



PRÊMIO UNIVERSITÁRIO
ABERJE

DÉCIMA PRIMEIRA EDIÇÃO - 2019
DESAFIO



UNITEDHEALTH GROUP®

PRÊMIO UNIVERSITÁRIO ABERJE

11ª EDIÇÃO - UnitedHealth Group Brasil

DESAFIO

Nesta nova versão do Prêmio Universitário Aberje, o UnitedHealth Group Brasil convida estudantes de graduação de todo o país para mergulhar em um tema fascinante: os cuidados com a saúde.

Os estudantes podem participar montando equipes que devem ter, no mínimo, dois e, no máximo, quatro integrantes, com pelo menos um aluno de cursos de Comunicação. O grupo que produzir o projeto mais adequado ao desafio será premiado com R\$ 10 mil. O segundo lugar leva R\$ 5 mil, e o terceiro, R\$ 3 mil. Mãos à obra!

O cenário

O que é inflação médica? Como ela é calculada? Como explicar a correlação entre os serviços prestados por um plano de saúde e o preço que os clientes pagam? Qual a importância de utilizar os planos de forma consciente? Como é possível promover a melhora da saúde das pessoas, proporcionar a elas a melhor experiência e, ao mesmo tempo, reduzir os custos per capita da assistência (o chamado Triple Aim)?

Esses questionamentos costumam passar ao largo das preocupações dos beneficiários de planos de saúde (como são conhecidas as pessoas que contam com o benefício do plano, seja porque trabalham em empresas que o disponibilizam aos seus funcionários ou porque o contrataram por conta própria). Isso acontece porque, de forma geral, eles possuem informação insuficiente sobre como funciona a ‘mecânica’ dos planos ou como são estabelecidos os preços e reajustes desses produtos.

Poucos usuários do sistema de saúde suplementar têm a consciência de que, apesar de ser para o uso individual, o plano é um bem coletivo, que tem como princípio a solidariedade entre pessoas diferentes, mas com um interesse em comum. Ele opera em regime de mutualismo – ou seja, com o pagamento de suas mensalidades, os beneficiários contribuem para uma espécie de fundo que garante os recursos para a operadora custear a assistência à saúde daqueles que precisam dos serviços do plano. A estrutura de financiamento baseada no mutualismo é o que torna viável a oferta de planos de saúde.

Quando visita um pronto-socorro sem necessidade, procura um especialista antes de passar por um clínico geral ou realiza exames em excesso ou dispensáveis, por exemplo, o beneficiário está, sem querer, colaborando para o incremento da chamada inflação médica e, consequentemente, para o aumento do valor das mensalidades do plano.

No intuito de reverter esse cenário – que pressupõe desperdício significativo de recursos e contribui para um sistema oneroso e ineficiente – e obter o melhor valor em saúde para todos os atores desse sistema, o **UnitedHealth Group Brasil** tem trabalhado a favor de algumas causas, como:

- **o cuidado certo, nem mais nem menos** (motivar os beneficiários para que se tornem

protagonistas no cuidado com a própria saúde e utilizem o plano de forma consciente);

- **o controle do custo médico** (aumentar o acesso ao sistema de saúde, por um preço justo para o beneficiário e a um custo adequado para as pessoas e empresas);

- **a sustentabilidade do sistema de saúde** (contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos).

O desafio

O UnitedHealth Group Brasil identificou que as pessoas mais apropriadas para transmitir e ampliar o alcance dessas causas são os seus **colaboradores, das áreas médica e corporativa**, que mantêm contato constante com os públicos externos e podem agir como influenciadores.

Como esses influenciadores podem ajudar beneficiários de planos, pacientes, clientes corporativos, médicos e profissionais de saúde em geral a compreenderem a relevância das causas defendidas pelo UnitedHealth Group Brasil e, principalmente, aderirem a elas, tornando-se, também, seus defensores?

Missão

Incentivar/motivar os influenciadores identificados pelo UnitedHealth Group Brasil a divulgar e amplificar as causas da empresa, por meio de uma metodologia de comunicação atrativa que:

- 1) Desperte o interesse e o engajamento desses influenciadores, criando uma conexão com eles, a fim de evitar que informações distorcidas cheguem aos públicos externos;
- 2) Fortaleça e torne mais transparente o papel das empresas do UnitedHealth Group Brasil como um amplo sistema de saúde.

