Fraude en Salud Suplementaria: un riesgo creciente para el sistema

Boletín N°:

Out 29, 2024 BRASIL

La tasa de reembolsos fraudulentos crece más rápido que la de los gastos sanitarios

Durante el panel del 23º Congreso de Corredores de Seguros, el ministro del Superior Tribunal de Justicia (STJ), Antonio Saldanha Palheiro, presentó un escenario alarmante sobre el avance del fraude en la Salud Suplementaria

"Hablar de fraude sanitario es un tema desafiante e ingrato. Hay un enorme subregistro de estos fraudes, que son cada vez más sofisticados. Este problema no sólo perjudica a los proveedores de salud y al sistema público, sino que impacta a la sociedad en su conjunto, ya que los costos se trasladan a todos", afirmó el ministro Palheiro.

Impacto del fraude en la sostenibilidad del sector sanitario

El ministro destacó que el fraude es una grave amenaza para la sostenibilidad del sector, especialmente para los pequeños y medianos operadores sanitarios. Con pérdidas continuas que alcanzan miles de millones, el fraude, combinado con una judicialización excesiva, podría debilitar aún más el sistema privado. En un escenario extremo, si estos operadores quiebran, sus más de 50 millones de asegurados tendrían que migrar al SUS, lo que podría colapsar el sistema público.

'Tenemos dos puntos de vulnerabilidad en Salud Suplementaria: el fraude y la judicialización. El fraude es más grave, porque, si bien la judicialización es visible, el fraude es sólo la punta del iceberg", afirmó Palheiro

Tipos comunes de fraude sanitario

El fraude sanitario involucra a un amplio grupo de participantes, incluidos beneficiarios, médicos y otros proveedores de servicios. Entre los fraudes más comunes se encuentran:

– Sobrefacturación de reembolsos;

– Reembolso sin desembolso;

– Uso de cuentas naranjas;

– Procedimientos médicos que nunca fueron realizados.

El alarmante crecimiento del fraude sanitario

Según el ministro, la tasa de reembolsos fraudulentos ha crecido a un ritmo alarmante, superando el aumento de los gastos de asistencia. También señaló que los premios a menudo alientan a los médicos y clínicas a realizar solicitudes excesivas de pruebas y medicamentos recetados, prácticas que a menudo resultan en fraude.

Luchar contra el fraude en la asistencia sanitaria: propuestas y soluciones

Para combatir estas prácticas, Palheiro abogó por el uso de campañas de concientización para educar a la población sobre el fraude y el uso de la inteligencia artificial como herramienta para identificar actividades fraudulentas. También mencionó la necesidad de combatir el uso fraudulento de los Avisos Preliminares de Intermediación (NIP), que han sido utilizados para presionar a los operadores a realizar pagos indebidos.

Salud: acciones de aseguradoras y ANS

Del panel también participaron representantes de compañías de seguros, como los tailandeses Jorge de Oliveira e Silva (Bradesco Saúde) y Raquel Reis (SulAmérica), advirtiendo sobre el importante riesgo que representa el fraude. Daniel Tostes, fiscal general de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), reforzó la necesidad de acciones firmes y alianzas con los operadores para identificar el fraude. Propuso además un acuerdo institucional para garantizar que ya no se tolere el comportamiento fraudulento en el sector.

Fuente

Fuente: Sindseg

Enlace: https://www.sindsegsp.org.br/site/noticia-texto.aspx?id=36317