

O estudo inédito [“Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar”](#), do IESS que foi produzido pela EY, analisou o comportamento das fraudes nos planos de saúde no Brasil. O trabalho identificou que, ao longo dos anos, ocorreram mudanças profundas sobre a forma como as fraudes são praticadas. É importante lembrar que as fraudes entram dentro do grupo “desperdício” nas contas da saúde.

No passado, havia uma incidência grande de fraudes cometidas a partir de atendimentos assistenciais. O que foi mais marcante, há cerca de oito anos, foi o episódio da chamada “Máfia das Próteses” – casos de sobrepreço de insumos e denúncias de cirurgias e uso de dispositivos médicos sem necessidade, ou sem a devida qualidade, expondo os pacientes a riscos graves. Hoje, a conduta fraudulenta está mais concentrada em atos administrativos, especialmente em pedidos de reembolsos sem o devido desembolso pelo beneficiário, fracionamentos de recibos, super utilização (por exemplo, pedidos de exames além dos necessários) e pedidos de reembolso sem o devido serviço prestado.

Na raiz do problema atual, nota-se um comportamento comum entre beneficiários dos planos: o fornecimento de login e senha e também o empréstimo da carteirinha do plano de saúde e documentos para outras pessoas, sobretudo parentes. Muitas vezes, o beneficiário não enxerga com clareza que ele está cometendo um ato fraudulento, que incorre no aumento das contas pagas pelas operadoras.

O tema também foi debatido durante o [Webinar IESS | Fraudes e desperdícios: impactos e soluções para a saúde suplementar](#), transmitido ao vivo em nossos canais no dia 23 de novembro.

**Fonte:** [IESS](#), em 16.01.2024.