

GRUPO I – CLASSE II – Plenário

TC 037.600/2011-7

Natureza: Solicitação do Congresso Nacional.

Interessada: Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados – CFFC.

Unidade: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG.

Advogado: não há.

SUMÁRIO: SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL DE REALIZAÇÃO DE AUDITORIA NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE SUPLEMENTAR DE SERVIDORES PÚBLICOS. CONHECIMENTO. INSPEÇÃO. ATENDIMENTO PARCIAL. DETERMINAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AUDITORIA. OUTRAS DETERMINAÇÕES.

RELATÓRIO

Adoto como relatório a instrução da 8ª Secretaria de Controle Externo- Secex-8:

“1. Trata-se de Solicitação do Congresso Nacional formulada pela Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados, originada do Requerimento 232/2011, de autoria do Deputado Federal Alexandre Santos, para que seja realizada auditoria nos contratos de prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos do Poder Executivo Federal (Ofício nº 971/2011/CFFC-P, de 8/12/2011, Peça 1, p. 1).

1.1. Segundo o requerimento, a fiscalização solicitada deve responder, em geral, se as contratações para prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos federais observam as determinações constantes da Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5, de 2010, de forma a assegurar a utilização dos recursos públicos destinados a prestação de assistência à saúde do servidor de acordo com os princípios constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade e da probidade administrativa, e, em especial, se os planos observam o termo de referência básico anexo à referida portaria e se são formalizados na modalidade coletivo empresarial (Peça 1, p. 3-4).

1.2. De acordo com o Regimento Interno do Tribunal de Contas da União (RI/TCU), são competentes para solicitar ao Tribunal a realização de auditorias o Presidente do Senado Federal, o Presidente da Câmara dos Deputados e os presidentes de comissões do Congresso Nacional, do Senado Federal ou da Câmara dos Deputados, quando por aquelas aprovadas, preenchendo esta demanda legislativa, portanto, o requisito de admissibilidade constante no art. 232, inciso III, do RI/TCU.

1.3. Com o objetivo de traçar a estratégia de futura auditoria nos órgãos e nas entidades alcançados pela presente Solicitação do Congresso Nacional, realizamos, preliminarmente, inspeção no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, no Ministério da Integração Nacional, no Ministério da Justiça e na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VISÃO GERAL DO OBJETO

2. Primeiramente, cumpre informar que a assistência à saúde do servidor público é regulamentada pelo art. 230 da Lei 8.112/1990, que dispõe:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.

2.1 A prestação de assistência à saúde suplementar do servidor pode ser operacionalizada de quatro maneiras, conforme dispõe o § 3º do artigo acima transcrito: (i) celebração de convênios com entidades de autogestão por ele patrocinadas; (ii) contratação de operadoras de planos e de seguros privados de assistência à saúde; (iii) prestação direta; e (iv) na forma de auxílio, mediante ressarcimento.

2.2. Uma vez que a expedição das normas complementares relativas à assistência à saúde do servidor está a cargo do MP, o órgão expediu, entre outros regramentos anteriores, a Portaria Normativa SRH/MP 5/2010. Tal norma estabelece orientações aos órgãos e a entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipeç - sobre a assistência à saúde suplementar do servidor. O art. 2º da referida portaria, em especial, de forma similar à Lei 8.112/1990, dispõe que:

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV – auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

2.3. De acordo com a referida portaria, o servidor poderá requerer auxílio indenizatório, realizado mediante ressarcimento, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta, por convênio de autogestão ou mediante contrato (art. 26).

2.4. No art. 3º, estipula que os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e das entidades do Sipeç contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e que essa cobertura observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (art. 3,§1º).

2.5. Orienta ainda que todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo da portaria do MP, com as exceções previstas na Lei 9.656, de 3 de junho de 1.998 (art. 3º, §2º).

2.6. Referido termo de referência básico regulamenta, no subitem 1.4, que os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sipeç caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

2.7. A portaria definiu, em seus diversos subtítulos, regramentos relativos a: (i) beneficiários do plano de assistência à saúde suplementar; (ii) inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos beneficiários; (iii) custeio; (iv) prestação de contas; (v) supervisão dos convênios e contratos; (vii) convênios; (viii) contratos; (ix) disposições comuns a convênios e contratos; (x) serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; e (xi) auxílio.

2.8. Em relação aos convênios com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, sobressaem aqueles firmados com a Geap - Fundação de Seguridade Social, fornecedora de grande parte desses serviços, tendo em vista a expressiva quantidade de coberturas realizadas pela Fundação, na ordem de 755.000 coberturas (beneficiários e dependentes) (<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes> [Acessado em 18/4/2012]).

2.9. A obrigatoriedade de os órgãos públicos não patrocinadores da Geap realizar licitação para contratá-la é matéria controvertida e está sendo discutida no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF) em vários mandados de segurança.

2.10. Neste Tribunal, o tema está sendo examinado de forma ampla nos autos do TC 016.076/2010-9, processo atualmente sobrestado até que o STF manifeste-se, no mérito, sobre a questão tratada nos Mandados de Segurança 25.855, 25.866, 25.891, 25.901, 25.919, 25.922, 25.928, 25.934 e 25.942.

2.11. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, é a agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. A Lei 9.961, de 2000, que criou a Agência, dispõe:

Art. 4º Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - **elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;** (...)

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

(...)

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

(...)

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

(...) grifos acrescidos

2.12. A Resolução Normativa - ANS 195/2009 dispõe sobre a classificação e as características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

2.13. Segundo o art. 5º da Resolução, plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

2.14. A Resolução Normativa - ANS 196/2009, por sua vez, dispõe sobre a figura da administradora de benefícios, definida como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, na condição de estipulante, ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

2.15. A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada “Rol de Procedimentos e de Eventos em Saúde” (Resolução vigente: RN nº 262, de 2011), que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Da inspeção

3. A inspeção realizada teve como objetivo verificar a aderência dos procedimentos adotados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Justiça e Ministério da Integração Nacional, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor público, à Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5, de 2010.

3.1. Embora o parlamentar requerente tenha solicitado que “seja realizada auditoria nos contratos (...)”, o escopo destes autos estende-se a todas as modalidades de assistência à saúde suplementar legalmente previstas (convênio, contratos, serviços prestados diretamente pelo órgão ou entidade e auxílio de caráter indenizatório).

3.2. Não analisaremos, neste trabalho, no entanto, a regularidade dos contratos e dos convênios firmados pela Administração, tampouco os procedimentos que os antecederam ou sucederam (licitação, prestação de contas, etc.). Quanto aos pagamentos, abordaremos, de forma sumária, a sistemática adotada pelas unidades fiscalizadas.

3.3. As amostras examinadas foram selecionadas de forma aleatória e não probabilística e restringiram-se a três unidades jurisdicionadas ao Tribunal (Ministério da Justiça, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Integração Nacional), não podendo, pois, as constatações aqui relatadas, ser estendidas ao universo dos contratos/convênios celebrados.

3.4. Como marco temporal dos exames empreendidos, limitamos a análise às avenças atualmente vigentes nos órgãos fiscalizados, não abrangendo, pois, os contratos, os convênios ou outros instrumentos congêneres já finalizados.

3.5. A inspeção abordou os seguintes pontos:

I- no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na qualidade de órgão supervisor/normatizador dos procedimentos adotados pelos órgãos/entidades, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor:

a) a efetividade da atuação do Ministério no desempenho de sua atividade supervisora, verificando a periodicidade em que o órgão solicita documentos e informações sobre a gestão dos convênios e dos contratos a órgãos e a entidades do Sipec (art. 15 da Portaria Normativa SRH/MP 5/2010);

II- no Ministério da Justiça, Ministério da Integração Nacional e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na qualidade de concedentes (patrocinadores), contratantes, prestadores diretos e/ou responsáveis pela concessão de auxílio de caráter indenizatório:

a) a aderência da prestação de serviço de saúde suplementar dos servidores vinculados ao Sipec às regras estabelecidas na Portaria SRH/MP 5/2010 e no termo de referência básico anexo à referida portaria (art. 3º, §2º), em especial se:

a.1 os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sipec caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária (Item 1.4 do Termo de Referência Básico anexo à Portaria do MP);

a.2. os órgãos e as entidades efetivamente supervisionam os serviços de assistência à saúde suplementar do servidor (art. 13);

a.3. as operadoras cobrem os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos mínimos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente (Resolução ANS 211/2010) (Item 3.1 do Termo de Referência Básico anexo à Portaria do MP);

a.4. para fins de supervisão dos convênios e dos contratos firmados, cada órgão ou entidade do Sipec designa representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada (art. 14);

a.5. há apontamentos e/ou relatórios do representante que atua junto às operadoras (decorrente do art. 14);

a.6. as operadoras de planos de saúde que celebram convênios com a Administração são classificadas como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS, e não têm finalidade lucrativa (art. 16, incisos I e II);

a.7. as operadoras contratadas diretamente pela Administração foram regularmente selecionadas mediante processo licitatório (art. 17, inciso II);

a.8. nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do Sipec edita regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as regras estabelecidas na portaria do MP (art. 2º, §1º);

a.9. as operadoras conveniadas ou contratadas encaminham, anualmente, aos órgãos e às entidades do Sipec, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários (art. 12);

a.10. as operadoras oferecem e disponibilizam atendimento de emergência e de urgência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou da entidade do qual estiver vinculado o titular do benefício (art. 18, inciso III);

II- na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na qualidade de agência reguladora:

a) se as fiscalizações realizadas nas operadoras de planos de saúde, no período de 2010 a 2012, acerca de possíveis demandas de negativa de cobertura processadas por meio de Notificação de Investigação Preliminar NIP (Resolução ANS 226/2010), contemplam o exame do plano de referência básico estipulado na Resolução Normativa - ANS 211, de 11 de janeiro de 2010.

3.6. Para execução deste trabalho foi emitida a Portaria de Fiscalização Secex-8 nº 1.306, de 16/5/2012 (Peça 11), e quatro ofícios de apresentação/requisição de informações e de documentos (Peças 12, 24, 25 e 26).

