



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# Textos para Discussão nº 62-2017

*Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil.*

*Autora: Natalia Cairo Lara*

*Coordenação Acadêmica: Antonio Campino*

*Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro*

# Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil.

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- O presente estudo tem por objetivo abordar a fraude nos sistemas de saúde de diferentes países, assim como relatar experiências de combate a essa prática tanto nos sistemas de saúde públicos, quanto nos privados;
- Em 2011, uma média de 6,99% da despesa anual global<sup>1</sup> com saúde foi desperdiçada por fraudes, segundo um estudo realizado pela BDO em 2014. Em contrapartida, um outro estudo realizado pela OMS estimava que a despesa global com cuidados em saúde era cerca de US\$ 4,7 trilhões por ano, para o mesmo período, isso se traduz em cerca de US \$ 260 bilhões em perda global devido a fraudes e erros;
- Nos Estados Unidos, entre o período de 2009 a 2012, apenas a indústria farmacêutica foi responsável por U\$ 10,1 bilhões de dólares em multas por fraudes. As fraudes mais comuns são: promoção off-label, propina, propaganda com intenção de enganar;
- Os maiores gastos com fraudes também recaem sobre as operadoras de planos de saúde e de seus beneficiários que financiam o tratamento. Quando o modelo de pagamento dos prestadores de serviços é fee-for-service, o paciente tende a ficar mais sujeito à tratamentos e exames, pois os prestadores são remunerados de acordo com os procedimentos realizados, o que implica um incentivo a oferecerem mais serviços e serviços caros (SAVEDOFF, 2007);
- No Brasil, a Controladoria Geral da União (CGU) fez um levantamento, entre 2002 e 2015, e detectou irregularidades de desvio de dinheiro da saúde pública em aproximadamente R\$ 5,04 bilhões, o que equivale a 27,3% do total de irregularidades em todas as áreas do governo. As principais fraudes estão relacionadas ao serviço farmacêutico;
- No setor privado brasileiro, um estudo da Funenseg (2006), reporta que, no mercado de seguro saúde, de 10% a 15% dos reembolsos pedidos pelo segurados são indevidos, de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários;
- Se considerarmos os gastos em saúde do período de 2015 divulgados pela ANS e criarmos dois cenários de acordo com o estudo realizado pela Funenseg considerando 18% dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% dos pedidos de exames laboratoriais não são necessários, teremos um gasto na saúde de aproximadamente 12 bilhões de reais em contas hospitalares e 10 bilhões de reais em pedidos de exames laboratoriais não necessários;
- Estudos internacionais apontam três práticas mais utilizadas no combate a fraude na saúde, que são: (i) criação de leis anticorrupção na saúde (que implicam em multas e sentença penal para os envolvidos); (ii) transparência dos setores da saúde por meio da inserção de tecnologias (por exemplo: prontuário eletrônico e inserção de softwares na área financeira de operadoras, hospitais, distribuidores, etc) e; (iii) implementação de novos modelos de pagamento prospectivos (por exemplo: baseado no Diagnosis Related Group – DRG).

---

<sup>1</sup> Países da OCDE

## 1. INTRODUÇÃO

Abusos no sistema de saúde visando vantagens indevidas para pessoas e empresas não são exclusivos de um determinado país ou sistema de saúde. No “Global Corruption Barometer 2013”, a maior pesquisa de opinião realizada no mundo sobre corrupção, foi demonstrado que 5% dos países que participaram da pesquisa<sup>1</sup> percebiam serviços médicos e de saúde como sendo os mais afetados pela corrupção, dentre setores como educação, mídia, polícia e partidos políticos. Nessa mesma pesquisa, no Brasil, 55% dos entrevistados percebiam que o sistema de saúde era corrupto ou extremamente corrupto.

Em 2011, em média, 6,99% da despesa anual global<sup>2</sup> de saúde foi desperdiçada por fraude e erros<sup>3</sup> (Center for Counter Fraud Studies, 2014). Em contrapartida, a OMS estima que a despesa global<sup>4</sup> com cuidados de saúde é de cerca de US \$ 4,7 trilhões, o que se traduz em cerca de US \$ 260 bilhões em perda global anual devido a fraudes e erros (United Nations Development Programme, 2011).

De uma forma geral, a corrupção reduz os recursos disponíveis para a saúde, a qualidade, a equidade e o volume de serviços prestados, além de aumentar o custo dos serviços prestados. Apesar de todos esses efeitos negativos, na área da saúde, a corrupção e a fraude são difíceis de serem detectadas, pois o setor contempla diversas esferas, como a saúde pública, os planos de saúde, os hospitais, os médicos, os pacientes e os fornecedores. Ainda, as formas de abuso podem variar dependendo de como os fundos financeiros são mobilizados, gerenciados e pagos. Por esta razão, é útil classificar os sistemas de saúde em duas grandes categorias, com base em sua estrutura institucional: sistema público de saúde e sistema privado de saúde (Savedoff, 2007).

Em caso de serviço público de saúde, as

formas mais comuns de abuso são: a) propinas e corrupção nos contratos; b) roubo; c) negociação de leitos hospitalares; d) redução da qualidade do serviço assistencial e; e) negligência no atendimento ao paciente. Por outro lado, no sistema de saúde privado, as formas mais comuns de abuso são: a) tratamento excessivo ou baixa qualidade no atendimento, assim como, a venda de medicamentos (por exemplo no caso de venda off label) e de dispositivos médicos (por meio de sonegação de impostos ou dispositivo não autorizado pelo Ministério da Saúde) e; b) sonegação de impostos, o que configura fraude do balanço contábil (Savedoff, 2007).

No diagrama da próxima página é apresentada a estrutura do sistema de saúde global e como a fraude opera no setor (Savedoff, 2007). É possível observar que todo o processo da cadeia de saúde é passível de corrupção e fraude (Figura 1 - Página 4).

