



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle

Secretaria Federal de Controle Interno



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DE
PROGRAMAS DE GOVERNO Nº 59
PAGAMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO,
AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO E AUXÍLIO-RECLUSÃO
ÁREA RURAL E URBANA

**MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA,
FISCALIZAÇÃO E CONTROLE – MTFC**

SAS, Quadra 01, Bloco A, Edifício Darcy Ribeiro
70070-905 – Brasília-DF
cgu@cgu.gov.br

Torquato Jardim

Ministro da Transparência, Fiscalização e Controle

Wagner de Campos Rosário

Secretário-Executivo

Francisco Eduardo de Holanda Bessa

Secretário Federal de Controle Interno

Gilberto Waller Junior

Ouvidor-Geral da União

Waldir João Ferreira da Silva Júnior

Corregedor-Geral da União

Cláudia Taya

Secretária de Transparência e Prevenção da Corrupção

Equipe responsável pela elaboração:

Diretoria de Auditoria de Pessoal, Previdência e Trabalho – SFC

Ronald da Silva Balbe (Diretor)

Carlos Alberto dos Santos Silva (Coordenador-Geral)

Maria Fernanda Monzo Luporini

Francisco Robério de Souza Júnior

Kátia Eliane Barbosa Gentil

Gustavo Longo

Auditoria-Geral do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS

Sueli Aparecida Carvalho Romero (Auditora-Geral do INSS)

Álvaro Paniago Gonçalves

Filomena Maria Bastos Gomes

Moisés Oliveira Moreira

As ações de controle nos estados e municípios, elementos indispensáveis para o alcance dos resultados apresentados no presente Relatório, foram executadas pelas Controladorias-Regionais da União nos Estados.

Brasília, agosto/2016.

Os resultados apresentados neste relatório foram gerados pelas ações de controle executadas nos estados e municípios pelos servidores lotados nas Controladorias-Regionais da União nos Estados e Auditorias Regionais do INSS, conforme relação a seguir:

Alexandre Chaves Perez Filho
Alexandre Rocha
Álvaro Paniago Gonçalves
Ana Cristina Pacini
Anildo Tirloni Junior
Aparecida Gonçalves Viana
Carlos Henrique da Silva Neves
Carlos Mario Tadeu Faustino
Carlos Roberto Andrade
Célio Oliveira Cortez
Claudia Mara Kowalski
Claudia Regina Franco
Claudinei Cassimiro da Silva
Claudio Chaves Moreira
Daniel Camargo de Carvalho
Daniela Annes Spera
Edna Shigueyo Hamada
Elaine Magda do Prado
Etevaldo da Silva Santos
Euza Maekawa Nodomi
Fabio Carvalho Hansem
Fabio Rogerio Bettini
Filomena Maria Bastos Gomes
Flavio Peres Pereira

Ivoni Cristina do Nascimento
Jacyr de Heronville da Silva Junior
Jane de Carvalho Miranda Leite
Jose Aduino Resende
José Andrade de Oliveira
Jose Lucio Pinheiro de Sousa
Josuel Barbosa Guimaraes
Júlio Cesar de Sousa Correia
Júlio Cezar Athayde
Keila Frota de Albuquerque Veras
Leonardo Jose de Medeiros Moura
Luciano Augusto Florentino
Luiz Claudio Novaes da Costa
Luiza Araújo de Souza
Mara Lúcia Correa Pinto
Marcia Salomao Brito
Marcio Neiva de Moura Santos
Marcos Antonio Adriano
Marcos Antonio Tenorio de Lima
Maria Amélia Milhomens de Araújo
Maria Auxiliadora da Silva Coelho
Maria da Graça Ghiggi Morales
Maria das Gracas Vianna Queiroz
Maria de Belém Abreu Neves

Maria de Fátima Soares Alves
Mauricio Claudinei de Barros
Mauricio Gobati Ramos
Mauro da Silveira Rocha
Michelle Sibila Elisio
Milena Silva Cavalin Becker
Moises Oliveira Moreira
Pascoal Pereira Barbosa
Patrícia Antunes Pandolfo de Lima
Patrick Rizzon
Paulo Cesar Bonfim Gomes Rodrigues
Pedro Cotta Rocha
Ramiro Barboza Ramos
Ricardo Jhum Fukaya
Rodrigo Nunes Medeiros
Rosálvo Felisberto de Oliveira
Rosemeri Fidler
Saul Araujo Andrade
Sergio Ladislau da Silva
Sueli Aparecida Carvalho Romero
Tássio Leonardo da Rocha
Valeria Carvalho de Oliveira Macedo
Wadson Bandeira de Almeida
Wilson Maeda

Competência do MTFC

Assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal.

Avaliação da Execução de Programas de Governo

Em atendimento ao disposto no art. 74 da Constituição Federal de 1988, o MTFC realiza ações de controle com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual e a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União.

A escolha do programa de governo para avaliação de sua execução se dá por um processo de hierarquização de todos os programas constantes da Lei Orçamentária Anual, utilizando-se para esse fim critérios de relevância, materialidade e criticidade.

A partir de então, são geradas ações de controle com o fito de avaliar a efetiva aplicação dos recursos destinados ao cumprimento da finalidade constante da ação governamental.

As constatações identificadas nas ações de controle são consignadas em relatórios específicos que são encaminhados ao gestor do programa para conhecimento e implementação das medidas nele recomendadas.

Cada uma das medidas é acompanhada e monitorada pelo MTFC até a certificação de sua efetiva implementação.

Sumário-Executivo

Objetivo do Programa

O Programa 206I – Previdência Social foi concebido pelo Governo Federal com três objetivos:

- Fortalecer ações de inclusão e manutenção do cidadão no sistema previdenciário
- Garantir a melhoria da qualidade dos serviços previdenciários
- Fortalecer a sustentabilidade dos regimes previdenciários.

Finalidade das Ações

As Ações 0136 - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Urbana e 001P - Pagamento de Auxílio-Doença Previdenciário, Auxílio-Doença Acidentário e Auxílio-Reclusão - Área Rural tinham, até o exercício de 2011, a finalidade de garantir ao segurado das áreas urbana e rural do Regime Geral da Previdência Social – RGPS renda mensal de caráter temporário por incapacitação para o trabalho, em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza, inclusive acidente de trabalho. A partir do Orçamento de 2012, o pagamento do benefício de auxílio-doença passou a ser vinculado às ações 0E81 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos e 0E82 - Pagamento de Benefícios Previdenciários Rurais, afetas ao Programa 206I – Previdência Social.

Como acontece

O fluxo do processo de concessão, pagamento e manutenção do auxílio-doença compreende, de forma resumida, as seguintes etapas:

1. Requerimento - Pode ser feito por meio do Teleatendimento 135, pela Internet ou, excepcionalmente, de maneira presencial, em uma Agência da Previdência Social (APS). A partir da requisição são agendados data e horário para o atendimento da perícia médica.

2. Avaliação médico-pericial - O Perito Médico Previdenciário ou o Supervisor Médico Pericial¹ (PMP/SMP) realiza a anamnese² e o exame físico, analisa a documentação médica apresentada pelo segurado (exames complementares, declarações de internação, atestados médicos e outros) e avalia a incapacidade laboral do segurado em relação a sua ocupação profissional, emitindo um parecer conclusivo, o Laudo Pericial Médico (LPM).

¹ Cargo de carreira em extinção no INSS, cujo único concurso ocorreu em 1998 e que foi substituída pela carreira de Perito Médico Previdenciário (PMP), no ano de 2003. Atualmente, ainda se encontram SMP no quadro da Autarquia, sendo que aqueles que optaram pela carreira de perito médico exercem as mesmas atribuições dos PMP.

² Histórico dos sintomas e sinais relatados pelo examinado sobre sua condição de saúde, incluindo moléstia atual, doenças pregressas, histórico familiar de doenças, hábitos pessoais, história psicossocial, etc

3. Concessão - Define-se a concessão do benefício a partir dos critérios previstos na legislação previdenciária, tais como tempo de contribuição, carência e qualidade de segurado, associados ao parecer conclusivo da perícia médica previdenciária. Em caso de os critérios estarem satisfeitos, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) realiza o reconhecimento do direito e emite a Comunicação do Resultado do Requerimento (CRER), deferindo o benefício. Em caso de indeferimento, a CRER também será o meio de notificação do segurado.

4. Processamento - É a migração automática do benefício concedido pelo SABI para o acervo / universo de benefícios mantidos no Sistema Único de Benefícios (SUB). Em seguida, o INSS, por meio da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), encaminha uma carta ao segurado contendo informações sobre o benefício.

5. Manutenção - Inicia-se com o benefício processado em sistema para pagamento. Em casos de morte do titular, de seus dependentes, de constatação de irregularidade na concessão do benefício, término da condição de incapacidade, retorno à atividade ou concessão de aposentadoria não cumulável, o benefício será cessado / extinto.

6. Pagamento - O agente responsável pelo pagamento é a rede bancária. A Dataprev deve providenciar a suspensão dos créditos dos benefícios cujos recebedores não sacaram os pagamentos dentro do prazo de validade, informando a suspensão ao órgão mantenedor.

Volume de recursos envolvidos

Tabela 1 – Valor das despesas com pagamento do auxílio-doença				
Tipo	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)
Auxílio-doença previdenciário	14.877.501.000	17.039.308.0000	14.367.345.775	20.641.990.504,00
Auxílio-doença acidentário	2.199.955.000	2.379.628.000	6.608.858.624	2.544.412.173,00
Total	17.077.458.012	19.418.938.013	20.976.206.414	23.186.402.676,00

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2011 a 2013) e Informativo INSS em número (2014 e 2015)

Questões Estratégicas

A estratégia idealizada tem como objetivo avaliar os processos gerenciais do INSS na execução das ações relativas ao auxílio-doença, tratando de aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado, à confiabilidade do processo de concessão de benefícios e à estrutura disponibilizada pelo INSS para atendimento ao segurado, com base nas seguintes questões e subquestões:

1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?

1.1. São disponibilizadas perícias médicas de acordo com a capacidade operacional do órgão?

1.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir a realização das perícias agendadas pelos segurados?

2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?

2.1. Os Laudos Periciais Médicos – LPM possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?

2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?

2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?

3. O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?

3.1. As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?

3.2. O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?

A estratégia idealizada para avaliar a atuação do INSS na gestão do programa e responder as questões propostas acima foi segmentada em duas fases:

Na primeira fase, iniciada em agosto de 2012 e concluída em agosto de 2014, foram realizadas as seguintes etapas:

- Fiscalizações nas Agências da Previdência Social – APS
- Cruzamentos de Bancos de Dados
- Avaliação da qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM)

As ações de controle nas APS foram realizadas in loco de forma compartilhada com a Auditoria Interna do INSS (Audin). A Audin também foi responsável pela análise dos laudos médicos periciais. Os achados decorrentes dessas etapas foram utilizados para responder as questões 2 (confiabilidade) e 3 (estrutura adequada) e a subquestão 1.2 (realização das perícias agendadas). Os resultados foram consolidados no Relatório de Avaliação nº 42 disponível no sítio da CGU.

A segunda fase teve como objetivo avaliar a qualidade do processo de supervisão relacionado aos fatos constatados na etapa anterior para as subquestões 2.1 (elementos mínimos dos LPM) e 2.2 (regularidade do pagamento dos benefícios) e subsidiar a avaliação da subquestão 1.1 (disponibilização de perícias de acordo com a capacidade operacional).

Os trabalhos da segunda fase, cujos resultados são apresentados neste relatório, foram realizados entre janeiro a dezembro de 2015 e consistiram em um novo cruzamento de base de dados e em auditorias em 57 Gerências Executivas/GEX com a participação dos auditores da Audin.

Conclusões e Resultados

Em outubro de 2015 foi publicado o Relatório de Avaliação nº 42 que consolidou as verificações relacionadas à confiabilidade do processo de concessão, à estrutura das APS e à realização das perícias médicas agendadas. Com base nas fiscalizações realizadas em 161 APS e extrapolando para o universo de 1475 APS no país à época, inferiu-se, com 95% de nível de confiança, que não comparecimentos ou saídas antecipadas de PMP/SMP sem justificativas aplicáveis homologados pelos gerentes das APS podiam ocorrer em pelo menos 250 das APS do país. Um problema ainda mais grave refere-se aos atrasos dos PMP/SMP. Inferiu-se, com 95% de nível de confiança, que atrasos sistemáticos superiores a uma hora entre o horário agendado para a perícia médica e a entrada do correspondente PMP/SMP na APS ocorriam em pelo menos 380 agências do país.

A confiabilidade do processo de concessão de benefícios de auxílio doença foi avaliada por meio de três elementos. A qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM), a regularidade no pagamento dos benefícios e a formalização do processo físico de requerimento dos benefícios. Sobre a qualidade dos LPM, constatou-se, sem levar em consideração a Data de Entrada do Requerimento (DER), que 53% da amostra de 9.416 LPM analisados apresentam deficiência no registro dos elementos mínimos necessários para atestar a incapacidade laboral do segurado, tais como, coerência entre história, exame físico e a caracterização da incapacidade laborativa, ocupação do segurado e data do início da incapacidade. Em relação à regularidade no pagamento dos benefícios, a partir de cruzamento de bases de dados, foram identificados 24.503 benefícios com indícios de estarem sendo mantidos irregularmente, por acumulação indevida ou pagamento feito após o registro do óbito do titular, correspondendo a um montante mensal de R\$ 23,4 milhões, e anual de R\$ 302,1 milhões. Com relação aos controles do INSS para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício, com base no resultado das fiscalizações nas APS, inferiu-se, com 95% de nível de confiança, que, em pelo menos 822 agências do universo de 1475 no país à época, os procedimentos de recepção e verificação da documentação mínima necessária à concessão do benefício auxílio-doença não eram executados conforme determinado nos normativos.

Finalmente, sobre a adequabilidade das instalações físicas das salas de perícia e sobre a existência e condições de uso de equipamentos/mobiliários, foi possível inferir, com 95% de nível de confiança, que pelo menos 412 APS não dispunham de condições físicas mínimas de tra-

balho (divisórias, lavatório e acessibilidade) e, ainda, que pelo menos 636 APS não dispunham de equipamentos e mobiliários minimamente necessários para o atendimento aos segurados (maca, estetoscópio, aparelho de pressão e etc.).

No presente relatório, foram analisados aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado e à confiabilidade do processo de concessão de benefícios. No item relacionado à celeridade no atendimento, foi avaliada se há uma adequada disponibilização da agenda de perícias aos segurados de acordo com a capacidade pericial do INSS. Com relação à confiabilidade do processo de concessão, a mesma foi avaliada pela regularidade dos pagamentos realizados e pela qualidade da supervisão realizada nas atividades médico periciais.

Com relação ao aspecto da celeridade no atendimento, verificou-se que o segurado esperava, em média 24 dias para o atendimento médico pericial, tempo distante do valor de excelência definido pelo INSS (5 dias). O elevado tempo de espera para realização da perícia médica, além de comprometer a qualidade no atendimento aos segurados, tem resultado em decisões do judiciário, em ações civis públicas ajuizadas pelo Ministério Público (MP), determinando a concessão provisória do benefício sem a necessidade de atestar a incapacidade.

Nesse contexto, ao ser avaliada a adequabilidade na disponibilidade de perícias médicas em relação à capacidade operacional da entidade, verificou-se que, do total de 2.560 PMP/SMP lotados nas 57 gerências auditadas, 1.935 (76%) estão alocados no atendimento do agendamento do exame médico-pericial e o restante 615 (24%) realiza atividades complementares à agenda ou de supervisão. Constatou-se, ainda, que 13% da capacidade médico pericial do INSS alocada em atendimento não foi disponibilizada aos segurados e nem comprovada a programação do PMP/SMP em outra atividade.

No que se refere ao aspecto da confiabilidade, na primeira fase do trabalho, conforme apresentado acima, constatou-se que os Laudos Periciais Médicos (LPM) apresentam deficiência no registro dos elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado. Após a apresentação dos fatos constatados, o processo de supervisão das atividades médico periciais foi discutido e aprimorado. No entanto, nesta fase, foi constatado que um percentual elevado de Gerências Executivas não realiza as atividades de supervisão médico pericial na forma definida pelo INSS, tais como, supervisão técnica e de controle operacional e reuniões técnicas.

Com base nas auditorias realizadas, a despeito de 615 PMP/SMP (24%) estarem alocados em atividades complementares à agenda ou de supervisão, verificou-se que em 65% das GEX (37) não foram realizadas as avaliações dos LPM e 63% das GEX (36) não fazem a análise dos pareceres do Controle Operacional. Em 70% das GEX (40), as reuniões técnicas, nas quais são tratados, dentre outros, os elementos dos LPM identificados como inconsistentes, não estão ocorrendo.

O último ponto relacionado ao aspecto de confiabilidade na concessão dos benefícios é a constatação de um passivo significativo de benefícios que permanecem em manutenção por um período superior ao estimado como necessário para recuperação da capacidade laboral dos segurados.

No mês de maio de 2015 foram pagos R\$ 1,8 bilhão a 1,6 milhões de beneficiários e desses:

- 721 mil benefícios estavam em manutenção há mais de dois anos
- 2,6 mil benefícios foram pagos a segurados diagnosticados com doenças que, em tese, não geram incapacidade.
- 77 mil benefícios foram pagos a segurados diagnosticados com doenças que, em tese, o prazo de retorno é inferior a quinze dias.
- 500 mil benefícios, o equivalente a R\$ 536 milhões, foram concedidos/reactivados judicialmente e estavam na situação em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica. O que corresponde ao valor de R\$ 6,9 bilhões no período de um ano.

A partir dos fatos constatados nesta segunda etapa do trabalho, durante a reunião de busca conjunta de soluções realizada no dia 11 de abril de 2016, foram acordadas com os gestores do INSS as seguintes recomendações:

- Definir de forma detalhada os processos de elaboração/acompanhamento do Plano de Trabalho Anual de SST, em consonância com o Plano Anual do INSS
- Definir de forma detalhada a forma de seleção da amostra de laudos do Qualitec para avaliação dos supervisores técnicos.
- Caso confirmados os indícios de irregularidade nas situações apontadas no cruzamento com o SIM e SISOB, cessar e ressarcir os valores recebidos de forma indevida.
- Priorizar e revisar os benefícios que estão há mais de dois anos em manutenção ou que nunca passaram por uma perícia médica.
- Reavaliar o modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade, incorporando:
 - o Criação de parâmetros referenciais acerca do tempo estimado para recuperação de capacidade funcional pelo segurado.
 - o Definição de procedimento de supervisão da concessão e manutenção de benefícios de Auxílio-doença, mesmo que de forma amostral, em especial os que apresentarem distorções em relação aos parâmetros referenciais estabelecidos.