Das contratações dos planos de saúde

4. Os órgãos fiscalizados não firmaram, diretamente, contratos com operadoras de planos de saúde para os servidores no período de outubro de 2010 a maio de 2012, excluindo-se, assim, eventual ocorrência relacionada ao quesito indicado no item 4.4, II, a.7, que tencionava pesquisar se as operadoras contratadas pela Administração foram regularmente selecionadas mediante processo licitatório.

4.1. Também não prestaram diretamente serviço de assistência à saúde, aspecto tratado no item 4.4, II, a.8.

4.2. Os servidores do Ministério do Planejamento e da Justiça podem optar por aderir ao convênio firmado com a Fundação Geap ou, ainda, firmar contratos individuais, na modalidade de auxílio, com quaisquer operadoras de plano de saúde, seja diretamente, seja indiretamente, por intermédio de administradora de benefícios. Os servidores do Ministério da Integração têm apenas a opção de percepção de auxílio (direto ou indireto).

4.3. Nos itens seguintes relataremos as principais constatações verificadas durante a inspeção.

Auxílio

5. Os servidores poderão optar pela concessão de auxílio, de caráter indenizatório, previsto no art. 26 da Portaria MP, desde que comprovem a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência básico anexo à mencionada portaria.

5.1. Nos Ministérios da Justiça, da Integração Nacional e do Planejamento, parcela de servidores optou por essa modalidade mediante intermediação de administradoras de benefícios. Nesse caso, os ministérios, em regra, firmam termo de acordo gratuito com administradora de benefícios para que elas disponibilizem planos de saúde aos seus servidores.

5.2. O modelo consiste na celebração de acordo gratuito, sem exclusividade, com fundamento no art. 116 da Lei 8.666/1993, no qual a administradora assume o papel de estipulante de plano de saúde, conforme disciplinado na Resolução Normativa - ANS 196, de 14 de julho de 2009:

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades: (omitimos)

Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

5.3. Segundo orientação extraída da página da ANS na internet (<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano-de-saude/467-planos-coletivos>):

Uma administradora de benefícios é uma empresa que assume parte do trabalho que seria da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional [no caso, do órgão público] que contrata o plano de saúde. Por exemplo, a administradora de benefícios tem a responsabilidade de emitir boletos, de representar os beneficiários na negociação de aumentos de mensalidade com a operadora do plano e, dependendo do que for contratado, absorver o risco da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante quanto à atraso ou não-pagamento de mensalidades, para evitar que os beneficiários sejam prejudicados. Nesses casos, a administradora de benefícios costuma receber um percentual do valor das mensalidades pagas, de acordo com o que for negociado. Por outro lado, a garantia de recursos e rede de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais) para atender aos beneficiários é de total responsabilidade da operadora.

Tanto operadoras de planos de saúde quanto administradoras de benefícios são obrigadas a se registrar na ANS para estarem autorizadas a funcionar. Isso garante que a ANS acompanha as atividades delas e que elas obedecem a uma série de regras de qualidade exigidas pela Agência.

5.4. Assim, na modalidade auxílio de caráter indenizatório, os servidores podem contratar diretamente os planos de saúde ou indiretamente, por meio de administradoras de benefícios. Neste último caso, os servidores fazem adesão aos planos disponibilizados pelas administradoras.

5.5. A administradora de benefícios figura na condição de estipulante, situação formalizada mediante acordo gratuito firmado com o órgão/entidade público, instrumento que não se confunde com contrato. A contratação mediante intermediação da administradora de benefícios enquadra-se na modalidade “auxílio”, pois os servidores beneficiários fazem jus ao ressarcimento desde que comprovem o pagamento pelo serviço de assistência à saúde.

5.6. Cabe aqui registrar que, instado a manifestar-se sobre a obrigatoriedade de realização de procedimento licitatório nos acordos firmados com administradoras de benefícios, o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União assim se manifestou (Peça 72, p. 7):

(...) Resta claro que o Ministério do Planejamento não se vinculou no acordo firmado com a empresa Clube Aliança a nenhuma obrigação pecuniária ou de qualquer outra natureza que significasse desembolso ou emprego de recursos públicos. Os compromissos assumidos pelo Ministério são meramente no sentido de prestar informações, de permitir o acesso às suas dependências, com prévia autorização, de divulgar e permitir o acesso às suas dependências, com prévia autorização, de divulgar e de permitir a divulgação dos serviços ofertados pela empresa, de forma a facilitar ao servidor o conhecimento de mais uma opção de serviço de saúde colocado à sua disposição.

(...) O pagamento das mensalidades, como já dito, é feito diretamente pelos servidores e não com recursos públicos.

Há que se dizer, ademais, que a parceria em tela não impede que outros interessados firmem ajustes da mesma natureza a fim de disponibilizar planos de assistência à saúde para livre escolha pelos servidores. Eles não estão obrigados a aderir aos planos ofertados.

Ante essas características, do “acordo de parceria” em exame, conclui-se que não se verificam interesses contrapostos dos signatários, razão pela qual é possível dizer que o ajuste não tem natureza contratual, sendo-lhe, portanto, aplicáveis as normas do art. 116 da Lei n. 8.666/93 [Art. 116. Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração], não constituindo hipótese para prévia realização de licitação.

Cumpra chamar atenção, a propósito, para a semelhança do modelo de assistência à saúde ora em questionamento com o que é adotado no TCU. Os servidores desta Corte constituíram associação civil sem fins lucrativos com o objetivo de promover, com despesa para eles próprios, a prestação de assistência à saúde de seus associados, que poderá se dar por autogestão ou por contratação de planos ou seguros de saúde coletivos.

Nesse sentido, por não encontrar no ajuste em questão qualquer irregularidade que recomende a este Representante do MP/TCU provocar a atuação do Tribunal de Contas da União, determino o arquivamento da documentação em referência.

5.7. Tal sistemática, portanto, tem natureza de credenciamento, não necessariamente restrito a uma única empresa, podendo-se habilitar várias delas, ficando à livre escolha do servidor contratar uma ou nenhuma delas.

Contratos firmados pelos servidores com intermediação de administradora de benefícios

Ministério da Justiça

6. O MJ formalizou parceria com a Administradora Clube Aliança, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como administradora de benefícios (Processo nº MJ 08005.000803/2009-72) (Peça 55, p. 2-8).

6.1. Por meio do Termo Aditivo nº 1/2010, o acordo de parceria passou a contemplar também os servidores do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), da Fundação Nacional do Índio (Funai), do Departamento de Polícia Federal (DPF), do Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF), da Secretaria de Direitos Humanos e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (Peça 55, p. 11-13).

6.2. De acordo com a Cláusula Sexta da referida parceria, não há desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo Ministério na execução do acordo, bem como inexistente obrigação de caráter financeiro

decorrente da adesão de seus servidores ou de pensionistas aos planos de saúde estipulados pela Aliança Administradora.

6.3. Estipula a Cláusula Oitava, subcláusula primeira, que o acordo é firmado em caráter de não exclusividade e dispensa o procedimento licitatório por não envolver desembolso de recursos públicos.

6.4. Os planos oferecidos pela Administradora Aliança guardam conformidade com o termo de referência anexo à Portaria 3/2009-SRH/MP, normativo revogado pela Portaria SRH/MP 5/2010, como observamos no excerto do acordo abaixo transcrito:

[Das obrigações] Por parte da ALIANÇA ADMINISTRADORA:

(...)

b) disponibilizar, no mínimo, planos de saúde de 2 (duas) operadoras registradas na ANS, que atendam os seguintes requisitos:

b.1) cobertura assistencial que atenda a Lei nº 9.656/98, Resoluções da Agência Nacional Suplementar e o termo de referência anexo à Portaria Normativa nº 3/2009-SRH/MP.

6.5. Relevante citar, neste ponto, que, apesar de haver referência explícita à Portaria 3/2009 [e não à portaria base desta Solicitação do Congresso Nacional, a Portaria SRH/MP nº 5/2010], os termos de referência anexos às portarias de 2009 e 2010 têm semelhante teor, assim como, em geral, os demais dispositivos desses normativos, podendo-se destacar, como divergente, o fato de que a portaria de 2009 prevê a concessão de auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, somente quando o órgão ou a entidade não firmar contrato com operadoras de plano de assistência à saúde (art. 2º, inciso IV), ao passo que a portaria de 2010 estabelece que o servidor poderá requerer auxílio ainda que o órgão ou a entidade ofereça assistência direta, por convênio de autogestão ou mediante contrato.

6.6. Da proposta de adesão firmada individualmente entre os servidores e a Administradora Aliança, destacamos os seguintes trechos (Peça 73, p. 7):

(...)

9.3 A presente proposta é para adesão a um “Contrato Coletivo Empresarial” estipulado pela Aliança Administradora de Benefícios de Saúde Ltda., (...) decorrente de Termo de Acordo firmado com a pessoa jurídica identificada nesta proposta de adesão. Tal contrato coletivo empresarial destina-se exclusivamente às pessoas físicas que mantenham vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica. Não se trata, portanto, de adesão a um plano individual com a seguradora ou operadora definida nesta proposta de adesão.

9.4 A adesão do proponente é voluntária e facultativa.

(...)

9.6 Conheço e concordo com as condições do Termo de Acordo firmado entre a pessoa jurídica e a Aliança Administradora, bem como suas particularidades de cobertura, despesas não cobertas e exclusão de plano, na forma prevista no termo de referência anexo à Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

6.7. Portanto, os auxílios intermediados pela Administradora Aliança aderem-se aos preceitos da portaria normativa do MP e têm suporte em termo de acordo de parceria firmado com o MJ.

6.8. Em relação às demais administradoras que atuam no MJ, no entanto, a situação não é de regularidade. A administradora Qualicorp, por exemplo, não firmou termo de acordo gratuito com o Ministério da Justiça. Os servidores buscaram essa administradora diretamente no mercado e com ela firmaram contrato coletivo por adesão, modalidade não prevista na portaria do MP, que estabelece a exigência de que os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sipec caracterizem-se como planos privados coletivos empresariais, conforme será relatado em tópico específico deste relatório.

6.9. A partir do exame dos processos selecionados foi possível constatar a ocorrência de prestação de serviço de saúde suplementar intermediado pela Administradora de Benefícios Qualicorp, cujo termo de Adesão não menciona a necessária observância às orientações contidas na Portaria 5/2010, como pode ser visto na Proposta de Adesão 324003, Operadora Sulamérica, ANS 00043, Plano Básico ANS 432.411/00-1, servidor de matrícula Siape 1873475 (Peça 59, p. 7).

