

O conceito de fraude está associado a qualquer ato enganoso e de má fé que tenha como objetivo lesar alguém em benefício próprio. Na saúde suplementar, ele está relacionado a práticas antiéticas que ocorrem de diversas maneiras em setores diferentes, mas que não necessariamente implicam em violação de normas legais.

No setor, as fraudes lesam todos os envolvidos na cadeia, incluindo os beneficiários, pois interfere diretamente na sustentabilidade econômico-financeira dos planos de saúde. Para se ter uma dimensão, quase R\$ 28 bilhões foram gastos para cobrir custos de procedimentos médicos desnecessários e fraudes em contas hospitalares, somente em 2017.

São exemplos de fraudes: casos em que um usuário empresta a sua carteirinha do convênio para outra pessoa, solicita reembolsos indevidos, ou ainda quando médicos submetem seus pacientes a procedimentos e exames desnecessários para ter melhor remuneração.

Essas e outras informações sobre este tema estão disponíveis na cartilha gratuita [Fraude na Saúde Suplementar, do JurisHealth](#), plataforma de conteúdo jurídico desenvolvida pelo IESS. O material explica o conceito de fraude na saúde e traz diversos exemplos e ações ilícitas divididas em categorias como regulação, gestão de recursos, aquisição, pacientes.

Acesse a cartilha Fraudes na Saúde Suplementar na íntegra [aqui](#) para saber mais sobre os tipos de fraudes e como elas podem interferir na sustentabilidade da Saúde Suplementar.

Fonte: [IESS](#), em 05.04.2023.