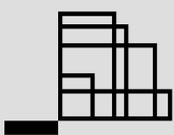




Fraude no sistema de saúde brasileiro

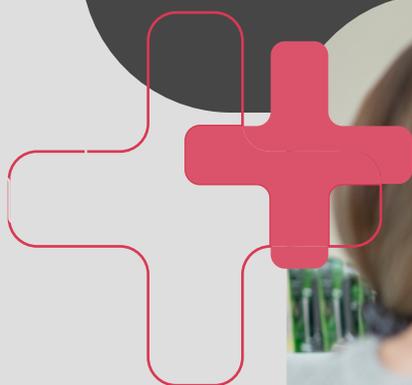
O custo da desconfiança e o peso no bolso de todos



pwc

Conteúdo

1	Apresentação	3
2	O impacto na vida de uma família	4
3	Problema consome mais de 10% da receita das operadoras	6
4	Estratégias para combater a fraude	9
5	O potencial da inteligência artificial	11
6	Colaboração amplia resultados	13
	Considerações finais	15
	Contatos	16



Apresentação

A fraude no sistema de saúde brasileiro é um problema que atinge proporções alarmantes, afetando não só a economia, mas também a vida cotidiana de milhões de cidadãos. O fenômeno gera um ciclo de desconfiança e ineficiência que repercute em toda a cadeia de prestação de serviços de saúde, desde as operadoras de planos até os pacientes que necessitam de atendimento.

O aumento dos custos operacionais, impulsionado pela necessidade de combater as fraudes, resulta em prêmios de seguros mais altos e em uma burocracia cada vez mais complexa, dificultando o acesso aos tratamentos necessários e prejudicando a qualidade do atendimento.

O Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) estima que **o problema represente anualmente até 12% das receitas das operadoras**. Nos últimos cinco anos, houve mais de 4 mil notificações de crimes e ações cíveis registradas contra fraudadores de planos médicos e odontológicos, de acordo com dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Apenas em 2023, foram registrados 2.042 casos, 66% mais do que no ano anterior.

Exploraremos a seguir como a adoção de práticas baseadas em tecnologia, educação contínua e colaboração entre diversas entidades é essencial para combater esse problema e restaurar a confiança no sistema de saúde, garantindo um atendimento de qualidade e acessível.





1

O impacto na vida de uma família...

Imagine a situação: João Silva foi diagnosticado com uma condição crônica há cinco anos. Na época, seu plano de saúde cobria todos os medicamentos e tratamentos necessários sem dor de cabeça. De lá para cá, no entanto, as fraudes no sistema de saúde não pararam de crescer. Com isso, os custos operacionais dos planos de saúde dispararam, e essa elevação foi repassada para os consumidores na forma de prêmios de seguro mais altos.

De repente, o plano de saúde que uma vez ofereceu a João cobertura completa e acessível começou a restringir o atendimento e a rede de hospitais. A mensalidade do plano aumentou. Recentemente, quando a filha mais nova, Sofia, precisou de um tratamento especializado, a família Silva descobriu que o procedimento, que antes estava coberto, agora exigia uma coparticipação inesperada. Além disso, aumentou a burocracia em torno dos pedidos de autorização, e o tratamento de Sofia foi atrasado.

O problema não só prejudicou a saúde de João e Sofia, como também afetou profundamente a relação de toda a família com seu plano de saúde. Frustrados e insatisfeitos, eles se sentem cada vez mais impotentes diante de um sistema que parece falhar justamente quando mais precisam de apoio.

