

Por Bethiara Lima

O mercado de seguradoras de saúde projeta um ano de 2017 desafiador, entretanto poderá ser também um ano de uma retomada consistente para o setor.

Para entendermos melhor os desdobramentos do mercado, conversamos com Helton Freitas, Presidente da Seguros Unimed sobre as pautas comuns entre as operadoras e sobre o foco da companhia no ano de 2017.

Helton Freitas é médico, especialista em Saúde Pública, com foco em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, atuou tanto na área pública quanto na privada em cooperativas. Em 1998, ingressou no Sistema Unimed, participando da modernização da Unimed-BH e de diversas estruturas nacionais. Desde 2015, em razão do falecimento do então diretor-presidente Rafael Moliterno Neto, assumiu a presidência da companhia.

A Seguros Unimed iniciou suas operações em 1989, com o objetivo de atender as demandas do Sistema Unimed e dos médicos cooperados. De lá pra cá, a seguradora cresceu como especialista em soluções para o setor de saúde, que correspondem a seu principal foco estratégico.

Na visão de Freitas, 2015 não foi um ano muito bom em função da crise e de decisões internas:

“Esse foi um período de “arregaçar as mangas”, limpar carteiras, rever negócios e ajustar o foco”.

Em 2016, a companhia realizou ajustes importantes com relação a carteira de clientes, adotando uma política de sustentabilidade, com relação ao prazo de validade de suas carteiras.

Com a tendência do mercado em investir cada vez mais em remuneração por pacote, uma nova aposta da empresa é um produto que está em fase de testes, direcionado para trabalhar a **intercorrência cirúrgica, ou seja**, quando um procedimento ocasiona uma complicação inesperada. De acordo com Freitas, é algo muito recorrente, ou seja, um risco segurável. O principal objetivo desse produto é atender toda uma demanda, uma vez que a intercorrência cirúrgica gera muitos transtornos nas instituições hospitalares.

Em questionamento sobre como o paciente pode ser o ator da própria saúde, Freitas afirma que *“hoje se fala de prevenção quaternária, especialmente médica. Não basta colocar uma carteirinha no bolso do paciente e achar que ele vai ter discernimento para fazer o melhor programa de saúde para ele, isso não procede. Precisamos fazer uma discussão mais estruturada sobre qual modelo de assistência vamos trabalhar, não podemos continuar em um modelo tão fragmentado”.*

Os modelos europeus são baseados em atenção primária, isto é, o usuário tem um médico de referência, que é o seu cuidador, sua referência e orientação. Este pode ser um caminho para o empoderamento do paciente, entretanto, esse é o modelo mais sustentável e menos oneroso? Em saúde, tudo é muito caro, e podemos concluir que, até o momento, não temos um “modelo perfeito” que atenda os pilares do triple aim: acesso, qualidade e custo.

A discussão precisa evoluir entre os players e Freitas afirma que é necessário criar alguns consensos entre as principais seguradoras, já que cada operadora tem seus modelos de atendimento.

Ao falarmos de mudança de modelo assistencial, é necessário que as empresas, ou seja, os clientes das operadoras, que são efetivamente responsáveis pelo pagamento das contas, participem dessa discussão. As organizações empresariais devem se empoderar mais dessa questão. O cliente corporativo que paga a conta para a maioria dos envolvidos na saúde suplementar precisa se

apropriar de mais conhecimento sobre esse debate.

Uma outra discussão seria sobre a necessidade de indicadores de qualidade na saúde suplementar e neste ponto, Freitas é bem categórico:

“Nós não temos indicadores de qualidade na saúde suplementar. Essa métrica não existe, temos restrições até no próprio modelo de avaliação de performance, no modelo de cuidado.”

Sendo assim, é necessário investir em discussões de pautas comuns, escolher temas estratégicos, e pontuar o que for mais relevante para o processo.

Mesmo após um 2016 com muito trabalho e investimentos, a Seguros Unimed prevê, em 2017, colocar a vertical de Odontologia em um outro patamar, investir no crescimento em saúde baseado em um modelo sustentável, endógeno em termos de contratos. E, além disso, promover iniciativas para a evolução do modelo assistencial e a promoção de discussões sobre os produtos de ramos elementares e de previdência.

Fonte: [Saúde Business](#), em 03.02.2017.