Benefícios obtidos

Após a apresentação do relatório preliminar em abril de 2016, o INSS apresentou três importantes iniciativas. A mais importante refere-se à publicação da Medida Provisória nº 739, de 07 de julho de 2016, que aprimorou a política de pagamentos de benefícios por incapacidade. Entre outros pontos, a medida definiu que, sempre que possível, o ato de concessão ou reativação de auxílio doença deverá conter a fixação do prazo de duração do benefício. Na ausência de fixação do prazo, o benefício cessará em 120 dias da data de con-

cessão ou reativação. A medida criou também, o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade (BESP-PMBI) pago temporariamente aos peritos médicos, pelo prazo de 24 meses, para revisão dos benefícios por incapacidade mantidos há mais de dois anos sem perícia médica.

A segunda iniciativa refere-se à consolidação e a publicação de diretrizes de apoio à decisão médico-pericial das patologias mais frequentes de afastamento. O INSS espera, após a publicação das diretrizes de Cardiologia e Pneumologia, que se encontram em elaboração, dispor de estimativas de períodos de afastamento para a maior parte dos benefícios por incapacidade concedidos. As estimativas serão utilizadas na criação de rotinas de monitoramento e, especialmente, servirão como referências para as autoridades judiciais quando os benefícios forem concedidos/reactivados judicialmente. A definição de uma data de cessão por parte dos magistrados, como prevê a medida provisória, evitaria o pagamento de benefícios por um tempo muito superior ao estimado para restabelecimento da capacidade laboral do segurado. A medida permitirá que, de forma estimada, ao final de cinco anos, o INSS economize R\$ 12,8 bilhões com pagamento de benefícios por incapacidade.

A terceira iniciativa é a regulamentação do pedido de prorrogação (PP) em conformidade com o Decreto 8691/2016. A regulamentação possibilita a prorrogação do benefício por incapacidade por meio do atestado do médico assistente do SUS e vai permitir liberar uma parcela significativa da capacidade médico pericial do INSS para perícias de atendimento inicial, revisão de benefícios ou atividades de supervisão técnica. Em julho de 2015³, aproximadamente 37% das perícias médicas realizadas no mês foram de pedidos de prorrogação.

Por fim, até julho de 2016, já haviam sido revisados e cessados 53 mil benefícios por incapacidade (auxílio doença e aposentadoria por invalidez) de longa duração. Foram cessados 46 mil benefícios de auxílio doença e 7 mil de aposentadoria por invalidez. A cessação dos benefícios gerou uma economia anual de R\$ 916 milhões.

Sumário

1. Introdução	13
2. Objetivos e abordagem	21
3. Escopo da avaliação	23
4. Resultados	25
4.1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?	25
4.1.1 São disponibilizadas perícias médicas de acordo com a capacidade operacional do órgão?	26
4.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?	32
4.2.1. Os Laudos Periciais Médicos (LPM) possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?	33
4.2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?	38
5. Conclusão.....	57
Anexo I – Relação de Gerências Executivas fiscalizadas	59

I. Introdução

Auxílio-doença é um benefício pago mensalmente ao segurado da Previdência Social caso este fique temporariamente incapacitado para o trabalho, por motivo de doença ou acidente. O Auxílio-doença pode ser previdenciário (sem relação com o seu trabalho) ou acidentário (resultante de um acidente de trabalho ou doença profissional).

De acordo com o art. 71 do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/1999, ao segurado, depois de cumprida, quando for o caso, a carência exigida, impedido de trabalhar por motivo de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos, é devido o auxílio-doença. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Para os demais segurados, a Previdência paga o auxílio desde o início da incapacidade e enquanto a mesma perdurar. Quando o segurado estiver afastado da atividade por mais de 30 dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento.

O perito médico do INSS deve comprovar a capacidade do segurado para o trabalho. A incapacidade para o trabalho ocorre quando o segurado fica impossibilitado de exercer as funções específicas de sua atividade ou ocupação profissional, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

O auxílio-doença acidentário é devido somente ao empregado, trabalhador avulso e segurado especial. No entanto, o cidadão que, ao se filiar à Previdência Social, já tiver a condição incapacitante pré-existente, não terá direito a receber o auxílio-doença, exceto quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade.

Para ter direito ao auxílio-doença, o segurado deve contribuir durante um período de 12 meses, denominado período de carência. Caso o segurado deixe de contribuir com a previdência por mais de 1 ano, deverá contribuir por mais um período de 4 meses, para readquirir a qualidade de segurado. Cabe registrar, que esse prazo não é exigido em caso de acidente de qualquer natureza ou de doença profissional ou do trabalho, desde que o acidente ou a doença ocorram após a filiação à Previdência.

Terá também direito ao benefício sem a necessidade de cumprir o prazo mínimo de contribuição, e desde que tenha qualidade de segurado, quando o início da incapacidade e a doença ocorram após a filiação à Previdência Social, o trabalhador acometido de determinadas moléstias graves. É a chamada “Isenção de Carência”.

Este benefício esteve vinculado, até o exercício de 2011, às ações 0136 - Pagamento de auxílio-doença previdenciário, auxílio-doença acidentário e auxílio-reclusão - Área urbana e 001P - Pagamento de auxílio-doença previdenciário, auxílio-doença acidentário e auxílio-reclusão -

Área rural, contidas no programa 0083 – Previdência social básica. A partir do Orçamento de 2012, o pagamento do benefício de auxílio-doença passou a ser vinculado às ações 0E81 - Pagamento de benefícios previdenciários urbanos e 0E82 - Pagamento de benefícios previdenciários rurais, afetas ao programa 2061 – Previdência social.

No que se refere aos órgãos responsáveis pela gestão dessas ações, compete à Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) gerenciar e normatizar as atividades de perícia médica de benefícios previdenciários, de reabilitação profissional e de serviço social, desenvolver estudos voltados para o aperfeiçoamento das atividades referentes a estes benefícios, e promover a orientação à sociedade objetivando o reconhecimento do direito aos benefícios previdenciários e assistenciais e demais serviços relacionados às áreas de Saúde do Trabalhador no âmbito da Previdência Social.

Além da DIRSAT, na gestão do auxílio-doença destacam-se as Gerências-Executivas (GEX) do INSS, às quais compete supervisionar as Agências da Previdência Social (APS) sob sua jurisdição nas atividades de reconhecimento inicial, manutenção, recurso e revisão de direitos ao recebimento de benefícios previdenciários.

A prestação dos serviços relacionados ao auxílio-doença é feita por intermédio da rede de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), constituída por mais de 1.600 unidades descentralizadas. Estas unidades compreendem:

- a) Agências da Previdência Social (APS): São unidades de atendimento que prestam serviços de orientação, informação, realização de perícia médica, concessão, manutenção, atualização de benefícios e demais serviços oferecidos pela Previdência Social. Além das unidades generalistas, a rede de atendimento conta, também, com agências especializadas em atendimento de demandas judiciais (APS-ADJ) e, ainda, unidades especializadas em benefícios decorrentes de acordos internacionais (APS-AI).
- b) Unidades Móveis Flutuantes – PrevBarcos: São agências instaladas em barcos que percorrem os principais rios da Região Norte, levando atendimento previdenciário aos habitantes de localidades onde o acesso só é possível por meio da navegação fluvial, mediante um cronograma de atendimento preestabelecido.
- c) Unidades de Atendimento PrevCidade: São unidades de atendimento vinculadas a uma APS, que prestam serviços previdenciários, mediante convênio entre governos estaduais e municipais e a Gerência-Executiva, oportunizando o acesso à Previdência em municípios onde não existe agência convencional.

Atualmente a rede de atendimento é composta pelo seguinte quantitativo de unidades:

Tabela 1 – Rede de atendimento do INSS							
Superintendências-Regionais	GEX	APS Fixa	APS-AI	APS-ADJ	PrevTel (Central 135)	Prev Barco	Prev Cidade
5	104	1.504	7	86	3	5	90

Fonte: Informativo INSS em Números (Jul/2015)



Vista da entrada da APS Betim/MG

O fluxo do processo de concessão, pagamento e manutenção do auxílio-doença compreende as seguintes etapas:

Requerimento

Para solicitar o auxílio-doença previdenciário ou acidentário, o segurado deve requerê-lo por meio do Teleatendimento, via Central 135, pela internet (www.previdencia.gov.br), ou, excepcionalmente, de maneira presencial em uma APS. A partir da requisição são agendados data e horário para o atendimento da perícia médica no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). Nesse momento, são importados os dados de vínculos de trabalho e contribuições dos segurados registrados no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

A data da ligação para a Central 135 ou a data da solicitação do auxílio-doença é registrada no sistema como sendo a Data de Entrada de Requerimento (DER). O segurado empregado deve preencher a data do último dia trabalhado (DUT) e o CNPJ da empresa. Todas as categorias de segurados devem informar a quantidade de filhos menores de 14 anos. Após o preenchimento dos dados, se houver pendências relacionadas a dados cadastrais ou vínculos e remunerações, o SABI emite um aviso de que o segurado tem pendências cadastrais e deve comparecer à APS com 1 hora de antecedência, na data e horário agendados.

O fluxo de atendimento segue o seguinte padrão: o segurado, ao chegar à APS, é encaminhado ao setor de recepção / triagem e recebe uma senha. É realizada uma triagem inicial para o tratamento de pendências. Se houver pendências cadastrais, o segurado é encaminhado ao atendimento administrativo da APS para regularizá-las antes de ser encaminhado à perícia. Se a pendência for apenas de vínculos e contribuições, a perícia pode ser realizada antes da solução das inconsistências. Para que o segurado realize a perícia ou a regularização cadastral, exige-se um documento de identificação com foto. Nas situações de requerimentos de benefícios em que se verifica o não atendimento dos requisitos supramencionados, o pedido entra “em exigência” (trata-se da busca, por parte do segurado ou do próprio INSS, de elementos comprobatórios para o enquadramento do cidadão como segurado nas hipóteses previstas na legislação).

Avaliação Médico-Pericial

As perícias para a concessão de benefícios de auxílio-doença previdenciário e acidentário são agendadas para cada Perito Médico Previdenciário ou Supervisor Médico Pericial⁴ (PMP/SMP) no Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI). As agendas são definidas após a programação das escalas de cada perito no SABI. A Chefia do Serviço de Saúde do Trabalhador na Gerência Executiva (SST/GEX) é responsável pela elaboração da escala médica mensal, com a projeção da oferta de vagas para os próximos três meses. As escalas dos PMP/SMP são disponibilizadas no SABI de acordo com a jornada de trabalho de cada perito e da demanda da APS. Cabe ressaltar que, além da escala no SABI, são disponibilizadas vagas para o atendimento dos requerentes do BPC/LOAS na agenda do Sistema Integrado de Benefícios (SIBE) e da Aposentadoria da Pessoa com Deficiência, fundamentada pela Lei Complementar nº 142/2013, na agenda do Sistema de Agendamento (SISAGE). Existem, ainda, agendas manuais de perícia médica, para pensão por morte, majoração de 25% de aposentadoria por invalidez, isenção de imposto de renda, revisão de benefícios concedidos judicialmente, entre outros, que devem ser registradas no Sistema de Registro de Atividades Médico Periciais (SRMP), assim como outras atividades médico periciais extra agenda, conforme Resolução nº 452/PRES/INSS, de 10 de novembro de 2014.

A carreira de PMP/SMP é de 40h semanais, entretanto, existem servidores médicos que têm jornada reduzida, de 20h semanais. A Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que estruturou a carreira

⁴ Cargo de carreira em extinção no INSS, cujo único concurso ocorreu em 1998 e que foi substituída pela carreira de Perito Médico Previdenciário (PMP), no ano de 2003. Atualmente, ainda se encontram SMP no quadro da Autarquia, sendo que aqueles que optaram pela carreira de perito médico exercem as mesmas atribuições dos PMP.

de Perito Médico Previdenciário, possibilitou o direito de opção pela jornada de trinta ou quarenta horas semanais. Assim, a jornada de trabalho diária do servidor é de quatro, seis ou oito horas, devendo o PMP/SMP executar suas atividades no seu local de exercício, exceto nos casos em que a chefia do SST defina a necessidade da execução de ações médicos-periciais em outros locais.

A escala médica deve ser confirmada considerando a jornada de trabalho diária do servidor, de segunda a sexta-feira. O número de horas diárias estabelecidas na escala para realização de perícias deve contemplar a possibilidade de o PMP/SMP exercer outras atividades. Na agenda médica os exames devem ser marcados mantendo intervalo de vinte minutos, sendo vedado o seu bloqueio sem justificativa.

Os quantitativos de perícias médicas a serem agendadas no SABI devem ser de 12 perícias, para carga horária de 20 horas; 15 perícias, para carga horária de 30 horas; e 18 perícias, para carga horária de 40 horas. Em sendo a APS contemplada pela jornada estendida⁵, os quantitativos serão de 12 perícias, para carga horária de 20 horas, e 15 perícias, para carga horária de 30 horas e de 40 horas.

Durante a realização da perícia médica previdenciária, o PMP/SMP realiza a anamnese, colhe o histórico ocupacional, realiza o exame físico, analisa a documentação médica apresentada (exames complementares, declarações de internação, atestados médicos e outros) e avalia a capacidade laboral do segurado em relação a sua ocupação, emitindo, assim, um parecer conclusivo por meio do SABI. No sistema, é registrado o Laudo Pericial Médico (LPM) com os seguintes itens:

- Considerações médico periciais;
- Data de Início da Incapacidade (DII);
- Data do Início da Doença (DID);
- Classificação Internacional de Doenças (CID);
- Decisão Médico-Pericial com Data de Cessação do Benefício (DCB), com solicitação de revisão em 02 anos, com encaminhamento para a Reabilitação Profissional (RP) ou, então, de benefício com o Limite Indefinido (LI- Aposentadoria por invalidez).

Além do documento de identificação, o segurado pode levar o atestado emitido pelo seu médico, exames complementares (laboratoriais ou de imagem), sumário da alta hospitalar, e, no caso de segurado empregado, a informação da Data do Último dia de Trabalho (DUT) preenchido e assinado pela empresa. Tais documentos auxiliam a avaliação pericial e minimizam a necessidade de que o PMP/SMP requeira uma Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA), o que colocaria a perícia em pendência, impedindo a decisão do perito médico até o retorno do segurado, uma vez que o parecer sobre o caso não teria sido conclusivo

⁵ A jornada estendida é aquela na qual agências, com as condições exigidas pela Autarquia em resolução específica, trabalham em turnos ininterruptos de atendimento – das 8 às 18:00 h ou das 7 às 17:00 h – sendo que tanto os PMP/SMP quanto os servidores administrativos trabalham em turnos ininterruptos de 6 (seis) horas diárias, divididos entre período da manhã e da tarde.

Supervisão das atividades médicos periciais

As atividades de supervisão não correspondem a uma etapa lógica do fluxo de trabalho do auxílio doença, mas acontecem ao longo e de forma concomitante às demais etapas dos processos de concessão e manutenção. Os instrumentos de supervisão são exercidos de forma direta pela chefia do SST ou por um PMP/SMP de forma delegada pela própria chefia. As atribuições exercidas por PMP/SMP de forma delegada pela chefia de SST compreendem as atividades de supervisão técnica e de controle operacional médico.

A principal atribuição do supervisor técnico é analisar por amostragem os laudos médicos-periciais, utilizando o formulário de análise de qualidade técnica do laudo médico pericial (Qualitec). O Supervisor Técnico deverá avaliar no mínimo 16 laudos médicos periciais de cada perito, selecionados de forma aleatória, com avaliação no máximo a cada seis meses, analisando e consolidando todos os dados do Qualitec.⁶

O objetivo da atividade de Controle Operacional (CO) é uniformizar e padronizar condutas e entendimentos. As atividades de controle operacional permitem submeter determinadas decisões do PMP/SPM à análise de outro profissional. Com relação ao médico responsável pelo controle operacional, também denominado de CO médico, trata-se de um PMP/SMP que recebe uma senha para acessar o módulo de controle operacional do sistema SABI que permite a homologação de determinados requerimentos.

Os demais instrumentos de supervisão são de responsabilidade direta da chefia do SST. Fazem parte desses instrumentos as reuniões técnicas mensais com os supervisores técnicos e os PMP/ SMP responsáveis pela atividade de controle operacional. O objetivo da reunião é atualizar atos normativos e avaliar o Plano de Ação Anual nos aspectos relacionados à perícia médica.

São também instrumentos de supervisão da chefia do SST, as reuniões técnicas trimestrais com todos os PMP/SMP lotados na Gerência. As reuniões são úteis para uniformização de condutas entre os peritos médicos. A agenda das reuniões deve ser elaborada anualmente e divulgada com antecedência, tendo em vista a necessidade do bloqueio das agendas médicas, deslocamento de servidores, reserva de sala, entre outras providências. A pauta das reuniões deve ser preferencialmente sobre dúvidas nos protocolos médicos e inconsistências verificadas nos laudos médico-periciais.

O último instrumento de supervisão de atribuição direta da chefia do SST é a análise dos pareceres das atividades de controle operacional. A chefia do SST deve analisar por amostragem a consistência dos pareceres dos PMP/SMP responsáveis pelo controle operacional

⁶ São também atribuições do supervisor técnico uniformizar tecnicamente a área de perícia médica, entre os servidores sob sua supervisão: realizar a supervisão da qualidade do trabalho dos peritos médicos; realizar cronologicamente as homologações das sugestões dos peritos da sua área de abrangência; participar periodicamente de exames médicos-periciais, avaliando a desenvoltura dos peritos nos aspectos periciais, do conhecimento específico e aplicação dos instrumentos normativos; repassar, sempre conforme a orientação da chefia do SST, os atos legais e normativos para manter os peritos atualizados; reforçar a importância da presença dos peritos nas reuniões técnicas e fazer com que haja maior participação dos mesmos na sua elaboração.

Concessão

O SABI, diante do parecer médico em caso de incapacidade, como já houve o cruzamento de vínculos e contribuições a partir do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), realiza o reconhecimento do direito e emite uma Comunicação do Resultado do Requerimento (CRER), deferindo o benefício. Em caso de indeferimento, a CRER também será o meio de notificação do segurado. No caso do segurado empregado, a CRER será impressa e entregue ao segurado no mesmo dia. Se o segurado pertencer a qualquer das outras categorias, a CRER será enviada com Aviso de Recebimento (AR) para o endereço cadastrado, em até 15 dias. Se houver outro tipo de pendência, o segurado (qualquer que seja a sua categoria) deverá receber correspondência com AR, dentro do período supracitado.

Homologação

Esse procedimento ocorre em situações específicas, tais como:

- Sugestão de aposentadoria por invalidez;
- Data de Cessação do Benefício superior a 1 ano;
- Revisão obrigatória do benefício em 2 anos;
- Sugestão de majoração da aposentadoria por invalidez em 25% do valor do benefício.

Nessas situações, dentre outras, o benefício não será reconhecido automaticamente pelo SABI. O benefício deverá ser homologado posteriormente pelo responsável pelo Supervisor Técnico ou Controle Operacional médico (CO médico), ou seja, por outro PMP/SMP designado para esse fim. Outra situação de homologação ocorre no caso de benefícios pendentes de regularização cadastral ou de vínculos. Os mesmos devem ser homologados por um servidor do CO administrativo, sistematicamente, no caso de críticas do sistema.

