



# Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar

Novembro  
2023

**IESS**  
INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**O tema de fraudes e desperdícios sempre foi uma preocupação para o setor de Saúde Suplementar e, nos últimos anos, o setor vem buscando soluções para mitigar o problema**



O setor de Saúde Suplementar é suscetível a diversas modalidades de fraudes e desperdícios, que impactam significativamente as operadoras, os pacientes, e a sociedade como um todo. Assim, todos os agentes do setor estão atentos aos riscos de fraudes e desperdícios, ao impacto financeiro causado, às formas de prevenção e mitigação.

Para entender o desafio e apresentar o panorama e as melhores práticas ao setor, a EY desenvolveu o estudo “Fraudes e Desperdícios no Mercado de Saúde Suplementar”.

A metodologia usada compreendeu:

- Entrevistas com especialistas do setor;
- Entendimento e diagnóstico do perfil de fraude e desperdício;
- Pesquisa das melhores práticas a nível internacional;
- Questionário de práticas atuais;
- Estimativa do valor de fraudes e desperdícios;
- Geração de insights para melhor prevenção e combate à fraude e desperdício.

Foram realizadas pesquisas de mercado, conjunto de entrevistas com entidades do setor, operadoras, especialistas no tema, mapeamento das principais soluções tecnológicas e iniciativas existentes para atender o setor.

## O estudo apresenta:

- Contexto do setor
- Estimativa do custo gerado por fraudes e por desperdício
- Desafios atuais no tema
- Principais modalidades de fraudes categorizadas em tipificação padronizada
- Ferramentas e controles para mitigação e detecção de desvios
- Iniciativas que podem ser realizadas pelo setor para consolidação de uma estrutura robusta de prevenção e monitoramento

30 especialistas no setor e no tema

Questionário de Fraudes e Desperdícios respondido por operadoras

- 14 operadoras;
- 6 instituições de articulação do setor;
- 4 especialistas jurídicos;
- 4 empresas de tecnologia com soluções no tema;
- 2 especialistas em auditoria médica.

A EY desenvolveu em parceria com o IESS um estudo que visa apresentar as fraudes e desperdícios no setor, seu impacto e as melhores práticas no combate ao tema

“ É importante permanentemente atualizar a tipologia dessas práticas irregulares e nocivas à sociedade, dada a intensa inovação que se vem observando nessas práticas. Mas não basta descrever tipologia, importa também, e muito, o levantamento das melhores práticas para a prevenção, detecção, apuração e comprovação das irregularidades. Mais ainda, há um grande desejo por parte dos operadores de planos de saúde, dos meios de comunicação, das entidades de defesa dos direitos dos consumidores e de tantos outros segmentos da sociedade pela quantificação das perdas por desperdícios e fraudes. Conquanto seja muito difícil realizar essa quantificação, o estudo estima essas perdas, mostrando com clareza os critérios utilizados. Esse estudo solicitado pelo IESS cobre grandes lacunas de informação no setor de saúde suplementar brasileiro.”



José Cechin  
Superintendente  
IESS

“ O estudo do IESS, conduzido pela EY, soma-se ao movimento de prevenção e combate à fraude praticado pela FenaSaúde, na medida em que atualizará os números do setor e retratará o cenário atual, alavancando estratégias estruturadas. Será determinante para subsidiar importantes decisões e ações voltadas à prevenção e combate às fraudes e desperdícios.”



Cesar Sergio Cardim Junior  
Superintendente de Regulação  
FENASAÚDE

“ Este estudo representa um avanço na disseminação do conhecimento da fraude e desperdício no setor de Saúde Suplementar o Brasil. Pretendemos que seja constituído um guia de práticas para que as operadoras conheçam ainda mais os riscos relacionados ao tema e desenvolvam as boas práticas na prevenção e combate à fraude e desperdício.”



Nuno Vieira  
Sócio Seguros LATAM  
EY Brasil



# ÍNDICE

	Página
<u>1. Sumário Executivo</u>	05
<u>2. Setor de Saúde Suplementar</u>	09
<u>3. Setor Odontológico</u>	17
<u>4. Fraudes e Desperdícios no Setor</u>	22
<u>5. Análise da Situação atual</u>	40
<u>6. Ações de combate à fraude</u>	49
<u>7. Bibliografia</u>	57
<u>8. Anexo</u>	59

O setor de Saúde Suplementar sempre foi suscetível à ocorrência de fraudes e desperdícios e, apesar de ter evoluído e buscado a consolidação ao longo dos anos, o tema ainda persiste no setor

O tema de fraudes e desperdícios em saúde suplementar sempre foi uma questão importante para o setor no mundo todo, trazendo diversos prejuízos diretos e indiretos a todos os agentes envolvidos, como o aumento das despesas das operadoras em mecanismos e estruturas para o combate ao tema, aumento do valor do plano para os beneficiários, comprometimento da saúde dos pacientes, vazamento de dados sensíveis, entre outros.

O setor demonstrou uma evolução desde o surgimento das empresas de medicina em grupo nos anos 60 até os dias de hoje, tanto em relação ao arcabouço regulatório quanto nas estruturas e processos das empresas. Além disso, foram criados reguladores específicos para o setor, como a SUSEP em 1966 e a ANS em 2000.

Também possui entidades associativas, que são grandes aliadas e atuam em conjunto com as operadoras nos principais temas que afetam o setor como um todo, inclusive fraudes e desperdícios com campanhas específicas como “Saúde sem Fraude” da FENASAÚDE, “Todos por todos” da Abramge e “Ética não é moda, ética é saúde” do Instituto Ética Saúde.



Atualmente, o setor conta com penetração de 26% na população brasileira, com mais de 50 milhões de beneficiários na rede e apresentou uma sinistralidade de 89% na média em 2022. O setor odontológico conta com 16% de penetração, com 30 milhões de beneficiários na rede e apresentou uma sinistralidade de 42% na média no mesmo ano.

Dentre os principais desafios do setor, estão os reajustes dos planos, alta sinistralidade, envelhecimento da população brasileira, judicialização e segurança jurídica, agentes não regulados e fraudes e desperdícios, tema do estudo em questão.

E a estimativa poderá significar um impacto causado pelas fraudes e desperdícios em 2022 entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões, evidenciando ainda mais a relevância do tema e a importância das ações de combate

A fraude em saúde suplementar pode ser definida como atos dolosos que infringem as normas cometidas por beneficiário, contribuinte ou prestador de serviço, para obtenção, para si ou para terceiro, de benefícios indevidos. Isso inclui declarações falsas onde a natureza deliberada das mesmas pode ser demonstrada.

Para o combate à fraude de forma efetiva precisamos primeiro entender as características psicológicas dos fraudadores e os componentes que fazem com que o indivíduo possa cometer determinado ato ilícito. O pentágono da fraude apresenta cinco componentes que auxiliam a traduzir essas características: Oportunidade, Motivação, Racionalização, Disposição ao risco e Capacidade.

Outro ponto importante é conhecer os principais agentes fraudadores para identificação dos riscos e melhor direcionar os esforços em soluções específicas. Em Saúde, as principais fraudes surgem através dos Beneficiários, Prestadores de Serviços (Hospitais, Clínicas, Médicos, dentistas, laboratórios de exames e de radiologia) e demais agentes (Corretores, estipulantes, funcionários das operadoras e advogados).



A estimativa de impacto de fraudes e desperdícios no setor em 2022 pode representar entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões, o que representa 12,7% das receitas do mesmo ano. Para esta estimativa foram realizadas um conjunto de análises.

Na visão top down, consideramos benchmark nacional e internacional de fraudes e desperdícios, maturidade do setor, propensão à fraude do Brasil e dados financeiros das operadoras de saúde 2022.

Já para a visão bottom up consideramos consultas às operadoras de saúde em questionário detalhado, bem como um conjunto de entrevistas com especialistas no tema.

A variedade de modalidades de fraudes e de agentes fraudadores é um dos problemas que dificulta o combate ao tema

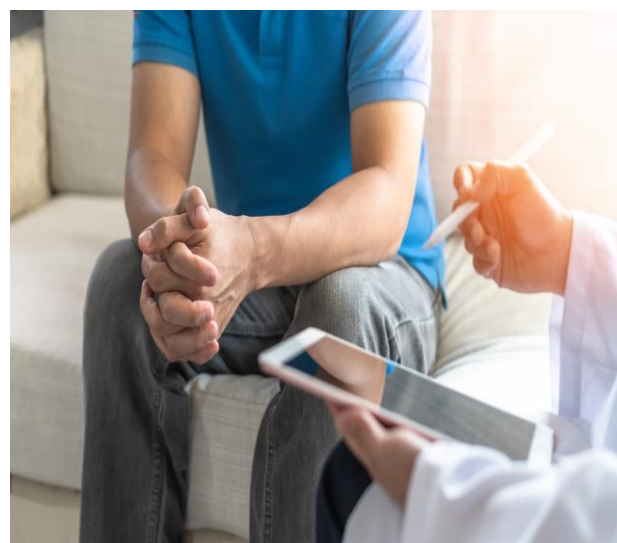
Existem diversos tipos de fraudes no setor de saúde suplementar. Para efeitos de segregação, apresentamos uma visão agrupada da sua tipificação.

## **Beneficiário**

- Ocultação de condição pré-existente
- Fornecimento de dados de acesso a terceiros
- Reembolso duplicado
- Empréstimo da carteirinha para não-beneficiário
- Falsificação de informações e/ou documentos

## **Prestadores de Serviço**

- Adulteração de procedimento
- Superutilização
- Reembolso sem desembolso
- Falsificação de laudos de exames
- Atendimento falso
- Fracionamento de recibo
- Boleto Falso
- Recebimento de propina



- Enquadramento forçado em critérios de cirurgias
- Falso atendimento público
- Empréstimo de matrícula

## **Demais agentes**

- Judicialização premeditada
- Falso coletivo
- Estipulante fantasia
- Adulteração de cadastro de beneficiário
- Prestador fantasma
- Falso médico ou dentista

Entretanto, é possível reduzir drasticamente este impacto estimado implementando as ações específicas para as operadoras e também as ações que podem ser realizadas em conjunto com todos os agentes do setor, incluindo ANS e o Poder Público

Para o combate das fraudes e desperdícios no setor, é necessária uma visão integrada e movimento das diversas entidades da indústria e Poder Público.

## Ações para Operadoras

As operadoras já têm desenvolvido vários mecanismos de prevenção à fraude, entretanto existem oportunidades de reforço.

- Reforço do Modelo de Governança orientado para decisões de prevenção e combate à fraude, considerando:
  - Comitê de gestão de fraudes dedicado;
  - Área de Gestão de fraudes com especialistas de análise de fraude;
  - Processos, políticas e procedimentos e treinamentos de prevenção e combate à fraude;
- Reforço do canal de denúncia como ponto de entrada de casos suspeitos;
- Investimento em Modelagem de dados e tecnologia para previsão de fraudes;
- Revisão e estruturação da comunicação com o beneficiário com participação dos estipulantes.

## Ações para o Setor

Embora o setor já esteja também com diversas iniciativas, cabe ressaltar:

- Continuar o reforço em campanhas de conscientização;
- Continuar com os comitês, fóruns e debates específicos no tema com os agentes do setor;
- Comunicação de dados relevantes à fraude por parte dos prestadores.

## Ações para o Poder Público e ANS

O Poder Público e a ANS devem investir nesta temática, minimamente:

- Arcabouço legal regulatório para reforço do apoio à prevenção e investigação de fraude;
- Reforço dos meios de investigação criminal da fraude;
- Orientação e proteção ao denunciante;
- A ANS deve fortalecer normas e regulamentos voltados para o combate à fraude, bem como na condução de uma iniciativa para criação de uma base única de fraudadores do setor.



O mercado de Saúde Suplementar é pilar fundamental para o bem-estar social, sendo utilizado como complementação e como alternativa ao Sistema Único de Saúde.



Aliviando a demanda aportada no SUS, o setor de Saúde Suplementar colabora para a qualidade dos serviços de saúde como um todo.

Antes de 1988, a assistência médica do Estado era destinada somente àqueles que contribuía para a Previdência Social, deixando milhões de brasileiros sem acesso aos serviços básicos de saúde. Mesmo aos contribuintes, o atendimento era precário e limitado.

Para preencher essa lacuna, surgiram diferentes iniciativas. Assim foi iniciado o setor de saúde suplementar, configurado por planos e seguros de saúde, que sustentam o atendimento organizado através de rede privada.

A Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, que estabeleceu o direito fundamental à saúde, garantiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS<sup>2</sup>) na década de 90. Assim, os cuidados com a saúde tornaram-se mais amplos e inclusivos no Brasil, possibilitando que milhões de pessoas tenham acesso aos serviços.

Entretanto, o setor público não foi suficiente para atender à demanda completa e em constante grau de qualidade. Então, a Saúde Suplementar foi criada como pilar fundamental para o bem-estar social, sendo utilizada como complementação e, principalmente, como alternativa ao SUS.

Com mais de duas décadas de estruturação regulada, o setor segue agregando valor ao bem-estar público. É impreterível, porém, a atualização de práticas afim de garantir a qualidade e a sustentabilidade financeira.

1. Constituição Federal de 1988 - Art. 196  
2. Lei nº 8.080/90

### Principais Marcos Regulatórios do Setor de Saúde Suplementar

1960

Surgimento de empresas de medicina em grupo e cooperativas médicas.

1966

Decreto-lei nº 73 - Com a criação da SUSEP, os planos de saúde na modalidade de seguros passam a ser fiscalizados.

