de grupo e ainda usufruam as vantagens legais decorrentes do fato de serem uma cooperativa – portanto, instituições não-lucrativas –, o seu desenvolvimento mostra cada vez mais as suas similaridades em relação às características da assistência e ao desenvolvimento empresarial. No final da década de 70, ambas as modalidades institucionais se reestruturaram do ponto de vista empresarial, ocorrendo associações entre empresas, vinculação a grupos empresariais de outros ramos e aquisição de estabelecimentos de saúde. Nos anos 80, passaram a associar-se a segmentos do setor financeiro ou a criar suas próprias seguradoras e diversificaram suas atividades, passando a conformar redes de cuidados e assistência médica, que incluem empresas de transporte aéreo e terrestre e cuidados domiciliares (Bahia, 1999).⁸⁷

A par dessas transformações que atingem os grandes grupos empresariais, surgem pequenas empresas voltadas para o atendimento de demandas individualizadas de segmentos com menor poder aquisitivo e localizados em áreas mais carentes, que oferecem planos de saúde com menor preço e mais baixos níveis de cobertura, utilizando redes de prestadores mais regionalizadas e restritas do ponto de vista tecnológico. Particularmente no âmbito de hospi-

⁸⁶ As seguradoras se caracterizam por ofertar os planos de maior custo, geralmente voltados para os níveis mais altos da hierarquia da empresa. Como essa parcela dos empregados parece ser a mais valorizada em razão da necessidade de quadros qualificados, que passa a ser considerada como um elemento fundamental para garantir a competitividade das empresas, é possível supor que a expansão das seguradoras esteja associada à expansão de planos de saúde de padrão mais elevado, em detrimento dos planos voltados para toda a massa de empregados de uma empresa.

⁸⁷ A evolução das cooperativas médicas indica um processo similar de expansão empresarial. O conjunto das Unimed constitui hoje o que se denomina ‘Complexo Empresarial Cooperativo Unimed’, que inclui, além das cooperativas de trabalho médico, cooperativas de usuários (Usimed), cooperativas de crédito (Unicreds), a Fundação Unimed e, ainda, oito empresas, entre essas uma seguradora. Por meio da Central Nacional Unimed – uma operadora nacional de planos de saúde, criada após a regulamentação dos planos de saúde – oferece assistência médica empresarial com benefícios especiais e atendimento diferenciado com abrangência nacional, ou seja, comercializa produtos diferenciados de acordo com a opção – e recursos – do cliente/empresa. Para treinamento dos profissionais, conta com uma universidade, o Núcleo Educacional da Fundação Unimed, baseado no modelo de universidade corporativa. Um sistema de cooperativas de crédito administra e otimiza recursos gerados pelas empresas do sistema Unimed e financia a compra de equipamentos, construção de hospitais e outras unidades prestadoras de serviços. Cooperativas de usuários, entre outras vantagens de uma cooperativa de consumo, visam ao acesso a serviços não previstos contratualmente pelos planos de saúde, via convênios com diferentes empresas (Unimed Brasil, 2002).

tais, passaram a ser comercializados planos de saúde voltados para consumidores individuais. Considerados como uma solução para a crise financeira dos hospitais, essa modalidade tem se desenvolvido com mais intensidade em cidades do interior do país, embora não se restrinjam a elas, e também em instituições filantrópicas. Nesse último caso, causam polêmica, em razão das isenções fiscais a que fazem jus, situação que entra em contradição com o caráter lucrativo dos planos de saúde. Operando no sistema de pré-pagamento, os hospitais atuam ao mesmo tempo como órgão arrecadador e prestador de serviços.

Nos últimos anos, observa-se uma interpenetração dos segmentos comercial e não-lucrativo, por meio da ampliação dos planos de autogestão administrados por empresas de medicina de grupo, cooperativas e seguradoras. Nesses casos, em que a empresa que mantém assistência para seus empregados opta por uma administração terceirizada por meio de planos de pós-pagamento, acabam se entrecruzando e aproximando cada vez mais os diferentes segmentos da assistência supletiva.⁸⁸

Até recentemente, além dos incentivos legais à concessão de planos privados de saúde pelas empresas empregadoras, outros incentivos fiscais favoreciam as empresas médicas, particularmente a isenção de tributação para as entidades sem fins lucrativos, que incide sobre cooperativas médicas e as medicinas de grupo vinculadas a instituições filantrópicas. Pressões governamentais têm ocorrido no sentido de retirar as isenções que beneficiam as cooperativas médicas e as entidades chamadas de filantrópicas, muitas delas comercializando planos de saúde. A regulamentação pública dessa atividade privada no final da década trouxe a necessidade de novas adaptações em face da exigência de ampliação da cobertura oferecida, com reflexos nos custos e na

⁸⁸ Nos chamados 'planos de administração', a empresa entrega a administração de seu programa de saúde a outra empresa, mediante o pagamento de uma taxa de administração, e pelo sistema de pós-pagamento cobre os gastos com os serviços efetivamente realizados. Essa alternativa é uma opção para empresas menores que não conseguem arcar com um sistema de autogestão ou quando não querem assumir esses encargos administrativos, as quais têm um custo menor do que a contratação de uma operadora comercial. De acordo com Mendes (1993), os planos de administração em 1989 cobriam quatrocentos mil beneficiários, apenas 1,3% do total da atenção médica supletiva. Dados da pesquisa anual da Towers e Perrin de 1999/2000 mostram que a gestão terceirizada era utilizada por 23% das 237 empresas pesquisadas, o que poderia ser feito por empresas especializadas ou por qualquer forma de operadora. De acordo com o cadastro da ANS, em dezembro de 2001 as administradoras constituíam 3% das operadoras de planos de saúde e cobriam menos de 1% dos beneficiários.

lucratividade, e passou a exigir mudanças na configuração jurídica das instituições privadas de assistência à saúde, particularmente as seguradoras e os hospitais.

Características e Dimensões das Diferentes Modalidades Institucionais da Assistência Privada

Planos coletivos empresariais

Apesar de partilharem muitos aspectos comuns, há diferenças entre as diversas modalidades institucionais quanto à forma de inserção dos usuários, personalidade jurídica, localização, cobertura e preços, entre outras. As dimensões respectivas também divergem, bem como sua evolução no tempo.

Não existem dados disponíveis que informem quantas empresas mantêm assistência à saúde para seus empregados ou que permitam identificar a dimensão de cada uma das formas institucionais pelas quais empresas e outros tipos de organizações prestam assistência à saúde aos seus empregados ou associados. Algumas pesquisas feitas com empresas de consultoria ou por agentes do mercado fornecem algumas indicações.

Uma estimativa da incidência de assistência médica empresarial pode ser obtida de dados de uma pesquisa sobre qualidade na indústria realizada em 1995, em âmbito nacional e abrangendo todas as atividades econômicas, pelo BNDES, pela Confederação Nacional da Indústria e pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae). Com base nas respostas das 1.356 que responderam a questionários enviados para 7.906 empresas, constatou-se que 54% das indústrias incluíam planos de saúde entre os benefícios concedidos aos trabalhadores. O número de empresas sem planos de saúde era mais freqüente entre as microempresas e as de pequeno e médio porte. Entretanto, considerando o número de empregados das empresas com planos, e com base no suposto da pesquisa de que todos os trabalhadores das empresas que possuíam planos de saúde estariam cobertos, a cobertura era de 91%, sendo que 21% dos empregados de microempresas tinham plano, 53% das pequenas, 8% das médias e 96% dos localizados em grandes indústrias (Bahia, 1999).

Pesquisas anuais realizadas pelas empresas MW Consultores e Towers Perrin em amostra de empresas são também indicativas das modalidades de opções empresariais. Considerando o período de 1988/2002, essas pesquisas em amostras não representativas de menos de trezentas empresas sugerem que os planos de pré-pagamento, contratados de operadoras comerciais, são predominantes desde os anos 80 em relação aos planos de autogestão geridos pela própria empresa (Tabela 2).⁸⁹ A terceirização da administração de planos próprios de empresas, embora seja minoritária, cresceu na década de 90, quando também houve crescimento significativo da contratação de seguradoras em detrimento da medicina de grupo e das cooperativas médicas (Tabela 3). Esse crescimento expressa, em parte, o fato de as seguradoras terem entrado no mercado também na qualidade de administradoras de planos próprios das empresas, e não apenas como operadoras de planos.

Tabela 2 – Proporção de planos coletivos por tipo em amostra de empresas. Brasil, 1988-2002

Ano	Auto-segurado (pós-pagamento)			Segurado (pré-pagamento)	Misto (%)	Número de empresas pesquisadas
1988	14	9	26	64	...	230
1997	...	...	33	55	12	294
1999/2000	14	23	37	49	14	257
2001/2002	17	14	30	59	11	221

Fontes: 1988 – MW Consultores; 1997, 1999/2000, 2001/2002 – Towers Perrin, Planos de Benefícios no Brasil.

Nota: planos segurados – aqueles em que a empresa prestadora assume o risco em troca de um pré-pagamento mensal por parte da empresa tomadora e se viabilizam por meio da medicina de grupo, de cooperativas médicas ou seguro-saúde. Plano auto-segurado – aquele em que a empresa tomadora assume o risco, pagando pelos serviços efetivamente utilizados, e se viabiliza por meio da administração de terceiros (Towers Perrin, 1997).

⁸⁹ Quando a empresa opta pela contratação de uma operadora comercial, a administração do plano é feita conjuntamente pela empresa empregadora e pela operadora, em um modelo de co-gestão, por meio do sistema de pré-pagamento, em que as empresas pagam antecipadamente um determinado valor por empregado ou dependente segurado, correspondente à modalidade de assistência contratada.

Tabela 3 – Proporção de planos empresariais segurados (pré-pagamento) e auto-segurados com administração terceirizada, por tipo de instituição contratada, em amostra de empresas. Brasil, 1988-2002

Ano	Medicina de grupo (%)	Cooperativa médica (%)	Seguradora (%)	Administradora de planos (%)	Número de empresas pesquisadas
1988	58 ^(*)	...	16	...	230
1997	32	33	45	18	294
1999/2000	31	35	50	22	257
2001/2002	26	23	51	14	221

Fontes: 1988 – MW Consultores; 1997, 1999/2000, 2001/2002: Towers Perrin, Planos de Benefícios no Brasil.