Processamento

É a migração automática do benefício concedido pelo SABI para o acervo / universo de benefícios mantidos no Sistema Único de Benefícios (SUB). Em seguida, o INSS, por meio da Dataprev, encaminha uma carta ao segurado contendo informações sobre o benefício (órgão pagador, banco, n.º do benefício, valor), comunicando a data de concessão do benefício e a data a partir da qual o crédito estará disponível. Mesmo que a carta não esteja em poder do segurado, o benefício concedido encontra-se armazenado no sistema, permitindo que o segurado, de posse do número de seu benefício, receba o valor devido. A legislação estipula que o primeiro pagamento do benefício deve ser realizado em até 45 dias. O pagamento efetuado com atraso, independentemente de ocorrência de mora e de quem lhe deu causa, deve ser corrigido monetariamente desde o momento em que restou devido, pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do RGPS, apurado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Manutenção

A manutenção inicia-se com o benefício processado em sistema para pagamento. Em casos de morte do titular ou de seus dependentes, de constatação de irregularidade na concessão do benefício, término da condição de invalidez, retorno à atividade ou concessão de outra aposentadoria não acumulável, o benefício será cessado / extinto. Para a elaboração da Maciça⁷, o setor de Manutenção do INSS realiza mensalmente a validação dos créditos, onde são verificados os pagamentos que apresentaram erro de cálculo, erro de cadastros ou que não tenham sido concluídos. O funcionamento adequado das críticas do SABI permite a efetividade dos pagamentos e a confiabilidade dos dados cadastrais / pessoais do titular do benefício, do representante legal e da situação dos benefícios junto à Dataprev.

Pagamento

O agente responsável pelo pagamento é a rede bancária. O sistema adotado pelo INSS contempla as modalidades de pagamento por cartão magnético (disponibilizado pela rede bancária), cupom de pagamento e conta corrente. Em situações excepcionais poderá ocorrer a necessidade de emissão de crédito fora do processamento mensal que é nominado de Pagamento Alternativo de Benefícios (PAB). O pagamento através do PAB é utilizado quando há resíduos em favor do segurado ou benefícios interrompidos. O controle dos créditos e pagamentos pela rede bancária se dá via sistema, quando o segurado saca o pagamento por meio de cartão magnético ou de PAB. Caso este não seja retirado no prazo de 60 dias, o banco devolve o crédito ao INSS. Quanto aos pagamentos realizados por meio magnético, o banco encaminha ao INSS, mensalmente, relatório discriminado por agência, contendo os créditos com prazo de validade vencido e não sacados. A Dataprev deve providenciar a suspensão dos créditos dos benefícios cujos recebedores não sacaram os pagamentos dentro do prazo de validade, informando a suspensão ao órgão mantenedor.

Revisão

A revisão do benefício acontece quando há necessidade de rever os dados da concessão e/ou de reajustamento – determinado por processo administrativo, quando estabelecida por lei, em caso de denúncias, resultante de auditoria ou por determinação judicial.

Recursos administrativos

O segurado pode solicitar um Pedido de Prorrogação (PP) quando o tempo estimado pela perícia médica para a recuperação da capacidade laborativa não for suficiente. Além disso, quando não concorda com a decisão médico-pericial do seu pedido de benefício pode solicitar um Pedido de Reconsideração (PR). No caso de receber novo indeferimento à sua solicitação de benefício, o segurado pode interpor recurso, em qualquer APS, ao Conselho Nacional de Recursos da Previdência Social (CRPS).

⁷ Base de dados para pagamento, contendo valores, beneficiários, agências para o pagamento e outros dados, emitida pela Dataprev entre os dias 13 e 15 de cada mês e encaminhada pela internet às sedes das instituições bancárias conveniadas.

O segurado da Previdência Social em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico pericial a cargo da Previdência Social e a processo de reabilitação profissional prescrito e custeado por esta, quando cabível. Caso o segurado em gozo desse auxílio for insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, deve submeter-se a processo de reabilitação profissional para exercício em outra atividade, continuando a receber o benefício até estar habilitado ao desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou ser aposentado por invalidez, quando considerado irrecuperável.

O valor pago pelo INSS em auxílio-doença nos anos 2012 a julho 2015 é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Valor das despesas com pagamento do auxílio-doença (2012 a 2015)				
Tipo	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)
Auxílio-doença previdenciário	14.877.501.000	17.039.308.000	14.367.345.775	20.641.990.504,00
Auxílio-doença acidentário	2.199.955.000	2.379.628.000	6.608.858.624	2.544.412.173,00
Total	17.077.458.012	19.418.938.013	20.976.206.414	23.186.402.676,00

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2011 a 2013) e Informativo INSS em número (2014 e 2015)

2. Objetivos e abordagem

Dentre as diversas ações governamentais de responsabilidade do INSS, as ações 0136 – Auxílio-doença previdenciário, acidentário e auxílio-reclusão – Área urbana e 001P - Auxílio-doença previdenciário, acidentário e auxílio-reclusão – Área rural foram selecionadas para serem objeto de avaliação em função de sua relevância social e criticidade.

No que se refere ao aspecto da relevância, ainda que os gastos com o pagamento dos benefícios de auxílio-doença representem apenas 5,8% das despesas totais com benefícios, os requerimentos de auxílio-doença correspondem a quase metade do total de todos os requerimentos feitos ao INSS. A Tabela 3 demonstra a evolução dos quantitativos de requerimentos de benefícios feitos ao INSS no período de 2012 a 2015. Até julho de 2015, 45% de todos os requerimentos de benefícios apresentados no ano ao INSS foram de auxílio-doença.

Tabela 3 – Requerimentos de benefícios								
Tipo	2012 (R\$)		2013 (R\$)		2014 (R\$)		2015 (R\$)	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Auxílio-doença	4.047.400	48,0%	3.989.393	45,8%	4.073.164	47,2%	2.104.845	45%
Aposentadoria	2.277.812	27,0%	2.501.802	28,8%	2.378.479	27,5%	1.408.762	30%
Salário maternidade	792.131	9,4%	817.416	9,4%	803.966	9,3%	461.193	10%
Demais benefícios	1.307.905	15,5%	1.393.178	16,0%	1.370.359	15,8%	753.661	16%

Total	8.425.248	99,9%	8.701.789	100,0%	5.621.984	100,0%	4.728.461	100%
--------------	------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	---------------	------------------	-------------

Fonte: Informativos INSS em Números

*Até julho de 2015

Já sob o aspecto da criticidade, o auxílio-doença foi priorizado em função das denúncias referentes à atuação da perícia médica do INSS ou de beneficiários que recebem benefícios por incapacidade e já retornaram ao trabalho. Conforme dados do Relatório de Atividades da Ouvidoria da Previdência Social, em 2013, das 190 mil reclamações/sugestões recebidas pela Ouvidoria, 6% estavam relacionadas com denúncias de beneficiários que recebem benefícios por incapacidade e continuam em atividade e 4% são de denúncias de problemas no atendimento dos peritos médicos do INSS.

A execução do auxílio-doença está sendo avaliada com base em questões e subquestões estratégicas desenvolvidas para cada etapa do acompanhamento, conforme a seguir:

1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?

1.1. São disponibilizadas perícias médicas de acordo com a capacidade operacional do órgão?

1.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir a realização das perícias agendadas pelos segurados?

2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?

2.1. Os Laudos Periciais Médicos (LPM) possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?

2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?

2.3. Os controles para a verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento do benefício são efetivos?

3. O INSS dispõe de estrutura adequada para atendimento aos segurados?

3.1. As salas de perícia apresentam condições físicas mínimas de trabalho e equipamentos / mobiliários essenciais adequados?

3.2. O número de salas de perícia é adequado ao quantitativo de peritos médicos que atendem regularmente nas APS?

A estratégia idealizada para avaliar a atuação do INSS na gestão da ação e responder as questões propostas acima foi segmentada da seguinte forma:

I - Fiscalizações nas Agências da Previdência Social – APS, destinadas a avaliar: a adequação da infraestrutura física das salas de perícia médica; a adequação e a condição de equipamentos e de mobiliário considerados essenciais para a realização da perícia médica; o cumprimento da carga horária pelos peritos médicos e a existência de controles sobre o cumprimento efetivo da agenda SABI e das atividades complementares à agenda SABI.

II - Cruzamentos de Bancos de Dados, com o propósito de avaliar a fidedignidade dos registros existentes nos sistemas corporativos do INSS e, por conseguinte, a regularidade dos pagamentos dos benefícios de auxílio doença. Trata-se da aplicação da técnica de análise de dados, por meio de cruzamentos dos dados existentes na folha de pagamentos do INSS com outros sistemas corporativos e operacionais da Administração Pública, tais como o Sistema de Óbitos do INSS (SISOBI) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

III – Avaliação da qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM), com o objetivo de verificar se o mesmo dispõe de elementos mínimos que permitam atestar a incapacidade laboral do segurado que teve o benefício inicial requerido concedido.

IV – Auditorias nas Gerências Executivas, no Setor/Seção de Saúde do Trabalhador (SST), com vistas a verificar a qualidade no monitoramento (acompanhamento e supervisão); além do estabelecimento e da formalização de padrões para a execução das atividades médico-periciais, de acordo com o Manual de Gestão do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador/SST, de outubro de 2010.

As ações de controle nas APS foram realizadas in loco de forma compartilhada com a Auditoria Interna do INSS (Audin). A Audin também foi a responsável pela análise dos laudos periciais médicos.

Os achados decorrentes dessas duas etapas, além de um primeiro cruzamento de bancos de dados, foram utilizados para responder as questões 2 e 3 e a sub questão 1.2. Os resultados foram consolidados parcialmente no Relatório de Avaliação (RAv) nº 42 disponibilizado no sítio da CGU em outubro de 2015. Este relatório consolida as demais etapas da estratégia, a saber, a auditoria nas GEX e um segundo cruzamento de base de dados, e conclui a avaliação do programa auxílio-doença.

3. Escopo da avaliação

Os resultados das fiscalizações nas APS, do primeiro cruzamento de base de dados e da avaliação dos LPM foram concluídos em agosto de 2014 e disponibilizados no sítio da CGU em outubro de 2015.

No período de agosto de 2012 a agosto de 2014 foram fiscalizadas 161 APS, ou 11,25% de um universo de 1.475 a época. As agências foram selecionadas aleatoriamente, contemplando, de forma estratificada, todas as unidades da federação, conforme Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – APS fiscalizadas por UF					
UF	QTD	UF	QTD	UF	QTD
AC	3	AL	3	AM	3
AP	1	BA	9	CE	4
DF	2	ES	4	GO	4
MA	3	MG	19	MS	4
MT	3	PA	3	PB	4
PE	4	PI	2	PR	10
RJ	15	RN	3	RO	0
RR	3	RS	10	SC	9
SE	2	SP	32	TO	2

Entre agosto de 2012 e agosto de 2013, a Audin analisou uma amostra de 9.416 laudos selecionada de forma aleatória de um universo de 826.183 LPM, referentes a benefícios pagos na Maciça (folha de pagamento do INSS) de agosto de 2012.

Em relação ao cruzamento de bases de dados, no primeiro trabalho foram utilizados dados da Maciça, do SISOBI e do SIM. No cruzamento das bases, foram utilizadas as competências dos meses de fevereiro e setembro de 2012.

As últimas etapas do trabalho, que compõem a parte inédita deste relatório, consistiram em avaliar se as perícias médicas estão sendo disponibilizadas de acordo com a capacidade operacional do Órgão, a regularidade no processo de revisão e a consistência do processo de supervisão das atividades médico periciais. Os pontos relacionados ao processo de supervisão e da disponibilização da capacidade operacional foram realizados de forma compartilhada com a Audin em 57 GEX (Tabela 5) no período entre janeiro e junho de 2015. Os itens relacionados à regularidade no processo de revisão dos benefícios em manutenção foram avaliados por meio de um segundo cruzamento de bases de dados. Foram utilizados dados da maciça de maio de 2015 e dados do SISOBI e do SIM do mesmo período. Os achados são apresentados neste relatório

Tabela 5 – APS fiscalizadas por UF					
UF	QTD	UF	QTD	UF	QTD
AL	1	MA	2	RN	1
AP	1	MG	6	RO	1
BA	1	MS	1	RS	9
ES	1	PE	2	SC	4
GO	2	PR	2	SP	23

4. Resultados

A partir dos exames realizados, obteve-se um conjunto de constatações que foram previamente submetidas e discutidas com os gestores responsáveis pela execução da ação de governo.

Para cada uma das constatações, foram acordadas recomendações de caráter estruturante, com vistas ao aperfeiçoamento dos controles internos, para as quais o gestor federal apresentou as providências que seriam adotadas, fixando, inclusive, prazo para implementação.

Cada uma das recomendações é monitorada pela CGU, de acordo com o cronograma para implementação estabelecido em acordo com o gestor, no sentido de certificar a sua implementação.

A seguir, apresentam-se registros dos resultados as questões e subquestões estratégicas que foram objeto de avaliação.

4.1. O INSS dispõe de instrumentos para garantir celeridade no atendimento ao segurado?

Nessa questão, a celeridade no atendimento ao segurado é avaliada sob duas perspectivas. A primeira perspectiva relaciona-se ao tempo que o segurado aguarda entre o agendamento inicial e a perícia médica. A segunda perspectiva refere-se ao tempo de espera na própria APS para o atendimento do segurado.

O primeiro problema para o segurado ao requerer um benefício de auxílio-doença ao INSS é a morosidade para o atendimento após o agendamento. A realidade com a qual se deparava o segurado ao requerer um benefício era de espera, em média, de 24 dias para o atendimento médico pericial. O tempo está distante do valor de excelência definido pelo próprio INSS, que é de cinco dias de espera.⁸

O segundo problema é o tempo que o segurado aguarda na APS até ser atendido pelo PMP/SMP. O segurado espera, em média, 37 minutos até o atendimento.⁹ O tempo é mais elevado do que a espera para atendimento para os benefícios de aposentadoria e salário maternidade, os outros dois benefícios mais requeridos pelos segurados, 23 e 21 minutos respectivamente.

Além dos transtornos causados aos segurados, o elevado tempo para atendimento (primeira

8 TMEA –PM (Tempo médio de Espera do Atendimento da Perícia Médica) de julho de 2015 (INSS em números – julho/2015).

9 TME-PM de julho de 2015 (INSS em números – julho/2015)

perspectiva) tem ocasionado o ajuizamento de diversas ações civis públicas por parte do Ministério Público (MP). As decisões do judiciário garantem a concessão provisória do benefício para determinada região sem a necessidade de atestar a incapacidade, caso o tempo médio de espera para atendimento médico pericial exceda determinado tempo. O impacto decorrente das ações ajuizadas pelo MP é considerável, dado que em média 30%¹⁰ das perícias médicas realizadas pelo INSS são contrárias à concessão do benefício.

O objetivo desta questão é avaliar os gargalos que podem comprometer a celeridade no atendimento aos segurados nas duas perspectivas e identificar as suas causas. O primeiro ponto avaliado é a disponibilização de agenda de perícias médicas para os segurados pela Gerência Executiva. Enquanto o segundo ponto testado corresponde à realização do que foi agendado pelo segurado. A avaliação da segunda perspectiva foi apresentada no Relatório de Avaliação nº 42, disponibilizado no sítio da CGU, e não é abordada novamente neste relatório. O diagnóstico da primeira perspectiva é apresentado pela primeira vez na subquestão seguinte.

4.1.1 São disponibilizadas perícias médicas de acordo com a capacidade operacional do órgão?

A adequabilidade na disponibilidade de perícias médicas aos segurados por parte do INSS foi avaliada em dois estágios. No primeiro estágio levou-se em consideração se a quantidade de PMP/SMP alocados para atendimento médico pericial era adequada. No segundo estágio, procurou-se avaliar se a programação da atividade médico pericial era compatível com os PMP/SMP alocados no atendimento aos segurados.

Com relação ao primeiro estágio, o Manual de Gestão do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador (SST) estabeleceu que os PMP/SMP são lotados nos SST das Gerências Executivas ou na DIRSAT e são distribuídos pela Chefia do SST, segundo a necessidade de cada APS. Ante o exposto, verificou-se, primeiramente, se a alocação de PMP/SMP na área finalística encontrava-se adequada para o atendimento ao segurado, ou seja, se o percentual de servidores de cada GEX lotados nas APS e no atendimento do agendamento de exames médico-periciais encontrava-se adequado quantitativamente. A Portaria Conjunta nº 8/PRES/DGP/DIRSAT/DIRAT/INSS, de 6 de março de 2012, determina que no mínimo 70% dos PMP/SMP em efetivo exercício nas GEX deverão ser lotados pela Chefia do SST nas APS para o atendimento da agenda de perícias médicas.

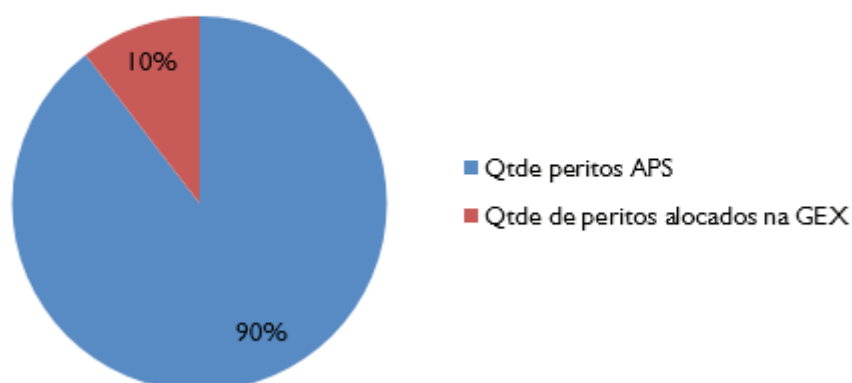
Assim, no trabalho de campo, as equipes de auditoria deveriam comprovar as informações do gestor acerca do quantitativo de PMP/SMP lotado em cada GEX e alocado nas APS para atendimento médico pericial aos segurados.

Após a análise dos dados, verificou-se que, do total de 2.560 PMP/SMP lotados nas 57 GEX auditadas, 2.292 (90%) encontram-se lotados nas APS, conforme apresentado no gráfico abaixo:

¹⁰ Até julho de 2015, o resultado de 29,09% das perícias médicas realizadas em 2015 foi contrário ao requerimento do segurado (INSS em números – julho/2015)

Gráfico 1 – Alocação de PMP/SMP nas APS

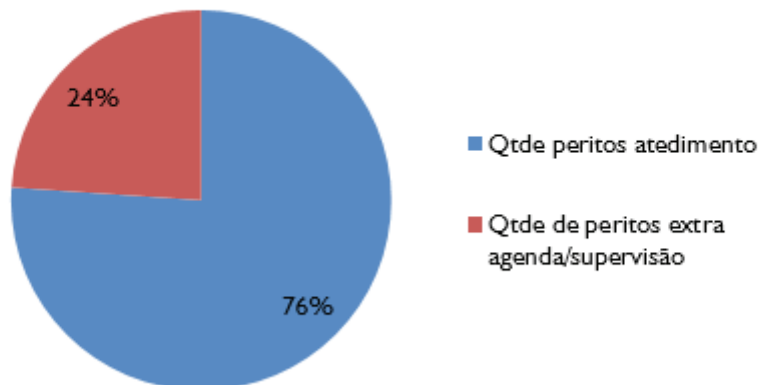
Alocação de PMP/SMP nas APS



Verificou-se, ainda, que 1.935, ou 76% de todos os 2.590 PMP/SMP lotados na GEX estão alocados no atendimento do agendamento do exame médico-pericial e o restante (24%) realiza atividades complementares à agenda ou de supervisão, conforme o gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Alocação dos PMP/SMP no atendimento nas APS

Alocação dos PMP/SMP no atendimento nas APS



De forma geral, conclui-se que os PMP/SMP estão sendo alocados no atendimento médico pericial dos segurados. Mesmo considerando as demais atividades atribuídas aos peritos, 76% realizam atividades de atendimento médico pericial. A quantidade de PMP/SMP alocados no atendimento médico pericial, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo próprio INSS, deveria ser suficiente para priorizar o atendimento ao segurado e manter a qualidade do serviço.