A seguir são apresentadas algumas formas de corrupção e alguns incentivos à essa prática de acordo com diferentes atores da cadeia de saúde:

### - Governo:

No que se refere à saúde, o papel do governo é regulamentar o setor saúde público e privado com o intuito de gerar bem-estar social a população. No entanto, uma regulação excessiva tem como consequência a criação de oportunidade para a corrupção com o aumento das atividades de lobby e de rent-seeking<sup>5</sup>. A excessiva regulação também implica em um sistema burocrático que gera dependência do sistema judicial, impondo custos econômicos significativos ao sistema público, assim como ao privado (IONESCU et al, 2013; RIBEIRO, 2006).

Nas esferas federal, estadual e municipal podem ocorrer processos de fraudes no momento de gerenciamento das unidades de serviços hospitalares e postos de saúde. Segundo o relatório *Transparency Internacional* (2016), as principais irregularidades são: fraudes

<sup>1</sup> Foram pesquisados 107 países, sendo que no mundo existem 193 países, ou seja, a pesquisa contemplou 55% dos países no mundo.

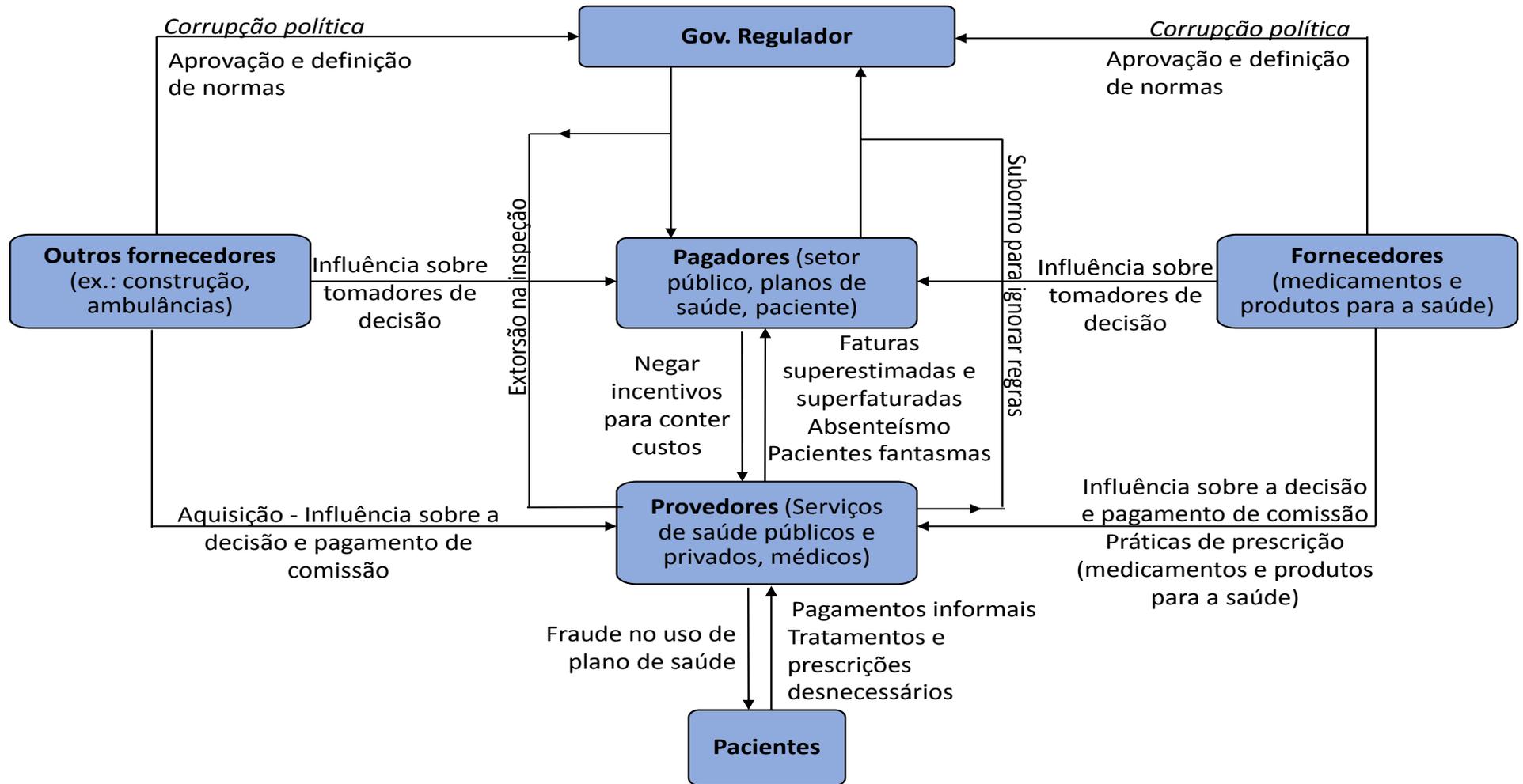
<sup>2</sup> Países da OCDE

<sup>3</sup> <https://fullfact.org/wp-content/uploads/2014/03/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud-Report-2014-11.3.14a.pdf>

<sup>4</sup> Com base nos dados financeiros dos países que compõe o banco de dados da Organização Mundial da Saúde. <http://www.who.int/en/>

<sup>5</sup> Rent-seeking se origina a partir de uma alta burocratização do sistema público, pois, como o processo para a autorização de qualquer atividade pública necessita de vários estágios, surge a necessidade de realizar o processo burocrático mais rápido, o que implica em suborno, corrupção, contrabando e mercado negro como alternativa do sistema. A prática dessas ações corresponde uma criação de renda fora do sistema tanto para o setor público quanto para o privado (KRUEGER, 1974).