1988

Promulgação da nova Constituição Federal, instituindo a saúde como direito básico e universal.

1990

Criação do SUS - Lei nº 8.080/90  
Código de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078/90, que passa a regular as relações de consumo de bens e serviços, incluindo os planos de saúde.

1998

Definição de regulamentação e normatização próprias ao setor, com a aprovação da Lei nº 9.656/98.

2000

Surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Lei nº 9.961/2000.

2001

ANS inicia o repasse ao SUS: A partir de Medida Provisória sobre a lei 9.656, os custos do atendimento público prestado a beneficiários da saúde suplementar passam a ser de responsabilidade financeira de suas operadoras.

O setor de saúde suplementar é composto por diversos agentes diretos e indiretos que compõem a estrutura do sistema e é preciso entender o papel deles antes de falar do tema de fraude



O setor de saúde suplementar possui diversos agentes diretos e indiretos em sua estrutura, com diversos momentos de interação entre eles que podem ser passíveis de fraude. Dentre eles, podemos destacar:

**Beneficiários:** São os contratantes que acessam o sistema por meio da rede credenciada das operadoras ou por meio de reembolsos para atendimentos fora da rede. Os contratos são feitos por meio de pessoas jurídicas ou entidades de classe para o coletivo empresarial ou por adesão ou diretamente para individual e familiar.

**Entidades Coletivas:** Pessoa Jurídica que faz a contratação do plano coletivo empresarial ou entidades de classe na modalidade coletivo por adesão.

**Operadoras:** São as empresas que mantêm os planos de saúde e responsáveis pela rede credenciada para atender aos beneficiários contratantes dos planos.

**Prestadores de Serviço:** É a rede credenciada dos beneficiários. São os estabelecimentos de saúde (hospitais e laboratórios) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros).

**Fornecedores:** São as empresas responsáveis pelo fornecimento de materiais, equipamentos médicos e medicamentos ofertados diretamente ou por distribuidores para os prestadores de serviços ou, em alguns casos, diretamente às operadoras para fornecimento aos beneficiários.

### Agentes do Setor



Beneficiários



Entidades Coletivas



Operadoras de Plano de Saúde



Prestadores de Serviço



Fornecedores

Para atender aos agentes, o setor conta com agentes reguladores vinculados ao Ministério da Saúde para regulação, fiscalização, e defesa do interesse público na saúde



**Ministério da Saúde** - o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros.

**Conselho de Saúde Suplementar - CONSU<sup>1</sup>** - órgão colegiado deliberativo, instituído no âmbito do Ministério da Saúde, destinado a atuar na definição de políticas públicas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** - autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Sua missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

**Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS** - Câmara de caráter consultivo da estrutura da ANS conforme a Lei 9.961/2000, tem como principal objetivo promover a discussão de temas relevantes para o setor de saúde suplementar no Brasil, além de dar subsídios às decisões da ANS.

**ANVISA** - Promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

**CADE** - tem como missão zelar pela livre concorrência no mercado, sendo a entidade responsável, no âmbito do Poder Executivo, não só por investigar e decidir, em última instância, sobre a matéria concorrencial, como também fomentar e disseminar a cultura da livre concorrência.

### Agentes Reguladores



Ministério da Saúde



Conselho de Saúde Suplementar



ANS



Câmara de Saúde Suplementar



ANVISA

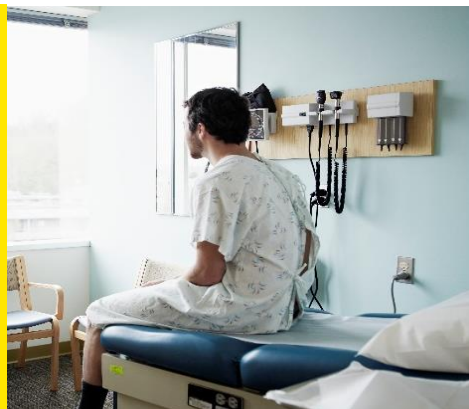


CADE



Conselhos e Associações

Além disso, o setor conta com entidades associativas que fomentam discussões importantes e apoiam o setor em diversos temas relevantes, incluindo o tema de fraudes e desperdícios



### IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Organização sem fins lucrativos com o objetivo de estudar aspectos conceituais e técnicos do setor para o embasamento de políticas e práticas benéficas ao desenvolvimento da saúde suplementar.

### ABRAMGE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE

Entidade que representa institucionalmente os interesses e esforços das empresas privadas de assistência à saúde do segmento de Medicina de Grupo

### FenaSaúde

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Entidade representativa de operadoras associadas, com o propósito de defender os interesses das mesmas na contribuição para o crescimento e sustentabilidade do setor.

### SINOG

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS

Entidade que representa operadoras enquadradas na modalidade de Odontologia de Grupo ou Medicina de Grupo com planos exclusivamente odontológicos, e também algumas seguradoras.

### UNIDAS

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE

Entidade representativa das operadoras de autogestão, com mais de 100 afiliadas.

### CMB

Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos

Associação<sup>1</sup> sem fins lucrativos que representa aproximadamente 1800 hospitais, com sua grande maioria atendendo o SUS. Também atua em comissões e grupos de trabalho na ANS e ANVISA.

1. Fonte: CMB

50,4

Milhões de  
beneficiários - 2023

679

Operadoras ativas com  
beneficiários - 2023

264

Receitas R\$ bilhões -  
4º Tri 2022

89%

Sinistralidade média 4º  
Tri 2022

Fonte: ANS Tabnet e Painel Contábil 2023

Atualmente, o Setor possui 50,4 milhões de beneficiários<sup>1</sup> na rede (26% da população<sup>2</sup> brasileira) atendidos por 679 operadoras ativas

O setor demonstrou um leve crescimento na quantidade de beneficiários do período da pandemia até hoje, atingindo 50 milhões de beneficiários em sua rede, o que não ocorria desde 2014.

Os gastos com saúde em 2019, somando os setores privado e público, foram de R\$ 711,4 bilhões<sup>1</sup>, representando 9,6% do PIB, podendo ultrapassar R\$ 950 bilhões em 2024<sup>3</sup>.

A sinistralidade em 2022 foi de 89% na média, com alguns casos acima de 100%.

Considerando a evolução do setor observamos movimentos de ganho de escala, principalmente com verticalização e fusões e aquisições.

Os planos de saúde figuram no TOP 3 bens/serviços mais desejados pela população brasileira.

Pesquisa Vox Populi, 2021 (parceria com IESS)

1. Fonte: ANS  
2. Fonte: IBGE  
3. Fonte: THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT

**E essas operadoras estão distribuídas em 5 modalidades, responsáveis por uma receita<sup>1</sup> de R\$ 234 bilhões em 2022 e de R\$ 66 bilhões no 1º trimestre de 2023**

O setor é concentrado em planos coletivos, com 82% dos beneficiários, principalmente através dos coletivos empresariais.

Apesar de pouco representativa a modalidade de Filantropia possui uma importante função social.

### Modalidades:

#### A - Cooperativa Médica 34% | R\$ 22 bilhões

Sociedade de pessoas sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde

#### B - Medicina em Grupo 30% | R\$ 19 bilhões

Empresas que oferecem planos com atendimento restrito à rede de atendimento credenciada, seja ela totalmente própria ou mista.

#### C - Seguradora 25% | R\$ 16 bilhões

Empresa sem rede própria de atendimento de saúde, que estabelece rede referenciada com a qual negocia a prestação do serviço, e predispõe reembolso quando o atendimento ocorrer fora dessa rede.

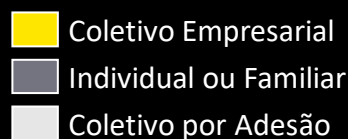
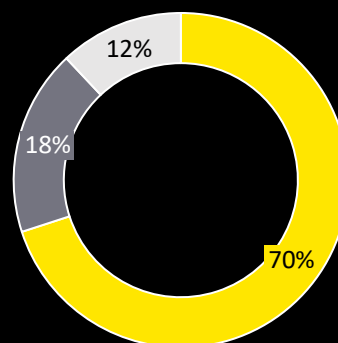
#### D - Autogestão 10% | R\$ 6 bilhões

Pessoa jurídica sem fins econômicos criada por outra pessoa jurídica para gerir a assistência à saúde de seus funcionários ou associados.

#### E - Filantropia 1% | R\$ 0,8 bilhões

Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social

#### Distribuição de Beneficiários de Saúde Suplementar por tipo de Plano (ANS, 2022)<sup>2</sup>



Percentual de beneficiários por modalidade de operadora

1. Fonte: ANS - Painel Contábil 2023  
2. Fonte: ANS Tabnet

O setor está em momento de transformação constante e possui importantes desafios que merecem atenção, dentre eles o tema de fraudes e desperdícios, foco do estudo

### Principais desafios do setor de Saúde Suplementar



#### Reajuste dos planos

O percentual de reajuste divulgado pela ANS para 2022 foi de 15,5% e de 9,63%<sup>1</sup> para 2023



#### Alta sinistralidade<sup>1</sup>

Média de 89% em 2022



#### Envelhecimento da População

Crescimento da faixa etária acima de 60 anos na população brasileira<sup>2</sup>



#### Judicialização e segurança jurídica

Elevado número de processos, reduzindo a previsibilidade e ausência de legislações específicas



#### Agentes não regulados

Surgimento de agentes não-regulados como concorrentes



#### Eficiência

Redução de custos e despesas

1. Fonte: ANS  
2. Fonte: IBGE



**O setor de odontologia no Brasil ainda possui baixa penetração na população brasileira, comparando com os planos de saúde, com 16% atualmente.**



**O Brasil possui aproximadamente 380 mil dentistas e conta com 3 universidades no ranking das melhores do mundo<sup>2</sup>.**

Apesar de ser um país com uma das maiores ofertas de serviços odontológicos e dentistas (mais de 380 mil profissionais)<sup>1</sup>, apenas 16% dos brasileiros possuem plano odontológico, sendo que a maioria o faz por meio do pacote de benefícios do empregador (planos coletivos ou corporativos).

O Brasil também possui as melhores universidades de odontologia, ocupando as 3 primeiras posições, segundo levantamento do SCImago Institutions Ranking 2022.

Atualmente, o Brasil não tem uma alternativa efetiva no sistema público: a disponibilidade de assistência patrocinada pelo Estado deixa a maior parte da população sem acesso à assistência odontológica.

Mesmo considerando as disparidades de renda com outros mercados mais maduros, há uma expectativa geral de crescimento nos próximos anos.

Embora o acesso à saúde bucal venha sendo ampliado pelo SUS com o programa Brasil Sorridente desde 2004, os planos odontológicos conferem maior praticidade no acesso aos serviços, o que tem impulsionado sua contratação. Além disso, os planos odontológicos têm naturalmente um custo menor comparados aos planos médicos, o que lhes confere maior possibilidade de contratação e popularidade.

1. Fonte: Conselho Federal de Odontologia - CFO  
2. SCImago Institutions Ranking 2022

### Principais Marcos Regulatórios do Setor de Odontologia

1988

Promulgação da nova Constituição Federal, instituindo a saúde como direito básico e universal.

1990

Criação do SUS - Lei nº 8.080/90, mas com pouca atenção à saúde odontológica.  
Código de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078/90, que passa a regular as relações de consumo de bens e serviços, incluindo os planos de saúde.

1996

Fundação da SINOG, iniciada no ano anterior a partir da criação da Comissão Permanente de Odontologia da ABRAMGE, com a função de representar as empresas de Odontologia de Grupo.

1998

Definição de regulamentação e normatização próprias ao setor, com a aprovação da Lei nº 9.656/98.

2000

Além da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foi também lançada a Portaria nº 1.444, que oficializou a inclusão de equipes de saúde bucal no SUS com investimento de recursos federais.

2004

Lançamento do “Brasil Sorridente” (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal).



# 30,9

Milhões de  
beneficiários - 2023

# 3,9

Receitas R\$ bilhões - 4º Tri  
2022

# 332

Operadoras ativas com  
beneficiários - 2023

# 42%

Sinistralidade média  
4º Tri 2022

Operadoras exclusivamente odontológicas - ANS Tabnet e Painel Contábil 2023

No primeiro semestre de 2023, o setor de odontologia no Brasil contava com 30,9 milhões de beneficiários, com uma cobertura de 16% da população<sup>1</sup> total, demonstrando um grande potencial de crescimento, comparando à cobertura populacional de saúde e conta com 332 operadoras ativas com beneficiários.

De 2000 até hoje, os planos exclusivamente odontológicos tiveram acréscimo de mais de 27 milhões de beneficiários<sup>2</sup>, registrando crescimento muito superior ao dos planos de assistência médica no mesmo período. Uma vez que há 23 anos já existiam mais de 30 milhões de beneficiários de assistência médica, mas apenas pouco mais de 2 milhões de beneficiários odontológicos exclusivos.

Entretanto, o número de beneficiários com acesso à assistência odontológica ainda é muito inferior ao total de beneficiários de serviços médicos, o que demonstra que há, para a saúde odontológica suplementar, um potencial de crescimento superior ao da assistência médica suplementar.

1. Fonte: IBGE  
2. Fonte: ANS

Existem 2 modalidades exclusivamente odontológicas, responsáveis por uma receita de R\$ 3,9 bilhões<sup>1</sup> em 2022 e de R\$ 1,9 bilhão no 2º trimestre deste ano

Assim como em saúde, o setor também é concentrado nos planos coletivos, com 83% dos beneficiários.

O setor conta com 332 operadoras de plano odontológico com beneficiários ativos na rede, distribuídas em 7 modalidades distintas, sendo duas exclusivamente odontológicas.