7. O MP também formalizou parceria com a Administradora Clube Aliança, nos moldes da parceria firmada com o MJ (Peça 29). Mencionada parceria também dispõe que não há desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo Ministério e que a avença é firmada em caráter de não exclusividade, com dispensa do procedimento licitatório por não envolver desembolso de recursos públicos (Peça 29, p. 5).

7.1. Os planos oferecidos pela Administradora guardam conformidade com o termo de referência anexo à Portaria 3/2009-SRH/MP, normativo revogado pela Portaria SRH/MP 5/2010, como observamos no excerto do acordo abaixo transcrito (Peça 29, p. 2-3):

[Das obrigações] Por parte da ALIANÇA ADMINISTRADORA:

(...)

a) disponibilizar, no mínimo, planos de saúde de 2 (duas) operadoras registradas na ANS, que atendam os seguintes requisitos:

b.1) cobertura assistencial que atenda a Lei nº 9.656/98, Resoluções da Agência Nacional Suplementar e o termo de referência anexo à Portaria Normativa nº 3/2009-SRH/MP.

7.2. Por outro lado, os planos contratados pelos servidores do MP por intermédio de outras administradoras não permitem aferir se há conformidade com o termo de referência anexo à Portaria MP 5/2010, pois não contêm cláusulas de cumprimento dessa portaria. A intermediação, também no caso do MP, não tem suporte em acordo de parceria firmado com o Ministério e redundaram em contratos coletivos por adesão, em afronta à portaria do MP.

7.3. Constatamos essas ocorrências na Proposta de Adesão 00796, Operadora ANS 326305, Plano ANS 463262101, servidor de matrícula Siape 1504295 (Peça 41, p. 2-3 e 14); Proposta de Adesão 3659327, Operadora 000043, Plano Especial ANS 700.474/99-5, servidor de CPF 038.743.654-50 (Peça 46, p. 2-4); e Proposta de Adesão 2781371, Operadora ANS 005622, Plano Básico ANS 458034/08-6, servidor de CPF 009.623.721-02] (Peça 47, p. 2-4). Tais ajustes foram firmados com as Administradoras de Benefícios Qualicorp Soluções em Saúde e Unifocus e não fazem qualquer referência à Portaria 5/2010.

7.4. Importante destacar que até o mês de março de 2012 já tinham sido apresentados 356 contratos de planos de saúde firmados com a intermediação da Administradora Qualicorp Soluções em Saúde (Peça 74).

Ministério da Integração Nacional – MI

8. Esse ministério também formalizou parceria com a Administradora Clube Aliança (Peça 16, p. 46-57). Os planos oferecidos pela Administradora, de forma similar aos oferecidos aos servidores do Ministério da Justiça e do Planejamento, guardam conformidade com o termo de referência anexo à Portaria 3/2009-SRH/MP, normativo revogado pela Portaria SRH/MP 5/2010, como observamos no excerto do acordo abaixo transcrito:

[Das obrigações] Por parte da ALIANÇA ADMINISTRADORA:

(...)

a) apresentar aos Beneficiários, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;

[Das obrigações] Por parte das Operadoras (Peça 16, p. 50):

2.1:2.1 - Caberá às Operadoras- contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98, de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, e inclusive:

8.1. A Cláusula Décima Segunda dispõe que (Peça 16, p. 55):

O presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** é aceito pelo **MI** em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório haja vista não haver desembolso de recursos públicos, assegurada a participação de quaisquer operadoras, desde que devidamente habilitadas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estabelecidos um novo **TERMO DE ACORDO GRATUITO** nos mesmos moldes, assegurando-se, dessa forma, aos servidores os benefícios dele constantes, bem como aos dependentes.

8.2. O Termo de Referência que fundamentou a referida parceria dispõe que, para fazer jus ao ressarcimento do auxílio-saúde, os servidores ativos e inativos e os pensionistas poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, nas seguintes condições (Peça 19, p. 39):

4.1.1. Aderir ao Plano de Assistência à Saúde oferecido pelo Ministério da Integração Nacional, de que trata o presente Termo de Referência Básico; e

4.1.2. Que tenha contratado plano de saúde particular, desde que atenda às coberturas mínimas do Termo de Referência Básico - Anexo I, da Portaria Normativa n. 3, de 30 de julho de 2009, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

8.3. Por sua vez, a Cláusula Quarta da parceria disciplina que a Proposta Comercial e o Termo de Referência são partes integrantes do Termo de Acordo Gratuito (Peça 16, p. 53).

8.4. Em relação a outras administradoras de benefícios que atuam no Ministério da Integração, no entanto, encontramos ocorrências de contratos que não contêm cláusulas relativas às orientações contidas na Portaria 5/2010. Além disso, todos são formalizados por meio de contratos de adesão firmados entre os servidores e as administradoras de benefícios sem suporte em acordo de parceria firmado com o Ministério.

8.5. As ocorrências foram constadas na Proposta de Adesão 3223806, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 432411/00-1, servidor de matrícula Siape 1838012 (Peça 18, p. 49-50); e Proposta de Adesão 2720986, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 7004739997, servidor de matrícula Siape 4323376 (Peça 19, p. 3), ambas tendo como contraparte a Administradora de Benefícios Qualicorp Soluções em Saúde, não sendo possível afirmar, também neste caso, que os planos ofertados contemplam as exigências contidas na Portaria 5/2010.

8.6. Conforme verificado, nos Ministérios do Planejamento, da Justiça e da Integração há casos de concessão do auxílio mediante apresentação de contratos de planos de saúde na modalidade “Coletivo por Adesão”, o que contraria o disposto no subitem 1.4 do termo de referência anexo à Portaria/MP 5/2010, que exige plano Coletivo Empresarial.

8.7. A modalidade Coletivo por Adesão foi definida no art. 9º da Resolução ANS 195/2009 como sendo aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, a exemplo de conselhos profissionais e entidades de classes, dos sindicatos, das associações profissionais, das cooperativas, das caixas de assistência e outros que não sejam servidores estatutários (sublinhamos).

8.8. Afronta, ainda, o art. 20-D, da Resolução ANS 124, de 30 de março de 2006, constituindo infração sujeita a penalidade:

Art. 20–D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. Sanção - multa de R\$ 50.000,00.

8.9. Além disso, verificamos que os planos de saúde firmados por servidores desses três ministérios com intermediação das Administradoras Qualicorp e Unifocus, todos coletivos por adesão, não fazem referência à portaria do MP e não foram antecedidos de termo de Acordo Gratuito firmado com os respectivos ministérios.

Relação entre a administradora de benefícios e a Administração e os servidores contratantes

9. Na intermediação da administradora de benefício, a relação que se estabelece é entre esta e o servidor, de forma individualizada, com suporte na parceria firmada entre a administradora e a Administração.

9.1. Nesse modelo, as administradoras assumem o papel de estipulantes e devem cumprir todos os requisitos previstos no Termo de Referência Básico do MP, cobrando mensalidades diretamente dos beneficiários do serviço.

9.2. Não há, contudo, contratos ou quaisquer outros instrumentos congêneres firmados entre a Administradora e as operadoras de planos de saúde ofertados aos servidores do MJ e do MP. Tal sistemática oferece risco para os servidores, pois estes somente terão certeza de que estarão contratando determinados planos e coberturas, e que de fato, a Administradora repassa os recursos às operadoras, quando, porventura, ocorrer recusa de atendimento.

9.3. Procedimento diverso ocorre no Ministério da Integração Nacional, cujo termo de parceria firmado com administradora de benefícios Clube Aliança disciplinou, na letra “r” da Cláusula Segunda, que constitui obrigação da administradora comprovar vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico, conforme a seguir transcrito (Peça 16, p. 46-55):

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1 Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, as partes se propõem a:

2.1.1 - São obrigações da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

(...)

r) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico; e

(...)

9.4. Em cumprimento ao disposto no parágrafo precedente, a Administradora Aliança apresentou termos de acordo e responsabilidade firmados com as operadoras Medial Saúde S/A (Peça 18, p. 1-6) e Unimed Federação Interfederativa das Cooperativas Médicas do Centro-Oeste e Tocantins (Peça 18, p. 7-15), em que se convencionou:

Cláusula Primeira - Do Objeto

1.1. As partes, UNIMED e ALIANÇA ADMINISTRADORA, já devidamente qualificadas, se comprometem a cumprir as obrigações decorrentes do Edital de Convocação para Credenciamento nº 0001/2010 do Ministério da Integração Nacional- MI para oferecer planos coletivos empresariais, de adesão voluntária e opcional aos servidores ativos, inativos, respectivos dependentes e pensionistas, do Ministério da

Integração Nacional-MI.

1.2. A cobertura disponibilizada compreenderá assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos, seus dependentes ou agregados, e aos pensionistas, para cobertura em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, por meio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros profissionais/instituições.

1.3. A cobertura assistencial deverá observar o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, na Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão-SRH/MP, pela Resolução Normativa/RN nº 10 de 03 de novembro de 1998, alterada pelas RNs. n. 67 e 81 de 2001, 167 de 9 de janeiro de 2008 e 196 de 2Q09, todas de autoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS e também pela Portaria/MI nº 135 de 11 de julho de 2000.

Cláusula Terceira – [Obrigações da Operadora]

3.1. A operadora de plano de saúde cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 10, 11 e 12 de 1998 e demais normas vigentes, e com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS - RN Nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

Sistemática de pagamento de auxílio-saúde quando há intermediação das administradoras de benefícios

10. Neste ponto, registramos a atual sistemática de pagamento de auxílio-saúde pelos ministérios fiscalizados. Segundo o art. 28 da Portaria MP 5/2010, o servidor deverá apresentar cópia do contrato firmado com a operadora e o comprovante de pagamento da mensalidade para ter direito ao benefício (*per capita*) a ser creditado diretamente em sua conta.

10.1. Segundo as parcerias firmadas, o servidor efetua o pagamento do plano diretamente à administradora e esta repassa os recursos às operadoras. Essa parceria permite ao ministério efetuar o crédito relativo ao valor *per capita* diretamente no contracheque do servidor, com base nas informações apresentadas mensalmente pela administradora, por meio de relação nominal de servidores, procedimento que, para os ministérios, supriria a apresentação de cópias individualizadas dos comprovantes de pagamentos (Peça 57, p. 3, e Peça 55, p. 5).

