



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROPOSTA DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE N.º 43-A, DE 2008

(Do Sr. Dr. Pinotti)

Propõe que a Comissão de Fiscalização e Controle realize ato de fiscalização sobre as medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde (SUS); tendo parecer da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle pelo encerramento e arquivamento (relator: DEP. HUGO MOTTA).

DESPACHO:

À COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Interna nas Comissões

S U M Á R I O

I – Proposta inicial

II – Na Comissão de Fiscalização Financeira e Controle:

- Relatório prévio
- Votos em separado
- Relatório parcial
- Relatório final
- Parecer da Comissão

Senhor Presidente,

Com fulcro no art. 100, § 1º, combinado com os artigos 60, incisos I e II, e 61 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, proponho a Vossa Excelência que, ouvido o digno Plenário desta Comissão, adote as medidas necessárias para realizar ato de fiscalização sobre os atos e controles administrativos praticados no âmbito da Agência Nacional de Saúde que têm resultado em graves prejuízos para o Sistema Único de Saúde e seus usuários, em razão dos seguintes fatos:

- a) O artigo 32 da Lei nº. 9.656/1998 determina que todo procedimento realizado no âmbito do SUS pelos detentores de planos e seguros de saúde privados deve ter como consequência o correspondente ressarcimento ao sistema público de saúde, mediante a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP.
- b) No entanto, a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável legal por assegurar tal ressarcimento, há anos, não cumpre a legislação vigente, o que leva os planos privados a continuarem cobrando dos seus usuários sem a necessária contrapartida financeira ao SUS, quando esses usuários são atendidos no sistema público de saúde.
- c) Tal fato, levou-me, na condição de deputado federal, a recorrer ao Tribunal de Contas da União (TCU) para realizar uma auditoria no sentido de apurar esse grave problema. O TCU realizou um profundo trabalho e publicou o Acórdão nº 1146/2006, em anexo, demonstrando graves irregularidades, quais sejam: (1) a ANS, em flagrante desrespeito à lei, promove o ressarcimento parcial, deixando de cobrar todos os procedimentos ambulatoriais que são realizados nos hospitais prestadores de serviços ao SUS, inclusive os de alto custo, que são os mais comuns e mais caros. Refiro-me aos exames de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, quimioterapia, dentre outros. Ela cobra, hoje, apenas os procedimentos de internação realizados nos hospitais públicos e privados

(conveniados ou contratados); e (2) a ANS demonstra-se absolutamente incompetente na promoção dessa cobrança, pois não chega a receber, sequer, 20% daquilo que efetivamente cobra. Com isso, os prejuízos quantificados, pelo menos parcialmente nesse Acórdão do TCU, são extremamente elevados.

- d) Mesmo após o Acórdão do TCU e suas evidentes e incontestáveis recomendações, a ANS continua desrespeitando a Lei nº. 9.656/1998, acarretando, com isso, mais prejuízos ao SUS e, conseqüentemente, aos seus usuários.

Mais recentemente, esta Comissão de Fiscalização Financeira e Controle promoveu uma Audiência Pública, para qual foram convidados os seguintes participantes: Dagoberto Lima (Consultor Jurídico da ABRAMGE), Paulo José Rocha Junior (Procurador da República), José Leônicio Feitosa (Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor-Presidente Substituto da ANS), Ana Maria Alves Ferreira (Analista do TCU) e Josafá dos Santos (Diretor Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema do Ministério da Saúde).

Neste evento público, o representante da ANS, sr. José Leônicio Feitosa afirmou que o órgão, de fato, não está cobrando o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de alto custo (APACs), nos termos do que dispõe a Lei nº. 9.656/1998, o que levou a representante do TCU, em função do Acórdão já mencionado, com o apoio do representante do Ministério Público, deixar claro que, mesmo havendo uma Ação Direta de Inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal em relação ao assunto, enquanto não for julgada, prevalecem os termos da legislação em vigor, que devem ser cumpridos.

Igualmente grave foi a manifestação do Consultor Jurídico da ABRAMGE, que representa os planos de seguros privados, segundo o qual o artigo 196 da Carta Magna de 88 permite que todo cidadão use o Sistema Único de Saúde quando lhe convier, de tal forma que os usuários de planos de saúde podem fazê-lo. Isso significa, em não ocorrendo o ressarcimento, risco zero e lucros exorbitantes para os planos privados e risco total e prejuízos absurdos para o sistema público de saúde. Passaria-se assim, a vender o serviço

público.

Outros depoimentos demonstraram também que é perfeitamente possível corrigir essas distorções, o que, infelizmente, não ocorre desde a criação da ANS e a vigência da Lei nº. 9.656/1998.

Em razão de todas essas distorções, sobretudo dos enormes prejuízos ao SUS e aos usuários do sistema público de saúde, apresentamos a presente proposta de fiscalização e controle, de modo que o Legislativo possa cumprir a sua parte e apresentar urgentes providências no sentido de apurar essas responsabilidades e corrigir tão graves distorções.

Brasília, 14 de maio de 2008.

Deputado Dr. PINOTTI

<p>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</p>

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

.....

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

.....

**CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL**

.....

**Seção II
Da Saúde**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

.....

Art. 32 - Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.

§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001.**

.....

.....

Identificação

Acórdão 1146/2006 - Plenário

Número Interno do Documento

AC-1146-28/06-P

Grupo/Classe/Colegiado

Grupo I / Classe II / Plenário

Natureza

Solicitação do Congresso Nacional.

Entidade

Entidade: Agência Nacional de Saúde.

Interessados

Interessado: Câmara dos Deputados.

Sumário

SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL. DETERMINAÇÕES.

1. A regulamentação das leis deve observar o princípio da hierarquia das normas.

Assunto

Solicitação do Congresso Nacional.

Ministro Relator

AUGUSTO NARDES

Unidade Técnica

SECEX-4 - 4ª Secretaria de Controle Externo

Relatório do Ministro Relator

Trata-se de solicitação do Congresso Nacional, na qual a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, por meio do ofício nº 206/04-P, remeteu a esta Corte de Contas, para providências cabíveis, cópia do requerimento nº 90, de 2004 (fls. 03/05), de autoria do Deputado José Aristodemo Pinotti, no qual é solicitado ao Tribunal que “avalie a normatização e os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), em cotejo com a legislação federal vigente, no tocante aos ressarcimentos de gastos com atendimento a pacientes de plano de saúde privados”.

2. Preenchidos os requisitos de admissibilidade inerentes à espécie e remetidos os autos à 4ª Secex, a analista responsável, após promover o exame preambular (fls. 07/10), suscitou, com êxito, a realização de diligência para que a ANS se pronunciasse quanto ao teor do citado requerimento e que informasse acerca da implementação das providências relativas às determinações do Tribunal referentes aos itens 9.2.5 a 9.2.8 do Acórdão nº 771/2005-TCU-2ª Câmara, inerente às contas daquela agência - exercício 2003 -, a seguir transcritos:

‘9.2.5. implante um sistema integrado que possibilite melhor acompanhamento dos processos administrativos para apuração de infrações;

9.2.6. defina rotinas e competências a fim de diminuir o estoque contingente de processos instaurados em 2000, 2001 e 2002, sem prejuízo da inscrição dos débitos referentes a multas pecuniárias no Cadin;

9.2.7. implemente novas medidas em sua sistemática de análise e notificação às operadoras no intuito de extinguir o passivo e recuperar os ressarcimentos vencidos e ainda não pagos, tornando-a mais ágil e tempestiva e inscrevendo os respectivos débitos vencidos na Dívida Ativa e no Cadin;

9.2.8. implante rotina para dar maior celeridade ao processo de identificação e repasse dos recursos provenientes de ressarcimentos às instituições de saúde beneficiárias, de forma a reduzir o tempo que eles permanecem depositados na conta única da Agência junto ao Tesouro Nacional”

3. Promovidas as comunicações processuais pertinentes, mediante Ofícios 4ª Secex nº 364/2005 (fls. 12/13), de 24/6/2005, e 523/2005 (fl. 35), de 15/8/2005, a ANS, por meio do Ofício/2005/AUDIT/ANS, de 6/7/2005 (fls. 17 a 34), e do Ofício nº 250/2005/PRESI (fls.

42/44), de 2/9/2005, apresentou diversas informações que foram objeto de detida análise no âmbito da unidade instrutiva (fls. 74/89), cujos principais excertos, com os ajustes de forma que se fazem necessários, transcrevo a seguir:

“II - Ofício/2005/AUDIT/ANS, de 6/7/2005

2. Trata o ofício de informações da auditoria interna da ANS acerca das medidas implementadas pela instituição em relação às determinações expedidas por este Tribunal de Contas no Acórdão nº 771/2005-TCU-2ª Câmara. Para tanto, encaminha cópias de relatórios elaborados pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS e Gerência Geral de Integração com o SUS - GGSUS (fls. 19 a 34).

3. Em relação ao item 9.2.5, a DIFIS informou depender de iniciativa da área competente, a DIDES (art. 18 e 19 da RDC nº 95, de 30/1/2002) para a implantação de um sistema integrado entre a Diretoria de Fiscalização, a Corregedoria da ANS e a Gerência de Arrecadação e Finanças, com o fim de possibilitar um melhor controle dos processos administrativos para apuração de infrações e a permitir um acompanhamento mais efetivo dos mesmos em todos os seus estágios.

4. No tocante ao item 9.2.6, em relação às ações para agilizar os processos administrativos instaurados nos anos de 2000, 2001 e 2002, a DIFIS explicou ter criado duas coordenadorias especializadas (parecer/decisão e manifestação de recursos), bem como organizado grupos e mutirões específicos de trabalhos. Tais ações resultaram numa sensível redução dos processos pendentes de solução, restando 48 processos relativos ao ano de 2001 e 771 relativos ao ano de 2002, os quais estariam todos solucionados em julho do presente ano. Não obstante os esforços expendidos, a DIFIS alegou dificuldades para agilizar e finalizar os processos sancionadores instaurados, dentre eles o déficit de pessoal, a necessidade de reanálise dos processos em função da complexidade dos normativos e a não localização de operadora de planos.

5. Quanto ao item 9.2.7, a GGSUS esclareceu que a fragilidade do processo de cobrança instaurado pela ANS é decorrente da edição de disposições normativas (Resolução da Diretoria - RE nº 6, posteriormente revogada pela Instrução Normativa nº 6, de 13/9/2002) que disponibilizavam para as operadoras os Avisos de Beneficiários Identificados - ABI, por meios magnéticos, para a interposição de suas impugnações, resultando em um elevado número de cobranças sem respaldo das notificações que instruem o processo administrativo. Esta fragilidade também é decorrente da demora da apreciação de Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN, que questiona a legitimidade do Ressarcimento ao SUS e que tem contribuído para elevar o número de medidas liminares, inviabilizando, desta forma, os processos de cobrança, além de tornar-se fonte geradora de dúvidas quanto à legalidade do processo.

6. A GGSUS informou ainda que, de setembro de 1999 a dezembro de 2004, foram identificados 573.950 atendimentos de beneficiários junto a entidades vinculadas ao SUS. Porém, não foram realizados todos os batimentos necessários para a cobrança. Em 2003, foram realizados batimentos dos meses de janeiro a julho apenas e, em 2004, dos meses de janeiro a junho. Do montante cobrado, 341.086 (59,43%) Autorizações de Internações Hospitalares - AIH's foram impugnadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

7. Com esses dados, a GGSUS concluiu que os procedimentos adotados para o Ressarcimento ao SUS vêm ‘padecendo de interrupções comprometedoras ao desempenho uniforme das ações preconizadas para o Ressarcimento ao SUS.’

8. Contudo, mostrou que as ações de cobrança aumentaram de 3.856 AHI's, em 2000, para 45.563, em 2004, totalizando 201.233 AIH's, no valor de R\$ 279.217.962,34, cobradas nesse período. Do total cobrado, R\$ 12.225.600,07 encontra-se na fase de liquidação extrajudicial, R\$ 3.568.062,84 aguardando resultado de liminares e apenas R\$ 58.660.931,26 (47.037 AHI's) foram pagas.

9. O quadro a seguir resume as informações fornecidas pela GGSUS:

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

10. Essas informações, segundo o gestor, colocaram 'em evidência a necessidade de intervenção no processo instaurado para o Ressarcimento ao SUS'. Para tanto o gestor relacionou alguns acontecimentos que contribuíram para o resultado apresentado: procedimentos de cobrança não consolidados no biênio 2000/2001; limitação de recursos humanos e materiais; dificuldades de realização do controle descentralizado do processo de análise das impugnações, disciplinado pela RDC nº 18, de 30/3/2000; assunção de 23.000 processos em 2003 por consequência da edição da IN nº 03, de 22/4/02; interposição de recursos judiciais e sobrestamento de processos de cobrança (R\$ 15, 7 milhões no período 2000/2004).

11. Em relação às inscrições das operadoras do CADIN, a Agência informou que as notificações às operadoras começaram em 2001 e que, sistematicamente, a relação das operadoras é submetida ao exame da Procuradoria Jurídica da Agência para referendar os fundamentos que subsidiam a inscrição preliminar na Dívida Ativa. Em 2001 foram notificadas 622 operadoras (R\$ 3.437.547,79). Em 2002, 1.482 (R\$ 44.121.235,63) e em 2004, 1.305 operadoras (R\$ 16.296.137,45). No exercício de 2003, a Agência esclareceu ter havido atrasos no encaminhamento dos pedidos de inscrição dos inadimplentes na Dívida Pública e no CADIN, em função de alterações normativas no processo de análise das impugnações. Do total de 3.409 operadoras notificadas até 2004, 107 foram inscritas no CADINº

12. No tocante ao item 9.2.8, a GGSUS explicou que até maio de 2004 o processamento da partilha do ressarcimento ao SUS era exclusivamente realizado pelo Banco do Brasil S/A. Após essa data, os créditos passaram a ser depositados na Conta Única da União, administrada no SIAFI. A Agência mostrou que, até maio/2004, foi partilhado R\$ 2.993.940,59, enquanto que, após a citada mudança, o montante partilhado pelo SIAFI foi de R\$ 7.504.554,90, distribuídos conforme o quadro a seguir:

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

13. A GGSUS relacionou ainda algumas medidas implementadas com o fim de otimizar o processo relativo ao ressarcimento ao SUS, a seguir resumidas:

- redefinição dos processos de trabalho e dos fluxos da GGSUS, mediante a participação ativa dos responsáveis;
- avaliação dos sistemas de informática utilizados;
- implantação do Manual de Análise para Processos Administrativos das Impugnações de Ressarcimento ao SUS;
- elaboração da Rotina de Treinamento das equipes de análise a partir de novembro de 2003;
- avaliação dos pareceres de análise, a partir de indicadores de qualidade e controle, por amostragem;
- implantação dos cronogramas de acompanhamento do batimento, análise, recolhimento e partilha do Aviso de Beneficiário Identificado - ABI;

- composição dos grupos de trabalho, com o objetivo de desenvolver estudos e documentos técnicos de normatização;
- definição do rito para o gerenciamento do arquivo;
- avaliação das equipes através da implantação de indicadores de desempenho, qualidade e controle;
- revisão dos processos administrativos de análise, cobrança, protocolo e arquivo;
- acompanhamento e avaliação simultânea do processo de batimento do ABI junto a GGSIS e DATASUS;
- padronização das rotinas, ofícios de notificação eletrônicos, parecer automático pelo sistema, bem como os ofícios e decisões;
- melhoria no sistema de controle de impugnações - SCI;
- disponibilização de novas informações para a cobrança e análise do ressarcimento, controle do AR pelo protocolo e capa de lote para as impugnações;
- estudos visando a implantação de nova metodologia para análise do ressarcimento com objetivo de torná-lo mais dinâmico e objetivo;
- implantação do sistema de gerenciamento do arquivo da GGSUS/DIDES.

