

REQUERIMENTO Nº , DE 2004
(Do Sr. José Aristodemo Pinotti)

Solicita o envio de expediente ao Tribunal de Contas da União (TCU), para que examine e 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 o atendimento a pacientes de planos de saúde privados.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, com amparo no art. 71, VII, da Constituição Federal, c/c o art. 24, X, do Regimento Interno, que, ouvido o Plenário, seja encaminhado ofício ao egrégio Tribunal de Contas da União (TCU), solicitando avaliação 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 (SUS) dos gastos resultantes de serviços prestados a pacientes beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

JUSTIFICATIVA

I – A ANS , por meio da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, estabeleceu que o ressarcimento ao SUS abrangeria os procedimentos realizados pelas unidades públicas de saúde e somente os procedimentos de urgência e emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

Essa norma conflita com o que consta no art. 32 da lei 9656/98 que determina o ressarcimento dos atendimentos no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos.

O art. 3º dessa mesma RDC determina ainda que o ressarcimento se fará com valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. É importante destacar que a última revalorização dessa tabela ocorreu em 2002, sendo que um número significativo dos seus valores era menor que os da tabela SUS, tendo sido a eles equiparados em 17 de julho de 2003, por meio da RN nº 43 e os demais, de quatro a dez vezes menores que os de mercado. Vale igualmente ressaltar que o § 8º do art. 32 da Lei 9.656/98 determina que *“os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei”*. Portanto, não podem ser linearmente os do

SUS, como propõe a RN nº 43 com nítido favorecimento das operadoras e em detrimento aos interesses do Sistema público de Saúde

Por outro lado, o parágrafo único do art. 2º da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, ainda estabelece que, se os hospitais prestadores de serviços tiverem contratos diretos com as Operadoras, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos. Assim sendo, em hipótese alguma, o ressarcimento será balizado pelo preço do SUS.

É importante destacar que os valores dos procedimentos realizados no SUS, a serem ressarcidos pelas Operadoras de Planos de Saúde, foram amplamente discutidos no Plenário da Câmara Federal, por ocasião da aprovação da lei 9656, e ficou acordado que esses valores seriam superiores aos constantes na tabela do SUS mas, inferiores aos preços de mercado, cobrindo sempre seus custos e nós sabemos que os valores da tabela SUS não cobrem os custos.

E ainda, a RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, aprovou as normas de fornecimento de informações para os cadastros de beneficiários que não são plenamente cumpridas, dificultando sobejamente o batimento (identificação mecânica) das AIHS com os beneficiários de planos de saúde pelo DATASUS, causando gastos operacionais de alta monta à Gerência de Ressarcimento da ANS.

Esses fatos têm determinado um ressarcimento muito aquém do que se calcula de forma conservadora que deveria ocorrer. É importante esclarecer que o ressarcimento chegou a um valor de R\$ 51.795.723,19 (cinquenta e um milhões, setecentos e noventa e cinco mil, setecentos e vinte e três reais e dezenove centavos), no período de 1º de janeiro de 2000 a 27 de julho de 2004, quando se avalia que esse montante seria da ordem de R\$ 1.000.000,00 (um bilhão de reais) ao ano. Ainda, na questão do cadastro de usuários de planos de saúde que são incompletos e desatualizados, cabe esclarecer que é prevista a exigência de atualizações mensais pelas operadoras e a aplicação de multas pela ANS, quando isso não ocorre.

Os cadastros não são atualizados, causando sérios prejuízos ao ressarcimento, e as multas não são aplicadas.

II – A ANS, através da Resolução CONSU nº 13, de 04/11/98, define a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência de maneira diversa à Lei 9.656/98.

O seu art. 12 (item I e II do § 2º) 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. Por outro lado, a Resolução nº 13 da ANS, que regulamenta a Lei 9.656/98, determina, no seu art. 2º, que a cobertura de urgência e emergência, nos planos ambulatoriais e hospitalares e nas doenças e lesões preexistentes será limitada às primeiras 12 horas do atendimento.

Ao estabelecer essas limitações, a ANS conflita não só com a Lei 9656 mas com a Constituição Federal e com o Código de Defesa do Consumidor, que consideram abusivas as determinações que inviabilizam a defesa da vida.

III – A ANS, apesar de criada em janeiro de 2000 (Lei 9.961) e de ter avançado em inúmeras normatizações, ainda não evoluiu em definição de custos atuariais que são absolutamente necessários para definição de percentuais de aumento aos usuários

de planos de saúde, assim como para apontar exageros em ponderações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde.

Por todas essas razões, cremos que se faz urgente e necessária a submissão da ANS a uma avaliação do TCU para apontar as normatizações que conflitam com a legislação vigente e que demandam correções urgentes.

Sala da Comissão, em de de 2004

Deputado José Aristodemo Pinotti