

Cartão vai combater fraudes na Saúde

■ Ministério avalia que, a cada ano, até 300 milhões de consultas são forjadas, causando um rombo de R\$ 1 bilhão

ISRAEL TABAK

O Sistema Único de Saúde (SUS) produz todo ano 1 bilhão e 300 milhões de atendimentos em ambulatorios. Não será nenhuma grande surpresa se o Ministério da Saúde descobrir que, deste total, 200 ou 300 milhões de consultas são fraudadas ou forjadas, representando um rombo nos cofres públicos que já foi estimado em R\$ 1 bilhão por ano.

A hora da verdade deve chegar com o início da utilização do cartão nacional de saúde, previsto para fevereiro. Com o cartão informatizado, pela primeira vez

os pacientes serão monitorados individualmente, o que tornará mais fácil detectar consultas ou exames fantasmas.

A informatização e individualização do sistema de controle das consultas, exames e outros procedimentos realizados em ambulatorio era uma aspiração antiga dos auditores do Sistema Único de Saúde, preocupados com o volume das fraudes.

Foi justamente a informatização que permitiu, em meados dos anos 90, o combate sistemático às irregularidades nas internações, responsáveis por um outro rombo, que também era calculado na época

em mais de R\$ 1 bilhão anuais.

Os médicos auditores do Sistema Único de Saúde calculam que o volume de fraudes nos ambulatorios representa entre 20% e 30% do total de atendimentos. A coordenadora do projeto do cartão nacional de saúde, Rosani Cunha, concorda que o uso do cartão pode revelar ou até prevenir um número incalculável de fraudes.

A explicação é simples: ao contrário do que ocorre nas internações, onde cada doente é identificado numa AIH (autorização de internação hospitalar) que é informatizada, nas consultas e exames de ambulatorios não existem aten-

dimentos com doentes identificados. São apenas produzidos relatórios sobre o volume e o tipo de atendimento, sem individualizar os casos.

Este é um terreno fértil para a fraude. Cabe às autoridades do Ministério da Saúde acreditar nas informações que são fornecidas ou então sair fiscalizando as clínicas espalhadas por todo o país.

Como na maioria dos municípios a fiscalização é praticamente inexistente, o volume das irregularidades é incalculável. No Rio de Janeiro, por exemplo, onde, há quatro anos, as autoridades resolveram iniciar uma operação tipo

pente fino, a desfaçatez das fraudes surpreendeu.

Em uma clínica, os fiscais constataram a cobrança indevida de R\$ 1 milhão por mês em atendimentos fantasmas. Em outra, que faturava R\$ 120 mil mensais, descobriu-se que ela não possuía nenhum dos aparelhos para fazer os exames alegados.

A criatividade nas fraudes não pára por aí. Outra clínica, também no Rio de Janeiro, conseguiu a façanha de mandar todo mês faturas em que o número de consultas era sempre o mesmo. A regularidade acabou atraindo a atenção dos auditores.

Rosani Cunha explica que o cartão terá, além do nome do portador, um número para evitar confusão entre homônimos. Os procedimentos adotados em cada local de atendimento se transformarão em informações fornecidas sempre que o cartão for usado.

“Ao se passar o cartão magnético no local apropriado, será emitido um boleto, que o próximo médico a atender o paciente vai poder consultar. Isto significa, que, pela primeira vez no sistema, o doente terá uma história, será acompanhado permanentemente”, explica a coordenadora do projeto do cartão.

Projeto vai começar em três cidades

A coordenadora do projeto do cartão de saúde, Rosani Cunha, explica que o sistema informatizado funcionará até nas menores cidades do Brasil. “Em alguns hospitais haverá um terminal por consultório e o médico vai poder inserir imediatamente as informações sobre o atendimento. Mas, mesmo em locais mais afastados, haverá pelo menos um computador por clínica, para que um funcionário possa inserir as informações, que serão passadas por código pelo médico”, afirma ela.

O uso do cartão começa em três municípios-piloto - Aracaju, (SE), São José dos Campos (SP) e Cerro Azul (PR). Em março mais 41 municípios adotam o sistema e, até o final do ano, as 500 maiores cidades do país, com um total de 100 milhões de habitantes, terão o cartão disponível para usar em qualquer tipo de atendimento do Sistema Único de Saúde. O investimento nesta primeira fase será de R\$ 180 milhões.

Márcia Furquim, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) - entidade que colabora com o projeto - lembra que alguns procedimentos de ambulatorio, chamados de *alta complexidade*, são muito caros e por isso mais suscetíveis às fraudes.

É o caso, por exemplo, da quimioterapia, hemoterapia e hemodiálise. Com o cartão, será possível acompanhar a história de cada paciente, verificando-se se foram cobrados procedimentos exagerados ou que nada têm a ver com o caso específico.

Rosani Cunha, a coordenadora do projeto, lembra também que, pela primeira vez, será possível monitorar se os planos de saúde usam indevidamente o Sistema Único de Saúde em atendimentos ambulatoriais.

“Isto agora é impossível porque as pessoas atendidas não são identificadas”, observa ela. A médica diz que alguns planos de saúde costumam *jogar* para o Sistema Único de Saúde seus associados que necessitam de procedimentos de alta complexidade, como quimioterapia, para se livrarem do ônus.

O presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, José Noronha, acredita que as informações fornecidas pelo cartão nacional de saúde também ajudarão a definir melhor os gastos com saúde pública: “Caso se constate, por exemplo, que, numa cidade rica, a maioria da população usa plano de saúde e não o Sistema Único de Saúde, pode-se direcionar verbas maiores para outro município populoso e mais pobre onde os habitantes são mais dependentes do poder público”.

Noronha observa ainda que as autoridades sanitárias, além das informações a serem obtidas com o uso do cartão, devem dar mais atenção aos dados dos atendimentos realizados pelos planos de saúde, para que se possa entender melhor o quadro do atendimento médico no país e formular as políticas mais adequadas.