...e no dia a dia de quem trabalha no setor

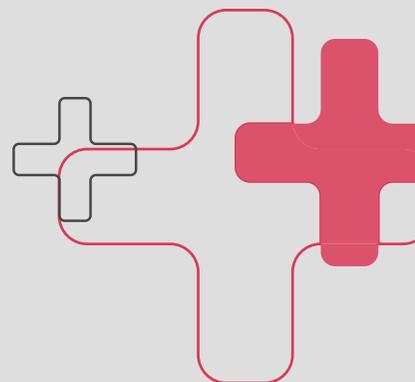
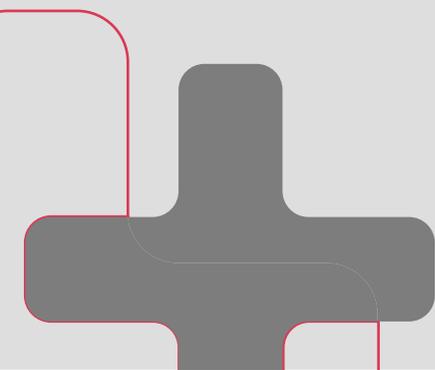
Na outra ponta, na operadora de saúde que gerencia o plano da família Silva, o impacto das fraudes foi profundo, especialmente na área de sinistros e autorizações. A funcionária do departamento percebeu um drástico aumento nos casos que precisavam de verificações adicionais para identificar possíveis fraudes.

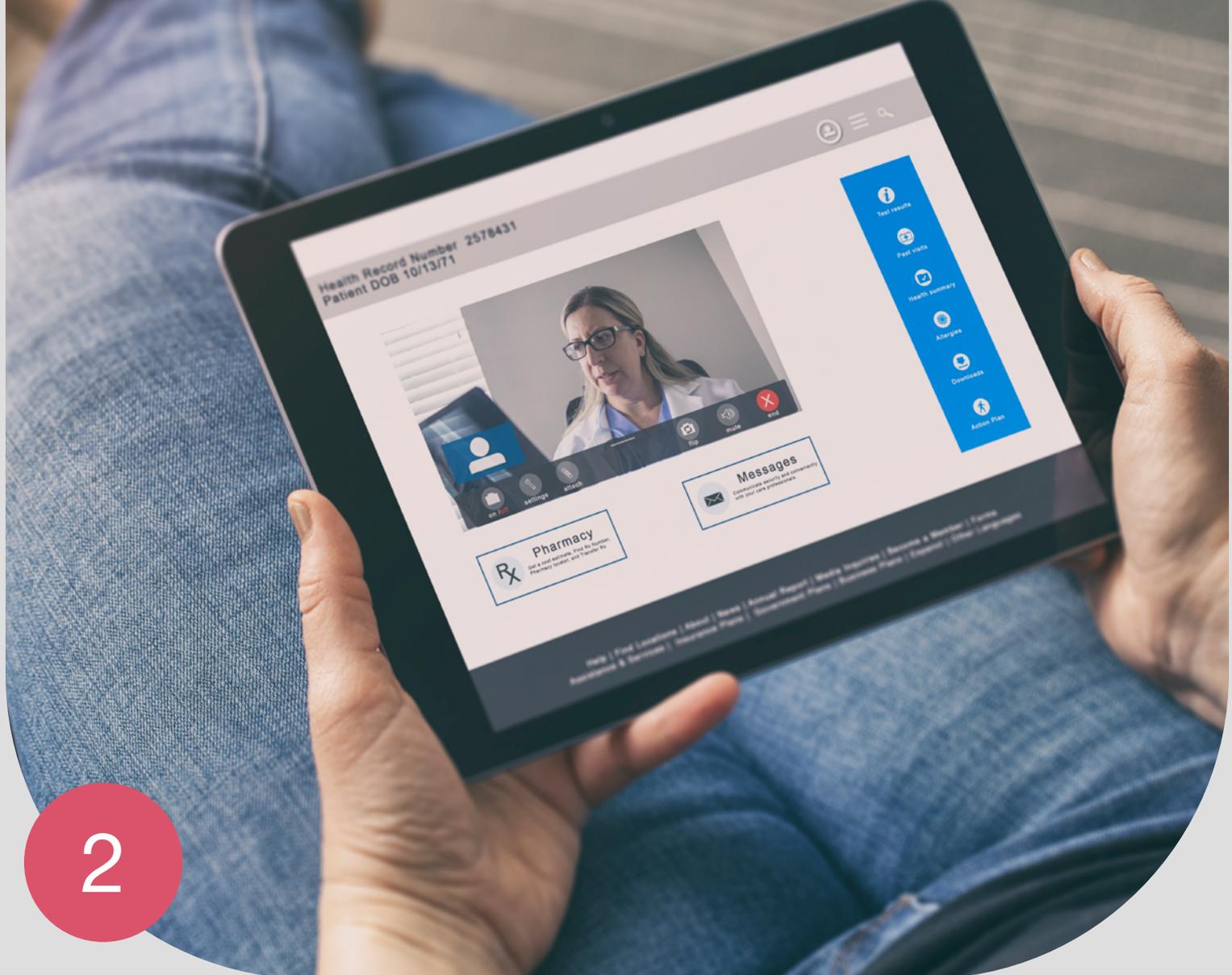
Cada caso agora exige análises mais profundas e demoradas, desde verificar a autenticidade dos documentos médicos até conferir o histórico do prestador de serviços de saúde.