Nota: como a metodologia das pesquisas não é explicada nas publicações respectivas, supomos que os valores não somam 100% em razão da existência de várias modalidades de planos em uma mesma empresa, conforme as mesmas pesquisas identificam.

(*) Esse valor refere-se à soma de medicina de grupo e cooperativas médicas.

Entretanto, se essas pesquisas sugerem que os planos de autogestão estejam presentes em uma proporção menor de empresas, eles concentram o maior número de beneficiários de planos coletivos, o que é justificado pela sua concentração em empresas estatais, de maior porte. De acordo com a pesquisa de 2001/2002 da Towers Perrin, a autogestão concentrava 48% das pessoas cobertas por planos empresariais; em segundo lugar, estavam as seguradoras, cobrindo 17% dos beneficiários de planos empresariais, seguidas pelas medicinas de grupo (13%) e, por último, as cooperativas médicas, com a menor cobertura de planos coletivos (9% dos beneficiários).

Pesquisa realizada em 1997 pelo Ciefas (1997, *apud* Bahia, 1999), também em amostra de empresas, revelou maior número de sistemas de autogestão, em ordem decrescente, nas companhias de telecomunicação, em bancos – principalmente estatais – e empresas públicas de energia e petróleo.⁹⁰

Estimativas mais gerais produzidas pelas entidades representativas dos planos de autogestão mostram um crescimento de cobertura de 130% no

⁹⁰ Estimativas apresentadas por Luiz Carlos Andrea, presidente do Ciefas, em audiência pública na Câmara dos Deputados, realizada em 19/11/1996, por ocasião da tramitação do projeto de lei regulamentando os planos e seguros de saúde, indicavam que os planos vinculados a instituições públicas correspondiam a cerca de 62% do total de autogestão.

período de 1987/2000, passando de 5,1 milhões para 11,7 milhões de pessoas cobertas, em trezentas organizações privadas e públicas, como pode ser visto na Tabela 4.⁹¹

As modalidades de operadoras

De acordo com as estimativas elaboradas pela Abramge,⁹² no início da década de 70 o número de empresas de medicina de grupo alcançava no máximo uma centena, porém durante a década de 80 esse número cresce cerca de 200%, passando para trezentas empresas em 1987, e continua a crescer na década de 90,⁹³ embora nessa época isso não tenha sido acompanhado de crescimento correspondente ao número de clientes, sejam empresas, sejam indivíduos (Tabela 4). O número de empresas que contratavam a medicina de grupo para prover a assistência a seus empregados passou de menos de três mil na primeira metade da década de 70 para cerca de dez mil na segunda metade da década seguinte, período em que se abriu o caminho para o desenvolvimento da medicina de grupo, independentemente dos subsídios da Previdência Social. Em um período de apenas dez anos (1977/87) o número de beneficiários teve uma ampliação superior a 100%, passando de seis milhões para 13 milhões, aproximadamente. No período de 1987 a 1994, o número de empresas clientes cresceu ainda mais de quatro vezes, embora o de pessoas cobertas tenha tido um crescimento relativamente bem mais tímido (cerca de 23%). A partir de meados da década de 90, o crescimento tanto de empresas contratantes quanto de beneficiários torna-se irrisório, embora ainda seja a modalidade de assistência privada que apresenta a maior cobertura no conjunto do país: 38,5% do total de beneficiários de planos de saúde, de acordo com dados da ANS de dezembro de 2006.

⁹¹ Esses números são bastante superiores aos registrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, os quais são: 3.934.010 beneficiários em dezembro de 2001 e 5.399.644 em dezembro de 2006.

⁹² Os dados das entidades representativas das operadoras apresentam inconsistências e discrepâncias acentuadas, conforme o momento de sua produção. Na inexistência de outros, a alternativa é usá-los apenas de forma indicativa. Como os depoimentos de seus representantes, colhidos em entrevistas pessoais, ou as de publicações, confirmam as tendências registradas, eles são úteis nesse sentido.

⁹³ Em dezembro de 2006, a ANS registra a existência de apenas 686 empresas de medicina de grupo em operação.

Tabela 4 – Estimativas da evolução da clientela da assistência privada segundo a modalidade. Brasil, 1976-2000

Ano	Planos próprios de empresas		Medicina de grupo		Cooperativas médicas		Seguradoras	
	Clientes	Aumento %	Clientes	Aumento %	Clientes	Aumento %	Clientes	Aumento %
1976	...	...	5.537.799	Ano-base	...	...	...	...
1977	...	...	5.978.371	7,96	...	...	...	...
			7.000.000					
1981	...	...	8.500.000	42,18	...	...	...	...
1982	...	...	...	...	...	...	697.193	Ano-base
1987	4.800.000	Ano-base	13.000.000	52,94	3.439.855	Ano-base	800.000	14,75
	5.100.000		(15.000.000)	(3.500.000)				
1989	7.500.000 (7.900.000)	56,25	15.000.000	15,38	7.300.000	112,22	940.000	17,50
	7.900.000							
1990	...	...	...	...	8.500.000	16,44	...	...
1991	5.770.000	-26,96	13.500.000	-10,00	8.000.000	-5,88	...	...
1992	6.500.000	12,65	15.000.000	11,11	7.000.000	-12,50	...	...
					(8.000.000)			
1993	6.900.000	6,15	16.000.000	6,67	8.500.000	21,43	...	...
1994	...	...	16.000.000	0,00	...	...	5.000.000	431,91
1995	8.000.000	15,94	16.800.000	5,00	6.254.172	-26,42	5.000.000	0,00
	(10.000.000)				(9.000.000)			
1996	...	...	17.300.000	2,98	...	...	...	...
1997	8.000.000	0,00	17.800.000	2,89	...	...	5.000.000	0,00
1998	...	...	18.300.000	2,81	10.671.000	70,62	5.000.000	0,00
1999	...	...	18.000.000	-1,64	11.000.000	3,08	6.000.000	20,00
2000	11.700.000	46,25	18.400.000	2,22	...	...	...	...

Fontes: Bahia (1999), Mendes (1993), Abramge (2002), Médici (1990), Ciefas (2000).

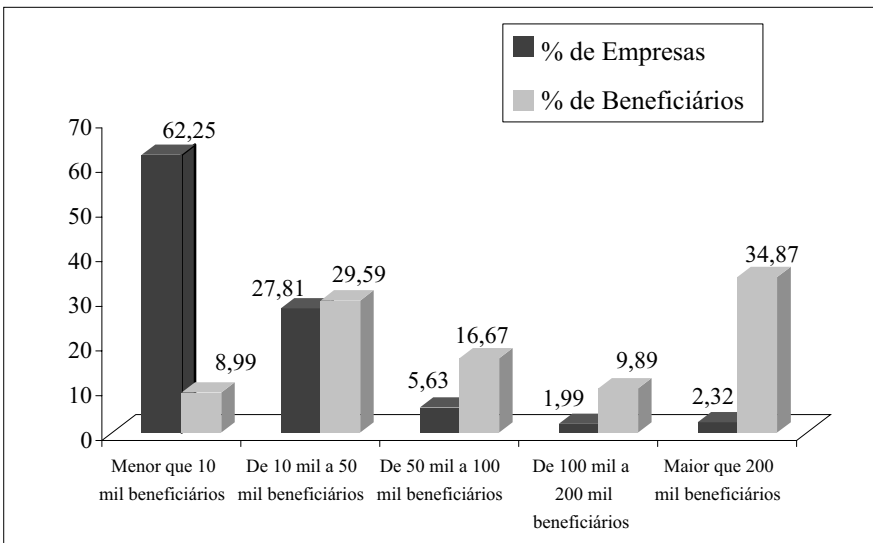
Notas: de acordo com a fonte, há inconsistências nos dados. Nestes casos, um segundo valor foi colocado entre parênteses; o crescimento percentual foi calculado sobre o valor menor. Sinal (...): dado não disponível.

Essas estimativas confirmam a afirmação de que a expansão da medicina de grupo foi alicerçada na assistência prestada pelas empresas aos seus empregados. O crescimento da clientela se deu a partir dos contratos com empresas empregadoras, situação que permanece ainda hoje, sendo que no período de 1998/2001 os beneficiários de planos empresariais representavam entre 75% e 80% do total das pessoas assistidas pelas empresas de medicina de grupo (Abramge, 2002). Correlatadamente, no máximo 25% eram beneficiários de

planos assistenciais individualmente contratados, sem a intermediação de empresas empregadoras.

A expansão do número de empresas de medicina de grupo, inclusive em regiões de menor concentração de usuários, mostra o crescimento desse segmento empresarial, indicando a grande competitividade prevalecente e a tendência para a proliferação de empresas de menor porte, isto é, com pequeno número de beneficiários e coberturas mais restritas quanto aos serviços oferecidos, conforme ilustra o Gráfico 1. Apesar disso, o setor ainda é bastante concentrado, na medida em que pouco mais de 2% das empresas concentram cerca de 35% dos beneficiários. As maiores empresas se localizam em São Paulo e Rio de Janeiro, e as menores proliferam em outras regiões, principalmente na Norte, e em cidades do interior, no movimento recente ligado à criação de grupos médicos em hospitais.

Gráfico 1 – Proporção de empresas de grupo por porte e número de beneficiários. Brasil, 2002



Fonte: Abramge (2002).

Nota: as categorias foram transcritas da fonte.

É possível inferir que o crescimento de empresas que contratam a medicina de grupo, sem a ampliação dos usuários na mesma proporção, confirma a expansão dos planos empresariais para além do âmbito das grandes empresas, que marcara o seu surgimento, e indica redução ou, no mínimo, pequena ampliação dos postos de trabalho nas empresas em geral, característica da década de 90.

A distribuição da clientela da medicina de grupo é geograficamente bastante desigual e reflete a distribuição das empresas por porte e a expansão nas regiões mais desenvolvidas do ponto de vista econômico, além de, como informa a Abramge, ela estar presente apenas nas cidades com mais de quarenta mil habitantes. Em 2000, na região Sudeste concentram-se aproximadamente 80% dos beneficiários e 65% das empresas de medicina de grupo, sendo mais da metade dos beneficiários e um terço das empresas apenas em São Paulo (Tabela 5). Na região Norte, a inserção da medicina de grupo é bem pequena, congregando pouco mais de 1% dos beneficiários, embora com mais de 3% das empresas, mostrando a expansão recente de empresas de menor porte em busca de novos mercados.⁹⁴ Pouco mais de 6% da população do país é coberta por planos de saúde comercializados pela medicina de grupo, sejam individualmente contratados, sejam coletivos, atingindo em São Paulo 16,5% da população (Anuário Estatístico de Saúde, 2001).