### Modalidades:

#### A - Odontologia de Grupo

Odontologia de Grupo podem comercializar planos para pessoa física ou jurídica, além de criar uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.

#### B - Cooperativa Odontológica

Grupo de profissionais de odontologia que constituem sociedade sem fins lucrativos para prestar seus serviços por intermédio da contratação dos planos odontológicos.

78% | R\$ 1,55 bilhão


22% | R\$ 0,43 bilhão


Dados das modalidades exclusivamente odontológicas


### PLANOS DE SAÚDE COM ODONTO INCLUSO

C - Medicina em Grupo  34,3%

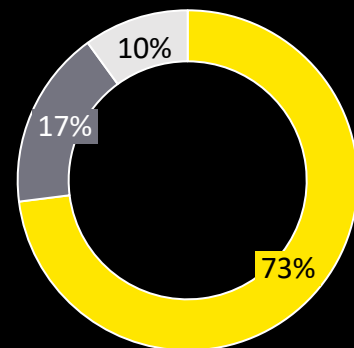
D - Cooperativa Médica  1,7%




E - Autogestão  0,3%

F - Seguradora  7,4%

G - Filantropia  0,3%

### Distribuição de Beneficiários de Odonto por tipo de Plano (ANS, 2022)



 Coletivo Empresarial  
 Individual ou Familiar  
 Coletivo por Adesão

A

B



43,5%

12,5%

Percentual de beneficiários por modalidade de operadora

1. As receitas apresentadas referem-se somente às operadoras exclusivamente odontológicas.

Assim como em Saúde, o setor de odontologia está em transformação e o tema de fraudes e desperdícios também deve estar na agenda das operadoras

### Principais desafios do setor de Odontologia



#### Canais de Distribuição

Novos canais de distribuição, como corretoras de seguros e consultoras de benefícios



#### Sinistralidade

Média de 42% em 2022



#### Regionalização

Disparidade regional de renda e oferta de dentistas, levando a uma forte concentração de beneficiários na região Sudeste



#### Consolidação do mercado

Atividade de M&A e dificuldades para constituir reservas e garantias financeiras



#### Eficiência

Redução de custos e despesas

A Fraude no setor de Saúde Suplementar pode ser definida como: atos que infringem as normas cometidas por beneficiário, contribuinte ou prestador de serviço, para obtenção, para si ou para terceiro, de benefícios indevidos.



O termo fraude vem do latim *fraus*<sup>1</sup>, é uma ação que é contrária àquilo que é verdade e àquilo que é correto e honesto.

No Direito Civil brasileiro<sup>2</sup>, o conceito de fraude é abordado como sendo meio ilícito empregado por um agente que busca contornar a lei ou uma obrigação, seja ela preexistente ou futura.

No Direito Penal<sup>3</sup> brasileiro, o conceito fica mais evidente no artigo 171: “Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento”.

Em vias gerais, a fraude é considerada uma **conduta ilegal**, ainda que dependendo da situação possa ter caráter mais subjetivo e não ser identificada como tal. Seu cometimento pode resultar em consequências graves, como suspensões, demissões por justa causa, processos judiciais, multas, e até mesmo prisão, dependendo da gravidade do caso.

“ O fraudador destrói o setor,  
acaba com o mutualismo ”

- instituição ligada ao setor

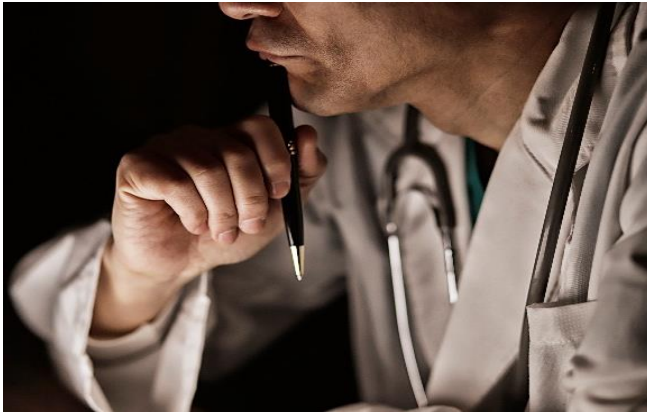
Mas a fraude não ocorre sem motivo. Ela deve empregar algum tipo de mecanismo psicológico que faça ocultar essa necessidade de seguir seus próprios conceitos morais.

Em artigo de 1968 que trata do tema, o acadêmico Garrett Hardin referencia o trabalho de colegas cientistas publicado anos antes, que afirma que problemas sociais necessitam não apenas de soluções técnicas ou tecnológicas, mas também de uma abordagem social e moral.

“ O tema de fraudes está diretamente ligado à psicologia humana e é onde devemos atuar inicialmente. ”

Especialista no tema de Fraudes

1. Fonte: Jusbrasil  
2. Conjur  
3. Código Penal



A fraude é agravada por falhas e lacunas processuais e de tecnologia, mas é em essência um problema social e possuem determinadas características psicológicas por trás disso.

Há um modelo teórico que ilustra o abuso individual na utilização de algo comunitário, conhecido como “Tragédia dos Comuns”.

Em artigo\* de 1968 que trata do tema, o acadêmico Garrett Hardin referencia o trabalho de colegas cientistas publicado anos antes, que afirma que problemas sociais necessitam não apenas de soluções técnicas ou tecnológicas, mas também de uma abordagem social e moral.

Quando cometida contra grandes empresas ou corporações, a fraude pode ser percebida como um “crime inocente”, que “não deixa vítimas”.

“ O tema de fraudes está diretamente ligado à psicologia humana e é onde devemos atuar inicialmente. ”

Especialista no tema de Fraudes

O ato é evidentemente embutido de má-fé; contudo, o desconhecimento da realidade e das consequências do ato fraudulento também são componentes que levam indivíduos a cometê-lo.

Crenças que ecoam na mente de alguns fraudadores como desculpas para “justificar” o dolo são:

- “A empresa tem dinheiro sobrando”
- “A minha fraude é pequena”
- “Diluída entre todos os clientes, não pesa para ninguém”
- “Todo mundo faz dessa forma”

Esses pensamentos não são exclusividade da cultura brasileira, sendo mencionados em estudos de diversos outros países, e são parte de um fator motivador da fraude conhecido como racionalização, conforme modelo a seguir.

“ Ninguém pode ficar impune alegando desconhecimento da lei ”

Advogado especialista no tema

Existem 5 componentes que fazem com que o indivíduo possa cometer determinado ato ilícito. Os esforços de prevenção e combate à fraude devem se centrar em cada um destes componentes.



### Pentágono da Fraude

#### Oportunidade

Falha ou brecha identificada no sistema, processo ou regulamento

#### Motivação

Força que exerce pressão no indivíduo criando ímpeto para a fraude, como problemas financeiros, ganância, vício ou senso de merecimento e legitimidade

#### Capacidade

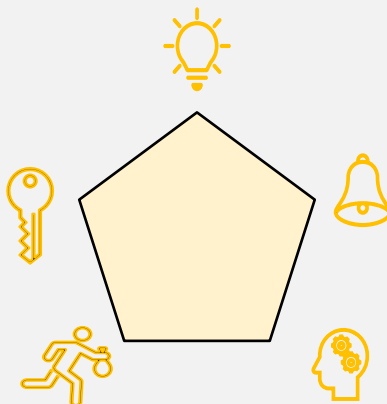
Conhecimento dos mecanismos e grau de acesso aos procedimentos

#### Disposição ao Risco

Abertura do indivíduo a sofrer as possíveis consequências por seu ato

#### Racionalização

Justificativas que o indivíduo mentaliza como encorajamento para o ato fraudulento, como "seria pior se eu estivesse cometendo outro crime"



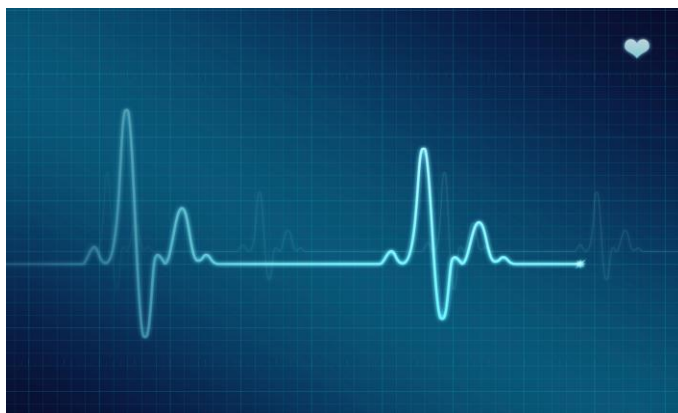
O United States Sentencing Commission indica que no ano fiscal de 2021, a idade média dos fraudadores em saúde nos EUA era de 50 anos, sendo em mais de 90% dos casos indivíduos com cidadania americana e/ou nenhum antecedente criminal.

Uma tese sobre fraudes ocupacionais corporativas\* (em vários setores) demonstra que dentro da amostra estudada, os perpetradores eram majoritariamente homens (73%), de 35 a 45 anos (47%) e do nível hierárquico tático (53%).

\*Os dados reforçam que pode haver maior predisposição à fraude em indivíduos cuja posição social confere poder suficiente para sentir que é seguro cometê-la com menor risco de ser notado (fatores capacidade e disposição ao risco), porém estejam insatisfeitos e frustrados com esse mesmo grau de poder e riqueza que lhes é atribuído (fator motivação).







**Na Saúde Suplementar podemos concentrar as fraudes em 3 grupos de agentes, apesar de algumas fraudes serem feitas em conluio com um ou mais agentes**

Existem diversos agentes que podem cometer fraudes e em diversos momentos e processos. Desta forma, é fundamental a segregação entre agentes para facilitar a organização dos tipos de fraude e também para direcionar esforços em soluções específicas em cada momento do processo que pode ocorrer a fraude.

### **Beneficiários:**

São as fraudes cometidas pelos usuários dos planos de saúde e odontológico. Elas podem ocorrer no momento da contratação ou na utilização do plano e envolve geralmente falsificação de documentos e uso indevido do plano por terceiros. Algumas dessas fraudes são feitas em conluio com prestadores, por exemplo: reembolso sem desembolso e fracionamento de recibos.

“O primeiro passo para gestão de fraudes é identificar quem são os principais agentes fraudadores”

Operadora de Saúde

### **Prestadores:**

São as fraudes cometidas por qualquer um dos prestadores que fazem parte da rede. Os principais prestadores são:

Hospitais ou Clínicas, Médicos ou Dentistas, Laboratórios de Exames e Radiologia

Geralmente as fraudes envolvem falsificação de documentos, notas fiscais, adulteração de procedimentos, entre outros.

### **Outros Agentes:**

São as fraudes cometidas por terceiros não necessariamente envolvidos diretamente. Podem ser corretores, estipulantes, funcionários internos das operadoras, advogados, entre outros.

Essas fraudes geralmente envolvem criação de empresas falsas, funcionários fantasmas, adulteração do tipo de plano contratado, falsos profissionais, boletos falsos, entre outros.



### Fraudes cometidas por beneficiários

#### Ocultação de condição pré-existente:

O segurado faz declarações inexatas ou omite circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio com Informações inverídicas na DPS (Declaração Pessoal de Saúde), omitindo intencionalmente doenças presentes ou falseando características como peso ou tabagismo, por exemplo.

#### Falsificação de informações/documentos:

O beneficiário apresenta documentações e informações falsificadas para ter elegibilidade na contratação do plano, como por exemplo: documentos falsos de vínculo empregatício, societário ou parental, adulteração de idade, entre outros.

#### Reembolso duplicado:

O beneficiário solicita reembolso pelo mesmo serviço no mesmo plano ou em planos diferentes (tanto no plano próprio como no plano em que consta como dependente, ou no caso de filho que consta como dependente nos planos de ambos os parentes). Prática comumente associada ao Fracionamento de Recibo.

#### Empréstimo da carteirinha para não-beneficiário:

Apesar da carteirinha do plano ser pessoal e intransferível, o beneficiário realiza o empréstimo, até mesmo com empréstimo de documento de identificação, para que terceiros utilizem serviços pelo plano de saúde em seu nome. Com o surgimento da carteirinha digital, este tipo de fraude vêm diminuindo, entretanto ainda é uma fraude comum.

#### Fornecimento de dados de acesso para terceiros:

O beneficiário fornece os dados de login e senha aos prestadores fora da rede credenciada, geralmente com a prática de "Reembolso sem Desembolso", no qual o prestador promete facilitar a gestão e processo de pedido de reembolso. Pode ser a porta de entrada para outras fraudes. Além disso, existem outras implicações, como a exposição de dados e informações sensíveis de beneficiários, familiares e empregadores (nos casos de planos corporativos).



### Fraudes cometidas por prestadores

#### Reembolso sem desembolso:

Também conhecido como “Reembolso Assistido” este tipo de fraude ocorre quando o prestador fora da rede credenciada, em posse de dados de login e senha dos beneficiários, promete realizar procedimentos sem que haja qualquer pagamento. Essa “facilidade” faz com que o beneficiário, por muitas vezes, não perceba as fraudes que podem derivar desse tipo de procedimento. O prestador pode realizar a criação de procedimentos não realizados pelo profissional para recebimento de valores indevidos, alterar dados bancários para reembolso, entre outros.

#### Falsificação de laudos de exames:

Prestador adultera laudos para cobrança ou também para composição da documentação de outro procedimento falso. Existem práticas de utilização de laudos e radiografias iguais para diversos pacientes, prejudicando o correto tratamento ao paciente e lesando diretamente os planos com os reembolsos para estes procedimentos.