10.2. Surge nessa sistemática, contudo, o risco de a administradora não honrar o possível compromisso firmado com as operadoras dos planos, ante a ausência de comprovação de que as operadoras foram efetivamente remuneradas pelos planos contratados pelos servidores.

10.3. A ANS, ao responder o Ofício 67-Secex-8, por meio do Ofício 030/2012/AUDIT/ANS, de 19/6/2012, faz os seguintes apontamentos com relação às administradoras de benefícios, sinalizando a fragilidade da fiscalização exercida sobre essas empresas (peça 23, p. 4):

Cumpre, ainda, apontar que a partir do início da vigência da RN nº 196/2009 tem-se acompanhado e percebido a ocorrência de problemas advindos de suas operações, envolvendo falhas quanto às garantias que devem possuir para atuarem como estipulantes, tais como restrição de ingresso em plano, imposição de barreiras assistenciais, etc. Essas condutas são vedadas especificamente pelo art. 7º, da RN nº 196/2009, cuja apuração de responsabilidade vem sendo feita por meio da instauração de processos administrativos sancionadores. Ocorre que, em vista das irregularidades eventualmente detectadas não se mostrarem ainda de grande monta, inexistente procedimento fiscalizatório padrão, conduzido de forma sistemática e permanente, focando as Administradoras. No entanto, encontra-se em análise interna a perspectiva de a partir do ano de 2013 tais empresas fazerem parte do Programa de Fiscalização Pró-ativa, conduzido pela Gerência Geral de Fiscalização desta Diretoria, conforme disposto na Resolução Normativa ANS nº 223, de 2010.

10.4. Para minimizar esse risco, caberia ao ministério, por exemplo, exigir das operadoras, mensalmente, para efeito de ressarcimento do auxílio, relação nominal dos beneficiários adimplentes com a respectiva mensalidade do plano de saúde contratados por meio da administradora, a fim de certificar-se de que os recursos públicos foram empregados no objetivo proposto.

10.5. Visando à prestação de contas dos pagamentos dos planos às operadoras, a Cláusula Segundo, “j”, da parceria firmada entre o Ministério da Integração e a Administradora Clube Aliança obrigou a administradora a apresentar, mensalmente, comprovante de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de plano de saúde (Peça 16, p. 48):

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1 Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, as partes se propõem a:

2.1.1 - São obrigações da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

(...)

j) visando a prestação de contas da alínea "I", a Administradora de Benefícios deverá apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;

10.6. Não obstante essa obrigação, verificamos que tais comprovantes não constavam dos autos, tendo sido solicitados pelo Ministério da Integração Nacional à administradora em razão de questionamento da equipe de inspeção (Peça 14, p. 19-20).

10.7. Na declaração de peça 14, p. 19, a Amil Assistência Médica Internacional e a Medial Saúde declaram a quitação das mensalidades do plano de saúde até a competência abril de 2012, referindo-se ao termo de acordo de responsabilidade celebrado com a Aliança Administradora de Benefícios.

10.8. Na declaração de peça 14, p. 20, a Unimed Federação Interfederativa das Cooperativas Médicas do Centro-Oeste e Tocantins, da mesma forma, declara a quitação das mensalidades do plano de saúde até a competência de abril de 2012.

10.9. Referidos comprovantes de quitação, contudo, não são suficientes para minimizar o risco aventado, uma vez que não é possível estabelecer relação entre essas quitações e os servidores constantes das relações encaminhadas pela Administradora para o ministério efetuar os ressarcimentos.

10.10. Descumprem-se, assim, normas de direito financeiro norteadoras das despesas públicas no que tange à parcela indenizatória, pois a Administração liquida a despesa sem que haja documentos comprobatórios da entrega efetiva do serviço, seja pela ausência de contrato firmado diretamente entre o servidor e a operadora, seja pela ausência de contrato, acordo ou outros ajustes firmados entre a administradora e as operadoras dos planos de saúde (excetuando-se, neste último caso, o Ministério da Integração Nacional), estabelecendo-se uma precária relação de confiança, manifestamente imprópria quando se trata de dispêndio público.

10.11. Portanto, a atual sistemática adotada descumpe a Lei 4.320/64, que determina que o pagamento da despesa concretiza-se após a regular liquidação, e esta se dará somente após a verificação do direito

adquirido pelo credor, tendo por base os documentos comprobatórios da entrega de material ou da prestação efetiva do serviço (arts. 62 e 63, § 2º, inciso III).

Atendimento de emergência e de urgência em todo o território nacional

11. Segundo o art. 18, inciso III, da Portaria MP 5/2010, os convênios e os contratos firmados para suprir a assistência à saúde suplementar dos servidores devem oferecer e disponibilizar atendimento de emergência e de urgência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou da entidade do qual estiver vinculado o titular do benefício.

Ministério da Justiça

12. O Termo do Acordo de Parceria firmado entre o MJ e a Aliança Administradora estabelece, na Cláusula Segunda (Peça 55, p. 4):

Das obrigações [da Aliança Administradora]

b) disponibilizar, no mínimo, planos de saúde de duas operadoras registradas na ANS que atendam os seguintes requisitos:

b.1) Cobertura assistencial que atenda a Lei n. 9.656/98, Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Termo de Referência anexo à Portaria Normativa n. 03/2009-SRH/MP.

12.1. Segundo o art. 18, III, da Portaria/MP 3/2009, as operadoras de plano de saúde ficam obrigadas a oferecer e a disponibilizar atendimento de urgência e de emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou da entidade a qual estiver vinculado o titular do benefício.

12.2. Logo, considerando o subitem b.1, estabelece-se, de forma não expressa, a obrigação, por parte da Aliança, de proporcionar atendimento de urgência e de emergência aos servidores do MJ em todo o território nacional.

12.3. Verificamos que os planos ofertados pela Geap são de abrangência nacional (Peça 52, p. 48) e contemplam cláusulas relativas aos atendimentos de urgência e de emergência (Peça 52, p. 27):

Cláusula Quinta [Dos atendimentos de urgência e de emergência]

Os eventos caracterizados como de urgência e emergência são assim definidos:

I - urgência - o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

11- emergência - o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico/assistente.

12.4. Com relação aos planos firmados com as demais administradoras, o MJ informa que o cumprimento das exigências contratuais previstas no Termo de Referência anexo à Portaria 5/2010 ocorre na forma prevista nos processos individualizados de cada servidor (Peça 13, p. 3), não tendo sido identificada, contudo, qualquer referência ao atendimento de emergência e de urgência em todo o território nacional.

Ministério da Integração Nacional

13. Quanto ao Termo do Acordo Gratuito firmado entre o Ministério da Integração Nacional e a Administradora Clube Aliança, estabelece-se na Cláusula Primeira do Acordo Gratuito - do Objeto (Peça 16, p. 47):

o presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** constitui o credenciamento de pessoa jurídica Administradora de Benefícios, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como Administradora na prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos,

seus dependentes ou agregados, é aos pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, por meio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições, na forma disciplinada pela Lei 9.656, de 1998, e pela Resolução Normativa RN n. 10 de 1998 de 3 de novembro de 1998, alterada pelas RN n 67 e 81 de 2001 e 167 de 9 de janeiro de 2008, todas de autoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ ANS (sublinhamos).

13.1. A Cláusula Segunda do Termo do Acordo Gratuito dispõe (Peça 16 - p. 50)

Das obrigações [das Operadoras]

2.1:2.1 - Caberá às Operadoras- contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98, de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, e inclusive:

a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

13.2. Diante do exposto, verificamos que o termo do Acordo Gratuito firmado entre o MI e a Administradora de Benefícios Aliança contempla cláusulas relativas ao atendimento de urgência e de emergência em todo o território nacional, conforme orientação da Portaria/MP 5/2010.

13.3. Quanto aos planos contratados por meio de outras administradoras, registramos que aqueles firmados pelos servidores Jader P. G. V. Júnior, SIAPE 432376, Administradora Qualicorp, Operadora Sulamérica (Peça 75, p. 21) e Vinicius C. da C. Almeida, SIAPE 1838012, Administradora Qualicorp, Operadora Sulamérica (Peça 76, p. 23), não contemplam atendimento de emergência e urgência em todo o território nacional.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

14. O Termo do Acordo Gratuito firmado entre o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e a Administradora de Benefícios Clube Aliança disciplinou o assunto na Cláusula Segunda, item b.1 (Peça 55, p. 4):

Das obrigações [da Aliança Administradora]

b) disponibilizar, no mínimo, planos de saúde de duas operadoras registradas na ANS que atendam os seguintes requisitos:

b.1) Cobertura assistencial que atenda a Lei n. 9.656/98, Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Termo de Referência, anexo à Portaria Normativa n. 03/2009-SRH/MP;

14.1. Assim, o Termo de Acordo contempla cláusulas relativas às orientações contidas no art. 18, III, da Portaria/MP 3/2009, revogada pela Portaria/MP 5/2010, trazendo implícita, portanto, a obrigação de prestação de serviços de urgência e de emergência em todo território nacional.

14.2. Quanto aos planos contratados por meio de outras administradoras, constatamos que os firmados pelas servidoras Viviane Ferreira Ruiz, Matrícula SIAPE 2665489, Administradora de Benefícios Hapvida [Operadora ANS 36825-3] (Peça 42, p. 3), e Mariana Z. Silva, Administradora Unifocus, Operadora Amil (Peça 77, p. 5), não trazem cláusula de urgência e de emergência em todo o território nacional.

14.3. Registramos que os seguintes contratos, de abrangência nacional, firmados por meio da operadora Qualicorp, nesse ministério, contemplam cláusula relativa a coberturas de emergência e de urgência: Ana L. B. Leal, CPF 009.623.721-02, Administradora Qualicorp, Operadora BB Seguro Saúde (Peça 79, p. 3 e 21), Ana Clara R. de Mesquita, CPF 038.743.654-50, Administradora Qualicorp, Operadora Sulamérica (Peça 78, p. 3 e 23).

