

Fraude deixa Saúde mal

O imobilismo do governo e a má-fé dos donos de hospitais deixam o Sistema Único de Saúde na UTI

Sylvio Costa
Da equipe do Correio

A aliança entre administradores de hospitais oportunistas e uma máquina administrativa imobilista tem impedido que o governo federal adote procedimentos que poderiam diminuir as fraudes na área da saúde.

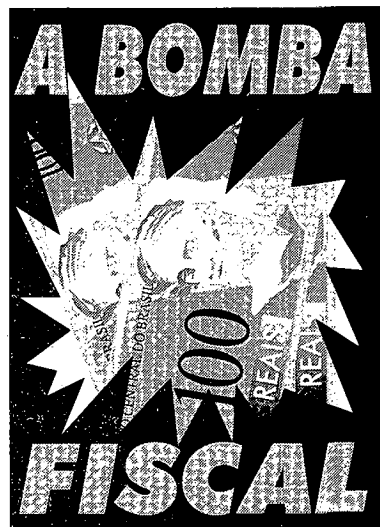
A afirmação consta de relatório de 156 páginas, produzido pelos economistas André Cezar Medici e Cláudio André Czapski, sob encomenda do Banco Mundial.

Obtido com exclusividade pelo **Correio Braziliense**, o documento — intitulado *Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com Saúde no Brasil* — faz um mapeamento das principais fraudes praticadas hoje no Sistema Único de Saúde (SUS).

A dupla não faz estimativa sobre o impacto das fraudes sobre o orçamento do ministério, hoje o órgão federal que mais consome recursos com despesas que não sejam pagamento de pessoal (área na qual o campeão de gastos é o Ministério da Educação).

Segundo técnicos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), ligado ao Ministério do Planejamento, nenhum levantamento feito até agora foi capaz de gerar números confiáveis quanto ao volume global das fraudes.

De qualquer maneira, as estimativas variam entre 10% e 30% do total dos recursos destinados aos prestadores de serviços do SUS. O que representaria, somente em 1995, um desvio de recursos entre R\$ 500 milhões e R\$ 1,5 bilhão.



produto da combinação de dois problemas: a falta de sistema adequado de fiscalização e controle e a defasagem dos valores pagos aos prestadores do SUS (hospitais, laboratórios, etc).

Os prestadores se sentem assim motivados a fraudar para compensarem a remuneração aquém de suas necessidades. O governo, por sua vez, não tem como saber "se o que está sendo pago foi efetivamente realizado.

AS FRAUDES MAIS COMUNS

O relatório relaciona algumas das fraudes mais frequentes praticadas pelos hospitais:

FALTA DE FORÇA POLÍTICA

Involuntariamente ou não, o relatório de Medici e Czapski dá razão tanto ao ministro da Saúde, Adib Jatene, que se empenha em conseguir mais verbas para a sua pasta, quanto aos seus críticos, que condenam o mau uso dos recursos do SUS.

O documento mostra que os gastos públicos com saúde no país ficam duas vezes abaixo do volume gasto na Argentina e no Uruguai e cinco vezes abaixo do total gasto na Costa Rica.

Os autores dizem que isso acontece porque falta aos responsáveis pela área de saúde força política para estabelecer “as prioridades orçamentárias, que não são definidas em função dos interesses nacionais, mas sim em função dos interesses de grupos organizados”.

Nesse contexto, as fraudes são o

Pacientes-fantasma — A cobrança é feita sem o serviço ser realizado.

Corredor de faturamento — O paciente entra em vários serviços de saúde, cada qual deles emitindo uma fatura, mas só é atendido pelo último serviço.

Cobrança por fora — É a mais comum. O paciente é obrigado a pagar uma taxa complementar ao preço pago pelo governo.

Up grade financeiro — É declarado ao governo um serviço mais caro que o efetivamente realizado.

Uso desnecessário de alta tecnologia — Exames complementares são feitos em excesso para engordar a remuneração dos hospitais. “Quando se instala um tomógrafo, por exemplo, é comum que o dono do equipamento visite médicos e hospitais da vizinhança, propondo uma participação no faturamento dos serviços”, relatam Medici e Czapski.

Consultas-fantasma — Cobrança de consultas não realizadas