Resultado

O resultado desse trabalho – para o qual vocês devem usar toda a sua criatividade e capacidade de utilização da linguagem, da tecnologia e dos recursos visuais – deverá ser uma metodologia de comunicação capaz de ser replicada e que suporte a sua contínua evolução.

Públicos Impactados

Principal: público interno - colaboradores do UnitedHealth Group Brasil das áreas médica e corporativa (influenciadores);

Secundário: públicos externos - beneficiários (usuários dos planos empresariais e individuais), clientes corporativos (empresas que contratam os planos para seus funcionários), médicos (credenciados aos planos de saúde e cadastrados nos hospitais do grupo) e futuros colaboradores.

Ferramentas

O projeto pode utilizar todas as ferramentas de comunicação disponíveis:

- Publicidade online e offline;
- Relações públicas;
- Marketing de conteúdo;
- Assessoria de imprensa;

- Internet e redes sociais;
- Eventos;
- Patrocínios;
- Aplicativos e outros gadgets digitais.

Sobre o UnitedHealth Group

O UnitedHealth Group, sediado nos Estados Unidos, é a mais diversificada empresa do setor de saúde no mundo: oferece benefícios em mais de 130 países, onde 142 milhões de pessoas são atendidas por 305 mil colaboradores (o que inclui 85 mil profissionais de saúde).

O grupo está posicionado de maneira única para ajudar a solucionar os desafios de saúde globais. Isso é possível por meio de suas duas empresas – a UnitedHealthCare (benefícios de saúde) e a Optum (serviços de saúde) –, que se complementam e permitem ao UnitedHealth Group viabilizar o acesso a cuidados com mais qualidade e transparência, custos reduzidos e melhores resultados de saúde.

Em 2012, o UnitedHealth Group adquiriu, no Brasil, a operadora de planos de saúde Amil. A partir de então, sob o nome de **UnitedHealth Group Brasil**, o grupo passou a atuar no país por meio de três empresas distintas: a **Amil**, o **Americas Serviços Médicos** e a **Optum Brasil**.

Amil

Operadora de saúde em atividade no Brasil desde 1978. Fornece uma linha completa de benefícios médicos e odontológicos, que atendem uma ampla gama de perfis de cliente, por meio de uma grande rede credenciada e de unidades assistenciais próprias.

Números:

- Cerca de 6,2 milhões de beneficiários
- Mais de 363 mil empresas-clientes
- Mais de 28 mil médicos e serviços de saúde credenciados
- Mais de 38 mil opções na rede odontológica credenciada
- Rede assistencial própria com 14 hospitais e 75 unidades de saúde, como centros médicos e clínicas do Amil Espaço Saúde

Americas Serviços Médicos

Grupo médico-hospitalar composto por unidades hospitalares de referência e clínicas especializadas (como o Americas Oncologia e a Lotten Eyes, de oftalmologia) em cinco estados do país e no Distrito Federal.

Números:

- 21 hospitais
- 35 centros médicos e clínicas especializadas
- Mais de 2,6 mil leitos
- Mais de 218 mil internações por ano*
- Mais de 125 mil cirurgias por ano*
- Mais de 2 milhões de atendimentos em pronto-socorro por ano*

*De janeiro a dezembro de 2018.

Optum Brasil

Empresa líder em serviços de saúde e inovação, que combina tecnologia com a coleta e a análise de dados e experiências para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados com a saúde.

Números:

- Quatro milhões de vidas e três anos de dados históricos armazenados na base
- Mais de 1,5 milhão de admissões analisadas
- Mais de 80 milhões de contas médicas analisadas
- Mais de 1,1 milhão de ligações recebidas pelo NurseLine
- Mais de 1,6 milhão de vidas apoiadas pelo Programa de Assistência ao Empregado (EAP)

Valores do UnitedHealth Group Brasil:

Todos os colaboradores do grupo estão alinhados com cinco valores básicos que orientam suas atividades e inspiram seu comportamento como indivíduos e organização:

Integridade – Honrar os compromissos. Nunca comprometer a ética.

Compaixão – Colocar-se no lugar das pessoas que servem e com as quais trabalham.

Relacionamentos – Desenvolver a confiança por meio da colaboração.

Inovação – Construir o futuro e aprender com o passado.

Performance – Demonstrar excelência em tudo o que fazem.

Informações de Apoio

- O que é mutualismo?