14.4. No convênio firmado com a Geap, verificamos a oferta do Plano GEAPReferência, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 455.830/07-8, na modalidade de Coletivo Empresarial, com abrangência nacional (Peça 28, p. 2). O atendimento de urgência e de emergência foi contemplado na Cláusula Quinta (Peça 28, p. 6-7).

Convênios (MJ e MP)

15. Os Ministérios da Justiça e do Planejamento firmaram convênios com a Fundação Geap com objetivo de oferecer plano de saúde aos servidores. O plano oferecido, denominado GEAPReferência, contempla as coberturas previstas no Rol de Procedimentos definido pelo órgão competente, no caso a Agência Nacional de Saúde Suplementar, atendendo também o previsto no art. 3º, § 1º, da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 11 de outubro de 2010:

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no *caput* observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

16. No Ministério do Planejamento (Convênio de Adesão 2/2008, firmado em 1/9/2008), o convênio firmado com a Geap contempla os seguintes termos (Peça 28, p. 2):

Cláusula Terceira- [Do Plano e das Coberturas Garantidas]

O plano GEAPReferência contemplará a assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica (nos limites previstos no rol de Procedimentos da ANS) e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo Primeiro - A FUNDAÇÃO disponibilizará o plano GEAPReferência que cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

16.1. Em 30 de dezembro de 2008, o Ministério firmou o primeiro aditivo, peça 28, p. 26- 27, ao citado convênio; em 30/9/2009, o segundo aditivo, peça 28, p. 26-27, e, finalmente, em 9/12/2010, o terceiro aditivo, peça 28, p. 31-37, este último fazendo referência, no seu preâmbulo, à observância da Portaria Normativa MP/SRH nº 3/2009.

Ministério da Justiça

17. O Convênio de Adesão 3/2011, firmado entre o MJ e a Geap, em 29/11/2011, tem como objeto proporcionar aos servidores do MJ e dependentes a possibilidade de ingresso no plano de saúde denominado GEAPReferência, registrado na ANS sob o nº 455.830/07-8, na modalidade Coletivo Empresarial, de abrangência nacional, observando a Lei 9.656/1998, os comandos das Resoluções da ANS e da Portaria/MP 5/2010 (Peça 51, p. 19).

17.1. Esse convênio se estendeu aos servidores do Departamento de Polícia Federal, Departamento de Polícia Rodoviária Federal, Fundação Nacional do Índio, Conselho Administrativo de Defesa do Consumidor, Arquivo Nacional, bem como da Secretaria de Direitos Humanos e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (Peça 48, p. 25). Atende 43.123 servidores e seus pensionistas (Nota Técnica 192/2011/CDRH/CGRH/SPOA/SE [Peça 48, p. 14]).

17.2. Sobre as coberturas garantidas, estabelece a Cláusula Terceira:

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

o plano GEAPReferência contemplará a assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica (nos limites previstos no rol de Procedimentos da ANS) e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no

país, com padrão enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo Primeiro A FUNDAÇÃO disponibilizará o plano GEAPReferência que cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

17.3. Em consulta à página da ANS (<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/consultar-dados>, acessado em 20/6/2012), constatamos que a Geap possui autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde, Registro 32308-0, concedido em 3/5/2005. É classificada como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS, e não tem finalidade lucrativa, conforme previsto no estatuto da entidade (http://www.geap.com.br/_geap/ge_estat.asp#titulo1, acessado em 20/6/2012), cumprindo, assim, os requisitos estipulados no art. 2º, I, da Portaria 5/2010 do MP.

17.4. Finalmente, cumpre informar que o MJ foi reconhecido como patrocinador-instituidor da Geap por meio da Resolução/REAP/Condel nº 549, de 27/6/2011 (Peça 51).

Sistemática de pagamento à Fundação Geap

18. Em relação à sistemática de pagamentos realizados pelo MJ, *per capita*, verificamos que, durante a execução do Convênio 02/2006, os valores eram pagos por meio de ordens bancárias e, a partir do Convênio 3/2011, então vigente, a parcela passou a ser creditada diretamente na folha de pagamento por meio de rubrica específica (82737), inclusa na folha de pagamento e por meio de dotação específica (3390.39), seguindo orientações do MP [Peça 13, p. 3-4].

Supervisão e acompanhamento exercido pelo MJ

19. O MJ informa que a supervisão e o acompanhamento do convênio com a Fundação Geap são de responsabilidade da Coordenação de Administração de Recursos Humanos, função exercida por força do Regimento Interno do MJ. Segundo o MP, a Coordenação, entre outras atividades, realiza, periodicamente, consulta eletrônica ao sítio da Agência Nacional de Saúde - ANS para verificar a existência de autorização de funcionamento das operadoras de plano de saúde junto às operadoras conveniadas ou contratadas, conforme previsto na Portaria/MP 5/2010 (Peça 12 e Peça 13, p. 2).

19.1. Para demonstrar a competência atribuída à referida Coordenação, o MJ apresentou cópia do seu Regimento Interno, que, no art. 50, Inciso XI, estabelece a competência da Divisão de Cadastro de Benefício para autorizar e controlar o cadastro dos serviços e seus dependentes inscritos junto ao plano de assistência à saúde em que o Ministério seja parte (Peça 50, p. 2).

19.2. Ocorre, contudo, que o art. 13 da Portaria/MP 5/2010 estatui que cabe aos órgãos e às entidades do Sipe a supervisão dos convênios e dos contratos, sendo responsabilidade de cada órgão ou entidade designar representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e dos contratos.

19.3. Logo, é obrigação do MJ indicar um servidor para ser o responsável pela gestão do convênio junto à Direção-Executiva da Geap, assim como junto às Gerências Regionais da Fundação (Cláusula Vigésima – Das Obrigações, do Termo de Adesão 3/2011 [Peça 51, p. 39]).

19.4. Portanto, o MJ descumpe o art. 14 da Portaria/MP 5/2010, pois a orientação normativa é no sentido designar representante para atuar junto à operadora conveniada e nos termos do convênio, cabendo, determinação ao ministério.

19.5. Quanto à fiscalização e ao acompanhamento das contratações intermediadas pela Administradora Aliança, o Acordo de Parceria nesse ministério não contemplou cláusulas relativas ao acompanhamento e à fiscalização, em afronta à orientação da Portaria 5/2010 (Peças 55 e 56).

19.6. Não há, também, servidores designados para fiscalizar os contratos individuais firmados com as demais operadoras e/ou administradoras de benefícios.

Supervisão e acompanhamento exercido pelo MP

20. Consta do Convênio 02/2008, Cláusula Vigésima, II, que constitui obrigação do MP indicar servidor para ser o responsável pela gestão do convênio junto à Direção-Executiva da Geap e às Superintendências e Representações da Fundação (Peça 28, p. 18).

20.1. O Ministério do Planejamento designou servidores para essa tarefa, conforme Portaria 387, de 2/10/2008, atendendo o disposto no art. 14 da Portaria/MP 5/2010 e na Cláusula Vigésima, II, do convênio (Peça 36).

20.2. Todavia, não foi apresentado documento designando servidor para supervisionar e acompanhar o Acordo de Parceria firmado com a Administradora Clube Aliança. Não há também servidores designados para fiscalizar os contratos firmados entre os servidores e as demais operadoras e/ou administradoras de benefícios.

Supervisão e acompanhamento exercido pelo Ministério da Integração Nacional

21. O Ministério designou servidor para acompanhar e fiscalizar a execução da parceria (Peça 16, p. 9), todavia, não há nos autos do processo (59000.000580/2010-68) evidência do efetivo cumprimento dessa obrigação.

21.1. A Cláusula Segunda do Acordo de Parceria firmado entre o MI e a Administradora Clube Aliança - Das Obrigações [do Ministério], dispõe (Peça 16, p. 52):

d) acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Acordo, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento; e

e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores ativos, inativos e pensionistas, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

21.2. Assim, apesar de cumprir formalmente o art. 13 da Portaria/MP 5/2010 e as cláusulas acordadas no que diz respeito a essa obrigação, constatamos que na prática o ministério não vem cumprindo essa atribuição.

21.3. Não há, contudo, servidores designados para fiscalizar os contratos firmados com as demais operadoras e/ou administradoras de benefícios.

Sistemática de pagamento do MP

24. Por meio do Comunica 540676 – Siape, de 26/8 a 25/9/2010, a SRH/MP, atual Segep/MP, determinou que, a partir de setembro de 2010, a sistemática de pagamentos cabíveis ao MP, *per capita*, dar-se-ia por meio de crédito diretamente na folha de pagamento, por meio de rubrica específica (82737), e 32623 – Geap *per capita* Patrocinador, gerando consignações na folha de pagamento.

24.1. Para obter o ressarcimento do auxílio de caráter indenizatório, o servidor deve apresentar comprovante de pagamento do plano de saúde. O órgão realiza essa operação no módulo Siape, gerando crédito no contracheque, rubrica 82737 (Peça 27, p. 4).

Detalhamento anual das receitas e das despesas dos convênios

Ministério da Justiça

25. Segundo o art. 12 da Portaria 5/2010, caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou a entidades do Sipe, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários.

25.1. Em cumprimento à Cláusula Décima Quarta do Convênio 003/2011 (Peça 51, p. 36), a Geap enviou, em 21/5/2012, referidos quadros demonstrativos de receitas e de despesas relativos aos exercícios de 2010 e de 2011, bem como os dados relativos aos meses de janeiro a março de 2012 (Peça 53).

25.2. O Convênio 003/2011, firmado entre o MJ e a Fundação Geap, disciplinou o tema na Cláusula Décima Quarta (Peça 51, p. 36):

A FUNDAÇÃO apresentará ao MINISTÉRIO, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os Pensionistas, Titulares e seus dependentes dos Planos de Saúde.

25.3. Diante do exposto, constatamos que o MJ cumpre, embora intempestivamente, a orientação contida no art. 12 da Portaria 5/2010 e em cláusula do convênio relativamente ao tema prestação de contas, uma vez que os demonstrativos de receitas e de despesas do exercício de 2010 foram apresentados somente em 5/2012.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP

26. O convênio 002/2008, firmado entre o MP e a Fundação Geap, disciplinou o tema na Cláusula Décima Quarta (Peça 28, p.14):

A FUNDAÇÃO apresentará ao MP, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os Pensionistas, Titulares e seus dependentes dos Planos de Saúde.

