

# Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar - estimativa 2017

*Atualização do TD nº62-2017*

*Autora: Natalia Cairo Lara*

Análise Especial



# Análise Especial

O Estudo Especial do Impacto das Fraudes e Desperdícios sobre gastos da saúde suplementar de 2018 tem por objetivo trazer dados atualizados para o período de 2017 sendo eles: despesas hospitalares, exames e o total de despesas assistenciais.

No Texto de Discussão nº62/2017 - **Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil** teve por objetivo abordar a fraude nos sistemas de saúde de diferentes países, assim como relatar experiências de combate a essa prática tanto nos sistemas de saúde públicos, quanto nos privados.

Os maiores gastos com fraudes recaem sobre as operadoras de planos de saúde e de seus beneficiários que financiam o tratamento. Quando o modelo de pagamento dos prestadores de serviços é o fee-for-service, modelo mais prevalente no Brasil, o paciente tende a ficar mais sujeito a tratamentos e exames desnecessários, pois os prestadores são remunerados pelo volume de procedimentos realizados, o que implica um incentivo a oferecerem mais serviços e serviços caros (SAVEDOFF, 2007).

No setor privado, um estudo da Funenseg (2006), reporta que, no mercado de segu-

ro saúde, de 10% a 15% dos reembolsos pedidos são indevidos, de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários (MARQUES, 2006). De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), em 2012, as fraudes representavam 20% das despesas das operadoras.

Se considerarmos os gastos assistenciais de planos de saúde de assistência médico-hospitalar do período de 2017 divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e criarmos dois cenários de acordo com o estudo realizado pela Funenseg considerando 18% dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% dos pedidos de exames laboratoriais não são necessários, ou são fraudes, houve um gasto na saúde de aproximadamente 15 bilhões de reais com fraudes em contas hospitalares e 12 bilhões de reais em pedidos de exames laboratoriais não necessários, em 2017 (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta os gastos em saúde entre 2014 e 2017, nela podemos analisar que durante esse período as despesas vêm crescendo em um ritmo consistente.