14. De acordo com a ANS, após a implantação dessas medidas, constatou-se melhorias no processo de ressarcimento ao SUS, destacando-se o aumento de beneficiários identificados quando da realização do batimento; cumprimento dos prazos definidos nos normativos para análise e cobrança; qualificação dos analistas de processos; aumento dos índices de cobrança das AIH's impugnadas e/ou não recorridas; aumento do valor recebido relativo ao ressarcimento ao SUS; expedição de 1.254 notificações para as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

15. Por fim, a DIFIS destaca a publicação de normativos que buscam aprimorar os procedimentos operacionais para o Ressarcimento ao SUS, dentre eles cita as Resoluções Normativas - RN nº 88, de 4/1/2005, e nº 84, de 5/11/2004.

III - Análise

16. No tocante ao cumprimento das determinações exaradas por este Tribunal no Acórdão nº 771/2005-TCU-2ª Câmara, importa verificar que estas se referem a dois assuntos distintos: um relaciona-se ao acompanhamento dos processos administrativos para apuração de infrações (item 9.2.5), e o outro refere-se aos procedimentos relacionados ao Ressarcimento ao SUS (itens 9.2.6, 9.2.7 e 9.2.8).

17. Cabe esclarecer que o primeiro assunto não se insere no contexto da presente solicitação, não sendo necessárias maiores considerações no momento, mesmo porque o cumprimento destas determinações serão também objeto de análise nas contas da ANS relativas ao exercício de 2005, ocasião em que a Agência terá alcançado tempo suficiente para dar cumprimento a essas determinações, haja vista a data em que foram exaradas por esta Corte de Contas, em 17/5/2005.

18. De fato, observa-se que a ANS ainda não providenciou a criação de um sistema integrado para apurações de infrações, conforme dispõe o item 9.2.5, não obstante a alegação de depender apenas de iniciativa de um de seus departamentos. Este fato, inclusive, revela a fragilidade da gestão administrativa da Agência, pois parece não haver sinergia entre os diversos setores da ANS. Não é razoável que um órgão justifique a este Tribunal o não cumprimento de uma determinação com a alegação de um de seus setores de que o cumprimento da determinação depende de iniciativa de um outro setor.

19. Quanto aos procedimentos relacionados ao Ressarcimento ao SUS, percebe-se que a Agência já vinha implementando algumas medidas que coincidem, em parte, com as ações determinadas nos itens 9.2.6, 9.2.7 e 9.2.8. Entretanto, cumpre observar que, não obstante os avanços apontados pelo gestor em relação às cobranças de AIHS, a Agência ainda apresenta problemas graves neste setor.

20. Antes de continuar a análise, é importante mencionar que, em pesquisa realizada no endereço eletrônico da ANS, constatou-se a existência de um elevado número de normas cujo conteúdo tem relação com o Ressarcimento ao SUS, o que, de certa forma, contribui para a complexidade do tema (fls. 64 e 65).

21. Diante dessa complexidade, para que se tenha um melhor entendimento a respeito dos procedimentos relacionados ao Ressarcimento ao SUS, convém explicar os principais passos dessa rotina:

1º as operadoras fornecem à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem (art. 20 da Lei nº 9.656/1998);

2º a ANS atualiza o cadastro dos beneficiários dos planos de saúde;

3º o SUS encaminha à ANS uma lista contendo os dados de todas as pessoas atendidas pelo sistema público durante o período (Autorizações de Internações Hospitalares - AIH);

4º a ANS faz o cruzamento dos dados das AIHS com o cadastro de clientes das operadoras privadas (batimento), identificando os atendimentos a serem ressarcidos, gerando o Aviso de Beneficiário Identificado - ABI;

5º a ANS encaminha à operadora o ABI com os dados do procedimento utilizado pelo cliente e o boleto bancário contendo o valor da TUNEP;

6º após receber o ABI, a operadora possui 15 dias para pagar ou impugnar.

7º não havendo impugnação, nem recolhimento do débito dentro do prazo, a operadora será inscrita no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN); e será encaminhado processo à Procuradoria Geral da ANS com vistas à inscrição dos valores na dívida ativa da Agência e posterior cobrança judicial.

22. Pela análise do quadro apresentado no item 0 da presente instrução, constata-se um crescimento expressivo de AIHS cobradas no período de 2000 até 2002, com mais de 1900% de aumento. A partir daí, entretanto, houve uma redução significativa para 57% em 2003, e para 62% em 2004, com a quantidade de 45.563 AIHS cobradas. Esta queda na cobrança de AIHS, em 2003 e 2004, é explicada, em parte, pela realização parcial do batimento, conforme explicou o gestor (item 0).

23. Quanto aos valores efetivamente arrecadados (valores pagos), verifica-se uma grande distorção em relação aos valores cobrados, uma vez que do total cobrado no período de 2000 a 2004, no montante de R\$ 279.217.962,34, apenas R\$ 58.660.931,26 foi efetivamente arrecadado.

24. A Agência apontou alguns acontecimentos para justificar essa distorção. Dentre eles destacam-se as dificuldades geradas pela amplitude do controle descentralizado do processo de análise das impugnações, disciplinado pela RDC nº 18, de 30/3/2000, e a interposição de recursos judiciais (R\$ 15, 7 milhões no período 2000/2004). Este último representa apenas 6% do total de AIHS cobradas, evidenciando-se que o problema maior encontra-se no âmbito administrativo, principalmente, ao que parece, na análise das impugnações.

25. Nas tabelas apresentadas pelo gestor, entretanto, não há informações acerca das impugnações ocorridas (quantidades e valores), dados estes importantes para avaliar a eficiência/eficácia dos procedimentos de cobrança realizados pela Agência.

26. No tocante à notificação às operadoras, a Agência informou que estas foram implementadas a partir de 2001, tendo havido um total de 3.409 notificações até 2004, representando um montante de R\$ 63.854.920,87. Registra-se, no entanto, que em 2003 não houve notificações em função de alterações normativas.

27. Tais notificações, no entanto, ainda não se aproximam do montante de R\$ 220.557.031,08 referente às AIHS cobradas e não recebidas, diferença entre o valor cobrado até 2004, de R\$ 279.217.962,34, e o valor pago até 2004, de R\$ 58.660.931,26.

28. Em relação à partilha dos recursos arrecadados, a Agência demonstrou que após a migração da conta do Ressarcimento ao SUS para a Conta Única da União, em maio de 2004, o SIAFI distribuiu R\$ 7.504.559,90, enquanto que antes desta migração, a partilha foi de apenas R\$ 2.993.940,59.

29. Assinala-se que o valor registrado no SIAFI, na unidade gestora do Fundo Nacional de Saúde, em 2004, referente à arrecadação proveniente do Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde (conta 4.1.9.2.2.05.00) foi de R\$ 4.955.316,25. Não foi possível identificar os valores repassados às prestadoras de serviços, por não se conhecer os números das ordens bancárias.

30. Importa verificar que tais informações respondem em parte os questionamentos do Deputado José Aristodemo Pinotti levantados no item I do Requerimento nº 90, tendo em vista que a Agência não se pronunciou quanto ao conflito entre a RDC nº 18, de 30/3/2000, e a Lei nº 9.656/1998.

31. Um dos conflitos apontados pelo Deputado foi quanto a abrangência do Ressarcimento ao SUS, estabelecida no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, com redação alterada pela Medida Provisória, nº 2.177-44/2001, e regulamentada pelo art. 2º da RDC nº 18/1998, a seguir transcritas:

‘Lei nº 9.656/1998

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

RDC nº 18/1998

Art. 2º Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras definidas pelo Artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos, abrangendo :

I - os realizados por unidades públicas de saúde;

II - os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos.’

32. Pela leitura do art. 32 da Lei conclui-se que o ressarcimento será devido sempre que um consumidor de plano de saúde ou seus dependentes forem atendidos pelo SUS e os serviços prestados pelo sistema público constarem dos respectivos contratos particulares.

33. Note que a Resolução, de fato, contraria a Lei no momento em que restringe o ressarcimento dos atendimentos realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS a apenas os casos de urgência e emergência, quando, na realidade os ressarcimentos devem ocorrer mediante a prestação de qualquer serviço previsto nos contratos entre as operadoras e seus consumidores/dependentes, independente da situação em que ocorram.

34. Importa frisar que estabelecer restrições em desacordo com o disposto em lei é ilegal, por ofensa ao princípio da hierarquia das leis. Tal princípio é de fundamental importância, uma vez que se não observado concorre para a criação de normas ilegais e inconstitucionais.

35. Por oportuno, impende mencionar o posicionamento da coordenadora do Instituto Brasileiro de Defesa ao Consumidor - IDEC (fls. 66 a 73), Marilena Lazzarini, ao participar da Audiência Pública sobre Planos de Saúde, em 4/2/2004, em Brasília, oportunidade em que expressou a opinião do IDEC em relação aos normativos editados até aquele momento. Segundo a coordenadora, até aquela data já haviam mais de cem resoluções editadas ou pela ANS e ou pelo CONSU, sendo que algumas delas mereciam ser revistas por serem ilegais. Apontou como irregularidades a autorização do aumento de preço até seis vezes entre a primeira e a última faixa etária, as restrições de cobertura, a limitação dos atendimentos de urgência e emergência, a restrição de realização de transplantes apenas para rins e córneas e a exclusão de acidentes de trabalho e doenças profissionais que seriam de cobertura obrigatória dos planos de saúde.

36. Outro conflito apontado pelo Deputado foi em relação aos valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP. Os valores desta tabela, segundo o Deputado, eram menores que os da tabela SUS, tendo sido a eles equiparados por meio da Resolução RN nº 43, de 17/7/2003.

37. Alega o Deputado que os valores da TUNEP não podem ser iguais aos do SUS, com nítido favorecimento das operadoras e em detrimento aos interesses do sistema público de saúde. Para tanto, ressaltou o § 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998, o qual determina que os 'valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.'

38. Não entrando no mérito do que seria o mais justo, apenas pela leitura do dispositivo legal, infere-se que o SUS não poderá receber menos do que paga aos hospitais e instituições conveniados e contratados, bem como as operadoras não são obrigadas a ressarcir mais do que pagariam pelos mesmos serviços em sua rede credenciada. A Lei, neste caso, estabeleceu apenas os limites mínimos e máximos do ressarcimento, não havendo, portanto, proibição de se estabelecer valores do ressarcimento iguais aos do SUS.

39. A RDC nº 18, no parágrafo único do art. 2º, estabelece também que prevalecerão as condições estabelecidas nos contratos diretos das unidades integrantes do SUS com operadora de planos privados de assistência à saúde. De acordo com o Deputado, com esse dispositivo o ressarcimento não pode ser balizado pelo preço do SUS.

40. Ocorre que legalmente, como já mencionado, os valores da TUNEP podem ser iguais aos da tabela do SUS e o dispositivo acima apenas excepcionaliza os casos em que a unidade na qual o paciente foi atendido já possua contrato com a operadora em questão, prevalecendo,

nestes casos, as condições estabelecidas nestes contratos, ou seja, os valores a serem ressarcidos devem corresponder ao contratado.

41. Por oportuno, convém mencionar que a Câmara dos Deputados realizou uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, cuja síntese do Relatório Final encontra-se na Cartilha CPI Planos de Saúde/Dezembro 2003 (fls. 46 a 63). Neste relatório, a CPI relatou diversas irregularidades envolvendo, dentre outros, contratos antigos, saúde mental e transplantes, miopia, urgências e emergências, doenças preexistentes, reajustes de preços/mensalidades, preço dos planos e planilhas de custos, superfaturamentos, planos odontológicos, corretagem e propaganda e Ressarcimento ao SUS. Em relação a este último, reproduz-se, a seguir, trecho dos achados e das recomendações da CPI:

‘(...) Segundo relatou à CPI o Presidente da ANS, Januário Montone, o montante dos recursos cobrados (R\$ 225 milhões) das operadoras em relação aos efetivamente pagos (R\$ 45 milhões) ao Sistema Único de Saúde (SUS) indica que, até o momento, apenas 20% foram honrados. O montante é irrisório, principalmente se comparado ao faturamento das operadoras - cerca de R\$ 29 bilhões em 2003 - e à frequência com que usuários de planos de saúde utilizam o SUS.

O atual modelo de ressarcimento ao SUS é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência, mas somente aos procedimentos com cobertura prevista nos contratos. Os atendimentos ambulatoriais, inclusive os de alto custo e alta complexidade e as internações eletivas, além de tudo que estiver fora do contrato do plano, não são ressarcidos ao SUS. Nos contratos novos, o ressarcimento está limitado ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). Não são ressarcidas as exclusões de cobertura comuns dos planos anteriores à Lei 9.656/1998, que ainda vigoram.

O ressarcimento é cobrado com base na TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Destes valores, o Fundo Nacional de Saúde é reembolsado no montante pago pelo SUS e o prestador de serviço do SUS, onde o usuário do plano foi atendido, recebe a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

O processamento, antes realizado por Estados e Municípios, agora é feito pela ANS, com o apoio do DATASUS - Departamento de Informática do SUS - após o cruzamento do cadastro de beneficiários de planos de saúde com as AIHs - Autorizações de Internação Hospitalar -, a identificação dos usuários atendidos e a informação às operadoras sobre o motivo e o valor a ser ressarcido. Segundo a ANS a efetividade do ressarcimento estaria comprometida por um conjunto de fatores: a dificuldade de inscrição das operadoras em débito na dívida ativa; liminares suspendendo as cobranças, mesmo após a identificação de que o SUS realizou a cobertura; falta de informações completas nas AIHs, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores; e operadoras ativas que ainda não forneceram seus cadastros de beneficiários à ANS.

(...)

A par das medidas citadas, a CPI deliberou serem pertinentes as seguintes recomendações, as quais podem consubstanciar-se em atos administrativos:

(...)

12) Desenvolver estudos para novo tratamento legal do disposto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, referente ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde ao SUS

dos recursos despendidos nos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O mencionado ressarcimento financeiro ao SUS permanece sendo objeto de fortes resistências por parte das operadoras dos planos de saúde, que não concordam com os critérios adotados pela ANS, especialmente no que diz respeito aos preços cobrados em tais atendimentos, e, ainda, quanto aos procedimentos operacionais excessivamente burocráticos, exigidos nestas circunstâncias. Entendemos, pois, que o assunto ainda está longe de ser esgotado, estando a merecer novo tratamento normativo, mais eficiente quanto à cobrança e arrecadação dos recursos, bem como mais simplificado quanto aos procedimentos exigidos para o controle operacional destes eventos. Solução próxima à que foi dada nos casos de atendimento aos vitimados do trânsito pelas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, parece-nos bastante razoável. Afinal, a transferência automática, por imposição legal, de parte dos recursos do DPVAT para o SUS acabou mostrando-se uma fórmula eficiente de aumentar os ingressos regulares do SUS, sem maiores resistências por parte das seguradoras privadas, com impacto mais do que positivo nas condições de atendimento dos acidentados de trânsito na rede de hospitais integrantes do mencionado sistema de saúde. Como a matéria é reconhecidamente complexa, seu tratamento definitivo exige maiores aprofundamentos, tanto em relação aos aspectos fiscais nela contidos, caso se decida por uma nova contribuição social - inclusive para não conflitar com a cobrança do PIS e da COFINS -, a ser cobrada sobre a receita das operadoras dos planos de saúde, para a cobertura do atendimento de seus segurados pelos hospitais conveniados e contratados no âmbito do SUS, como em relação aos riscos que poderiam advir de tal cobrança, na forma de um incentivo adicional para que as operadoras de planos de saúde acabassem por optar, com indesejável frequência, por usar um hospital do SUS, buscando assim reduzir seus custos operacionais de internação hospitalar - como, inclusive, advertiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar ao analisar aspectos operacionais dos ressarcimentos financeiros aos quais estamos nos referindo. De qualquer maneira, por ora, segue a seguinte proposta concreta de ressarcimento ao SUS:

Aperfeiçoamento do atual mecanismo de processamento de informações, visando a identificação de todos os beneficiários de planos de saúde que são atendidos pelo SUS, por meio do cruzamento do cadastro das operadoras enviados à ANS com as emissões de AIHs e atendimentos pelo SUS.