FIGURA 1: ÁREAS CENTRAIS DO SISTEMA DE SAÚDE E OS RISCOS DE FRAUDE



Fonte: Elaboração do IESS a partir de Savedoff (2007).

em contratos; peculato de recursos por meio de fraude (documentos fiscais falsos; mercadorias compradas que não chegaram à unidade de saúde, compras a preços acima do mercado, etc.) e; desvio de fundos destinados a pagar fornecedores e médicos (fraudes e práticas ilegais na contratação de médicos, etc.).

- Operadoras de planos de saúde:

As operadoras podem cometer fraudes ou corrupção em tais situações: a) quando infringem as leis e normas de regulação; b) quando fraudam balanço contábil ou; c) quando subornam agentes públicos de fiscalização (SAVEDOFF, 2007).

- Prestadores de saúde:

Os prestadores de serviços privados que apresentam maior incidência de fraudes, de acordo com Savedoff (2007), são: serviços hospitalares e atendimento médico. Em alguns países, as fraudes mais comuns que envolvem os serviços hospitalares se relacionam a venda de medicamentos e de dispositivos médicos. A venda irregular ocorre quando o hospital vende o produto à um preço que gera lucros excessivos para a instituição (no Brasil, não é fraude o hospital obter lucro excessivos por meio de medicamento e outros materiais, no entanto, em outros países é crime<sup>6</sup>), ou, lucros pessoais (quando a escolha do fornecedor do medicamento implica em recebimento de propina por parte de um funcionário administrativo do hospital). Isso ocorre, muitas vezes, quando os hospitais ou o médico obtém vantagem financeira por meio de negociação com a indústria farmacêutica ou de dispositivos médicos (SAVEDOFF, 2007).

De acordo com Savedoff (2007), os médicos têm uma forte influência sobre as decisões dos tratamentos, incluindo a prescrição de medicamentos, o tempo da internação hospitalar, a solicitação de exames e o encaminhamento para consultas ou serviços adicionais. Os pacientes ficam sujeitos às prescrições médicas e ao tratamento indicado pelo médico ou pelo hospital, ficando vulnerável aos gastos impostos sem possuir conhecimento se é necessário ou não para o tratamento da

sua doença. Os maiores gastos com fraudes também recaem sobre as operadoras de planos de saúde e de seus beneficiários que financiam o tratamento. Quando o modelo de pagamento dos prestadores de serviços é *fee-for-service*, o paciente tende a ficar mais sujeito à tratamentos e exames, pois os prestadores são remunerados de acordo com os procedimentos realizados, o que implica um incentivo a oferecerem mais serviços e serviços caros (SAVEDOFF, 2007).

- Pacientes:

Há casos em que os pacientes também colaboram para fraude ou corrupção. Alguns exemplos de como os pacientes ou beneficiários podem contribuir para fraudar o sistema são: omitir o estado de saúde ao adquirir um plano de saúde (fraude); não-beneficiários utilizarem o plano de saúde de um beneficiário através de fraude na identificação; e subornar médicos para obtenção de benefícios para questões de não-saúde (tais como: obtenção de atestados médicos para licenças de trabalho, para evitar o recrutamento militar ou para obter auxílio-doença) (SAVEDOFF, 2007).

- Fornecedores / Distribuidores:

Fornecedores de equipamentos médicos e empresas farmacêuticas têm informação privilegiada sobre os seus próprios produtos, assim como as respostas clínicas de tais produtos. Essa assimetria de informação entre fornecedores, provedores, operadoras e pacientes faz com que sejam criadas oportunidades para abusos. Como exemplo, pode-se citar distribuidores de medicamentos vendendo produtos vencidos expirados em novas embalagens válidas. Além disso, eles podem induzir os prestadores de serviço a utilizar os seus produtos a partir de incentivos financeiros (SAVEDOFF, 2007).

Apesar do que foi discutido até agora, dados referentes à corrupção e à fraude no setor de saúde são incipientes na literatura brasileira e mesmo na literatura internacional. Sendo assim, de forma a agregar conhecimento e contribuir para discussões sobre o assunto, o presente estudo tem por objetivo abordar a fraude e a corrupção em diferentes países, assim como

<sup>6</sup> A Bolívia, por exemplo, pode considerar esse ato como sendo propina, ou seja, uma cobrança exagerada pelo material (Tella e Savedoff, 2001)

relatar experiências e melhores práticas de combate a essas práticas no sistema de saúde público e privado.

Os países selecionados para o desenvolvimento do trabalho foram: Estados Unidos, Alemanha, Chile e Brasil. Esses países, com exceção dos Estados Unidos, apresentam tanto um sistema universal de saúde, quanto um sistema de atendimento privado.

## 2. EVIDÊNCIA INTERNACIONAIS DE PRÁTICAS FRAUDULENTAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

### 2.1 ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos, dentro do Ministério da Saúde e de Serviços Humanos (Department of Health and Human Services – HHS), existe o órgão Food and Drug Administration (FDA), cuja atuação tem impacto sobre o setor de serviço de saúde, tanto públicos quanto privados. Uma das funções do FDA, em alguns casos, é prevenir a ocorrência de corrupção e fraude no sistema.

A fiscalização do setor de saúde nos Estados Unidos contra fraudes e corrupção é realizada pelo Federal Bureau of Investigation (FBI) e as principais legislações que vigoram nos Estados Unidos no combate à fraude no setor de saúde são: The False Claims Act (FCA), Affordable Care Act (ACA), e The Physician Payment Sunshine Act (PPSA).

A lei False Claims Act (FCA) foi criada em 1893 e consta no código civil dos Estados Unidos. A FCA é considerada uma das principais ferramentas para o combate à fraude no país, sendo aplicada constantemente em casos de fraude no sistema de saúde americano. A lei impõe responsabilidade civil sobre as pessoas que conscientemente fraudam ou se envolvem em vários tipos de má conduta envolvendo dinheiro do governo federal ou privado (STAMAN, 2014).

