

Ministério lança nova guia para conter fraudes no SUS

Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade vai evitar que os hospitais cobrem por exames e consultas não feitos

Para conter as fraudes e os gastos exagerados com serviços ambulatoriais, o Ministério da Saúde passará a exigir, a partir de 1º de março, o uso de um modelo individualizado de guia — já batizado de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac) — em todos os atendimentos nos centros de hemodiálise do país.

Considerado um dos maiores ralos de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), o setor de diálise e hemodiálise consome 8% — R\$ 260 milhões por ano — de tudo o que se gasta com ambulatorios e é lembrado por tragédias como as do Instituto Renal de Caruaru.

A nova guia, que também será adotada nos próximos meses para atendimentos de quimioterapia e radioterapia em casos de câncer, tomografias e transfusões de sangue, é semelhante à Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com a Apac será possível detectar a cobrança indevida de consultas e exames, além de atendimentos irregulares e a doentes fantasmas.

O primeiro passo do ministério em

seu esforço para controlar os gastos do SUS junto aos seis mil hospitais conveniados foi dado na semana passada, quando o secretário-executivo do ministério, Barjas Negri, anunciou mudanças no sistema de pagamento dos serviços prestados ao SUS.

Em vez de continuar pagando as AIHs — guias de internação preenchidas pelos hospitais para o ressarcimento de serviços prestados à população — e os serviços ambulatoriais com base na série histórica de gastos dos municípios, o ministério vai ampliar o repasse na proporção do número de habitantes das cidades.

Para impedir que os hospitais cobrem mais que a capacidade de leitos, o governo já havia limitado o uso das AIHs a no máximo 9% da população municipal.

Outra medida anunciada por Barjas foi o compromisso do governo de ampliar de 113 para dois mil o número de municípios em regime de gestão semiplena. Estes municípios passarão a ser responsáveis pe-

la administração dos recursos da área de saúde e até por sua fiscalização. Caberá ao ministério, ainda assim, supervisionar o uso dos recursos que lhes forem destinados.

O Ministério da Saúde resolveu atacar as fraudes no setor de procedimentos de alta complexidade devido aos elevados gastos da União com o setor. Esses procedimentos abocanham quase um terço do dinheiro destinado aos ambulatorios — cerca de R\$ 1 bilhão.

Só em sessões de hemodiálise são atendidos 25 mil doentes renais crônicos. Cada paciente se submete a 11 ou 13 sessões por mês mas, como não há controle individualizado, muitos centros de tratamento cobram o teto máximo de 12 sessões por doente sem que elas tenham sido realizadas.

LOBBY

Preocupados com o novo mecanismo de controle, os donos de centros de diálise e os médicos nefrologistas lotados nessas unidades estão, segundo a assessoria do ministro, pressionando o ministro Carlos César de Albuquerque para que as novas regras não entrem em vigor.

O lobby parte, principalmente, da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante e da Sociedade

Brasileira de Nefrologia. O ministro Albuquerque, porém, já avisou que não vai recuar. Seu objetivo é apertar o controle não só na área de alta complexidade, como também criar regras mais rígidas de acompanhamento das consultas e exames mais simples.

O secretário nacional de Assistência à Saúde, Eduardo Levcovitz, disse ontem que o principal mérito do novo sistema é evitar a cobrança excessiva de procedimentos. Ele explicou que atualmente o controle sobre os serviços ambulatoriais, de forma geral, é muito frouxo porque não há o registro individualizado.

Todos os atendimentos são relacionados pela unidade de saúde num formulário único, uma espécie de lista chamada de Boletim de Produção Ambulatorial. O único controle é feito por meio de software para verificar se o hospital está cumprindo o teto de no máximo 16 atendimentos a cada quatro horas por médico.

Mas o sistema é tão falho que permite, por exemplo, que uma unidade receba do SUS recursos por atendimentos fantasmas. A fraude é simples: uma unidade que tem capacidade para realizar 200 testes de ultrassonografia, por exemplo, realiza apenas 180, mas cobra como se tivesse feito todos. E o ministério paga.