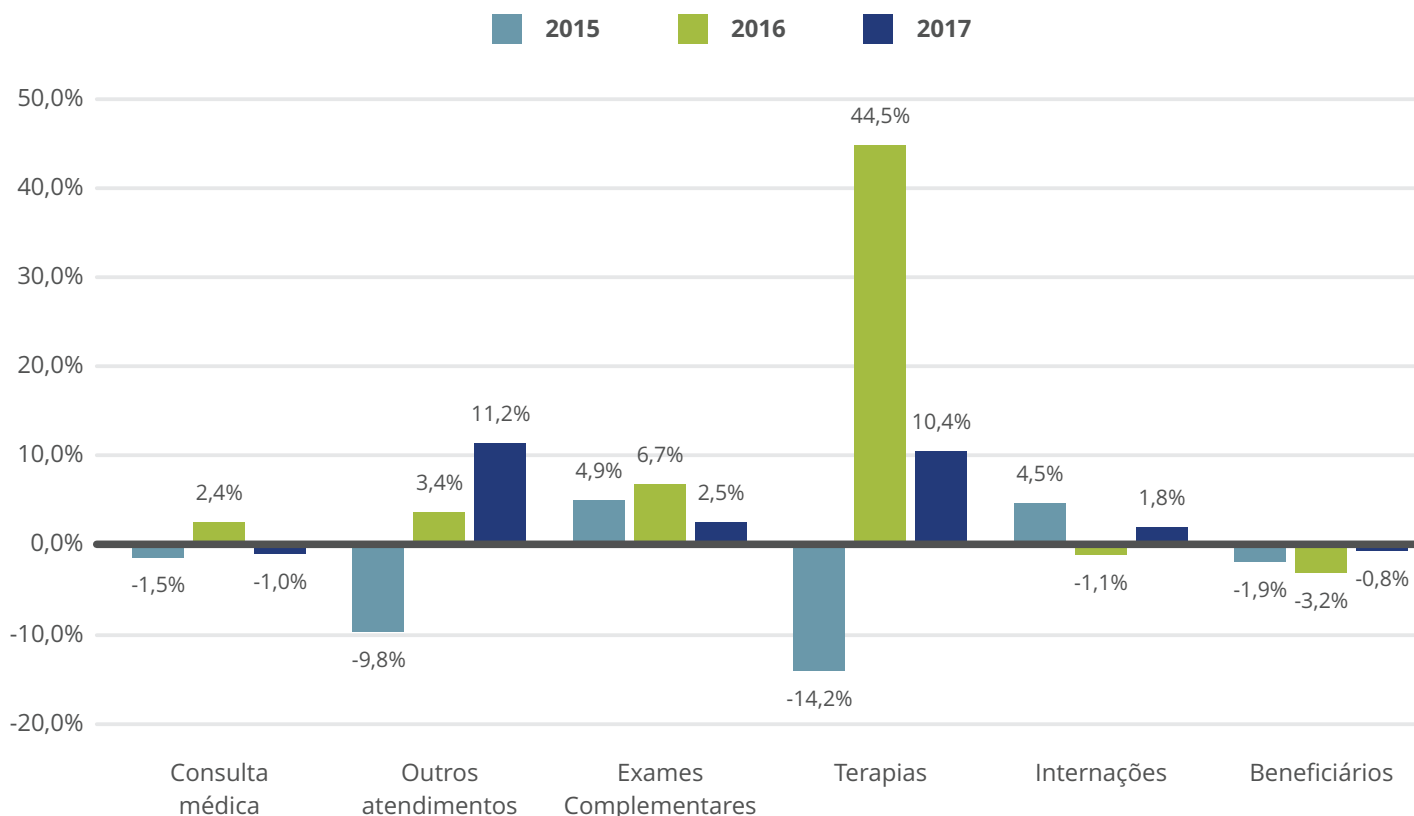
**TABELA 1 - GASTO COM FRAUDES E DESPERDÍCIOS EM RELAÇÃO AOS GASTOS EM SAÚDE, 2014 A 2017 (EM R\$ BILHÕES).**

CONTAS HOSPITALARES	2014	2015	2016	2017	18% DOS GASTOS INDEVIDOS	
					2016	2017
CONSULTAS MÉDICAS EM PRONTO SOCORRO	3.977.779.138,98	4.639.342.721,95	5.183.975.882,54	5.413.237.509,17		
TERAPIAS	5.834.155.954,32	6.865.482.083,39	8.968.116.227,10	10.389.027.817,64		
INTERNAÇÕES	47.252.211.147,43	51.973.049.555,41	58.651.123.923,00	65.388.625.984,23		
DEMAIS DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES	5.028.562.629,71	5.573.465.708,81	6.195.832.727,22	6.376.845.809,29		
<b>TOTAL</b>	<b>62.092.708.870,44</b>	<b>69.051.340.069,56</b>	<b>78.999.048.759,86</b>	<b>87.567.737.120,33</b>	<b>14.219.828.776,77</b>	<b>15.762.192.681,66</b>
					40% DOS GASTOS INDEVIDOS	
<b>EXAMES</b>	<b>22.553.415.889,99</b>	<b>25.163.748.788,46</b>	<b>28.200.863.850,14</b>	<b>30.064.772.761,15</b>	<b>11.280.345.540,06</b>	<b>12.025.909.104,46</b>

Fonte: Elaboração própria IESS a partir do Mapa Assistencial - ANS.

Porém, durante o período de 2014 a 2017, pode-se analisar que o número de beneficiários apresentou uma queda de 5,8%, ou seja, cerca de 3 milhões de indivíduos ficaram sem assistência médica privada. Na contramão, as despesas assistenciais sofreram um aumento de 34,4% (Tabela 2). No Gráfico 1 verifica-se que o número de procedimentos de exames complementares, terapias e internações apresentaram um crescimento ao longo dos anos, mesmo após a queda do número de beneficiários médico-hospitalares. Estes procedimentos são os itens que apresentam o maior custo nas despesas assistenciais das operadoras.