A empresa também teve que investir em tecnologia de detecção de fraude, como software de análise de dados para identificar automaticamente solicitações suspeitas com base em padrões anormais. Essas ferramentas ajudam a identificar fraudes, mas também exigem treinamento constante em novas tecnologias e procedimentos.

Além disso, a pressão para manter os custos baixos sem comprometer a qualidade do serviço, segundo a funcionária, levou a um ambiente de trabalho estressante e muitas vezes frustrante. Juliana e sua equipe se veem muitas vezes no meio de conflitos entre a necessidade de processar rapidamente as autorizações para não atrasar tratamentos médicos essenciais e o imperativo de realizar verificações rigorosas para evitar fraudes.

Esse equilíbrio delicado entre eficiência e vigilância rigorosa se refletiu no moral da equipe e na satisfação no trabalho, muitas vezes levando a um sentimento de impotência similar ao experimentado pelos clientes que eles servem. As consequências dessas mudanças operacionais foram sentidas não apenas internamente, mas também na relação tensa e cada vez mais frustrante com beneficiários do plano, como a família Silva.





2

Problema consome mais de 10% da receita das operadoras

A história da família Silva e de Juliana ilustra com precisão o drama vivido por inúmeros brasileiros atualmente. O sistema de saúde no Brasil enfrenta na fraude um desafio persistente e oneroso. O Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) estima que o problema represente anualmente até 12% das receitas das operadoras.

Nos últimos cinco anos, houve mais de 4 mil notificações de crimes e ações cíveis registradas contra fraudadores de planos médicos e odontológicos, de acordo com dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Apenas em 2023, foram registrados 2.042 casos, 66% mais do que no ano anterior.

Esse cenário perpetua um ciclo de desconfiança que afeta todos os envolvidos no sistema e torna imperativa a adoção de estratégias mais robustas de prevenção e detecção de fraude.

Ciclo de desconfiança e insatisfação impacta todo o sistema

O dano à confiança e satisfação é um resultado negativo das fraudes, mas também um fator que pode perpetuar e até intensificar a incidência de fraudes no sistema, pois reduz a cooperação entre as partes. Assim, o ciclo continua, o que evidencia a necessidade de intervenções firmes e permanentes para quebrar essa dinâmica prejudicial.



Fraudes

Atividades fraudulentas que comprometem tanto a integridade quanto a eficiência do sistema.



Aumento de custos

As fraudes elevam os custos operacionais, uma vez que recursos são desperdiçados ou direcionados para combater atividades fraudulentas.



Prêmios mais altos

O aumento de custos é repassado aos consumidores, o que torna o acesso ao serviço mais caro e difícil para muitas pessoas.



Restrição em coberturas

Com os custos mais altos, os planos de saúde podem restringir serviços coberturas, limitando tratamentos que antes eram facilmente acessíveis.



Burocracia

Para combater as fraudes, planos e provedores de saúde adotam processos mais complexos e burocráticos, causando atrasos no processamento de pedidos e exigir mais documentação.



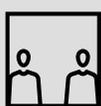
Atendimento piora

A complexidade administrativa e os recursos limitados prejudicam a qualidade do atendimento, pois menos investimentos são feitos para melhorar serviços e infraestrutura.