⁹⁴ De acordo com o cadastro da ANS/MS, em dezembro de 2006, das empresas de medicina de grupo em operação, 63,7% estavam localizadas na região Sudeste e apenas 2,1% na região Norte.

Tabela 5 – Distribuição das empresas e dos beneficiários da medicina de grupo segundo a Unidade Federativa (%). Brasil, 2001

Unidade Federativa	Empresas	Beneficiários	Unidade Federativa	Empresas	Beneficiários
Acre	0,14	0,1	Bahia	0,97	3,09
Amazonas	0,42	0,52	NORDESTE	8,61	7,6
Roraima	0,14	0,02	Minas Gerais	10,97	2,32
Rondônia	0,42	0,24	São Paulo	42,08	57,86
Pará	2,08	0,51	Rio de Janeiro	8,75	17,03
Amapá	0,14	0,03	Espírito Santo	2,78	0,86
Tocantins	0,14	0,06	SUDESTE	64,58	78,07
NORTE	3,48	1,48	Paraná	6,94	2,42
Maranhão	0,83	0,37	Santa Catarina	1,11	0,17
Piauí	0,56	0,38	Rio Grande do Sul	8,47	9,04
Ceará	1,25	0,55	SUL	16,52	11,63
Rio Grande do Norte	0,97	0,32	Distrito Federal	1,67	0,49
Paraíba	0,69	0,24	Mato Grosso	0,97	0,17
Pernambuco	2,36	1,87	Mato Grosso do Sul	0,97	0,05
Alagoas	0,56	0,59	Goiás	3,19	0,52
Sergipe	0,42	0,19	CENTRO-OESTE	6,8	1,23
TOTAL	100	100	TOTAL	100	100

Fonte: Abramge (2002).

Tendo surgido posteriormente, a expansão das cooperativas médicas ocorreu após a da medicina de grupo, sendo maior no final da década de 80, a maioria sediada em cidades do interior de São Paulo: em 1969 existiam apenas trinta cooperativas; em 1977, esse número passou para sessenta, espalhadas por todo o país, embora a maioria no interior de São Paulo, possuindo apenas sete convênios com empresas; em 1987 o número de cooperativas já atingia 150, possuindo aproximadamente 3,5 milhões de clientes; em 1992 eram 221, e já então tinham como clientes 29.972 empresas e sete milhões de beneficiários; em 1999 já eram 367 cooperativas, com setenta mil clientes empresas e 11 milhões de pessoas cobertas (Unimed Brasil e Abramge *apud* Bahia,

1999).⁹⁵ Nos anos 90, a expansão das cooperativas foi relativamente bem maior do que a da medicina de grupo: ao passo que em 1987 seus beneficiários correspondiam a cerca de 25% dos da medicina de grupo, essa proporção atinge 61% em 1999, quando a estimativa de cobertura era de 11 milhões de pessoas (Tabela 4).⁹⁶

De acordo com o Anuário Estatístico de Saúde (2001), apesar de maior proporção de clientes de cooperativas médicas também se localizar na região Sudeste (63%, sendo 34,87% apenas em São Paulo – Tabela 6), ela é bem menor do que no caso da medicina de grupo. Em geral, verifica-se maior dispersão territorial das cooperativas e dos seus beneficiários, embora isso não descaracterize a concentração acentuada nas regiões mais desenvolvidas, onde tendem a se concentrar tanto as empresas empregadoras de médio e grande porte, que constituem planos coletivos, quanto o maior nível de renda, que possibilita a contratação de planos de saúde individuais. Entretanto, as cooperativas apresentam uma tendência progressiva para se espalharem por todo o país. A partir de 1987, observam-se grande crescimento do número de cooperativas em Minas Gerais e o surgimento de novas em vários estados da região Nordeste na década de 90.⁹⁷ A tendência de ampliação de pequenas cooperativas é similar à expansão de pequenas empresas de medicina de grupo mais dispersas territorialmente, mostrando a expansão de novos mercados para a assistência médica supletiva nos anos 90, ainda insuficiente para alterar o quadro de concentração nas regiões mais desenvolvidas. Como as cooperativas se organizam em nível municipal, estão presentes hoje em cerca de 75% dos municípios do país (Unimed Brasil, 2002).

⁹⁵ Como a autora chama atenção, há variações nesses números de acordo com diferentes documentos da própria Unimed, devendo, portanto, ser considerados como aproximações.

⁹⁶ Insisto que os dados são estimativas. Além disso, a Unimed não costuma fornecer os dados relativos aos seus beneficiários distinguindo os que o são individualmente ou via empresas empregadoras ou entidades de classe, o que não permite mensurar a forma principal de seu crescimento – se via planos coletivos ou individuais.

⁹⁷ Em 1987 São Paulo concentrava cerca de 31% das cooperativas, proporção que se reduz para 23% em 1992 e para 20% em 1998. Por sua vez, as cooperativas de Minas Gerais passam de 12,50% em 1987 para 19,17% do total em 1998, situando-se apenas depois de São Paulo. O número de cooperativas da região Nordeste, que em 1987 era de apenas 25, passa para 67 em 1998, com um crescimento de 168% e com a criação de cooperativas em vários novos estados, proporção que é superior ao crescimento total verificado para o país, que foi de 156%. Isso se reflete no declínio relativo do número de cooperativas na região Sul, onde em 1987 se localizavam 57% do total e, em 1998, essa proporção foi reduzida para apenas 41% (Bahia, 1999).

Tabela 6 – Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar por segmento, regiões e unidade da federação. Brasil, 2000

Regiões	Medicina de grupo		Cooperativa médica		Autogestão		Seguradoras (1)		Outros segmentos e não classificados (2)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BRASIL	10.797.804	37,4	7.572.697	26,2	3.934.010	13,6	5.602.020	19,4	958.460	3,3	28.864.991	100,0
Norte	121.943	18,8	305.390	47,0	148.689	22,9	67.877	10,5	5.301	0,8	649.200	100,0
Nordeste	974.883	30,9	986.325	31,3	628.723	19,9	509.618	16,2	54.945	1,7	3.154.494	100,0
Sudeste	8.540.710	41,4	4.790.753	23,2	2.323.962	11,3	4.364.762	21,2	616.292	3,0	20.636.479	100,0
Sul	923.891	28,3	1.090.072	33,4	559.527	17,2	409.465	12,6	276.695	8,5	3.259.650	100,0
Centro-Oeste	235.579	20,2	400.157	34,4	273.103	23,5	250.298	21,5	5.227	0,4	1.164.364	100,0
UF não-identificada	798	99,3	-	-	6,0	0,7	-	-	-	-	804	100,0

Fonte: Anuário Estatístico de Saúde (2001).

Notas: refere-se aos planos e seguros de assistência médica. Não inclui a população coberta por planos próprios de instituições públicas. Pode haver beneficiários com mais de um plano ou seguro de saúde.

A classificação por segmento das operadoras é provisória até a autorização definitiva.

(1) Inclui seguradoras especializadas em saúde.

(2) Refere-se aos segmentos das administradoras, instituições filantrópicas e aqueles com classificação em análise.

A terceira modalidade de comercialização da assistência supletiva é a dos seguros de saúde e seguros de assistência médica e/ou hospitalar. A comercialização de seguros-saúde atingiu em 1995 cerca de 15,3% do total de prêmios de seguro, superado em 1997 apenas pelo de seguros de automóvel. Em 2001, o ramo saúde já constituía cerca de 27% do total da receita líquida de todos os prêmios, embora tenha ocorrido no período de 2000/2001 uma redução no volume de contratos de seguros, passando de 8,2% para 7% do total (Fenaseg, 2002). Em 1998, do total de 137 seguradoras atuando no Brasil, quarenta atuavam no ramo saúde. No período de dez anos (1987/97), o número de clientes das seguradoras no ramo saúde aumentou mais de seis vezes, ao passo que no mesmo período os clientes do conjunto de empresas de saúde não chegou nem a duplicar (Bahia, 1999; Tabela 4). Esses clientes se encontravam bastante concentrados, sendo que apenas duas seguradoras eram responsáveis por mais de 60% do volume de prêmios no ramo. Em 1998, o faturamento das seguradoras já foi similar ao das outras empresas de saúde, tendo atingido US\$ 3,5 bilhões, embora o crescimento relativo tenha sido bastante superior (Tabela 7).

Tabela 7 – Faturamento das empresas do mercado de assistência médica-supletiva. Brasil, 1987/1989/1995-1998 (em bilhões de dólares)

Ano	Autogestão		Medicina de grupo		Cooperativas médicas		Seguradoras		Total – bilhões de dólares	Aumento %
	Bilhões de dólares	Aumento %	Bilhões de dólares	Aumento %	Bilhões de dólares	Aumento %	Bilhões de dólares	Aumento %		
1987	0,400	Ano-base	1,000	Ano-base	0,350	Ano-base	0,075	Ano-base	1,825	Ano-base
1989	0,670	67,50	1,000	0,00	0,570	62,86	0,150	100,00	2,390	30,96
1995	3,464	417,00	3,711	271,13	1,979	247,26	1,485	889,69	10,639	345,15
1996	4,456	28,65	3,592	-3,21	3,398	71,67	2,913	96,20	14,359	34,97
1997/98	3,957	-11,21	3,397	-5,45	3,017	-11,21	3,448	18,39	13,819	-3,76

Fontes: 1987 – Médici (1990); 1989 – Mendes (1993); 1990 – Asaspe-MG; 1995 a 1998 – Bahia (1999).

Nota: os valores de 1995 a 1998 foram dolarizados de acordo com as seguintes taxas cambiais:

1995 – cotação do dia 31/12/1995 (dólar 0,9716)

1996 – cotação do dia 31/12/1996 (dólar 1,0386)

1997/1998 – média da cotação do dia 31/12/1997 (1,1156) e 31/12/1998 (1,2079)

Os demais valores foram transcritos das fontes já em US\$.