A ação contra a fraude pode ser aberta pelo procurador do governo federal ou por um cidadão contra o Estado ou uma instituição privada. O judiciário aplicou, em muitas relacionadas a fraudes oriundas do sistema de saúde, US\$

12,1 bilhões de dólares entre 2009 a 2013 (STAMAN, 2014).

Um dos principais marcos regulatórios federais para o setor de planos de saúde americano é o Affordable Care Act (ACA), aprovado em 2010, que tem como objetivo diminuir as barreiras de acesso da população aos planos de saúde. Estimava-se que, até 2014, essa lei estenderia a cobertura dos serviços médicos para mais de 30 milhões de pessoas que não possuíam seguro-saúde em 2010 (ANISTIA INTERNACIONAL, 2013).

A criação do ACA trouxe algumas alterações para o FCA, sendo elas: a eliminação da exigência de o acusado ter conhecimento direto e específico da fraude para acusação em tribunal (agora o réu precisa apenas ter um conhecimento indireto, mas o acusador deve ter uma prova substancial para dar início ao inquérito). Outra mudança foi a possibilidade de processar empresas por suborno, mesmo quando essas não estão diretamente envolvidas no processo de fraude (como exemplo, muitos fornecedores de materiais médicos que alegavam que não estavam cientes da fraude durante o processo de venda dos materiais podem agora ser processados) (STAMAN, 2014).

O Physician Payment Sunshine Act (PPSA) foi criado em 2010 e aprovado em 2013 pelo U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Essa legislação tem o objetivo de criar transparência nas doações realizadas por indústria farmacêuticas e fornecedores de materiais de saúde para os médicos. Todo o tipo de doação e pagamentos realizada para os médicos (exemplo: doação de medicamentos e materiais de saúde, viagens a congressos, ofertas de cursos e pós-graduações) devem ser publicadas no site do governo federal para consulta pública, esses dados também são divulgados pelo site: <https://projects.propublica.org/docdollars/>. Em números, de acordo com um estudo realizado em 2007, cerca de 94% dos médicos norte-americanos possuíam algum tipo de envolvimento com a indústria de saúde e, entre esses profissionais, 83% receberam algum tipo de presente e 28% receberam remuneração por consultoria (AGRAWAL et al, 2013).

O PPSA faz com que as relações entre médi-

cos e empresas do setor sejam divulgadas ao público, o que leva maior conhecimento ao paciente. Este conhecimento possibilita ao paciente ter consciência que o médico pode estar oferecendo um determinado tratamento devido a relação que o médico possui com o fornecedor, permitindo ao paciente decidir pelo melhor profissional. (AGRAWAL et al, 2013).

Segundo Morris (2016), o FBI estimou, em 2009, um faturamento fraudulento de 3% a 10% na despesa total de saúde no sistema de saúde público e privado, ou em valores absolutos, entre US\$ 75 bilhões a US\$ 250 bilhões de dólares.

De acordo com o Center for Medicare & Medicaid Services<sup>7</sup>, cerca de 1.442 fornecedores fizeram pagamentos para 607 mil médicos e para 1.122 hospitais escolas em 2014, sendo que o total do valor pago foi estimado em US\$6,45 bilhões de dólares.

Finalmente, para exemplificar, são demonstrados os maiores casos de fraude envolvendo empresas farmacêuticas nos Estados Unidos entre 2009 a 2012 e os valores das multas aplicadas em cada caso (Tabela 1). A maioria dos casos de infração se referem à promoção de off-label<sup>8</sup> e à propina.

**TABELA 1 – AS MAIORES AÇÕES DE FRAUDE CONTRA EMPRESAS FARMACÊUTICAS NOS ESTADOS UNIDOS, ENTRE 2009 A 2012.**

EMPRESAS	ANO	VALOR DA MULTA (BILHÕES DE DÓLARES)	ALEGAÇÃO DA INFRAÇÃO
GlaxoSmithKline	2012	3,0	Promoção de off-label, falta de relatório de dados de segurança, propaganda falsa e enganosa
Abbott Laboratories	2012	1,5	Promoção de off-label e comercialização do medicamento com evidência de ineficácia
Merck	2011	1,0	Promoção de off-label e declarações falsas e enganosas sobre a segurança do remédio
Novartis	2010	0,4	Propina, promoção de off-label
AstraZeneca	2010	0,5	Propina, promoção de off-label
Pfizer	2009	2,3	Promoção de off-label, propaganda com intenção de enganar, propina
Eli Lilly	2009	1,4	Promoção de off-label, falta de informação sobre os efeitos colaterais

Fonte: Elaboração própria IESS a partir de OUTTERSON, 2012.

## 2.2 ALEMANHA

O sistema de saúde da Alemanha é composto pelo seguro nacional de saúde obrigatório, chamado de seguro saúde social (SHI), e pelo seguro privado opcional. A cobertura do SHI é universal e alcança todos aqueles que estão empregados, até mesmo os residentes não alemães em

<sup>7</sup> <https://openpaymentsdata.cms.gov/>

<sup>8</sup> A promoção de off-label é a propaganda do uso do medicamento para uma indicação para a qual ele não foi testado. Ou seja, a empresa farmacêutica registra o uso do medicamento de acordo com as pesquisas realizadas e a propaganda do medicamento só pode ser direcionada ao uso que foi testado. Por exemplo, caso o medicamento possa ser utilizado tanto para gripe quanto para emagrecimento, mas o só foi testado para gripe, a empresa não poderá divulgar a função de emagrecedor.

situação legal. O principal modelo de pagamento de hospitais é o DRG (SAVEDOFF, 2007). O órgão regulador do sistema de saúde Alemão é o Federal Joint Committee (G-BA), que tem como função regular a decisão do corpo das associações de médicos, dos dentistas, dos hospitais e dos planos de saúde.

