

Consulta é a maior fraude da Saúde

■ Rombo de R\$ 1,5 bilhão em atendimentos pagos pelo SUS tem origem na falta de um sistema de controle individualizado

ISRAEL TABAK

As consultas e exames em ambulatório pagos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) são responsáveis pelo maior rombo da Saúde no país — quase 1,5 bilhão por ano, uma sangria maior do que a que era registrada nas internações — segundo estudos do Ministério Público Federal. Um retrato dramático das fraudes e da desfaçatez de muitas clínicas conveniadas acaba de ser obtido através de uma investigação de auditores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, a primeira de grande envergadura realizada no país.

Só em uma clínica os auditores verificaram a cobrança indevida de quase R\$ 1 milhão por mês, o suficiente para construir 12 modernas UTIs para recém-nascidos por ano. Uma outra clínica, que faturava R\$ 120 mil mensais, foi descredenciada — sem nenhum protesto — simplesmente porque se verificou que não possuía nenhum dos aparelhos para fazer os sofisticados exames alegados. Uma terceira tinha a ousadia de mandar faturas mensais — todas pagas — em que o número de consultas era sempre o mesmo. Estes são apenas alguns entre muitos outros exemplos.

O mais grave é que o Rio é exceção: na maioria dos municípios do país impera a impunidade pois praticamente não existe fiscalização, nem federal, nem estadual, nem municipal. O lobby dos donos de clínicas que vivem do dinheiro do Ministério da Saúde está conseguindo impedir, há pelo menos 10 anos, a instituição de um controle individualizado e informatizado das consultas e exames, como ocorre com as internações, através das AIH (Autorizações de Internação Hospitalar).

Para as consultas e exames em ambulatório, cada clínica manda apenas um relatório mensal dizendo que fez um determinado número de procedimentos, sem individualizar os casos. Na grande maioria dos casos as autoridades acreditam nas informações por mais suspeitas que possam parecer. A única forma de conferir é ir ao local e constatar se as informações dadas são verídicas: se a clínica, por exemplo, tem capacidade instalada e condições técnicas para todos os atendimentos que alega fazer. Na maior parte das cidades brasileiras esta rotina só existe *pró-forma*. No Rio, onde a gerência do sistema foi municipalizada, houve uma ordem para fiscalizar, a partir dos casos mais suspeitos. A intenção é manter e *pente fino* como rotina. E as primeiras descobertas são de estarrecer.

Consultas e exames inventados ou superfaturados (cobrança de procedimentos mais caros em relação aos efetivamente realizados) são as fraudes mais comuns. As principais clínicas de fisioterapia conveniadas são o caso extremo: constatou-se que algumas cobravam mais de 20 vezes o atendimento efetivamente realizado. Em pouco mais de um ano de vigência do novo sistema houve uma economia global superior a 20% no

faturamento total do setor privado conveniado.

O caso mais dramático arrolado no trabalho — recém-concluído pela Secretaria — é o do Centro Hematológico Santa Catarina, que atende a hemofílicos. O Centro recebia do SUS em média R\$ 1,3 milhão por mês, ou seja, cerca de 10% do que o Sistema paga à rede ambulatorial da cidade. Hoje o Ministério da Saúde paga por mês pouco mais de R\$ 350 mil, com uma economia de quase R\$ 1 milhão.

A clínica alegava que fazia um segundo teste sorológico do plasma que recebia de outros centros hemoterápicos e cobrava como se examinasse o material de cada doador. Só que uma auditoria verificou que cada teste era feito para um *pool* de cinco bolsas.

A clínica SPAS (Serviço de Proteção Ambulatorial à Saúde) na esquina de Voluntários da Pátria com Dezenove de Fevereiro, em Botafogo, fazia mais exames endoscópicos mensais do que os grandes hospitais universitários do Rio, a se acreditar nos seus relatórios mensais. Uma simples visita à clínica constatou que ela não tinha equipamentos para realizar nem esse nem outros exames que declarava, como os de ultrassonografia e teste ergométrico. A SPAS foi descredenciada.

