

# Empresas privadas de saúde atendem 15% da população

SÃO PAULO — Os problemas que os segurados enfrentam, ao serem atendidos pelos serviços oferecidos pelo Inamps, especialmente nos grandes centros urbanos, e a conscientização crescente por parte das empresas sobre a importância de oferecer bons programas de saúde aos funcionários, são os motivos que levam o segmento que atua na assistência médica supletiva a esperar bom desempenho este ano. Essa é a estimativa que uma firma de consultoria na área de benefícios, a Towers, Perrin, Forster e Crosby Ltda, do Grupo Towers Perrin, acaba de fazer sobre um setor que, no ano passado, apresentou faturamento de 1 bilhão 850 milhões de dólares, com atendimento médico-hospitalar que beneficiou 22 milhões 400 mil pessoas, ou algo em torno de 15% da população brasileira, por meio de cinco modalidades: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, plano de administração e seguro saúde.

Reunidos esta semana num seminário sobre Benefício Assistência Médica — Conhecendo as Alternativas, os representantes dessas áreas de prestação de serviços médicos conheceram o diagnóstico do consultor *senior* da Towers, Humberto Torloni Filho: a tendência geral do mercado é haver crescimento para todos os sistemas de assistência médica supletiva. O presidente da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (Abramge) e do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), Mário Martins Filho, acrescenta outro dado para justificar a expectativa favorável: a constatação de que as pessoas, individualmente, estão sentindo a necessidade de garantia na hora de receber o atendimento médico, fenômeno que começou a ser mais identificado nos últimos três anos. “Os custos do atendimento particular são inacessíveis para a maioria absoluta da população”, justifica Martins, que, no entanto, evita fazer qualquer previsão sobre o desempenho das 300 empresas de medicina de grupo detentoras de 54% do mercado por faturamento e de 58% de participação se o mesmo for medido por usuários. De 1986 para 1987, de acordo com Martins, o crescimento dessas empresas como um todo foi de 33%.

**Mais despesas** — As empresas mostram a preocupação de melhorar os programas de atendimento médico para seus funcionários, confirmando a tendência detectada pela Towers, Perrin, Forster e Crosby. A Rhodia, empresa com 13 mil 500 funcionários, por exemplo, oferece três planos

## Os diversos serviços

Sistema	População coberta	Faturamento estimado (em dólares)
Medicina de grupo	13 milhões	1 bilhão
Cooperativa médica	3 milhões 500 mil	350 milhões
Autogestão	4 milhões 800 mil	400 milhões
Plano de Administração	300 mil	25 milhões
Seguro Saúde	800 mil	75 milhões
Total	22 milhões 400 mil	1 bilhão 850 milhões

Fonte: Towers, Perrin, Forster & Crosby, Ltda; \* Inclui planos individuais

de assistência: o básico, gratuito, o participativo, pelo qual o funcionário tem a liberdade de escolha de hospitais e médicos e só paga 40% desses custos, e o plano de reembolso, pelo qual o empregado paga 50% das despesas hospitalares. O médico Marcos Wasserstein, gerente de medicina social da Rhodia há 10 anos, explica que a empresa já estuda como ampliar o plano participativo (que beneficia 20% dos funcionários, que pagam uma taxa fixa) e só espera regras mais definidas para a economia. Wasserstein informa que a Rhodia gasta 330 mil dólares mensais com os seus programas de saúde.

O presidente da Abramge (entidade que reúne 200 empresas da medicina de grupo, responsáveis por 70% do faturamento e 95% do atendimento aos beneficiários do sistema) acredita que maior número de empresas (hoje, estima-se que 10 mil da indústria, comércio e prestação de serviços fazem esse tipo de convênio) poderia se utilizar dessa ou de outra modalidade, se o governo promovesse incentivos nessa área. “Como faz o plano de alimentação, plano transporte ou a Lei Sarney, oferecendo à empresa um espaço maior para deduções no imposto de renda”, compara. Martins argumenta que, ao defender essa tese, não está entrando em conflito com o papel do governo na área de saúde. “Nós não queremos ocupar espaços do governo, mas pretendemos ser seus aliados nessa luta, para diminuir os problemas de saúde”, explica. E mostra números: a medicina de grupo atende 13 milhões de pessoas, ou 10% da força formal de trabalho, através de 70 hospitais próprios, com 6 mil

800 leitos, 550 centros de diagnósticos e convênios com 1 mil hospitais particulares. Lembra ainda que, enquanto o Inamps investiu 33 dólares *per capita* em 1987, o setor privado aplicou 83 dólares.

O gerente-comercial da Interclínicas (uma das principais empresas do segmento, que atua na Grande São Paulo e atende em todo o país com entidades congêneres interligadas), Valdemar Ferreira Neto, não discute se o serviço oferecido pelo Inamps é bom ou ruim. “O problema é que a estrutura é de poucos serviços para muitos usuários”, analisa, ao informar que, por aspectos como esse, as próprias empresas públicas se preocupam em manter convênios com as firmas que trabalham na assistência médica supletiva. A Interclínicas, segundo ele, tem convênios com a Dersa (Desenvolvimento Rodoviário S.A.), do governo paulista. A Interclínicas espera um crescimento nas duas áreas, tanto de empresas como pessoas físicas, em torno de 30%.

Outras empresas do segmento procuram inovar, como a Amil (Associação Médica Internacional), que tem veiculado anúncios na televisão em que se propõe a oferecer os melhores serviços. Segundo o gerente de atendimento da Amil em São Paulo, Silvio Pereira, é uma estratégia para a empresa ocupar novos espaços, com a preocupação de fazer com que o cliente se sinta uma pessoa bem atendida em qualquer situação. Há seis meses a Amil dispõe de um serviço de telemarketing, que fornece todas as informações ao interessado em ter o seu plano de saúde.