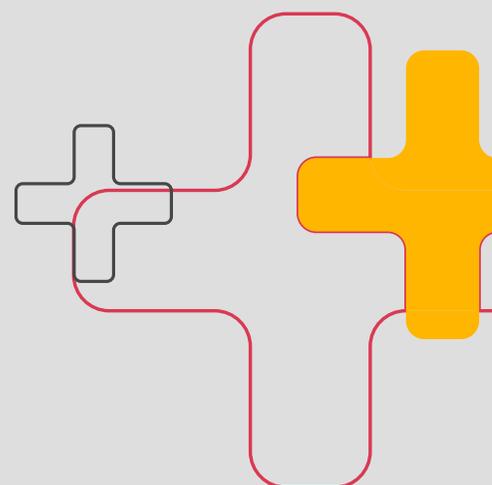
Dano a confiança

A experiência negativa prejudica a relação entre pacientes, provedores de saúde e operadoras, minando a confiança e a satisfação dos usuários.



Cooperação reduzida

A experiência negativa prejudica a relação entre pacientes, provedores de saúde e operadoras, minando a confiança e a satisfação dos usuários.





Estratégias para combater a fraude

Para mitigar os impactos da fraude, é preciso implementar estratégias robustas e inovadoras. Entre as principais recomendações estão:

Gerenciamento de riscos de terceiros: avaliações rigorosas e contínuas de terceiros, especialmente fornecedores de insumos e serviços médicos, são essenciais para garantir a integridade e a qualidade do atendimento ao paciente. Considerando que 42% das empresas globais não têm programas eficazes nesse sentido, segundo a [Pesquisa Global de Crimes Econômicos e Fraude 2024 da PwC](#), essa medida pode ser um diferencial importante.

Uso de tecnologia e análise de dados: tecnologias de inteligência artificial (IA) e aprendizado de máquina (ML) ajudam a detectar padrões irregulares e potenciais fraudes com eficiência, aumentando a segurança operacional. Atualmente, também segundo a pesquisa da PwC, 20% das empresas não utilizam análises de dados para identificar fraudes, o que representa uma oportunidade de melhoria significativa.

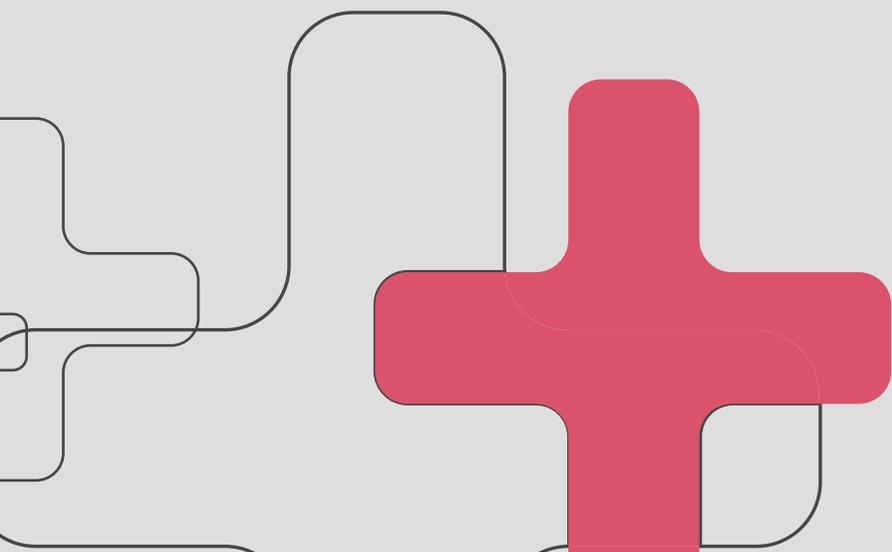
Educação e treinamento contra fraude: programas contínuos de educação e treinamento para profissionais de saúde sobre práticas antifraude, ética e conformidade regulatória são obrigatórios. Essas iniciativas podem fortalecer a cultura de integridade nas organizações, prevenindo fraudes.

Compartilhamento de informações: a colaboração entre os diversos participantes do ecossistema pode acelerar a detecção de padrões irregulares e fraudes, contribuindo significativamente para a prevenção desse problema. Essa prática, no entanto, enfrenta desafios devido às restrições da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e à ausência de diretrizes legais claras.

