

Somente em 2023, as associadas da FenaSaúde abriram mais de 2 mil notícias-crime e ações cíveis contra fraudes, representando um aumento de 66% em comparação ao ano anterior

Há um ano, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa os principais grupos de operadoras de planos de saúde do país, lançou a campanha **Saúde Sem Fraude**, iniciativa destinada a esclarecer, informar e orientar os brasileiros quanto às boas práticas e o uso adequado e consciente dos planos de saúde. Através de uma série de peças de comunicação, como hotsite (www.saudesemfraude.com.br), cartilhas, vídeos e estratégia de relações públicas, a campanha gerou uma grande mobilização das principais entidades de saúde do país e convocou os beneficiários de planos de saúde a reagirem contra práticas fraudulentas. Esse ambiente de convocação deu certo. No último ano, o hotsite da campanha registrou quase 500 mil acessos, sendo o link de denúncia clicado cerca de 12 mil vezes.

E no mês em que a campanha completa um ano, a FenaSaúde lança a terceira cartilha da série, sendo esta focada em golpes virtuais, que vêm aumentando a cada ano. Conforme dados do último Anuário Brasileiro de Segurança Pública, mais de 200 mil registros de golpes por meios eletrônicos foram noticiados no Brasil em 2022, um salto de 65,2% na comparação com o ano anterior. Entre os principais tipos de fraudes em planos de saúde estão: falso boleto; falsa central de atendimento; propaganda enganosa; e sites falsos. O material, que pode ser baixado no hotsite da campanha (www.saudesemfraude.com.br) orienta o consumidor a como identificar, prevenir e denunciar esses golpes.

“O principal mérito da nossa campanha tem sido chamar a atenção da sociedade brasileira para os prejuízos que as fraudes causam ao nosso sistema de saúde, tanto o público, quanto o privado. Passamos a ter um esforço coordenado, envolvendo, de um lado, operadoras, prestadores e beneficiários, e, do outro, órgãos de investigação e repressão, para combater e enfrentar esse problema, que é grave e prejudica a todos, em especial os usuários. Foi uma conquista muito relevante para uma ação iniciada há apenas um ano. Os resultados alcançados se mostraram expressivos e promissores. Continuaremos nessa jornada”, afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

Para se ter uma ideia do impacto das fraudes no setor, uma pesquisa divulgada pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), realizada pela consultoria Ernst & Young (EY), estimou que as fraudes e desperdícios causaram, em 2022, perdas estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões às operadoras de planos de saúde. Esse cenário levou as empresas associadas à FenaSaúde a redobram as medidas para combater as ações que lesam os beneficiários e todo o sistema de saúde.

As operadoras de saúde mantêm áreas específicas e possuem mecanismos como token e biometria facial para tentar conter a ação de fraudadores. Também investem em tecnologias como inteligência artificial para identificação de casos suspeitos. Os indícios de crime são reunidos e encaminhados às autoridades de investigação para adoção das medidas cabíveis. Outro dado que corrobora a intensificação das ações é o levantamento que indica que, nos últimos cinco anos, as associadas à FenaSaúde 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.

Para ampliar a informação e conscientização sobre o assunto, no último ano a entidade participou de 14 eventos sobre a temática fraudes. Também realizou eventos com a participação de importantes entidades, como Serviço Social da Indústria (SESI), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Federação Brasileira de Bancos (Febraban), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH).

Fonte: FenaSaúde, em 02.04.2024.

