

Estudo inédito estima que cerca de 19% dos gastos assistenciais foram consumidos por práticas ilegais e procedimentos desnecessários, onerando operadoras e contratantes de planos de saúde

Trabalho inédito produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) estima que cerca de R\$ 22,5 bilhões dos gastos das operadoras de planos de saúde do País com contas hospitalares e exames, em 2015, foram gerados indevidamente, decorrendo de fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. Isso representa 19% do total das despesas assistenciais realizadas pelas operadoras de planos de saúde. A projeção é baseada em estudos técnicos a partir da revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e brasileiros sobre o tema, em um esforço do IESS para dimensionar o impacto das fraudes no sistema de saúde suplementar do Brasil e apontar experiências bem-sucedidas no combate às práticas inadequadas nesse setor. Leia o [ID 62](#).

“As despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares somaram R\$ 117,24 bilhões, em 2015. Portanto, os gastos de R\$ 22,5 bilhões com fraudes e desperdícios significam quase 19% desses gastos e foram consumidos por fraudes e desperdícios, algo que compromete fortemente as finanças das operadoras e onera quem contrata um plano de saúde”, analisa Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

No estudo “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil”, o IESS identificou que de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Observa, ainda, com base em relatório da Controladoria Geral da União (CGU), que o problema também é de grandes proporções no sistema público de saúde: entre 2002 e 2015, foram detectadas irregularidades de desvio de dinheiro em aproximadamente R\$ 5,04 bilhões, o que equivaleu a 27,3% do total de irregularidades em todas as áreas do governo.

Embora ressalve que a corrupção e a fraude são difíceis de serem detectadas na área da saúde – uma vez que a cadeia produtiva desse setor contempla diversos segmentos e particularidades em cada um deles, inclusive com distinção entre os sistemas públicos e privados –, o estudo aponta que, na saúde privada, as principais formas de abuso se concentram em tratamentos excessivos e desnecessários ou baixa qualidade no atendimento; comercialização inadequada de medicamentos e de dispositivos médicos e sonegação de tributos.

Tais práticas inadequadas se originam e são mantidas principalmente, diz o documento, pela ausência de mecanismos de transparência, por exemplo, para explicitar as relações entre os agentes do setor de saúde (por exemplo, se um profissional da área recebeu um benefício ou uma comissão de um fornecedor de materiais e medicamentos). Legislações da Alemanha e dos Estados Unidos indicam que todos os pagamentos e benefícios entre agentes do setor de saúde devem ser tornados públicos. A União Europeia e os Estados Unidos também instituíram marcos regulatórios com punições severas para atos de corrupção, indica o estudo.

No Brasil, falta transparência nos sistemas de precificação de insumos e serviços de saúde e também no modelo de pagamento por serviços prestados na saúde, o que inviabiliza a comparação e o controle de custos nas distintas etapas que envolvem o atendimento ao paciente e abrem espaço para práticas inadequadas, como atos de corrupção.

Isso acontece principalmente por causa do modelo recorrentemente usado para pagamentos de serviços de saúde, a chamada “conta aberta” (ou fee-for-service). Nesse caso, a conta de serviços absorve todos custos, insumos, procedimentos e usos dos equipamentos, mesmo quando há falhas e desperdícios e, até mesmo, corrupção.

Um dos requisitos para combater tais práticas nocivas ao setor seria modernizar os sistemas de pagamento, por meio da premiação à eficiência e o melhor desfecho clínico ao paciente, e punindo o desperdício e a contratação de exames desnecessários, assim como reinternações ou

agravamento dos quadros clínicos causados por falhas assistenciais.

“O modelo brasileiro de remuneração de serviços de saúde está mais de 30 anos atrasado em relação aos outros países. É fundamental que avancemos em um padrão de transparência de informações, permitindo comparações baseadas em indicadores de qualidade e segurança assistencial dos pacientes, e também sobre as relações entre os envolvidos no setor, identificando os conflitos de interesse e práticas abusivas. Só assim será possível ter um sistema mais eficiente e que onere menos as operadoras e quem contrata um plano de saúde”, avalia Luiz Augusto Carneiro.

Fonte: IESS, em 06.03.2017.