Criação da Taxa de Ressarcimento ao SUS, cujo valor será estabelecido por lei, a ser pago por todas as operadoras à ANS com destinação final ao Fundo Nacional de Saúde. A instituição da taxa é necessária tendo em vista a grande frequência de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde e a baixa efetividade do ressarcimento, atualmente comprometido por uma série de fatores, detalhados no relatório da CPI.'

42. Pelo exposto acima, observa-se que a ANS possui alguns entraves administrativos, em parte decorrente do complicado conjunto de normas regulamentadoras da matéria, que impedem a existência de um sistema eficiente de Ressarcimento ao SUS, o que vem ocasionando, de certa forma, prejuízo ao erário público, uma vez deixar-se de arrecadar um montante expressivo de recursos originários desta receita, seja por motivos de não batimento de cadastros ou por não haver um sistema eficiente de cobrança.

IV - Ofício nº 250/2005/PRESI, de 2/9/2005

43. Em atenção ao Ofício nº 523/2005, desta Secretaria, a Chefe de Gabinete da ANS, Lêda Maria de Vargas Rebello, se manifestou sobre os itens II e III do Requerimento nº 90/2004.

44. Em relação ao item II, a Agência informou que vigora, neste setor, o disposto no art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177/2001, regulamentado pela Resolução CONSU nº 13, de 4/11/1998. Entende que não há divergência entre o disposto no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e o art. 2º da Resolução CONSU nº 13/1998, tendo em vista que as 24 horas iniciais correspondem ao período de carência para o atendimento de urgência/emergência, enquanto que as 12 horas constituem-se no período de cobertura, em qualquer caso de urgência/emergência, assegurado para beneficiários dos planos privados de saúde.

45. Quanto ao item III, a ANS explicou que instituiu em junho de 2000, por meio da RDC nº 28/2000, a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP que tem por fim justificar a formação de preço do plano com base em práticas atuariais. Essa nota, conforme mencionou a Agência, é atualizada a cada período de 12 meses, permitindo a operadora reavaliar anualmente o preço mínimo de comercialização dos seus planos de assistência suplementar à saúde.

46. Argumentou que a correção com base na NTRP implicaria em calcular anualmente o preço do plano. Alegou também que havendo desequilíbrios não oriundos da variação anual dos custos, estes seriam repassados aos beneficiários, o que equivaleria a uma revisão de preços, além do reajuste anual.

V - Análise

47. O item II do Requerimento nº 90 refere-se à definição de cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência estabelecida pela CONSU nº 13, de 4/11/1998, que diverge da Lei nº 9.656/1998. Segundo o Deputado, a Lei nº 9.656/1998 define que a carência para as urgências e emergências é de vinte e quatro horas e que elas serão assim consideradas quando determinarem risco imediato de morte, lesões irreparáveis ou resultantes de acidentes pessoais e complicações do processo gestacional. Já o art. 2º da CONSU nº 13, ao regulamentar dispositivo da mencionada Lei, determina que tais coberturas serão limitadas às primeiras 12 horas do atendimento.

48. Trata-se, na realidade de duas situações distintas. Uma refere-se ao período de carência, definido como aquele prazo no qual o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. É o que define o inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998 c/c a MP nº 2.177-44, em que estabelece os prazos máximos de carência, a saber:

- Partos a termo - 300 dias (alínea a);
- Urgência e emergência - 24 horas (alínea c);
- Demais casos - 180 dias (alínea b).

49. A outra situação é a cobertura do plano contratado após decorrido o prazo de carência, em que o consumidor deve ter acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato. No caso de urgência e emergência, após 24 horas da assinatura do contrato, o consumidor tem direito a ser atendido, observando-se, no entanto, as regras de cobertura para cada tipo de plano estabelecidas na CONSU Nº 13, de 4/11/1998.

50. Impende esclarecer, neste ponto, que a legislação permite que as operadoras de planos de saúde ofereçam diferentes segmentos de cobertura assistencial: Ambulatorial, Hospitalar sem obstetrícia, Hospitalar com obstetrícia, Odontológico e Plano Referência. Para cada um desses segmentos existem regras a observar, conforme estabelece a CONSU nº 13, resumidas no quadro a seguir, extraído da publicação da ANS:

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

51. O prazo estabelecido no art. 2º da CONSU nº 13, de 4/11/1998, refere-se ao período que a operadora deve garantir para a cobertura de urgência e emergência no plano ambulatorial, após esse prazo, de 12 horas, a responsabilidade financeira passa a ser do contratante e não mais da operadora. O paciente, caso necessite de internação hospitalar, será encaminhado a uma unidade da rede pública ou arcará com as despesas de atendimento em hospitais privados. A operadora arcará com a responsabilidade e os custos do encaminhamento.

52. Segundo o posicionamento do PROCON/SP, decorridas as primeiras 24 horas contadas a partir da assinatura do contrato, o consumidor que necessitar de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência (art. 35-C, da Lei nº 9.656/1998), deverá ser atendido e ter todas as despesas custeadas pelas operadoras, tendo em vista que as operadoras têm negado o atendimento aos consumidores nestas situações.

53. De fato, a Lei não estabelece prazos para a cobertura do atendimento nos casos de urgência ou emergência, mas define, em seu art.35-C, os casos considerados urgentes ou emergenciais:

‘Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.’ (NR)

54. Note que o parágrafo único do art. 35-C determina à ANS regulamentar o disposto neste artigo. Esta regulamentação, entretanto, conforme já abordado nesta instrução, não pode limitar o disposto em lei, sob pena de violar o princípio da hierarquia das leis. É o que acontece com a CONSU nº 13, que não só limita a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, em nível ambulatorial, a 12 horas (art. 2º), como também nos casos em que o consumidor estiver ainda cumprindo alguma carência (§ 1º, art. 3º) ou durante o prazo de cobertura parcial temporária por doenças preexistentes (art. 6º).

55. Além disso, cumpre informar que a CPI dos Planos de Saúde solicitou a revisão da CONSU nº 13, uma vez entender que esta ‘limita diversos atendimentos de urgência e emergência, colocando em risco a saúde e a vida dos usuários de planos de saúde.’

56. Por relevante, reproduz-se trecho do relatório da CPI que relata as irregularidades encontradas no âmbito do atendimento à urgências e emergências:

‘Urgências e emergências

A partir de várias denúncias apresentadas, a CPI identificou as seguintes restrições do atendimento de emergência:

O plano ambulatorial só atende durante as primeiras doze horas e em nível ambulatorial. Não haverá cobertura, por exemplo, se ocorrer um atropelamento com traumatismos, que implicará na necessidade de atendimento de emergência, mas também em atividades de centro cirúrgico e, eventualmente, de UTI.

O plano hospitalar não é obrigado a dar cobertura se a urgência ou emergência ocorrer durante o período de carência, hipótese em que apenas o atendimento ambulatorial é garantido e, mesmo assim, restrito a doze horas.

O plano hospitalar poder excluir o atendimento de urgências e emergências nas situações em que não é necessária a internação. Por exemplo, o consumidor que sofrer uma fratura na perna, que dispense internação, não terá cobertura, se possuir apenas o plano hospitalar.

As gestantes, mesmo as que possuem plano hospitalar com cobertura obstétrica, antes de completado o prazo de dez meses de carência, só terão direito ao atendimento ambulatorial e, ainda assim, por doze horas. Consequentemente, estão excluídos da cobertura casos de aborto, hemorragia, entre outras complicações da gestação.'

57. A Doutora em Saúde Pública, Helena Maria Scherlowski Leal David, em texto publicado na página eletrônica da ANS (Atores, Cenários, Regulação: Notas sobre a Atenção em Urgência e Emergência no Setor de Saúde Suplementar), considera igualmente que a CONSU nº 13 apresenta alguns itens que se constituem em falhas, dando margens à situações duvidosas. Dentre eles, cita o art. 2º da CONSU nº 13, e comenta: 'Este item, em especial, tem se mostrado confuso, e esta é uma opinião compartilhada com a ABRAMGE. Embora os planos puramente ambulatoriais não sejam os mais numerosos, nestes casos específicos, cessando a cobertura após 12 horas, fica o usuário vulnerável à interrupção - neste caso legalmente amparada - do tratamento. Não nos parece que o período necessário à resolução, em termos de estabilização clínica, de um problema mais grave possa ser delimitado em um número fixo de horas. Não pudemos verificar, mas pensamos que provavelmente as impugnações ao ressarcimento cujo motivo alegado foi 'carência' são de casos de beneficiários de planos ambulatoriais, cujo problema de emergência exigiu internação, passadas ou não as 12 horas de cobertura garantidas. É preciso rediscutir este item nos planos ambulatoriais, na perspectiva de caracterizar adequadamente os casos que deverão ser ressarcidos ao SUS, assim como para garantir o devido suporte clínico ao usuário.'

58. Em relação ao item III do Requerimento nº 90, este refere-se aos custos atuariais. De acordo com o Deputado, a ANS não evoluiu na definição destes custos, que são 'absolutamente necessários para definição dos percentuais de aumento aos usuários de planos de saúde, assim como para apontar exageros em ponderações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde.'

59. Em resposta a este item, a ANS informou a existência da RDC nº 28, de 26/6/2000, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP. Esta nota foi criada com o fim de acompanhar as práticas de formação de preços e, desta forma, prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado.

60. De acordo com essa Resolução, a NTRP funciona como justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde a fim de que a operadora obtenha registro provisório junto à ANS (art. 1º). Esta nota deve ser atualizada pela operadora a cada período de 12 meses (art. 6º), podendo a Agência suspender a comercialização dos planos e produtos caso a NTRP se utilize de parâmetros atuariais e epidemiológicos inconsistentes na fixação dos valores das contraprestações pecuniárias (art. 7º).

61. Cabe mencionar a RN nº 19, de 11/12/2002, que dispõe sobre a Revisão Técnica dos Planos privados de assistência à saúde. De acordo com este normativo, trata a revisão de correção de desequilíbrios constatados nos planos privados mediante as condições gerais do contrato, devendo o reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias considerar os níveis de custo de assistência à saúde observados no contexto nacional, bem como estímulos à eficiência na prestação de serviços.

62. Na opinião do IDEC, a Revisão Técnica beneficia as operadoras em dificuldades financeiras, independentemente das causas dessas dificuldades, tendo a RN nº 19, ao revogar

a RDC nº 27, de 26/6/2000, flexibilizado ainda mais as regras para a correção de situações de desequilíbrio das carteiras mantidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

63. O IDEC enfatiza também a necessidade de tornar transparente a política de reajustes dos planos de saúde, com acesso às planilhas de custos das operadoras, assumindo a ANS o controle efetivo de quaisquer aumentos (faixa etária, sinistralidade, revisão técnica), em obediência ao princípio da transparência que deve nortear a Política Nacional de Relações de Consumo (art. 4º do Código de Defesa do Consumidor).

64. A CPI dos Planos de Saúde apontou igualmente irregularidades nos reajustes de mensalidades, nos preços dos planos e nas planilhas de custos no âmbito da ANS, deliberando algumas recomendações, a seguir reproduzidas, de atos administrativos nestas áreas:

‘(...)

A par das medidas citadas, a CPI deliberou serem pertinentes as seguintes recomendações, as quais podem consubstanciar-se em atos administrativos:

(...)

3) Criação de Comissão Técnica, constituída por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, da ABIFARMA, das empresas produtoras de materiais médico-hospitalares, de prestadores, de usuários, das operadoras, dos PROCONS e do Ministério Público, a fim de estabelecer uma equação econômica, abrangendo os principais itens que compõem as planilhas de custo dos planos de saúde e de seus prestadores: honorários médicos, insumos, medicamentos, exames diagnósticos, procedimentos, serviços e demais custos. As planilhas devem ser analisadas e auditadas por órgãos independentes, de notório saber e credibilidade, contratados pela ANS, a exemplo da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Instituto de Pesquisas econômicas (FIPE/USP).

(...)

9) Quanto à análise dos pleitos das operadoras para reajuste das contraprestações pecuniárias, recomenda-se à ANS o desenvolvimento de metodologia individualizada que permita a concorrência de fatores específicos, observados em cada empresa, tais como: a sinistralidade efetiva, aspectos regionais, a composição da carteira quanto a faixa etária, gênero etc., previsão para readequação de preços para prestadores de serviços, previsões para composição de reservas técnicas e nível de eficiência de gestão.’

(...)

18) Reformulação pela ANS das normas relativas à Revisão Técnica. As normas devem prever a Revisão Técnica desde que essa obedeça, restritivamente, aos seguintes condicionantes: que seja aplicada somente às carteiras de planos e seguros privados de assistência à saúde em desequilíbrio; que tais carteiras tenham índice de utilização, ou sinistralidade, superior a 90%; que o desequilíbrio não tenha sido causado pela má gestão dos administradores das operadoras; e que a demonstração do desequilíbrio tenha sido auditada por instituição externa habilitada pela Comissão de Valores Mobiliários.

19) Recomendar à ANS que seja adotada uma política que permita a redução progressiva do reajuste máximo admitido entre a primeira e a última faixa etária dos planos; que seja proibida a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias; e que sejam criados mecanismos de desconto nos reajustes por faixa etária proporcionais ao tempo de plano do usuário (a título de exemplo, tome-se um desconto de 10% no reajuste por faixa etária para cada período de 10 anos de plano, induzindo, dessa forma, a fidelização e permitindo políticas de prevenção e promoção da saúde).’

65. Pelas informações apresentadas infere-se pela necessidade de avaliação da CONSU nº 13, tendo em vista a polêmica gerada em função dos dispositivos que limitam a cobertura financeira dos atendimentos de urgência e emergência pelas operadoras de planos de saúde, principalmente por já haver recomendação da CPI dos Planos de Saúde neste sentido.

66. Quanto aos custos atuariais, verificou-se, de acordo com a CPI dos Planos de Saúde, que a Agência necessita adequar as planilhas de custo dos planos de saúde, reavaliar os parâmetros para a Revisão Técnica, assim como desenvolver metodologia para reajuste das mensalidades, além de tornar estes procedimentos mais transparentes.

VI - Conclusão e Proposta de Encaminhamento

67. De modo geral, pôde-se constatar que os questionamentos tratados nos presentes autos coincidem com vários pontos já discutidos pela CPI dos Planos de Saúde, sendo bastante conveniente e oportuna a presente solicitação do Congresso Nacional, tendo em vista o prazo decorrido após a aprovação do Relatório Final da CPI, em dezembro de 2003. Ainda que a solicitação tenha se restringido a algumas áreas de atuação da ANS é importante que haja uma avaliação quanto às providências adotadas pela Agência frente às recomendações exaradas pela CPI. Esta instrução, inclusive, ainda que não tenha possibilitado responder de forma definitiva as questões levantadas nestes autos, traz, de forma preliminar, subsídios para esta avaliação, uma vez que demonstra não haver sido solucionadas algumas situações apontadas como controversas pela Comissão Parlamentar.