#### Atendimento falso:

Situação na qual o prestador gera uma nota fiscal com informações fraudulentas, como inclusão de procedimentos não realizados (mais comum em terapias e fisioterapias), adulteração de tempo de internação, local de prestação de serviço, data, valor, dados do paciente, entre outros.

#### Superutilização:

Situação em que o paciente é submetido a exames, tratamentos desnecessários ou até inadequados ao quadro clínico, e prolongação de internação, para que o prestador receba o maior valor possível por paciente. Essa fraude também se confunde com desperdícios, entretanto, esta prática pode estar associada ao recebimento de propinas ou vantagens indevidas na indicação de medicamentos, procedimentos, utilização de OPME e outros, que podem inclusive causar graves danos à saúde e ao bem estar do paciente. No caso de odontologia, temos postergação de ortodontia e realização indiscriminada de restaurações, por exemplo.



### Fraudes cometidas por prestadores

#### **Adulteração de procedimento:**

Prestador adultera informações para receber valores maiores do que os realizados de fato no paciente, como por exemplo procedimento estético cobrado como procedimento coberto, upcoding (códigos de procedimentos com valores maiores do que o realizado de fato), entre outros.

#### **Fracionamento de recibo:**

O beneficiário realiza consulta ou procedimento com valor acima do que é reembolsado pelo plano. O prestador emite diferentes notas fiscais para composição de um único serviço realizado. O paciente submete as notas parciais com o objetivo de receber o valor total da consulta ou procedimento.

#### **Falso atendimento público:**

Valores repassados ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da ANS em função dos atendimentos a beneficiários de planos médico-hospitalares na rede pública. Podem ocorrer cobranças indevidas às operadoras, com serviços não prestados, de modo a inflar o repasse realizado através da ANS.

#### **Empréstimo de matrícula:**

Profissional credenciado cede guias com sua matrícula para outro não credenciado; ou profissional com registro no órgão de classe assina prontuários, coniventemente, enquanto outro profissional da saúde, não qualificado para o procedimento, realiza as práticas médicas ou odontológicas sem supervisão.

#### **Enquadramento forçado em critérios de cirurgias:**

Médico sugere ou realiza contornos para justificar a autorização de procedimentos que não seriam os mais recomendáveis, por exemplo: indicar ao paciente aumentar o peso corporal propositalmente para se adequar ao critério da bariátrica.

#### **Recebimento de propina:**

Conluio do prestador com fornecedores para indicação/utilização de medicamentos, procedimentos e materiais (Exemplo: OPME) com a finalidade de ganhar um percentual do valor cobrado do plano ou do paciente.



### Fraudes cometidas por outros agentes do setor

#### Falso coletivo:

Criação de CNPJ exclusivamente para contratação de planos de saúde. Geralmente o grupo de pessoas é restrito ao grupo familiar.

Utilizando CTP ou FGTS forjado para comprovar vínculo de cliente com falsa empresa, e por vezes até abrindo esse CNPJ falso em nome de cliente, há corretores que fazem “boletagem”: Recebem eles próprios as quantias de planos individuais pelo clientes, e repassam à operadora o pagamento pelo plano coletivo, lucrando indevidamente com o excedente.

Há também muitos casos em que corretores fraudadores aliciam “laranjas” para a abertura do CNPJ, oferecendo à elas o plano de saúde em contrapartida.

#### Estipulante fantasia:

Criação de CNPJ para contratação do tipo coletivo empresarial, com beneficiários falsos e/ou “laranjas”, e posteriores solicitações de reembolso para contas fraudulentas.

#### Adulteração de cadastro de beneficiário:

Alteração dos dados bancários em cadastros de beneficiários, para que o fraudador receba diretamente valores de reembolsos, inclusive em contas fraudulentas abertas na identidade do beneficiário (fraude dos “bancos digitais”).

#### Prestador fantasma:

Criação de CNPJ's de estabelecimentos de saúde fantasmas para que sejam emitidas notas fiscais de falsos serviços.

#### Falso Médico ou dentista:

Prestação de serviços por falso profissional em exercício ilegal da profissão, pois não possui registro que autorize a prática da atividade.

#### Boleto Falso:

Golpista envia boleto emitido de conta fraudulenta, porém altera dados do documento para fingir que foi emitido pela operadora, recebendo o pagamento do beneficiário ou de alguém que crê ser um novo cliente.

#### Judicialização premeditada:

Procedimentos ou serviços não cobertos pelo plano são realizados para posterior judicialização. Este tipo de fraude pode envolver diversos agentes, como o beneficiário, prestador, grupo de advogados, entre outros.



Assim como fraudes, os desperdícios em saúde trazem impacto relevante para o setor, podendo causar prejuízos nas despesas assistenciais e na saúde e bem-estar dos beneficiários e suas famílias.

Desperdício é a utilização de recursos de forma inadequada ou excessiva, por ineficiências ou falhas nos processos.

Um estudo da OCDE<sup>1</sup> aponta que 1 a cada 10 pacientes nos países-membro é desnecessariamente prejudicado no atendimento, e mais de 10% das despesas hospitalares são gastas para correção de erros médicos evitáveis.

A redução do desperdício no setor de saúde não resulta apenas em economia financeira, mas também melhora a qualidade dos serviços prestados, a assertividade em diagnósticos e tratamentos, o bem-estar e a saúde dos pacientes.

“ Existe uma ineficiência gigantesca a ser resolvida. Comprar máscara e algodão mais baratos não é gestão de desperdícios. ”

Segundo estudo da OCDE *“Tackling Wasteful Spending on Health”*, os desperdícios podem ser segregados em 3 categorias:

### Desperdícios relacionados à governança

Se referem ao uso de recursos que não contribuem diretamente para o cuidado do paciente, seja porque se destinam à apoiar a administração e gestão do sistema de saúde e seus vários componentes ou porque são desviados de sua finalidade pretendida por meio de fraude, violação e corrupção.

Exemplos:

- Despesas administrativas ineficazes
- Cuidados clínicos desperdiçados

### Desperdício Operacional

Ocorre quando o atendimento poderia ser oferecido usando menos recursos dentro do sistema, mantendo os benefícios. Os exemplos incluem situações em que preços mais baixos podem ser obtidos para os insumos adquiridos ou onde insumos caros são usados em vez de outros mais baratos e sem benefício para o paciente.

<sup>1</sup> Tackling Wasteful Spending on Health



**Despesas para correção de erros médicos evitáveis, baixa penetração em medicamentos genéricos e alta taxa de cesarianas são alguns exemplos de desperdícios e impacto na saúde do paciente**

### Exemplos:

- Pagamento de preço excessivo
- Desperdício de materiais não utilizados
- Uso excessivo de insumos de alto custo

### Cuidados médicos desnecessários:

Abrangem casos em que os pacientes não recebem o atendimento correto, por exemplo, atendimento inadequado ou de baixo valor. Também incluem eventos clínicos adversos que poderiam ser evitados.

### Exemplos:

- Atendimento ineficaz e inapropriado (baixo valor)
- Eventos adversos que podem ser prevenidos
- Duplicações de Serviços

➤ **10% das despesas são para correção de erros médicos evitáveis**

➤ **Baixa penetração em medicamentos genéricos**

➤ **Alta taxa de cesarianas**

OCDE Tackling Wasteful Spending on Health - 2017

### Falha:

Como em toda atividade, os profissionais estão sujeitos a falhas. Além da equipe de saúde, os profissionais da logística, dos almoxarifados e de compras devem ficar atentos a falhas que culminem em desperdício de materiais. Supervisão, constante aprimoramento, revisões e segundas opiniões frequentes são potenciais mitigadores.

### Sobrepçoço:

Ocorre conforme os preços migram para longe daqueles esperados em bom funcionamento de mercado, ou seja, os custos reais de produção somados a um lucro justo. No Brasil, os preços de dispositivos médicos implantáveis (DMI) podem apresentar uma variação de até 3 mil vezes entre Unidades da Federação, segundo estudo da ANS<sup>1</sup>. Além disso, medicamentos e materiais importados não podem ter seus preços completamente regulados de maneira conveniente à realidade nacional.



O tema de promoção do cuidado à saúde do paciente pode ser um grande aliado no combate aos desperdícios, reduzindo a taxa de utilização do plano e consequentemente reduzindo a sinistralidade

### Falta de coordenação:

Quando a assistência é muito fragmentada, pode perder-se o foco no paciente, levando a falta de direcionamento no cuidado, com multiplicidade de consultas, repetição desnecessária de exames e tratamentos, e readmissões hospitalares.

Com o histórico do paciente pulverizado por atendimentos com diversos prestadores, muitas vezes o norteamiento de novas consultas depende da memória do indivíduo ou seus familiares, e de sua capacidade em saber detalhar os exames e intervenções antes realizadas, os medicamentos tomados, e as explicações que profissionais anteriores lhes deram sobre o estado de saúde. Por isso, o profissional pode precisar repetir caminhos já trilhados para assegurar suas decisões.

### Prevenção insuficiente:

A promoção do cuidado à saúde, quando bem realizada, pode levar ao aumento do auto-cuidado pelos beneficiários, reduzindo o risco de doenças comuns como diabetes, pressão alta e outros problemas cardiovasculares.

Outro fator preventivo ao desperdício é o acompanhamento preditivo, já que o custo da realização de exames conforme periodicidade recomendada, e também o monitoramento de dados fisiológicos através de tecnologias modernas.

### Outros exemplos de desperdícios:

- Postergar a alta do paciente para aumentar a permanência hospitalar e garantir a ocupação do leito.
- Indicar tratamentos mais caros quando outros mais baratos entregam o mesmo resultado assistencial.
- Solicitar exames desnecessários, como os de tomografia e ressonância magnética, em que o Brasil aparece nas estatísticas como um dos que mais utilizam no mundo (na saúde suplementar).
- Solicitar mais códigos de procedimentos que o necessário para realização de uma cirurgia.
- Utilizar mais materiais e OPME que o necessário no atendimento ou ato cirúrgico.





**Para reduzir o risco de desperdícios, as operadoras possuem códigos específicos de glosas (não exaustivo) que auxiliam no combate:**

- Cobrança indevida de material, medicamento, procedimento ou serviço;
- Medicamento não autorizado;
- Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência;
- Idade do beneficiário incompatível com o procedimento;
- Quantidade de sessões cobradas não condizem com as assinaturas no controle de tratamento seriado;
- Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica;
- Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico;
- Cobrança de tratamento seriado sem justificativa clínica/técnica;
- Quantidade de serviço solicitada acima da autorizada;
- Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente;
- Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado;
- Procedimento sem registro de execução;
- Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida;
- Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência;
- Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar;
- Grau de participação de auxiliar incompatível com procedimento cobrado;
- Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado/uso previsto no procedimento;
- Grau de participação informado incompatível com o evento cobrado;
- Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento;

1. Fonte: Questionário respondido por um conjunto de operadoras

Com base no resultado do estudo e experiência da EY organizamos um ranking consolidando as modalidades de fraudes apresentadas de acordo com seu impacto e frequência

### Tabela de impacto e frequência de fraudes e Desperdícios

Agente	Descrição	Impacto	Frequência
Diversos	Desperdícios	Alto	Alta
Prestador	Adulteração de procedimento	Alto	Alta
Prestador	Superutilização	Alto	Alta
Beneficiário	Ocultação de condição pré-existente	Alto	Alta
Beneficiário	Fornecimento de dados de acesso a terceiros	Alto	Alta
Prestador	Reembolso sem desembolso	Alto	Alta
Prestador	Falsificação de laudos de exames	Alto	Alta
Prestador	Atendimento falso	Alto	Alta
Prestador	Fracionamento de recibo	Alto	Alta
Beneficiário	Reembolso duplicado	Alto	Alta
Outros	Boleto falso	Alto	Alta
Beneficiário	Empréstimo da carteirinha para não-beneficiário	Alto	Média
Prestador	Recebimento de propina	Alto	Média
Outros	Judicialização premeditada	Alto	Baixa
Prestador	Enquadramento forçado em critérios de cirurgias	Médio	Alta
Beneficiário	Falsificação de informações/documentos	Médio	Média
Prestador	Falso atendimento público	Médio	Baixa
Prestador	Empréstimo de matrícula	Médio	Baixa
Outros	Falso coletivo	Médio	Baixa
Outros	Estipulante fantasia	Médio	Baixa
Outros	Adulteração de cadastro de beneficiário	Baixo	Baixa
Outros	Prestador fantasma	Baixo	Baixa
Outros	Falso médico ou dentista	Baixo	Baixa

Impacto Alto - Acima de 10 milhões Médio - Entre 5 e 10 milhões Baixo - Abaixo de 5 milhões  
 Frequência Alta - Ocorre mensalmente Média - Ocorre semestralmente Baixa - Raramente ocorre



**Existem diversos estudos e análises nacionais e internacionais que apontam uma estimativa de fraudes e desperdícios no setor de Saúde Suplementar**

Existem diversos estudos e análise de estimativa de fraude e desperdícios no setor de Saúde Suplementar, tanto nacional quanto internacionalmente.

Em nível nacional, destacamos os seguintes estudos:

1) O estudo do IESS de 2017<sup>1</sup>, que considera uma estimativa em torno de R\$ 28 bilhões que corresponde aos gastos das operadoras médico-hospitalares do País com contas hospitalares e exames consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. A atualização das estimativas mostra que entre 12% e 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Portanto, houve um gasto na saúde de aproximadamente R\$ 15 bilhões com fraudes em contas hospitalares e R\$ 12 bilhões em pedidos de exames laboratoriais não necessários.

