

## AS FRAUDES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Argumentos iniciais...

Neste singelo trabalho, será analisada a questão do impacto das fraudes na saúde suplementar e aquilo que pode ser feito para combater este crescente fenômeno em nossa sociedade.

No momento em que se busca prejudicar alguém em benefício próprio, através de atitudes ilícitas e até mesmo, que não condizem com a ética, está se cometendo fraude, vale frisar.

Logicamente que não será possível esgotar as considerações atinentes à dicotomia “*impacto das fraudes x combate aos atos fraudulentos*”, mas será pertinente a exposição das práticas ilícitas e alertar para o que pode ser feito, tanto em nível extrajudicial quanto na seara da judicialização da saúde privada, que tanto vem sofrendo com as demandas predatórias, inclusive.

Os efeitos de tais impactos podem atingir a saúde dos beneficiários do setor, bem como todo o aparato estrutural e tecnológico da saúde suplementar, fatos estes que incluem: prejuízos econômicos diversos; aumento dos prêmios como consequência lógica de mercado; cancelamento dos contratos pela falta de condições de pagamento; transferência de vidas carentes de atendimento assistencial para o SUS - Sistema Único de Saúde.

Registre-se que o desperdício de capital gerado pelas fraudes seria investimento em tecnologia, ampliação da rede e na melhoria da qualidade (em geral) dos serviços oferecidos aos usuários.

Será iniciado, assim, um breve detalhamento do estudo anunciado nesta sucinta apresentação.

### **1 O modo de agir**

O fraudador possui conhecimento da operação da empresa que será objeto da fraude (no caso, a operadora/ seguradora de saúde, o nosocômio...). Ter conhecimento da atividade

é ter a ciência das falhas nos fluxos, de quais são os sistemas de controle e se há, ou não, qualificação dos profissionais envolvidos. Esta informação foi obtida, através de método científico desenvolvido pelo pesquisador, doutor em administração, na PUC/SP, Renato de Almeida dos Santos (Entrevista...2022).

Se faz necessário ainda, a habilidade do fraudador, na operação. Não havendo a competência para a execução do ato fraudulento, fraude não existirá. É preciso que o sistema a ser fraudado seja operado por quem tem a qualificação necessária para tanto (Entrevista...2022).

Conhecer o sistema é imprescindível portanto, em conformidade com a pesquisa acima citada, realizada por profissional renomado. E tendo a completa noção da operação local, tal fato permite que a atitude de má-fé e imoralidade, antiética, não seja, necessariamente, contrária à lei.

Então é possível que a fraude aconteça de dentro de uma operadora/ seguradora de saúde (por meio de colaboradores de má-fé), de um hospital, podendo ser ainda, um paciente quem comete o ato ilícito, ou o fornecedor/ prestador de serviços do plano de saúde (ou uma pessoa jurídica fora da rede credenciada), ou mesmo o corretor, que vende os serviços assistenciais (que intermedia a formalização do contrato assistencial).

São várias as práticas. Eis algumas: falsificação de comprovante de pagamento de supostos exames e consultas para fins de reembolso indevido (e portanto, configuração de enriquecimento ilícito, em consonância com o art. 884, do CC); omissão de informações sobre doenças preexistentes, quando da contratação do plano, no momento em que se realiza a declaração de saúde, no qual se informa para a operadora/ seguradora, o histórico clínico do usuário; empréstimo de carteirinha do convênio para o terceiro utilizar o serviço; estímulo à judicialização, cuja prática leva à captação indevida de clientes para o advogado; criação de falsas pessoas jurídicas, para facilitar a formalização do plano coletivo empresarial...

Vale o registro de alguns casos, cujas fontes podem ser citadas, de modo a demonstrar a transparência das informações. Pertinente falar sobre estas situações.

Algumas unidades de saúde solicitam para os beneficiários dos convênios assistenciais, a carteirinha, login e senha, sob o pálio argumento referente à eventual necessidade de realização do reembolso assistido. A senha é de uso pessoal do beneficiário do plano, além de ser intransmissível. Quem o faz, faz errado. Coaduna com o ato ilícito. Explica-se (juíza...2023).

É que, ao realizarem tal atividade, os estabelecimentos estariam envolvidos em esquema de adulteração de quadro clínico e solicitações de reembolso pelos valores máximos da tabela contratual, sem que, sequer, tenha havido o desembolso. Tais clínicas e laboratórios foram impedidos, por ordem judicial, a continuarem com tais atitudes fraudulentas (juíza...2023). O processo é público (processo 1054494-80.2023.8.26.0100).

