



FBI descobre fraude de US\$ 452 milhões no sistema de saúde nos EUA

Em uma investigação em apenas sete cidades americanas, uma força-tarefa do FBI e do Departamento de Justiça dos EUA descobriu fraudes de US\$ 452 milhões contra o Medicare, um programa governamental que funciona como seguro-saúde para idosos e deficientes físicos e mentais. As autoridades indiciaram 107 médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que estariam envolvidos com esquemas de cobranças fraudulentas, como de serviços médicos que não foram realmente prestados. As informações foram postadas, na quarta-feira (2/5), nos sites do Departamento de Justiça e do FBI.

Além disso, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos suspendeu 52 provedoras de serviços médicos, aplicando-lhes medidas administrativas, depois de analisar suas faturas e encontrar nelas "fortes indícios de fraude". As autoridades explicaram nesta quinta-feira, em entrevistas, que o governo Obama está se empenhando para fechar o cerco contra provedoras de saúde e de equipamentos médico-hospitalares, que cobram por tratamentos que não foram feitos, transportes de ambulância que nunca foram efetuados e material que nunca foi entregue.

Já há algum tempo, os americanos também reclamam de médicos que marcam consultas desnecessárias com especialistas ou clínicos gerais e prescrevem um número excessivo de exames de laboratório. Muitos médicos americanos ganham comissões dos laboratórios de exame. Há mais de um ano, algumas instituições médicas foram investigadas por fazerem cirurgia de câncer de mama desnecessárias.

Na atual investigação, o valor das fraudes apuradas nas setes cidades de diversos estados foi o maior já encontrado por uma força-tarefa do governo. Só em Baton Rouge, capital de Louisiana, sete pessoas foram indiciadas em um tribunal federal, por fraudes no valor de US\$ 225,6 milhões, em um período de seis anos. Os promotores pediram ao juiz a prisão preventiva de dois dos acusados, sem direito à fiança. Donos de uma clínica especializada em tratamento de pessoas com deficiência mental, eles "procuraram levar vantagem em cima das pessoas mais vulneráveis", disseram os promotores, segundo os autos. Os acusados podem pegar de 40 a 80 anos de prisão, se condenados.

Em Los Angeles, oito pessoas foram indiciadas. Dois médicos foram acusados de cobrar dos cofres públicos cerca de US\$ 20 milhões por serviços que jamais prestaram. O dono da provedora de equipamentos médicos Latay Medical Services, Golademi Adetola, foi acusado de cobrar do Medicare por cadeiras de rodas elétricas, que nunca foram realmente vendidas. A Greatcare Home Health, também de Los Angeles, foi acusada de pagar propinas a "recrutadores de pacientes" — pessoas sem qualquer problema médico que, também por propinas, faziam consultas médicas e recebiam prescrições falsas de medicamentos. Dois médicos foram processados por cobrar o fornecimento de tubos de alimentação a pacientes que, na verdade, não precisavam deles.



O procurador-geral assistente, Lanny Breuer, chefe da Divisão Criminal do Departamento de Justiça, disse que essa foi a quarta de uma série de desmontagens de esquemas de faturamentos fraudulentos contra o Medicare nos últimos dois anos. "O Medicare é um alvo atrativo para esses criminosos. Maseles precisam saber que isso dá cadeia. Se não acreditam, perguntem para Lawrence Duran", ele disse. Duran, ex-dono de uma empresa de saúde mental em Miami, foi sentenciado a 50 anos de prisão, por fraudes contra o Medicare. Dois outros sócios pegaram 35 anos cada um.

A força-tarefa do Departamento de Justiça e FBI emprega mais de 500 investigadores, que se dedicam a combater fraudes contra o Medicare, por meio de técnicas de análises de dados e outros esforços de investigação, informam os *sites* do Departamento de Justiça e do FBI. Eles fizeram as buscas e apreensões e também as prisões. Dos indiciados, 87 foram presos na quarta-feira. Os demais ainda são procurados e os agentes os aconselham a se apresentar voluntariamente.

No ano passado, o governo federal indiciou 1.430 pessoas, acusadas de fraudar o sistema de saúde do país — para comparação, foram 797, em 2008, de acordo com o Departamento de Saúde. O órgão informou que também foram revogadas as qualificações de mais de 60 mil provedoras de saúde e fornecedoras de equipamentos, envolvidas em fraudes contra o Medicare e o Medicaid (programa de assistência de saúde a pessoas extremamente pobres). E recuperou US\$ 4,1 bilhões de faturamentos fraudulentos.

Date Created

03/05/2012