No início desta década existiam 41 seguradoras atuando no ramo saúde, a grande maioria (36) na região Sudeste, concentradas em São Paulo e Rio de Janeiro. Apesar de sua atuação ser bem mais recente, sua cobertura atingia 19,4% do total da assistência privada, um pouco mais da metade da cobertura da medicina de grupo, a pioneira no mercado privado de planos de saúde (Anuário Estatístico de Saúde, 2001; Tabela 6).⁹⁸ Sua expansão mais recente tem ocorrido a partir da competição pelo mercado de planos coletivos, após constatação da limitação do mercado brasileiro de planos individuais, em razão do baixo poder aquisitivo da maioria da população e dos altos preços praticados pelas seguradoras. Na captação da clientela empresarial, muitas vezes as seguradoras utilizam a situação favorável de estarem ligadas a bancos, vinculando a concessão de empréstimos à aquisição de seguro-saúde.

Diferenças e semelhanças na assistência prestada, custos e faturamento

As coberturas dos planos de saúde na modalidade de autogestão são, em geral, bastante amplas e sem limitações de patologias ou em razão de idade; tendem a ser iguais para todos os níveis hierárquicos da empresa, embora ocorram diferenciações em alguns casos; e cobrem maior número de membros da família do empregado.⁹⁹ Diferentemente, no caso das empresas que mantêm assistência médica para seus empregados mediante a contratação de

⁹⁸ Essa proporção foi calculada com base nos dados do cadastro da ANS publicados no Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001, que apresenta diferenças grandes em relação às informações fornecidas pelas entidades representativas da medicina de grupo e das cooperativas. De acordo com suas estimativas, a cobertura informada pela ANS corresponde apenas a aproximadamente 59% e 66%, respectivamente, da cobertura atual da medicina de grupo e das cooperativas médicas. Isso se explica pelo fato de o cadastro da ANS naquela data ainda não estar completo, considerando sua atuação relativamente recente. Dados de dezembro de 2006 da ANS/MS apontam que as seguradoras especializadas cobrem apenas cerca de 11% do total de beneficiários de planos de saúde. A mesma fonte indica apenas 12 seguradoras especializadas em saúde em atividade em dezembro de 2006.

⁹⁹ As pesquisas do Ciefas são a única fonte de dados disponível relativas exclusivamente a planos de autogestão. De acordo com a última pesquisa divulgada (2000) em sistemas de autogestão, 21,1% das empresas pesquisadas admitiam como beneficiários parentes de até segundo grau e 26,3% até de terceiro grau; apenas 52,6% admitiam somente do primeiro grau de parentesco. Mais da metade das empresas (55%) ofereciam acomodação para internação hospitalar tanto do tipo enfermaria quanto apartamento; 40% garantiam apenas acomodações de padrão superior (apartamento); e uma minoria, apenas enfermaria (5%). Além disso, a maioria oferecia benefícios não previstos na legislação, como assistência farmacêutica, aparelhos ortopédicos, ótica, psicoterapia e vários tipos de transplantes.

operadoras comerciais, costuma ocorrer segmentação de cobertura por nível hierárquico, ou seja, cobertura maior, melhores acomodações, maior disponibilidade de prestadores e valores de remuneração mais altos, em razão da posição ocupada na hierarquia da empresa. As pesquisas anuais da Towers e Perrin em amostra de empresas, apesar de não permitirem discriminar a segmentação por modalidade institucional do plano coletivo, são sugestivas: embora cerca de 45% das pessoas fossem cobertas por planos do tipo 'básico' e 14% pelo padrão 'executivo' (Pesquisa 2001/2002), a proporção de cada plano variava diretamente em relação com o nível hierárquico do empregado.¹⁰⁰ A legislação regulamentadora no final dos anos 90 coibiu as limitações quanto à cobertura, levando a certa uniformização com relação aos procedimentos básicos a serem cobertos pelos planos de saúde em suas diferentes modalidades. Entretanto, permanecem diferenciações quanto aos padrões de conforto, opções de prestadores e cobertura de procedimentos não-obrigatórios de acordo com a legislação.

O financiamento dos planos de autogestão, na maioria dos casos, é feito pela organização mantenedora e pelos beneficiários em regime de co-participação. Algumas empresas financiam totalmente a assistência, ao passo que em outros planos ela é custeada totalmente pelo usuário.¹⁰¹ Em geral, a contribuição é proporcional à remuneração do trabalhador, o que lhes confere um caráter redistributivo, na medida em que se baseia em uma lógica solidarista. Ao contrário, os produtos comercializados pelas operadoras do mercado são planos de pré-pagamento, em que o cliente – empresa, indivíduo ou associação profissional – paga um valor mensal *per capita*, que varia de acordo com a modalidade da assistência oferecida. As coberturas são, em geral, mais restritas do que as dos planos de autogestão. As da medicina de grupo são inferiores às providas pelas seguradoras nos aspectos de acesso a provedores, cobertura de

¹⁰⁰ Na pesquisa para 1999/2000, no nível de diretoria, 86% eram cobertos por plano executivo; no nível de gerência, esse percentual baixava para 58%; para administrativos e operacionais, para 7% e 3%, respectivamente. Na sua grande maioria, os empregados operacionais e administrativos eram cobertos por planos do tipo básico (73% e 80%, respectivamente).

¹⁰¹ De acordo com a pesquisa de 2000 do Ciefas, 80,7% dos planos de autogestão tinham os custos financiados pelo sistema de co-participação; 14,5% eram custeados totalmente pelo beneficiário e em apenas 4,8% as patrocinadoras pagavam integralmente os custos. Em 34,5% dos casos, a contribuição dos beneficiários era pelo regime de pós-pagamento; em 18,2%, pelo regime de pré-pagamento; e em 47,3%, por ambos.

procedimentos e menor amplitude de dependentes, o que tem como contrapartida menor preço. A livre escolha do prestador de serviços costuma ser a modalidade mais valorizada e também mais cara, e é marca do seguro-saúde, bastante descaracterizada após a permissão para o referenciamento de prestadores. Essa possibilidade não é oferecida nem pela medicina de grupo nem pelas cooperativas. Nos planos coletivos em que os clientes são empresas os contratos são mais amplos, atendem a quase todos tipos de patologia (isso acontecia mesmo antes da regulamentação) e não existe prazo de carência nem diferenciação por faixa etária. Ao contrário, nos contratos individuais, em que as coberturas são variáveis, existem carências, restrições e preços diferenciados por faixa etária. Para diminuir custos, a medicina de grupo investe em medicina preventiva, aliando a lógica social à lógica econômica.¹⁰²

A diferenciação nas características dos planos se reflete no custo, que apresenta grandes variações entre os planos coletivos. O custo mais alto costuma ser o das seguradoras e o mais baixo o dos planos de autogestão, o que se justifica por não terem finalidade lucrativa. Os planos de operadoras comerciais voltados para as clientela individuais são mais caros do que os coletivos.¹⁰³ Em cada modalidade de operadora, os custos variam também em razão das características do plano, sendo que um plano executivo pode ser até cinco

¹⁰² Essa afirmação foi feita pelo presidente da Abrange, em Audiência Pública na Câmara do Deputados, em 9/10/1996.

¹⁰³ Os dados disponíveis pelas pesquisas em amostras de empresas da Towers e Perrin apresentam variações no *ranking* das operadoras, mas tendem a confirmar o maior custo das seguradoras e o menor da autogestão no âmbito dos planos coletivos, que são os de menor custo. Na última pesquisa (2001/2002), o custo bruto dos planos empresariais variava de R\$ 52,06 a R\$ 120,51, e o custo líquido, de R\$ 41,19 a R\$ 105,67. A pesquisa Ciefas 2000 indicou como valor mais comum para os planos de autogestão o custo *per capita* entre R\$ 75,00 e R\$ 90,00. Pesquisa realizada por Bahia em algumas empresas de medicina de grupo em 1998 mostrou que os preços dos planos comercializados oscilavam de R\$ 29,70 a R\$ 472,58, variando em razão da faixa etária e da característica do plano (básico ou especial), mas apresentando variações de valor intra-operadoras (medicina de grupo, cooperativa médica ou seguradora) de até 220% na mesma categoria e faixa etária. De acordo com a Abrange, em 2000 o custo médio dos planos empresariais contratados com a medicina de grupo foi de R\$ 25,59 *per capita*/mês, existindo planos mais caros, dependendo do tipo de atendimento contratado com a medicina de grupo. Mas, de qualquer forma, bem mais baixo do que o custo dos planos individuais, incluídos em pesquisa realizada por Bahia (1999).

vezes mais caro do que um plano de padrão básico.¹⁰⁴ As pesquisas da Towers e Perrin sugerem também que a participação das empresas no custo dos planos de saúde de seus empregados, considerando o conjunto de modalidades (autogestão ou contratados de operadoras comerciais) varia de acordo com o padrão do plano. Embora a participação da empresa empregadora nas empresas pesquisadas seja maior para os planos de padrão básico, ela é, em média, bem alta para os de padrão executivo – o mais caro de todos –, e para os padrões intermediários a participação da empresa no custo é bem menor.¹⁰⁵ O custo dos planos coletivos em relação à folha de pagamento mostra-se bastante variado na amostra de empresas. Embora na maioria o custo com assistência à saúde corresponda no máximo a 7% da folha, é possível atingir mais do que 10% (Towers Perrin, 2001/2002). Esses dados sugerem que as empresas subsidiam mais os planos voltados para os empregados situados nos dois extremos da hierarquia ocupacional. Considerando que os planos de padrão executivo são bem mais caros, é possível inferir que estes onerem bastante os custos da empresa com esse benefício, embora sejam destinados a um número reduzido de empregados. Como a legislação permite que todos os gastos com assistência médica, sem distinção do padrão ou sem limite do valor, sejam computados como despesa operacional e, portanto, deduzidos da renda tributável para efeitos de pagamento do imposto sobre a renda de pessoas jurídicas, o subsídio a plano de saúde para as pessoas com maiores níveis salariais aponta para o caráter iníquo desse benefício tributário. Para esse grupo restrito de empregados é que as empresas encontrariam, hoje, maiores

¹⁰⁴ Um plano executivo com seguro-saúde de livre escolha podia ser mais de cinco vezes mais caro do que um plano básico da mesma operadora, segundo pesquisa da Towers Perrin de 1997. Mesmo no âmbito da autogestão, os planos executivos com livre escolha podiam ter custos mais de três vezes superiores do que o plano de padrão básico, embora essa modalidade tenda a ter menor diferenciação de preços e tipos de planos. Na pesquisa de 1999/2000, também a autogestão apresentou a menor variação de custo entre os diversos padrões de plano, e a variação maior se deu nos planos segurados com empresas de medicina de grupo. Entre as operadoras comerciais, as cooperativas médicas apresentaram menores diferenciações entre os preços de acordo com o padrão do plano, mas na de 1999/2000 essa variação era equivalente à encontrada nas seguradoras. Como a amostra de empresas pesquisadas não é necessariamente representativa, não é possível considerar esses dados como expressão da realidade. São apenas sugestivos da variação de preço de acordo com o padrão do plano e do custo menor da autogestão. A última pesquisa não apresentou dados relativos à diferenciação do custo mensal de acordo com o padrão do plano.

