

Impactos foram de R\$ 34 bilhões em 2022

Em 2022, 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 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 de 2023, 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.

[Conheça o site Saúde Sem Fraude](#), campanha criada para informar e orientar sobre o bom uso do plano de saúde e a importância do engajamento na prevenção e combate às fraudes

Desperdício de bilhões

O alerta dado pela Federação com 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.

Nas operadoras, atenção redobrada

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.

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: CNseg, em 28.11.2023

