

Diante do desafio crescente ligado às fraudes no setor de planos de saúde no Brasil, as operadoras têm implementado estratégias inovadoras para proteger os beneficiários e fortalecer a integridade do sistema de saúde suplementar.

O movimento para combater fraudes teve início há aproximadamente em 2022, quando a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) liderou uma iniciativa importante, marcada pelo ingresso com uma notícia-crime em para investigar fraudes milionárias cometidas por empresas de fachada.

[Conheça a campanha Saúde Sem Fraude da FenaSaúde](#)

Como parte importante desses esforços, as operadoras têm adotado tecnologias avançadas:

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 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** 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** 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 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 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.

Legismap Roncarati

Inovação: token, biometria facial e uso de inteligência artificial são iniciativas utilizadas pelas operadoras para proteção dos clientes

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.

Fonte: CNseg, em 06.12.2023