68. Ante o exposto, submete-se os autos à consideração superior propondo a este Tribunal de Contas determinar:

a. à Agência Nacional de Saúde - ANS, após posicionamento da Procuradoria da Agência, que promova estudos com vista à possibilidade de revisão dos seguintes atos:

i. art. 2º da Resolução RDC nº 18/1998, visto contrariar o art. 32 da Lei nº 9.656/1998 c/c Medida Provisória, nº 2.177-44/2001, já que a Resolução restringe os atendimentos realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS a apenas os casos de urgência e emergência, enquanto que a Lei determina que os ressarcimentos devem ocorrer mediante a prestação de qualquer serviço previsto nos contratos entre as operadoras e seus consumidores/dependentes, independente da situação em que ocorram.

ii. CONSU nº 13, de 4/11/1998, uma vez que este normativo estabelece limitações aos atendimentos de urgência e emergência em contraposição ao estabelecido no art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 c/c Medida Provisória, nº 2.177-44/2001.

b. à Agência Nacional de Saúde - ANS, que crie grupo de trabalho, nos moldes preconizado no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde (itens 3, 9, 18 e 19), com o fim de estabelecer os principais componentes do custo dos planos de saúde, de desenvolver metodologia específica para avaliar a conveniência dos reajustes de mensalidades, levando-se em consideração os reajustes por faixa etária, e de revisar os parâmetros para a concessão da Revisão Técnica.

c. à Secretaria Federal de Controle Interno para que informe, nas próximas contas, as providências adotadas pela Agência Nacional de Saúde em relação aos itens a.i e a.ii;

d. remeter cópia da deliberação a ser proferida por este Tribunal de Contas, bem como do relatório e voto que a fundamentarem, à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.”

4. Submetidos os autos ao corpo diretivo da 4ª Secex, o senhor Diretor da 3ª Diretoria Técnica, com o aval do titular daquela Unidade, manifestou-se, com acréscimos, de acordo com o proposto pela senhora analista, in verbis:

“Assim, em complemento à proposta da analista, proponho que seja determinado ao Instituto Serzedello Corrêa - ISC que avalie a oportunidade e conveniência de elaborar, considerando a possível participação da Secretaria de Fiscalização - Sefid, com a ciência da Secretaria Geral de Controle Externo, uma estratégia de capacitação de servidores da 4ª Secretaria de Controle Externo em metodologias de fiscalização do processo regulatório aplicáveis à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.”

É o relatório.

Voto do Ministro Relator

Preliminarmente, registro que atuo no presente feito, originariamente pertencente à LUJ 03, em razão de sorteio promovido em conformidade com o art. 27 da Resolução nº 175/2005, com redação dada pela Resolução nº 190/2006.

2. Ainda em caráter preambular, faço constar que a presente solicitação merece ser conhecida, porquanto atendidos os requisitos de admissibilidade previstos no art. 38, inciso I, da Lei 8.443/1992 c/c o art. 232, inciso III, do Regimento Interno do TCU.

3. Observo, a princípio, que a solicitação do eminente Deputado possui como objetivo geral a avaliação por esta colenda Corte de Contas das “normas e instruções adotadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), em cotejo com a Lei nº 9.656, de 1998, especialmente no que diz respeito ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde dos gastos resultantes de serviços prestados a pacientes beneficiários de planos privados de assistência à saúde”.

4. De maneira mais restrita, a solicitação possui três indagações, a saber: o aparente conflito entre a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 18, de 30/3/2000, com o art. 32 da Lei nº 9.656/1998; problemas na conceituação dos atendimento dos casos de urgência e emergência; e, por fim, a não-evolução da ANS no que atine à definição dos custos atuariais.

5. Quanto ao mérito da questão, julgo, pelas motivos que passo a expor, assistir, em parte, razão à análise empreendia pela 4ª Secex.

6. De fato, o primeiro aspecto referente ao aparente conflito entre a RDC nº 18 e o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, deve ser apreciado à luz do princípio constitucional da hierarquia das leis, uma vez que, equivocadamente, a mencionada resolução restringe as hipóteses previstas na legislação ordinária.

7. Ora, é notório que resoluções devem ater-se aos limites impostos nas leis e não contemplar assuntos distintos ou, pior, enfrentar os próprios dispositivos ordinários que as prevêm. Neste caso concreto, vejo que o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 foi claro ao definir que a debatida resolução deveria regulamentar apenas o *modus operandi* dos ressarcimentos previstos na lei, e não eliminar hipóteses de ressarcimento, *in verbis*:

“Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. ” (grifei)

8. A debatida RDC, de modo diverso, limitou os ressarcimentos oriundos de instituições privadas às situações de urgência e emergência.

9. Destaco, outrossim, que esta limitação, somada a outras falhas administrativas da ANS, pode ter acarretado, consoante disposto pelo nobre legislador (fl. 04), uma vultosa redução nos ressarcimentos aos cofres do SUS, uma vez que o valor destes, no período compreendido entre janeiro de 2000 e julho de 2004, deveria montar R\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de

reais), ao invés dos R\$ 51.795.723,19 (cinquenta e um milhões setecentos e noventa e cinco mil setecentos e vinte e três reais e dezenove centavos) efetivamente ressarcidos.

10. Quanto aos problemas decorrentes das suscitadas divergências entre o disposto no artigo 12 da Lei 9.656/1998 e o artigo 2º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) nº13, observo que foram comparados dispositivos relativos a conceitos distintos. A Lei, no item tratado pelo Deputado, a seguir transcrito, refere-se aos prazos de carência dos planos de saúde enquanto a Resolução limita em 12 (doze) horas o prazo de atendimento após o período de carência.

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

[...]

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;” (grifos do original)

11. Vejo, no entanto, que a unidade técnica buscou analisar o conteúdo da referida resolução frente ao disposto no artigo 35-c da Lei 9.656/1998, relativo à obrigatoriedade da cobertura do atendimento nos casos de emergência e de urgência e considerou, de modo equivocado, que a regulação promovida pela ANS era inadequada em razão de não poder ser instituído prazo para a cobertura de atendimentos de urgência e de emergência.

12. Ocorre que, desta feita, não há óbices formais à regulação promovida, uma vez que o mencionado art. 35-C, em seu parágrafo único, determina à ANS “publicar normas regulamentares para os atendimentos de emergência e de urgência” e que a Resolução, lícitamente, definiu de modo mais preciso as hipóteses em que será obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência e urgência.

13. Relevo que a presente situação em muito difere daquela tratada anteriormente, na qual a norma da ANS afastou hipóteses de ressarcimento ao SUS, uma vez que o regulamento não disciplinou qualquer procedimento de modo contrário à fonte da norma, mas complementou-a.

14. Por fim, quanto aos problemas relativos à formação de custos atuariais, depreendo, das peças acostadas aos autos, que devem ser aprimorados os controles e os estudos da ANS atinentes à precificação dos planos de saúde, uma vez que não foi demonstrada adequadamente a utilização de bases atuariais para a composição dos custos das operadoras de planos de saúde.

Ante o exposto, Voto por que o Tribunal adote o Acórdão que ora submeto à consideração desse Plenário.

T.C.U, Sala das Sessões, em 12 de julho de 2006

AUGUSTO NARDES

Ministro-Relator

Acórdão

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Solicitação do Congresso Nacional acerca da avaliação dos procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde - ANS, cotejo com a legislação federal vigente, no tocante aos ressarcimentos de gastos com atendimento a pacientes de plano de saúde privados.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão Plenária, em:

9.1. conhecer da presente Solicitação por preencher os requisitos de admissibilidade previstos no art. 1, inciso III, 231 e 232, inciso III, do Regimento Interno/TCU;

9.2. determinar à Agência Nacional de Saúde - ANS, que:

9.2.1. promova estudos com vista à revisão do art. 2º da Resolução RDC nº 18/1998, em razão de contrariar o art. 32 da Lei nº 9.656/1998 c/c Medida Provisória nº 2.177-44/2001, já que a Resolução restringe os atendimentos realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS a apenas os casos de urgência e emergência, enquanto que a Lei determina que os ressarcimentos devem ocorrer mediante a prestação de qualquer serviço previsto nos contratos entre as operadoras e seus consumidores/dependentes, independente da situação em que ocorram;

9.2.2. crie grupo de trabalho, nos moldes preconizado no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde (itens 3, 9, 18 e 19), com o fim de estabelecer os principais componentes dos custos dos planos de saúde, de desenvolver metodologia específica para avaliar a conveniência dos reajustes de mensalidades, levando-se em consideração os reajustes por faixa etária, e de revisar os parâmetros para a concessão da Revisão Técnica;

9.3. determinar à Secretaria Federal de Controle Interno que informe, nas próximas contas, as providências adotadas pela Agência Nacional de Saúde em relação ao item 9.2;

9.4. determinar ao ISC que avalie a oportunidade e conveniência de elaborar, considerando a possível participação da Secretaria de Fiscalização - Sefid, com a ciência da Secretaria Geral de Controle Externo, uma estratégia de capacitação de servidores da 4ª Secretaria de Controle Externo em metodologias de fiscalização do processo regulatório aplicáveis à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

9.5. remeter cópia desta deliberação, bem como do relatório e voto que a fundamentam, à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e ao Ministério da Saúde;

9.6. arquivar os presentes autos.

Quorum

13.1. Ministros presentes: Adylson Motta (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça, Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues e Augusto Nardes (Relator).

13.2. Auditor convocado: Augusto Sherman Cavalcanti.

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. " (NR)

"Art. 9º. Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

.....

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

.....

§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela

modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)

"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -.....
.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II -

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

.....

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro

estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

.....

III -

.....

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

.....

V -

.....

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

.....

§1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido." (NR)

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde."(NR)

"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)

"Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

.....

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

.....

VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

.....

X - a área geográfica de abrangência;

.....

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações." (NR)

"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)

"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

- I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
- II - nome fantasia;
- III - CNPJ;
- IV - endereço;
- V - telefone, fax e e-mail; e
- VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

- I - razão social da operadora ou da administradora;

- II - CNPJ da operadora ou da administradora;
- III - nome do produto;
- IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
- V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
- VI - âmbito geográfico de cobertura;
- VII - faixas etárias e respectivos preços;
- VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
- IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
- X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art.21.....
.....

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)

"Art. 22.

§1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)

"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

- I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
- II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
- III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste

artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

- I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
- II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
- III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
- IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao

competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário."(NR)

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários."(NR)

"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS."(NR)

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

- I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
- II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

- I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
- II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

.....

§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)

"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)

"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e

filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)

"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

- I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
- II - da Saúde;
- III - da Fazenda;
- IV - da Justiça; e
- V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

- I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
- II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus

regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

- I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
- II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
- III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
- IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

- I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
- II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
- III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
- IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
- V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)

"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)

"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)

"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)

"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)

"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)

Art. 2º. Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.

Art. 3º. O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.

.....

Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.

Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

Pedro Malan

José Serra

Pedro Parente

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

RELATÓRIO PRÉVIO

I – SOLICITAÇÃO DA PFC

Vem a esta Comissão proposta de fiscalização e controle, com base no art. 100, §1º, combinado com os artigos 60, incisos I e II, e 61 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, para que, ouvido o Plenário, sejam adotadas as medidas necessárias para que se realize ato de fiscalização sobre os atos e controles

administrativos praticados no âmbito da Agência Nacional de Saúde – ANS que têm por objetivo assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde – SUS.

II – COMPETÊNCIA DESTA COMISSÃO

O art. 70 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o art. 32, inciso XI, alínea “b”, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados amparam a competência desta Comissão sobre o assunto suscitado.

III – OPORTUNIDADE E CONVENIÊNCIA

O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, determina que “todo procedimento realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS pelos detentores de planos e seguros de saúde privados deve ter como consequência o correspondente ressarcimento ao sistema público de saúde, mediante a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP” (citei Autor da presente PFC).

Tal ressarcimento é possível com a realização dos seguintes procedimentos, ordenados no acórdão 1146/2006, do Tribunal de Contas da União, da relatoria do Ministro Augusto Nardes:

1º as operadoras fornecem à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem (art. 20 da Lei nº 9.656/1998);

2º a ANS atualiza o cadastro dos beneficiários dos planos de saúde;

3º o SUS encaminha à ANS uma lista contendo os dados de todas as pessoas atendidas pelo sistema público durante o período (Autorizações de Internações Hospitalares - AIH);

4º a ANS faz o cruzamento dos dados das AIHS com o cadastro de clientes das operadoras privadas (batimento), identificando os

atendimentos a serem ressarcidos, gerando o Aviso de Beneficiário Identificado - ABI;

5º a ANS encaminha à operadora o ABI com os dados do procedimento utilizado pelo cliente e o boleto bancário contendo o valor da TUNEP;

6º após receber o ABI, a operadora possui 15 dias para pagar ou impugnar.

7º não havendo impugnação, nem recolhimento do débito dentro do prazo, a operadora será inscrita no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN); e será encaminhado processo à Procuradoria Geral da ANS com vistas à inscrição dos valores na dívida ativa da Agência e posterior cobrança judicial.

De acordo com o nobre Deputado Dr. Pinotti, Autor da PFC 43/2008, a Agência Nacional de Saúde – ANS, responsável legal por assegurar o ressarcimento previsto na Lei nº 9.656/98, há anos não cobra dos planos privados de saúde o real valor a ser repassado ao SUS.

Existem fortes indícios de que em muitos casos os clientes de planos privados de saúde são atendidos pelo SUS, pagam pelo serviço aos planos privados e estes ficam com o valor recebido, sem terem prestado serviço algum. Noutros termos, os planos de saúde cobram e se enriquecem através dos serviços que são prestados e custeados pelo poder público, em afronta à Lei nº 9.656/98.

Na peça inaugural da PFC, afirma-se que:

(1) a ANS, em flagrante desrespeito à lei, promove o ressarcimento parcial, deixando de cobrar todos os procedimentos ambulatoriais que são realizados nos hospitais prestadores de serviços ao SUS, inclusive os de alto custo, que são os mais comuns e mais caros. Refiro-me aos exames de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, quimioterapia, dentre outros. Ela cobra, hoje, apenas os procedimentos de internação realizados nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados); e (2) a ANS

demonstra-se absolutamente incompetente na promoção dessa cobrança, pois não chega a receber, sequer, 20% daquilo que efetivamente cobra. Com isso, os prejuízos quantificados, pelo menos parcialmente nesse Acórdão do TCU, são extremamente elevados.

No acórdão 1146/2006, o Tribunal de Contas da União – TCU observou queda de 57% do registro de Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs e divergências entre valores cobrados e valores efetivamente pagos pelos planos privados e arrecadados pela ANS.

22. Pela análise do quadro apresentado no item 0 [erro no original] da presente instrução, constata-se um crescimento expressivo de AIHS cobradas no período de 2000 até 2002, com mais de 1900% de aumento. A partir daí, entretanto, houve uma redução significativa para 57% em 2003, e para 62% em 2004, com a quantidade de 45.563 AIHS cobradas. Esta queda na cobrança de AIHS, em 2003 e 2004, é explicada, em parte, pela realização parcial do batimento, conforme explicou o gestor (item 0).

23. Quanto aos valores efetivamente arrecadados (valores pagos), verifica-se uma grande distorção em relação aos valores cobrados, uma vez que do total cobrado no período de 2000 a 2004, no montante de R\$ 279.217.962,34, apenas R\$ 58.660.931,26 foi efetivamente arrecadado.

Na PFC, o Autor afirma que a ANS deixa de cobrar dos planos de saúde os procedimentos mais comuns e mais caros e que mesmo após o acórdão 1146/2006 do TCU, que contém recomendações, a ANS continua desrespeitando a Lei nº 9.656/1998, causando prejuízo ao SUS e aos usuários do sistema público de saúde.

Em audiência pública sobre o assunto, promovida pela Comissão de Fiscalização Financeira e Controle, o representante da ANS, Sr. José Leôncio

Feitosa, disse que o órgão não está cobrando o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de alto custo (APACs), nos termos do que dispõe a lei. Na mesma audiência, a analista do TCU, Ana Maria Alves Ferreira, e o Procurador da República, Dr. Paulo José Rocha Junior, afirmaram que, mesmo havendo uma Ação Direita de Inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal em relação ao assunto, enquanto esta não for julgada, prevalecem os termos da Lei nº 9.656/1998, ou seja, é cogente o ressarcimento.

