

Cerca de 50,3 milhões de brasileiros têm acesso à assistência médica por meio de planos de saúde. Já a assistência odontológica é prestada a 30,7 milhões de beneficiários. Essas pessoas financiam coletivamente o sistema de saúde suplementar por meio da mensalidade, que tem basicamente dois destinos: cobrir despesas administrativas das operadoras e compor o chamado fundo mutual, a reserva de recursos que é administrada pelo plano e que serve para custear os serviços de saúde utilizados pelos beneficiários.

Quando fraudes comprometem os recursos do fundo mutual, elas prejudicam aos beneficiários indistintamente. O prejuízo é dividido por todos, afinal, a recomposição dos recursos é feita por meio do reajuste das mensalidades.

"Se as despesas do plano de saúde crescem em razão de uso indevido, o bolso de todos está sendo impactado. Por isso, quanto mais as pessoas estiverem conscientes da sua responsabilidade no uso racional dos recursos de saúde, melhor para todos", explica Vera Valente, diretora-executiva FenaSaúde, na página eletrônica da entidade.

De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a operação conhecida como "reembolso com fraude", custou aos planos R\$ 6 milhões em 2019 e, três anos mais tarde, quase R\$ 11 bilhões.

- Como o sistema de cobrança e pagamento de saúde é complexo não só no Brasil mas em todo o mundo, ele abre brechas para fraudes que, no fim das contas, prejudicam quem sustenta financeiramente o plano, ou seja, todos os beneficiários - diz Carla Peixoto, assessora técnica do SIS.

Fonte: [Senado Federal](#), em 30.08.2024