

Planos de saúde registram mais de 2 mil notícias-crime e ações cíveis em 2023

Nos últimos cinco anos, volume de ações cíveis e notícias crime contra fraudadores já ultrapassa 4 mil, aponta FenaSaúde

Levantamento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), representante das principais operadoras de planos de saúde do país, aponta que nos últimos 5 anos, as associadas da entidade abriram mais de 4 mil notícias-crime e ações cíveis contra fraudadores de planos médicos e odontológicos no país. Só em 2023 foram 2.042 casos, representando um aumento de 66% em comparação ao ano anterior.

Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, destaca que esse enfrentamento tem se intensificado e sido fundamental para garantir a sustentabilidade do setor. "As práticas fraudulentas comprometem a operação dos planos de saúde e causam impactos financeiros expressivos, exigindo esforços contínuos para preservar a integridade e confiança no setor. Sabemos que a maior parte dos usuários e prestadores são íntegros, e nosso intuito é continuar convocando a sociedade para se aliar a nós no combate às fraudes. Além das ações de comunicação, as operadoras lançam mão de todas as ferramentas e ações necessárias para investigar e coibir essas práticas prejudiciais para todos", afirma a executiva.

Os dados revelam um aumento de 10 vezes no número de notícias-crime e ações cíveis entre 2019 e 2023. Na avaliação da entidade, o problema acentuou-se principalmente a partir da pandemia, impulsionado pela digitalização, sendo os reembolsos uma porta significativa para essas práticas. A realização de fraude em saúde é caracterizada crime e pode ter uma série de consequências, desde o descredenciamento do prestador, passando pela demissão do beneficiário em caso de fraude contra plano corporativo, até a prisão por estelionato ou lavagem de dinheiro.

Em 2022, mediante o crescimento do volume de fraudes, a FenaSaúde lançou a campanha **Saúde Sem Fraude**, que visa informar e orientar a sociedade sobre o bom uso do plano de saúde e a importância do engajamento na prevenção e combate às fraudes. Entre outras informações, a campanha alerta para os tipos de fraudes mais comuns contra planos de saúde, convocando a sociedade a denunciá-las caso identifique sua ocorrência.

Principais tipos de fraudes contra planos de saúde:

Uso de dados pessoais de terceiros - Os beneficiários podem ser induzidos a fornecer seus dados, como login e senha do aplicativo da operadora, com a promessa de ter ajuda para a realização de reembolso. No entanto, para que o beneficiário tenha direito ao reembolso, é necessário que tenha pago previamente os valores dos serviços de saúde. Com posse dos dados pessoais do beneficiário, terceiros podem ter acesso a informações sigilosas e utilizá-las de forma inadequada, por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados.

Empréstimo de carteirinha - Quando uma pessoa se passa por outra para usar o plano de saúde de um terceiro, está cometendo crime. Assim como aqueles que cedem sua carteirinha para uso. Além das punições previstas em lei para esse tipo de caso, fraudes contra o plano de saúde contratado pela empresa podem ocasionar demissões.

Fracionamento de recibo - Quando uma única consulta ou procedimento é realizado, mas emite-se mais de um recibo ou nota fiscal, com o objetivo de conseguir um reembolso total mais alto, configura-se uma prática irregular e fraudulenta. O pedido de reembolso deve informar corretamente o procedimento ou a consulta realizada, assim como o valor efetivamente desembolsado, para pagamento com base nas cláusulas contratuais.

Informações falsas na contratação do plano - A omissão ou falsificação de dados pessoais como idade, condições pessoais de saúde ou vínculos empregatícios, para contratação de plano de saúde ou obtenção de vantagens contratuais, é fraude.

Falso estado clínico - A alteração do estado clínico do paciente (classificação da doença no pedido médico) para solicitar procedimentos desnecessários, excessivos ou não cobertos pelos planos de saúde – por exemplo, para fins estéticos –, é fraude, e dependendo do caso, pode colocar a saúde do paciente em risco.

Golpes virtuais - A criação de sites falsos ou outros recursos para emitir ou alterar boletos de planos de saúde é outro crime que merece atenção. Nesses casos, o dinheiro depositado é desviado para a conta dos fraudadores, afetando diretamente os beneficiários.

Fonte: FenaSaúde, em 29.01.2024.