2) Estudo da OCDE dos desperdícios do Brasil.

Em nível internacional, destacamos os seguintes estudos:

1) NHCAA (National Health Care Anti-Fraud Association), associação relevante para o setor, tendo em vista ser a principal organização dos EUA no tema. Este estudo<sup>2</sup> estima um impacto de fraudes no setor de 3%, entretanto, o estudo diz que trata-se de uma estimativa conservadora e que o impacto pode chegar à 10% dos gastos totais de saúde nos EUA por ano.

2) A EHFCN (European Healthcare Fraud & Corruption Network), organização dedicada ao combate à fraude, corrupção e desperdícios em toda a Europa. O impacto de fraudes e desperdícios pode representar uma perda de quase 7% do total das receitas do setor, o que pode representar em torno de US\$ 50 bilhões, segundo estudo<sup>3</sup> da organização.

3) O estudo "Tackling Wasteful Spending on Health" da OCDE<sup>4</sup>, a estimativa de fraudes e desperdícios representa 6% das despesas totais do setor nos EUA.

Tendo em vista a generalidade de fontes consultadas, o percentual de fraude ronda em cerca de 7% das receitas nos países desenvolvidos.

1. Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar - IESS - 2017  
 2. The Challenge of Health Care Fraud - NHCAA  
 3. The financial cost of Healthcare fraud - EHFCN  
 4. OCDE, 2017



Adicionalmente, realizamos análise de visão setorial (top down) e visão por empresa (bottom up) que contou com um conjunto de análises

Para o presente Estudo, propomos uma metodologia que tem em consideração duas vertentes principais:

### Visão País/ Setor (top - down)

Combina uma visão setorial da fraude em saúde numa perspectiva de país (através de benchmarks internacionais de fraude em saúde) e a posição do Brasil em estudos internacionais de fraude e corrupção e a respetiva ponderação face a países desenvolvidos.

Para esta visão em particular, adotamos o fator de agravamento (fator de propensão) de fraude e desperdício em função de um ponderador, considerando o resultado e a posição relativa do Brasil em estudos comparativos internacionais de fraude em nível global.

### Visão Empresa (bottom up)

Considera a visão do grau de exposição à fraude e desperdício das empresas do setor e comparação face a benchmark de referência da Estrutura de Gestão de Fraudes da EY. Adicionalmente, considera também a recolha de informação de perdas relacionadas com fraudes e desperdícios através de inquérito junto de seguradoras/ operadoras entrevistadas no estudo. Com base nesta análise, desenvolvemos um fator de maturidade das empresas face à fraude.

Considerando a visão país e a visão empresa, desenvolvemos um indicador de percentual da fraude e desperdício, em função da receita do setor, onde:

Percentual de fraude e desperdício de saúde Brasil = (A) % estimativa de fraude de estudos de referência \* (B) fator de propensão fraude Brasil \* (C) fator de maturidade das empresas.



**A análise da estimativa de fraudes, fator de propensão à fraude e fator de maturidade permitiu a estimativa do impacto no setor**

### A. Estimativa de Fraudes

Com base nos estudos de referência utilizados, o valor da fraude e desperdícios em saúde no ano de 2022 tem uma estimativa entre 6-7%.

### B. Fator de propensão à fraude

Para a estimativa de propensão à fraude e desperdícios no Brasil, consideramos a percepção de fraude e de corrupção de várias organizações.

O índice de percepção da corrupção (Corruption Perception Index - CPI) apresenta uma escala que vai de 0 (altamente corrupto) à 100 (muito transparente). O resultado de 2022 aponta o Brasil com um índice de 38 pontos, enquanto os EUA apresenta resultado de 69 pontos e o Reino Unido com 73 pontos.

Já para o índice de Corrupção Global (Global Corruption Index - GPI) a escala é inversa ao do CPI, com uma escala de 0 (risco menor) a 100 (alto risco de corrupção). Em 2022, o Brasil apresentou um resultado de 43,68, enquanto os EUA apresentaram 25,32 e o Reino Unido 15,5.

Desta forma, podemos verificar que o Brasil possui uma percepção de propensão à fraudes e corrupção muito elevada em comparação aos demais países.

Com base na ponderação de diversas referências internacionais e estudos comparados citados aqui, estimamos um fator de ponderação relacionado à propensão à fraude no Brasil de 1,6.

1. Fonte: Análise EY  
2. Fonte: Transparency.org



Que resultou em um impacto estimado em cerca de 11,1% a 12,7% da receita do setor

### C. Fator de maturidade

Realizamos consulta a diversos especialistas do setor e também consultamos várias empresas do setor no Brasil para avaliar o grau de maturidade das operadoras no que diz respeito às práticas de governança, pessoas, processos e tecnologia/ dados para aferir como as empresas estão estruturadas para a prevenção e combate à fraude e desperdícios no setor da saúde face à Estrutura de maturidade de boas práticas da EY.

Adicionalmente, recolhemos alguns valores de referência adotados pelas operadoras. O questionário encontra-se disponibilizado em anexo. Com base na avaliação de especialista de maturidade, observamos que o setor tem evoluído na maturidade face às boas práticas, mas ainda existem diferenças entre operadoras do setor.

Considerando as respostas das empresas do setor ao questionário qualitativo e também face às referências quantitativas apuradas, estimamos um fator de maturidade de 1,1.

Desta forma, de acordo com a metodologia adotada, estimamos um percentual de fraudes e desperdícios no setor de saúde suplementar de cerca de 11,1% a 12,7% da receita do setor, o que considerando o faturamento de R\$ 270 bilhões, implica um total de fraude e desperdícios na ordem de R\$ 30 bilhões a R\$ 34 bilhões.

Alguns estudos\* e benchmark com especialistas no tema apontam que, deste total, os desperdícios são mais comuns em 4 linhas principais de despesas:

Consultas: 15%

Exames: 15%

Terapias: 12%

Internações: 12%

1. "Tackling Wasteful Spending on Health" - OCDE  
2. A necessidade de cooperação para o efetivo combate às fraudes na saúde suplementar



A estimativa de fraudes e desperdícios somados no setor de saúde suplementar está entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões em 2022, representando 12,7% das receitas somadas do período

### Visão Setorial (Top Down)

- Estimativa de fraude e desperdício no setor de saúde
- Propensão à fraude do Brasil face a referências internacionais

X

### Visão Operadoras (Bottom Up)

- Fator de maturidade do setor:
  - Questionário qualitativo
  - Recolha de dados de fraude e desperdício

=

### % Fraudes no Setor

- 11,1% a 12,7% da receita 2022

X

### Faturamento

- R\$ 270 bilhões<sup>2</sup>

=

### Total de fraudes e Desperdícios

- R\$ 30 bilhões a R\$ 34 bilhões

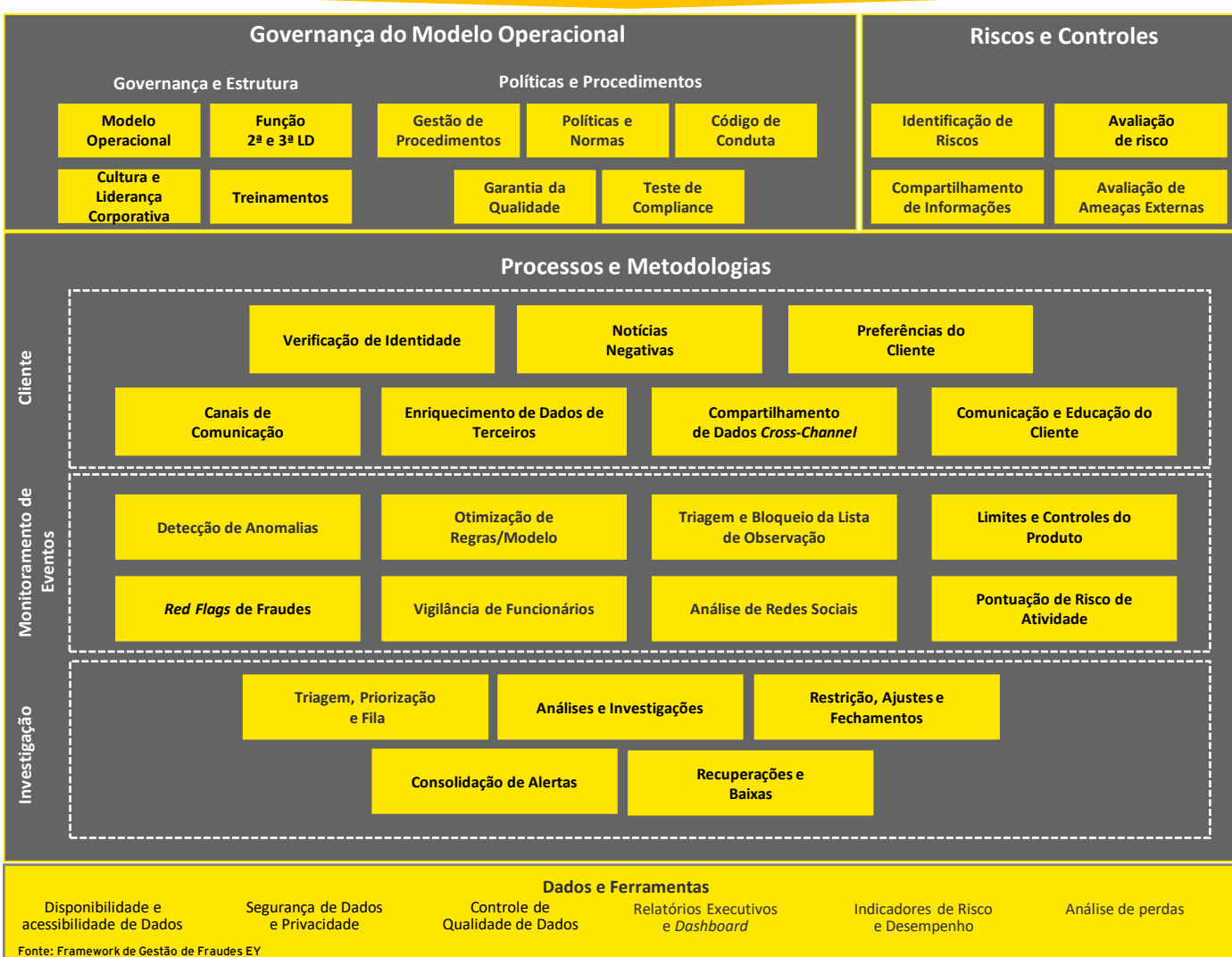
1. Fonte: Análise EY  
2. Receitas totais 2022 - Saúde + Odontológica - ANS Tabnet e Painel Contábil 2023

### Estrutura de Gestão de Fraudes

Para realizar a gestão dos riscos de fraudes e desperdícios de forma eficiente e coordenada, as empresas precisam estabelecer uma estrutura de gestão de fraudes. Essa estrutura varia de nível básico, estabelecido e avançado, com ações que dependem de diversos fatores, tais como porte da empresa, nível de investimento, orçamento disponível, entre outros.

Eventos de Perda

Regulamentações/ Normativos



A Estrutura (framework) da EY para gestão de fraudes é composta por quatro principais temas que devem ser considerados na implementação de uma metodologia:

- Governança do Modelo Operacional
- Riscos e Controles
- Processos e Metodologia
- Dados e Ferramentas





Após a conceituação e estimativa de fraudes e desperdícios, avaliamos as operadoras de acordo com o framework de gestão de fraudes buscando identificar a situação atual e as ações para operadoras e para o setor como um todo

Dentro de cada tema da estrutura (framework) existem alguns requisitos fundamentais para a efetiva gestão do risco de fraude e dos desperdícios.

Os requisitos apoiam a efetiva estruturação de ações que vão desde a participação dos executivos até a estruturação dos processos, controles e implementação de sistemas e ferramentas.



### Governança

- **Governança e Estrutura** - Equipes dedicadas à gestão de fraudes, papéis e responsabilidades, treinamentos e alinhamento entre as empresas.
- **Políticas e Procedimentos** - Normativos internos que definem diretrizes e procedimentos a serem adotados para prevenção, monitoramento e detecção de fraudes.



### Processos e Metodologia

- Conhecimento do perfil e comportamento dos clientes com o objetivo de identificar riscos relacionados à fraude, podendo incluir na análise um enriquecimento com dados de terceiros (bureaus de crédito, bases do governo, entre outros);
- Monitoramento automático das atividades a fim de detectar anomalias e identificar possíveis riscos de fraudes e desperdícios;
- Especialização de profissionais em investigação de fraudes nas equipes de auditoria médica, autorização, compliance, segurança da informação e rede credenciada.



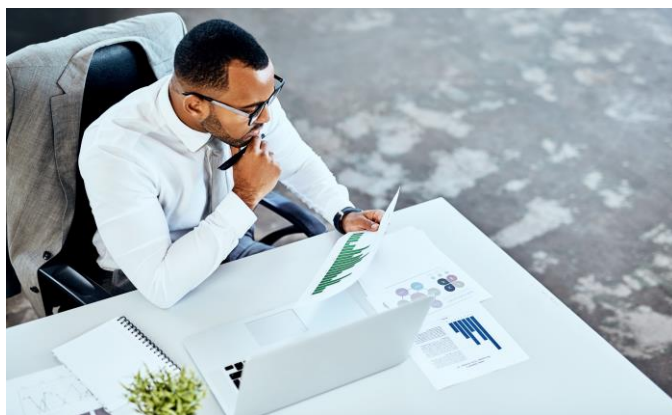
### Dados e Ferramentas

- Estrutura de ferramentas adotadas em todo o processo de gestão de fraudes, bem como a utilização de dados para geração de reportes e o compartilhamento entre as empresas do grupo



### Riscos e Controles

- Estrutura de ferramentas adotadas em todo o processo de gestão de fraudes, bem como a utilização de dados para geração de reportes e o compartilhamento de informações.



