

As fraudes e a operação disquete

JORNAL DO BRASIL

29 OUT 1995

O governo federal aplica mensalmente cerca de R\$ 600 milhões para custear o atendimento hospitalar e ambulatorial da população brasileira que utiliza os serviços, ainda precários, sejam públicos ou privados (contratados ou conveniados), do Sistema Único de Saúde — SUS.

Desse total qual o montante que é pago indevidamente? Quais os principais procedimentos médicos-hospitalares que são fraudados todo mês? Essas perguntas existem na cabeça de quase todos os brasileiros. Para alguns, envolvidos direta ou indiretamente com a questão, o valor dessas fraudes oscila entre 10 e 25% do total, o que representa algo em torno de R\$ 60 a R\$ 150 milhões/mês. Em vista da grande amplitude dessas margens de roubos pressentidas, elaboraremos nosso raciocínio com um valor médio: R\$ 105 milhões/mês, ou R\$ 1,2 bilhão/ano. É um número espantoso!

Infelizmente, os cofres do Estado brasileiro, por ser objeto do desejo de muitos desonestos, parece um queijo suíço onde os muitos furos assemelham-se às portas abertas de bancos que não têm qualquer segurança. É um convite ao assalto.

Não é privilégio da área da Saúde a ocorrência de fraudes de grande envergadura. Contudo, não vamos analisar aqui esses outros esquemas de saques existentes no setor público, embora combatidos: Previdência Social, armazenagem de grãos dos estoques reguladores do governo, securitização da dívida pública, privatizações, licitações públicas, entre outros. Nesse momento, não se trata de estabelecer um ranking de aonde está o maior assalto aos cofres públicos, mas de buscarmos entender a origem, os

fundamentos lógicos e a forma de como os mecanismos atuais de controle não detectam os sofisticados esquemas de fraudes no Sistema Único de Saúde.

A principal evidência contra o modelo vigente, sustentado nas Autorizações de Internação Hospitalar — AIH, o qual, a nosso ver, é indutor de fraudes, diz respeito ao sistema de remuneração: quanto maior o número de doentes maior será a receita da instituição de saúde. Como reflexo direto dessa estranha situação teríamos a diminuição de “receitas” naquelas localidades onde os administradores conseguissem implementar um bom sistema de planejamento e administração da saúde, levando à melhor prevenção e manutenção da saúde, diminuindo as internações e procedimentos desnecessários, com a conseqüente redução dos gastos. Quem tiver êxito na política de saúde terá suas receitas diminuídas?

Os atuais mecanismos de controle do SUS são insuficientes para detectar a ocorrência das fraudes porque, entre outros aspectos, o sistema de verificação eletrônica de faturas mostra-se bastante vulnerável e o sistema de auditoria não consegue agir em parceria com a comunidade.

Nesse particular, convém destacar um aspecto curioso, implícito aos sistemas eletrônicos de verificação: a ocorrência de fraude não será detectada se o fraudador conseguir descobrir “os padrões de normalidades” existentes no sistema de verificação. É a sofisticação máxima da fraude.

Para entender esse mecanismo veja o seguinte exemplo: o sistema de verificação está preparado para identificar algumas doenças que ocorrem exclusivamente em homens ou mulheres, assim, se na AIH constar um procedimento incompatível sob esse critério, o progra-

ma detecta-o e o rejeita. A maioria das ocorrências de “fraudes” relatadas na grande imprensa são fruto dessa checagem eletrônica. O bom-senso indica que não são essas ocorrências elementares, corretamente glosadas pelas autoridades e amplamente ironizadas pela opinião pública, as maiores causadoras do rombo na saúde, até porque são muito visíveis.

Parto cesariano em homens ou operação de fimose em mulheres são situações pitorescas que, certamente, não são praticadas pelos verdadeiros grandes fraudadores.

Uma das mais recentes denúncias veiculadas pela imprensa diz respeito àqueles casos em que o hospital recebe um valor “x” por tratamento/internação incompatível com a gravidade do quadro clínico, por exemplo: um dia de internação seguida de alta para recuperação de um paciente com grave cardiopatia, e a cobrança, por esse procedimento, de 15 dias de internação. Constatou-se que esse paciente é transferido para outra unidade, horas depois de ter dado entrada naquele primeiro hospital, e ambos hospitais receberão o mesmo valor por aquele mesmo paciente, como se tivessem tido as mesmas despesas, ou fossem pessoas diferentes.

Após ter sido detectado mais esse furo, o Ministério da Saúde vem informar à opinião pública que está ajustando o programa de verificação. Em função dessa questão — sofisticação da fraude eletrônica — que não parece resolvida, fica a dúvida sobre qual é o nível de confiabilidade desse sistema eletrônico de controle e verificação.

Para agravar ainda mais esse quadro, surgem notícias sobre uma verdadeira indústria de “ajuste” das

planilhas de cobrança de AIH que serão apresentadas ao Ministério da Saúde. O principal “produto” dessa perversa indústria de “consultorias” é avaliar se aquela planilha contém algum dado passível de cair na malha fina do DataSUS, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela informatização do Sistema.

Esse ajuste prévio das planilhas é chamado “Operação alisa disquete”, porque os disquetes de prestação de contas das AIHs são “limpos” pelos consultores, evitando erros previstos no programa de verificação do DataSUS. Esses mesmos consultores apresentam ao cliente alternativas para o lucro máximo em cada procedimento. Muitas vezes, esses procedimentos nem foram realizados ou foram prestados parcialmente. Tais empresas assediam a rede do SUS procurando vender seus serviços. É a época do superfaturamento eletrônico.

A confirmação da existência desse esquema pode ser verificado por um simples fato: em milhares de planilhas apresentadas ao Ministério da Saúde para pagamento, o percentual de glosas é muito baixo, embora envolva centenas de milhões de reais. Nota-se, portanto, que os confeccionadores dessas planilhas são altamente especializados e “eficientes”, diferentemente da realidade administrativa predominante em nosso país, onde predomina a improvisação e a baixa qualificação.

Tudo isso é possível porque a racionalidade predominante na cabeça dos dirigentes da Saúde não lhes permite enxergar que, enquanto houver a sistemática de cobrança com base nas AIH, o “cientificismo” desse modelo será sempre a favor da indústria da fraude.