¹⁰⁵ Entre as 222 empresas pesquisadas pela Towers Perrin em 2001/2002, a participação média da empresa no financiamento dos planos de padrão básico era de 86%. Nos planos intermediário e superior era de apenas 78%, contra 80% no plano executivo.

incentivos para gastos em saúde com o objetivo de atrair e ou fixar um contingente de empregados de maior importância do ponto de vista estrito da ampliação da competitividade em um mundo globalizado. O gasto governamental sob a forma de renúncia tributária funcionária, nesse caso, como mais um fator para agravar a iniquidade da prestação da assistência médica no país.

As diferentes formas de organização dos serviços de saúde, contemplando os planos coletivos ou individuais, pelo sistema de autogestão ou mediante a contratação de operadoras comerciais de diferentes modalidades, compartilham praticamente os mesmos prestadores de serviços para a concretização da assistência. A contratação de médicos e instituições de saúde revela-se como a forma predominante para o fornecimento dos serviços, podendo conviver, em alguns casos, com a prestação de serviços diretamente pelas empresas que gerenciam serviços próprios de saúde ou pela medicina de grupo, embora em escala reduzida. A ampliação da demanda, principalmente a partir dos anos 80, promoveu a organização de redes credenciadas como provedoras das empresas empregadoras e das operadoras comerciais da assistência supletiva.

A assistência à saúde no modelo de autogestão pode ser prestada por meio do credenciamento de provedores de serviços, por serviços próprios, pelo sistema de livre escolha ou pela combinação dessas alternativas. A forma mais utilizada é o credenciamento de profissionais e instituições de saúde, remunerados de acordo com tabelas de preços previamente acordadas. Embora de forma minoritária, as empresas podem contar com serviços próprios, em geral de nível ambulatorial. No caso de livre escolha, é feito o reembolso de gastos após a utilização de profissionais e serviços disponíveis no mercado, no limite das tabelas. Pesquisa do Ciefas (2000) mostrou que o credenciamento era a forma utilizada por quase todos os planos, exceto para cerca de 1%, em que se utilizavam apenas os serviços próprios. A combinação de credenciamento com livre escolha era a opção adotada pela maioria das empresas pesquisadas (52,6%), e a opção da livre escolha estava presente em cerca de 64% delas.¹⁰⁶

¹⁰⁶ A pesquisa Ciefas/2000 mostrou que a prestação de serviços exclusivamente por credenciamento era a opção para 35% das empresas; a combinação credenciamento/livre-escolha, para 45%.

A estrutura de atendimento da medicina de grupo compõe-se de serviços próprios e credenciados, estes progressivamente predominantes. Em 1988, cerca de 64% das empresas de medicina de grupo contratavam serviços e apenas 36% tinham serviços próprios. Atualmente, a rede própria de serviços é extremamente reduzida em relação à credenciada. Em 2001, para 250 hospitais próprios a medicina de grupo contava com 3.860 hospitais credenciados em todo o país (93% do total), possuindo 23.500 leitos próprios e 354 mil credenciados disponíveis. Os médicos credenciados correspondiam a mais de 80% do total de integrantes da rede de atendimento (Abramge, 2002).

As cooperativas médicas prestam serviços ambulatoriais utilizando os consultórios de seus cooperados (95.968, em 2002) e credenciam outros prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, centros de diagnose), contando também com uma pequena rede de serviços próprios – apenas 1% do total de hospitais.

Essas diferentes combinações garantem um mercado consumidor de serviços de saúde que se apóia em uma rede privada de serviços de saúde que vende serviços para diferentes clientes: empresas (diretamente), medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras ou consumidores individuais, além da clientela dos serviços públicos de saúde, uma vez que, em grande parte, a assistência pública, particularmente a hospitalar, é dependente dos prestadores privados, dos quais também compra serviços. Entretanto, embora o prestador, médico ou hospital, possa ser o mesmo, convivem no mesmo espaço tabelas de remuneração e modalidades de cobertura diferenciadas, que se traduzem em tratamento também diferenciado, dependendo da forma de acesso do cliente.

Um indicador dos interesses econômicos constituídos ao longo da trajetória da assistência médica supletiva é a evolução do seu faturamento, que expressa o volume de recursos movimentados. À época de elaboração da Constituição brasileira, quando foi criado formalmente um sistema de saúde público universal, o faturamento do conjunto dos segmentos que compõem a assistência privada já era próximo de US\$ 2 bilhões. Ao final da década de 90, período de implantação do sistema público, o faturamento já atingira aproximadamente US\$ 14 bilhões, acusando crescimento superior a 300% no período de implantação do SUS (Tabela 7). Em 2001, o faturamento apenas das

operadoras comerciais de planos de saúde, excluindo-se a autogestão, foi equivalente a dois terços da execução orçamentária do Ministério da Saúde, a qual atingiu cerca de R\$ 26 bilhões, enquanto a movimentação financeira da medicina de grupo, de cooperativas médicas e seguradoras ficou em torno de R\$ 17 bilhões. Isso faz com que a assistência à saúde supletiva se configure como uma atividade econômica relevante e extremamente competitiva, em torno da qual gravitam diversos interesses, entre eles os relativos às operadoras de planos de saúde, aos prestadores de serviços – profissionais de saúde, instituições hospitalares e clínicas –, às empresas empregadoras e aos usuários.

Todos esses agentes se relacionam com o setor público de diferentes maneiras, em razão não apenas da necessidade de enquadramento legal, mas dos diferentes vasos comunicantes que se estabelecem entre a assistência pública e a privada. Para exemplificar, cabe lembrar que importantes organizações públicas mantêm alguns dos principais sistemas de autogestão, sendo que o maior deles tem como beneficiários os funcionários do Ministério da Saúde. Além do mais, ambos os sistemas são alicerçados, em grande parte, sobre a mesma rede privada prestadora de serviços, cuja fonte de recursos provém tanto do setor público quanto do privado.

Outra modalidade de articulação compreende as formas privilegiadas de acesso ao sistema público pelos usuários de planos privados que transitam de um sistema para outro sempre que o sistema público ofereça vantagens comparativas, principalmente para as operadoras de planos, que em muitos casos transferem seus clientes para o sistema público quando os procedimentos médicos necessários são mais onerosos. A convivência de atendimentos diversificados em razão da vinculação a formas diversas de assistência no âmbito da mesma rede prestadora favorece também a ‘dupla cobrança’, ou seja, do SUS e do plano privado, por parte do prestador. Esse trânsito é favorecido pelo fato de também os profissionais médicos, na maior parte das vezes, terem vários vínculos profissionais, podendo ser tanto empresários do setor (donos de hospitais ou de operadoras) quanto funcionários públicos ou conveniados às várias modalidades de operadoras de planos de saúde. A universalização formal da assistência pública com a dualidade real da assistência favorece essas articulações perversas que, por um lado, favorecem os cidadãos que têm a dupla cobertura, por isso mesmo costumam ter acesso privi-

legiado ao sistema público, e, por outro, fazem recair sobre o SUS o ônus pela assistência de maior custo, cuja contrapartida lógica é a inviabilização da ampliação do acesso ao sistema público para os mais pobres, que costuma ser defendido por muitos dos agentes do mercado. O resultado é o aprofundamento da desigualdade de acesso.

As Entidades de Representação de Interesses

A descrição dos diversos segmentos que compõem a assistência à saúde supletiva evidencia a constituição de um conjunto de agentes – públicos e privados – de natureza complexa e heterogênea. Apesar de, na prática, a partir dos anos 90, a assistência prestada de forma privada tenha se tornado semelhante em muitos aspectos, em decorrência da interpenetração dos diversos segmentos, lucrativos ou não, como qualquer outro mercado, a competição e a busca da defesa dos próprios interesses caracterizam a assistência supletiva. De origem diferenciada, os diversos segmentos constituíram entidades representativas de seus interesses, cujo surgimento em momentos históricos distintos reflete os principais embates ou interlocutores com os quais tinham que se confrontar na tentativa de influenciar o processo decisório, tanto no âmbito governamental quanto privado.

Na condição de pioneira no mercado de assistência à saúde de caráter lucrativo, a medicina de grupo precocemente organizou entidades representativas para defender seus interesses. Já em 1966, foi criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Posteriormente, em 1987, criou-se o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e, em fevereiro de 1990, o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conange). As três entidades formam o ‘Sistema Abramge/Sinamge/Conange’, com sede em São Paulo.

Os objetivos da criação da Abramge, ainda no início da constituição dos grupos médicos, explicitamente eram: organizar, regular e defender as empresas privadas que já estivessem atuando ou que viessem a se organizar; e propagar e incentivar o desenvolvimento da atividade. Sua criação se deu em São Paulo, berço dos grupos médicos, e coincide com o estabelecimento dos

primeiros convênios da Previdência Social com as empresas para a prestação de assistência. Desde a criação, a principal atuação da Abramge foi como interlocutora dos grupos médicos perante as autoridades governamentais. A criação do Conamge teve como objetivo auto-regulamentar a atividade da medicina de grupo, como reação à disposição governamental de regulamentar o mercado de assistência supletiva. Após a efetiva regulamentação governamental, essa entidade perdeu a sua finalidade original.

As cooperativas médicas foram a segunda modalidade a se organizar, ainda na década de 70. Embora usem a mesma logomarca, as cooperativas são independentes umas das outras e organizadas no nível dos municípios, constituindo as Unimeds singulares. Nos anos 70, foram organizadas as federações estaduais, reunindo as singulares respectivas, e em 1975 foi criada a Unimed do Brasil, como uma confederação nacional reunindo as federações, com o objetivo de integrar, orientar e coordenar as atividades do Sistema Unimed, além de constituir-se em um espaço para difundir as idéias sobre o cooperativismo médico (Unimed Brasil, 2002).

