

Estudo do Instituto de Saúde Suplementar (IESS), de 2016, concluiu que procedimentos desnecessários ou fraudulentos na saúde suplementar chegam a 15% do total das despesas médico-assistenciais. Assim, informou o diretor do Segmento de Saúde da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP), Jorge Abel Peres Brazil, na abertura do webinar “Reflexões sobre a fraude na Saúde Suplementar”, realizado pela entidade em 23 de maio.

Na avaliação da diretora Jurídica da CNseg, Glauce Carvalhal, o arcabouço regulatório e legal brasileiro ainda é frágil e incipiente, quando comparado a outros ordenamentos jurídicos, no combate, prevenção e punição a fraudes na saúde. Outro ponto importante defendido por ela, também à semelhança do que já existe em outros países, é o apoio dado aos denunciantes. Nos EUA, exemplificou, esse denunciante é considerado um parceiro do estado, sendo estimulado a fazer a denúncia em um ambiente seguro e, eventualmente, até remunerado. Segundo estudo da PwC de 2018, informou a diretora da CNseg, o mecanismo de reporte de atos ilícitos previsto na legislação norte-americana ajudou na recuperação de aproximadamente 2,4 bilhões de dólares.

Entre os fatores que mais estimulam a fraude no Brasil, segundo Glauce, é a certeza da impunidade. Além disso, alguns desses comportamentos, como compartilhar a carteira do plano de saúde ou pedir mais de um recibo de reembolso para o mesmo procedimento, são, eventualmente, socialmente aceitos, “mas isso não significa que não possa haver uma repercussão na esfera penal”, afirmou.

Para contribuir no esforço de combate às fraudes, a área jurídica da CNseg tem estudado o que pode ser proposto para a melhoria da legislação penal, como a criação do crime de corrupção privada, só previsto na esfera pública. “Também é importante que o Ministério Público e as delegacias de polícia estejam cada vez mais especializadas e com aparato suficiente para poder enfrentar esses crimes”, concluiu.

### **Fraudes ajudaram a gerar um prejuízo de mais de R\$ 10 bilhões em 2022**

Também participando do webinar, a diretora-Executiva da FenaSaúde, Vera Valente, afirmou que a saúde suplementar vive um momento crítico e de muita pressão. Somente em 2022, informou, o sistema teve um prejuízo de mais de R\$ 10 bilhões, levando muitas operadoras ao vermelho. “Nesse cenário, também pressionado pelo aumento dos custos assistenciais, pelo envelhecimento da população e pela incorporação de novas tecnologias, as fraudes passam a ter um peso ainda maior”, afirmou.

Atenta também aos processos que possam reduzir a incidência de fraudes na saúde suplementar, a coordenadora da Cátedra de Seguros Inclusivos e conselheira da ANSP, Ana Rita Petraroli Barretto, informou que os problemas financeiros dos consumidores são um dos grandes incentivadores das fraudes, principalmente na saúde suplementar, seguido da falta de educação. “Um cidadão bem educado é mais consciente dos impactos negativos gerados pelas fraudes, tendendo a praticá-las com menos frequência”, afirmou.

Já a executiva Médica em Gestão em Saúde Suplementar e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica, Goldete Prizskulnik, afirmou que o grande volume de fraudes na saúde também evidencia um problema das operadoras nos processos de auditoria, devendo ser mais rigorosas. Além disso, segundo ela, como cerca de 85% dos planos de saúde são da modalidade coletivo empresarial, as áreas de Recursos Humanos das empresas também devem participar desse esforço, visto que também são prejudicadas.

Por fim, a advogada especialista em seguros e planos de saúde e regulatório, diretora e Presidente do GNT de Saúde Suplementar da AIDA, Milena Fratin, destacou o papel dos corretores, que podem ajudar a esclarecer os consumidores a respeito dos procedimentos corretos na relação com os planos de saúde. Encerrando sua participação, Milena afirmou: “os contratos de seguro são baseados estritamente na boa-fé e a fraude é a antítese da boa-fé”.

**[Confira aqui](#)** o webinar na íntegra.

**Fonte:** FenaSaúde, em 24.05.2023