A European Commission (2013) realizou um estudo sobre a percepção de corrupção no sistema de saúde europeu e contemplou a Alemanha como um dos países pesquisados. O resultado da pesquisa foi que os entrevistados têm uma percepção de corrupção baixa no sistema de saúde alemão e destacaram que a aquisição de equipamentos médicos tem um alto nível de supervisão e o processo é eficaz. O único problema encontrado pelos entrevistados foi a relação entre a indústria farmacêutica e o médico que estabelecem um acordo para a indução do medicamento de marca para o paciente.

Em 2013, a pesquisa constatou que existem 16 mil representantes farmacêuticos ativos na Alemanha. Eles realizam cerca de 1 milhão de visitas em consultórios oferecendo os medicamentos das suas empresas. Em troca, o médico que prescreve o medicamento recebe presentes, benefícios financeiros, e inscrições em congressos (EUROPEAN, 2013).

Outra pesquisa na mesma linha verificou que, em 2014, 77% dos médicos alemães foram visitados por representantes farmacêuticos pelo menos uma vez por semana e 19% foram visitados diariamente. No entanto, apenas 6% dos médicos acreditavam que haviam sido influenciados pelos representantes farmacêuticos. Porém, quando se perguntava se os colegas de profissão eram influenciados essa taxa subia para 21% (FISCHER, 2014). A principal forma, destacada pelo estudo, para combater a corrupção na Alemanha foi o aumento da transparência no setor farmacêutico e dos procedimentos médicos. As principais ações foram: (i) aumento da investigação criminal na área farmacêutica, (ii) implantação de prontuários eletrônicos para os pacientes<sup>9</sup>; (iii) formulários de procedimentos realizados pelos médicos com o objetivo de aumentar a transparência no consultório; (iv) campanhas esclarecendo e divul-

<sup>9</sup> Com o objetivo de o médico obter todo o histórico do paciente em um único local diminuindo a necessidade de o médico realizar exames e procedimentos desnecessários, apenas com o intuito de remuneração.

gando procedimentos de corrupção na saúde e; (v) divulgação pela mídia de casos de corrupção na indústria farmacêutica (EUROPEAN, 2013).

### 2.3 CHILE

O sistema de saúde chileno é composto pelo setor público e privado e ambos estão sob a coordenação do Ministério da Saúde. O sistema público cobre 72,5% da população, sendo coordenado pelo Fundo Nacional de Saúde (FONASA) (MESA et al, 2009). O sistema privado, organizado pela cooperativa Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), tem taxa de cobertura de 18% da população e abrange principalmente a população de alta renda (ISAPRES, 2014). Os 9,5% restantes da população são cobertos ou pelo sistema de saúde das Forças Armadas ou são consumidores out-of-pocket (pagamento direto feito pelo usuário).

A prevenção contra fraudes no sistema de saúde chileno é realizada por leis federais que estão situadas no código penal e por meios de regulações criadas pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o Ministério da Saúde obriga a todo beneficiário (do sistema público ou privado) a preencher um formulário médico ao pedir afastamento do trabalho por questões de licença maternidade, de doença ou por filho menor de 1 ano doente. Esse procedimento foi instaurado com o intuito de trazer maior transparência à solicitação de licença médica. (MESA et al, 2009).

No país, é obrigatório que todos os trabalhadores contribuam com 7% do seu salário para o sistema de saúde escolhido por ele, público ou privado. Cada instituição é responsável em repassar o auxílio doença ao funcionário (Governo do Chile – Previsión Social). Portanto, a preocupação com fraudes no processo de licença médica é tanto do setor privado quanto do setor público.

Em 2005, uma pesquisa verificou que a operadora Banmedica S.A<sup>10</sup> apresentava um custo de fraude entre 9,5% a 10% do custo total de licenças médicas (ORTEGA et al, 2006).

Um outro estudo verificou que fraudes relacionadas a afastamento do trabalho por mo-

<sup>10</sup> A Banmedica S.A é umas das operadoras de saúde que compõe o ISAPRES.

tivo de doença chegam a custar por ano US\$ 31.548 para as operadoras de saúde, que são responsáveis pelos custos. Em 2007, esse mesmo estudo relata que os custos com fraude por uso de benefícios irregulares chegaram a 27% das despesas totais das licenças médicas (MESA et al, 2009).

## 2.4 BRASIL

O sistema público de saúde brasileiro é universal, porém é permitida a iniciativa privada na assistência à saúde, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. O Ministério de Saúde é o órgão responsável por criar políticas públicas e leis para defender e incentivar o setor de saúde. Porém, o setor de saúde suplementar só foi regulamentado em 1998 pela lei nº 9.656. A partir da lei nº 9.961/2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde.

A Controladoria Geral da União (CGU)<sup>11</sup> possui como instrumento a 'Tomada de Conta Especial' por meio do qual busca o ressarcimento e a detecção de fraudes e abusos nas contas públicas. Entre 2002 e 2015, o levantamento da CGU detectou irregularidades que desviaram da saúde pública aproximadamente R\$ 5,04 bilhões, o que equivale a 27,3% do total de irregularidades em todas as áreas do governo. O CGU estimou para o ano de 2016 uma quantia de 489 milhões de reais, apenas esse ano a representatividade equivale a 18,9% do total de irregularidades em todas as áreas do governo.

Um estudo realizado entre o período de 2004 a 2006 com 660 municípios auditados de maneiras aleatórias pela Controladoria Geral da União apresentaram alta taxa de irregularidades ou fraude no serviço farmacêutico prestado. Cerca de 90,3% dos relatórios analisados em todos os municípios estavam irregulares ou apresentavam fraudes. As principais porcentagens são: controle de estoque ausente ou deficiente (81,3%) e fraudes e desvio de recursos do programa (6,9%) (VIEIRA, 2008).

No setor privado, um estudo da Funenseg (2006), reporta que, no mercado de seguro

saúde, de 10% a 15% dos reembolsos pedidos são indevidos, de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários (MARQUES, 2006). De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)<sup>12</sup>, em 2012, as fraudes representavam 20% das despesas das operadoras.