Nos anos 80, foi a vez dos sistemas de autogestão, cuja primeira entidade representativa foi a Associação de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Asaspe), criada em São Paulo em 1980.¹⁰⁷ Durante essa década, foram criadas entidades similares, adotando o mesmo nome, nos estados de Minas Gerais, Ceará e Espírito Santo. Em 1984, foi fundada a Associação Brasileira de Serviços Próprios de Saúde de Empresas (Abraspe), com o objetivo de integrar as entidades estaduais, com as características de uma federação das Asaspes, mas que não deu resultado, sendo fundida em 1995 com a Asaspe de São Paulo.¹⁰⁸ A Abraspe congregava entidades de empresas públicas e privadas até 1990, quando foi criado o Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas), com a pretensão de representar as empresas estatais e públicas, as entidades sindicais, as caixas e as funda-

¹⁰⁷ “O termo ‘serviços próprios de empresas’ era usado pelo governo na época para caracterizar as empresas que ofereciam planos de saúde a seus empregados e que, por isso, podiam fazer algumas deduções do recolhimento à Previdência Social” (Ciefas, 2000: 49).

¹⁰⁸ A Abraspe permanece hoje como uma entidade que agrega sistemas de autogestão de empresas privadas do estado de São Paulo, equivalendo a uma Asaspe. Outras entidades regionais foram criadas nos anos 80 em Pernambuco, Paraná e Bahia, cuja maioria das empresas filiadas foi incorporada ao Ciefas após sua criação.

ções formadas por funcionários públicos federais, constituindo, desde sua origem, como uma entidade de representação nacional. Com o esvaziamento da Abraspe, gradativamente o Ciefas foi absorvendo também a representação dos sistemas de autogestão de empresas privadas ao longo dos anos 90, agregando, em 2000, 140 organizações, entre públicas e privadas (Ciefas, 2000). O objetivo principal da criação dessas entidades foi representar os interesses da autogestão diante das instâncias governamentais, mas principalmente das entidades de classe da área da saúde, dos representantes dos prestadores de serviços, como as associações médicas e de hospitais, e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. A meta básica consistia em uniformizar os procedimentos e a atuação perante os prestadores, particularmente quanto à padronização das tabelas de preços dos serviços médicos. Em razão das origens diferentes, as duas entidades tinham perspectivas bastante distintas em relação à assistência que traduziam as diferenças entre organizações públicas e privadas.¹⁰⁹ As ações principais dessas entidades são dirigidas para as negociações com os prestadores de serviço, buscando principalmente a redução de preços. Mas em razão das condutas diferenciadas, essa ação conjunta se viu, muitas vezes, obstaculizada.

A criação do Ciefas coincide com a deflagração de séria crise entre prestadores e sistemas privados de saúde em torno principalmente da questão dos valores pagos. Até então, para pagamentos dos serviços, vinham sendo adotados os critérios de remuneração definidos pela AMB, situação que passou a ser questionada a partir de meados da década de 90 nas negociações com os provedores, em uma conjuntura em que as empresas se viam obrigadas a grandes contenções de custos.¹¹⁰ O primeiro resultado da atuação conjunta foi em 1993, quando o Ciefas conseguiu um acordo com a AMB para a produção de uma tabela de honorários consensual. Ao mesmo tempo que ampliava sua atuação perante os prestadores, o Ciefas passou a participar das

¹⁰⁹ “A maneira de fazer pública e a maneira de fazer privada são completamente diferentes. Por exemplo: na hora de negociar, o Ciefas tinha uma tabela de taxas que chegou a ter setenta taxas além da tabela da Asaspe. Além de pagar mais, o Ciefas tinha muito mais dificuldades de cortar coisas ou prestadores” (entrevista com Virgílio Baião, presidente da Asaspe-MG, em julho de 2002).

¹¹⁰ “As oscilações da política governamental, crise econômica, inflação galopante, arrocho salarial e ‘enxugamento’ de gastos públicos das estatais eram preocupações que agitavam grande parte do segmento da autogestão em saúde, pressionando não só pela caótica realidade como pela organização e pressão de empregados e funcionários” (Ciefas, 2000: 53-54).

discussões governamentais relativas à saúde suplementar. A organização dos sistemas de autogestão conseguiu enfraquecer os prestadores de serviços, particularmente no esvaziamento da força da tabela da AMB, cuja pretendida obrigatoriedade de utilização passou a ser considerada pelo governo como tentativa de formação de cartel. Com base nessa interpretação, que resultou na sua proibição, a tabela tornou-se apenas um referencial de preços, situação que fortaleceu os compradores de serviços, que passaram a negociar tabelas próprias.¹¹¹

Mais recentemente, deu-se a unificação das entidades representativas da autogestão, com a criação, em novembro de 2002, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), resultado da união do Ciefas e da Abraspe. A Unidas representa 150 organizações, públicas e privadas, que cobrem cerca de cinco milhões de assistidos e cujo desafio principal é conseguir tratamento diferenciado para o segmento da autogestão na regulamentação governamental.

Os órgãos de representação das seguradoras são a Federação Nacional das Seguradoras (Fenaseg), criada em 1951 e reconhecida oficialmente em 1953, e a Comissão Técnica de Seguro Saúde, de 1969. Apesar de sua atuação relativamente recente no ramo saúde, a entidade já tem larga experiência de organização e de atuação perante o Poder Público, tanto no âmbito do Executivo federal quanto no Legislativo, com uma ação direcionada a diminuir o escopo da ação governamental. Entre seus objetivos, recentemente traçados, estão a “ampliação do espaço de atuação política, de modo mais efetivo junto ao Poder Público, visando à redução da presença do Estado no mercado, a desregulamentação, a autonomia do setor, a efetiva quebra de monopólios (...)” (Fenaseg, 2002).

¹¹¹ Até o ano de 2007 tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei que “autoriza as entidades representativas dos profissionais de saúde a elaborarem tabela de referência que, uma vez aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, passam a servir como base de negociação de honorários” (entrevista com o deputado federal Rafael Guerra em maio de 2002). De acordo com esse deputado, após ter sido aprovada na Comissão de Seguridade Social e Família, o projeto foi encaminhado para a Comissão de Economia, na qual o *lobby* das seguradoras e dos planos de saúde é mais forte, de forma que o projeto não entrou em tramitação. Essa proposta do deputado, juntamente com outra de sugerir ao Ministério da Saúde a autorização de pagamento de complementação de honorários em caso de utilização de acomodações especiais nas internações, sugere a retomada da situação vigente na década de 80, que favorecia os profissionais e os incentivava a atender os clientes do SUS, na medida em que tinham seus honorários majorados, e ainda tendo como referência a tabela da AMB.

Pelo lado dos prestadores de serviço, cabe destacar a representação dos hospitais que, como a Abramge, têm sua origem estreitamente ligada às políticas públicas. Concomitantemente à expansão da assistência médica previdenciária, em 1966, mesmo ano de criação da representação da medicina de grupo, foi criada a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). O nome originário por si só já demonstra a relação com a Previdência Social, maior compradora dos serviços hospitalares e por intermédio da qual a política de assistência garantiu a expansão do mercado para serviços hospitalares. Essa marca de origem mostra os objetivos da entidade, que busca desde sua criação influenciar a política de assistência médica e, principalmente, o valor pago aos serviços hospitalares pelo sistema público de saúde, ainda hoje o principal comprador desses serviços. Em 2003 possuía 12 entidades federadas, correspondentes às associações de hospitais de estados. No Legislativo, sua atuação se faz principalmente na Comissão de Seguridade Social e Família e diretamente com os parlamentares, contando com uma assessoria parlamentar para o acompanhamento de projetos no Congresso Nacional. No Executivo, tem acesso ao ministro da Saúde e assento no Conselho Nacional de Saúde. Apesar de assumir uma postura liberal, de antiestatização da saúde, reconhece que o sistema público é o maior financiador de saúde no país, além de ser a principal porta de entrada para os hospitais. Para barganhar maior remuneração para os serviços hospitalares, utiliza como argumento o direito constitucional de acesso a serviços de saúde, para cuja garantia o papel do setor privado é fundamental. Diante da insatisfação com valores e prazos de pagamento, os hospitais costumam utilizar-se do expediente de paralisação do atendimento à clientela do SUS, além do recurso a ações judiciais, visando receber valores maiores pelos serviços prestados ao sistema público. Na análise deste segmento, o sucateamento da assistência pública é decorrência dos baixos valores das tabelas de remuneração de procedimentos adotada pelo SUS para pagamento da rede médico-hospitalar, imputando a necessidade de reajustes à necessidade de transformar o contexto de saúde da população.¹¹²

¹¹² De acordo com matéria publicada no *Jornal FBH* (ano 2, nº 15, dez. 2000-jan. 2001): “Números e percentuais, porém, bem como informações sobre reajustes concedidos ou não, variam conforme o interlocutor. Segundo a FBH, a defasagem, que começou com a implantação do Real em 1994, já passa de 100%. O Fipe Saúde mostra que entre julho de 1994 e maio de 1999, os custos na área aumentaram em 109%. Nesse mesmo período, entretanto, foi dado um reajuste de somente 25%. A diferença observada representa quase 90% em desfavor da rede.”

A insatisfação com a remuneração, muitas vezes, conduz a acirramentos na relação governo/prestadores de serviços, particularmente com o governo federal, a quem cabe a definição da tabela de pagamento. Atualmente, as principais reivindicações dos hospitais ao SUS, além dos valores dos procedimentos, são: reorganização de uma política para o setor, o que inclui linhas de financiamento especiais para os hospitais; definição de regras do relacionamento jurídico entre comprador e prestador de serviço; tratamento igualitário entre o segmento filantrópico e o lucrativo (denominado pela FBH como privado); implantação de mesa de negociações permanentes no âmbito do Ministério da Saúde, com a participação da FBH; e, ainda, a sugestão de alteração do princípio da gratuidade do SUS mediante a cobrança complementar ao usuário.¹¹³ A relação com os segmentos da assistência supletiva é, no mesmo sentido, a de negociar preços para os serviços prestados, sendo que a organização posterior de entidades representativas dos segmentos privados compradores de serviços se deu principalmente em razão da necessidade de negociar preços de forma conjunta com os prestadores. A pressão por rebaixamento dos valores de remuneração dos serviços hospitalares por parte dos diversos segmentos da assistência à saúde supletiva tem forçado os hospitais a buscarem rebaixamento de custos em um mercado que sofre limitações na capacidade de expansão da remuneração. Como alternativa, tanto ao sistema público quanto aos planos de saúde, a Federação de Hospitais vem se organizando no sentido de criar um Fundo Mútuo de Assistência à Saúde, buscando captar uma clientela do SUS diretamente para os hospitais privados.