As operadoras possuem um modelo de governança estabelecido em determinado nível, em alguns casos com Comitês específicos criados, entretanto ainda carece de evolução no mapeamento dos riscos e implementação de controles automatizados principalmente



### Governança

As operadoras possuem algumas áreas que atuam no tema. As mais comuns são a área médica e área técnica. As áreas de aceitação, subscrição e de reembolso também atuam de alguma forma. Em algumas das operadoras já existe Gerência de Fraudes.

O tema de fraudes também já é debatido nos Comitês, seja absorvido por algum existente ou com a criação de Comitê de Fraudes.

Políticas e procedimentos específicos implementados na maioria das operadoras, com revisão e atualização periódica.

Treinamento e capacitação aos funcionários e terceiros para o tema de gestão de fraudes.

As operadoras participam de fóruns específicos no tema, principalmente na ABRAMGE e FenaSaúde, esta última possui a Comissão de Prevenção e Combate a Fraude com grupo de trabalho e reuniões periódicas.



### Riscos e Controles

As operadoras possuem os principais riscos de fraudes mapeados em matriz de riscos específicos ou incluídos na matriz de riscos e controles geral. Os tipos de desperdícios também são mapeados, de forma segregada, porém não possuem processos definidos e maduros como o de fraudes.

Canais de denúncias estruturados nas operadoras são importantes para início de investigações e melhoria de processos.

As operadoras demonstraram evolução na disseminação de campanhas no combate ao tema, principalmente na campanha da FenaSaúde - "Saúde sem Fraude". Entretanto, ainda são campanhas esporádicas e com alcance limitado.

Os controles existentes ainda são mais reativos do que preventivos. Além disso, muitos dos controles são manuais e dependem do conhecimento e experiência dos analistas.

Existem políticas e procedimentos definidos, entretanto para odontologia ainda é incipiente.



Também possuem processos e metodologias com um grau considerável de evolução, entretanto necessita de evolução em relação à dados e principalmente ferramentas específicas para o tema



### Processos e Metodologia

As operadoras possuem metodologia de fraudes definida, entretanto, não existe formalizada para desperdícios,

Apesar de possuir processos estabelecidos para identificação, tratativa, avaliação e reporte, ainda depende muito da experiência dos analistas das áreas, muito devido ao processo relacionado a fraudes ser manual em alguns momentos importantes ao longo da cadeia de valor. Algumas operadoras informaram atuar somente por demanda.

As operadoras responderam que possuem diversos indicadores de fraudes e desperdícios, com dashboards que auxiliam no monitoramento e tomada de decisão para o tema.

Poucas operadoras citaram ter um modelo preditivo de tratamentos por grupo de paciente (agrupamento por idade e tipo de doença) para avaliar desvios em procedimentos.



### Dados e Ferramentas

As operadoras possuem sistemas próprios ou de terceiros especializados no combate à fraude. Entretanto, ainda merece uma atenção especial, principalmente por conta da evolução da tecnologia, como por exemplo ferramentas de inteligência artificial que podem aumentar os casos de fraudes, mas também o controle e combate no tema.

A utilização da base de fraudadores, também é incipiente nas operadoras e é fundamental para que o fraudador seja impedido de novas contratações, principalmente em empresas que atuam em diversos ramos.

A quantidade elevada de casos suspeitos de fraudes (sem comprovação efetiva) demonstra uma possibilidade de evolução no tema de dados e ferramentas que auxiliem na comprovação e detecção de casos concretos de fraude.

O valor de fraudes e desperdícios somados para o ano de 2022 foi de R\$ 2,4 bilhões, de acordo com o questionário respondido pelas operadoras.



Além disso, analisamos o que o setor carece de evolução em determinados temas que são fundamentais para o combate a fraudes e desperdícios como o relacionamento próximo com os beneficiários e a visão completa do paciente

As dificuldades que as operadoras enfrentam individualmente e em conjunto para contornar as fraudes, os abusos e os desperdícios não-intencionais são complexas e chegam às relações com todos os demais agentes do setor, não se limitando aos perpetradores da fraude e do desperdício, mas também esbarrando em questões regulatórias e contratuais.

### • Relacionamento distante com beneficiários:

Operadoras se comunicam pouco com os beneficiários, seja de maneira direta ou através das estipulantes. O beneficiário sente que sua jornada é distante da operadora, e não há muitos pontos de contato. Assim, ele acaba tendo informações limitadas sobre como funciona o serviço, e tende a ser pouco cooperativo e vigilante.

Pela própria natureza dos planos de autogestão, seus beneficiários tendem a se sentir mais “parte” do negócio que os beneficiários de outras modalidades de operadoras, entre os quais ocorre uma relação comercial mais evidente.

### • Falta de visão global do paciente:

Repetição de exames, diagnósticos incorretos e falha na organização dos atendimentos para aproveitamento otimizado (exemplo: descarte de substâncias de alto valor por validade expirada).

O Open Health é uma proposta vista com otimismo pelas operadoras, podendo funcionar como um grande aliado na redução do desperdício. Entretanto, as expectativas sobre o andamento da iniciativa se mantêm baixas, devido à falta de movimento governamental para a execução.

Liderado pelo Ministério da Saúde, o Open Health deve possibilitar que o paciente tenha seu histórico de assistência à saúde organizado e disponível (mediante sua autorização) aos profissionais que o atendem, possibilitando maior assertividade na conduta médica.



Assim como a adoção de ferramentas específicas e criação de uma área especializada com profissionais dedicados ao tema

- **Baixa utilização de ferramentas e sistemas especializados no tema:**

Embora note-se grande avanço no uso de tecnologias de Ciência de Dados, o setor ainda carece da adoção de ferramentas. Há soluções com ótimos resultados e potencial tanto no combate à fraudes quanto no tema de desperdícios.

Espera-se que o mercado global de detecção de fraudes em saúde cresça de US\$ 2,16 bilhões em 2022 para US\$ 2,80 bilhões em 2023 a uma taxa composta de crescimento anual (CAGR) de 29,5%<sup>1</sup>.

- **Relação complexa com prestadores:**

Especialmente no contato com prestadores “de fora” (não da própria operação verticalizada), as relações são frequentemente embasadas em desconfiança e pouca parceria e espaço para negociação. Assim, há falta de transparência na comunicação entre as partes.

- **Contratualização:**

Contratos antigos, negociações ultrapassadas e pouca clareza em cláusulas deixam margem para abusos e alta onerosidade às operadoras.

- **Ausência de área especializada e profissionais dedicados:**

Algumas operadoras carecem de recursos para lidar com o combate a fraudes e desperdícios. Comitês do assunto ainda são recentes e não estão presentes em todas, e entidades sentem que algumas operadoras enfrentam falta de priorização do tema.

Nota-se que a responsabilidade do combate à fraude é distribuída entre as áreas de auditoria médica, compliance, segurança da informação e outras; porém, em poucas operadoras existe uma área responsável por combate à fraude, um canal de comunicação entre as áreas ou um fórum focado na pauta.

1. Fonte: Healthcare Fraud Detection Global Market Report 2023



Além disso, a falta de ações coordenadas e contínuas, atreladas à falta de informações no tema de forma abrangente a todos os agentes envolvidos no setor prejudicam o combate

- **Falta de ações coordenadas e contínuas:**

Apesar do setor demonstrar grande evolução no tema, ainda são tratados de maneira compartimentada por grupos de agentes, não sendo traçada continuidade entre as iniciativas, o que pode resultar em menor resultado dos esforços, como a exemplo das campanhas de conscientização contra fraudes, que são executadas e veiculadas de forma independente pelas entidades do setor.

Podemos ver ações coordenadas ao redor do mundo:

Nos Estados Unidos, a NHCAA (National Health Care Anti-Fraud Association) é uma organização criada exclusivamente para o combate à fraude no setor de saúde americano. Tem ações coordenadas diretamente com o FBI, Departamento de Justiça (DoJ) e Medicaid Fraud Control Units (MFCU).

Na Europa, o papel é exercido pela EHFCN (European Healthcare Fraud & Corruption Network), entretanto, nos países também existem entidades específicas no tema que trazem resultados importantes.

O CNAMTS<sup>1</sup> (Seguro nacional de saúde francês) detectou e bloqueou um montante de 244,6 milhões de euros em 2016 e cerca de 231,5 milhões de euros em 2015.

Na Bélgica, a autoridade governamental de inspeção sanitária - MEID - identificou mais de 1 milhão de infrações em 2015.

Na China, as autoridades inspecionaram mais de 3,41 milhões de instituições médicas designadas e recuperaram 80,5 bilhões de yuans (cerca de US\$ 11,32 bilhões) de fundos de seguro médico, até abril de 2023.

- **Falta de informações sobre o tema:**

A falta de conhecimento e de atenção a golpes e abusos torna muitos beneficiários um pouco mais vulneráveis para aproveitadores ocasionais e para grupos criminosos. A situação torna impreterível tornar os beneficiários mais vigilantes e conscientes de suas responsabilidades no correto uso do plano, já que a liberação e autorização do uso de seus dados por terceiros ou assinaturas de guias em branco são portas de entrada muito fáceis para atividades fraudulentas.

1. Fonte: European Healthcare Fraud & Corruption Network - EHFCN



E dificultam as investigações para comprovação da fraude, além da falta de legislações específicas para o tema e setor

- **Dificuldade na investigação:**

Operadoras e advogados dependem do apoio das delegacias para levar adiante alguns casos, mas concorrem com inúmeras investigações de outras atividades criminosas. Em outros países existem delegacias especializadas em fraude contra a saúde, tornando a investigação mais rápida e especialista no tema.

- **Lacunas na legislação:**

Uma queixa muito citada nas entrevistas foi a ausência de legislação sobre fraude na saúde. Assim, os processos seguem caminhos indiretos de criminalização, com alegação de estelionato e outros crimes. Falta embasamento para que os casos sejam julgados com entendimento mais assertivo e correspondente à gravidade da fraude que afeta um pilar tão fundamental como a saúde.

“ Desde a instituição da ANS foram desenvolvidos normativos pró-consumidor sem, no entanto, trazer o equilíbrio necessário ao setor. Há muita cobrança das Operadoras/Seguradoras e pouco é imposto ao consumidor e nada é exigido da rede de prestadores. Logo, há disparidade. ”

### Projetos de lei em andamento:

**1.701/11** - Cria uma recompensa para quem denunciar a prática de crimes contra a administração pública;

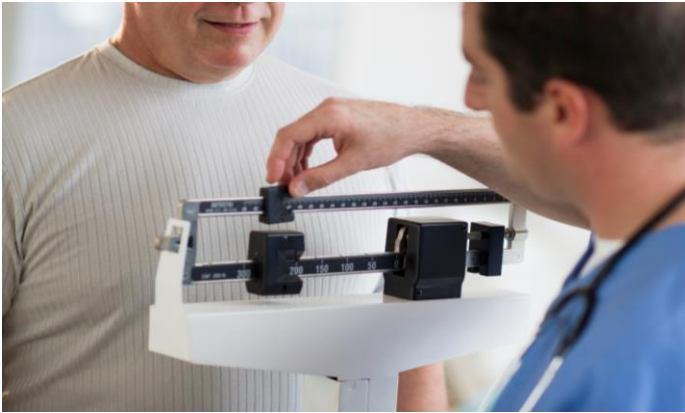
**221/15** - Tipifica a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza;

**2.451/15** - Disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos;

**380/15** - Regulamentação econômica do setor de órteses, próteses, produtos para a saúde e incluir na competência da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED a fixação e ajustes de preços do setor;

**17/15** - Define normas de regulação para o mercado de órteses, próteses e materiais especiais (OPME);

**7.990/17** - Dispõe sobre a transparência e publicidade de relações financeiras estabelecidas entre a indústria da área da saúde e os médicos.



Por fim, o modelo de remuneração atual chamado de “Fee for service” abre discussão sobre ser o modelo ideal ou se é um ofensor para fraudes e desperdícios

### • Modelo de Remuneração em discussão:

O modelo de remuneração de prestação de serviços predominante atualmente é o “fee for service”, no qual remunera os médicos e hospitais de acordo com a quantidade de procedimentos realizados. Diversos estudos tanto no Brasil quanto fora indicam que o modelo atual pode favorecer desperdícios e até mesmo fraude. Como o prestador é remunerado pela quantidade, acaba realizando procedimentos e tratamentos que poderiam ser realizados de outra maneira, com atendimento mais assertivo voltado para a saúde do paciente. Postergação de internação, solicitação de diversos exames, entre outros exemplos.

### VBHC - Saúde baseada em valor

O modelo de VBHC (Value Based Healthcare) possui remuneração variável e proporcional à qualidade do atendimento e/ou do procedimento realizado.

Conceito proposto em 2006 por Michael Porter - Economista da Escola de Negócios da Harvard

Em 2019, a ANS lançou o “Guia para implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor”. No guia, a ANS apresenta alguns desafios do modelo de remuneração atual e os motivos de discutir o modelo, como:

- Modelo de pagamento focado em volume de procedimentos e custos
- Envelhecimento da população e aumento das DSNT (Doenças Crônicas não Transmissíveis)
- Custos crescentes e elevador
- Cuidado sem coordenação
- Fragmentação da rede
- Fragilidade na mensuração de qualidade em saúde

O modelo de remuneração baseado em valor da saúde já está sendo praticado hoje em dia, principalmente em Healthtechs.