A discussão jurídica que se tem hoje emana da leitura conjunta da Lei nº 9.656/1998 e da RDC 18/1998. Através da Resolução 18/1998, tenta-se mudar a lei, em benefício dos planos, em flagrante ilegalidade. Tenta a Resolução restringir a lei, violando o princípio fundamental da hierarquia das normas e o princípio da legalidade. A RDC 18/1998 restringe o ressarcimento dos atendimentos realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS a apenas casos de urgência e emergência, quando, na realidade os ressarcimentos devem ocorrer mediante a prestação de qualquer serviço previsto nos contratos entre as operadoras e seus consumidores/dependentes, independentemente da situação em que ocorram. Veja:

Lei nº 9.656/1998:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

RDC nº 18/1998:

Art. 2º Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras definidas pelo Artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos, abrangendo :

- I - os realizados por unidades públicas de saúde;
- II - os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos.

Não há dúvidas de que a Resolução tenta fazer mais que a lei. A restrição por ela imposta não tem amparo legal. Se fosse legal, o que se estaria permitindo é que planos privados de saúde vendessem e cobrassem por um serviço que é prestado e custeado pelo SUS. Indubitavelmente, uma situação esdrúxula.

O Acórdão 1146/2006 do TCU decorre da avaliação da normatização e dos procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), em cotejo com a legislação federal vigente, no tocante aos ressarcimentos de gastos com atendimento a pacientes de plano de saúde privados. Para este Acórdão, a arrecadação aquém do legal na ANS decorre mais de incorreções administrativas. Os valores discutidos judicialmente perfazem apenas 6% do devido à ANS pelos planos de saúde. Diz o Acórdão:

De fato, observa-se que a ANS ainda não providenciou a criação de um sistema integrado para apurações de infrações, conforme dispõe o item 9.2.5, não obstante a alegação de depender penas de iniciativa de um de seus departamentos. Este fato, inclusive, revela a fragilidade da gestão administrativa da Agência, pois parece não haver sinergia entre os diversos setores da ANS. Não é razoável que um órgão justifique a este Tribunal o não cumprimento de uma determinação com a alegação de um de seus setores de que o cumprimento da determinação depende de iniciativa de um outro setor.

Tendo em vista o art. 70 da Carta Magna, o art. 32, XI, RICD, e por competir ao Congresso Nacional, mediante controle externo, a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta e, sobremaneira, considerando os fortes indícios de possíveis irregularidades nas medidas adotadas pela ANS para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde, **julgo inegável a conveniência e oportunidade desta proposta de fiscalização financeira e controle, em face das denúncias acima mencionadas.**

IV – ALCANCE JURÍDICO, ADMINISTRATIVO, POLÍTICO, ECONÔMICO, SOCIAL E ORÇAMENTÁRIO

Sob os aspectos jurídico, administrativo, econômico e orçamentário, cabe verificar a correta aplicação dos recursos públicos e, se constatado algum tipo de malversação, identificar os responsáveis para os fins pertinentes.

Sob o aspecto social, é indubitável a importância da qualidade do serviço público de saúde e a necessidade de assegurar a correta aplicação dos recursos destinados à saúde.

Com referência aos demais enfoques, não se vislumbram aspectos específicos que possam ser tratados na presente ação fiscalizatória, exceto pelos efeitos gerais invariavelmente benéficos que atingem a sociedade como um todo e que podem surgir de uma ação de fiscalização efetuada sob os auspícios do Poder Legislativo da qual resulte em correção de eventuais desvios e irregularidades.

V – PLANO DE EXECUÇÃO E METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A fiscalização solicitada terá melhor efetividade se executada auditoria pelo Tribunal de Contas da União – TCU para examinar as medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS com o fim de assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde – SUS, desde o início de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – esta passou a vigor noventa dias após a data de sua publicação. Maior motivo se tem para executar tal fiscalização após a data de publicação do Acórdão do TCU nº 1146/2006, que

contém recomendações não seguidas pela ANS, segundo afirma o Autor da presente PFC. Com esta auditoria, poderá o TCU identificar valores devidos à ANS e não arrecadados, protegendo assim o dinheiro público.

O Poder Legislativo realiza controle externo com o auxílio do Tribunal de Contas da União, podendo, assim, acionar esta Corte, conforme estabelece a Carta Magna:

Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária.

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

[...]

IV – realizar, por iniciativa própria, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e demais entidades referidas no inciso II;

[...]

No mesmo sentido segue o Regimento Interno da Câmara dos Deputados:

Art. 24. Às Comissões Permanentes, em razão da matéria de sua competência, e às demais Comissões, no que lhes for aplicável, cabe:

[...]

X – determinar a realização, com o auxílio do Tribunal de Contas da União, de diligências, perícias, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal;

[...]

Pode esta Comissão acionar o TCU para realização de auditoria, conforme art. 1º, II, e art. 239, do Regimento Interno daquele Tribunal, aprovado pela Resolução nº 155, de 4 de dezembro de 2002.

A presente PFC contém indícios de irregularidades na aplicação do dinheiro público, ilegalidade e negligência na administração do sistema público de saúde. Assim, concomitantemente à fiscalização executada pelo TCU, faz-se necessário, desde já, oficiar o Ministério Público Federal para que tome conhecimento dos fatos e inicie os procedimentos que entender cabíveis.

É o *Parquet* defensor da ordem jurídica, do patrimônio público e dos interesses sociais, nobres funções estas resguardadas a ele pela Constituição da República:

Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

[...]

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:

I – promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei;

[...]

III – promover inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos;

[...]

Por conclusivo:

I – deve-se solicitar ao Tribunal de Contas da União que inicie auditoria, nos termos do art. 1º, II e art. 239, do Regimento Interno do TCU, aprovado pela Resolução nº 155, de 4 de dezembro de 2002, e adote os procedimentos que entender pertinentes para se manifestar sobre a regularidade das medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde – SUS após a vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e valores não arrecadados pela ANS neste período.

II – deve-se oficiar o Ministério Público Federal para que tome conhecimento das denúncias trazidas a esta Comissão pela presente Proposta de Fiscalização e Controle, com cópia deste relatório prévio, da peça inaugural e do Acórdão 1146/2006 do TCU, para que o *Parquet* tome as medidas que entender adequadas e necessárias ao caso concreto.

III – deve-se solicitar ao TCU que remeta cópia do resultado da auditoria realizada a esta Comissão, para que esta fique à disposição dos interessados na Secretaria da Comissão e possa ser analisada pelos membros da Comissão.

VI – VOTO

Por todo exposto, VOTO pela EXECUÇÃO desta PFC, na forma descrita no Plano de Execução e na Metodologia de Avaliação acima apresentados.

Sala da Comissão, 14 de agosto de 2008.

Deputado JUVENIL

Relator

VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO

O Plano de Execução e Metodologia de Avaliação constante do Relatório Prévio apresentado prevê que a PFC seja implementada da seguinte forma, resumidamente:

I – deve-se solicitar ao Tribunal de Contas da União que inicie auditoria, nos termos do art. 1º, II e art. 239, do Regimento Interno do TCU, aprovado pela Resolução nº 155, de 4 de dezembro de 2002, e adote os procedimentos que entender pertinentes para se manifestar sobre a regularidade das medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde – SUS após a vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e valores não arrecadados pela ANS neste período.

II – deve-se oficiar o Ministério Público Federal para que tome conhecimento das denúncias trazidas a esta Comissão pela presente Proposta de Fiscalização e Controle, com cópia deste relatório prévio, da peça inaugural e do Acórdão 1146/2006 do TCU, para que o *Parquet* tome as medidas que entender adequadas e necessárias ao caso concreto.

III – deve-se solicitar ao TCU que remeta cópia do resultado da auditoria realizada a esta Comissão, para que esta fique à disposição dos interessados na Secretaria da Comissão e possa ser analisada pelos membros da Comissão.”

Além dos procedimentos previstos no Plano de Execução e Metodologia de Avaliação da presente PFC, conforme acima resumido, entendemos que a execução da PFC poderá ocorrer de forma mais efetiva se forem incluídos no referido Plano também a possibilidade da realização de oitivas e a requisição de documentos junto aos órgãos investigados e fiscalização in loco.

As oitivas são um poderoso instrumento de investigação pois possibilitam ao Relator buscar as informações diretamente do agente público responsável pela operação objeto da investigação, sem intermediários, e com inteira possibilidade de interação

entre as partes, ou seja, permite ao investigador ajustar o foco das perguntas segundo a relevância e a pertinência das informações prestadas pelos depoentes, no momento da realização da oitiva.

Da mesma forma, a requisição de documentos junto aos órgãos envolvidos constitui-se em expediente de fundamental importância para análises, para direcionamento das investigações e para comprovação de condutas e operações investigadas.

É nesse sentido, que apresento este **VOTO em separado para inclusão, no Plano de Execução e Metodologia de Avaliação constante do Relatório Prévio à presente PFC, também a possibilidade da realização de oitivas e a requisição de documentos e fiscalização em in loco.**

Sala da Comissão, 03 de setembro de 2008.

Deputado Celso Russomanno

VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO GERALDO RESENDE

I - RELATÓRIO

Preliminarmente, cumpre esclarecer que o objetivo do ressarcimento é evitar um enriquecimento sem causa das Operadoras, além, de coibir o encaminhamento de pacientes pelas empresas de planos privados de assistência à saúde à rede pública, o que desonera sua própria rede e o que deve ser pago à sua rede de prestadores.

A ANS vem editando Resoluções que visam regulamentar e disciplinar o ressarcimento ao SUS por meio de rotina de procedimentos e adotando a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP.

A TUNEP é resultado de um processo que se constituiu em uma tabela de valores para pagamento por procedimentos realizados, garantindo que esses sejam sempre maiores que a Tabela SUS – para evitar que a rede SUS se torne rede prestadora das operadoras - e menores que os valores praticados no mercado.

Com a finalidade de agilizar as soluções e mitigar os problemas burocráticos relativos à cobrança do ressarcimento, a ANS iniciou a implantação do Processamento eletrônico, que possibilitará reduzir os trâmites e as instâncias de decisão.

É importante destacar que foi apresentado pelo nobre Deputado Dr. Pinotti o requerimento nº 90, de 2004, com o escopo de se examinar e avaliar a normatização e os procedimentos adotados pela ANS, em cotejo com a legislação federal vigente, no tocante aos ressarcimentos de gastos com o atendimento de planos de saúde privados.

Em decorrência do requerimento acima mencionado, foi publicado o acórdão AC 1023/2008, no DOU do dia 6 de junho de 2008, que concluiu pela necessidade de ser feita fiscalização específica sobre a matéria, *in verbis*:

“...Diante do exposto, a unidade técnica, em pareceres uniformes, conclui que, do acompanhamento procedido no âmbito destes autos confirmou-se a necessidade de realização futura de fiscalização específica sobre a matéria”.

Ademais, em 19/09/2008, foi comunicado a ANS, por meio de ofício nº 3570, da 4ª Secex do TCU que a partir do dia 22/09/2008, seria iniciado trabalho de fiscalização com o objetivo de avaliar a sistemática adotada com vistas ao ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de saúde.

Em cumprimento à diligência, no dia 22/09/2008, dois analistas de controle externo do TCU foram recebidos pelo Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES da Agência Nacional de Saúde, e realizaram entrevistas, análise de documentos e visitas à unidade administrativa que gerencia o ressarcimento ao SUS; além de verificar os arquivos, conversar com os funcionários daquela diretoria e de outras relacionadas ao processo do ressarcimento ao SUS.

Os trabalhos dos auditores foram encerrados no dia 09/10/2008, oportunidade em que estiveram novamente com o Diretor da DIDES, sendo que o parecer conclusivo será elaborado posteriormente.

Ao analisar a ementa da PFC 43/2008 verifica-se que a ação solicitada foi objeto da diligência realizada pelo TCU no período de 22/09/2008 a 09/10/2008, na ANS.

II - VOTO EM SEPARADO

Diante do exposto e considerando os princípios que norteiam a Administração Pública, em se aprovando, por meio da PFC 43/2008, uma nova diligência com o mesmo escopo da que foi realizada recentemente, estar-se-ia realizando o trabalho em duplicidade.

Desta forma, voto em separado pela rejeição da PFC 43/2008, para que seja aguardado o parecer final da referida fiscalização, para posteriormente, caso se considere necessário, seja encaminhada uma nova solicitação de fiscalização, respaldada nos resultados do parecer lavrado pelo TCU.

Sala da Comissão, em 14 de outubro de 2008.

Deputado Geraldo Resende

RELATÓRIO PARCIAL

I – RELATÓRIO

Trata-se de Proposta de Fiscalização e Controle – PFC, apresentada a esta Comissão em maio de 2008, para a realização de ato de fiscalização sobre as medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na peça inaugural da PFC, afirma-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

(...) deixa de cobrar dos planos de saúde os procedimentos mais comuns e mais caros e que mesmo após o acórdão 1146/2006 do TCU, que contém recomendações, a ANS continua desrespeitando a Lei nº

9.656/1998, causando prejuízo ao SUS e aos usuários do sistema público de saúde.

(...) em flagrante desrespeito à lei, promove o ressarcimento parcial, deixando de cobrar todos os procedimentos ambulatoriais que são realizados nos hospitais prestadores de serviços ao SUS, inclusive os de alto custo, que são os mais comuns e mais caros. Refiro-me aos exames de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, quimioterapia, dentre outros. Ela cobra, hoje, apenas os procedimentos de internação realizados nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados);

(...) demonstra-se absolutamente incompetente na promoção dessa cobrança, pois não chega a receber, sequer, 20% daquilo que efetivamente cobra.

O relatório prévio à PFC em análise, aprovado por esta Comissão, em 15.10.2008, previa em seu item V – Plano de Execução e Metodologia de Avaliação solicitar a realização de auditoria pelo TCU, bem como oficial as denúncias constantes da PFC ao Ministério Público Federal para adoção dos procedimentos que julgasse pertinentes. Também previa a possibilidade, caso se mostrasse necessária, de a Comissão realizar oitivas, requisitar documentos e executar fiscalização *in loco*.

Por conseguinte, a Presidência desta Comissão, por intermédio do Ofício nº 230/2008/CFFC-P, de 15.10.2008, solicitou ao TCU a realização da referida auditoria, bem como encaminhou, por meio do Ofício nº 231/2008/CFFC-P, cópia da PFC e do Relatório Prévio aprovado ao Ministério Público Federal.

Ao conhecer da citada solicitação, o TCU informou por meio do Aviso nº 11185-GP/TCU, datado de 10.11.2008, que a matéria objeto da referida PFC estava sendo tratada no Processo nº TC-023.181/2008-0, referente à auditoria determinada pelo Acórdão-TCU-Plenário nº 1.023/2008, cujos trabalhos teriam iniciado em 25/08/2008.

O objetivo da auditoria autorizada pelo citado Acórdão – consoante documentos encaminhados à CFFC pelo supracitado Aviso –, era avaliar a regularidade dos procedimentos da ANS no que tange ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de plano de saúde.

Contribuíram para a determinação da citada auditoria não só a constatação pelo TCU do não cumprimento pela ANS das determinações exaradas no Acórdão 1.146/2006-TCU-Plenário como também a solicitação de fiscalização efetuada informalmente por integrantes da CFFC/CD, em março de 2008.

Por ser bastante elucidativo, transcrevemos excerto do voto que fundamentou o Acórdão-TCU-Plenário nº 1.023/ 2008:

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, acolhendo requerimento do Deputado Federal José Aristodemo Pinotti, solicitou a este Tribunal, em 21/10/2004, que avaliasse as normas e

instruções adotadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), em cotejo com a Lei nº 9.656/98, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", especialmente no que diz respeito ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos gastos resultantes de serviços prestados a pacientes beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

2. Após os atos processuais pertinentes com vistas a elucidar a matéria, este Tribunal prolatou o Acórdão nº 1.146/2006-TCU-Plenário, efetuando determinações corretivas à ANS e arquivando os autos. Em 8/9/2004 e 6/10/2004 (fls. 118/128), a agência encaminhou ofícios ao TCU informando as providências adotadas para dar cumprimento às determinações efetuadas neste processo. Em 19/11/2007 foi autuado nesta Casa, sob o número TC-029.047/2007-2, requerimento do Deputado Federal José Aristodemo Pinotti solicitando informações acerca do cumprimento do referido acórdão, provocando, naqueles autos, nova manifestação da ANS reafirmando o cumprimento das determinações em tela. Com base nesses elementos, o Tribunal informou ao requerente a adequação dos normativos da ANS aos termos dessa deliberação.