**GRÁFICO 1 - VARIAÇÃO EM DOZE MESES DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS E NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, ENTRE 2015 A 2017.**



Fonte: Elaboração própria IESS a partir do Mapa Assistencial - ANS.

Ao analisarmos a representatividade dos gastos indevidos nas contas hospitalares e nos exames em relação ao total de despesas assistenciais de planos médico-hospitalares entre 2016 e 2017, verificamos que houve uma certa estabilização, caindo 0,01 pontos percentuais em um ano (19,1% em 2017). No período de 2014 e 2015 percebeu-se, esta representatividade foi inferior de 18,7%, apresentando, portanto, um crescimento de 1 ponto percentual para o período seguinte (Tabela 2).

**TABELA 2 - ESTIMATIVA DO % DE GASTOS COM FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS EM RELAÇÃO A DESPESAS ASSISTENCIAIS**

CONTAS HOSPITALARES	2014	2015	2016	2017
<b>GASTOS COM FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS</b>	<b>R\$ 20.198.053.952,68</b>	<b>R\$ 22.494.740.727,90</b>	<b>R\$ 25.500.174.316,83</b>	<b>R\$ 27.788.101.786,12</b>
<b>DESPESAS ASSISTENCIAIS</b>	<b>R\$ 108.198.127.524,90</b>	<b>R\$ 120.480.462.562,70</b>	<b>R\$ 132.711.535.860,54</b>	<b>R\$ 145.431.808.882,29</b>
<b>% DOS GASTOS</b>	<b>18,7%</b>	<b>18,7%</b>	<b>19,2%</b>	<b>19,1%</b>

Fonte: Elaboração própria IESS a partir do Mapa Assistencial - ANS.

No Brasil, para combater as fraudes no setor de saúde público e privado, têm sido criadas leis para inibir a prática e penalizar os infratores. Em 2011, a Lei da Transparência (Lei nº 12.527/2011) foi criada com o objetivo de trazer transparência e divulgação dos orçamentos e gastos da União, dos Estados e dos Municípios, assim como das autarquias públicas e das empresas sem fins lucrativos que recebem ou prestam serviços públicos. A lei implica que os dados sejam sempre atualizados e que possuam fácil acesso ao cidadão e desse modo, visa combater as práticas de fraudes e corrupção no setor público.

A corrupção no setor de saúde gera dois grandes problemas: baixa qualidade no atendimento ao paciente e aumento dos custos médico-hospitalares, além de o modelo de pagamento continuar sendo fee-for-service

que faz com que o paciente tende a ficar mais sujeito à tratamentos e exames, pois os prestadores são remunerados de acordo com os procedimentos realizados, o que implica um incentivo a oferecerem mais serviços e serviços caros. Outros fatores, geram um aumento dos custos dos serviços de saúde, além das fraudes, que são as mudanças demográficas e epidemiológicas da sociedade, a inserção de novas tecnologias sem baseamento científico de custo benefício para a sociedade.

O Brasil está caminhando em relação ao combate de fraudes e desperdícios na área da saúde. Os principais meios para inibir esses atos são por meio de legislações que façam com que a cadeia de saúde suplementar procure investir em transparências de informações, assim como, mudança do atual modelo de pagamento.

## REFERÊNCIAS:

SAVEDOFF, W. D. Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean. Health Technical Note 03/2007 SA-  
VEDOFF, W. D. Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean. Health Technical Note 03/2007.

ANS. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2018. Rio de Janeiro: ANS, julho 2018.



**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

## Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo  
Amanda Reis - Pesquisadora  
Natalia Lara - Pesquisadora  
Bruno Minami - Pesquisador

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)  
[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)