Um modelo de referência é o adotado pelo sistema financeiro, que estabeleceu normas específicas para o compartilhamento de informações sobre fraudes entre bancos com base na Resolução Conjunta nº 6, emitida pelo Banco Central do Brasil (Bacen) e o Conselho Monetário Nacional (CMN). Isso sugere que, para viabilizar o compartilhamento de informações de forma segura e conforme a lei, seria necessário desenvolver uma regulamentação específica para o setor.

Autorregulação: permite que os prestadores de saúde estabeleçam e imponham padrões elevados para prevenção de fraudes. Esse método flexível e adaptativo permite respostas rápidas a novas técnicas de fraude e promove uma cultura de monitoramento e responsabilidade.

Monitoramento contínuo: habilitar a organização por meio de plataformas tecnológicas e serviços gerenciados, que cubram as necessidades de atuação contínua no combate a fraudes, melhorias em processos, regras e treinamentos, acompanhamento constante de evoluções nas ações realizadas por fraudadores, como forma de orquestrar corretamente as diversas áreas envolvidas nesse esforço.





O potencial da inteligência artificial

Por sua capacidade de analisar enormes volumes de dados, as tecnologias de IA e ML são extremamente eficazes na identificação e prevenção de fraudes de várias maneiras.



Análise de dados: os algoritmos vasculham grandes volumes de dados de saúde para descobrir padrões de fraudes, como cobranças por serviços inexistentes ou solicitações repetidas. Esses algoritmos destacam transações suspeitas para investigações mais profundas, acelerando a detecção de fraudes.



Modelos preditivos: a tecnologia é usada para criar modelos que identificam possíveis fraudadores ou solicitações de alto risco. Esses modelos analisam padrões nos dados para prever quais requisições têm maior probabilidade de ser fraudulentas e permitir que as empresas adotem medidas preventivas.



Identificação de padrões incomuns: é possível detectar comportamentos anormais, como picos inesperados em cobranças ou ações atípicas de prestadores. Essas situações são marcadas para uma investigação adicional.



Simulações: em situações nas quais o acesso a dados reais é restrito, são empregados dados fictícios para treinar e testar modelos em ambientes controlados. Isso permite testar o desempenho dos modelos em diferentes cenários de fraude, como superfaturamento ou cobranças por serviços não realizados.

Exemplos que vêm de fora

Criada em 2017, a NHS Counter Fraud Authority (NHSCFA) se dedica a combater fraudes no Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, empregando análise de dados e IA, além de investigações, treinamento de funcionários, campanhas de conscientização e colaboração com outros órgãos do governo. Segundo o [relatório anual da entidade](#), no período de três anos encerrado em março de 2023, a NHSCFA economizou mais de 500 milhões de libras para o NHS com a prevenção de fraudes e recuperação de recursos.

Especificamente na área de *procurement*, o órgão tem prejuízos de mais de 290 milhões por ano, e a pandemia de covid-19 piorou essa situação. Para ajudar a resolver o problema, a [PwC criou a plataforma Procurement Protect](#), que usa IA para detectar fraudes e erros em compras.

A plataforma identifica atividades suspeitas, como faturamento falso e fornecedores inexistentes, permitindo que o NHS investigue mais a fundo esses casos. Além disso, a PwC oferece um serviço contínuo para revisar e resumir os resultados das análises, economizando tempo e recursos do NHS.

Nos Estados Unidos, o Medicare Fraud Strike Force, uma equipe multidisciplinar formada por membros de várias agências federais, estaduais e locais dos Estados Unidos, utiliza análises de dados avançadas para identificar padrões suspeitos em tempo real.

Desde sua criação, em 2007, até setembro de 2022, essa força-tarefa realizou 3.483 indiciamentos e executou 2.688 ações criminais, conseguindo recuperar aproximadamente [4,7 bilhões de dólares](#).



5

Colaboração amplia resultados

O compartilhamento de informações sobre novos tipos de fraudes e táticas detectadas entre diferentes instituições fortalece o sistema como um todo contra manipulações e explorações.

Quando há um esforço colaborativo entre diversas entidades no ecossistema de saúde, o potencial do uso da tecnologia para detectar fraudes aumenta significativamente. Trabalhando de forma coordenada, seguradoras, hospitais, provedores de serviços de saúde e agências governamentais podem criar um ambiente mais robusto e interconectado para suas análises.

