



Entre as fraudes mais comuns incluem ações como o empréstimo de carteirinha do plano e falsificação de informações ou documentos
(Foto ilustrativa: banco de imagens)

Após a onda de demissões registradas em 2023 por empresas que detectaram uso indevido do benefício de reembolso do plano de saúde, chegou a vez das operadoras de planos de saúde tomarem medidas mais rígidas e comecem a mitigar ocorrências de abusos fundamentadas na prática indevida conhecida como: reembolso sem desembolso. Entre as medidas mais polêmicas está o bloqueio e exclusão do beneficiário caso o mesmo queira novamente voltar a ser atendido pela operadora.

Para André de Barros Martins, VP de Benefícios da Alper Seguros, a ação das operadoras é legal e visa proibir os excessos buscando assim, a plena garantia de funcionamento do ecossistema de saúde. “Acompanhamos de perto a ocorrência de adulteração em três vezes mais o valor original de uma nota fiscal obtida após a prestação de um procedimento médico. A operadora comprovou a fraude via verificação do valor contratado eletronicamente, e notificou o RH da empresa contratante. Como resultado, o funcionário teve a exclusão do grupo familiar do plano de saúde e foi imediatamente desligado da empresa empregadora”, relata o executivo.

Martins ainda aponta dado do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) divulgado em novembro de 2023 em que um estudo demonstra que as fraudes e desperdícios na utilização do plano de saúde representaram um custo de R\$30 a 34 bilhões para os planos de saúde. Esse valor corresponde a 12,7% da receita anual do setor de saúde suplementar.

Além da exclusão, as operadoras têm adotado processos exigindo documentos e comprovação dos pagamentos realizados. Martins também pontua que hoje há vários tipos de fraudes e desperdícios cometidos pelos beneficiários. “Os excessos mais comuns incluem: ocultação de condições de saúde preexistentes na contratação, compartilhamento de dados de acesso aos sites das operadoras com terceiros, reembolso duplicado, empréstimo de carteirinha do plano, falsificação de informações ou documentos, superutilização de procedimentos desnecessários, enquadramento forçado em critérios de cirurgias e judicialização premeditada. Infelizmente, a somatória de ações equivocadas como essas prejudicam a fluência e a saudabilidade da cadeia de saúde no Brasil”, afirma.

A fim de coibir as práticas abusivas, o mercado tem, cada vez mais, adotado a inovação e novas tecnologias no setor de saúde, novos processos e conscientização - como acessos exclusivos por aplicativos, reconhecimento facial, campanhas informativas e auditorias mais rigorosas. “As operadoras de saúde no país vêm fortemente implementando medidas para combater fraudes no processo de reembolso, tais como aumento da fiscalização, uso de tecnologias avançadas para detecção de padrões suspeitos, colaboração com órgãos reguladores, e ações judiciais para bloquear reembolsos e notificar crimes”, explica Martins.

Para esclarecer os beneficiários sobre as novas exigências das operadoras no combate às fraudes, a Alper Seguros preparou um material que reúne quais são as documentações necessárias, com conteúdo explicativo e prazos para a solicitação de consultas, exames, terapias e cirurgias das principais operadoras. A empresa segue empenhada na condução de campanhas e informativos estruturados para que suas empresas-clientes orientem seus funcionários e colaboradores sobre as melhores práticas de uso consciente do plano de saúde e de solicitações de reembolso.

Para saber mais sobre seguros de saúde, acesse [Link](#).

Fonte: Alper Seguros/Loures Consultoria, em 23.05.2024.