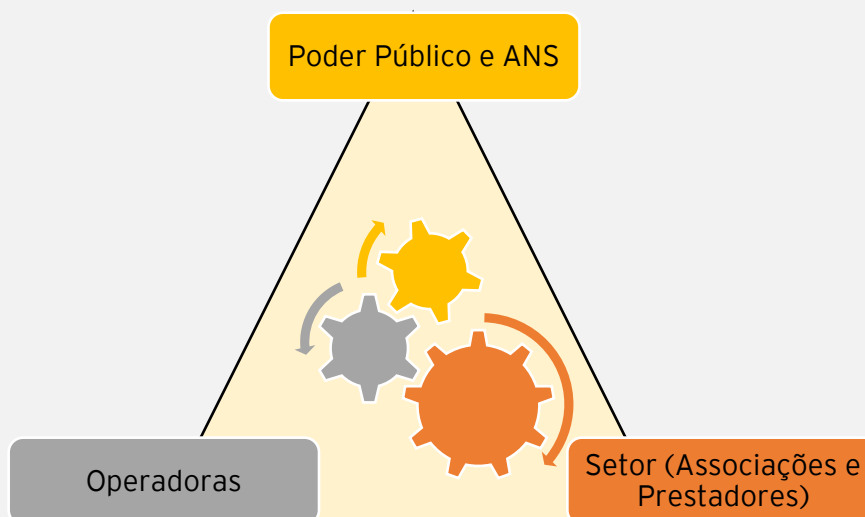


A união de esforços da Esfera Pública (legislativo e ANS), Operadoras, Entidades do setor, Prestadores e Beneficiários é fundamental para que as práticas ilícitas não façam parte do dia a dia do setor.

## Combate a fraudes e desperdícios

O poder Legislativo deve fortalecer o arcabouço legal e regulatório, principalmente nos temas de proteção à identidade do denunciante e incentivos à denúncia, tipificação do crime de corrupção privada e de suborno, entre outros temas relevantes para o combate à fraude no setor. Além disso, é importante o reforço dos meios de investigação criminal em saúde suplementar.

A ANS deve fortalecer normas e regulamentos voltados para o combate à fraude, bem como na condução de uma iniciativa para criação de uma base única de fraudadores do setor.



As operadoras devem continuar o investimento em:

- Especialistas de prevenção e combate à fraude;
- Estruturar banco de dados e fortalecer as ferramentas e sistemas;
- Reforçar os processos e procedimentos de prevenção e detecção de fraudes.

As associações também devem continuar o investimento em:

- Campanhas de conscientização;
- Encontros e debates sobre o tema com as operadoras e agentes do setor;
- Canais de comunicação e de disseminação do conhecimento.

Os prestadores devem estabelecer mecanismos de fornecimento de dados relevantes ao combate à fraude e desperdícios.



O Poder Público e a ANS exercem um papel importante principalmente no que diz respeito ao arcabouço regulatório e a segurança jurídica do setor

### Arcabouço Legislativo

O Poder Público deve fortalecer a legislação voltada para os crimes de corrupção privada, de suborno e obtenção de vantagens pela comercialização de determinados produtos ou medicamentos, entre outros temas extremamente relevantes ao setor. Existe um conjunto de projetos de lei no Senado e na Câmara que versam sobre o tema.

### Orientação e proteção ao denunciante

Disponibilização de canais de comunicação de fraudes e atos ilícitos para todos os agentes do setor com garantia de anonimato, e acolhimento legal, fornecendo mecanismos para fomentar as denúncias de forma segura aos envolvidos.

### Reforço dos meios de investigação

Reforço dos meios de investigação criminal de fraudes no setor de saúde suplementar, com parcerias de todos os órgãos de investigação do Brasil, em nível estadual e federal e o compartilhamento de informações com o setor.

### Base de Fraudadores e dados de fraudes

A criação de uma base única de fraudes é fundamental para uma maior proteção do setor em relação a fraudadores que atuam em diversas operadoras ao mesmo tempo.

Com a centralização dos dados e estatísticas de fraudes, as operadoras terão maior visibilidade de onde pode estar ocorrendo falhas nos seus processos e definir planos de ação para mitigar o problema.

Com os dados em mãos, a ANS poderá ter maior visibilidade do tamanho real do problema e trazer soluções práticas, tanto aumentando a fiscalização quanto apoiando no desenvolvimento de ações em conjunto visando fortalecer o setor.

### Fortalecimento de Normas e Regulamentos

A ANS deve fortalecer normas e regulamentos voltados para o combate à fraude, bem como na condução de uma iniciativa para criação de uma base única de fraudadores do setor.



As associações exercem um papel fundamental na disseminação do conhecimento e ligação entre as operadoras do setor. Assim como os prestadores de serviços que se relacionam com praticamente todos agentes do setor de forma mais direta

### Comitês, Encontros e Debates

As associações devem continuar fomentando a discussão do tema com as operadoras e agentes do setor. Assim como já é feito atualmente, existem diversos encontros para discutir o tema sob a ótica dos problemas, novas modalidades de fraudes, melhores práticas do setor e oportunidade de melhorias.

### Comunicação de dados relevantes

Os prestadores de serviços precisam trocar informações relevantes com as operadoras e agentes do setor no que diz respeito ao combate a fraudes e desperdícios no setor. Também é um agente fundamental no combate ao tema e na disseminação de informações valiosas, tendo em vista ser um elo importante na cadeia de valor, ligando o beneficiário às operadoras, outros prestadores de serviços e fornecedores de materiais e medicamentos.

### Canal de Denúncias

Um canal de denúncia robusto com processos estabelecidos e orientados à fraude também é um grande aliado. Além do recebimento da denúncia e investigação, pode trazer insumos relevantes para a melhoria dos processos internos e evolução do combate ao tema.

Com o recebimento de uma nova denúncia de fraude, as operadoras devem, além do processo de investigação completo do caso, revisar os processos e controles a fim de identificar novas oportunidades de melhoria, bem como tratar as novas modalidades de fraude que eventualmente possam surgir.

Com um canal de denúncias robusta as pessoas tendem a ter mais confiança no processo e se sentirem estimuladas a realizar as denúncias sem receio de represálias ou falta de investigação.



As associações exercem um papel fundamental na disseminação do conhecimento e ligação entre as operadoras do setor. Assim como os prestadores de serviços que se relacionam com praticamente todos agentes do setor de forma mais direta

### Campanhas e Canais de conscientização

Há excelentes campanhas promovidas por instituições do setor, como a “Saúde sem Fraude” da FenaSaúde, a “Todos por todos” da Abramge, e a “Ética não é moda, ética é saúde” do Instituto Ética Saúde.

Promovendo maior visibilidade e debate sobre o tema, a sociedade vai sendo exposta a informações e convites para reflexão, atacando principalmente o fator de racionalização do pentágono da fraude.

Além disso, com o coletivo tornando-se menos tolerante às práticas fraudulentas, o fator oportunidade também é reduzido.

Recomenda-se que o setor se organize de maneira unificada para ampliar o alcance das campanhas, sendo interessante contar com a veiculação da campanha nas mídias sociais através de parcerias com influenciadores digitais e por meio de outros veículos, como totens, propagandas virtuais, e publicidade em TV ou rádio.



Conheça o #TodosPorTodos, que busca fortalecer a construção coletiva de um sistema complementar de saúde em benefício da sociedade.

**VOCÊ JÁ PENSOU EM COMO FUNCIONAM OS PLANOS DE SAÚDE? SABIA QUE TUDO QUE A GENTE PAGA AJUDA A COBRIR A ASSISTÊNCIA MÉDICA DE TODAS AS PESSOAS QUE FAZEM PARTE DO PLANO?**

Diferente do que você sempre pensou, tudo que você paga ajuda a cobrir a assistência médica de todas as pessoas que fazem parte do plano.



A campanha **Saúde Sem Fraude** tem o objetivo de informar e orientar a sociedade sobre o bom uso do plano de saúde e a importância do engajamento na **prevenção e combate às fraudes**.

Convocamos prestadores, fornecedores e beneficiários a se unirem em torno desta causal



PREVENÇÃO E COMBATE ÀS FRAUDES EM SAÚDE





Já as operadoras precisam se fortalecer cada vez mais as suas estruturas internas e desenvolvimento de tecnologias para acompanhar as novas modalidades e métodos de fraudes

### Modelo de governança antifraude

Sem uma estrutura bem definida e investida no combate a fraudes, as ocorrências e a pauta como um todo são tratadas de maneira desalinhada e menos efetiva.

Desta forma, é fundamental que as operadoras possuam um modelo de governança antifraude, contando principalmente com:

- ▶ Comitê de fraudes estruturado, com periodicidade definida e participação de representantes das demais áreas e das lideranças executivas;
- ▶ Área de Gestão de Fraudes estruturada e com recursos dedicados;
- ▶ Processos, políticas e procedimentos de prevenção e combate à fraude, incluindo regras de negócio antifraude;
- ▶ Treinamentos e capacitação contínua para prevenção, monitoramento e tratamento de fraudes.

Com um modelo de governança voltado para a gestão de fraudes, as operadoras passam a ter uma estrutura robusta, com metodologia definida. Além disso os processos, políticas e procedimentos, e respectivos controles passam a ter o componente de gestão de fraudes.

O treinamento e capacitação voltado para gestão de fraudes também auxilia no problema, tendo em vista que os profissionais passam a ser mais um parceiro nas atividades de identificação e tratamento das fraudes.



A captura, armazenamento e gestão dos dados orientada à gestão de fraudes traz benefícios no tema

### Dados

As operadoras possuem um ambiente e processos que permitem capturar e armazenar os dados, entretanto, é fundamental a evolução contínua no tema.

Além disso, o processo precisa ser feito de uma forma estruturada que permita a melhor gestão e tratamento dos dados para permitir análises, seja automática através de sistemas, ou manuais com o conhecimento dos especialistas em fraude.

Com isso, é possível criar indicadores e alertas que permitam uma análise detalhada dos casos suspeitos, além de possibilitar a segregação entre fraudes e desperdícios.

**Score de Fraudes:** Com a criação de score é possível identificar perfis com maior ou menor potencial de fraudes, podendo gerar planos de ação segregados por agrupamento de scorage, como, por

exemplo, perfis com score muito baixo de potencial de fraude podem ter um processo de aprovação de reembolso de forma automática, desde que dentro das regras de negócio estabelecidas.

**Clusterização:** Agrupamento por características de beneficiários (idade, peso, altura, tipo de doença, entre outros) é possível fazer correlações com quantidade de consultas por período, tipos de procedimentos, entre outras análises possíveis. Desta forma pode-se definir planos de ação para investigar eventuais desvios em relação ao padrão do grupo.

**Modelos preditivos e regras determinísticas e de anomalias:** Com os dados estruturados é possível criar modelos, como quantitativo de consultas elevadas para determinados profissionais, beneficiário ou região, procedimentos fora do comum, localização e outras características que podem ser definidas.



E a utilização da tecnologia é fundamental, tendo em vista a quantidade de informações, dados e documentos que as operadoras lidam diariamente

### Tecnologia

Não basta ter um ambiente e processo estruturado de dados sem uma ferramenta ou tecnologia robusta que permita a análise da quantidade, cada vez mais elevada, de dados e documentos que transitam diariamente nas operadoras.

Atualmente, existem várias referências tecnológicas no mercado especializadas no combate à fraudes e desperdícios no setor.

Apesar de as operadoras possuírem certo grau de maturidade, ainda é possível evoluir no tema, tendo em vista a evolução constante da tecnologia.

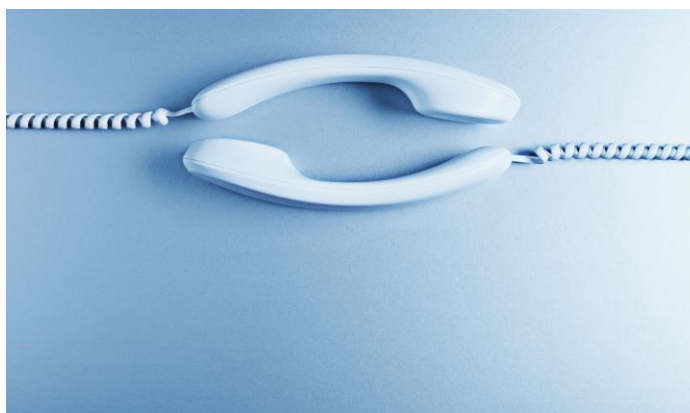
O ambiente tecnológico deve conter sistemas robustos, ambiente integrado com os principais sistemas das operadoras e bases de dados externas, além de possibilitar a gestão dos dados e indicadores de fraudes e desperdícios.

Outras soluções tecnológicas que já vêm sendo adotadas são: carteirinha digital, validação por token, reconhecimento facial e biometria. Todos grandes aliados no combate ao tema.

Tecnologias como machine learning, deep learning, OCR, entre outras, são exemplos de soluções que podem apoiar na modelagem de dados, identificação de padrões, validar imagens, assinaturas, identificar recibos duplicados, entre outros.

Podem ser usados para automatizar a avaliação e o encaminhamento de sinistros com base nos padrões de fraude existentes, identificando automaticamente solicitações válidas e agilizando sua aprovação e pagamento. Sistemas mais avançados podem ser implantados para encontrar novos padrões e sinalizá-los para uma análise mais detalhada, o que leva à investigação imediata de novos tipos de fraude.