Se considerarmos os gastos em saúde do período de 2015 divulgados pela ANS e criarmos dois cenários de acordo com o estudo realizado pela Funenseg considerando 18% dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% dos pedidos de exames laboratoriais não são necessários, teremos um gasto na saúde de aproximadamente 12 bilhões de reais em contas hospitalares e 10 bilhões de reais em pedidos de exames laboratoriais não necessários (Tabela 2).

**TABELA 2 – CENÁRIOS DE GASTO COM FRAUDES EM RELAÇÃO AOS GASTOS EM SAÚDE, 2015 (R\$ BILHÕES).**

CONTAS HOSPITALARES	2015	18% DOS GASTOS INDEVIDOS
CONSULTAS MÉDICAS EM PRONTO SOCORRO	4.639.342.722	
TERAPIAS	6.865.482.083	
INTERNAÇÕES	51.973.049.555	
DEMAIS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES	5.573.465.709	
<b>TOTAL</b>	<b>69.051.340.070</b>	<b>12.429.241.213</b>
	<b>2015</b>	<b>40% DOS GASTOS INDEVIDOS</b>
EXAMES	25.163.748.788	10.065.499.515

Fonte: Elaboração própria IESS a partir do Mapa Assistencial - ANS.

No Brasil, para combater as fraudes no setor público e privado, têm sido criadas leis para inibir a prática e penalizar os infratores. Em 2011, a Lei da Transparência<sup>13</sup> (Lei nº 12.527/2011) foi criada com o objetivo de trazer transparência e divulgação dos orçamentos e gastos da União, dos Estados e dos Municípios, assim como das autarquias públicas e das empresas sem fins lucrativos que recebem ou prestam serviços pú-

11 <http://www.cgu.gov.br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/avaliacao-da-gestao-dos-administradores/tomadas-de-contas-especiais/realizacoes>

12 <http://abramge.com.br/portal/images%5C%5Csimplefilemanager%5C%5C5384064af2eb86.23185884%5C%5C6dicasparaprevenirfraudescontraplanosdesade.pdf>

13 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)

blicos<sup>14</sup>. A lei implica que os dados sejam sempre atualizados e que possuam fácil acesso ao cidadão e, desse modo, visa combater as práticas de fraudes e corrupção no setor público.

Em 2013, foi sancionada a lei nº12.846<sup>15</sup> que dispõe sobre a responsabilização objetiva administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira.

As sanções previstas para as pessoas jurídicas são:

1) Multa, no valor de 0,1% (um décimo por cento) a 20% (vinte por cento) do faturamento bruto do último exercício anterior ao da instauração do processo administrativo;

2) Caso não seja possível utilizar o critério do valor do faturamento bruto da pessoa jurídica, a multa será de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a R\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de reais).

No início de 2015, o Ministério da Saúde, criou um Grupo de Trabalho Interinstitucional<sup>16</sup> com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME) em território nacional. O grupo produziu duas propostas<sup>17</sup> de ações para inibir a prática de fraudes, as quais são:

1) A criminalização das fraudes no fornecimento, aquisição ou prescrição de órteses e próteses no Brasil<sup>18</sup>;

2) Produzir e disseminar documentos de boas práticas de utilização de órteses, próteses e materiais especiais das áreas de ortopedia e cardiologia;

<sup>14</sup> Os dados das esferas de governo e empresas devem ser divulgados em seus portais eletrônicos institucionais.

<sup>15</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm)

<sup>16</sup> [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0038\\_08\\_01\\_2015.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0038_08_01_2015.html)

<sup>17</sup> <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/1axeamrcg04tbuoa.pdf>

<sup>18</sup> O grupo de trabalho da ANS divulgou o relatório final em julho de 2015 e está disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-externo-de-orteses-proteses-e-materiais-especiais?highlight=WyjvcG11110>

3) Realizar processos de qualificação de profissionais e técnicos envolvidos nas atividades de clínica e cirurgia, e no ciclo dos processos de aquisição, acondicionamento, gestão de estoque, controle e auditoria, e tecnovigilância de órteses, próteses e materiais especiais das áreas de ortopedia e cardiologia.

### 3. INTERVENÇÕES E BOAS PRÁTICAS PARA COMBATER A FRAUDE NA SAÚDE

Nesse item são abordadas as práticas anticorrupção na saúde sugeridas pelos seguintes estudos: *Addressing corruption in the health sector* (2011), *Fighting Corruption in the Health Sector* (2011) e *Study on Corruption in the Healthcare Sector* (2013). Segundo os estudos, para cada player do setor da saúde é necessário ter uma ação diferente. Pode-se dividi-los em cinco categorias: políticas públicas, hospitais, indústria farmacêutica, planos de saúde e fornecedores de material de saúde.

A prática utilizada na maioria dos países para combater a fraude é a criação de leis com o foco de anticorrupção para a saúde. Como apresentado nos itens anteriores, cada país cria sua lei de acordo com a necessidade local. No entanto, apenas a criação de lei não é suficiente para inibir tal prática, sendo necessário uma estrutura de fiscalização e a transparência no setor.

O *Study on Corruption in the Healthcare Sector* (2013) analisou que existem três principais categorias de leis que são: Leis anticorrupção em geral na qual abrange todas as áreas judiciais (não especifica apenas a saúde); Leis que abrangem apenas a área da saúde de forma genérica (sem ser direcionado a corrupção); e Leis que são específicas para a área da saúde anticorrupção.

Nos Estados Unidos podemos verificar leis genéricas e específicas para a área da saúde tanto destinadas apenas a anticorrupção quanto genéricas na saúde, como são o caso das leis *False Claims Act* (lei genérica anticorrupção), *Affordable Care Act* (lei genérica específica para a saúde), e *The Physician Payment Sunshine Act* (lei específica para a saúde).