Considerando que há uma correta alocação dos servidores para atendimento aos segurados, o segundo estágio foi avaliar se a programação da agenda médica foi feita de maneira adequada. Nesse sentido, o mesmo Manual estabeleceu que a Chefia do SST é responsável pela elaboração da escala médica mensal. A oferta de vagas é efetuada no sistema SABI, segundo o qual

é informado o período de disponibilidade da carga horária dos peritos e o intervalo de horas disponíveis em cada dia da semana. No sistema SABI também são informados os bloqueios ou restrições de horários de agenda dos peritos que, normalmente, são decorrentes de afastamentos e licenças previstos na legislação, ou outras atividades relacionadas às atribuições extra agenda ou complementares desses médicos.

Para todos os PMP/SMP alocados em atendimento médico pericial em cada uma das 57 Gerências Executivas foi aferida a capacidade operacional de uma semana de trabalho. A Capacidade Operacional foi calculada de acordo a jornada de trabalho de cada PMP/SMP e se este trabalha em APS com turno estendido. Conforme apresentado na tabela 6, por exemplo, um perito com carga horária de 40 horas e que trabalha em uma APS que funciona em turno estendido deve ter uma escala de 30 horas semanais, ou o equivalente a 15 perícias diárias. Em tese, o que não é disponibilizado na forma de perícia médica ao segurado, deveria ser programado para as atividades extra agenda.

Tabela 6 – Escala de perícias médicas

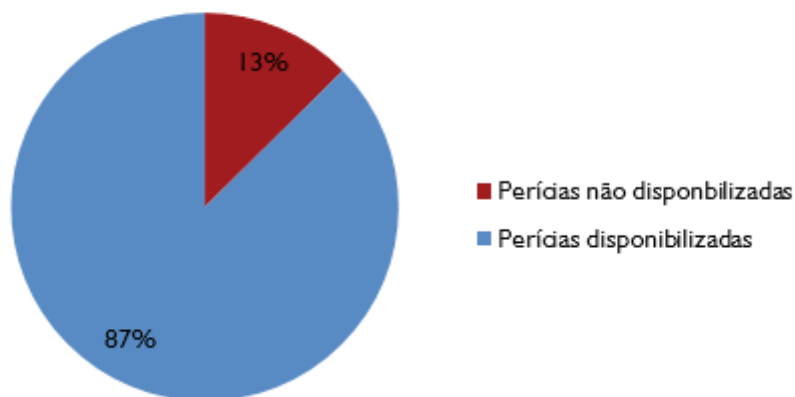
APS	Jornada Semanal PMP(h) (SIAPE)	Jornada Semanal PMP (h) (AGENDA SABI)	Qtde. mínima de perícias diárias
C/ Turno Estendido	40 ou 30	30	15 (3 p/ hora)
S/ Turno estendido	40	40	18 (3 p/ hora)
C/ ou S/ Turno Estendido	20	20	12 (3 p/ hora)

Assim, a capacidade operacional de cada GEX foi calculada de acordo com o número de PMP/SMP lotados no atendimento médico pericial. O resultado desse cálculo foi disponibilizado às equipes de auditoria compostas por servidores da CGU e da Audin. As equipes de auditoria solicitaram justificativas ao gestor sobre as horas não disponibilizadas na escala de atendimento médico pericial com 3 semanas de antecedência à semana de trabalho avaliada. Durante esse prazo, o gestor deveria justificar, comprovando documentalmente, as horas informadas como passíveis de disponibilização e não disponibilizadas. Devido à inexistência de um sistema integrado de planejamento, as equipes aceitaram diversas formas de justificativas de programação minimamente documentadas. Desta forma, justificativas não aceitas referem-se às situações em que o chefe do SST não conseguiu comprovar por meio de planilhas, e-mail ou qualquer outro controle a programação do PMP/SMP em qualquer outra atividade. A análise levou em consideração as horas disponíveis para o agendamento nos sistemas SABI, SIBE e Sisage e as atividades extra-agenda ou complementares realizadas pelos PMP/SMP registradas em sistemas informais como planilhas ou agendas manuais. Os trabalhos foram realizados entre janeiro a junho de 2015, período imediatamente anterior à greve dos peritos do INSS. Desta forma, a greve que paralisou as atividades dos servidores da carreira do seguro social e dos PMP/SMP de julho de 2015 a janeiro de 2016, não comprometeu os resultados apresentados a seguir.

Verificou-se que nas 57 GEX analisadas, na semana de trabalho avaliada, poderiam ter sido disponibilizadas 174.603 perícias médicas. Verificou-se que 22.007 perícias (13% do total) não foram disponibilizadas e nem justificadas pelo gestor, conforme o gráfico disposto a seguir:

Gráfico 3 – % de perícias não disponibilizadas GEX

% de perícias não disponibilizadas GEX



De acordo com as auditorias realizadas, parte da capacidade pericial das 57 Gerências auditadas não foi disponibilizada aos segurados do INSS. Ou seja, o chefe do SST, que é o responsável pela programação dos peritos da GEX, não conseguiu comprovar, na semana avaliada, a adequada alocação da força de trabalho que não foi disponibilizada como perícia médica em atividades extra-agenda ou de supervisão. A constatação permite uma conclusão e aponta um indício. A conclusão é que há, no mínimo, uma situação de falta de controle da programação da capacidade médico pericial por parte das Gerências Executivas. O que somente é possível pela inexistência de um sistema de planejamento que integre as diversas atividades dos PMP/SMP, levando cada Gerência a fazer a programação das atividades de diferentes formas. Os instrumentos de planejamento adotados por cada GEX são precários, ou até mesmo inexistentes. O problema, em tese, será resolvido com a entrada em produção do projeto Agenda Única do Portal de atendimento CNIS/SIBE. O projeto integrará todas as agendas dos PMP/SMP do INSS e permitirá o planejamento e monitoramento de todas as atividades dos mesmos. O projeto, conforme cronograma apresentado pelo INSS, tem previsão de conclusão no primeiro semestre de 2018.

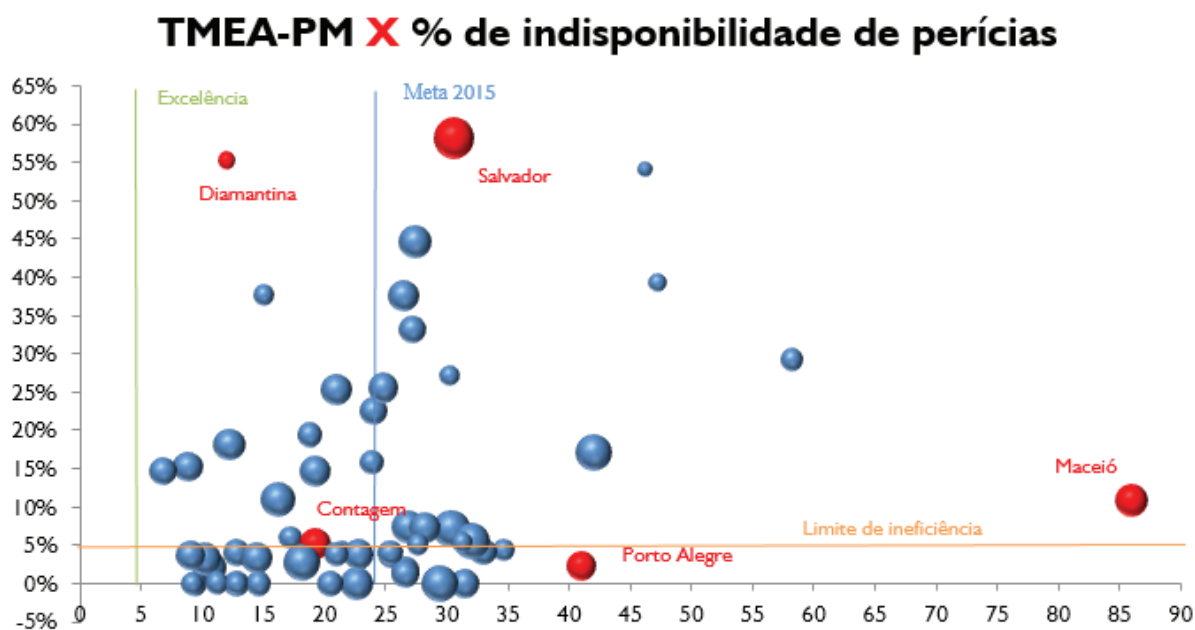
O indício é que a falta de controle da programação das atividades de perícia médica permite um subaproveitamento da capacidade médico pericial do INSS, em parte das GEX auditadas. Ou seja, não há uma disponibilização de perícias médicas aos segurados que seja totalmente compatível com a capacidade médico pericial do INSS. Devido à característica da atividade, que é oferecida de forma regular ao segurado, pela forma como as semanas avaliadas foram selecionadas e de acordo como as verificações foram realizadas, há um indício de que essa quantidade de força de trabalho dos PMP/SMP não está sendo disponibilizada aos segurados do INSS de forma plena.

No que se refere à semana selecionada pelas equipes de auditoria, na média, a mesma não guarda nenhuma relação com algum período de maior ou menor demanda de perícias médicas nas Gerências Executivas do INSS. Ou seja, a não disponibilização da capacidade total de perícias, de

forma geral, não pode ser explicada devido à seleção da semana avaliada. A verificação foi realizada, em cada uma das 57 GEX, em uma semana de programação selecionada pelas equipes de auditoria no primeiro semestre de 2015 sem uma diretriz centralizada do órgão central da CGU ou da Audin. Na prática, cada equipe de auditoria nos estados selecionou a semana avaliada de acordo com o período disponível para o trabalho, que estava condicionado às demais atividades alocadas para cada equipe. E, por fim, é razoável supor que, devido à regularidade do serviço de perícia médica oferecido pelas Gerências aos segurados, a situação mantenha-se constante, pelo menos no curto prazo, na ausência de alterações das chefias do SST.

O impacto das perícias que não estão sendo disponibilizadas na celeridade do atendimento ao segurado pode ser avaliado sob duas perspectivas. Na primeira perspectiva, mais específica, o percentual de perícias não disponibilizadas em cada uma das 57 GEX auditadas permite uma análise mais detalhada da distribuição da força de trabalho dos PMP/SMP nas agências do país. Possibilita, também, uma atuação mais pontual do INSS na gestão de determinadas Gerências que destoam significativamente das demais.

Gráfico 4 – TMEA-PM X % de indisponibilidade de perícias



O gráfico 4 apresenta três dimensões para cada uma das 57 GEX auditadas. O eixo vertical corresponde ao percentual de perícias não disponibilizadas que foi aferido pelas equipes da CGU/Audin no trabalho de campo. O eixo horizontal traz os dados do TMEA-PM de maio de 2015, período imediatamente anterior à greve dos peritos médicos de 2015. E por fim, o tamanho da bolha expressa a quantidade de peritos lotados na GEX. Ou seja, quanto maior a bolha, maior a quantidade de peritos alocados para atendimento médico pericial na Gerência.

Para proceder à análise de como as três dimensões se relacionam foi necessário arbitrar um parâmetro que permitisse identificar se há ineficiência na gestão dos peritos por parte de cada

uma das GEX. De forma conservadora, definiu-se que se a GEX não disponibiliza até 5% de perícias da sua capacidade pericial, a GEX é eficiente. Ou seja, mesmo que a Gerência deixe de programar 5% da sua capacidade pericial e não consiga comprovar a programação em outra atividade a mesma ainda é considerada eficiente. Somente as GEX que deixam de disponibilizar mais do que 5% da sua capacidade estão sendo consideradas ineficientes nesta análise. Considerou-se que um percentual de não disponibilização de até 5% da capacidade pericial por parte da GEX não é relevante para alterar a realidade desta de forma significativa.

Em uma primeira análise, nenhuma das 57 GEX avaliadas atende o segurado dentro do prazo de excelência definido pelo INSS de cinco dias. No entanto, diversas GEX atendem em um prazo próximo de cinco dias e poderiam aumentar de forma considerável a quantidade de perícias disponibilizadas. Podemos citar a GEX Diamantina, por exemplo, que em maio de 2015 tinha um TMEA-PM de doze dias e que deixou comprovar a disponibilidade de 55% da sua capacidade pericial na semana avaliada. Em tese, se fosse aumentada a eficiência, o tempo de atendimento do segurado poderia se aproximar dos cinco dias. Ou, de forma diferente, assumindo que doze dias é um prazo relativamente melhor que o praticado pelas demais Gerências avaliadas, uma alternativa seria remanejar parte da força de trabalho para outras GEX, como por exemplo, Contagem. Mesmo que nesse caso específico, dado a dimensão da GEX Diamantina, o remanejamento tenha um efeito limitado, o exemplo é útil para ilustrar de que forma o INSS pode atuar para minimizar as distorções.

No outro extremo estão as Gerências que atendem os segurados em um tempo muito elevado. A segmentação entre eficientes e ineficientes permite identificar a solução adequada para o problema. No caso da Gerência de Porto Alegre, por exemplo, que atende o segurado em 41 dias, em média, a ineficiência é desprezível. Apenas 2% da capacidade pericial não é disponibilizada aos segurados. A solução mais adequada para essa situação seria a alocação de mais PMP/SMP. Situação diferente das GEX Maceió e Salvador. No caso da GEX Salvador, o TMEA-PM poderia ser reduzido significativamente apenas com disponibilização adequada da capacidade pericial. Na semana avaliada, a GEX não conseguiu comprovar a disponibilização de 58% da sua capacidade pericial. A eliminação da ineficiência da GEX poderia trazer o TMEA-PM para um prazo abaixo da meta nacional de 24 dias em 2015. No caso da GEX Maceió, que não conseguiu comprovar a disponibilização de 11% da capacidade operacional, uma melhora na gestão teria que ser combinada com um aumento no quantitativo de PMP/SMP alocados para atendimento médico pericial para reduzir o TMEA-PM de 86 dias.

Na segunda perspectiva, mais geral, assumindo a premissa que o percentual médio de 13% de não disponibilização encontrado nas 57 GEX pode ser extrapolado para as 104 GEX, um melhor aproveitamento dos recursos poderia reduzir o tempo de espera agendado do segurado de 24 dias¹¹ para 21 dias. O que seria suficiente para manter o TMEA-PM dentro da própria meta estabelecida pelo INSS de 24 dias em 2015, ainda distante do número de excelência de 5 dias, mas abaixo do prazo de 30 dias que geralmente é arbitrado nas Ações Civis Públicas pelo Ministério Público. No entanto, como veremos na questão seguinte, ainda que desejável, uma gestão mais racional da capacidade pericial, não seria suficiente para permitir a realização de

11 Informe INSS em números – Julho de 2015

atividades que não estão sendo realizadas pelo INSS, como supervisão técnica e revisão dos benefícios em manutenção há mais de dois anos.

Após a apresentação do relatório preliminar em abril de 2016, o INSS realizou reuniões com os Representantes Técnicos da Perícia Médica das Superintendências (RETs PM). As reuniões tiveram como objetivo discutir e analisar as constatações apresentadas até aqui relacionadas à disponibilidade de perícia médica. O órgão informou que Sistema de Registro das atividades da Perícia Médica/SRPM das GEX identificadas como ineficientes foi analisado de forma detalhada e reiterou a obrigatoriedade do seu preenchimento pelos PMP/SPM que atendem a agenda nas APS. Ademais, O INSS definiu um acompanhamento sistemático da disponibilização das agendas das GEX pelos RETs PM das Superintendências, com a supervisão da DIRSAT.

4.2. O INSS dispõe de instrumentos para garantir confiabilidade ao processo de concessão do benefício?

A confiabilidade do processo de concessão de benefícios de auxílio doença foi avaliada por meio de três itens. A qualidade dos Laudos Periciais Médicos (LPM), a regularidade no pagamento dos benefícios e a formalização do processo físico de requerimento dos benefícios.

O LPM documenta o resultado da perícia médica e é o instrumento ideal para mensurar os riscos de os benefícios estarem sendo concedidos para segurados sem incapacidade. Quanto melhor documentado for o laudo, menor o risco associado ao processo de concessão do benefício.

O segundo item analisado, o pagamento dos benefícios, permite verificar a confiabilidade do processo de concessão. Neste aspecto, foi avaliada a ocorrência de acumulações indevidas de benefícios do INSS, de pagamento de benefícios para os quais há registro de óbito do titular e de pagamentos a segurados por um tempo superior ao que seria necessário à recuperação da incapacidade.

O último item avaliado relaciona-se com a efetividade dos controles para verificação dos requisitos documentais necessários ao requerimento dos benefícios.

A avaliação da qualidade dos LPM foi realizada em dois momentos e com duas abordagens complementares. Entre agosto de 2012 e agosto de 2013, o objeto da avaliação foi o próprio laudo. A qualidade dos LPM foi avaliada de forma direta pelos peritos médicos lotados na Audin e o resultado foi apresentado no Relatório de Avaliação nº 42. A segunda abordagem foi realizada no primeiro semestre de 2015 e o foco foi a avaliação do processo de supervisão médico pericial. Os resultados desta abordagem são apresentados pela primeira vez neste relatório.

Os demais itens também foram avaliados no Relatório de Avaliação nº 42, disponibilizado no sítio da CGU. Enquanto o terceiro item não é objeto de nova avaliação, o item de pagamento dos benefícios é avaliado sob outra perspectiva neste relatório. No entanto, diferente do relatório anterior, que abordou acumulações indevidas e pagamentos de benefícios para os quais

há registro de óbito do titular, este relatório, além de parte das verificações realizadas no relatório anterior, apresenta a avaliação da regularidade de pagamentos no que se refere ao tempo necessário à recuperação da incapacidade.

A seguir são apresentadas as avaliações dos itens mencionados e as causas dos problemas apontadas.