Ato contínuo, segue o próximo exemplo prático.

Em recente debate nos trabalhos do CN, em maio deste ano, o deputado Federal Celso Russomano expôs que clínicas de saúde estariam pagando os convênios dos menores autistas, para que os pais e mães realizassem os tratamentos das crianças naquelas unidades de saúde, estabelecimentos estes que não faziam parte da rede referenciada das operadoras/ seguradoras de saúde, sendo altíssimos os valores dos tratamentos cobrados aos planos. (Cancelamento...2024).

De remate, mais uma situação merece análise.

Não são poucos os planos de saúde contratados sob a modalidade coletivos empresariais nos quais uma pessoa jurídica é criada para que os membros de uma família sejam beneficiados, de forma incorreta. Isso porque tal modalidade, apenas seria permitida se a empresa realmente existisse, na teoria e na prática, não obstante, sua criação se deu apenas para a contratação dos serviços assistenciais à saúde em prol do grupo familiar. Numa boa parte dos casos, esta situação é “*elaborada*” pelo corretor, que vende o convênio.

Tais situações servem, portanto, para ilustrar bem o tema proposto, posto em discussão.

A falta de instrumentos de prevenção e repressão aos atos fraudulentos talvez seja o principal dado motivador de tal prática. Ou seja, a vulnerabilidade do setor parecer ser evidente, já que, alguns dados públicos lançados no mercado demonstram o quantitativo do prejuízo financeiro.

Em estudo realizado pelo IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, por exemplo, foi permitido aplicar uma estimativa de gastos, pelas operadoras/ seguradoras de saúde, em torno de R\$ 30 bilhões a R\$ 34 bilhões, em face do impacto causado pelas fraudes, no ano de 2022 (Fraudes...2023).

Ainda, em conformidade com o mesmo estudo, as perdas financeiras em virtude das fraudes alcançaram o montante equivalente a 12,7% das receitas das operadoras/ seguradoras de saúde, naquele mesmo ano (Decisões...2024).

As situações não se esgotam num artigo tão simples. Como dito antes, a intenção é pontuar a problemática para se alcançar (ao menos chamar a atenção) um meio (ou alguns meios) de combate que sejam assertivos, para o bem comum atinente à saúde privada, qual seja, a preservação efetiva da saúde da comunidade de beneficiários dos planos de saúde privados.

## **2 O que fazer**

As operadoras/ seguradoras de saúde precisam manter e incrementar os investimentos em tecnologia, visando o cruzamento de dados que possam ser obtidos facilmente, em situações cuja finalidade é a identificação do usuário que está sendo atendido (como acontece com o uso da biometria) ou ainda, a visualização de exames e consultas repetidas, fato este combatido pela utilidade assertiva do prontuário eletrônico.

Existem alguns mecanismos de combate às fraudes, que podem ser utilizadas pelas operadoras/ seguradoras de saúde, que serão expostos a seguir. Convém observar.

Será tomado como um dos exemplos, neste primeiro momento, a questão da criação da empresa de fachada, para fins de contratação fraudulenta de plano coletivo empresarial.

Como identificar tal operação? Eis alguns pontos levantados pelo IESS, que podem facilitar a atuação do gestor: endereço inexistente/ fictício; empresa não possui canais de atendimento; elevada sinistralidade; divergência de categoria etária entre os beneficiários; usuários idosos, grávidas ou com doenças crônicas; capital social baixo em comparação à quantidade de colaboradores; sócios sem perfil empresarial; ausência de resposta na notificação de solicitação que comprove a elegibilidade (Fraudes...2021) ...

Numa segunda análise, insta retomar o caso do “*reembolso assistido*”. Na elaboração do dossier apresentado ao poder Judiciário, foi possível visualizar que as clínicas que estavam adotando postura ilícita não possuíam registro no CNES, estando, inclusive, a licença da vigilância sanitária outorgada às unidades, registrada em local diverso da sede dos estabelecimentos, sendo destinada para atividade médica ambulatorial restrita à consulta, restando praticados, porém, diversos procedimentos. São indícios, portanto, de atividade clandestina.

Além de tais aspectos citados, imperioso que as regras anticorrupção sejam amplamente difundidas no setor, além da importância da aplicação da transparência e transmissão efetiva das informações, bem como da implementação dos novos modelos de pagamento, que são auxílios assertivos ao combate das práticas irregulares, que tanto vem agredindo a saúde suplementar.

