

Planos de saúde ampliam ações na Justiça contra fraudes

— Dados inéditos mostram avanço de 88,4% em ações cíveis e notícias-crime de operadores entre 2018 e 2022

FABIANA CAMBRICOLI

Diante do aumento de fraudes contra convênios médicos, as operadoras de planos de saúde iniciaram nos últimos meses uma ofensiva contra os fraudadores em um esforço que inclui exigência de biometria facial para uso de aplicativo, ferramentas de inteligência artificial para identificar clínicas problemáticas, tentativa de parceria com o Google para remoção de anúncios fraudulentos e até denúncias ao Ministério Público.

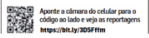
Levantamento inédito da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) obtido pelo Estado mostra que o número de notícias-crime e ações cíveis movidas pelas operadoras para a denúncia de fraudes subiu 88,4% entre 2018 a 2022, passando de 75 para 738 procedimentos.

A investida se dá principalmente sobre situações que envolvem pedidos de reembolso, condição em que ocorre a maior parte das fraudes. "Hoje você tem na saúde suplementar todo tipo de fraude. Em uma analogia, há desde o batedor de carteira a organizações criminosas. O batedor de carteira seria aquele que pede para fracionar o recibo de uma consulta em dois para ter reembolso mais. E as organizações criminosas são empresas de fachada criadas com o único intuito de fraudar planos de saúde", diz Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde.

A entidade já apresentou três notícias-crime ao Ministério Público de São Paulo que levaram à abertura de nove inquéritos policiais. As representações denunciavam contratações fraudulentas de planos de saúde para obtenção de vantagem indevida via reembolso. Pelo esquema, empresas de fachada contratavam planos premium de diferentes operadoras para seus supostos funcionários. Elas simulam atendimentos e solicitavam reembolsos por meio de CNPJs de clínicas que fariam parte do esquema. A estratégia é de que essas fraudes

Cobertura especial

Caros para quem paga, deficiências para quem opera. Nesta série, discutimos as fragilidades do sistema de planos de saúde e possíveis soluções. Leia mais em:



tenham envolvido o pagamento indevido de R\$ 51 milhões.

De acordo com as empresas, práticas abusivas e fraudulentas em reembolsos se intensificaram a partir de 2021, quando o valor gasto pelas operadoras com esse tipo de pagamento passou a registrar aumento muito superior ao das despesas assistenciais. Levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrame), com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostra que, enquanto as despesas assistenciais aumentaram 0,2% entre 2021 e 2022, o valor gasto com reembolsos subiu 25,6%.

Problema identificado
Enquanto as despesas assistenciais aumentam 0,2%, o valor gasto com reembolsos sobe 25,6%

"Fraudes sempre existiram. A diferença é que, quando era tudo informal, era mais difícil. Com a aceleração digitalização que tivemos na pandemia, as fraudes aumentaram, principalmente pela prática do reembolso assistido", afirma Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abrame. Ele se refere a clínicas e consultórios que solicitam login e senha dos beneficiários para auxiliar no pedido de reembolso para o convênio, sob o argumento de exercer maior comodidade ao cliente. Na prática, porém, algumas dessas clínicas podem se aproveitar do acesso ilimitado ao perfil do cliente para inserir procedi-

mentos não realizados, lancar valores exorbitantes e até trocar a conta bancária informada para reembolso para que o prestador reciba diretamente da operadora.

ASSOCIAÇÃO E AGÊNCIA. De acordo com a Abrame, em alguns casos investigados as clínicas chegaram a abrir contas bancárias no nome dos beneficiários sem que eles soubessem para que o reembolso fosse feito em nome do cliente para despistar investigações, mas sem o usuário saber da existência dessa conta, que era administrada pelo fraudador.

Questionada sobre ações que quem realizando para coibir fraudes no setor de saúde suplementar, a ANS informou que as práticas fraudulentas são "apuradas pelos órgãos com competência para tal, como a polícia e o Ministério Público" e caso saiba de alguma conduta do tipo o caso é noticiado a esses órgãos. Informou que, mesmo que não tenha competência para apurar essa prática, "tem buscado soluções para coibir práticas ilegais, como medidas para melhorar a apuração dos fatos no momento da recepção de reclamações de consumidores pelos canais de atendimento".

Conforme a agência, se você passou login e senha para uma clínica, altere a senha da sua conta no app/site da operadora, verifique o histórico de reembolsos para avaliar se foram feitos pedidos de ressarcimento indevidos, informe a operadora contratada sobre a situação e verifique no site do Banco Central se for aberta indevidamente alguma conta bancária em seu nome.

"Por exemplo, no caso de reclamações sobre problemas com reembolso, o atendente do Disque ANS está orientado a perguntar se houve efetivo pagamento pelo procedimento", informou a ANS. "Caso a resposta seja que até o momento não foi realizado o pagamento, o atendente informa que o reembolso só é devido após a existência do desembolso prévio, esclarecendo que, se não ocorreu paga-



mento, não há previsão legal para reembolso por parte da operadora", disse a agência, em nota oficial. Isso porque algumas clínicas fraudulentas chegam a registrar reclamações (NIP) na ANS para pressionar a operadora a pagar o valor.

