

Na última semana, o Correio Braziliense publicou duas reportagens – [confira aqui](#) e [aqui](#) – detalhando a “Operação Esculápio” da Polícia Civil e do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), que identificou um grupo que atuava no Distrito Federal e no Rio de Janeiro fraudando contratos com planos de saúde.

Ainda mais grave do que lesar as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) – o que pode comprometer sua sustentabilidade econômico-financeira e a capacidade de prestar atendimento assistencial de qualidade aos seus beneficiários – é o fato de que as fraudes prejudicaram ao menos 100 pessoas, causando a morte de 4 delas. Nesses casos específicos, de acordo com o jornal, as pessoas pagavam mensalidade aos corretores e não tiveram um vínculo efetivamente firmado com planos de saúde.

O tema é ainda mais sério porque, conforme aponta o estudo [“Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”](#), realizado pela [PwC Brasil](#) a nosso pedido, a ausência de um ato regulatório que preveja criminalização e sanções adequadas culmina em um desperdício equivalente a 15% das despesas com saúde suplementar – [entenda](#). Em 2018, com base nas despesas assistenciais relatadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o montante equivale a R\$ 24 bilhões. Recursos que poderiam (deveriam) ter sido usados para o atendimento dos beneficiários e a elaboração de importantes programas de promoção de saúde, por exemplo.

Para ajudar no combate às fraudes, o estudo elenca quais são as práticas mais comuns no Brasil. Confira:

Fraudes entre beneficiário do serviço, profissional médico e operadora de saúde:

- Declaração de saúde: o beneficiário omite a existência de doença preexistente;
- Uso do plano de saúde: determinada pessoa não segurada usa a identidade de beneficiário para gozar indevidamente de determinado benefício;
- Pedido de reembolso: aumento indevido dos valores dos serviços para aumentar indevidamente o reembolso a ser recebido pelo plano de saúde;
- Tipo de serviço: o médico, com a concordância do beneficiário, informa serviço diverso do realizado para obter a cobertura do plano de saúde.

Fraudes entre prestador de serviços de saúde e operadora de saúde:

- Determinação da quantidade ou qualidade de materiais: o hospital declara que utilizou um número maior de materiais médico-hospitalares para o plano de saúde, ou presta declaração indevida de que usou materiais de melhor qualidade do que os efetivamente empregados no procedimento;
- Duração da internação: o médico prolonga desnecessariamente o período de internação do paciente para aumentar o número de diárias do plano de saúde.

Fraudes entre fornecedores e profissionais de saúde:

- Prestação de serviço: fornecedores ou seus distribuidores oferecem uma porcentagem de comissão ao profissional para que ele indique ou use o seu medicamento/dispositivo;
- Judicialização: o médico determina ao paciente um tratamento ou medicamento que não é coberto pelo plano de saúde. Advogado em conluio com o médico, judicializa a demanda para que o plano de saúde seja obrigado a pagar pelo tratamento/medicamento. Médico e advogado podem

receber comissões dos fornecedores e distribuidores.

Fraudes das operadoras contra os demais agentes:

- Glosa de pagamentos de maneira injustificada ou discricionária por parte da operadora de plano de saúde, quando da existência de poder de barganha no relacionamento entre a operadora e o hospital. Este tipo de situação pode ser considerada nociva à relação entre os agentes quando a glosa ocorre em situações de mera instrumentalidade, visando exclusivamente a redução de custos, com a finalidade de manter capital de giro ou de diminuir o valor a ser pago ao hospital;
- Atraso intencional no pagamento de contas, com a intenção de indiretamente reduzir os valores devidos e postergar o desencaixe financeiro;
- Conflito de interesses de acionista em comum de operadora de plano de saúde e hospital, que utiliza sua posição para beneficiar as operações da operadora.

[Confira, também, a diferença entre fraude e corrupção.](#)

Fonte: IESS, em 02.12.2019