O desenvolvimento de um sistema de saúde

de baseado na transparência auxilia o combate às fraudes. A implementação da transparência pode ocorrer em todos os segmentos do sistema, como na área de contábil por meio da informatização do sistema (de hospitais, operadoras e fornecedores); no atendimento ao paciente utilizando prontuários eletrônicos; e na divulgação de dados do setor para o público em geral (dados financeiros, epidemiológicos, indicadores de qualidade hospitalar, das operadoras e dos médicos e dados da estrutura física). Com a divulgação dessas informações é possível analisar se o setor está sendo eficiente ou não e acompanhar onde os gastos estão sendo realizados de forma adequada.

A incorporação de tecnologia em toda a cadeia da saúde na parte administrativa também

é uma forma de combater fraudes e desperdícios de gastos. Como exemplo, a inserção de prontuários eletrônicos em hospitais e também em operadoras facilita o armazenamento de dados dos pacientes e de transições financeiras. O aprimoramento não é apenas na parte tecnológica de softwares, mas também, na forma de remuneração de provedores e fornecedores.

A adequação do modelo de pagamento de prestadores, também, é uma ferramenta que combate a corrupção, pois, tanto pode contribuir para um sistema que visa aumentar a produção de serviços, *fee-for-service*, ou como um modelo que busca por eficiência, *Diagnosis Related Group (DRG)*<sup>19</sup>. Um sistema de saúde

<sup>19</sup> Para maiores informações de como o DRG pode auxiliar na redução de custo acessar o Texto para Discussão nº 54 do IESS: <http://www.iess.org>.

**QUADRO 1 – RESUMO DAS PRINCIPAIS PRÁTICAS ADOTADAS NOS PAÍSES CONTRA A FRAUDE NA SAÚDE**

ÁREA	PROCESSO	TIPO DE CORRUPÇÃO	ESTRATÉGIAS ANTICORRUPÇÃO
Regulação	Políticas de Saúde	Influência política na definição da política de saúde, pacotes de benefícios para apenas um setor da saúde, políticas públicas voltadas apenas para hospitais, subornos para a criação de leis na área de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a transparência e o acesso à informação no processo de decisão de leis e normas;</li> <li>• Fortalecer a participação de todos os setores de saúde (indústria, fornecedores, provedor, plano de saúde e beneficiários) na tomada de decisões de políticas de saúde;</li> <li>• Seguir normas de processo internacionais como: políticas de medicamento (na fabricação, e na precificação de preços);</li> <li>• Leis anticorrupção genérica e específica para a área da saúde;</li> </ul>
	Financiamento da saúde	Influência política e subornos na regulação de mercado	
Orçamento e Gestão de recursos	Faturamento de serviços	Cobrança fraudulenta de serviços não fornecidas durante o processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investimento em melhoria area contábil;</li> <li>• Contratação de auditores externos ou o seu aumento;</li> <li>• Transparência na faturação de serviços;</li> </ul>
	Gestão de folha de pagamento	Funcionários fantasmas e pagamentos indevidos a funcionários	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão da folha de pagamento;</li> <li>• Investimento em transparência de sistema de gestão;</li> <li>• Implementação de modelo de pagamento prospectivo;</li> </ul>
	Utilização de recursos	Roubo ou uso ilegal de equipamentos* (ex.: veículos ou outros insumos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinamento nos códigos de conduta e ética;</li> <li>• Aumento na fiscalização do uso de material;</li> <li>• Implementação de prontuário eletrônico;</li> </ul>
Aquisição	Construção e reforma de instalações de saúde	Suborno para influenciar o processo de licitação de contratação; Suborno para influenciar o acompanhamento e controle de instalações; cartel de empreiteiras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes e normas transparentes;</li> <li>• Investimento em softwares para combater a corrupção;</li> <li>• Criação de banco de dados de licitações;</li> <li>• Realizar auditoria;</li> </ul>

Fonte: Elaboração IESS e Addressing corruption in the health sector (2011)

\* O uso ilegal de equipamentos está relacionado a ter uso em horários não apropriados,

**QUADRO 1 – RESUMO DAS PRINCIPAIS PRÁTICAS ADOTADAS NOS PAÍSES CONTRA FRAUDE NA SAÚDE (CONTINUAÇÃO)**

Gerenciamento de medicamento	Registro de medicamento	Suborno para acelerar o registro de medicamento ou aprovar autorização para a fabricação; fraudes na inspeção de qualidades de medicamentos ou da certificação de boas práticas na fabricação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparência e prestação de contas</li> <li>• Ter uma agência de regulação de medicamentos independente e idônea</li> </ul>
	Compra de medicamentos	Suborno para em políticas públicas para a implementação de um determinado medicamento na saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de leis e normas;</li> <li>• Investimento de softwares em sistemas de gestão de medicamentos;</li> </ul>
	Distribuição de medicamentos	Roubo, desvio e venda de drogas ao longo da cadeia de distribuição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparência e responsabilização nos processos de tomada de decisão;</li> <li>• Publicação de informação e participação das partes interessadas;</li> </ul>
Hospitais	Processo de atendimento hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faturas superestimadas e superfaturadas;</li> <li>• Não aprimorar a administração hospitalar afim de conter custo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação de novo modelo de pagamento (DRG)</li> <li>• Prontuário Eletrônico;</li> </ul>
Pacientes	Conduta do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraude no uso de plano de saúde;</li> <li>• Pagamentos informais de tratamentos (como utilizar o benefício do convênio para cobrir um tratamento não estipulado no Rol, mas o médico declara um tratamento que consta no Rol;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatização do processo de atendimento ao paciente</li> <li>• Divulgar as boas práticas de utilização dos serviços para o paciente e as consequências das maus condutas</li> </ul>

Fonte: Elaboração IESS e Addressing corruption in the health sector (2011)

que procura aprimorar a forma de remuneração inibe práticas de subornos, de indicações de procedimentos para obter lucro próprio, e de recomendação de produtos cirúrgicos ou medicamentos no qual o provedor/médico receberá comissão por isso.