Caso curioso foi o da Policlínica Paciência, na Zona Oeste. De acordo com os seus relatórios, ela dava o mesmo número de consultas em várias especialidades todo o mês. Em julho, agosto e setembro de 1995, por exemplo, o número de consultas em clínica geral foi exatamente o mesmo: 2.258, assim como o de outras especialidades.

As seis principais clínicas de fisioterapia de SUS no Rio, além de cobrar, em certos casos, mais de 20 vezes o número dos atendimentos feitos, usavam, segundo o relatório dos auditores, “equipamentos tecnicamente ineficazes e por vezes danosos à saúde dos pacientes”. Os casos mais gritantes, contidos no estudo, são os das clínicas Climepi, na Ilha do Governador, Nossa Senhora da Penha, na Penha, Gabriel Lucena (Ipanema), Central de Fisioterapia (Campo Grande) e Clínica Nova Guanabara (Olaria). Foram determinados cortes de até 90% nas faturas apresentadas, gerando uma economia anual de R\$ 3,6 milhões só nesse setor.

COMO SE FRAUDA

■ As clínicas não dispõem de aparelhos necessários para os exames cobrados

■ O número de consultas e exames apresentados para cobrança é muito maior do que a capacidade da clínica para realizá-los

■ Alguns exames são superfaturados, ou seja: são cobrados procedimentos mais complexos e caros do que os realizados

■ Exames de laboratório em pacientes internados são apresentados na fatura do ambulatório

Em cada especialidade auditada, os peritos se surpreendiam: na Clínica Radiológica Starec, em Botafogo por exemplo, verificou-se que teriam sido feitos, a se acreditar nos relatórios mensais, cerca de 3 mil colangiografias venosas — um exame em franco desuso — durante três meses. Os auditores fizeram uma pesquisa e descobriram que em todos os hospitais universitários do Rio somados, esses exames não chegaram a 30 no mesmo período.

Na Fundação Clara Basbaum, em Botafogo, novas surpresas. Lá se contactou que todos os exames de laboratório feitos em pacientes internados também eram cobrados na fatura do ambulatório. Os auditores afirmam no trabalho que a Fundação só tinha capacidade para realizar metade das ultrassonografias apresentadas. Além disso, se cobrava uma *taxa simbólica* de R\$ 25 reais por cada exame, o que é proibido, embora isso seja imitado por outros hospitais. Quanto às consultas, a supervisão constatou que o total apresentado era quatro vezes superior à capacidade instalada.

O Centro Médico Darke, na Avenida Treze de Maio, no Centro, também dizia realizar um número de exames muitas vezes maior do que o constatado. Em ergometria, por exemplo, a variação percentual foi de 1.396% a mais. Essa clínica é um bom exemplo da eficiência de um rotina que passou a ser adotada pela Secretaria, e que é uma prática já comum nos planos de saúde: a obrigatoriedade de uma autorização prévia, para os procedimentos mais caros. As operações de catarata, por exemplo, feitas em ambulatório, foram reduzidas em cerca de 80%, graças a essa providência.

Na área de procedimentos de alto custo, a hemodiálise, não só no Rio como em todo o país, é um dos mais disputados, pois os preços do SUS já estão próximos da média internacional. A indicação precoce e desnecessária da hemodiálise, além da reutilização irregular dos filtros são formas de aumentar o faturamento, como várias auditorias já constatarem.

A fiscalização nos ambulatórios, em todo o país, só costuma ser incrementada em duas situações: ou quando estouram escândalos como a tragédia de Caruaru, ou por problemas políticos: geralmente em épocas pré-eleitorais, alguns administradores costumam *fiscalizar* as clínicas dos seus oponentes.

No Rio, ao assumir a gerência do sistema, os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde foram surpreendidos pela grande procura por novos credenciamentos. De outubro do ano passado a março de 96, eles chegaram a ser suspensos, com pelo menos 40 candidatos na fila. Um dado que os técnicos acharam curioso porque a principal reclamação dos credenciados é de que o sistema único paga muito pouco pelos seus serviços.