26.1. Em cumprimento a essa obrigação, a Geap apresentou, no exercício de 2010, quadros demonstrativos de receitas e de despesas contemplando o resultado decorrente da diferença entre essas rubricas (Peça 31, p. 54-59). Também foram apresentados tais demonstrativos referentes ao exercício de 2011 (Peça 32, p. 4-6 e p. 35-38).

26.2. Em face do exposto, entendemos cumprida essa obrigação para os exercícios de 2010 e de 2011 nesse ministério.

Supervisão Supletiva exercida pelo MP

27. O MJ assegurou, por meio do Ofício 391//2012/CGRH/SPOA/SE-MJ, de 28/5/2012, que a supervisão exercida pelo MP tem sido presencial e acontecido à medida em que surgem dúvidas em relação aos normativos aplicáveis (Peça 13, p. 4).

27.1. O MI, por sua vez, informou, por meio do Ofício nº 333/2012/SECEx-MI, de 21/6/2012 (Peça 14, p. 9), a existência de registros no SIAPE, nos exercícios de 2010 a 2012, para demonstrar a supervisão supletiva do MP por meio de orientações sobre o assunto para todos os órgãos pertencentes ao Sipec em 25/5/2010 (Comunica Geral n. 538835), em 30/8/2010 (Mensagem SIAPE n. 540677), e em 10/8/2011 (Mensagem SIAPE n. 546737) (Peça 14, p. 9).

27.2. Os três comunicados orientavam os órgãos que determinados servidores contratados não tinham direito ao auxílio saúde; atualização de dependentes do SIAPE; e outro informando que os valores *per capita*, de responsabilidade da União, seriam calculados e lançados de forma automática na folha de pagamento.

27.3. Não obstante tais informações, devemos destacar que a supervisão supletiva por parte do MP aos órgãos e a entidades do Sipec não tem caráter unicamente orientador, conforme é possível depreender da leitura do art. 15 da Portaria Normativa SRH/MP 5/2010, que estabelece que o MP, no cumprimento de sua atividade supervisora, poderá solicitar, a qualquer tempo, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos aos órgãos e entidades do SIPEC.

27.4. Deve-se ressaltar, por oportuno, que a expressão “poderá”, nesse contexto, não tem natureza discricionária. Tem o sentido de autorizar, de dar poder, de assegurar ao MP o livre acesso aos processos dos demais órgãos/entidades da Administração necessários ao exercício de sua função de supervisor, que não poderão ser negados, sob qualquer pretexto.

Cobertura dos custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos mínimos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente

28. De acordo com Item 3.1 do Termo de Referência Básico anexo à Portaria MP 5/2010, as operadoras de planos de saúde devem cobrir os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos mínimos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

28.1. Em consulta à página da ANS, constatamos o seguinte entendimento sobre o Rol de Procedimentos Vigentes (acessado em 3/9/2012: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/441-rol-de-procedimentos>):

Em 07 de junho de 2010, entrou em vigor a nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A partir dessa data, todos os planos regulados pela ANS devem cumprir a Resolução Normativa nº 211/2010, que amplia a cobertura obrigatória para os beneficiários de planos de saúde

e passa a listar, a um só tempo, tanto os procedimentos médicos quanto os odontológicos e para outros profissionais de saúde.

28.2. Segundo a resolução da ANS, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde.

28.3 Assim, podemos inferir que, independentemente de transcrição nos termos pactuados, os planos de saúde regulados pela ANS devem cobrir os custos relativos aos procedimentos e aos eventos mencionados no Rol de Procedimento.

Fiscalização exercida pela ANS sobre as operadoras por meio de Notificação de Investigação Preliminar – NIP

29. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

29.1. Quanto à regularidade do cumprimento das avenças pelas operadoras, no que concerne à cobertura de procedimentos ou a evento de saúde, cabe mencionar que a Resolução - ANS 226/2010 instituiu o procedimento da Notificação de Investigação Preliminar NIP com o seguinte propósito:

§ 1º O procedimento da NIP consiste em um instrumento que visa a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde, acerca das demandas de negativa de cobertura.

§ 2º As demandas de negativa de cobertura a serem processadas na NIP se restringem aos casos em que o procedimento ou evento em saúde ainda não foi realizado ou foi realizado a expensas do consumidor.

Art. 2º O reconhecimento de reparação voluntária e eficaz acerca de demandas de negativa de cobertura apenas poderá ocorrer no âmbito da NIP, devendo estar preenchidos os requisitos do art. 11 e seus parágrafos da RN nº 48, de 2003, alterado pela RN nº 142, de 2006.

29.2. As tabelas encaminhada pela ANS (Peça 22, p. 6-17) em resposta aos itens 3 e 4 do Ofício nº 67-Secex-8, de 11/6/2012 (Peça 25), demonstram o total de demandas recebidas pelo dispositivo NIP – Plano de Referência, no período de 2010 a 6/6/2012, bem como a quantidade de demandas atendidas e registradas como Reparação Voluntária e Eficaz – RVE, prevista no art. 11 da Resolução Normativa ANS 48/2003, resumidas no quadro a seguir.

Exercício (1)	Quantidade de ocorrências (2)	RVE (Reparação Voluntária e Eficaz) (3)	Percentual total de casos resolvidos por RVE (3/2)
2010	38	27	71%
2011	529	409	77%
2012	123	54	43%

29.3. Esses números indicam que a maioria dos conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde, relativos à negativa de cobertura assistencial, são arquivados em decorrência da aplicação do instituto da Reparação Voluntária e Eficaz, previsto no art. 11 da Resolução Normativa-ANS 48/2003, isto é, as demandas foram investigadas e não foi constatada irregularidade, ou foi constatada irregularidade e houve reparação voluntária e eficaz de todos os prejuízos ou danos eventualmente causados.

29.4. Para contextualizar esses números, registramos que, em abril de 2011, constavam 2.606 reclamações no universo de 42.030.478 beneficiários de planos de saúde vinculados às operadoras de grande porte. Para as operadoras de médio porte, foram registradas 541 reclamações no universo de 13.786.156 beneficiários e registradas 203 reclamações no universo de 6.044.623 beneficiários para operadoras de pequeno porte (<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>, acessado em 29/6/2012).

29.5. Nesse período, para a Fundação Geap, operadora de grande porte, com 755.044 beneficiários/mês, foram registradas 24 reclamações/mês.

29.6. Em princípio, os números de reclamações registradas mostram-se relativamente pequenos diante da quantidade de beneficiários dos planos de saúde.

29.7. Todavia, de acordo com informações presentes no informativo publicado pela ANS denominado “Foco Saúde Complementar - março de 2012”, novo índice de reclamações evidencia uma tendência de crescimento da procura pela ANS, podendo estar associado a mudanças nas formas de acesso aos canais de reclamação disponibilizados pela ANS (novo site, por exemplo) e à recente entrada em vigor da RN 259, que dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde (http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/web_VERSAO_foco_marco_2012.pdf, acessado em 2/7/2012).

29.8. Em que pese o fato de as estatísticas da ANS não discriminarem a parcela de reclamações atinentes a servidores públicos federais, a fiscalização e a normatização da ANS sobre as operadoras e administradoras de planos de saúde tendem a aprimorar a qualidade do serviço de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos.

CONCLUSÃO

30. O resultado dos trabalhos de inspeção revela que a prestação de serviço de assistência à saúde dos servidores vinculados aos Ministérios da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão viabiliza-se por meio de convênio firmado com operadora de plano de assistência à saúde, organizada na modalidade de autogestão, bem como mediante contratos individuais firmados com a intermediação de administradora de benefícios (auxílio), ressaltando-se que os servidores podem aderir a quaisquer dessas opções, inclusive mediante contratos individuais firmados diretamente com as operadoras de plano de saúde. No Ministério da Integração Nacional, os servidores têm acesso somente à modalidade auxílio, com intermediação das administradoras de benefícios.

30.1. Os Ministérios da Justiça e do Planejamento firmaram convênio com a Fundação Geap, cujos termos, formalmente, contemplam o Termo de Referência anexo à Portaria – MP 5/2010 e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Itens 15 a 17).

30.2. Os contratos individuais firmados com a Administradora Aliança também seguem as regras da multicitada portaria (itens 6 e 8).

30.3. Em relação às demais administradoras, contudo, constatamos concessões indevidas de auxílio-saúde nos Ministérios da Justiça, do Planejamento e da Integração Nacional, uma vez que os termos apresentados para fins de ressarcimento, caracterizados como “Coletivo por Adesão”, afrontam à Portaria/MP 5/2010, que exige a modalidade Coletiva Empresarial, e à Resolução - ANS 196/2009, e não mencionam a observância dos dispositivos constantes da citada portaria (Itens 6, 7 e 8).

30.4. Quanto ao acompanhamento e à supervisão dos convênios/parcerias e contratos, constatamos fragilidade desse procedimento por parte dos órgãos (Itens 19, 20 e 21).

30.5. Ainda no que concerne à atividade de supervisão dos convênios e dos contratos, não ficou evidenciado o cumprimento dessa obrigação por parte do MP, enquanto órgão normatizador/supervisor dos serviços de assistência à saúde do servidor, conforme regulamentou a mencionada Portaria/MP 5/2010 (Item 27).

30.6. A sistemática de pagamento do auxílio-saúde por meio de relação nominal dos servidores enviada aos órgãos pela administradora de benefícios afronta normas de direito financeiro relativo à liquidação da despesa e representa risco de os recursos públicos não serem aplicados regularmente em sua finalidade (Item 10).

30.7. No que diz respeito à obrigação de as operadoras ofertar e disponibilizar planos de atendimento de urgência e de emergência em todo o território nacional, constatamos que os da Geap e da Aliança atendem esse objetivo. Todavia, constatamos no Ministério do Planejamento, da Justiça e da Integração Nacional a concessão de auxílio-saúde por meio de contratos firmados por intermédio das administradoras de benefícios Qualicorp e Unifocus que não observam, formalmente, essa exigência (Itens 12, 13 e 14).

30.8. No que diz respeito à obrigação de as entidades conveniadas encaminharem, anualmente, quadro demonstrativo de receitas e de despesas, constatamos que o MJ cumpre, embora de maneira intempestiva, a orientação contida no art. 12 da Portaria 5/2010 (Item 25). O MP demonstrou o cumprimento dessa obrigação (Item 25 e 26).