Com o acesso a um conjunto de dados mais amplo e diversificado, os algoritmos de IA/ML podem ser treinados para reconhecer uma gama mais ampla de comportamentos fraudulentos. Assim, padrões complexos de fraude que talvez fossem negligenciados em análises isoladas podem ser identificados de forma mais fácil, o que torna os sistemas de prevenção mais precisos e abrangentes.

Uma das principais vantagens da colaboração é o intercâmbio de informações em um ambiente seguro e regulado, respeitando as normas de privacidade. No entanto, para que a colaboração seja efetiva, é preciso definir estratégias claras para identificar quais dados podem ser compartilhados, garantir a segurança deles e analisá-los de acordo com todas as regulamentações vigentes. Além disso, é crucial estabelecer uma governança e liderança forte para coordenar os esforços entre as diferentes partes, assegurando que as informações sejam usadas de forma ética e eficaz.

Um exemplo de colaboração que deu certo vem do setor financeiro, com a emissão da Resolução Conjunta nº 6 pelo Bacen e o CMN para regulamentar o compartilhamento de informações sobre fraudes. A medida permite a identificação mais rápida de padrões fraudulentos, o que aprimora a prevenção de fraudes e reduz prejuízos. A resolução também garante a conformidade com a LGPD, protegendo os dados dos clientes e incentivando o desenvolvimento de novas tecnologias para combater fraudes

Outra iniciativa promissora é o *Open Insurance*, que promove o compartilhamento de dados entre seguradoras e é regulada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep). A troca de informações sobre clientes e sinistros ajuda a melhorar a oferta de produtos e serviços, além de facilitar a identificação de fraudes e permitir uma resposta mais rápida a essas ameaças.



Considerações finais

A fraude no sistema de saúde brasileiro é um problema complexo que demanda uma resposta igualmente complexa e abrangente. No momento, todos os participantes do ecossistema estão perdendo com o aumento e a sofisticação dos casos de fraude. O impacto se reflete em custos operacionais mais altos, prêmios de seguros elevados, burocracia excessiva e uma redução na qualidade do atendimento, afetando operadoras, prestadores de serviços e pacientes.

A adoção de estratégias robustas, baseadas em dados e apoiadas por tecnologias avançadas, como a IA, e inspiradas em práticas internacionais bem-sucedidas, além de uma ênfase na educação contínua, é essencial para mitigar os impactos desse problema. Além de combater a fraude diretamente, é imperativo investir em conscientização para que todos entendam que as práticas fraudulentas, independentemente de quem as comete, oneram o sistema como um todo.

A redução das fraudes no sistema de saúde não apenas promoverá a sustentabilidade financeira das operadoras, mas também restaurará a confiança dos consumidores, assegurando que todos tenham acesso a um atendimento de qualidade e financeiramente acessível. As instituições de saúde precisam adotar uma postura proativa e colaborativa, integrando esforços de prevenção e detecção de fraudes em todos os níveis.

A implementação dessas mudanças é crucial para garantir que os recursos destinados à saúde sejam utilizados de maneira eficaz e ética, beneficiando toda a sociedade. Ao promover um ambiente de transparência e integridade, o sistema de saúde brasileiro poderá quebrar o ciclo de desconfiança e insatisfação, proporcionando um serviço mais eficiente e confiável para todos os seus usuários.

Contatos



Bruno Porto

Sócio e líder da indústria de Saúde

bruno.porto@pwc.com



Adriano Vargas

Sócio de Forensics

adriano.s.vargas@pwc.com



Acesse o site:

www.pwc.com.br

Siga a PwC nas redes sociais:



Neste documento, “PwC” refere-se à PricewaterhouseCoopers Brasil Ltda., firma membro do network da PricewaterhouseCoopers, ou conforme o contexto sugerir, ao próprio network. Cada firma membro da rede PwC constitui uma pessoa jurídica separada e independente. Para mais detalhes acerca do network PwC, acesse: www.pwc.com/structure

© 2024 PricewaterhouseCoopers Brasil Ltda. Todos os direitos reservados.