O mutualismo na saúde suplementar tem como princípio a solidariedade entre pessoas diferentes, mas que têm um interesse em comum. No caso da saúde suplementar, para viabilizar o acesso aos serviços, os interessados se associam em uma carteira de beneficiários, contribuindo para um fundo comum, administrado pelas operadoras de planos de saúde.

A dinâmica é simples: os valores das mensalidades que você e outras pessoas, ou as empresas contratantes, pagam a um plano de saúde são geridos pelas operadoras de planos de saúde, que têm o papel de administrar esse fundo comum. Nele estão investidas as contribuições de todos os consumidores que compõem a carteira de forma a garantir o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde contratados.

Cada beneficiário do plano usa os serviços contratados de formas distintas, de acordo com a sua condição de saúde. Uma pessoa pode demandar muito mais serviços que outras. Existem beneficiários que passam meses sem usar nenhum tipo de serviço.

Administrando esses recursos com o conhecimento especializado, a operadora arca com o pagamento dos procedimentos médicos, odontológicos, hospitalares e ambulatoriais que você e outros beneficiários de um mesmo plano de saúde utilizaram. Assim, remunera toda a cadeia de médicos, dentistas, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados que efetivaram o atendimento.

(Fonte: <http://planodesaudeoquesaber.com.br/entenda-o-setor/mutualismo-e-saude-suplementar>).

- O que é inflação médica?

O Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH), também conhecido como inflação médica, expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde com internações, consultas, terapias e exames entre dois períodos consecutivos de 12 meses. O VCMH não é calculado apenas com base na variação de preços, mas considera, também, a frequência com que um serviço é utilizado. Todo o setor de saúde - e não apenas as operadoras - contribui para os custos que formam o VCMH.

Em 2017, a inflação médica no Brasil foi de, aproximadamente, 17% – média 3,4 vezes superior à inflação geral da economia (IPCA), o que nos coloca entre os dez países com maior VCMH do mundo.

(Fonte: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=184>)

- Como são estabelecidos os preços dos planos de saúde?

Quando uma operadora decide lançar um plano médico, ela simula toda a despesa necessária para atender as características do público-alvo. Se for para a cidade de Santos, por exemplo, onde vivem mais idosos, o plano levará em conta essas necessidades - e os custos decorrentes. A operadora calcula o valor de consultas, exames, cirurgias e complexidade e decide uma cifra. “É o custo do risco”, explica o diretor-executivo da Fenasaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), José Cechin. Em seguida, é a vez do “custo administrativo”, quando se estima o gasto com funcionários e rede de hospitais.

Acrescentam-se, então, os impostos e o valor para vender o produto. “É isso tudo que compõe o preço de um plano quando é lançado”, diz o diretor. A cada ano, é feito um balanço que considera a inflação médica para decidir quanto aumentar.

Mas, afinal, por que esse “custo médico” sobe tanto a ponto de criarem uma “inflação médica”, tão mais alta do que a de preços?

Duas das razões mais citadas pelos planos são as novas tecnologias e o envelhecimento da população. Presidente da consultoria Strategy, especializada em saúde, Raquel Marimon lembra que, diferentemente de outros segmentos, cada tecnologia que se inventa é agregada ao setor médico. “Não é uma substituição da anterior. Inventou-se a tomografia, mas ninguém parou de tirar radiografia. Antes a gente fazia três tipos de exame de sangue; hoje você não sai do consultório com menos de oito pedidos.”

Mas pouca coisa inflaciona mais o custo médico do que o envelhecimento da população. “Nos dois últimos anos de vida, gasta-se com saúde o equivalente a 80% de tudo o que se pagou durante a vida. Esse custo acaba repassado ao preço final”, diz a consultora.

Com expectativa de vida de 74 anos, o brasileiro envelhece rapidamente. “Até 2027, esse ritmo representará um aumento de 1,4 ponto percentual por ano nas despesas com saúde por conta do envelhecimento”, calcula Cechin.

Mas o cálculo do boleto não é feito só de envelhecimento e alta tecnologia. No ano passado, a soma de internações, exames e consultas feitas por usuários dos planos chegou a R\$ 145,4 bilhões. Desse valor, 19% corresponderam a desperdícios e fraudes, ou R\$ 27,8 bilhões, informa estudo da IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). Em 2016, as fraudes chegaram a R\$ 14 bilhões. Os desperdícios com consultas e exames médicos desnecessários somaram R\$ 13 bilhões, diz pesquisa da consultoria espanhola Advance Medical Group. somaram R\$ 13 bilhões, diz pesquisa da consultoria espanhola Advance Medical Group.