4.2.1. Os Laudos Periciais Médicos (LPM) possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado?

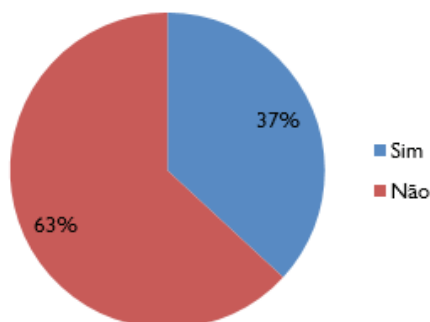
O resultado da primeira abordagem, realizada entre agosto de 2012 e agosto de 2013, sinalizou que há fragilidades no processo de atesto de incapacidade laboral dos segurados, evidenciado pelo elevado percentual de LPM que não dispõem dos elementos mínimos necessários. As conclusões da primeira abordagem foram apresentadas e discutidas com o INSS em 2014, que acordou em recomendações para fortalecer o processo de supervisão das atividades médico periciais. Esta nova etapa consistiu em avaliar a consistência dos mecanismos criados ou aprimorados do processo de supervisão das atividades médico periciais

Nas auditorias compartilhadas nas 57 GEX do INSS, realizadas no primeiro semestre de 2015, verificaram-se fragilidades em diversos itens relacionados à supervisão das atividades médico periciais que estão consignados no Manual de Gestão do SST. O Manual tem, dentre outras finalidades, o objetivo de padronizar as atividades dos chefes de SST estabelecendo uma rotina básica. Conforme apresentado na introdução, os instrumentos de supervisão são exercidos de forma direta pela chefia do SST ou por um PMP/SMP de forma delegada pela própria chefia. As atribuições exercidas por PMP/SMP de forma delegada pela chefia de SST compreendem as atividades de supervisão técnica e de controle operacional. As demais atribuições são exercidas diretamente pelo chefe do SST. Fazem parte desses instrumentos as reuniões técnicas mensais com os supervisores técnicos e os PMP/ SMP responsáveis pela atividade de controle operacional. São também instrumentos de supervisão da chefia do SST, as reuniões técnicas trimestrais com todos os PMP/SMP lotados na Gerência para uniformização de condutas entre os peritos médicos. Por fim, a chefia do SST é responsável pela análise dos pareceres das atividades de controle operacional e pela elaboração e monitoramento do Plano de Trabalho Anual do SST.

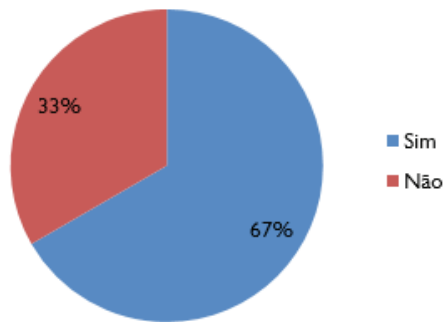
O Plano de Trabalho Anual deve ser elaborado, acompanhado e avaliado anualmente pelo chefe do SST de forma articulada com os responsáveis técnicos da reabilitação profissional e serviço social. Cumpre ressaltar que o Plano de Ação Anual do SST não se confunde com o Plano de Ação Anual do INSS, elaborado anualmente e pactuado entre todos os gestores da Autarquia, desde o Presidente até o Chefe do SST. O Plano de Trabalho Anual do SST trata-se de uma pactuação entre os gestores internos à Gex, sendo que as ações elaboradas neste documento precisam contemplar a execução e o acompanhamento das metas pactuadas no Plano de Ação Anual do INSS. No tocante ao Plano de Trabalho Anual do SST (PTA), conforme apresentado no gráfico 5, verificou-se que 67% das GEX (38) elaboraram o PTA; no entanto, em apenas 37% dessas gerências (21) o plano elaborado não é mera formalidade e é efetivamente monitorado.

Gráfico 5 – Plano de Trabalho

Plano de Trabalho monitorado



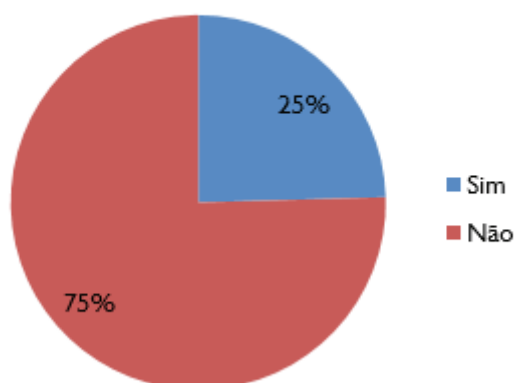
Plano de Trabalho elaborado



Outra atribuição dos chefes do SST é realizar reuniões mensais obrigatórias com os supervisores técnicos e com os PMP/SMP responsáveis pelo controle operacional para atualização dos atos normativos e avaliação/planejamento do plano de ação do SST; no entanto apenas 25% (14) as realizam.

Gráfico 6 – Reuniões mensais

Reuniões mensais

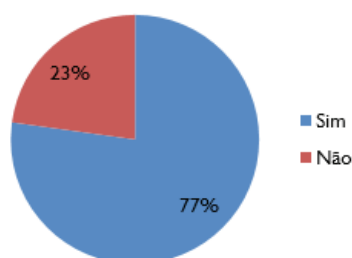


Ainda segundo o Manual de Gestão, a chefia do SST, no âmbito de sua área de abrangência, é quem designa servidor do quadro de pessoal do INSS, pertencente à categoria funcional de Perito Médico Previdenciário ou de Supervisor Médico-Pericial, para exercer as atividades de supervisão técnica, mediante Portaria. Nesse sentido, conforme apresentado no gráfico 7, verificou-se a designação, por meio de portaria, dos Supervisores Técnicos (ST) e identificou-se que 84% das GEX (48) designam formalmente os ST.

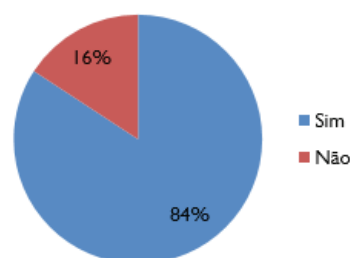
O supervisor Técnico pode ainda desenvolver as atividades de Controle Operacional Médico (CO) médico, assim como outros PMP/SMP devidamente designados por meio de portaria. Ante o exposto, verificou-se que 77% das GEX (44) designam formalmente os CO médicos e/ou os supervisores técnicos que desempenham essa função.

Gráfico 7 – Formalização dos PMP/SMP responsáveis pela supervisão

**Controle Operacional designados
por meio de portaria**



**Supervisores técnicos designados
por meio de Portaria**

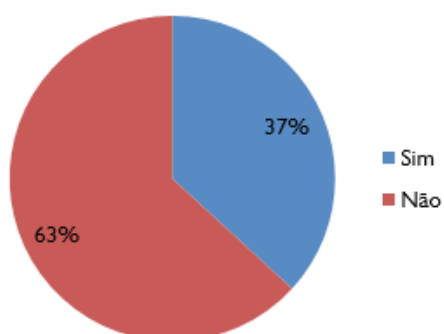


Conforme verificado, em poucas gerências existe problema relacionado à formalização da designação dos ST ou dos servidores responsáveis pelas atividades de controle operacional. No entanto, mesmo considerando que foram constatados poucos PMP/SMP Supervisores Técnicos/ST e Controles Operacionais/CO que exercem tais atividades sem designação por meio de portaria, o INSS ratificou a importância da formalização dessas funções e informou que está providenciando as portarias de designação faltantes. Cumpre ressaltar que, por meio de Nota de Auditoria, várias GEX elaboraram portarias de designação para os médicos em exercício dessas funções durante os próprios trabalhos de campo.

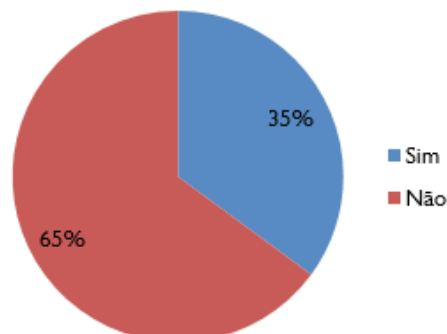
Conforme apresentado no gráfico 8, a despeito de formalizadas, as atividades atribuídas aos supervisores não são realizadas. Uma das atribuições dos Chefes do SST é analisar por amostragem os pareceres dos gestores do controle operacional/CO e ST. Em relação a essa análise, apenas 37% das GEX (21) realizam essa análise. E em apenas 35% das GEX (20) os ST estão realizando a avaliação dos LPM por meio do formulário Qualitec.

Gráfico 8 – Atividades de supervisão médico pericial

Análise dos pareceres de CO



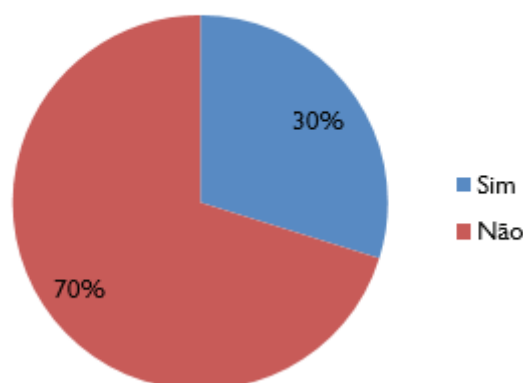
Qualitec



Ademais, os elementos dos LPM identificados como inconsistentes e as dúvidas geradas a partir do preenchimento incorreto de seus campos devem ser objeto de reuniões técnicas entre os Chefes do SST, Supervisores Técnicos e os PMP/SMP, segundo o Manual do SST. Este preconiza que seja realizada uma reunião técnica a cada três meses em todas as GEX com todos os peritos médicos.

Gráfico 9 – Reuniões técnicas trimestrais

Reuniões trimestrais



Entretanto, verificou-se que apenas 30% das GEX (17) estão realizando reuniões técnicas conforme o preconizado no normativo supracitado.

Conclui-se que, de forma geral, os diversos aspectos da supervisão das atividades médico pericial não estão sendo realizados pelas Gerências Executivas. As causas para a não realização da supervisão das atividades médico periciais vão desde a falta de detalhamento de como realizar algumas atividades de supervisão, contingenciamento de recursos e, principalmente, a priorização das atividades de atendimento aos segurados em detrimento das atividades de supervisão.

De forma mais específica sobre as causas para os problemas apontados, algumas GEX justificaram a não elaboração do Plano de Trabalho Anual sob a alegação de não terem conhecimento da necessidade/importância de sua elaboração, como as GEX Santo André/SP e Petrolina/PE. Outras afirmaram que não existe uma metodologia detalhada para a elaboração do plano no Manual do SST ou para seu monitoramento, como as GEX Jundiaí/SP, Guarulhos/SP, Santa Maria/RS, Taubaté/SP e GEX SP Leste/SP. Verificamos, que, de fato, não existe um detalhamento acerca de quais requisitos deveria conter o PTA, como ações, metas, cronograma e responsáveis, assim como inexiste uma metodologia para seu monitoramento detalhada no documento. Talvez por esse motivo, em outras gerências como as GEX Curitiba/PR, Santo André/SP e São Bernardo do Campo/SP, os Chefes do SST afirmaram a necessidade de receberem capacitação para a elaboração e o monitoramento do plano.

A falta de um melhor detalhamento das atividades de supervisão no Manual do SST também comprometeu as atividades de análise dos pareceres dos gestores do CO e do Qualitec. Algumas gerências como a GEX Uruguaiana/RS não realizam a análise dos pareceres dos gestores do CO alegando a falta de rotinas estabelecidas no manual acerca de como deveria ser formalizada essa avaliação. No que se refere ao Qualitec, alguns gestores afirmaram desconhecer a nova metodologia de elaboração da amostra como nas GEX Porto Alegre/RS e Passo Fundo/RS.

Com relação às reuniões mensais e trimestrais, a justificativa mais comum foi a restrição orçamentária devido ao contingenciamento realizado no exercício de 2015, que impediu o custeio de diárias e passagens aos PMP/SMP lotados nas APS sob jurisdição de cada GEX. Cumpre ressaltar, no entanto, como exemplo de boa prática de gestão a solução implantada pelo Chefe do SST da GEX SP Leste, que, ao invés de custear a ida de todos os médicos à GEX, foi até as APS e realizou uma reunião técnica com os PMP/SMP e supervisores técnicos locais, diminuindo os custos e cumprindo a função de uniformizar rotinas e entendimentos.

No tocante a não realização de reuniões técnicas mensais e trimestrais, o INSS ratificou que estas são fundamentais para o alinhamento de condutas dos peritos médicos, objetivando a melhoria da qualidade da decisão médico-pericial e que, apesar de essa falha haver sido causada, principalmente, por limitações orçamentárias que impediram a ida dos PMP/SMP lotados nas APS das áreas circunscritas até a GEX, serão envidados esforços no sentido de superar essas limitações e realizá-las, utilizando, por exemplo, meios de comunicação virtual como videoconferências ou, pelo menos, reuniões nas GEX das capitais com as APS mais próximas.

A elevada demanda de agendamento de perícias e a priorização de sua realização em detrimento de outras atividades foram as principais causas alegadas pelas GEX para a não realização do Qualitec. Aliás, verificou-se que todas as atividades de supervisão foram prejudicadas devido à priorização do atendimento agendado visando à redução do TMEA-PM em detrimento da realização de outras atividades. Como exemplo, pode-se citar a GEX Araçatuba/SP, onde tanto os ST quanto a Chefia do SST atendem as agendas de perícias médicas. Ou seja, mesmo os PMP/SMP alocados no SST para atividades de supervisão médico pericial, são deslocados, em alguma medida, para atendimento ao segurado.

As causas apontadas para as deficiências encontradas no processo de supervisão sinalizam para algumas recomendações corretivas, mais simples de serem implementadas, ou mais radicais, que, em conjunto com outros pontos deste relatório envolvem a revisão do modelo do reconhecimento do direito ao benefício por incapacidade.

Com relação à falta de detalhamento dos processos de elaboração/acompanhamento do Plano de Trabalho Anual e de seleção da amostra de laudos do Qualitec, é necessária uma melhor normatização sobre os assuntos. Dessa forma, recomenda-se ao INSS:

- Definir de forma detalhada os processos de elaboração/acompanhamento do Plano de Trabalho Anual do SST.
- Definir de detalhadamente a forma de seleção de amostra de laudos do Qualitec para avaliação dos supervisores técnicos

O INSS informou que estão em processo de elaboração os parâmetros para avaliação do trabalho dos ST, bem como, no Memorando-Circular nº 19 DIRSAT/INSS, publicado em 30.11.2015, houve orientações acerca do monitoramento do trabalho de planejamento de ações no âmbito das Seções/Serviços de Saúde do trabalhador/SST, ressaltando que essas ações devem mitigar/eliminar o risco de novas ocorrências desse tipo. Além disso, será realizada atualização do Manual

de Gestão do SST para orientar os processos de elaboração e acompanhamento do Plano de Trabalho Anual do SST. O prazo previsto para atendimento da recomendação é de três meses.

Com relação à segunda recomendação, o INSS informou que o detalhamento demandará coleta e análise de dados de diferentes fontes, que, além de análise estatística da perícia médica, faz-se necessário o suporte tecnológico e estatístico para o desenvolvimento de um instrumento de acompanhamento das avaliações. O prazo previsto é de doze meses.

No que se refere à priorização das atividades de atendimento em detrimento das atividades de supervisão, a solução tem que levar em consideração não apenas se a força de trabalho disponível pode ser mais bem aproveitada, mas também se há outras atividades que não estão sendo realizadas. A subquestão 4.1 sinalizou que talvez haja margem para otimizar a utilização da capacidade médico pericial do INSS. No entanto, a próxima subquestão constata que há um enorme passivo de perícias médicas que não vêm sendo realizadas pelo INSS que sinalizam que, mesmo minimizando distorções, a capacidade médico pericial chegou ao limite. Desta forma o diagnóstico e a solução para a falta de capacidade médico pericial do INSS será tratada na próxima subquestão.

4.2.2. Os pagamentos de benefícios são realizados de forma regular?

A regularidade dos pagamentos foi avaliada sob dois aspectos e em dois momentos diferentes. O primeiro aspecto corresponde a acumulações indevidas ou pagamentos de benefícios para os quais há registro de óbito do titular. O segundo aspecto corresponde à manutenção do benefício sem a revisão da incapacidade do beneficiário por parte do INSS.

A avaliação do primeiro aspecto na regularidade dos pagamentos foi concluída em 2013 e os resultados foram consolidados no Relatório de Avaliação nº 42 disponibilizado em outubro de 2015 no sítio da CGU. O presente relatório adiciona uma nova verificação realizada entre junho e setembro de 2015 com relação a pagamentos realizados a beneficiários falecidos.

O segundo aspecto, manutenção do benefício sem a revisão da incapacidade do beneficiário, é avaliado pela primeira vez neste relatório. Apenas os resultados relacionados à segunda fase estão consolidados neste relatório.

Pagamentos a beneficiários com registro de óbito

Utilizando dados da Maciça, do Sistema de Controle de Óbitos (SISOB) do Ministério da Previdência Social e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, foi identificada uma quantidade pequena de indícios de pagamentos a beneficiários falecidos. O cruzamento dos sistemas SISOB e SIM com benefícios de auxílio doença em manutenção há mais de dois anos pagos em maio de 2015 identificou 54 benefícios mantidos há mais de dois anos que, mesmo após o registro do óbito do beneficiário nos sistemas, continuam sendo pagos mensalmente pelo INSS. Os benefícios foram pagos em maio de 2015 e o registro dos óbitos no SIM e SISOB ocorreu em dezembro de 2014. Esses casos representam um gasto mensal de R\$ 59 mil e anual de R\$ 769 mil (Tabela 7)

Tabela 7 – Benefícios com registro de óbito do titular – Dezembro/2014

Subquestão Estratégica	Quant. de Benefícios Irregulares	Valor Mensal Indevido (R\$)	Valor Anual Indevido (R\$)
benefício previdenciário x SISOB	47	51.123,11	664.600,43
benefício previdenciário x SIM	7	8055,16	104.717,08
TOTAIS	54	59.178,27	769.317,51

Fonte: Maciça, SISOB e SIM

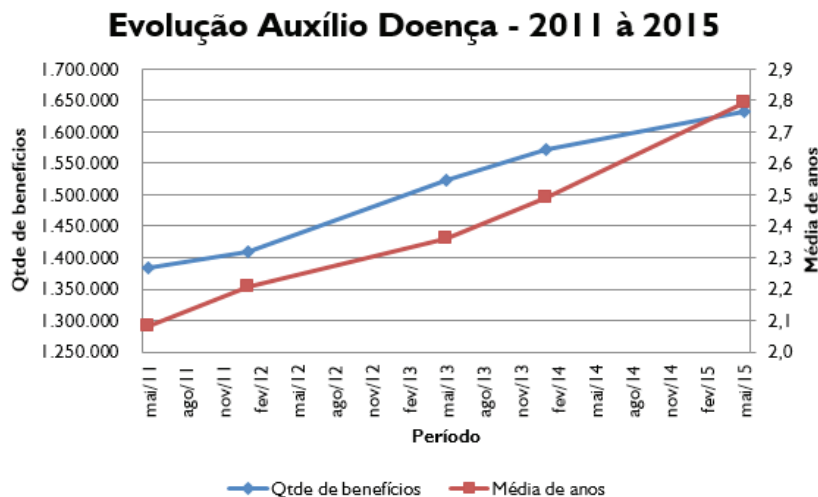
Em verificação igual a esta, realizada em 2012 e publicada no Relatório de Avaliação nº 42 em 2015, constatou-se 9.729 benefícios por incapacidade em condições semelhantes. O número é significativamente maior do que o que foi constatado agora. Mesmo sem o Portal de atendimento CNIS/SIBE (novo sistema desenvolvido para concessão de benefícios) entrar em produção, o problema de pagamento de benefícios por incapacidade para beneficiários falecidos foi sanado. Conclui-se que, com relação ao aspecto de pagamento de benefícios por incapacidade para os quais há registro de óbito do titular, a gestão do INSS é adequada. Desta forma recomenda-se ao INSS a cessação dos benefícios relativos às ocorrências que tiverem a irregularidade confirmada, e adotar medidas para a cobrança dos valores pagos indevidamente.