30.9. As fiscalizações exercidas pela ANS contemplam o plano de referência básico previsto na Resolução ANS 226 de 2010 (Item 29).

30.10. Diante dessas constatações, considerando que o objetivo inicial desta inspeção foi coletar dados e informações para subsidiar proposta de fiscalização para fins de atendimento de demanda do Congresso Nacional; considerando que o universo examinado é insuficiente para fundamentar uma resposta de forma consistente à referida demanda; propomos realizar auditoria, a ser coordenada pela 8ª Secex, com vistas a estender os exames efetuados nestes autos a outros órgãos/entidades.

30.11. As constatações pertinentes à inobservância da Portaria MP, à contratação de planos na modalidade coletivo por adesão, à supervisão e acompanhamento dos contratos e convênios, entre outras, serão objeto de ciências e determinações corretivas, conforme exposto na proposta de encaminhamento seguinte.

30.12. Finalmente, importante registrar que os dados cadastrais e financeiros dos servidores examinados nestes autos são sigilosos, conforme Comunica Geral nº 538835, transmitido em 25/5/2010, devendo, por isso, apor-se a chancela de sigilo sobre as peças 19, 20, 21, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 59 e 60 deste processo (Peça 14, p. 15).

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

31. Em face do exposto, submetemos os autos à consideração superior, propondo:

I- conhecer da presente Solicitação do Congresso Nacional, com fundamento no art. 232, inciso III, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, c/c o art. 4º, inciso I, b, da Resolução TCU 215/2008;

II- determinar a realização de auditoria nos ajustes destinados à prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores vinculados ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal-Siprec, de forma a estender o exame empreendido nestes autos a outros órgãos/entidades;

III- determinar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que, no cumprimento de sua atividade supervisora dos serviços de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal- Siprec:

a.1 solicite às unidades supervisionadas, periodicamente, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos, de forma a dar efetividade ao disposto no art. 15 da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010;

a.2 oriente as unidades supervisionadas que, qualquer que seja a modalidade de assistência à saúde suplementar prestada ao servidor, o instrumento formalizador do respectivo ajuste deverá consignar, expressamente, o atendimento ao termo de referência básico e aos demais dispositivos constantes da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010 ou de outras que a sucederem;

IV- determinar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Justiça e Ministério da Integração Nacional, na qualidade de concedentes (patrocinadores), contratantes, prestadores diretos e/ou responsáveis pela concessão de auxílio de caráter indenizatório:

b.1 designem representante para atuar junto às operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do Siprec, em cumprimento ao art. 14 da Portaria Normativa SRH/MP nº 5, de 2010;

b.2 abstenham-se de conceder auxílio de caráter indenizatório a servidores contratantes individuais de plano de assistência à saúde na modalidade Coletivo por Adesão, espécie não prevista na Portaria Normativa SRH/MP nº 5, de 2010, que exige a modalidade Coletivo Empresarial;

b.3 abstenham-se de firmar contratos ou convênios ou conceder auxílio de caráter indenizatório sem que o instrumento respectivo mencione, de forma expressa, o cumprimento ao termo de referência básico e aos demais dispositivos constantes da Portaria Normativa SRH/MP nº 5, de 2010 ou de outras que a sucederem;

b.4 exijam que as administradoras de benefícios estipulantes de planos de saúde comprovem vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

b.5 exijam que as administradoras de benefícios apresentem, mensalmente, comprovante de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de plano de saúde contendo relação nominal dos servidores referenciados;

b.6 abstenham-se de firmar contratos e convênios ou conceder auxílio de caráter indenizatório sem que haja previsão de atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, nos termos do art. 18, inciso III, da Portaria Normativa SRH/MP nº 5, de 2010;

V- dar ciência à Agência Nacional de Saúde Complementar de que este Tribunal constatou a oferta de planos de saúde na modalidade Coletivo por Adesão, em afronta ao art. 20-D, da Resolução ANS 124, de 30 de março de 2006, fatos ocorridos, a título exemplificativo:

a) no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:

a.1. Proposta de Adesão 00796, Operadora ANS 326305, Plano ANS 463262101, servidor de matrícula Siape 1504295; Proposta de Adesão 3659327, Administradora Qualicorp, Operadora 000043, Plano Especial ANS 700.474/99-5, servidor de CPF 038.743.654-50; e Proposta de Adesão 2781371, Administradora Qualicorp, Operadora ANS 005622, Plano Básico ANS 458034/08-6, servidor de CPF 009.623.721-02;

b) no Ministério da Integração Nacional:

b.1. Proposta de Adesão 3223806, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 432411/00-1, servidor de matrícula Siape 1838012; e Proposta de Adesão 2720986, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 7004739997, servidor de matrícula Siape 4323376; e

c) no Ministério da Justiça:

c.1. Proposta de Adesão 324003, Operadora Sulamérica, ANS 00043, Plano Básico ANS 432.411/00-1, servidor de matrícula Siape 1873475.

VI- fixar o prazo de 180 dias para que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Justiça e Ministério da Integração Nacional apresentem ao Tribunal as medidas adotadas para dar cumprimento às determinações constantes dos subitens III e IV;

VII- encaminhar cópia deste Acórdão, bem como do relatório e voto que o fundamentarem, à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados, em atenção ao Requerimento 232/2011, de autoria do Deputado Federal Alexandre Santos, formulada pelo Ofício nº 971/2011/CFFC-P, de 8/12/2011, informando ao solicitante que, oportunamente, ser-lhe-á encaminhado exame similar ao empreendido nestes autos em relação a outros órgãos e entidades do Sipe; e

VIII- apor a chancela de sigilo sobre as peças 19, 20, 21, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 59 e 60 deste processo.”

2. A diretora da unidade técnica se manifestou de acordo com a proposta do auditor.

3. A secretaria em exercício da Secex-8 manifestou-se de acordo com a proposta do auditor e fez a seguinte complementação:

“Considerando que a avaliação já empreendida por esta Unidade Técnica envolveu diversos órgãos e unidades da Administração Pública, quais sejam: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Integração Nacional e Ministério da Justiça, neste último incluídos o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), a Fundação Nacional do Índio (Funai), o Departamento de Polícia Federal (DPF), o Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF), a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República;

Considerando que as informações constantes da instrução de peça 80 podem, desde já, ser encaminhadas à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados;

Entendo que a presente solicitação deve ser considerada parcialmente atendida, sem prejuízo de que seja autorizada a conclusão, no prazo de 60 dias após a autorização da auditoria proposta por esta Unidade Técnica, da segunda etapa do trabalho, de forma a ampliar o universo de órgãos/entidades fiscalizados.

Isto posto, encaminho os autos à Secretaria Adjunta de Planejamento para pronunciamento, nos termos do art. 6º, § 1º, da Resolução-TCU nº 185/2005.”

4. Por sua vez, a Secretaria Adjunta de Planejamento e Procedimentos – Adplan anuiu à fiscalização nos termos propostos pela Secex-8 e aprovou o cronograma de execução da ação de controle dentro do prazo de sessenta dias após autorização.

É o relatório.

VOTO

Trata-se de solicitação formulada pela Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados, originada do requerimento 232/2011, de autoria do deputado federal Alexandre Santos, para que seja realizada auditoria nos contratos de prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos do Poder Executivo Federal (Ofício 971/2011/CFFC-P, de 8/12/2011).

2. Com o objetivo de definir estratégia para futura auditoria nas entidades alcançadas pela presente SCN, a 8ª Secretaria de Controle Externo – Secex-8 realizou, preliminarmente, inspeção no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, no Ministério da Integração Nacional, no Ministério da Justiça – MJ e na Agência Nacional de Saúde Suplementar. A fiscalização teve como objetivo verificar a aderência dos procedimentos adotados relativos à assistência à saúde suplementar do servidor público, pelas referidas entidades, à Portaria Normativa SRH/MPOG 5, de 2010.

3. De forma sintética, dos normativos que regulamentam a assistência à saúde do servidor público, destaca-se o art. 230 da Lei 8.112/1990 que dispõe:

“Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.”

4. Por sua vez, a prestação de assistência à saúde suplementar do servidor pode ser operacionalizada de quatro maneiras, conforme dispõe o § 3º do artigo acima transcrito: (i) celebração de convênios com entidades de autogestão por ele patrocinadas; (ii) contratação de operadoras de planos e de seguros privados de assistência à saúde; (iii) prestação direta; e (iv) na forma de auxílio, mediante ressarcimento.

5. A expedição de normas complementares relativas à assistência à saúde do servidor está a cargo do MPOG, que expediu, dentre outros normativos, a Portaria Normativa SRH/MP 5/2010, que estabelece orientações aos órgãos e a entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec – sobre a assistência à saúde suplementar do servidor. O art. 2º da referida portaria, em especial, de forma similar à Lei 8.112/1990, dispõe que:

“Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.”

6. De acordo com a referida portaria, o servidor poderá requerer auxílio indenizatório, realizado mediante ressarcimento, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta, por convênio de autogestão ou mediante contrato (art. 26). No art. 3º, estipula que os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e das entidades do Sipec contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde, e que essa cobertura observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (art. 3,§1º). Orienta ainda que todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo da portaria do MP, com as exceções previstas na Lei 9.656, de 3/6/1998 (art. 3º, §2º).

7. Conforme verificado pela equipe de inspeção, em relação aos convênios com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, sobressaem aqueles firmados com a Geap – Fundação de Seguridade Social, fornecedora de grande parte desses serviços, tendo em vista a expressiva quantidade de coberturas realizadas pela Fundação, na ordem de 755.000 coberturas – beneficiários e dependentes. (<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes> [Acessado em 18/4/2012]).

8. Ressalta-se que a obrigatoriedade de os órgãos públicos não patrocinadores da Geap realizar licitação para contratá-la é matéria controvertida e está sendo discutida no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF) em vários mandados de segurança. Neste Tribunal, o tema está sendo examinado de forma ampla nos autos do TC 016.076/2010-9, processo atualmente sobrestado até que o STF se manifeste, no mérito, sobre a questão tratada nos Mandados de Segurança 25.855, 25.866, 25.891, 25.901, 25.919, 25.922, 25.928, 25.934 e 25.942.

