

Token, biometria facial e uso de inteligência artificial são iniciativas utilizadas pelas operadoras para proteção dos clientes e redução de danos

Há cerca de um ano, os planos de saúde iniciaram um movimento para intensificar a fiscalização para prevenir, coibir e combater as fraudes no setor. O marco desse movimento se deu em outubro de 2022, quando a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade representativa das principais operadoras de planos de saúde do país, ingressou com uma notícia-crime para investigar empresas de fachada que cometeram fraudes de R\$51 milhões. Em março deste ano, a entidade lançou a campanha [Saúde Sem Fraude](#), que ganhou adesão do setor e gerou uma grande mobilização das principais entidades para fortalecer as ações e promover o bom uso dos planos de saúde.

O alerta dado pela Federação se confirmou nesta terça-feira, 21/11, quando uma pesquisa divulgada pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), realizada pela consultoria Ernst & Young (EY), confirmou que as fraudes e desperdícios causaram perdas estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões às operadoras de planos de saúde, só em 2022. A análise levou em conta dados financeiros de 2022, informações sobre fraudes no setor, além de entrevistas e questionários que envolveram 14 operadoras, especialistas jurídicos, de auditoria médica, empresas de tecnologia e instituições da área. “Esses valores prejudicam diretamente os beneficiários de planos de saúde e as operadoras, que são uma importante engrenagem para o funcionamento do sistema de saúde do país. No final, todos pagam essa conta”, explica Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

Desde a identificação da escalada de fraudes contra planos de saúde, as empresas associadas à FenaSaúde têm redobrado as medidas para combater as ações que lesam os beneficiários e todo o sistema de saúde. As operadoras de saúde mantêm áreas específicas e possuem mecanismos como token e biometria facial para tentar conter a ação de fraudadores. Também investem em tecnologias – sistemas de prevenção e inteligência artificial para identificação de casos suspeitos. Os indícios de crime são reunidos e encaminhados às autoridades de investigação para adoção das medidas cabíveis.

Ações das operadoras

A Amil tem investido em tecnologias como OCR (Optical Character Recognition), Inteligência Artificial, reconhecimento facial e investigações via cliente oculto. Também são utilizados serviços de duplo fator de autenticação (MFA) e Threat Intelligence (inteligência de ameaças cibernéticas), que permitem que a empresa tome medidas como solicitação de takedown, nos casos de perfil falso em rede social e uso fraudulento de marca, e abertura de processos judiciais. A operadora também dissemina informações aos seus mais de 5,5 milhões de beneficiários de planos médicos e odontológicos através da página Amil Sem Fraude, no portal da empresa, e em suas redes sociais. Os materiais alertam sobre possíveis fraudes, como as de boletos e de reembolso, e orientam para as boas práticas.

A Bradesco Saúde, que conta atualmente com cerca de 3,9 milhões de segurados, instituiu, no início de 2023, o reconhecimento por biometria facial no processo de solicitação de reembolso. Disponível pelo app Bradesco Saúde, o recurso hoje já faz parte da rotina de grande parte dos segurados da operadora que utilizam o serviço de reembolso. Além disso, com as informações centralizadas em um só ecossistema e a adoção da Inteligência Artificial (IA) para prevenção de riscos inerentes à operação, a empresa ganha eficiência operacional, conectando dados e aumentando a escalabilidade.

A Porto Saúde, que hoje conta com mais de 500 mil vidas seguradas, tem realizado investimentos no tratamento de dados através de ferramentas de Analytics e Inteligência Artificial (IA) para reconhecimento e validação dos pagamentos de sinistros. Utiliza ainda a biometria facial para acesso e solicitação de reembolso. Entre outras ações que contribuem para minimizar fraudes,

busca promover treinamentos contínuos das equipes operacionais e da Central de Atendimento.

A Seguros Unimed investiu mais de R\$ 350 milhões em tecnologia desde 2021. Uma parte significativa desse montante tem sido direcionado para a implementação de plataformas com Inteligência Artificial, como Machine Learning, que ajuda a identificar atividades duvidosas e responsáveis pelos desperdícios de recursos que poderiam ser direcionados para o aprimoramento de serviços e atendimento aos clientes.

A SulAmérica triplicou sua estrutura de combate às fraudes e inteligência de sinistros nos últimos anos, e vem investindo em treinamento das equipes, em tecnologia (biometria facial, IA, entre outras) para garantir a segurança de seus mais de 5 milhões de beneficiários. Além disso, em 2023, a operadora expandiu seus esforços de comunicação com o objetivo de aumentar a conscientização da sociedade sobre o assunto, e registrou mais de 100 notícias-crimes em um movimento de responsabilização de fraudadores.

A Unimed Nacional também vem investindo em Inteligência Artificial (IA) para combater as fraudes. Ao todo, a empresa que cuida de mais de 2,2 milhões de beneficiários, conta com 38 iniciativas em andamento para combate à fraude e desperdícios. Entre elas estão: parceria com uma startup para desenvolver uma IA para reconhecendo de comprovantes de pagamento para pedidos de reembolso; projeto de reconhecimento facial com IA (Bioface), com captura de biometria via aplicativo da operadora para validar a prova de vida; implementação da solução do Bioface nas localidades da rede prestadora para evitar uso indevido por não beneficiários e pela rede; entre outras.

De 2018 a 2022, as associadas da FenaSaúde registraram 1.728 notícias-crime e ações cíveis relacionadas com fraudes, com crescimento expressivo ano a ano. Só nos últimos dois anos esses casos aumentaram 43%. “As fraudes impactam todo o setor e colocam em risco a sustentabilidade do sistema de saúde privado. É preciso um trabalho conjunto com as entidades, autoridades e poder público para intensificar a identificação e coibir as ações fraudulentas”, argumenta Vera Valente.

Cenário econômico-financeiro desafiador

O impacto das fraudes e desperdícios revelado pela pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) equivale a 12,7% das receitas dos planos de saúde em 2022. O levantamento vem atualizar o estudo anterior, de 2017, que apontava um gasto de quase R\$28 bilhões por ano. Ou seja, o equivalente a um aumento de 20%.

O ano de 2022, base para o estudo do IESS, foi um dos mais delicados do cenário econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde. Naquele ano, elas tiveram prejuízos de R\$ 10,7 bilhões. “Os planos de saúde são essenciais para garantir a assistência de qualidade a mais de 50 milhões de brasileiros, por isso, estamos engajados em promover o uso consciente dos recursos, que são finitos”, finaliza Vera Valente.

Fonte: FenaSaúde, em 24.11.2023