O INSS informou que os valores recebidos de forma indevida deverão ser cessados imediatamente, assim que confirmados.

Manutenção de benefícios sem a revisão da incapacidade

O segundo aspecto avaliado na regularidade do pagamento é a manutenção de benefícios sem a revisão da incapacidade pelo INSS. De acordo com o gráfico 10, em maio de 2011, a média de anos em que os benefícios ativos permaneciam em manutenção era de 2,1 anos. Em média, o beneficiário recebia o auxílio por um período de dois anos e trinta e seis dias. O tempo de manutenção médio dos benefícios ativos subiu de forma consistente ao longo de todos os anos, até alcançar dois anos, nove meses e 18 dias, em maio de 2015.

Gráfico 10 – Média de anos em manutenção – Auxílio doença



No mesmo período, a quantidade de benefícios emitidos de auxílio doença aumentou 17%. A quantidade de benefícios aumentou de 1,3 milhão pagos em maio de 2011 para 1,6 milhão em maio de 2015. De acordo com dados da maciça de maio de 2015, o INSS pagou nesse mês, aproximadamente, R\$ 1,8 bilhão a 1,6 milhão de beneficiários do auxílio doença. Conforme detalhado na tabela 8, 43% dos benefícios estão sendo pagos há mais de dois anos, sendo que em 19% os pagamentos são feitos há mais de cinco anos.

Tabela 8 – Benefícios de Auxílio Doença em manutenção – Maio de 2015

Duração do benefício	Qtde	Valor	%
Menos de 2 anos	910.811	1.055.948.366,91	57%
2 (incluso) a 5 anos	412.801	453.210.553,43	24%
5 (incluso) a 10 anos	257.243	293.988.832,28	16%
10 anos ou mais	51.356	64.565.840,48	3%
Total	1.632.211	1.867.713.593,10	100%

Fonte: Maciça

São R\$ 811 milhões pagos mensalmente pelo INSS a 721 mil beneficiários incapacitados para o trabalho há pelo menos dois anos, situação que sinaliza a possibilidade de manutenção de benefícios por um período superior ao tempo estimado para recuperação da incapacidade sem a realização de nova perícia médica.

Diante da questão que se apresenta – Qual o tempo estimado para que o segurado, impedido de trabalhar por motivo de doença ou acidente, possa recuperar a sua capacidade ao trabalho? – verificou-se que tal assunto foi objeto de estudo realizado pelo INSS. O estudo, elaborado pelo Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Portaria Ministerial Conjunta nº 454 de 02 de setembro de 2011 e pela Portaria nº 04 /INSS/DIRSAT, de 27 de julho de 2011, estabeleceu parâmetros estimados de períodos de repouso por motivos de doenças para as enfermidades codificadas de acordo com a 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. O estudo, denominado de Tempo estimado para recuperação de capacidade funcional baseado em evidências, foi colocado em consulta pública pelo Ministério da Previdência Social em março de 2012.

Desta forma, para comparar o tempo em que os benefícios estão sendo pagos com o tempo em que deveriam permanecer em manutenção, foi utilizado o referido estudo do INSS. Registre-se que os prazos estimados no estudo são utilizados na fundamentação de decisões relativas ao auxílio-doença pelo Conselho de Recursos da Previdência Social.¹²

De acordo com os dados apresentados na tabela 9, o GT estimou o tempo de afastamento de 5.957 doenças das 12.450 subcategorias relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID 10). O tempo de afastamento de 5.727 doenças não foi estimado pelo grupo e 766, segundo o próprio GT, não geram incapacidade para o trabalho.

¹² São exemplos em que foi utilizada o estudo do INSS, os processos nº 44232.043564/2013-10 e 44232.005485/2013-01 da 10ª Junta de Recursos.

Tabela 9 – Resultados do GT – Tempo estimado de afastamento CID 10

Tempo estimado de afastamento				
CID	Qtde	média	Máximo	Moda
Com tempo estimado	5.957	59 dias	360 dias (2 CID)	30 dias (1.477 CID)
Sem tempo estimado	5.727	-	-	-
Não geram incapacidade	766	-	-	-
Total	12.450	-	-	-

Fonte: Estudo GT e CID10

Conforme as estimativas do GT, em média, são necessários 59 dias de afastamento do segurado após a avaliação médico pericial. O tempo máximo de afastamento estimado pelo GT é de 360 dias. No entanto, o tempo estimado mais recorrente é de trinta dias (1.477 CID) e o prazo máximo de 360 dias foi estimado para apenas duas CID. Dessa forma, pelo resultado final do trabalho do GT, nenhum benefício poderia continuar em manutenção, sem uma perícia de revisão, por um período superior a um ano.

Os prazos estimados pelo GT para recuperação foram utilizados para permitir uma comparação da quantidade de dias em que os benefícios estão em manutenção com o tempo em que deveriam permanecer em manutenção. As estimativas de afastamento do GT permitiram identificar a existência de diferenças entre o período de pagamento do benefício e o tempo em que o segurado deveria retornar ao trabalho para 1,1 dos 1,6 milhão de benefícios pagos em maio de 2015. A análise dos demais benefícios não foi realizada uma vez que as doenças associadas a esses não tiveram o prazo de afastamento estimado pelo GT ou foram concedidos sem uma avaliação médico pericial do INSS.¹³

O primeiro fato que chama atenção na análise é a existência de benefícios concedidos a segurados diagnosticados com doenças que, segundo o GT, quando analisadas isoladamente, não geram incapacidade ou que geram incapacidade para o trabalho, mas demandam um tempo de recuperação inferior a 15 dias. Conforme apresentado na tabela 10, em maio de 2015, foram pagos R\$ 2,9 milhões a 2.619 benefícios associados a doenças que não geram incapacidade. Os benefícios são pagos há, em média, 554 dias. As três doenças mais recorrentes que não estavam catalogadas como geradoras de afastamento estão relacionadas à obesidade e correspondem 517 benefícios com o valor total de R\$ 628 mil.

¹³ Em tese um benefício por incapacidade somente é concedido após uma avaliação médico pericial do INSS. O fato será melhor detalhado mais a frente.

Tabela 10 – Doenças que não geram incapacidade - Auxílio Doença

CID	Média de dias em manutenção	Qtde de benefícios	Valor mensal	% em relação ao total
Outra obesidade	318	209	276.481,71	9%
Obesidade não especificada	429	159	176.272,61	6%
Obesidade devida a excesso de calorias	303	149	175.982,02	6%
Retardo mental moderado	806	144	123.722,89	4%
Retardo mental leve	905	138	124.879,20	4%
Cisto folicular do ovário	262	137	140.360,30	5%
Assistência prestada à mãe por incompetência cervical	109	111	143.155,66	5%
Lipomatose não classificada em outra parte	390	74	69.426,68	2%
Lipodistrofia não classificada em outra parte	161	73	97.255,70	3%
Gastrite não especificada	1284	52	55.708,68	2%
Outras	618	1.373	1.533.346,02	53%
Total	544	2.619	2.916.591,47	100%

Fonte: Estudo GT e Maciça

Com relação a segurados, na forma de filiação empregados, que foram diagnosticados com doenças que demandam um tempo de recuperação da incapacidade igual ou inferior a 15 dias, a quantidade de benefícios pagos é significativamente maior. Em maio de 2015, o INSS pagou 77 mil benefícios, o que correspondeu a um dispêndio mensal de R\$ 98 milhões. Conforme detalhado na Tabela 11, os benefícios são pagos há, em média, 1.052 dias, ou há quase três anos.

Tabela 11 – Doenças que geram incapacidade com prazo de retorno inferior a quinze dias - Auxílio Doença

CID	GT	Média de dias em manutenção	Qtde. de benefícios	Valor mensal	% em relação ao total
Dor lombar baixa	5	1.133	16.529	20.884.896,82	21%
Dorsalgia	5	1.270	15.824	20.490.776,67	21%
Cervicalgia	5	1.163	5.252	7.170.307,33	7%
Sinovite e tenossinovite não especificadas	15	1.202	3.131	4.044.931,39	4%
Outras sinovites e tenossinovites	15	1.257	2.192	2.860.616,97	3%
Traumatismos múltiplos não especificados	15	728	1.668	2.058.886,85	2%
Transtornos dos discos cervicais	7	1.183	1.286	2.021.175,30	2%
Contusão do joelho	7	665	1.215	1.432.851,81	1%
Dor em membro	7	1.033	1.060	1.209.059,82	1%

Tenossinovite estilóide radial [de Quervain]	15	1.029	978	1.159.319,12	1%
Outras	-	861	28.364	34.745.865,02	35%
Total		1.052	77.499	98.078.687,10	100%

Fonte: Estudo GT e Maciça

O segundo ponto constatado é a grande diferença entre os prazos estimados pelo GT e o tempo médio em que os benefícios são mantidos. A tabela 12 apresenta a quantidade, o valor dos benefícios, o prazo estimado pelo GT para recuperação da capacidade laboral do segurado e a média de dias em que estão em manutenção. Em maio de 2015, por exemplo, para 205.317 benefícios pagos, o segurado deveria ter recuperado a capacidade laboral, segundo estimativas do GT, em até trinta dias, porém permanecem em manutenção por, em média, 847 dias. O raciocínio é o mesmo para as demais faixas de tempo estimado pelo GT. Os segurados que recebem benefícios associados a uma doença com prazo estimado pelo GT deveriam recuperar a capacidade laboral em no máximo 360 dias, mas permanecem com o benefício em manutenção, na média, por 837 dias.

Tabela 12 – Tempo estimado em manutenção x
Tempo efetivo em manutenção – Auxílio Doença

Prazo GT	Média de dias em manutenção	Qtde de benefícios	Valor mensal benefícios
De 16 a 30 dias	847	205.317	246.013.114,28
De 31 a 60 dias	864	388.438	463.627.430,45
De 61 a 360 dias	808	428.722	505.348.103,97
Total	837	1.022.477	1.214.988.649

Fonte: Estudo GT e Maciça

A tabela 13 apresenta as dez doenças mais recorrentes diagnosticadas pelos PMP/SMP na concessão dos benefícios de auxílio doença. Assim como as cinco primeiras, a doença mais recorrente está associada a um distúrbio na coluna. Em maio de 2015, foram pagos 43.197 benefícios com o diagnóstico de “Outros transtornos de discos intervertebrais”. O prazo estimado pelo GT para retorno do segurado diagnosticado com essa CID é de 60 dias, porém os benefícios estão em manutenção há 1.288 dias, mais de 3 anos e meio.

Tabela 13 - As dez doenças mais recorrentes – Auxílio Doença

CID	GT	Média de dias em manutenção	Qtde de benefícios	Valor mensal	% em relação ao total
Outros transtornos de discos intervertebrais	60	1.288	43.197	56.012.262,77	4%
Dorsalgia	5	1.358	31.785	37.149.704,19	3%
Dor lombar baixa	5	1.193	31.950	36.827.822,46	3%
Lumbago com ciática	90	1.252	27.527	32.596.218,11	2%

Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia	60	860	23.946	29.652.863,73	2%
Episódios depressivos	60	1.174	18.560	24.915.979,29	2%
Transtornos internos dos joelhos	45	685	17.868	23.005.241,40	2%
Síndrome do manguito rotador	120	760	15.748	20.163.744,01	1%
Neoplasia maligna da mama	180	664	17.274	19.172.781,13	1%
Fratura da perna, incluindo tornozelo	45	607	16.729	18.665.030,74	1%

Fonte: Estudo GT e Maciça

Sobre a duração do benefício, em regra, o PMP/SMP estabelece, após avaliação médico pericial, a Data de Cessação do Benefício (DCB), prazo inferior a dois anos e suficiente para a recuperação da capacidade laboral do segurado. O benefício é cessado ao final do prazo, a não ser que o segurado solicite a realização de nova perícia médica. De forma excepcional, para os demais benefícios concedidos há apenas a definição de uma Data para Comprovação da Incapacidade (DCI). Nessa situação, a lógica é invertida, ou seja, os benefícios não são cessados sem o segurado submeter-se a uma nova perícia médica.

Existem três situações em que não há definição de DCB:

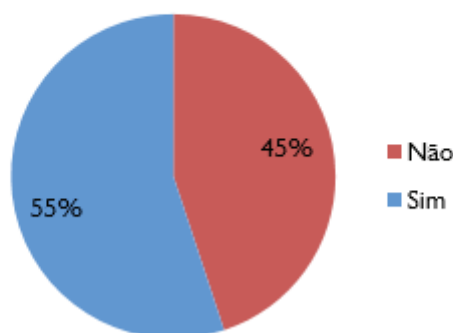
- O benefício é transformado em aposentadoria por invalidez
- O segurado é encaminhado à reabilitação profissional
- O PMP/SMP define uma data de cessação do benefício superior a dois anos

Para as situações em que o segurado é encaminhado à reabilitação profissional, o benefício pode ser mantido por até 540 dias. Ao fim do período, caso o segurado não seja reabilitado, deverá submeter-se a uma perícia médica a cada dois anos. Nas demais situações, quando o benefício é transformado em aposentadoria por invalidez ou quando o PMP/SMP define um prazo de dois anos para o retorno do segurado, o INSS estabelece uma perícia de revisão a cada dois anos. Nessas situações, os segurados são notificados pelo INSS através de correspondência para que agendem a perícia de revisão de dois anos. Caso o segurado não agende a perícia em até 60 dias após o fim da DCI, ocorre a suspensão do pagamento do benefício.

Dada a sistemática apresentada, em tese, a prorrogação de um benefício por um período prolongado dependeria de revisões periciais periódicas de no máximo dois anos pelo INSS. No entanto, os benefícios de auxílio doença permanecem, na média, sendo pagos por um período muito superior ao estimado pelo GT do próprio INSS, o que somente pode ser explicado pela falta de revisão pericial por parte do INSS para grande parte dos benefícios em manutenção.

Gráfico 11 – Percentual de benefícios que possuem Data de Cessação do Benefício (DCB) – Auxílio Doença

Data de cessação do benefício - Auxílio Doença



De acordo com o Gráfico 11, em maio de 2015, 733 mil (45%) dos 1,6 milhão de benefícios de auxílio doença pagos não tinham registro de quando o benefício deveria ser cessado. O percentual destoava significativamente do percentual de benefícios concedidos mensalmente pelo INSS sem uma DCB. Entre janeiro de 2014 e maio de 2015¹⁴, a média de benefícios concedidos sem uma DCB, foi de apenas 5%. Enquanto que os benefícios com DCB são suspensos a não ser que o segurado solicite prorrogação, a suspensão dos benefícios sem uma data de cessação está condicionada a uma perícia de revisão do INSS. A elevada quantidade de benefícios sem a data de cessação sinaliza que o INSS, ou não faz a comunicação ao segurado para agendamento da perícia de revisão para comprovação da incapacidade ou não realiza a suspensão do benefício quando a mesma não é agendada em até 60 dias do fim da data para comprovação da incapacidade.

Conforme apresentado na tabela 14, a última revisão médico pericial para 14% dos benefícios que estavam em manutenção em maio de 2015 ocorreu há mais de dois anos. A última perícia de 7% dos benefícios foi entre dois e cinco anos e para 6% dos benefícios em manutenção em maio de 2015 foi entre cinco e dez anos. Para 1% dos benefícios em manutenção, a última revisão foi há mais de dez anos. São R\$ 265 milhões mensais pagos a segurados que deveriam ter sido comunicados pelo INSS para agendamento da perícia médica de revisão. Um problema ainda mais grave apontado na mesma tabela é que para 18% dos benefícios em manutenção, ou R\$ 284 milhões, não foi realizada nem a perícia inicial.

14 Informativo INSS em números – janeiro de 2014 a maio de 2015

Tabela 14 – Data da última perícia – Auxílio doença

Data da última perícia	Qtde	%	Valor
Menos de 2 anos	1.119.787	69%	1.318.221.069
2 (incluso) a 5 anos	109.255	7%	126.068.869
5 (incluso) a 10 anos	104.579	6%	129.375.480
10 anos ou mais	8.525	1%	9.586.157
Sem perícia	290.065	18%	284.462.018
Total	1.632.211	100%	1.867.713.593

Fonte: Maciça

Considerando as duas situações, benefícios em manutenção em que as perícias foram realizadas há mais de dois anos ou benefícios concedidos sem perícia médica, foram pagos pelo INSS, em maio de 2015, R\$ 549 milhões. As duas situações serão analisadas de forma mais detalhada a seguir.

A primeira situação que será analisada é o pagamento de benefícios por um período superior a dois anos sem uma perícia de revisão. Para identificar o motivo pelo qual os benefícios que não passam por revisões periciais dentro do prazo de dois anos não são suspensos ou cessados, foi selecionada uma amostra aleatória de 80 benefícios do universo de 222.359 benefícios em que a última revisão pericial foi há mais de dois anos. Da análise da amostra, constatou-se que quase todos os benefícios pagos em maio de 2015 que passaram por uma revisão há mais de dois anos são benefícios que foram reativados judicialmente. Ou seja, após a cessação do benefício, o segurado conseguiu na justiça o direito de voltar a receber o pagamento.

Tabela 15 – Estimativa de benefícios que passaram por perícia de revisão há mais de dois anos – Auxílio doença

Concessão	%	Qtde	Valor
Reativação judicial	95%	211.241	251.778.981
Decisão judicial	2,5%	5.559	6.625.763
Concessão normal	2,5%	5.559	6.625.763
Total	100%	222.359	265.030.506

A tabela 15 apresenta estimativas realizadas após consultas, em setembro de 2015, ao Sistema Único de Benefícios (SUB) do INSS. É possível estimar, que 97,5% dos benefícios mantidos há mais de dois anos sem uma revisão pericial foram reativados judicialmente ou concedidos por meio de força judicial. Ou seja, após a cessação do benefício, o segurado conseguiu na justiça o direito de voltar a receber o pagamento ou obter a concessão inicial do benefício.

A segunda situação, que corresponde aos benefícios concedidos sem uma perícia inicial, também, a maior parte foi concedida judicialmente. Neste caso a informação é precisa, pois foi extraída diretamente da base de dados da maciça. De acordo com a tabela 16, 283 mil benefícios (97%) foram concedidos pela via judicial.