3. Posteriormente, a 4ª Secex, a partir de informações obtidas quando do exame das contas anuais da entidade, avaliou ser necessário dar continuidade ao acompanhamento das mudanças implementadas pela ANS no processo de ressarcimento. Para esse mister, o titular da unidade (...) reabriu os presentes autos e determinou a realização de outra diligência à ANS, requerendo informações adicionais que subsidiassem a avaliação do efetivo cumprimento das determinações emanadas deste Tribunal.

4. Ao examinar os esclarecimentos prestados pela ANS em conjunto com informações obtidas nas contas da entidade e em relatórios disponíveis em sua página na internet, a 4ª Secex concluiu *"pela inadequabilidade da forma como vem sendo tratada a questão do ressarcimento"*, diante da fragilidade de instrumentos que inibam a utilização dos recursos do SUS em benefício das operadoras de planos de saúde. (...)

5. (...) em reunião realizada no mês de março do corrente ano com a 4ª Secex, integrantes da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados solicitaram, informalmente, a realização de uma fiscalização sobre a sistemática adotada para o ressarcimento ao SUS dos serviços prestados a pacientes de planos de saúde, a ser posteriormente formalizada. No entender da unidade técnica, diante do que foi apurado nos presentes autos, *"confirmou-se a necessidade de fiscalização futura sobre a matéria"*.

6. (...) Dessa forma, (...) submeto, nos termos do art. 6º, § 3º, inciso I, da Resolução TCU nº 185/2005, proposta no sentido de que este Plenário aprove a realização, pela 4ª Secex, de auditoria de conformidade com vistas a avaliar a sistemática adotada para o ressarcimento ao SUS dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de assistência à saúde.

Embora o último expediente do TCU a respeito da PFC em questão encaminhado a esta Comissão seja o mencionado Aviso nº 11185-GP/TCU, datado de 10.11.2008, sabe-se, por já publicada no DOU de 31/03/2009, que a auditoria determinada pelo Acórdão-TCU-Plenário nº 1.023/2008 foi concluída, tendo resultado no Acórdão nº 502/2009 – Plenário, cujo inteiro teor (incluindo relatório e voto) segue anexado a este relatório.

O voto condutor do Acórdão nº 502/2009 – Plenário (TC-023.181/2008-0) contém síntese bastante didática acerca dos trabalhos desenvolvidos e suas conclusões, razão pela qual o transcrevemos a seguir (grifos acrescidos):

2. O objetivo do trabalho de auditoria, tão bem conduzido pela 4ª Secex, foi avaliar a sistemática adotada para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de assistência à saúde.

3. Inicialmente, cabe registrar que o ressarcimento ao SUS tem origem no princípio da vedação do enriquecimento sem causa, expresso no art. 884 do Código Civil: "Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários". No momento em que o usuário de plano de saúde recebe, na rede pública, o atendimento a que tem direito nos termos de seu contrato com a operadora, tal fato implica em enriquecimento sem causa por parte da operadora, uma vez que esta recebe periodicamente o pagamento feito pelo seu usuário, mas não paga pelo procedimento a que está obrigada.

4. Com o advento da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o ressarcimento passou a ser obrigatório em âmbito nacional. Atualmente, o art. 32 da referida Lei, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, é o marco legal do ressarcimento ao SUS.

5. A materialidade da presente auditoria pode ser constatada, visto que o volume total de recursos fiscalizados foi de R\$ 264.095.754,19, correspondendo a uma amostra de 5 Avisos de Beneficiário Identificado (ABI), com 184.001 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

6 Além disso: informações extraídas da página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) revelam que os valores despendidos de 2003 a 2007 para pagamento dos atendimentos ambulatoriais de alto custo, processados por meio de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), superam os das AIH em mais de R\$ 10 bilhões; e se for **aplicado o percentual passível de cobrança das APAC encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS (percentual em torno de 6%), tem-se um potencial de ressarcimento ao SUS, nos exercícios de 2003 a 2007, na ordem de 2,6 bilhões, se consideradas a média e alta complexidade**, e de R\$ 1,3 bilhão, se considerada apenas a alta complexidade.

(...)

8. Quanto ao mérito, destaco do acima relatado, como razões de decidir, o que segue.

9. Por meio de petição da Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), a constitucionalidade da Lei nº 9.656/1998 foi objeto de questionamento perante o Supremo Tribunal Federal. Aquela Corte Suprema, em recentes julgados, afirmou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS instituído pela referida Lei. Portanto, como bem demonstrou o Parquet especializado, estão "superados eventuais questionamentos acerca da plena vigência e eficácia do artigo 32 da Lei 9.565/1998 e fixada a premissa de sua constitucionalidade".

10. **A natureza jurídica da obrigação em exame foi submetida ao Superior Tribunal de Justiça, que deliberou no sentido de que "o ressarcimento devido pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar, em decorrência de atendimentos a beneficiários de seus planos pelo Sistema Único de Saúde, tem natureza indenizatória".** (julgamento: 8.3.2005, DJ 4.4.2005). Trata-se de "verba de natureza indenizatória, que visa a compensar o Sistema Único de Saúde pelos gastos realizados com beneficiários de plano de saúde privado, e não de pagamento de "preço público", isto é, de remuneração pela prestação de serviço público."

(...)

13. O Ministério Público (...) manifesta-se pela imprescritibilidade do direito à ação de cobrança dos débitos das operadoras de saúde no que se refere ao ressarcimento ao SUS. "Entende o MP/TCU que a ausência de ressarcimento, por contrariar a disciplina prevista no artigo 32 da Lei 9.565/1998, configura espécie do gênero de que trata o art. 37, §5º, da Constituição Federal/1988 ("ilícitos praticados por qualquer agente, servidor ou não, que causem prejuízos ao erário)".

14. Entendo assistir razão ao Ministério Público, pois a ausência de ressarcimento contraria o disposto no art. 32 da Lei nº 9.565/1998 e, como bem consignou o ilustre Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, configura espécie do gênero de que trata o art. 37, §5º, da Constituição Federal de 1988, "ilícitos praticados por qualquer agente, servidor ou não, que causem prejuízos ao erário".

15. Portanto, desde a data da publicação da Lei nº 9.565/1998, **as empresas operadoras de planos de saúde devem ressarcir a Agência Nacional de Saúde Suplementar em virtude de atendimentos a beneficiários de seus planos pelo Sistema Único de Saúde.**

16. A proposta de determinação formulada pela 4ª Secex para que a ANS passe a processar o ressarcimento ao SUS dos atendimentos ambulatoriais, em especial os de média e alta complexidade, afigura-se-me apropriada, pois, como bem consignou a unidade técnica "de acordo com comparação realizada, estima-se que os valores cobrados relativos a esses procedimentos sejam 4 vezes os valores cobrados pelas internações hospitalares (AIH), únicos procedimentos atualmente cobrados pela Agência". Além disso, em um "período de 6 meses (tempo correspondente

ao processo de dois lotes de AIH - 1 ABI por trimestre), apurou-se como devido o valor de R\$ 245 milhões".

17. Outra questão relevante que também merece reparos é o **processo do ressarcimento ao SUS** que, como visto, **apresenta graves deficiências em sua estrutura e é ineficiente**. Além da morosidade no tempo de análise da ANS, destaco a ausência, no processo de batimento (confronto da base de dados do SUS, as AIH, com os dados dos beneficiário de planos de saúde, o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS SIB), de filtros que eliminem da base inicial os atendimentos não cobertos contratualmente pelas operadoras de saúde, portanto, indevido ao SUS. Concorro que tal medida, quando implementada, reduzirá o acionamento da máquina administrativa da ANS, conforme revela o alto índice de procedência das impugnações apresentadas pelas operadoras de saúde.

18. Na mesma linha acolho, no mérito, a proposta de **determinação para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar passe a processar, a partir de 2009, o batimento também dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e que informe ao TCU, em 90 dias, um cronograma no qual entenda ser possível organizar-se para proceder ao batimento das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo - APAC** relativas aos atendimentos ocorridos na rede do SUS **desde o início do processamento do ressarcimento das Autorizações de Internação Hospitalar pela Agência, a partir da vigência da Lei nº 9.565/1998.**

19. A determinação para que a ANS encaminhe ao Tribunal informações acerca do resultado do estudo sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, com indicação das implementações a serem adotadas na Agência, afigura-se-me oportuna, visto que a referida tabela não tem sido utilizada como instrumento regulatório. Como apropriadamente consignou a 4ª Secex; "após a publicação inicial dela pela ANS, as sucessivas atualizações da TUNEP têm ocorrido tão-somente por conta de inclusão de novos procedimentos na tabela SUS ou igualar os valores correspondentes das tabelas TUNEP e SUS caso os valores desta tenham ultrapassado os daquela (conforme comando da Lei nº 9.656/98). Assim, **necessária se faz, então, uma redefinição da política de atualização dos valores da TUNEP, pois, tendentes os seus valores ao piso (= valores da tabela SUS), as operadoras beneficiam-se de tal medida em razão de, ressarcindo os atendimentos de seus beneficiários pelos valores SUS, desoneram-se dos custos indiretos associados aos atendimentos hospitalares (instalações, recursos humanos), que teriam de suportar caso esses atendimentos fossem diretamente prestados por elas**".

Desse modo, o Tribunal de Contas da União exarou o citado Acórdão nº 502/2009, com o seguinte teor (grifos acrescidos):

9.1. com fundamento no art. 22, inciso II, da Lei n.º 8.443/92 e no art. 202, inciso III, do Regimento Interno, **promover a AUDIÊNCIA dos seguintes responsáveis:**

9.1.1. Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS (DIDES), Sr. José Leôncio de Andrade Feitosa, CPF: 311.058.747-53, para que justifique:

9.1.1.1. a demora na análise dos recursos da 2ª instância e a razão para que nenhum dos processos em 3ª instância tenham sido decididos, descumprindo os prazos estabelecidos pela própria Agência na RE DIDES nº 6/2001, contrariando o dever de decidir da Administração estabelecido no art. 48 da Lei nº 9.784/99, e também violando o princípio da eficiência ao qual está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), tendo tais atos contribuído para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.1.2. o retardamento no envio dos processos à Procuradoria-Geral da ANS, uma vez vencidos e não pagos, para inscrição no CADIN e Dívida Ativa, todos esses fatos negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), fato que contribuiu para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.2. Gerente-Geral da Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS), Sra. Jussara Macedo Pinho Rotzch (CPF: 387.757.607-97), a fim de que informe as razões para a demora na análise das impugnações em 1ª instância, descumprindo os prazos estabelecidos pela própria Agência na RE DIDES nº 6/2001, assim como o retardamento no envio dos processos à Procuradoria-Geral da ANS, uma vez vencidos e não pagos, para inscrição no CADIN e Dívida Ativa, todos esses fatos negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), fato que contribuiu para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.3. Gerente da Gerência de Dívida Ativa e Serviço Administrativo (GEDASA) da ANS, Sr. Hélio Verdussen de Andrade Filho, CPF: 996.051.807-82, para que justifique a falta de adoção de medidas recomendadas pela Auditoria Interna da ANS que levassem a reduzir o tempo de inscrição no CADIN e/ou dívida ativa das operadoras de saúde por conta de débitos oriundos do ressarcimento ao SUS (Relatório de Auditoria AUDIT/ANS nº 1/2006), situação que persiste à vista dos dados analisados pela fiscalização do Tribunal, numa ausência de ação que contribui para que o ressarcimento ao SUS se dê em patamares baixos, porquanto a falta/demora das referidas inscrições não impele a que as operadoras de saúde quitem os seus débitos, situação que nega vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República);

9.1.4. Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DRAC/SAS/MS), Sra. Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo (CPF: 131.849.541-53), para que informe a razão de mais de 2.500 impugnações técnicas, de responsabilidade da SAS, estarem estocadas no DRAC/SAS sem cadastramento/autuação na média, há quase dois anos, descumprindo o prazo previsto de análise previsto na RE/DIDES nº 6/2001, contrariando o dever de decidir da Administração estabelecido no art. 48 da Lei nº

9.784/99, e, por consequência, negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), tudo isso contribuindo para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.2. DETERMINAR à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que:

9.2.1. passe a processar, a partir de 2009, o batimento também dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e que informe, em 90 dias, um cronograma no qual entenda ser possível organizar-se para proceder ao batimento das APAC relativas aos atendimentos ocorridos na rede do Sistema Único de Saúde desde o início do processamento do ressarcimento das AIH pela Agência, a partir da vigência da Lei nº 9.565/1998;

9.2.2. em um prazo de 90 (noventa) dias:

9.2.2.1. apresente cronograma tendente a dar vazão às Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos exercícios de 2006 e 2007 já processadas pelo DATASUS, cuidando para que, a partir de então, a diferença temporal entre a realização do batimento e os meses de competência delas não se distancie;

9.2.2.2. encaminhe o resultado dos estudos realizados pela Agência a respeito de filtros a serem inseridos na sistemática do ressarcimento ao SUS, mencionando pontualmente os filtros sugeridos, a previsão de data de implementação deles e a possível repercussão no processo de batimento e notificação das operadoras de saúde;

9.2.2.3. informe ao Tribunal o resultado das ações do Grupo de Trabalho criado com a finalidade de receber, analisar e emitir Nota Técnica nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS nos quais foram impetrados recursos à Diretoria Colegiada (Portaria DIDES nº 4, de 4.9.2008), devendo encaminhar cronograma que contemple o julgamento dos 1.594 processos encaminhados à Diretoria Colegiada da Agência;

9.2.2.4. encaminhe ao Tribunal informações acerca do resultado do estudo sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP (Portaria DIDES nº 2, de 5.8.2008), com indicação das implementações a serem adotadas na Agência;

9.2.3. ajuste seu normativo interno de modo a definir a competência para análise das impugnações técnicas apresentadas pelas operadoras de saúde, ante a incapacidade verificada de a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), responder à demanda de tais análises;

9.2.4. adapte e estruture as 1ª e 2ª instâncias do ressarcimento ao SUS no âmbito da DIDES, promovendo 1) a separação física delas e distribuindo os recursos humanos de sorte a regularizar a rotina de análises sob responsabilidade da GGSUS; e 2) insira controle no Sistema de Controle de Impugnações (SCI) de modo que não ele aceite a inclusão de um mesmo analista como responsável pela elaboração de parecer, no

próprio processo, para instâncias diferentes, de modo a assegurar aos administrados as garantias do princípio da recursividade, no caso, segundo as disposições da Lei nº 9.784/99;

9.2.5. reveja o prazo para impugnação das AIH pelas operadoras de saúde (30 dias úteis), assim como o tempo de análise estipulado para que a Agência decida as impugnações e recursos apresentados, ajustando-os ao que preceitua a Lei nº 9.784/99 (art. 59 e art. 66, § 2º);

9.2.6. adote sistemática que defina periodicidade para saneamento e envio dos processos relativos ao ressarcimento ao SUS à unidade responsável pela inscrição das operadoras de saúde no CADIN e/ou dívida ativa, bem como adote solução para a sistemática até então adotada pela unidade que não permite encaminhar as AIH livres de pendência pelo fato de estarem em um único processo com AIH em outra situação, de forma a cumprir o prazo estabelecido na Lei nº 10.522/2002 (75 dias após a notificação), e, no mesmo prazo de 90 (noventa) dias, informe ao Tribunal acerca das medidas adotadas;

9.2.7. em cumprimento ao princípio da publicidade e ao Decreto nº 5.482/05, disponibilize em sua página eletrônica na Internet a íntegra dos relatórios da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANS, a exemplo do ocorrido nos exercícios anteriores, de sorte a conferir transparência em suas ações e, com isso, permitir o amplo controle social;

