

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

PROPOSTA DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE Nº 43, DE 2008

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).

Autor: Dep. Dr. Pinotti

Relator: Dep. João Dado

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. Concordo 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 nº 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, de de 2009.

Dep. João Dado
Relator