Tabela 16 – Benefícios sem registro de perícia médica – Auxílio doença – Tipo de despacho

Decisão	Qtde	Valor
Administrativo	6.500	6.690.365,74
Judicial	283.565	277.771.652,62
Total	290.065	284.462.018,36

Fonte: Maciça

A concessão de benefícios sem a realização de perícia médica é agravada se levarmos em consideração o tempo em que os benefícios permanecem em manutenção. Com base nas análises realizadas, constatou-se que dos 290 mil benefícios sem registro de perícia média no sistema, apenas 24% estão em manutenção há menos de dois anos. A tabela 17 detalha a duração dos benefícios que não dispõem de registro de perícia no sistema.

Tabela 17 – Benefícios sem registro de perícia médica – Auxílio Doença

Duração	Qtde	Valor	%
Menos de 2 anos	69.015	68.017.424,55	24%
2 (incluso) a 5 anos	123.982	119.988.740,82	42%
5 (incluso) a 10 anos	87.275	86.846.629,47	31%
10 anos ou mais	9.793	9.609.223,52	3%
Total	290.065	284.462.018,36	100%

Fonte: Maciça

Dessa forma, 221 mil benefícios, o equivalente a R\$ 216 milhões mensais, estão sendo pagos há mais de dois anos sem registro de perícia médica inicial ou de revisão, correspondendo ao montante de R\$ 2,8 bilhões no período de um ano.

Em casos de benefícios concedidos ou reativados judicialmente, a avaliação pericial é essencial por duas razões. Além de permitir estimar o término da incapacidade e a consequente cessação do benefício, a avaliação pericial, subsidia, também, a atuação da procuradoria para recorrer no processo. Sem a avaliação médico pericial realizada pelos PMP/SMP do INSS, a possibilidade de sucesso da procuradoria é significativamente reduzida. De acordo com a lei orgânica da Seguridade Social, lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, o INSS deve revisar todos os benefícios concedidos, inclusive os judiciais:

“Art. 71. O Instituto Nacional do Seguro Social-INSS deverá rever os benefícios, inclusive os concedidos por acidente do trabalho, ainda que concedidos judicialmente, para avaliar a persistência, atenuação ou agravamento da incapacidade para o trabalho alegada como causa para a sua concessão.”

Em setembro de 2014, foi publicada a Portaria Conjunta INSS/PGF nº 4 que define procedimentos relacionados à assistência técnica e à revisão administrativa de benefícios previdenciários por incapacidade e BPC/LOAS a pessoas com deficiência. A portaria estabelece que os procedimentos de revisão dos benefícios concedidos judicialmente “ocorrerão dentro da demanda normal de atendimento das Agências da Previdência Social – APS” e estipula que os

benefícios de Auxílio-Doença concedidos por força de decisão judicial devem ser revisados “preferencialmente após 6 (seis) meses da implantação judicial ou do trânsito em julgado.”

Tabela 18 – Benefícios sem registro de perícia médica – Auxílio Doença – Decisão judicial

Duração	Qtde	Valor	%
Menos de 6 meses	3.499	3.628.537,42	1%
6 meses (incluso) a 5 anos	185.987	180.827.992,16	65%
5 (incluso) a 10 anos	85.819	85.233.322,26	31%
10 anos ou mais	8.260	8.081.800,78	3%
Total	283.565	277.771.652,62	100%

Fonte: Maciça

Desconsiderando os que foram reativados por força judicial e considerando apenas os concedidos judicialmente sem perícia médica, é possível concluir que 99% dos benefícios que estavam em manutenção em maio de 2015 foram concedidos há mais de 6 meses, ou seja, já deveriam ter passado por uma perícia de revisão (Tabela 18). O valor corresponde R\$ 274 milhões pagos mensalmente, ou R\$ 3,5 bilhões no período de um ano, pelo INSS a benefícios que já deveriam ter cessado ou passado por uma perícia de revisão.

Mesmo definindo uma sistemática de revisão dos benefícios concedidos/reactivados judicialmente, o INSS vem realizando o pagamento de benefícios por período superior ao estimado para recuperação da incapacidade dos segurados. Conclui-se que existe um passivo significativo de benefícios que permanecem em manutenção por um período superior ao que se estima para recuperação da capacidade laboral dos segurados. No mês de maio de 2015, conforme apresentado, foram pagos R\$ 536 milhões a 500 mil benefícios concedidos/reactivados judicialmente na situação em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica (Tabela 19).

Tabela 19 – Estoque de benefícios concedidos/reactivados judicialmente em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica.

Concessão	Qtde	Valor
Reativação judicial	211.241	251.778.981
Concessão judicial	289.124	284.397.416
Total	500.365	536.176.397

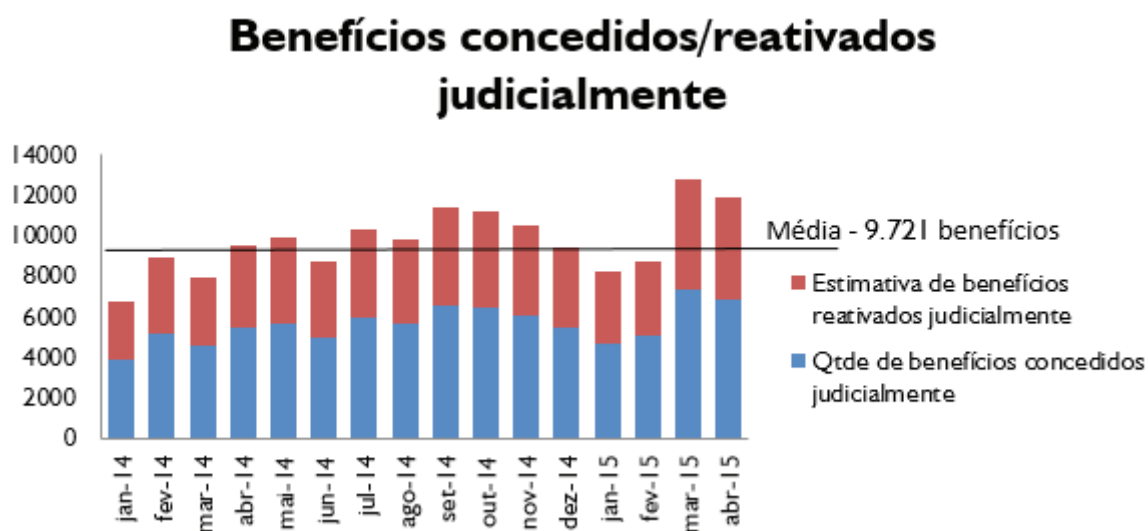
Fonte: Maciça maio/2015 e estimativas autor

Para termos uma dimensão do impacto dos benefícios concedidos/reactivados judicialmente na capacidade pericial do INSS, além do estoque de benefícios em manutenção, temos que levar em consideração também o fluxo de benefícios. O fluxo de benefícios concedidos/reactivados judicialmente entre 2014 a 2015 foi estimado utilizando os dados da Maciça de maio de 2015.¹⁵

¹⁵ A utilização de um único mês subestima o fluxo de benefícios concedidos judicialmente, pois quanto maior o período avaliado, maior a probabilidade de benefícios concedidos em meses mais antigos já terem sido cessados. Dessa forma, é provável que a quantidade de benefícios concedidos judicialmente nos meses mais distantes de maio de 2015 seja ainda maior. No entanto, como o período utilizado é relativamente curto, a estimativa é uma aproximação razoável.

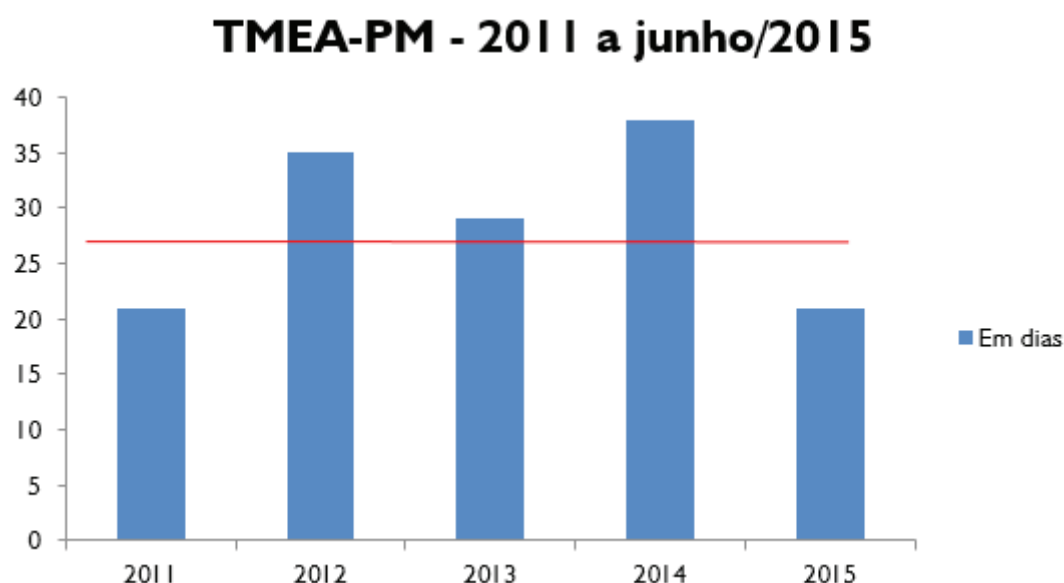
Para os benefícios concedidos judicialmente sem perícia médica, a quantidade em cada mês do período foi apurada de acordo com a Data do Despacho do Benefício (DDB). De forma diversa, para os benefícios reativados judicialmente, a DDB não foi utilizada, pois a mesma corresponde à data de concessão inicial do benefício, e não de quando o benefício foi reativado. A alternativa foi distribuir entre os meses de 2014 e 2015 o estoque de benefícios reativados existentes em maio de 2015 de acordo com a mesma proporção dos benefícios concedidos judicialmente.

Gráfico 12 – Fluxo de benefícios concedidos/reactivados judicialmente



Conforme apresentado no Gráfico 12, na média, entre janeiro de 2014 e abril de 2015, foram concedidos/reactivados judicialmente 9.721 benefícios por mês. Assumindo uma trajetória regular de concessão/reactivação dos benefícios, além dos 500 mil benefícios em estoque, há todos os meses 9,7 mil novos benefícios na mesma situação. Como a normatização do órgão foi no sentido de que a revisão desses benefícios deveria ocorrer de forma compatível com a demanda de atendimento das APS, fica claro que se aquela não ocorreu foi porque a prioridade foi para o atendimento inicial/manutenção dos benefícios concedidos administrativamente. Conforme apresentado no gráfico 13, desde dezembro de 2011 a junho de 2015, o TMEA-PM oscilou consideravelmente. De 21 dias em 2011, o TMEA-PM aumentou para 35 dias em 2012, caindo para 29 dias em 2013 e aumentando novamente para 38 dias em 2014, quando voltou a cair até junho de 2015 para 21 dias. Ou seja, na média, nos últimos cinco anos, o INSS conseguiu manter o tempo de atendimento ao segurado em 30 dias.

Gráfico 13 – TMEA-PM – 2011 à junho/2015



Fonte: Informativo INSS em números

É imprescindível incorporar à revisão dos benefícios concedidos/reactivados judicialmente em manutenção a rotina de atividades do INSS. O tempo atual de atendimento aos segurados sugere que deslocar parte da capacidade pericial alocada no atendimento inicial não seria algo desejável, pois implicaria em levar o TMEA-PM para um prazo muito superior a trinta dias. Uma primeira alternativa seria otimizar a força de trabalho que vem sendo mal utilizada. Conforme apresentado na sub questão 4.1.1, existem indícios de que 13% da capacidade médico pericial do INSS não é disponibilizada aos segurados.

Conforme apresentado na Tabela 20, em maio de 2015, o INSS realizou 585 mil perícias. Com a otimização da capacidade e o incremento no percentual de horas alocadas no atendimento médico pericial, seria possível realizar 87.533 perícias mensais a mais.

Tabela 20 – Simulação otimização da alocação médico pericial

Cenários	Qtde de perícias mensais	Qtde de perícias - Incremento	Projeção zerar estoque
Maio de 2015	585.799	-	-
Cenário otimista	673.332	87.533	6 meses
Cenário conservador	626.523	40.724	16 meses

Trabalhando com o cenário otimista, o incremento seria suficiente para fazer a perícia médica dos novos benefícios concedidos/reactivados mensalmente por força judicial e acabar com o estoque de benefícios em manutenção sem revisão médico pericial em seis meses. Nesse cenário, assume-se que é possível deslocar os peritos entre as gerências com menor demanda para as gerências com maior demanda. Trabalhando com um cenário mais conservador, e assumindo que é possível otimizar a capacidade pericial em apenas 6,5%, seriam necessários dezesseis meses para realizar as mesmas atividades.

Outra alternativa, que comporia um terceiro cenário, seria deslocar a parte dos PMP/SMP que atualmente não estão alocados em atendimento médico pericial para a revisão do estoque de benefícios concedidos/reactivados judicialmente sem revisão médico pericial nos últimos seis meses. Conforme apresentado na questão 4. I, atualmente, 24% da capacidade médico pericial do INSS está alocada em atividades de supervisão ou complementares a agenda SABI. Considerando os mesmos parâmetros adotados nos dois primeiros cenários, com o remanejamento seria possível realizar 184 mil perícias mensais a mais, o que permitiria zerar o estoque de 500 mil benefícios concedidos/reactivados judicialmente em manutenção em aproximadamente três meses. Considerando que as atividades de supervisão, conforme apresentado na questão anterior, já não são realizadas de forma satisfatória, faltaria estimar o impacto nas demais atividades dos PMP/SMP. No entanto, conforme já mencionado anteriormente, devido à inexistência de um sistema integrado que contemple todas as atividades complementares dos PMP/SMP, não é possível estimar o quanto cada atividade seria impactada se os PMP/SMP fossem integralmente alocados na revisão dos benefícios.

Um último cenário seria a contratação temporária de peritos. Adotando o próprio parâmetro utilizado pelo INSS de que em uma jornada de oito horas diárias seria possível realizar 18 perícias, seria necessário contratar 463 peritos médicos para revisar todo o estoque de 500.365 benefícios concedidos/reactivados judicialmente em sessenta dias úteis, ou três meses. Utilizando a remuneração do PMP do INSS divulgados na tabela de remunerações de julho de 2015 publicada pelo Ministério do Planejamento e considerando os demais encargos, o custo da contratação dos peritos seria de aproximadamente R\$ 31 milhões (Tabela 21).

Tabela 21 – Custo contratação temporária

Salário mensal	Férias	13º salário	Contribuição previdenciária	FGTS
16.222,88	5.407,63	4.055,72	1.849,11	1.297,83

Meses	Custo por perito	Qtde de peritos	Custo total
3	67.572,80	463	31.286.207,26

Assumindo uma premissa conservadora de que apenas 30% dos benefícios reativados/concedidos judicialmente revisados seriam cessados após os três meses, seria possível economizar R\$ 160 milhões mensais, ou R\$ 2,1 bilhões ao ano.

Independente do cenário a ser adotado para solucionar o problema de estoque de benefícios em manutenção há mais de dois anos sem perícia médica e dos novos benefícios concedidos/reactivados judicialmente, há necessidade de repensar o atual modelo de gestão do afastamento por incapacidade. Considerando a média histórica de trinta dias do TMEA-PM, a crescente judicialização do processo de concessão e os problemas apontados na supervisão das atividades médico periciais, conclui-se que existe uma situação de excesso de demanda em relação à capacidade médico pericial do INSS. Além de um volume significativo de recursos pagos por um período superior ao necessário para recuperação da incapacidade, o excesso de demanda tem implicado em desgaste ao INSS e aos próprios segurados. Há prejuízos de forma direta aos

beneficiários em decorrência do elevado prazo de atendimento e a toda a sociedade, de forma indireta, na medida em que há um volume significativo de benefícios pagos sem um processo de revisão pelo INSS. O excesso de demanda compromete até a atividade de supervisão/monitoramento do processo de perícia médica, conforme apresentado na questão anterior, além das demais atividades complementares à agenda pericial.

Cabe ressaltar que em 2011, o GT concluiu pela necessidade de elaboração de um novo modelo de gestão do afastamento por incapacidade considerando as seguintes diretrizes:

- “Foco na otimização das perícias médicas iniciais, desonerando o INSS de sua realização em situações onde seja possível utilizar diretamente as informações do médico assistente como insumo para reconhecimento da incapacidade laborativa;
- Criação de mecanismos de controle e auditoria que permitam segurança na operacionalização e utilização das informações oriundas do médico assistente;
- Viabilidade de encaminhamento para perícia médica dos segurados que não atendam plenamente todas as condições necessárias para dispensar a perícia médica inicial.”

O modelo propõe a concessão dos BI, mediante o atestado do médico assistente do segurado, para períodos de até 60 dias. Assim, ainda que o atestado médico requeira afastamento do trabalho superior a esse período, a Data de Cessação do Benefício (DCB) concedido seria de 60 dias e o segurado teria que agendar uma perícia para os Pedidos de Prorrogação (PP) ou de Reconsideração (PR) que ultrapassassem esse período.

O fundamento dessa alteração seria a liberação dos PMP/SMP do INSS da realização de perícias iniciais com duração de até 60 dias para a realização de atividades como supervisão, revisões médicas, ações de monitoramento dos ambientes de trabalho, prevenção de acidentes, atuação em litígios que envolvam a autarquia, dentre outras.

A solução encontrada previa a disponibilização na internet de um sistema denominado Atestado Médico Eletrônico, a ser desenvolvido pela Dataprev, que permite ao médico assistente informar todos os dados relevantes do segurado, conforme Resolução 1851/2008 do Conselho Federal de Medicina, mediante prévia assinatura com a utilização de Certificado Digital, no padrão ICP-Brasil.

Para viabilizar esta solução, a Dataprev havia iniciado o desenvolvimento do produto e o GT uma série de atividades paralelas para sua implantação, em especial uma parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), no sentido de obter, por meio de um webservice, a informação sobre a situação do cadastro de cada médico naquele Conselho. Esta rotina prevê que na assinatura do atestado o registro do médico seja validado com base nas informações disponíveis no CFM.

Adicionalmente, o novo modelo previa regras de monitoramento e auditoria. Seriam monitorados: i) 10% de todos os benefícios concedidos automaticamente; ii) todos os benefícios concedidos com base em atestados eletrônicos de um mesmo médico assistente que ultrapassarem 5% do total de uma unidade, dentro de um intervalo de 15 dias; iii) todos os benefícios

concedidos com base em um mesmo diagnóstico (CID) que ultrapassar 10% da média das ocorrências dos anos de 2010 e 2011, com base em tabela histórica da respectiva unidade; iv) todos os benefícios concedidos cujo atestado do médico assistente indicar como “Regime de Atendimento” a opção “Comunidade Terapêutica”, “Asilos” e “Outros”; v) todos os benefícios concedidos com base em um mesmo diagnóstico (CID) e mesmo registro profissional (CRM) a partir de 10 emissões num intervalo de 60 dias; vi) todos os benefícios cujo último vínculo (em aberto) considerado no período básico de cálculo tenha um empregador com mais de 10 (dez) concessões num intervalo de 30 dias; e, vii) todos os benefícios concedidos até 60 dias, mas com período de repouso fixado pelo médico assistente superior a 60 dias.

