



- *Denúncia formalizada pela FenaSaúde à Promotoria de Justiça Criminal do Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (GAECO) do Ministério Público de São Paulo (MPSP) calcula tentativas de fraudes de expressivos e relevantes valores*
- *Empresas de fachada são criadas com o intuito de contratar planos e fazer pedidos de reembolsos em larga escala. Apuração feita pelas operadoras associadas da FenaSaúde reúne documentos, notas fiscais e informações que endossam a denúncia de crime*
- *De acordo com a notícia-crime, foram apresentadas notas fiscais para pedidos de reembolso que atingem aproximadamente R\$40 milhões. Ao todo, foram identificadas 179 empresas contratantes de fachada, 579 beneficiários e 34.973 solicitações de reembolsos.*

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa 14 grandes grupos de planos de saúde do país, responsáveis por 41% dos beneficiários do mercado, formalizou às autoridades a denúncia de um possível esquema de fraudes contra planos de saúde. A notícia-crime foi apresentada nesta quinta-feira, 13/10, ao Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (GAECO), do Ministério Público de São Paulo, para apurar fraudes que estariam sendo praticadas contra operadoras de saúde como Amil, Bradesco Saúde, Porto Saúde e SulAmérica.

As sindicâncias realizadas pelas operadoras, sob o acompanhamento do grupo de trabalho antifraude da FenaSaúde, levantaram suspeitas sobre a ação criminosa. Os fraudadores criavam empresas de fachadas que não existem no endereço físico, utilizavam beneficiários-laranjas e até prestadores de serviços médicos falsos. Assim, os pedidos de reembolso eram apresentados sem sequer ter havido qualquer prestação de serviço.

De acordo com a notícia-crime, foram apresentadas notas fiscais para pedidos de reembolso que atingem aproximadamente R\$ 40 milhões. Ao todo, foram identificadas 179 empresas contratantes de fachada, 579 beneficiários e 34.973 solicitações de reembolsos. No documento apresentado à promotoria, a Federação pede a investigação dos crimes de pertencimento à organização criminosa, falsidade ideológica e estelionato.

“Esse tipo de fraude prejudica a todos os clientes de planos de saúde, que são quem financiam todas as despesas assistenciais. Impacta na sustentabilidade do sistema de saúde, na previsibilidade de gastos por parte dos planos e tem efeito direto nos processos com os beneficiários, uma vez que as operadoras precisam estabelecer critérios cada vez mais rígidos para garantir a segurança do paciente”, afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

O advogado criminalista Rodrigo Fragoso, responsável pelo caso, alerta que os impactos podem ser muito maiores. “Este esquema, especificamente, é somente a ponta de um iceberg muito maior. Seguiremos nossa empreitada para desarticular essas quadrilhas.”

Ao identificar as fraudes, a FenaSaúde e as operadoras associadas tomaram todas as medidas necessárias para evitar que o crime siga ocorrendo e vão contribuir integralmente com as investigações das autoridades para que os responsáveis sejam processados.

Impactos para o setor

Segundo o estudo “Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar”, realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), mostra que, em 2017, quase R\$28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do país com contas hospitalares e exames

foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários.



Vera Valente - Diretora-executiva da FenaSaúde

Fonte: FenaSaúde, em 14.10.2022.