Não se deve esquecer que os treinamentos e capacitações, que partem da gestão, devem ser aprimorados de modo recorrente, o que dá ensejo no aumento da fiscalização do uso do material atinente aos procedimentos, fato este que pode resultar no combater à prática de uso proposital de excessos, ato de má-fé, de alguns profissionais de saúde, que visam o lucro.

A identificação de empresas de fachada e da prática do reembolso assistido permite às operadoras/ seguradoras de saúde, que formem dossiês para que, em sede de judicialização, possam cancelar os contratos, ou mesmo impedir a continuidade dos atos nocivos ao setor.

Conclusão: o que se espera...

Pelo material (humilde) apresentado, é possível entender que a ausência de transparência nas informações da norma de regência e ainda, a omissão de mecanismos legislativos são motivos ensejadores às práticas ilícitas.

Os atos fraudulentos geralmente são os mesmos praticados em tempos passados, sendo que o modo de operar é diverso, vai se aperfeiçoando. Hoje, diante da evolução tecnológica, se torna mais difícil o combate a tais atos.

A tendência, na judicialização da saúde, é que as decisões sejam proferidas em benefício dos usuários dos planos de saúde, em sua maioria. Isso de acordo com estudos realizados pelo IESS. Numa análise aprofundada de, aproximadamente, 4.000 (quatro mil) decisões no âmbito do TJSP, proferidas entre os anos de 2013 e 2014, 92,4% foram exaradas em favor dos usuários dos convênios assistenciais (Fraudes...2021).

Se é assim, a preocupação é mais relevante, porque neste universo (92,7%), estão incluídas as fraudes, as demandas predatórias. Mais um motivo pelo qual as operadoras/seguradoras de saúde precisam se especializar no combate às variabilidades do setor, visando *“separar o joio do trigo.”*

Noutro sentido, é visível que os estudos da medicina baseada em evidência estão sendo mais difundidos no setor, de modo que a sua prática, estabelecida na legislação (lei 8.080/1990, lei 14.454/2022) e no regulamento, estão, cada vez mais, se aplicando na jurisprudência pátria (válido observar os temas 500, do STF, e o 990, do STJ).

No âmbito do Judiciário, é possível visualizar a criação de algumas unidades judiciárias especializadas em saúde (a exemplo dos CEJUSCs saúde dos tribunais de justiça estaduais das unidades federativas do AC, PA, PB, PE, MG, MS...), e ainda, a presença do e NATJUS do CNJ, que compõe a atividade unificada dos NATJUS - Núcleos de Apoio Técnico dos Tribunais de Justiça, o que tem ajudado bastante com a emissão de notas técnicas, de pareceres elucidativos (inclusive com referências bibliográficas acerca de vasta literatura médica tratando sobre as temáticas) referentes à análise de evidências naquilo que diz respeito à utilização de determinada tecnologia em saúde que se busca na judicialização.

Esta atuação jurisdicional pode ser bem importante para o futuro da saúde suplementar, vez que propiciará a uniformidade/ pacificação dos entendimentos/ decisões e trará, cada vez mais, a tendência em se buscar/ analisar a eficácia do produto a ser utilizado acertadamente na preservação da saúde do cidadão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cancelamento unilateral dos planos de saúde pelas operadoras. Comissão de Defesa do Consumidor. 15/05/2024

Decisões judiciais na saúde devem seguir critérios técnicos. Valor Econômico. 2024. Disponível em [Decisões judiciais na saúde devem seguir critérios técnicos | Dino | Valor Econômico \(globo.com\)](#) Acesso em 06/09/2024

Entrevista: Renato Santos fala sobre como evitar fraudes e corrupção. Revista da REPUTAÇÃO. 2022. Disponível em [Entrevista: Renato Santos fala sobre como evitar fraudes e corrupção \(makemake.com.br\)](#) Acesso em 04/09/2024

Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar. IESS. 2023. Disponível em [IESS\\_Estudo de Fraudes e Desperdícios em Saúde Suplementar\\_Versão Completa\\_15112023.pdf](#) Acesso em 05/09/2024

Fraudes na saúde suplementar. Juris Health. 2021. Disponível em [pagesajIWpsQ5zuu5oXB.pdf \(jurishealth.com.br\)](#) Acesso em 06/09/2024

Juíza proíbe clínicas de pedirem reembolso em nome de pacientes. Migalhas. 2023. Disponível em [Juíza proíbe clínicas de pedirem reembolso em nome de pacientes \(migalhas.com.br\)](#) Acesso em 09/09/2024