Apesar do trabalho iniciado junto à Dataprev e ao CFM, o projeto de implantação do Novo Modelo de Concessão Automática de Benefícios por Incapacidade não foi concluído. Diante dos resultados da última etapa desse trabalho, que corroboram a necessidade de repensar o modelo de gestão do afastamento por incapacidade laboral, é essencial revisitar o modelo apresentado pelo GT. Mesmo que não haja a adoção integral do modelo idealizado pelo GT, são necessários ajustes pontuais e estruturais. Além da revisão dos benefícios que estão há muito tempo em manutenção, é necessário repensar o modelo atual do benefício por incapacidade. Com relação aos ajustes pontuais, recomenda-se:

- Priorizar e revisar os benefícios que estão há mais de dois anos em manutenção ou que nunca passaram por uma perícia médica.

Após a apresentação dos fatos constatados acima em reunião no dia 11 de abril de 2016, o INSS informou que a revisão de benefícios por incapacidade já constava da Ação Centralizada no Plano de Ação 2016 para Redução de Despesas Obrigatórias (Ações nº 3, 4 e 5) pactuado com o MPOG no início do ano e que em reunião realizada com os Representantes Técnicos da Perícia Médica (RETs-PM) um dos pontos chave foi o início da revisão dos Benefícios por Incapacidade de Longa Duração/BILD.

O Plano de Ação pactuado com o MPOG previa a revisão de 500 mil benefícios de auxílio doença e 700 mil, de aposentadoria por invalidez de longa duração (em manutenção há mais de três anos). Nesse sentido, para priorizar e revisar os benefícios, o INSS informou que desenvolveu um sistema em conjunto com a Audin, o SIGEBI – Sistema de Gestão de Benefícios por Incapacidade, para mapeamento e monitoramento das ações de revisão conforme estas ocorram. Foram selecionadas 47 APS cujos indicadores TMEA-PM estão abaixo de 30 dias e com pelo menos 2 PMP/SMP lotados para o início imediato dos trabalhos de revisão.

Segundo o INSS, a ação já foi iniciada e, considerando apenas os 500 mil benefícios de auxílio doença, tinha prazo de conclusão em 48 meses, devido ao reduzido quadro de peritos médicos para atender de forma mais célere a demanda. Na tentativa de equacionar o problema, o órgão emitiu, em maio de 2015, notas técnicas solicitando realização de concurso para provimento de cargos de peritos, as quais foram encaminhadas ao Ministério do Planejamento em fevereiro de 2016.

Em 07 de julho de 2016, após um período de intensa discussão com diversos órgãos, inclusive a Secretaria Federal de Controle Interno, o governo publicou a medida provisória nº 739 com importantes desdobramentos na política pública avaliada. Entre outros aspectos, a medida provisória definiu que, sempre que possível, o ato de concessão ou reativação de auxílio doença deverá fixar o prazo de duração do benefício. Na ausência de fixação do prazo, o benefício cessará em 120 dias da data de concessão ou reativação. A medida, criou também, o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade (BESP-PMBI) pago temporariamente aos peritos médicos, pelo prazo de 24 meses, para revisão dos benefícios por incapacidade mantidos há mais de dois anos sem perícia médica.

Até julho de 2016, já haviam sido revisados e cessados 53 mil benefícios por incapacidade (auxílio doença e aposentadoria por invalidez) de longa duração. Foram cessados 46 mil benefícios de auxílio doença e 7 mil de aposentadoria por invalidez. A cessação dos benefícios gerou uma economia anual de R\$ 916 milhões.

No que se refere ao ajuste estrutural, é essencial, no entanto, que a revisão do modelo incorpore alguns pontos abordados neste relatório e pelo relatório do GT. Dessa forma recomenda-se:

- Reavaliar o modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade, incorporando:
 - o Criação de parâmetros referenciais acerca do tempo estimado para recuperação de capacidade funcional pelo segurado
 - o Definição de procedimento de monitoramento e auditoria da concessão e manutenção de benefícios de Auxílio-doença, mesmo que de forma amostral, em especial os que apresentarem distorções em relação aos parâmetros referenciais estabelecidos.

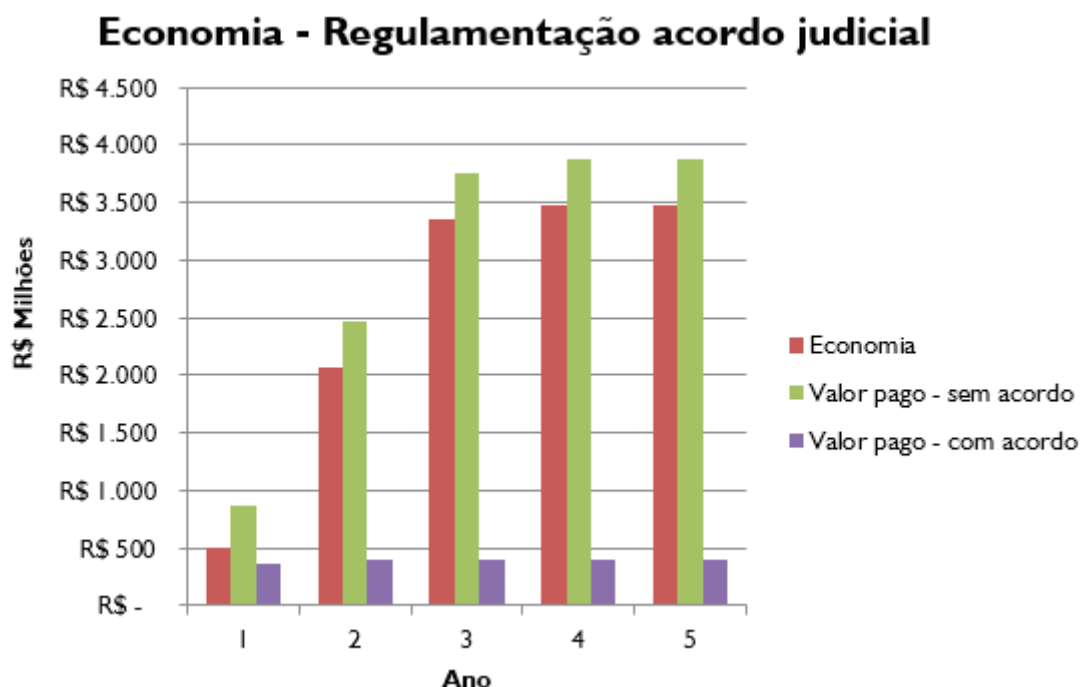
Após a apresentação do relatório preliminar em abril de 2016, o INSS informou, também, que irá criar parâmetros referenciais por meio da consolidação e publicação de Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-pericial das patologias mais frequentes de afastamento, todas previamente aprovadas em consulta pública e acrescidas de contribuições das sociedades de especialidades. Informou, ainda, que estas já possuem o Tempo Estimado de Afastamento, baseado no CID 10, para os diferentes impactos que a patologia possa ter causado à capacidade laboral do segurado, sendo que estão publicadas até o momento as diretrizes de Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Clínica Médica Volume I (Doenças Endócrinas e Metabólicas, do Sistema Nervoso, do Sistema Digestório, do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo) e Clínica Médica volume II (HIV/AIDS, Tuberculose e Hanseníase). As Diretrizes de Cardiologia e Pneumologia encontram-se em elaboração. Ademais, informou que serão inseridos, no SIBE BI, parâmetros de apoio à decisão médico-pericial de acordo com essas diretrizes. O prazo para conclusão das diretrizes em elaboração é de doze meses.

A consolidação e a publicação de Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-pericial das patologias mais frequentes de afastamento são medidas adotadas pelo INSS com impactos significativos no modelo de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade. Com a publicação das di-

retrizes de Cardiologia e Pneumologia, que se encontram em elaboração, o INSS irá dispor de estimativas de períodos de afastamento para a grande parte dos benefícios por incapacidade concedidos. As estimativas serão utilizadas na criação de rotinas de monitoramento e, especialmente, servirão como referências para as autoridades judiciais quando os benefícios forem concedidos/reativados judicialmente. A definição de uma data de cessão por parte dos magistrados, como prevê a medida provisória, evitaria o pagamento de benefícios por um tempo muito superior ao estimado para restabelecimento da capacidade laboral do segurado. A definição é interessante para o segurado, pois receberia o benefício pelo prazo estimado necessário para a recuperação da capacidade laboral sem a contestação do INSS. Ao fim do período definido pelo juiz, de acordo com o referencial definido pelo INSS, o benefício é cessado. Caso seja necessário um prazo maior para recuperação, o segurado poderá solicitar uma perícia de prorrogação.

Utilizando os dados apresentados neste relatório, é possível estimar o impacto da medida no médio prazo para o INSS. Como apresentado, até maio de 2015, os benefícios permaneciam em manutenção por, em média, 799 dias a mais do que o tempo estimado para recuperação pelo GT. Considerando que todos os meses estima-se que 9.721 benefícios são concedidos/reativados judicialmente, a definição da medida provisória permitiria que no primeiro ano após a regulamentação do instrumento, o INSS economizasse R\$ 500 milhões com o pagamento de 437 mil benefícios (Gráfico 14). No segundo ano, a economia seria de R\$ 2 bilhões e ao final de cinco anos o INSS economizaria R\$ 12,8 bilhões.

Gráfico 14 – Economia – Regulamentação acordo judicial



O INSS informou também que, elaborou a regulamentação do pedido de prorrogação (PP) em conformidade com o Decreto 8691/2016, o qual viabiliza que o PP do segurado empregado possa ser realizado pelo médico assistente do SUS, liberando vagas potenciais nas agendas

dos PMP/SMP do INSS principalmente para as perícias iniciais (AXI). A regulamentação do Decreto, que possibilita a prorrogação do benefício por incapacidade por meio do atestado do médico assistente do SUS, vai permitir liberar parte considerável da capacidade médico pericial do INSS para atendimento inicial, revisão de benefícios ou atividades de supervisão técnica. Em julho de 2015, aproximadamente 37% das perícias médicas realizadas no mês foram de pedidos de prorrogação. É uma iniciativa bem sucedida que reduz a pressão dos segurados na perícia médica do INSS, mas, sem o monitoramento adequado, pode não resolver o problema de manutenção de benefícios por um tempo superior ao que seria estimado para recuperação da capacidade laboral. A regulamentação elaborada pelo INSS deve contemplar rotinas e critérios de monitoramento para os benefícios que são prorrogados. O INSS informou que o módulo SIBE-Gestão, que está em desenvolvimento pela Dataprev, será uma ferramenta para auxiliar a gestão, o acompanhamento e a supervisão dos benefícios por incapacidade, possibilitando a detecção de distorções. Informou ainda que, como não está na governabilidade do órgão determinar a conclusão do sistema, irá desenvolver uma ferramenta para monitorar os benefícios por incapacidade, até a conclusão do sistema. O prazo de conclusão é de dez meses.

Por fim, o INSS informou, que, no sentido de aumentar a celeridade do atendimento ao segurado dentro das APS, iniciou um projeto piloto na GEX RJ Centro, ajustando-se o fluxo de atendimento da perícia médica para que as pendências administrativas do segurado sejam resolvidas após o atendimento do PMP/SMP, garantindo a realização da perícia agendada sem necessidade de espera.

5. Conclusão

O presente relatório apresenta os resultados da avaliação da execução das ações governamentais afetas à concessão do benefício de auxílio-doença. Foram analisados aspectos relacionados à celeridade no atendimento ao segurado e à confiabilidade do processo de concessão de benefícios.

Com relação ao aspecto de celeridade no atendimento ao segurado, existe o indício de sub aproveitamento da capacidade médico pericial do INSS. Ou seja, não há uma disponibilização de perícias médicas aos segurados compatível com a capacidade médico pericial do INSS. O equivalente a 13% da capacidade médico pericial do INSS alocada em atendimento não foi disponibilizada aos segurados e nem o chefe do SST conseguiu comprovar por meio de planilhas, e-mail ou qualquer outro controle a programação do PMP/SMP em qualquer outra atividade.

No que se refere ao aspecto da confiabilidade, constatou-se que os Laudos Periciais Médicos (LPM) não possuem os elementos mínimos necessários que atestem a incapacidade laboral do segurado. Após a apresentação dos fatos constatados, o processo de supervisão das atividades médico periciais foi discutido e aprimorado. No entanto, a despeito dos aprimoramentos realizados após a primeira etapa do trabalho, em uma segunda etapa foi constatado que um percentual elevado de Gerências Executivas não realiza as atividades de supervisão médico pericial na forma definida pelo INSS.

O último ponto relacionado ao aspecto de confiabilidade na concessão dos benefícios é a constatação de um passivo significativo de benefícios que permanecem em manutenção por um período superior ao que seria necessário para recuperação da capacidade laboral dos segurados. No mês de maio de 2015 foram pagos R\$ 536 milhões a 500 mil benefícios concedidos/reactivados judicialmente na situação em que a perícia foi realizada há mais de dois anos ou o mesmo foi concedido sem perícia médica. O que corresponde ao valor de R\$ 6,9 bilhões no período de um ano.

Os fatos constatados, além de representarem prejuízos financeiros, operacionais e a imagem do INSS, comprometem a qualidade do atendimento aos segurados. Há prejuízos de forma direta aos beneficiários em decorrência do elevado prazo de atendimento e a toda a sociedade, de forma indireta, na medida em que há um volume significativo de benefícios pagos sem um processo de revisão pelo INSS.

Dessa forma, é urgente a reavaliação pelo INSS do modelo atual de reconhecimento de direito de benefícios por incapacidade, com vistas a otimizar e conceder maior eficiência à atividade de perícia médica. Nesse sentido, ressalte-se o estudo, elaborado pelo Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Portaria Ministerial Conjunta nº 454 de 02 de setembro de 2011 e pela Portaria nº 04 /INSS/DIRSAT, de 27 de julho de 2011, que propôs uma solução alternativa ao modelo

de perícia médica vigente na autarquia. Após a apresentação do relatório preliminar, foram apresentadas três importantes iniciativas. A mais importante refere à publicação da Medida Provisória nº 739, de 07 de julho de 2016, que aprimorou, principalmente, aspectos relacionados à benefícios concedidos ou reativados judicialmente. A segunda iniciativa refere-se à consolidação e a publicação de diretrizes de apoio à decisão médico-pericial das patologias mais frequentes de afastamento. A medida irá permitir, de forma estimada, que, ao final de cinco anos, o INSS economize R\$ 12,8 bilhões com pagamento de benefícios por incapacidade. A terceira iniciativa é a regulamentação do pedido de prorrogação (PP) em conformidade com o Decreto 8691/2016. A regulamentação possibilita a prorrogação do benefício por incapacidade por meio do atestado do médico assistente do SUS e vai permitir liberar uma parcela significativa da capacidade médico pericial do INSS para perícias de atendimento inicial, revisão de benefícios ou atividades de supervisão técnica.

Anexo I – Relação de Gerências

Executivas fiscalizadas

UF	Gex	Plano de Ação	Plano de Ação monitorado	Análise dos pareceres de CO	Reuniões mensais	Reuniões trimestrais	Qualitec	Supervisores técnicos portariados	Controle Operacional portariados	% peritos APS	% peritos atendimento	% perícias não disponibilizadas
MG	OURO PRETO	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	86%	62%	0%
SP	SP NORTE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	88%	71%	4%
RS	PORTO ALEGRE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	90%	63%	2%
RS	PASSO FUNDO	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	91%	84%	4%
RS	N. HAMBURGO	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	93%	78%	3%
RS	IJUÍ	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	67%	67%	27%
RS	CAXIAS DO SUL	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	83%	75%	0%
RS	CANOAS	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	88%	67%	38%
MG	BELO HORIZONTE	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	97%	70%	2%
PR	CURITIBA	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	85%	80%	7%
AP	MACAPÁ	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	67%	67%	5%
SP	JUNDIAÍ	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	89%	68%	4%
SP	GUARULHOS	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	95%	73%	11%
MG	CONTAGEM	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	94%	79%	5%
SP	BAURU	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	90%	78%	4%
RS	PELOTAS	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	86%	76%	19%
RS	SANTA MARIA	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	93%	93%	4%
SP	PIRACICABA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	95%	88%	5%
RS	URUGUAIANA	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	91%	78%	0%
ES	VITÓRIA	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	86%	80%	3%
PE	RECIFE	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	80%	80%	17%

UF	Gex	Plano de Ação	Plano de Ação monitorado	Análise dos pareceres de CO	Reuniões mensais	Reuniões trimestrais	Qualitec	Supervisores técnicos portariados	Controle Operacional portariados	% peritos APS	% peritos atendimento	% perícias não disponibilizadas
MG	BARBACENA	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	89%	70%	0%
RN	NATAL	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	79%	74%	4%
BA	SALVADOR	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	92%	63%	58%
SP	SÃO PAULO CENTRO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	89%	74%	0%
SP	TAUBATÉ	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	96%	92%	5%
SP	SP LESTE	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	87%	74%	1%
MG	JUIZ DE FORA	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	84%	60%	0%
SP	SÃO J. DO RIO PRETO	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	92%	86%	15%
SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	100%	79%	2%
SP	SANTO ANDRÉ	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	100%	72%	0%
SP	RIBEIRÃO PRETO	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	90%	90%	26%
SP	ARAÇATUBA	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	84%	84%	6%
GO	ANÁPOLIS	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	74%	69%	0%
PE	PETROLINA	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	100%	96%	3%
SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	96%	85%	18%
SP	SANTOS	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	94%	83%	3%
MG	DIAMANTINA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	80%	67%	55%
SP	ARARAQUARA	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	93%	77%	15%
SP	SP SUL	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	88%	76%	6%
SP	OSASCO	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	95%	70%	4%
AL	MACEIÓ	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	91%	67%	11%
SP	CAMPINAS	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	100%	70%	23%
SC	CRICIÚMA	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	91%	86%	38%
SC	JOINVILLE	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	91%	91%	54%

UF	Gex	Plano de Ação	Plano de Ação monitorado	Análise dos pareceres de CO	Reuniões mensais	Reuniões trimestrais	Qualitec	Supervisores técnicos portariados	Controle Operacional portariados	% peritos APS	% peritos atendimento	% perícias não disponibilizadas
SC	BLUMENAU	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	98%	91%	33%
MA	IMPERATRIZ	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	93%	93%	39%
SP	SOROCABA	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	84%	55%	16%
MA	SÃO LUÍS	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	84%	73%	0%
RO	PORTO VELHO	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	89%	70%	29%
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	93%	77%	0%
PR	LONDRINA	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	94%	87%	7%
SC	FLORIANÓPOLIS	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	92%	65%	25%
SP	MARÍLIA	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	95%	86%	4%
SP	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	91%	66%	15%
GO	GOIÂNIA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	92%	82%	7%
MS	CAMPO GRANDE	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	79%	72%	45%

MINISTÉRIO DA
TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO
E CONTROLE

