

FRAUDE E DESPÉRDIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

E no final quem irá pagar essa conta?

João Longo, Bs., MBA



De acordo com estudo recente do Instituto de Estudo de Saúde Suplementar – IESS, estima-se que no ano de 2017, R\$ 27,8 bilhões dos gastos das Operadoras de Saúde médico-hospitalares foram referentes a fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários.

O inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 define que a prestação de serviço ou cobertura de custos assistenciais devem ser sem limite financeiro. Desta forma, será de responsabilidade das Operadoras de Saúde/Seguradora Especializada em Saúde arcar com os totais custos dos procedimentos, exceto nos casos de despesas referentes a procedimentos não previstos no rol ou existência de mecanismos financeiros de regulação.

Sendo assim, no ano de 2017, as despesas assistenciais estimadas das operadoras médico-hospitalares foram em torno de R\$ 145,4 bilhões. Desta forma, os gastos com desperdícios e fraudes representam 19,1% desse total.

Em uma análise mais ampla desses gastos, em torno de 12% a 18% das despesas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários.

QUEM PAGA A CONTA NO FINAL?

A primeira resposta que muitos pensarão é que as operadoras devem arcar com as despesas, visto as definições na lei 9.656. Entretanto, tal resposta somente exemplifica um grave problema que o mercado de saúde suplementar possui, a assimetria de informação.

Considerar que somente as operadoras são responsáveis em arcar com os impactos das fraudes e desperdícios é simplesmente fragmentar o mercado e afirmar que cada *player* do mesmo é independente.

O mercado de saúde suplementar é único, sendo assim, todos nós que fazemos parte dele direta ou indiretamente (beneficiários, operadoras, prestadores e até mesmo o restante da população que não possui um plano de saúde) pagamos essa conta.

As **operadoras** que financeiramente são responsáveis em arcar com tais despesas, desviando assim parte dos recursos que poderiam ser investidos no aprimoramento da qualidade do serviço e impactando na sua solvência.

Os **beneficiários** que são onerados com altos reajustes ou a contratação de planos de saúde com mensalidades elevadas e principalmente a falta de qualidade dos serviços.

Os **prestadores de serviços** que são estimulados a realizar procedimentos desnecessários visto o atual modelo de pagamento, *fee-for-service*, ou pela cultura da medicina tecnológica.

E por fim, a **população brasileira** que não possui um plano de saúde devido aos altos custos.

O mercado como um todo é impactado com os gastos referentes a desperdícios e fraudes nas despesas assistenciais. A fragmentação da responsabilidade é simplesmente a transferência da mesma para o outro e não o desenvolvimento de uma solução.

É vital, o aprofundamento do debate sobre o tema, para o entendimento do mercado como um todo, utilização consciente dos recursos, criação de mecanismos de transparência das despesas, implementação de novos modelos de pagamentos e elaboração de regulamentação específica de combate à fraude.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

CONTATO

João Longo

Joao.longo@milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.