9. As amostras examinadas na presente fiscalização foram selecionadas de forma aleatória e não probabilística e restringiram-se a três unidades jurisdicionadas ao Tribunal (Ministério da Justiça, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Integração Nacional), assim não se pode estender as constatações desta inspeção ao universo dos contratos e convênios celebrados. O marco temporal dos exames empreendidos se limitaram às avenças atualmente vigentes nos órgãos fiscalizados.

10. Em linhas gerais, as principais constatações da fiscalização foram:

a) a prestação de serviço de assistência à saúde dos servidores vinculados aos Ministérios da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão se dá por meio de convênio firmado com operadora de plano de assistência à saúde, organizada na modalidade de autogestão, bem como mediante contratos individuais firmados com a intermediação de administradora de benefícios (auxílio), ressaltando-se que os servidores podem aderir a quaisquer dessas opções, inclusive mediante contratos individuais firmados diretamente com as operadoras de plano de saúde. No Ministério da Integração Nacional, os servidores têm acesso somente à modalidade auxílio, com intermediação das administradoras de benefícios;

b) os Ministérios da Justiça e do Planejamento firmaram convênio com a Fundação Geap, cujos termos, formalmente, contemplam o termo de referência anexo à Portaria – MP 5/2010 e as resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

c) os contratos individuais firmados com a Administradora Aliança também seguem as regras da citada portaria;

d) em relação às demais administradoras, verificou-se concessões indevidas de auxílio-saúde nos Ministérios da Justiça, do Planejamento e da Integração Nacional, uma vez que os termos apresentados para fins de ressarcimento, caracterizados como “Coletivo por Adesão”, afrontam à Portaria/MP 5/2010, que exige a modalidade Coletiva Empresarial, e à Resolução - ANS 196/2009, e não mencionam a observância dos dispositivos constantes da citada portaria;

e) há fragilidade no acompanhamento e supervisão dos convênios, parcerias e contratos por parte dos órgãos fiscalizados;

f) não restou evidenciada a atividade de supervisão dos convênios e dos contratos, por parte do MPOG, enquanto órgão normatizador e supervisor dos serviços de assistência à saúde do servidor, conforme regulamentou a Portaria/MP 5/2010;

g) a sistemática de pagamento do auxílio-saúde por meio de relação nominal dos servidores enviada aos órgãos pela administradora de benefícios afronta normas de direito financeiro relativo à liquidação da despesa e representa risco dos recursos públicos não serem aplicados regularmente em sua finalidade (a administradora pode não honrar o compromisso firmado com as operadoras dos planos, ante a ausência de comprovação de que as operadoras foram efetivamente remuneradas pelos planos contratados pelos servidores);

h) no que diz respeito à obrigação das operadoras de ofertar e disponibilizar planos de atendimento de urgência e de emergência em todo o território nacional, constatou-se que os da Geap e da Aliança atendem esse objetivo. Todavia, constatou-se nos Ministério do Planejamento, da Justiça e da Integração Nacional a concessão de auxílio-saúde por meio de contratos firmados por intermédio das administradoras de benefícios Qualicorp e Unifocus que não observam, formalmente, essa exigência;

i) quanto à obrigação das entidades conveniadas encaminharem, anualmente, quadro demonstrativo de receitas e de despesas, o MJ cumpre, embora de maneira intempestiva, a orientação contida no art. 12 da Portaria 5/2010. O MPOG demonstrou o cumprimento dessa obrigação; e,

j) as fiscalizações exercidas pela ANS contemplam o plano de referência básico previsto na resolução ANS 226 de 2010.

11. Considerando que o objetivo inicial desta inspeção foi coletar informações para subsidiar proposta futura de fiscalização em atendimento a demanda do Congresso Nacional; considerando que o universo examinado é insuficiente para resposta mais abrangente à referida demanda; a Secex-8 propõe, com a concordância da Secretaria Adjunta de Planejamento – Adplan, realizar auditoria com vistas a estender os exames efetuados nestes autos a outros órgãos. Tal proposta conta com minha anuência.

12. Quanto às principais constatações elencadas no item 10 deste voto, serão objeto de ciência e determinação, na forma da deliberação que trago à apreciação deste Colegiado.

13. Registra-se que os dados cadastrais e financeiros de servidores, que foram examinados nestes autos são sigilosos, conforme Comunica Geral-MP 538835, transmitido em 25/5/2010. Assim, necessário se faz apor a chancela de sigilo sobre as peças 19, 20, 21, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 59 e 60 deste processo.

Finalmente, entendo que a presente solicitação deve ser considerada parcialmente atendida, sem prejuízo da autorização da auditoria, proposta pela unidade técnica, para ampliar o universo de entidades fiscalizadas.

TCU, Sala das Sessões, em 5 de dezembro de 2012.

ANA ARRAES
Relatora

ACÓRDÃO Nº 3386/2012 – TCU – Plenário

2. Grupo I – Classe II – Solicitação do Congresso Nacional.
3. Interessada: Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados – CFFC.
4. Unidade: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG.
5. Relatora: ministra Ana Arraes.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: 8ª Secretaria de Controle Externo – Secex-8
8. Advogado: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de solicitação encaminhada pelo presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, por meio do ofício 972/2011/CFFC-P, de 8/12/2011, para que seja realizada fiscalização nos contratos de prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos do Poder Executivo Federal, oriundo do requerimento 232/2011 de autoria do deputado federal Alexandre Santos.

ACORDAM os ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pela relatora, em:

9.1. com fundamento no art. 71, inciso IV, da Constituição Federal, no art. 1º, inciso II, da Lei 8.443/1992, e nos arts. 231 e 232, inciso III, do Regimento Interno, conhecer da solicitação;

9.2. determinar a realização de auditoria nos ajustes destinados à prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores vinculados ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec, de forma a estender o exame empreendido nestes autos a outros órgãos;

9.3. determinar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que, no cumprimento de sua atividade supervisora dos serviços de assistência à saúde suplementar dos servidores públicos vinculados aos órgãos e entidades do Sipec:

9.3.1 solicite às unidades supervisionadas, periodicamente, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos, de forma a dar efetividade ao art. 15 da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 11 de outubro de 2010;

9.3.2. oriente às unidades supervisionadas que, qualquer que seja a modalidade de assistência à saúde suplementar prestada ao servidor, o instrumento formalizador do respectivo ajuste deverá consignar, expressamente, o atendimento ao termo de referência básico e aos demais dispositivos constantes da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 2010 ou de outras que a sucederem;

9.4. determinar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ao Ministério da Justiça e ao Ministério da Integração Nacional que, na qualidade de concedentes (patrocinadores), contratantes, prestadores diretos e responsáveis pela concessão de auxílio de caráter indenizatório:

9.4.1. designem representante para atuar junto às operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sipec, em cumprimento ao art. 14 da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 2010;

9.4.2. abstenham-se de conceder auxílio de caráter indenizatório a servidores contratantes individuais de plano de assistência à saúde na modalidade Coletivo por Adesão, espécie não prevista na Portaria Normativa SRH/MP 5, de 2010, que exige a modalidade Coletivo Empresarial;

9.4.3. abstenham-se de firmar contratos ou convênios ou conceder auxílio de caráter indenizatório sem que o instrumento respectivo mencione, de forma expressa, o cumprimento ao termo de referência básico e aos demais dispositivos constantes da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 2010 ou de outras que a sucederem;

9.4.4. exijam que as administradoras de benefícios estipulantes de planos de saúde comprovem vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

9.4.5. exijam que as administradoras de benefícios apresentem, mensalmente, comprovante

de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de plano de saúde contendo relação nominal dos servidores referenciados;

9.4.6. abstenham-se de firmar contratos e convênios ou conceder auxílio de caráter indenizatório sem que haja previsão de atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, nos termos do art. 18, inciso III, da Portaria Normativa SRH/MP 5, de 2010;

9.5. dar ciência à Agência Nacional de Saúde Complementar de que este Tribunal constatou a oferta de planos de saúde na modalidade Coletivo por Adesão, em afronta ao art. 20-D, da Resolução ANS 124, de 30/3/2006, fatos ocorridos, a título exemplificativo:

9.5.1. no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Proposta de Adesão 00796, Operadora ANS 326305, Plano ANS 463262101, servidor de matrícula Siape 1504295; Proposta de Adesão 3659327, Administradora Qualicorp, Operadora 000043, Plano Especial ANS 700.474/99-5, servidor de CPF 038.743.654-50; e Proposta de Adesão 2781371, Administradora Qualicorp, Operadora ANS 005622, Plano Básico ANS 458034/08-6, servidor de CPF 009.623.721-02;

9.5.2. no Ministério da Integração Nacional: Proposta de Adesão 3223806, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 432411/00-1, servidor de matrícula Siape 1838012; e Proposta de Adesão 2720986, Operadora ANS 00043, Plano Básico ANS 7004739997, servidor de matrícula Siape 4323376;

9.5.3. no Ministério da Justiça: Proposta de Adesão 324003, Operadora Sulamérica, ANS 00043, Plano Básico ANS 432.411/00-1, servidor de matrícula Siape 1873475;

9.6. fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Justiça e o Ministério da Integração Nacional apresentem ao Tribunal as medidas adotadas para dar cumprimento às determinações constantes dos subitens 9.3. e 9.4 deste acórdão;

9.7. encaminhar cópia deste acórdão, bem como do relatório e voto que o fundamentaram, à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, em atenção ao Requerimento 232/2011, de autoria do deputado federal Alexandre Santos, formulado pelo Ofício nº 971/2011/CFFC-P, de 8/12/2011, informando ao solicitante que, oportunamente, ser-lhe-á encaminhado exame similar ao empreendido nestes autos em relação a outros órgãos e entidades do Sipe;

9.8. apor a chancela de sigilo sobre as peças 19, 20, 21, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 59 e 60 deste processo;

9.9. nos termos do art. 17, § 2º, inciso II, da Resolução 215/2008, considerar parcialmente atendida a presente solicitação.

10. Ata nº 50/2012 – Plenário.

11. Data da Sessão: 5/12/2012 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-3386-50/12-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Benjamin Zynler (Presidente), Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues, Aroldo Cedraz, José Jorge e Ana Arraes (Relatora).

13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.



(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
ANA ARRAES
Relatora

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
LUCAS ROCHA FURTADO
Procurador-Geral