

Saúde privada preocupa o governo

■ Para Serra, falta transparência às empresas do setor

FLÁVIO FREIRE
Especial para o JB

SÃO PAULO – O ministro da Saúde, José Serra, disse ontem que o governo considera necessário um plano de interferência nas empresas da área de medicina suplementar (planos de saúde, assistência médica e seguradoras). “O governo federal está preocupado com a dificuldade de obter informações do setor, está faltando transparência”, advertiu. Serra salientou ainda que a saúde financeira de várias empresas está fragilizada, desde que foi implantada a regulamentação do setor, a partir da lei 9.656, de junho de 98. O ministro participou do seminário “Saúde: um novo enfoque econômico”, promovido pela Ibmecc Business School.

O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramg), Arlindo de Almeida, entidade que congrega cerca de 700 empresas em todo o país, admitiu que o governo pode estar encontrando problemas para dialogar com essas firmas. “Empresas pequenas e distantes dos principais centros podem estar enfrentando muitas dificuldades após a regulamentação”.

Inquietação – O dirigente não arriscou o número de empresas que fecharam as portas em decorrência das mudanças. “A regulamentação ainda não está totalmente definida em vários aspectos e isso deixa o setor inquieto”. Para se ter uma idéia de como está confusa a situação para essas empresas, 20 medidas provisórias já alteraram o texto inicial da lei.

No mês passado, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Maurício Correa, votou pela suspensão de parte da lei que disciplina a exigência de que os contratos existentes antes da lei sejam



Segundo Serra, muitas empresas ficaram em situação financeira difícil depois da regulamentação

submetidos às novas regras. Até mesmo a obrigatoriedade de registro dessas empresas na Superintendência de Seguros Privados (Susep) pode ser cancelada.

Ajustes – As firmas do setor teriam, então, apenas que se registrar no Ministério da Saúde. “Todas essas mudanças não significam incompetência, mas é porque a regulamentação é realmente bastante complexa”, explica Almeida. Para justificar, ele ainda aponta os Estados Unidos como um país que também não conseguiu encontrar um eixo na relação dessas empresas com seus usuários. “Lá, a lei é

de 1973 e ainda passa por ajustes”.

Atualmente, pelo menos 41 milhões de brasileiros, aproximadamente um quarto da população, recorrem aos serviços de assistência médica e planos de saúde. Deste universo, 25% estão representados pelos planos individuais. O restante é configurado por contratos assinados coletivamente.

Falências – Para Denizar Vianna Araújo, diretor-médico da Omint, empresa multinacional que atua no Brasil há 20 anos, a partir da regulamentação, várias empresas do setor tiveram realmente de se adaptar a um novo ce-

nário. “O impacto econômico das novas medidas resultou em elevação de custos; algumas puderam realizar fusões com empresas americanas, mas outras faliram”. Na opinião do executivo, pelo menos 25 milhões de pessoas atendidas hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem migrar para os planos assistenciais.

Araújo frisa, porém, que as empresas terão de reavaliar seus valores de mercado na tentativa de atrair, principalmente, usuários das classes C e D. Atualmente, 40% das famílias brasileiras recebem em média três salários mínimos.

Josemar Gonçalves – 10/11/98