Entre os prestadores de serviço, é a categoria médica que tem a mais longa experiência de organização, embora sua representação se pulverize em diferentes instituições, como a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os sindicatos, reunidos na Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e na Confederação Médica Brasileira (CMB). Criada

¹¹³ Literalmente, assim se expressou o presidente da FBH em ofício encaminhado ao secretário executivo do Ministério da Saúde em fevereiro de 2001, no bojo de uma crise entre os hospitais e o ministro da Saúde, José Serra, que, em declaração pública, tachara de ‘malandros’ os portadores das reivindicações dos hospitais por aumentos nas tabelas: “Não se trata aqui de um *ultimatum*, posto que saberemos continuar parceiros se o Ministério da Saúde admitir que não dispõe de orçamento para garantir a gratuidade do atendimento a toda a população e souber reconhecer nossas dificuldades, auxiliando na mobilização positiva da sociedade para a busca de fontes alternativas de recursos, inclusive com a reintrodução da cobrança complementar mediante regras claras” (*Journal FBH*, ano 2, nº 15, dez. 2000-jan. 2001).

na década de 50, assim como os Conselhos Regionais de Medicina, a Associação Médica Brasileira (AMB) aumentou sua presença política a partir de 1964, quando assumiu posição contrária à ampliação da intervenção do Estado na assistência médica, postura que marcou o período. Sua atuação em conjunto com alguns sindicatos médicos nesse mesmo período voltou-se também contra o empresariamento da medicina, desencadeando uma oposição ferrenha à atuação das empresas de medicina de grupo.

A defesa da prática liberal sempre caracterizou a AMB, embora ao longo dos anos 60 e 70 a categoria tenha presenciado a alteração da sua inserção profissional, passando cada vez mais o trabalho assalariado a substituir a medicina liberal, prestada diretamente pelo médico em seus consultórios. Nesse percurso, a atuação médica acompanha o desenvolvimento da assistência à saúde no país – ao assalariamento inicialmente nas instituições governamentais, segue-se a inserção no mercado de trabalho vinculado à medicina de grupo. Em defesa da prática médica autônoma surgem as cooperativas médicas, inaugurando outra forma de trabalho, que associou a autonomia nos consultórios à introdução dos planos de saúde privados, individuais ou empresariais controlados e comercializados pelos médicos. Ao assalariamento seguiu-se também o fortalecimento da organização sindical dos médicos, que passaram a adotar as práticas dos trabalhadores, inclusive o instrumento das greves.

No final dos anos 70, sucederam-se vários movimentos grevistas voltados para as condições de trabalho nas instituições públicas e também para a regulamentação do trabalho dos médicos residentes. Essas greves tiveram a característica de incorporar, além das demandas corporativas, propostas de transformação da política de saúde e de democratização do país. Nesse momento, os médicos se uniram aos movimentos gerais da sociedade pela mudança do regime político.

Nos anos 80, após a democratização do país, a atuação dos médicos se volta novamente para as questões corporativas. Em geral, as principais questões que caracterizam a atuação da categoria médica ao longo do tempo, além daquelas mais imediatas, relativas à remuneração do trabalho médico, referem-se à crítica ferrenha à exploração do trabalho médico por terceiros, entendidos como as empresas de medicina de grupo; à defesa da autonomia profissional, que tem como foco a contestação dos parâmetros e limites apresentados pelos planos de saúde no sentido de restringir os procedimentos

realizados com o intuito de diminuir custos – vinculada a essa questão, defendem a disponibilidade irrestrita dos meios de diagnóstico; à defesa da liberdade de escolha do médico por parte dos usuários de serviços médicos, passando a defender o ‘credenciamento universal’ dos médicos por todos planos de saúde; e, mais recentemente, à crítica à expansão de escolas de medicina, questionando a ampliação irrestrita do contingente de médicos, com base em um discurso de defesa da qualidade da formação médica.

De uma ação voltada principalmente para o setor público como principal empregador da categoria, a atuação dos médicos passou a se dirigir para os planos de saúde privados, com o aprofundamento do exercício da profissão mediante a prática dos credenciamentos comuns às distintas modalidades de assistência privada. Nessa relação com as instituições que comercializam planos de saúde ou gerenciam sistemas próprios, o embate tem se dado com base naquelas questões listadas, em uma situação em que o médico cada vez mais se torna dependente dos convênios.¹¹⁴ A relação com as cooperativas tem também se tornado conflituosa, na medida em que, na prática, elas funcionam de forma similar, apresentando os mesmos limites à atuação autônoma dos médicos cooperados; além do mais, os valores dos serviços médicos, muitas vezes, são mais baixos do que os pagos pelas outras modalidades de planos de saúde privados.¹¹⁵ O fortalecimento das ações conjuntas dos planos privados com base em sua organização tem enfraquecido o poder auto-regulatório da categoria médica, particularmente na questão dos valores a serem pagos pelos serviços que prestam. O conflito relativo às tabelas de honorários é a face mais visível desse embate, embora esteja em jogo a tão defendida autonomia médica. Visando recuperar seu poder, a categoria tem discutido a formação de uma entidade que unifique sua atuação, diante da pulverização em diferentes formas organizativas. A proposta de criação da Ordem dos Médicos se insere nessa perspectiva como forma de fortalecimento da categoria.

¹¹⁴ A pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil” (Fiocruz/CFM, 1995) mostrou que cerca de 70% dos médicos trabalhavam no setor público, mas cerca de 80% participavam de convênios médicos, sendo que 75,6% deles tinham até três atividades, e quase 25% mais de três.

¹¹⁵ Depoimento do então presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, Ricardo de Menezes Macedo, é sugestivo: “Acontece que as cooperativas viraram empresas. E o lucro é o principal princípio de uma empresa. (...) O discurso cooperativo não existe mais nem mesmo dentro das próprias cooperativas. (...) Mas a remuneração do médico anda péssima e a discussão política praticamente inexistente no cooperativismo médico” (Sinmed-MG, 2000: 75).

O desenvolvimento da assistência à saúde privada constituiu relações complexas e, muitas vezes, conflituosas entre os seus diversos segmentos, particularmente entre as organizações que operam ou comercializam planos de saúde e os prestadores de serviços. Mas as conexões alcançam também o setor público, na medida em que grande parte dos prestadores de serviços, médicos ou hospitais, atua tanto no setor público quanto no privado. O conflito de interesses entre os atores que formam esse cenário se expressa na constituição de suas organizações e torna a arena da saúde um espaço competitivo, complexo e até contraditório ao colocar em oposição, por exemplo, o mesmo profissional, em razão de formas diferentes de inserção na assistência à saúde.

Síntese

A análise da trajetória da assistência privada desenvolvida neste capítulo permitiu constatar os efeitos de *feedback* da política de saúde segundo uma dupla perspectiva. Em primeiro lugar, evidenciou os mecanismos por meio dos quais essa política, voltada para a assistência à saúde de caráter público, favoreceu o surgimento de várias modalidades institucionais de assistência privada e a expansão de outras que já existiam de forma ainda pouco expressiva. Em segundo, permitiu identificar os efeitos institucionais do crescimento das formas privadas de assistência, *vis-à-vis* ao da assistência pública. Entre estes, os mais importantes foram: a constituição e/ou fortalecimento de diversos atores ou agentes do mercado, como prestadores, operadoras e usuários, e, em razão disso, a configuração de interesses; o estabelecimento de regras e procedimentos relativos à forma de prestação da assistência, mecanismos de acesso e de diferenciação, os quais estruturaram comportamentos e moldaram preferências; e, como consequência desses efeitos anteriores, o crescimento da assistência privada, que influenciou o processo político ao constituir a arena política da saúde, na qual, em razão do formato assumido pela política, configuraram-se estratégias considerando os objetivos básicos de, por um lado, garantir recursos públicos, de forma direta ou indireta, e, por outro, obter ou preservar regras favoráveis, mas principalmente a ausência de regras para a expansão do mercado de assistência à saúde.

A descrição das dimensões e características do segmento privado e dos atores vinculados a ele mostrou a sua relevância econômica e política e a institucionalização de regras e comportamentos difíceis de serem mudados, tornando outras opções pouco prováveis. É nessa medida que fornece elementos para interpretar os processos de reforma da política de saúde nas décadas de 80 e 90, quando se tornaram evidentes os limites que esses efeitos das políticas anteriores apresentaram para as reformas.

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que a gênese e a expansão das formas privadas de assistência à saúde estão diretamente ligadas às relações de trabalho na forma de planos de saúde coletivos. Do mesmo modo que a assistência de caráter público se inicia no âmbito da Previdência Social, como um benefício vinculado à inserção no mercado de trabalho, também os planos e seguros de saúde privados, na sua grande maioria, surgem e se desenvolvem subordinados a contratos de trabalho, como benefício trabalhista concedido por algumas empresas, com a participação direta ou indireta do Estado e como consequência de decisões governamentais que favoreceram a constituição de determinados arranjos e práticas.

É verdade que desde as primeiras décadas do século XX existiam iniciativas empresariais no sentido de prover algum tipo de assistência médica aos empregados, mesmo que muitas vezes restrita à medicina do trabalho, e que eram independentes da ação governamental e de qualquer política regulatória. As mais importantes experiências iniciaram-se a partir dos anos 40, inclusive voltadas para segmentos que eram cobertos pela assistência prestada pelos IAPs, como os funcionários do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal. Mas será apenas a partir dos anos 60 que irá se expandir a assistência à saúde no âmbito das empresas, privadas e públicas, o que se fará com base nas políticas públicas que reforçariam as iniciativas empresariais, estimulariam a constituição de novos atores no cenário da assistência privada, como a medicina de grupo e as cooperativas médicas, e incorporariam outros mais antigos, como as seguradoras.