CANCELAMENTOS. "Nesse processo criminoso, o fraudador entra com pedido de reembolso e, na mesma hora, abre uma NIP para que a operadora fique com a corda no pescoço porque, se não resolver, pode pagar uma multa de R\$ 50 mil. Muitas vezes a operadora acaba pagando pela pressão e a NIP, criada para proteger o consumidor, está sendo usada de uma forma indevida", diz Vera Valente, da FenaSaúde.

Só a SulAmérica disse que já teve mil NIPs canceladas após comprovar que as queixas estavam relacionadas a práticas fraudulentas. A ANS disse ainda estar incentivando as operadoras a procurarem os órgãos devidos para investigação de possíveis crimes, como a polícia, o Ministério Público, o Poder Judiciário e os conselhos profissionais. ●

Previna-se

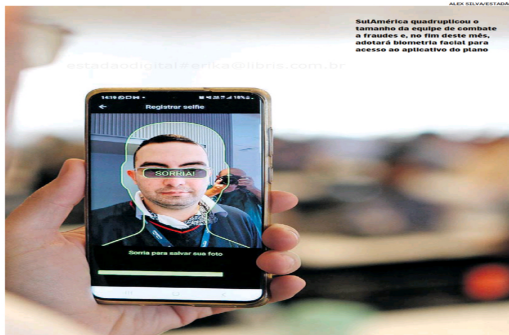
Principais tipos de fraude que já foram observados

● Fornecer dados pessoais a terceiros/Utilizar os dados de terceiros

Assim como a senha do seu banco, o login e a senha de acesso ao site e aplicativo do seu plano de saúde devem ser confidenciais. Os beneficiários podem ser induzidos a fornecer dados com a promessa de ter ajuda para a realização de algum processo com a operadora. Mas de posse desses dados terceiros podem ter acesso a informações pessoais e utilizá-las de forma inadequada; por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados.

● Empréstimo de carteira do convênio

A carteirainha do plano é pessoal e intransferível. Quando uma pessoa se passa por out-



Dados mais qualificados e tamanho da equipe de combate a fraude é, no fim das contas, o que adota a biometria facial para acesso ao aplicativo de plano

tra, para usar o plano de saúde de um terceiro, está cometendo crime. Assim como qualquer outro crime, a biometria facial para acesso ao aplicativo de plano de saúde também pode ser usada para obter vantagens indevidas. Quando uma única consulta ou procedimento é realizado, mas o reembolso é feito em nome de outra pessoa, isso é considerado fraude. O objetivo de exigir a biometria facial é garantir que o usuário seja quem se declara beneficiário do plano de saúde. O pedido de reembolso deve ser feito pelo próprio beneficiário ou por quem ele autorizou. Caso contrário, o reembolso não será pago. Não é necessário que o beneficiário tenha o plano de saúde ativo no momento em que o reembolso é solicitado. O importante é que o beneficiário tenha o plano de saúde ativo no momento em que o reembolso é solicitado. O importante é que o beneficiário tenha o plano de saúde ativo no momento em que o reembolso é solicitado.

Reembolso assistido ou assistido
O chamado "reembolso assistido" é quando o beneficiário solicita o reembolso de um procedimento de saúde diretamente para a operadora de plano de saúde, sem a necessidade de passar pelo médico ou pelo hospital. Isso é considerado fraude porque o beneficiário não pode acessar o histórico de procedimentos realizados e solicitar o reembolso diretamente para a operadora. O beneficiário deve solicitar o reembolso diretamente para a operadora, com a apresentação de todos os documentos necessários para comprovar o procedimento realizado.

Despesa não coberta pelo plano
Há casos em que o beneficiário solicita o reembolso de um procedimento de saúde que não é coberto pelo plano de saúde contratado. Isso é considerado fraude porque o beneficiário não pode solicitar o reembolso de despesas que não são cobertas pelo plano de saúde. O beneficiário deve verificar o rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde antes de solicitar o reembolso.

IA e biometria facial são usadas por operadoras

De olho nas práticas fraudulentas em reembolsos, o SulAmérica desenvolveu ferramentas de inteligência artificial para identificar possíveis fraudes. O setor também pretende estabelecer o mesmo diálogo com a Meta, dona do Facebook, Instagram e WhatsApp.

Para isso, a operadora precisa ter acesso a informações pessoais e utilizá-las de forma inadequada; por exemplo, para alterar a conta bancária vinculada ao reembolso ou para solicitar reembolso de procedimentos não realizados.

Despesa não coberta pelo plano
Há casos em que o beneficiário solicita o reembolso de um procedimento de saúde que não é coberto pelo plano de saúde contratado. Isso é considerado fraude porque o beneficiário não pode solicitar o reembolso de despesas que não são cobertas pelo plano de saúde. O beneficiário deve verificar o rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde antes de solicitar o reembolso.

Despesa não coberta pelo plano
Há casos em que o beneficiário solicita o reembolso de um procedimento de saúde que não é coberto pelo plano de saúde contratado. Isso é considerado fraude porque o beneficiário não pode solicitar o reembolso de despesas que não são cobertas pelo plano de saúde. O beneficiário deve verificar o rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde antes de solicitar o reembolso.

Economia vivida
Com foco em análise de dados, a operadora desenvolveu ferramentas de inteligência artificial para identificar possíveis fraudes. O setor também pretende estabelecer o mesmo diálogo com a Meta, dona do Facebook, Instagram e WhatsApp.

Veículo: Impresso -> Jornal -> Jornal O Estado de S. Paulo

Seção: Metrópole **Caderno:** A **Página:** 16 e 17