Como apresentando no texto cada país possui suas particularidades no sistema de saúde e possui ferramentas similares e diferentes para combater as fraudes na saúde. Porém, em todos os países a transparência no sistema é fundamental para que políticas e práticas sejam executadas de maneira eficiente. No Quadro 1 é apresentando um resumo das principais práticas utilizadas no sistema de saúde anticorrupção.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A corrupção no setor de saúde gera dois grandes problemas: baixa qualidade no atendimento ao paciente e tendência inflacionária

dos serviços prestados. Quando um produto para saúde é escolhido em troca de favores financeiros, coloca-se a saúde do paciente em segundo plano, causando, às vezes, danos irreversíveis.

No levantamento bibliográfico foi verificado que o segmento farmacêutico é que apresenta o maior número de dados em relação a fraudes. Todos os países, exceto o Chile, apresentaram estudos que abordam fraudes na indústria farmacêutica, o que implica em aumento de custos para toda a cadeia produtiva do setor. Porém, isso não quer dizer que seja o setor que mais comete atos de corrupção. Nos Estados Unidos, entre o período de 2009 a 2012, apenas a indústria farmacêutica foi responsável por U\$ 10,1 bilhões de dólares em multas por fraudes.

Os maiores gastos com fraudes também recaem sobre as operadoras de planos de saúde e de seus beneficiários que financiam o tratamento. Quando o modelo de pagamento

[br/?p=publicacoes&id=726&id\\_tipo=3](http://br/?p=publicacoes&id=726&id_tipo=3)

dos prestadores de serviços é fee-for-service, o paciente tende a ficar mais sujeito à tratamentos e exames, pois os prestadores são remunerados de acordo com os procedimentos realizados, o que implica um incentivo a oferecerem mais serviços e serviços caros.

As políticas de combate às fraudes no sistema de saúde público e privado possuem características semelhantes entre os países. Pode-se destacar dois países que possuem uma política antifraude avançada, que são: Estados Unidos e Alemanha. Ambos os países investiram em transparência dos dados do setor e intensa fiscalização durante os processos. Brasil e Chile caminham na mesma direção buscando trazer transparência dos processos no setor e aumento na fiscalização.

## 5. REFERÊNCIAS:

- AGRAWAL, S. et al. The Sunshine Act — Effects on Physicians. *The New England Journal of Medicine*, 2013
- ANISTIA INTERNACIONAL. Informe 2013: os direitos humanos no mundo. 2013. Disponível em: <http://www.amnesty.org/pt-br/region/usa/report-2013>
- BAHIA, L. e VIANA, A. Capítulo Introdução IN: Regulação & Saúde. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, ANS, 2003.
- CATO INSTITUTE. Health insurance regulation. In: *Cato handbook for policy makers*. Washington, DC: Cato Institute, 2009.
- Center for Counter Fraud Studies. *The Financial Cost of Healthcare Fraud 2014*. University of Postmort, United Kingdom, 2014.
- European Commission. *Study on Corruption in the Healthcare Sector*. Publications Office of the European Union, 2013
- FISHER, C. Corruption in healthcare: a problem in Germany, too. *Indian Journal of Medical Ethics* Vol XI No 2, 2014
- GOVERNO DO CHILE – Previsión Social. Disponível em: [http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page\\_id=7229](http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7229)
- Transparency International. *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press. London – ANN Arbor, MI.
- IONESCU, L. et al. Economic Disparity, Fraud, Corruption and Global Governance Failures. *Recent Researches in Sociology, Financing, Environment and Health Sciences*, 2007.
- ISAPRES. ANTECEDENTES GENERALES Y EVOLUCIÓN SISTEMA ISAPRE- 1990-2014. Disponível em: <http://www.isapre.cl/PDF/PRESENTACIONISAPRES10JUNIO2015.1.pdf>
- KRUEGER, A. O. *The Political Economy of the Rent-Seeking Society*. The American Economic Review, Estados Unidos, 1974.
- MARQUES, L. A Fraude no Seguro: Alvos e Formas de Combate. *Estudos Funenseg* 10. Rio de Janeiro, Funenseg 2006. Disponível em: [https://www.funenseg.org.br/arquivos/estudos\\_funenseg\\_10\\_2.pdf](https://www.funenseg.org.br/arquivos/estudos_funenseg_10_2.pdf)
- MESA, F. R et al. Fraudes a los sistemas de salud en Chile: un modelo para su detección. *Rev Panam Salud Publica*, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/09.pdf>
- MORRIS, L. Combating Fraud In Health Care: An Essential Component Of Any Cost Containment Strategy. An alarming surge in fraud schemes and abusive practices requires aggressive action. *Health Affairs*. Volume 28, Number 5, 2016.
- ORTEGA, et al. A Medical Claim Fraud/Abuse Detection System based on Data Mining: A Case Study in Chile. *Conference on Data Mining*, 2006. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.176.796&rep=rep1&type=pdf>
- RIBEIRO, I. O Formalismo do Sistema Judicial é Sempre Prejudicial? *SSRN Electronic Journal*, 2006. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=976992>
- SAVEDOFF, W. D. Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean. *Health Technical Note* 03/2007
- STAMAN, J. A. Health Care Fraud and Abuse Laws Affecting Medicare and Medicaid: An Overview. *Congressional Research Service*, 2014
- TELLA, R, D e SAVEDOFF, W. D. Diagnosis Corruption - Fraud in Latin America's Public Hospitals. *Inter-American Development Bank*. Washington, D. C. 2001.
- United Nations Development Programme. *Fighting Corruption in the Health Sector: Methods, Tools and Good Practices*. Bureau for Development Policy. New York, NY 10017, USA, 2011.
- OUTTERSON, K. Punishing Health Care Fraud — Is the GSK Settlement Sufficient? *The New England Journal of Medicine*, 2012.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 24(2), 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a03v24n2>

**IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)