A cada dez exames, quatro são repetidos ou desnecessários. As especialidades com mais pedidos dispensáveis são ortopedia (30%), oncologia (18%), endocrinologia (11%), neurologia (11%) e reumatologia (30%). “O médico ganha comissão pelos exames que ele manda fazer”, diz Marimon, da Strategy. “É ele quem indica o laboratório.”

A consultora afirma ainda que os hospitais particulares precisam bater meta de internações, um dos serviços mais caros em unidades de saúde.

(Fonte: <https://www.uol/noticias/especiais/plano-de-saude-preco-alto.htm#conta-nao-fecha>)

- Exemplos de uso mais consciente do plano

Segundo a cartilha *Reajuste dos Planos de Saúde*, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, existem algumas medidas que o beneficiário pode tomar que ajudam a conter a inflação médica:

- Se o caso não for de especialidade já definida, procure marcar sua consulta com um clínico geral (ou médico de família), que irá examiná-lo e direcioná-lo ao especialista, se for necessário. A experiência internacional mostra que a maioria dos problemas pode ser resolvida em consultório;
- Não faça exames médicos que não sejam necessários, pois, assim, você evita efeitos adversos em seu corpo. Guarde seus exames clínicos e, sempre que for a uma consulta, leve consigo os exames anteriores para auxiliar no diagnóstico médico;
- Utilize o pronto-socorro somente em situações de Urgência (casos de acidentes pessoais ou complicações durante a gestação) ou Emergência (casos que implicam risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis ao paciente).

- O que é Atenção Primária à Saúde?

A Atenção Primária à Saúde tem como princípio organizacional a presença de quatro atributos fundamentais: acesso, cuidado coordenado, cuidado abrangente (integralidade) e cuidado continuado (longitudinalidade). É constituída por equipes multidisciplinares, capitaneadas pelo Médico de Família, que coordenam o cuidado ao paciente e desempenham ações de promoção da saúde, prevenção e atenção clínica abrangente e resolutive.

- O que é o Triple Aim?

O conceito Triple Aim foi criado nos anos 80 pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). É uma estratégia para aprimorar os sistemas de saúde ao redor do mundo, e que é centrada em três dimensões: melhorar a experiência do indivíduo em relação à assistência; melhorar a saúde das populações; e reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde.

- Dados relevantes

- De 25% a 40% dos exames laboratoriais feitos no país não são necessários. (Fonte: IESS);

- De 10% a 15% dos reembolsos pedidos pelos segurados são indevidos. (Fonte: IESS);

- Entre janeiro e junho de 2018, as operadoras médico-hospitalares obtiveram R\$ 93,8 bilhões de receita de contraprestações e pagaram R\$ 78,4 bilhões em despesas com assistência médica. Ou seja, de cada R\$ 100 que os beneficiários pagaram, cerca de R\$ 83,70 voltaram para eles em forma de assistência direta a sua saúde.

(Fonte: DIOPS/ANS/MS - 24/8/2018 - e FIP - 12/2006. Elaboração: IESS);

- As despesas assistenciais (os gastos das operadoras com exames, consultas, internações, terapias e outros procedimentos dos beneficiários em suas carteiras) médico-hospitalares tiveram um aumento de 62,1% entre 2014 e 2018: foram de R\$ 173,86 para R\$ 281,81. Os principais fatores que fizeram as despesas assistenciais continuarem a avançar foram a incorporação de novas tecnologias sem avaliações criteriosas de custo-efetividade; os desperdícios e as fraudes de cerca de R\$ 28 milhões (em 2017); o envelhecimento populacional; e a judicialização;

- Dados do Ministério da Saúde indicam que a Atenção Primária à Saúde - na qual o atendimento é feito por clínicos e médicos de família - tem capacidade para lidar com cerca de 80% dos problemas de saúde da população. (Fonte: Ministério da Saúde).

- Links úteis

<https://www.unitedhealthgroup.com/pt.html>

<https://www.unitedhealthgroup.com/pt/about.html>

https://www.iess.org.br/cms/rep/cartilha_reajuste_planos_de_saude.pdf

<https://www.iess.org.br/?p=blog&id=654>

<https://www.uol/noticias/especiais/plano-de-saude-preco-alto.htm#conta-nao-fecha>

<https://www.iess.org.br/?p=home>