Isso foi feito por meio de diversos mecanismos. O primeiro deles foram os convênios-empresa, a partir dos quais foram dados incentivos governamentais para que as empresas se encarregassem da assistência médica com financiamento público, pelo menos parcial, para seus empregados. A criação

dos convênios-empresa foi uma decisão que favoreceu a expansão da assistência privada, não tanto pelo volume dos convênios estabelecidos com a participação da Previdência Social, mas pela institucionalização e legitimação de uma prática empresarial ainda restrita antes deles. É claro que fatores internos às empresas, como a necessidade de redução do absenteísmo, o aumento da produtividade e o esforço para aumentar a competitividade na disputa por quadros mais qualificados foram (e são) fatores importantes na decisão de conceder assistência aos empregados. Mas o apoio governamental, inicialmente de forma direta, mediante subsídios financeiros, e posteriormente de forma indireta, por meio de mecanismos tributários, foi fundamental para sua institucionalização e legitimação. Na mesma época, incentivada pelos convênios-empresa, constituiu-se a assistência privada independente do financiamento direto e da supervisão pública, mas também vinculada às empresas e, portanto, garantindo assistência a partir da inserção no mercado de trabalho não apenas formal, mas privilegiado, uma vez que era limitada às grandes empresas, principalmente da região Sudeste e, sobretudo, do estado de São Paulo.

Apenas a partir dos anos 80, a assistência privada irá se desenvolver fora do âmbito das empresas empregadoras por intermédio dos planos de saúde contratados individualmente. Similares no caráter privado, esse tipo de plano será de natureza diferente ao engendrar relações tipicamente de consumo entre o beneficiário e a operadora que o comercializa. A inserção nos planos de saúde privados se dará entre os estratos de maior renda e vai substituir, em parte, a prática liberal que prevalecia até os anos 70, que foi se inviabilizando com o crescimento dos custos da assistência médica. Esse comportamento foi incentivado pela política tributária, mediante o mecanismo de dedução fiscal, e facilitado pelas estratégias agressivas de comercialização de planos privados em um mercado, até o final da década de 90, sem qualquer regulamentação governamental. De forma similar, também o custeio da assistência no âmbito das empresas foi indiretamente assumido, pelo menos em parte, pelo governo e pela sociedade em geral, na medida em que passou a ser computado como despesa operacional, não integrando o rendimento tributável das empresas e sendo repassado aos preços dos produtos ou serviços produzidos.

Outras decisões públicas no sentido de viabilizar e ou desafogar a assistência pública tiveram o efeito de fortalecer a assistência privada e de consoli-

dar os interesses associados a ela. Entre elas, foi fundamental a prévia opção por comprar serviços privados em vez de desenvolver uma rede própria de serviços de saúde, tendência que caracterizou a expansão da assistência pública. Essa opção teve o efeito de fortalecer os profissionais e as instituições privadas prestadoras de serviços e suas representações de interesses. A pressão que exerciam por remunerações mais altas em situação de impossibilidade de atendimento pelo Poder Público, em razão de uma crise da Previdência Social, em parte como decorrência do alto custo do modelo de compra de serviços, vai levar a uma seqüência de decisões de conseqüências perversas para o atendimento público, favorecendo, em contrapartida, a opção dos usuários pela assistência privada.

Um conjunto de decisões governamentais relativas à remuneração dos serviços hospitalares, ao mesmo tempo que atendia à pressão dos prestadores de serviços e acomodava as demandas dos usuários por atendimento de melhor qualidade, aprofundou o hiato entre a assistência pública e a privada. Por meio delas, o governo permitiu o pagamento de complementação pelos atendimentos hospitalares quando em acomodações especiais, isto é, diferentes das custeadas pelo Poder Público. Essa decisão teve como efeito a deterioração do atendimento prestado em acomodações não-especiais, ao mesmo tempo que incentivou o desenvolvimento dos planos privados, uma vez que estes eram autorizados a efetuar essa complementação. Diversas decisões nesse sentido tiveram o efeito de definir o comportamento dos atores privados (prestadores de serviços, usuários, operadoras de planos de saúde e sistemas de autogestão): a) usuários que tinham capacidade de assumir os gastos foram incentivados a optar por acomodações especiais a custo mais baixo, uma vez que parcela desse custo era assumida pelo setor público; b) hospitais reduziram as acomodações tipo enfermaria para estimular o atendimento especial, mais lucrativo, num momento em que a remuneração governamental estava muito aviltada; e c) compradores de serviços – sistemas de autogestão, cooperativas ou medicina de grupo –, pressionados pelos custos dos atendimentos, passaram a se organizar com o objetivo de negociar de forma coletiva com os prestadores e rebaixar os preços dos serviços de saúde, quando a participação governamental no pagamento dos serviços hospitalares se tornara pouco significativa. Dessa forma, as medidas governamentais contribuíram para a

explicitação do conflito de interesses entre entidades médicas e operadoras de planos de saúde, em razão do controle de custos, e, ainda, para desfazer o vínculo da assistência privada com a pública. Nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ter seu desenvolvimento de forma autônoma, em relação tanto ao financiamento quanto à forma de captação da clientela. No final da década, outra decisão governamental favoreceu a entrada das seguradoras no ramo saúde, ao lhes ser autorizado fazer o referenciamento de profissionais e instituições de saúde, o que lhes permitiu baixar custos e disputar o mercado privado com a medicina de grupo e com as cooperativas médicas.

As conseqüências malélicas da inexistência de uma política afinada concretamente com a meta formal de publicização da assistência se traduziram na deterioração da qualidade da assistência pública, reforçando a opção pela assistência privada para os trabalhadores por parte das empresas e, posteriormente, pelos indivíduos isoladamente. A própria prática governamental incentivou a ampliação das ações privadas e reforçou a diferenciação, revelando a inexistência de um projeto efetivo de universalização e equalização da assistência. Expressão emblemática disso foi a existência no âmbito da própria instituição previdenciária, encarregada da política de saúde, de uma assistência diferenciada para seus funcionários. Desta forma, a expansão da assistência supletiva nos anos 80 não foi um processo paralelo e independente das políticas públicas; ao contrário, foi no bojo da crise da assistência pública e sob a pressão dos interesses privados já constituídos, particularmente dos prestadores de serviço, que se definiram medidas governamentais que favoreceram aquela expansão e constituíram um arranjo institucional crivado de contradições. As ações governamentais contribuíram de forma decisiva para a institucionalização e legitimação da opção pela assistência privada e, de forma indireta, retiraram recursos públicos que poderiam ser canalizados para a assistência pública, contribuindo para seu mau desempenho. Na forma de uma espiral, a seqüência de decisões e ações foi reforçando as opções privadas.

A dinâmica das decisões governamentais e das ações privadas – estas últimas em grande parte como resposta a estímulos governamentais, no caso das empresas empregadoras ou operadoras de planos de saúde, ou como alternativa de assistência diante da deterioração da assistência pública, ou ao

encarecimento da medicina liberal, no caso dos usuários – foi constituindo o arranjo institucional da assistência à saúde no Brasil. Tal arranjo assumiu um formato híbrido – público e privado –, integrando agentes variados, articulados por um conjunto de regras, inicialmente definidas prioritariamente pelo Poder Público, que era o agente regulador, mesmo que isso se fizesse de forma precária, em razão da captura do governo pelos interesses privados, particularmente dos prestadores de serviços. Em um segundo momento, esse espaço de regulação foi sendo ocupado e disputado por agentes privados representantes do segmento da assistência supletiva, concomitantemente ao processo de autonomização em relação ao setor público.

Esse arranjo institucional vai se caracterizar pela complexidade, com várias organizações diferenciadas disputando o mercado de saúde, tanto do lado da oferta de serviços como do lado da captação de clientes, bem como pelos diversos mecanismos de articulação entre eles. Na sua trajetória, a assistência privada constituiu identidades e clivagens sociais em virtude da forma de inserção na atividade e de concepções diversas sobre a prática médica, a mais emblemática sendo o conflito entre a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Conflitos de interesse entre prestadores e compradores de serviço, por sua vez, definiram preferências similares entre os agentes na mesma posição, aproximando as estratégias com vistas ao controle de preços dos serviços de saúde. O imbricamento de interesses e a similaridade das estratégias acabam por tornar menos nítidas as diferenças entre os diversos formatos assumidos historicamente pela assistência privada em aspectos como a forma de captação de clientela, a definição dos padrões da assistência, os mecanismos de controle de preços e custos e a forma de articulação com os prestadores de serviços. Neste último caso, destaca-se o fato de partilharem a mesma rede de serviços, inclusive com o setor público, no que diz respeito à rede hospitalar.

A formação das organizações de interesses dos agentes desse mercado reflete ações em cadeia em razão das alterações da assistência e do surgimento de novos agentes. Se a Abrange tem sua origem vinculada à política dos convênios/empresa, as UnimedS se organizam para se contrapor à medicina de grupo e garantir o controle dos serviços médicos pelos próprios médicos, e a Abraspe e o Ciefas são o resultado da organização dos compradores de serviços com o objetivo principal de buscar o controle de preços, num

momento em que a assistência privada já se tornara efetivamente independente da participação governamental e em contraponto às tentativas das organizações médicas de regular o mercado, particularmente os preços dos serviços. Nesse processo de autonomização, os próprios agentes do mercado assumem a regulação do setor.

Entre os interesses constituídos estão os dos beneficiários da assistência privada, particularmente os empregados das empresas e instituições públicas que administram ou contratam planos de saúde. Ao terem acesso a uma assistência diferenciada, passam a ser seus apoiadores, de forma explícita ou implícita. A institucionalização das formas empresariais de assistência privada torna esse benefício patronal um diferencial valorizado nas relações de trabalho e, de forma endógena ao contexto institucional da assistência e em razão das vantagens distributivas da política de saúde, configura a preferência pela assistência privada.

Esses diversos interesses que se constituem e se organizam ao longo das décadas de 60 a 80 manifestar-se-ão nos momentos cruciais de redefinição da política de saúde, como no processo constituinte e na regulamentação tardia da assistência privada, no final dos anos 90. No próximo capítulo será analisada a reforma da política de saúde nos anos 80, bem como sua implantação na década de 90, cujas características vão refletir a configuração institucional das políticas anteriores. Nos dois processos, serão evidenciados, de um lado, a ação dos atores representando os interesses que constituíram e configuraram a arena da saúde e, de outro, a institucionalização dos comportamentos e das práticas ligadas à assistência privada que causaram constrangimentos a qualquer remodelação mais radical do sistema de assistência à saúde.