

TEXTO PARA ORIENTAÇÃO AO CONSUMIDOR

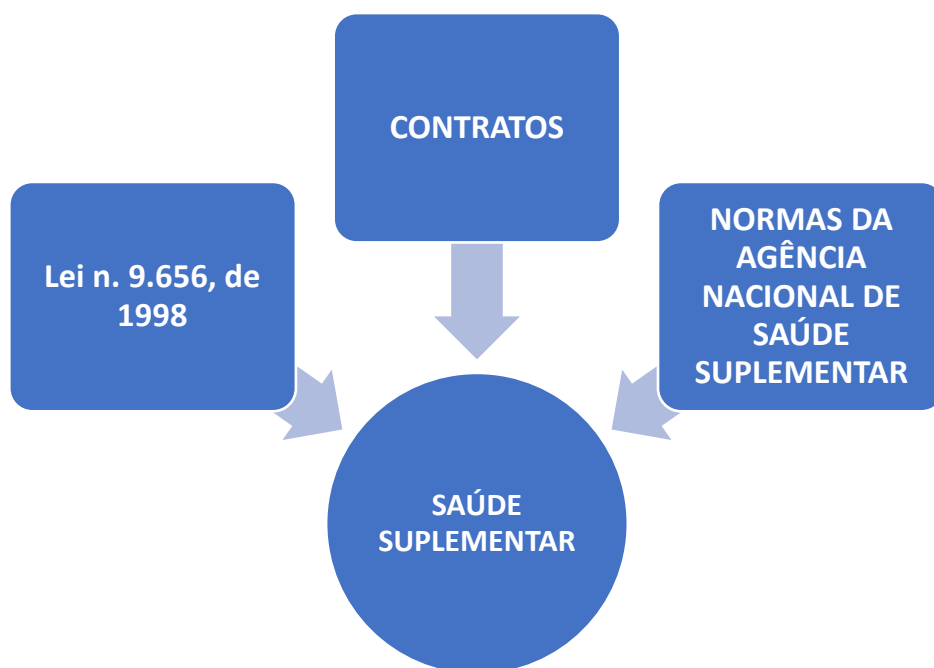
FRAUDE EM SAÚDE SUPLEMENTAR: EXISTE SIM E É CRIME!

Esse é sempre um assunto difícil de tratar porque para muitas pessoas fraude não existe na área de saúde suplementar; elas simplesmente não acreditam que isso possa ocorrer.

Mas ocorre sim, infelizmente, com indesejável frequência. E os resultados são os piores possíveis: prejuízo para todos e caracterização de crime quando o responsável é identificado.

Vamos compreender melhor esse assunto que interessa a todos nós?

Todos os segmentos de saúde suplementar praticados no Brasil têm três importantes conjuntos de regras a serem cumpridas:



Alguns poucos contratos são anteriores à entrada em vigor da Lei n.º 9.656, de 1998, e não foram adaptados a ela por vontade do próprio contratantes/beneficiário. Nesse caso, são regidos apenas pelas regras do próprio contrato porque a eles não se aplica a lei, nem o regramento da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em geral, os 47 milhões de beneficiários contratantes de planos de saúde suplementar estão sob a proteção desses três instrumentos importantes: lei, contratos e regulação da ANS.

Tudo o que pode e não pode ser feito está contido nesses três conjuntos de normas que são as diretrizes, as regras, que devem ser cumpridas por todos os que participam da relação, ou seja, as operadoras, os prestadores de serviços e os próprios beneficiários.

É importante se informar sobre o que está escrito no contrato que você fez com a operadora de plano de saúde, mesmo que esse contrato seja empresarial é importante que você saiba detalhadamente o que tem direito e o que não tem e, quais os deveres que precisa cumprir.

Todos temos deveres a serem cumpridos quando compartilhamos os mesmos recursos econômicos.