Com a detecção de fraude baseada em IA, solicitações fraudulentas de reembolso podem ser avaliadas e sinalizadas antes de serem pagas, o que reduz os custos para as operadoras, ajuda a manter os custos mais baixos para os pacientes e ajuda na identificação dos fraudadores.



A comunicação com o beneficiário é fundamental, sendo de forma direta ou através dos estipulantes, que são fundamentais para a melhor comunicação possível

### Comunicação com Beneficiário

Para maximizar o potencial de alcance de avisos e campanhas, é necessário contar com o apoio do estipulante em divulgar as informações em seus canais (incluindo a divulgação de ações importantes da entidade representativa à qual a operadora é associada, como as campanhas contra fraude da FenaSaúde e da Abramge).

Conscientizar o beneficiário sobre o benefício do plano de saúde, com breve explicação sobre o mutualismo, características do plano, orientações sobre procedimentos e conscientização a respeito de fraudes e respectivas consequências, podendo afetar diretamente o beneficiário com demissão por justa causa do seu empregador, bem como indireta com o aumento do plano por conta do mutualismo.

<sup>1</sup>Em março de 2023, um grande Banco demitiu 80 funcionários que teriam usado o plano de saúde de forma indevida no pedido de reembolso de consultas e procedimentos.

Em abril de 2023, empresa de Concessão de Infraestrutura demitiu mais de 100 funcionários por uso do plano de saúde de forma indevida.

Segundo a empresa, os casos envolvem principalmente os tratamentos de estética e emagrecimento, RPG e acupuntura, no qual os fraudadores dividiam o valor de procedimentos não realizados ou superfaturados, além de empresas de fachada.



ALONAZI, Wadi B. Fraud and Abuse in the Saudi Healthcare System: A Triangulation Analysis. USA National Library of Medicine, 2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522845/>. Acesso em 03 de março de 2023.

ANS Tabnet. Disponível em <https://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em 15 de junho de 2023.

ANS. Painel Contábil da Saúde Suplementar. Disponível em <https://www.gov.br/ans>  
Histórico: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em 23 de junho de 2023.

ANS. Relatório final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME). Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

CQCS. CCR demite 100 funcionários após investigação sobre fraude em plano de saúde. Disponível em <https://www.cqcs.com.br/noticia/ccr-demite-100-funcionarios-apos-investigacao-sobre-fraude-em-plano-de-saude/>. Acesso em 10 de abril de 2023.

EUROPEAN HEALTHCARE FRAUD & CORRUPTION NETWORK. Rome European Capital of Corruption and Healthcare Fraud. Disponível em <https://www.ehfcn.org/rome-european-capital-of-corruption-and-healthcare-fraud-june-16th-2017/>. Acesso em 03 de março de 2023.

FenaSaúde. Guia de boas práticas para evitar desperdícios em saúde. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. Abramge processa 'máfia das próteses' nos EUA. Disponível em <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/noticias-do-setor/819-planos-processam-mafia-das-próteses>. Acesso em 31 de maio de 2023.

HARDIN, Garrett. The Tragedy of the Commons. Science Magazine, 1968. Disponível em [https://www.garretthardinsociety.org/articles/art\\_tragedy\\_of\\_the\\_commons.html](https://www.garretthardinsociety.org/articles/art_tragedy_of_the_commons.html). Acesso em 23 de março de 2023.

LEI nº 14.155 de 27 de maio de 2021. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2021/Lei/L14155.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14155.htm). Acesso em 31 de março de 2023.

OECD. Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em 26 de abril de 2023.

MIGALHAS. A necessidade de cooperação para o efetivo combate às fraudes na saúde suplementar. Disponível em <https://www.migalhas.com.br/amp/depeso/386605/necessidade-de-cooperacao-para-combate-as-fraudes-na-saude-suplementar>. Acesso em 26 de maio de 2023.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/institucional>

<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/conselho-de-saude-suplementar-consu#:~:text=0%20Conselho%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar,pelo%20Decreto%20n%C2%BA%2010.236%2F20>.

JURISHEALTH. Fraudes na Saúde Suplementar. Disponível em [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br). Acesso em 05 de abril de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em <https://www.gov.br/saude>. Acesso em 15 de junho de 2023.

SAS & Coalition Against Insurance Fraud. 2021 State of Insurance Fraud Technology Study. Disponível em <https://www.sas.com/en/whitepapers/coalition-against-insurance-fraud-the-state-of-insurance-fraud-technology-105976.html>. Acesso em 30 de março de 2023.

SANTOS, Renato de Almeida dos. Modelo preditivo de fraude ocupacional nas organizações privadas. Tese (Doutorado em Administração). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18875>. Acesso em 10 de abril de 2023.

SINDICATO DAS EMPRESAS DE SEGUROS E RESSEGUROS. Quem vai pagar a conta das fraudes na saúde suplementar? Disponível em <https://www.sindsegs.org.br/site/noticia-texto.aspx?id=35683>. Acesso em 25 de maio de 2023.

TENABLE RESEARCH. Relatório do cenário de ameaças de 2022 da Tenable. 2023. Disponível em <https://pt-br.tenable.com/cyber-exposure/tenable-2022-threat-landscape-report>. Acesso em 04 maio de 2023.

THAIFUR, Andi Yaumil Bay R. et al. How to detect healthcare fraud? "A systematic review". Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911121002661>. Acesso em 27 de fevereiro de 2023.

THE BUSINESS RESEARCH COMPANY. Healthcare Fraud Detection Global Market Report 2023. Disponível em [https://www.reportlinker.com/p06451183/Healthcare-Fraud-Detection-Global-Market-Report.html?utm\\_source=GNW](https://www.reportlinker.com/p06451183/Healthcare-Fraud-Detection-Global-Market-Report.html?utm_source=GNW). Acesso em 15 de maio de 2023.

THE INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. Detecting fraud in health care through emerging technologies. Disponível em <https://ww1.issa.int/analysis/detecting-fraud-health-care-through-emerging-technologies>. Acesso em 03 de março de 2023.

UNITED STATES SENTENCING COMMISSION. Quick Facts on Health Care Fraud Offenses. Disponível em [https://www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/quick-facts/Health\\_Care\\_Fraud\\_FY21.pdf](https://www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/quick-facts/Health_Care_Fraud_FY21.pdf). Acesso em 06 de abril de 2023.

SEGS. Banco demite 80 funcionários após detectar irregularidade no uso do plano de saúde. Disponível em <https://www.segs.com.br/seguros/371967-banco-demite-80-funcionarios-apos-detectar-irregularidade-no-uso-do-plano-de-saude>. Acesso em 08 de maio de 2023.

<https://www.reuters.com/legal/us-announces-charges-25-billion-healthcare-fraud-takedown-2023-06-28/>

### Projetos de Lei - Câmara dos Deputados

Projeto	Ementa
1.701/2011	Institui o Programa Federal de Recompensa e Combate à Corrupção por meio do qual o informante que contribui para a elucidação de crime contra a Administração e Patrimônio públicos, bem como para a recuperação de valores e bens públicos desviados, recebe recompensa pecuniária, e dá outras providências.
221/2015	Acresce artigo à Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Defesa do Consumidor, para tipificar a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza.
2.452/2015*	Criminaliza as condutas perpetradas pela "Máfia das Órteses e Próteses".
2.451/2015*	Disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos.
380/2015	Altera a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, para dispor sobre a regulamentação econômica do setor de órteses, próteses, produtos para a saúde e incluir na competência da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED a fixação e ajustes de preços do setor.
3.163/2015	Define como crime a corrupção praticada no âmbito do setor privado, e dá outras providências.
3.438/2015	Acrescenta dispositivo ao Código Penal para tipificar o crime de suborno.
6.122/2016	Acresce dispositivo ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para criar o art. 333-A prevendo a tipificação da "Corrupção privada".
7.990/2017	Dispõe sobre a transparência e publicidade de relações financeiras estabelecidas entre a indústria da área da saúde e os médicos.
11.171/2018	Tipifica o crime de corrupção privada.
11.093/2018	Tipifica o crime de corrupção privada.
70/2019	Tipifica a corrupção privada no ordenamento jurídico brasileiro.
709/2019	Altera a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, para tipificar criminalmente a conduta de corrupção privada.
219/2019	Define como crime a corrupção praticada no âmbito do setor privado, e dá outras providências.
181/2019	Tipifica o crime de corrupção privada.
89/2019	Altera a Lei n. 12.529, de 30 de novembro de 2011, dispondo sobre a responsabilização civil e administrativa de pessoas jurídicas por corrupção privada.
4.480/2020	Tipifica a corrupção privada no ordenamento jurídico brasileiro.
4.484/2020	Acrescenta incisos aos artigos 36 e 45 da Lei n. 12.529, de 30 de novembro de 2011, dispondo sobre a responsabilização civil e administrativa de pessoas jurídicas por corrupção privada.
576/2023	Altera o Decreto-Lei 2.848, de 1940 (Código Penal), para criar o tipo penal de corrupção privada.

\* (CPI Máfia das Órteses)

### Projetos de Lei - Senado Federal

Projeto	Ementa
4436/2020	Altera a Lei n. 12.529, de 30 de novembro de 2011, dispondo sobre a responsabilização civil e administrativa de pessoas jurídicas por corrupção privada.
4638/2020	Acrescenta incisos aos artigos 36 e 45 da Lei n. 12.529, de 30 de novembro de 2011, dispondo sobre a responsabilização civil e administrativa de pessoas jurídicas por corrupção privada.
4628/2020	Tipifica o crime de corrupção privada.
1469/2023	Altera o Decreto-Lei 2.848, de 1940 (Código Penal), para criar o tipo penal de corrupção privada.

**Geral**

1. Quais as maiores dificuldades enfrentadas pela companhia na identificação e prevenção às fraudes e desperdícios?
2. Qual a percepção da empresa em relação à legislação atual do tema?

**Governança**

3. Existe uma área dedicada à gestão de fraudes na empresa? Se sim, qual estrutura da área e onde está posicionada no organograma? O tema desperdício também faz parte das análises da área de forma contínua e estruturada?
4. Outras áreas possuem algum papel na gestão de fraudes? Se sim, quais áreas e quais papéis?
5. Como a equipe de gestão de fraudes trabalha com outros departamentos da empresa para garantir a segurança e o envolvimento de toda a companhia contra as fraudes?
6. A companhia participa de algum canal de cooperação com outras empresas no combate à fraude? (Fenasaúde, ABRAMGE ou outro) Se sim, qual e como é a participação?
7. Existe Comitê de Fraudes dedicado ao tema? Caso positivo, qual a periodicidade, composição e principais pautas? Caso negativo, o assunto é absorvido em outro Comitê?
8. Existe política específica para fraudes? Quais os principais tópicos? Existem limites definidos com governança para tomada de decisão?

## Riscos e Controles

9. Existe tipificação definida para as fraudes? E desperdícios?
10. Quais os tipos de fraudes mais detectados? E desperdícios?
11. Os riscos de fraudes fazem parte da MRC (matriz de riscos e controles)?
12. Há canal de denúncias? Como são trabalhadas as denúncias de fraudes recebidas pelo canal?
13. Há atividades/processos/projetos dedicados à prevenção da fraude na fonte (junto aos clientes e prestadores)? Já foi feito algum tipo de campanha com o público externo?
14. Como é feita a disseminação do conhecimento a respeito de fraudes entre os colaboradores? São feitas campanhas de combate à fraude com os funcionários? Como são as campanhas?
15. Uma vez detectados fraudadores, quais são os mecanismos utilizados para evitar que ele volte a fraudar junto à empresa? Existe uma base de fraudadores única? (Há red flags de atividades suspeitas?)
16. Quais são os mecanismos de identificação e mitigação de desperdício?
17. Existe alguma conexão dos riscos fraudes com a área de cybersecurity?

### Processos e Metodologia

18. Existe processo para identificação, tratativa, avaliação e reporte de fraude? O processo é estabelecido ou feito por demanda do gestor de sinistro? E para desperdícios?
19. Qual intervenção da área de subscrição na identificação e monitoramento de fraudes?
20. Existem reportes de características de fraudes e desperdícios com plano de ação de forma periódica?

### Dados e Ferramentas

21. Qual a quantidade e valor estimados de fraudes e desperdícios no último exercício (ou outro período de apuração)? Existe segregação entre fraude comprovada e indício de fraudes? Segregar por tipo de fraude e de desperdícios
22. Existe algum sistema/tecnologia direcionado ao combate de fraudes? Qual (próprio ou terceiro)?
23. Existem mecanismos de detecção de fraude com modelos preditivos? Exemplos: modelos de probabilidade de propensão à fraude de cliente e/ou do tipo de transação (reembolso); Classificação em alto, médio e baixo com base na percepção do gestor.
24. "Existem indicadores de fraudes? Se sim, quais? Como é feita a gestão? Existe dashboard? E para desperdícios? Exemplos: Média de reembolsos por paciente, por região, por prestador; Quantidade média de funcionários por empresa; Valor médio dos materiais e medicamentos"

## Contatos

### EY

Nuno Vieira  
Sócio Seguros LATAM  
EY Brasil  
(11) 2573 3098  
Nuno.vieira@br.ey.com

Diego Salgado  
Gerente de Seguros  
EY Brasil  
(11) 2573-6453  
Diego.salgado@br.ey.com

[www.ey.com/pt\\_br](http://www.ey.com/pt_br)

### IESS

José Cechin  
Superintendente  
IESS  
(11) 3709-4980  
contato@iess.org.br