9.2.8. implemente melhorias nos sistemas, consistentes em definir parâmetros confiáveis que permitam interação entre as informações constantes dos diversos sistemas da Agência e, com isso, seja possível a extração de relatórios completos, facilitadores da atuação dos órgãos de controle e, antes disso, sejam úteis como ferramentas gerenciais da própria Agência;

9.2.9. institua adequada política de segurança da informação, mediante revisão da Resolução Administrativa nº 5, de 10 de maio de 2004, devendo implementar necessariamente mecanismos de controle de senha, restrição de acesso aos sistemas conforme perfis dos usuários e revisão periódica das capacidades de acesso, guiando-se, se assim o desejar, pelo manual "Boas práticas em Segurança da Informação", 2ª edição, do Tribunal de Contas da União;

9.2.10. uma vez implantado o processo eletrônico de ressarcimento na Agência e ocorra o primeiro batimento sob a nova sistemática, apresente ao TCU os critérios adotados para a seleção de amostra das impugnações apresentadas para as quais o encaminhamento de documentação comprobatória se fará necessário, a quantidade da amostra e o resultado da análise empreendida;

9.3. **DETERMINAR à Controladoria-Geral da União (CGU)** que verifique nas próximas contas da ANS se as medidas determinadas no item 9.2.9 foram cumpridas, devendo fazer testes próprios, e relatar o resultado em item próprio de seu relatório de auditoria de gestão;

9.4. **DETERMINAR ao Ministério da Saúde** que:

9.4.1. exerça efetivamente a supervisão do desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante elaboração de relatórios que avaliem o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão firmado com a referida Agência, consoante prevê a Portaria Conjunta ANS/MS nº 6, de 23.10.2002, enviando-os à ANS para que a Agência considere-os e insira-os no relatório de gestão anual;

9.4.2. aperfeiçoe os indicadores utilizados para mensurar o desempenho da ANS com relação ao ressarcimento ao SUS - tanto qualitativa quanto quantitativamente -, pois, apesar de os números atestarem o cumprimento das metas, não expressam a realidade encontrada pelo Tribunal nas fiscalizações empreendidas;

9.5. **comunicar à Advocacia-Geral da União (AGU)** o teor da determinação constante do item 9.4 exarada ao Ministério da Saúde, em cumprimento à orientação da Secretaria-Geral de Controle Externo por meio do Memorando-Circular nº 27/2007, de 2.5.2007;

9.6. **RECOMENDAR à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** que:

9.6.1. altere sua legislação interna no que diz respeito ao cadastro de beneficiários (Sistema de Informações de Beneficiários - SIB), de modo a exigir das operadoras de saúde, quando do envio das informações cadastrais de seus beneficiários, os campos CPF, RG e nome da mãe dos beneficiários como dados obrigatórios, ao invés de campos opcionais como atualmente estabelece a ANS;

9.6.2. realize o batimento parcialmente pelo método determinístico à vista do perfil de documentos pessoais informados nas AIH, segundo o DATASUS: cerca de 43% delas contém o número de RG e cerca de 8% delas contém o CPF como documento pessoal informado;

9.6.3. obtenha junto às operadoras de saúde perfil de consulta para acesso aos sistemas delas, de modo que, ao invés de as operadoras remeterem cópia dos contratos dos beneficiários por ocasião das impugnações, seja possível a ANS consultar o sistema e de lá extraia todas as informações necessárias dos beneficiários;

9.6.4. redistribua os recursos humanos da Agência, de modo a reforçar o quadro de recursos humanos da Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS/DIDES/ANS), unidade que sofreu significativa perda de sua força de trabalho ou, alternativamente, faça gestão ao Ministério da Saúde a fim de obter autorização junto ao Ministério do Planejamento e Gestão para realizar concurso público e, então, ampliar seu quadro de pessoal;

9.6.5. revise os valores mínimos das parcelas quando da concessão de parcelamento às operadoras de saúde, porquanto 1) não há proporcionalidade entre os valores fixados e as faixas de beneficiários correlatas; 2) os valores mínimos permitidos para as parcelas são baixos se considerarmos o poder econômico das operadoras de saúde;

9.7. encaminhar cópia desta deliberação, acompanhada do Relatório e do Voto que a fundamentam e da instrução de fls. 458 a 521 do v.2, ao

Ministério da Saúde, à Agência Nacional de Saúde Suplementar e à Controladoria-Geral da União

É o relatório.

II – VOTO

Dessa forma, verifica-se que as medidas tomadas pela Corte de Contas estão em perfeita sintonia com a PFC nº 043, de 2008, que tem por escopo fazer cumprir o mandamento contido no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que determina que *“todo procedimento realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS pelos detentores de planos e seguros de saúde privados deve ter como consequência o correspondente ressarcimento ao sistema público de saúde, mediante a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”*.

Todavia, não se pode considerar que a PFC alcançou os objetivos pretendidos, uma vez que as investigações, no âmbito do TCU, continuam em andamento com realização de audiências dos responsáveis pela não cobrança dos valores devidos ao SUS pelos planos e seguros de saúde privados. Ademais, encontram-se ainda pendentes de implementação uma série de providências a serem tomadas pela ANS, em cumprimento a determinações do TCU.

Outrossim, face a gravidade do contido no Acórdão 502/2009, notadamente com relação aos itens 3, 4, 5 e 6, do Relatório do Ministro Valmir Campelo, que tratam da **não cobrança** pela ANS das APAC's – Autorização de Procedimentos de Alto Custo, que representam montante financeiro superior a quatro vezes aquele que vem sendo objeto de cobrança pela ANS e pertinentes às AIH's – Autorização de Internação Hospitalar, sugerimos o encaminhamento da matéria ao Ministério Público Federal para que se pronuncie conclusivamente sobre o assunto.

Diante do exposto, voto:

- a) pelo conhecimento do teor do Acórdão nº 502/2009 - Plenário (TC-023.181/2008-0), bem como dos relatório e voto que o fundamentam;
- b) para que esta Comissão solicite ao Tribunal de Contas da União que encaminhe cópia da apreciação final acerca do cumprimento das providências deliberadas no citado Acórdão; e
- c) pela manutenção desta proposta de fiscalização e controle até a certificação do atendimento de todas as providências deliberadas pela Corte de Contas.
- d) para que cópia dos autos seja encaminhada ao Ministério Público Federal para que se manifeste sobre a matéria, destacando-se a

não cobrança das APAC's pela ANS (que representam valores superiores a quatro vezes aqueles ora sob cobrança).

Sala da Comissão, 23 de abril de 2009.

Dep. João Dado
Relator

**OS DOCUMENTOS PRODUZIDOS DURANTE A
IMPLEMENTAÇÃO DESTA PFC ENCONTRAM-SE
NO PROCESSADO**

RELATÓRIO FINAL

I. RELATÓRIO

Trata-se de Proposta de Fiscalização e Controle – PFC, apresentada a esta Comissão em maio de 2008, para a realização de ato de fiscalização sobre as medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde para assegurar o ressarcimento dos Planos de Saúde às operadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na peça inaugural da PFC, afirma-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

“(...) deixa de cobrar dos planos de saúde os procedimentos mais comuns e mais caros e que mesmo após o acórdão 1146/2006 do TCU, que contém recomendações, a ANS continua desrespeitando a Lei nº 9.656/1998, causando prejuízo ao SUS e aos usuários do sistema público de saúde.

(...) em flagrante desrespeito à lei, promove o ressarcimento parcial, deixando de cobrar todos os procedimentos ambulatoriais que são realizados nos hospitais prestadores de serviços ao SUS, inclusive os de alto custo, que são os mais comuns e mais caros. Refiro-me aos exames de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, quimioterapia, dentre outros. Ela cobra, hoje, apenas os procedimentos de internação realizados nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados);

(...) demonstra-se absolutamente incompetente na promoção dessa cobrança, pois não chega a receber, sequer, 20% daquilo que efetivamente cobra.”

O relatório prévio à PFC, aprovado por esta Comissão em 15.10.2008 (fls. 047 a 064), previu a possibilidade de solicitar a realização de auditoria pelo TCU, bem como de oficiar ao Ministério Público Federal para adoção dos procedimentos pertinentes. Também foi previsto que, caso se mostrasse necessário, a Comissão poderia realizar oitivas, requisitar documentos e executar fiscalização *in loco*.

Por intermédio respectivamente dos ofícios nº 230/2008/CFFC-P e nº 231/2008/CFFC-P, de 15.10.2008, foi solicitado ao TCU a realização de auditoria e encaminhado ao Ministério Público Federal cópia da PFC e do Relatório Prévio aprovado.

I.1. Relatório Parcial Aprovado

Ao conhecer da solicitação, o TCU informou por meio do Aviso nº 11185-GP/TCU, datado de 10.11.2008, que a matéria objeto da referida PFC estava sendo tratada no Processo nº TC-023.181/2008-0, referente à auditoria determinada pelo Acórdão-TCU-Plenário nº 1.023/2008.

A referida auditoria foi concluída e teve como resultado o Acórdão nº 502/2009 – Plenário, com o seguinte teor:

Acórdão nº 502/2009 – Plenário

*“9.1. com fundamento no art. 22, inciso II, da Lei n.º 8.443/92 e no art. 202, inciso III, do Regimento Interno, **promover a AUDIÊNCIA dos seguintes responsáveis:***

9.1.1. Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS (DIDES), Sr. José Leôncio de Andrade Feitosa, CPF: 311.058.747-53, para que justifique:

9.1.1.1. a demora na análise dos recursos da 2ª instância e a razão para que nenhum dos processos em 3ª instância tenham sido decididos, descumprindo os prazos estabelecidos pela própria Agência na RE DIDES nº 6/2001, contrariando o dever de decidir da Administração estabelecido no art. 48 da Lei nº 9.784/99, e também violando o princípio da eficiência ao qual está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), tendo tais atos contribuído para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.1.2. o retardamento no envio dos processos à Procuradoria-Geral da ANS, uma vez vencidos e não pagos, para inscrição no CADIN e Dívida Ativa, todos esses fatos negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), fato que contribuiu para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.2. Gerente-Geral da Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS), Sra. Jussara Macedo Pinho Rotzch (CPF: 387.757.607-97),

a fim de que informe as razões para a demora na análise das impugnações em 1ª instância, descumprindo os prazos estabelecidos pela própria Agência na RE DIDES nº 6/2001, assim como o retardamento no envio dos processos à Procuradoria-Geral da ANS, uma vez vencidos e não pagos, para inscrição no CADIN e Dívida Ativa, todos esses fatos negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), fato que contribuiu para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.1.3. Gerente da Gerência de Dívida Ativa e Serviço Administrativo (GEDASA) da ANS, Sr. Hélio Verdussen de Andrade Filho, CPF: 996.051.807-82, para que justifique a falta de adoção de medidas recomendadas pela Auditoria Interna da ANS que levassem a reduzir o tempo de inscrição no CADIN e/ou dívida ativa das operadoras de saúde por conta de débitos oriundos do ressarcimento ao SUS (Relatório de Auditoria AUDIT/ANS nº 1/2006), situação que persiste à vista dos dados analisados pela fiscalização do Tribunal, numa ausência de ação que contribui para que o ressarcimento ao SUS se dê em patamares baixos, porquanto a falta/demora das referidas inscrições não impele a que as operadoras de saúde quitem os seus débitos, situação que nega vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República);

9.1.4. Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DRAC/SAS/MS), Sra. Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo (CPF: 131.849.541-53), para que informe a razão de mais de 2.500 impugnações técnicas, de responsabilidade da SAS, estarem estocadas no DRAC/SAS sem cadastramento/autuação na média, há quase dois anos, descumprindo o prazo previsto de análise previsto na RE/DIDES nº 6/2001, contrariando o dever de decidir da Administração estabelecido no art. 48 da Lei nº 9.784/99, e, por consequência, negando vigência ao princípio da eficiência a que está jungida toda a Administração Pública (art. 2º da Lei nº 9.784/99 e art. 37 da Constituição da República), tudo isso contribuindo para que o ressarcimento ao SUS não se dê de forma tempestiva e efetiva;

9.2. DETERMINAR à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que:

9.2.1. passe a processar, a partir de 2009, o batimento também dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e que informe, em 90 dias, um cronograma no qual entenda ser possível organizar-se para proceder ao batimento das APAC

relativas aos atendimentos ocorridos na rede do Sistema Único de Saúde desde o início do processamento do ressarcimento das AIH pela Agência, a partir da vigência da Lei nº 9.565/1998;

9.2.2. em um prazo de 90 (noventa) dias:

9.2.2.1. apresente cronograma tendente a dar vazão às Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos exercícios de 2006 e 2007 já processadas pelo DATASUS, cuidando para que, a partir de então, a diferença temporal entre a realização do batimento e os meses de competência delas não se distancie;

9.2.2.2. encaminhe o resultado dos estudos realizados pela Agência a respeito de filtros a serem inseridos na sistemática do ressarcimento ao SUS, mencionando pontualmente os filtros sugeridos, a previsão de data de implementação deles e a possível repercussão no processo de batimento e notificação das operadoras de saúde;

9.2.2.3. informe ao Tribunal o resultado das ações do Grupo de Trabalho criado com a finalidade de receber, analisar e emitir Nota Técnica nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS nos quais foram impetrados recursos à Diretoria Colegiada (Portaria DIDES nº 4, de 4.9.2008), devendo encaminhar cronograma que contemple o julgamento dos 1.594 processos encaminhados à Diretoria Colegiada da Agência;

9.2.2.4. encaminhe ao Tribunal informações acerca do resultado do estudo sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP (Portaria DIDES nº 2, de 5.8.2008), com indicação das implementações a serem adotadas na Agência;

9.2.3. ajuste seu normativo interno de modo a definir a competência para análise das impugnações técnicas apresentadas pelas operadoras de saúde, ante a incapacidade verificada de a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), responder à demanda de tais análises;

9.2.4. adapte e estruture as 1ª e 2ª instâncias do ressarcimento ao SUS no âmbito da DIDES, promovendo 1) a separação física delas e distribuindo os recursos humanos de sorte a regularizar a rotina de análises sob responsabilidade da GGSUS; e 2) insira controle no Sistema de Controle de Impugnações (SCI) de modo que não ele aceite a inclusão de um mesmo analista como responsável pela elaboração de parecer, no próprio processo, para instâncias diferentes, de modo a assegurar aos administrados as garantias do princípio da recursividade, no caso, segundo as disposições da Lei nº 9.784/99;

9.2.5. reveja o prazo para impugnação das AIH pelas operadoras de saúde (30 dias úteis), assim como o tempo de análise estipulado para que a Agência decida as impugnações e recursos apresentados,

ajustando-os ao que preceitua a Lei nº 9.784/99 (art. 59 e art. 66, § 2º);

9.2.6. adote sistemática que defina periodicidade para saneamento e envio dos processos relativos ao ressarcimento ao SUS à unidade responsável pela inscrição das operadoras de saúde no CADIN e/ou dívida ativa, bem como adote solução para a sistemática até então adotada pela unidade que não permite encaminhar as AIH livres de pendência pelo fato de estarem em um único processo com AIH em outra situação, de forma a cumprir o prazo estabelecido na Lei nº 10.522/2002 (75 dias após a notificação), e, no mesmo prazo de 90 (noventa) dias, informe ao Tribunal acerca das medidas adotadas;

9.2.7. em cumprimento ao princípio da publicidade e ao Decreto nº 5.482/05, disponibilize em sua página eletrônica na Internet a íntegra dos relatórios da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANS, a exemplo do ocorrido nos exercícios anteriores, de sorte a conferir transparência em suas ações e, com isso, permitir o amplo controle social;