Na saúde suplementar acontece exatamente isso. Somos muitos beneficiários que pagamos mensalidades para compor um fundo comum de onde sairão os recursos necessários para o pagamento das despesas com internações, cirurgias, consultas médicas, exames clínicos, procedimentos de saúde e tudo o que for preciso e possível para garantir o beneficiário.

Na prática, ano após ano esses números se tornam cada vez maiores.

Você sabia que em 2019 a saúde suplementar realizou **1,4 bilhão de reais de procedimentos de saúde para 47 milhões de beneficiários?**

E que no mesmo ano foram **160 bilhões de reais em despesas assistenciais** para o mesmo conjunto de beneficiários? E que foram realizados **861 milhões de exames e 8 milhões de internações**, também em 2019?

Esses números são extraordinários! Demonstram que o setor de saúde suplementar no Brasil atua diariamente para cumprir todas as obrigações que estão na lei, na regulação da ANS.

Mas não basta que as operadoras cumpram as normas existentes, é preciso que os próprios beneficiários também cumpram e, principalmente, atuem de forma correta para combater as fraudes no setor.

FRAUDE EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Algumas estimativas do setor demonstram que a cada R\$ 100,00 gastos em atendimentos de saúde suplementar, R\$ 15,00 são perdidos em uso fraudulento.

Nos canais de combate à fraude, principalmente naqueles que permitem que sejam feitas denúncias, as estimativas são de que 43% dessas denúncias se refiram a fraudes praticadas no setor de saúde suplementar.

E quais as fraudes que são praticadas mais comumente?

- **Pedir ao médico a emissão de dois recibos para conseguir reembolso do valor total da consulta.**
- **Emprestar carteira do plano de saúde para quem não é beneficiário.**
- **Omitir doença no momento da contratação**
- **Pedir ao médico para alterar o valor da consulta para mais com vistas ao reembolso.**
- **Pedir ao médico a emissão de recibo sem efetuar o pagamento e, solicitar o reembolso à seguradora como se o pagamento tivesse sido realizado. Lembre-se que o reembolso só pode ser efetuado pela seguradora de saúde se o**

pagamento da consulta ou do procedimento tiver sido realmente realizado! Sem pagamento, não há reembolso!

- Direcionamento de materiais ou de medicamentos pelo médico, para que o beneficiário exija que somente esse possa ser utilizado em seu procedimento ou tratamento.

As consequências da fraude são de natureza econômica, moral e penal.

Quem pratica a fraude contra uma operadora de saúde prejudica, na verdade, os demais beneficiários que contribuíram para a formação do fundo mutual. Em outras palavras, cada beneficiário que pratica fraude prejudica gente como ele mesmo, gente como nós!

A fraude é uma prática moralmente condenável, iguala uma pessoa de respeito ao mais desprezível mentiroso. Torna um pai de família o mesmo que um malfeitor; uma mãe dedicada se torna vilã; enfim, perdas morais irreparáveis que se tornarão uma marca na consciência de cada um.

Mas ainda pior é saber que **fraude é crime** previsto expressamente no Código Penal brasileiro, artigo 171 (estelionato), inciso V. Esse artigo pode ser aplicado a todos os tipos de fraude contra seguros, inclusive no seguro saúde.

Impossível medir as consequências para a vida de uma pessoa que for condenada por esse crime. Mesmo que não haja condenação com aplicação de pena privativa de liberdade, tudo fica mais difícil para quem foi condenado por um crime. Se condenado por fraude que é um tipo de estelionato é péssima carta de apresentação.

Por tudo isso é que duas regras são fundamentais: **NUNCA ESCOLHA A PRÁTICA DA FRAUDE, ELA NÃO É UMA ESCOLHA É UMA PRÁTICA CRIMINOSA. E, DENUNCIE AS PRÁTICAS DE FRAUDE QUE VOCÊ TIVER CONHECIMENTO.**

Existem canais de denúncia em todas as operadoras de saúde e também no Disque Denúncia da sua cidade. É sigiloso, confiável e faz bem para a saúde econômica de todas as pessoas que como você, pagam a mensalidade de um plano de saúde.