9.2.8. implemente melhorias nos sistemas, consistentes em definir parâmetros confiáveis que permitam interação entre as informações constantes dos diversos sistemas da Agência e, com isso, seja possível a extração de relatórios completos, facilitadores da atuação dos órgãos de controle e, antes disso, sejam úteis como ferramentas gerenciais da própria Agência;

9.2.9. institua adequada política de segurança da informação, mediante revisão da Resolução Administrativa nº 5, de 10 de maio de 2004, devendo implementar necessariamente mecanismos de controle de senha, restrição de acesso aos sistemas conforme perfis dos usuários e revisão periódica das capacidades de acesso, guiando-se, se assim o desejar, pelo manual "Boas práticas em Segurança da Informação", 2ª edição, do Tribunal de Contas da União;

9.2.10. uma vez implantado o processo eletrônico de ressarcimento na Agência e ocorra o primeiro batimento sob a nova sistemática, apresente ao TCU os critérios adotados para a seleção de amostra das impugnações apresentadas para as quais o encaminhamento de documentação comprobatória se fará necessário, a quantidade da amostra e o resultado da análise empreendida;

*9.3. **DETERMINAR à Controladoria-Geral da União (CGU)** que verifique nas próximas contas da ANS se as medidas determinadas no item 9.2.9 foram cumpridas, devendo fazer testes próprios, e relatar o resultado em item próprio de seu relatório de auditoria de gestão;*

*9.4. **DETERMINAR ao Ministério da Saúde** que:*

9.4.1. *exerça efetivamente a supervisão do desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante elaboração de relatórios que avaliem o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão firmado com a referida Agência, consoante prevê a Portaria Conjunta ANS/MS nº 6, de 23.10.2002, enviando-os à ANS para que a Agência considere-os e insira-os no relatório de gestão anual;*

9.4.2. *aperfeiçoe os indicadores utilizados para mensurar o desempenho da ANS com relação ao ressarcimento ao SUS - tanto qualitativa quanto quantitativamente -, pois, apesar de os números atestarem o cumprimento das metas, não expressam a realidade encontrada pelo Tribunal nas fiscalizações empreendidas;*

9.5. **comunicar à Advocacia-Geral da União (AGU)** o teor da determinação constante do item 9.4 exarada ao Ministério da Saúde, em cumprimento à orientação da Secretaria-Geral de Controle Externo por meio do Memorando-Circular nº 27/2007, de 2.5.2007;

9.6. **RECOMENDAR à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** que:

9.6.1. *altere sua legislação interna no que diz respeito ao cadastro de beneficiários (Sistema de Informações de Beneficiários - SIB), de modo a exigir das operadoras de saúde, quando do envio das informações cadastrais de seus beneficiários, os campos CPF, RG e nome da mãe dos beneficiários como dados obrigatórios, ao invés de campos opcionais como atualmente estabelece a ANS;*

9.6.2. *realize o batimento parcialmente pelo método determinístico à vista do perfil de documentos pessoais informados nas AIH, segundo o DATASUS: cerca de 43% delas contém o número de RG e cerca de 8% delas contém o CPF como documento pessoal informado;*

9.6.3. *obtenha junto às operadoras de saúde perfil de consulta para acesso aos sistemas delas, de modo que, ao invés de as operadoras remeterem cópia dos contratos dos beneficiários por ocasião das impugnações, seja possível a ANS consultar o sistema e de lá extraia todas as informações necessárias dos beneficiários;*

9.6.4. *redistribua os recursos humanos da Agência, de modo a reforçar o quadro de recursos humanos da Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS/DIDES/ANS), unidade que sofreu significativa perda de sua força de trabalho ou, alternativamente, faça gestão ao Ministério da Saúde a fim de obter autorização junto ao Ministério do Planejamento e Gestão para realizar concurso público e, então, ampliar seu quadro de pessoal;*

9.6.5. *revise os valores mínimos das parcelas quando da concessão de parcelamento às operadoras de saúde, porquanto 1) não há proporcionalidade entre os valores fixados e as faixas de*

beneficiários correlatas; 2) os valores mínimos permitidos para as parcelas são baixos se considerarmos o poder econômico das operadoras de saúde;

9.7. encaminhar cópia desta deliberação, acompanhada do Relatório e do Voto que a fundamentam e da instrução de fls. 458 a 521 do v.2, ao Ministério da Saúde, à Agência Nacional de Saúde Suplementar e à Controladoria-Geral da União” (grifo nosso)

Ao apreciar as informações trazidas pela Corte de Contas, esta CFFC considerou que as medidas estavam em sintonia com a PFC nº 043, de 2008, que tem por escopo fazer cumprir disposto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, no sentido de que “todo procedimento realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS pelos detentores de planos e seguros de saúde privados deve ter como consequência o correspondente ressarcimento ao sistema público de saúde, mediante a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”.

Todavia, entendeu que a fiscalização não havia alcançado todos os objetivos pretendidos, uma vez que, no âmbito do TCU, investigações continuavam em andamento com a realização de audiências dos responsáveis pela não cobrança dos valores devidos ao SUS por planos e seguros de saúde privados, bem como ainda se encontravam pendentes de implementação diversas providências a cargo da ANS para cumprimento a determinações do TCU.

Outrossim, face a gravidade do contido no Acórdão 502/2009, notadamente com relação aos itens 3, 4, 5 e 6, do Relatório do Ministro Valmir Campelo, que tratam da não cobrança pela ANS das APAC’s – Autorização de Procedimentos de Alto Custo, que representam montante financeiro superior a quatro vezes aquele que vem sendo objeto de cobrança pela ANS e pertinentes às AIH’s – Autorização de Internação Hospitalar, sugerimos o encaminhamento da matéria ao Ministério Público Federal para que se pronuncie conclusivamente sobre o assunto.

Dessa forma, em 27.07.2009 foi aprovado Relatório Parcial no seguinte sentido:

a) pelo conhecimento do teor do Acórdão nº 502/2009 - Plenário (TC-023.181/2008-0), bem como dos relatório e voto que o fundamentam;

b) para que esta Comissão solicite ao Tribunal de Contas da União que encaminhe cópia da **apreciação final** acerca do cumprimento das providências deliberadas no citado Acórdão;

c) pela manutenção desta proposta de fiscalização e controle até a certificação do atendimento de todas as providências deliberadas pela Corte de Contas;
e

d) para que cópia dos autos seja encaminhada ao Ministério Público Federal para que se manifeste sobre a matéria, destacando-se a não cobrança das APAC’s pela ANS (que representam valores superiores a quatro vezes aqueles ora sob cobrança),.

I.2. Acórdão TCU nº 1.595/2011 - Plenário

Por meio do Aviso nº 811-Seses-TCU-Plenário, de 15.6.2011, a Corte de Contas encaminha cópia de acórdão proferido nos autos do processo TC nº 023.181/2008-0 (Acórdão TCU nº 1.595/2011 – Plenário), bem como respectivo relatório e voto que o fundamentaram (fls. 223 a 261).

Nesse acórdão, o Tribunal de Contas da União aprecia as razões de justificativa apresentadas pelos responsáveis, cientifica a ANS quanto à necessidade de quanto à necessidade de analisar e decidir os recursos referentes a processos de ressarcimento ao SUS de maneira tempestiva, respeitando os prazos previstos no art. 59 da Lei n.º 9.784/1999; e promove a oitiva da Agência para que apresente justificativas quanto à desconformidade com o que restou consignado nos itens 8 a 15 do voto condutor do Acórdão nº 502/2009-Plenário e na parte final do item nº 9.2.1 do mesmo julgado, como se observa:

Acórdão Nº 1595/2011 – TCU – Plenário

(...)

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo relator, em:

(...)

“9.4. cientificar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS quanto à necessidade de analisar e decidir os recursos referentes a processos de ressarcimento ao SUS de maneira tempestiva, respeitando os prazos previstos no art. 59 da Lei n.º 9.784/1999;

*9.5. **promover a oitiva da ANS** para que apresente, no prazo de 15 (quinze) dias, suas justificativas para o fato de que o deliberado na 258ª Reunião da Diretoria Colegiada, de 7 de junho de 2010, acerca da prescrição das ações de cobrança de débitos para com o SUS, encontra-se em desconformidade com o que restou consignado nos itens 8 a 15 do voto condutor do Acórdão nº 502/2009-Plenário e na parte final do item nº 9.2.1 do mesmo julgado, bem como tendo em conta os argumentos lançados nos pareceres constantes do relatório que integra este acórdão;*

*9.6. **franquear à Advocacia-Geral da União - AGU, na qualidade de defensora dos interesses da União** e como instituição interessada na matéria tratada neste feito, a oportunidade de se pronunciar sobre o tema de que cuida o item anterior, sob a ótica da atuação contenciosa e nos termos do art. 4º, § 1º, da Lei Complementar nº 73/1993;*

*9.7. **determinar à 4ª Secex que dê prosseguimento, em processo específico, ao monitoramento das determinações e recomendações constantes do Acórdão nº 502/2009-Plenário, realizando as diligência e coligindo as informações que entender***

necessárias para a análise das medidas adotadas pela ANS e pelo Ministério da Saúde em atendimento ao referido decismum;

9.8. dar ciência deste Acórdão ao Ministério da Saúde, à ANS e à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados;

9.9. encaminhar cópia deste acórdão, relatório e voto, ao Ministério Público junto ao TCU, para avaliar os reflexos da presente decisão nas contas anuais da ANS relativas ao exercício de 2007, julgadas regulares com ressalva por meio do Acórdão nº 4006/2010-Primeira Câmara.” (grifo nosso)

I.3. Acórdão TCU nº 2.879/2012 - Plenário

Por meio do Aviso nº 1.352-Seses-TCU-P, de 24.10.2012, o Tribunal encaminha cópia do Acórdão nº 2.879/2012 – TCU – Plenário, que trata-se de monitoramento das determinações e recomendações exaradas no Acórdão nº 502/2009-TCU-Plenário.

Na referida decisão, a Corte de Contas avalia o cumprimento de determinações e de recomendações constantes do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário; bem como efetua novas determinações à ANS no sentido de que apresente à Corte: **a)** relatórios periódicos com informações a respeito das atividades realizadas no período e o cronograma para as atividades pendentes de realização; **b)** cronograma de emissão de ABIs tendente a dar vazão às Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pendentes de processamento; **c)** relatório sobre a evolução dos processos administrativos nº 33902.231065/2010-71 e nº 33902.231063/2010. Além disso, determina a sua unidade técnica que: **a)** avalie a conveniência e oportunidade de realizar auditoria na área de Tecnologia da Informação na ANS; **b)** deflagre as medidas de controle que entender cabíveis em razão dos achados da equipe de monitoramento concernentes aos Contratos da ANS nºs 60/2007, 14/2008, 23/2007 e 21/2008 (cf. item 128 do relatório de monitoramento); e **c)** adote as medidas necessárias à continuidade do monitoramento das recomendações e determinações do Acórdão nº 502/2009-TCU-Plenário, bem como das constantes nos itens 9.4 e 9.5 desta deliberação, como se verifica a seguir:

Acórdão Nº 2.879/2012 – TCU – Plenário

“ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo relator, em:

9.1. considerar cumpridas as determinações contidas nos itens 9.2.2.2, 9.2.2.4, 9.2.3, 9.2.4, 9.2.7, 9.2.9, 9.4.1 e 9.4.2 e as recomendações contidas nos itens 9.6.1 e 9.6.2 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário;

9.2. considerar parcialmente cumpridas as determinações contidas nos itens 9.2.2.1, 9.2.2.3, 9.2.5, 9.2.6 e 9.2.8, e as recomendações contidas nos itens 9.6.3, 9.6.4 e 9.6.5 do Acórdão nº 502/2009-TCU-Plenário;

9.3. considerar insubsistente a determinação contida no item 9.2.10 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário;

9.4. esclarecer à ANS que o prosseguimento das ações daquela Agência tendentes ao cumprimento do item 9.2.1 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário devem observar o seguinte:

9.4.1. no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação deste Acórdão, passe a processar o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade;

9.4.2. até que o TCU se manifeste em definitivo acerca do prazo prescricional dos valores devidos ao SUS a título de ressarcimento por parte das operadoras de planos de saúde, priorize o processamento e cobrança dos procedimentos e internações mais recentes, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais das operadoras relacionados à prescrição de seus débitos;

9.5. com fulcro no art. 250, inciso II, do RITCU, determinar à ANS que:

9.5.1. **apresente a esta Corte, trimestralmente, até a implantação definitiva do processo eletrônico de ressarcimento ao SUS, relatório com informações detalhadas a respeito das atividades realizadas no período e o cronograma previsto para as atividades pendentes de realização** (cf. itens 78 a 85 do relatório de monitoramento);

9.5.2. **apresente, no prazo de 90 (noventa) dias, cronograma de emissão de ABIs tendente a dar vazão às Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pendentes de processamento, cuidando para que, a partir de então, a diferença temporal entre a realização do batimento e os meses de competência não se distancie do parâmetro de referência de um ano** (itens 33 a 36 do relatório de monitoramento);

9.5.3. **apresente a este Tribunal, trimestralmente, relatório informando a evolução dos processos administrativos 33902.231065/2010-71 e 33902.231063/2010-81, bem como os resultados do processo administrativo disciplinar instaurado para apuração das irregularidades na gestão de tecnologia da informação na ANS, como consequência das providências propostas no Relatório de Auditoria Interna 6/2010** (itens 107 a 112 do relatório de monitoramento);

9.6 determinar à Segecex que:

9.6.1. **avalie a conveniência e oportunidade de, por meio da Sefti, realizar auditoria na área de Tecnologia da Informação na ANS, abordando entre outros temas, o gerenciamento de riscos atinentes à dependência tecnológica da ANS em relação à tecnologia de Gerenciamento Eletrônico de Documentos – GED e Fluxo de Processos (workflow);**

9.6.2. deflagre as medidas de controle que entender cabíveis em razão dos achados da equipe de monitoramento concernentes aos Contratos da ANS nºs 60/2007, 14/2008, 23/2007 e 21/2008 (cf. item 128 do relatório de monitoramento);

9.6.3. adote as medidas necessárias à continuidade do monitoramento das recomendações e determinações do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário, bem como das constantes nos itens 9.4 e 9.5 desta deliberação;

9.7. encaminhar cópia deste Acórdão, bem como do relatório e voto que o fundamentam, à ANS, à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, à Procuradoria da República no Distrito Federal e ao Ministério da Saúde;" (grifo nosso)

É o relatório.

II. VOTO

Entendemos que as questões apontadas na PFC foram adequadamente esclarecidas pelo Tribunal de Contas da União, que detectou irregularidades durante os trabalhos desenvolvidos e já adotou as medidas necessárias junto aos órgãos públicos para regularização dos procedimentos.

Além disso, já foram encaminhadas cópias das deliberações da Corte de Contas, bem como do relatório e voto que as fundamentaram, à Agência Nacional de Saúde Suplementar, à Procuradoria da República e ao Ministério da Saúde (cf. item 9.7 do Acórdão 2879/2012 -TCU-Plenário, de 24/10/2012).

Em face de todo o exposto, **VOTAMOS** no sentido de ser encerrada e arquivada a presente Proposta de Fiscalização e Controle (PFC).

Sala da Comissão, 21 de outubro de 2013.

Deputado HUGO MOTTA
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Fiscalização Financeira e Controle, em reunião ordinária realizada hoje, opinou pelo encerramento e arquivamento da Proposta de Fiscalização e Controle nº 43/2008, nos termos do Relatório Final do Relator, Deputado Hugo Motta.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Edinho Bez - Presidente, Ademir Camilo, Carlos Brandão, Edio Lopes, Hugo Motta, Manuel Rosa Neca, Nilton Capixaba, Paulo Feijó, Renato Simões, Ságuas Moraes, Wellington Roberto, Carlos Magno, Mendonça Filho e Vanderlei Macris.

Sala da Comissão, em 13 de novembro de 2013.

Deputado EDINHO BEZ
Presidente

FIM DO DOCUMENTO
