

IMPUGNAÇÃO

1) Da Obrigatória Inclusão de Agregados

O item 3.3 do Termo de Referência do Edital em epígrafe estabelece que; "As Administradoras de Benefícios deverão admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio".

A previsão constante de citado item discrepa do conteúdo da Portaria Normativa nº. 05/2010 - SRH/MP que em seu art. 6º estabelece que a admissão desses beneficiários é uma faculdade.

Nesse passo, o mencionado item 3.3 estabelece uma obrigação que não se encontra no âmbito legal da legislação de regência, que segregou este grupo de beneficiários das disposições constantes de citado ato regulamentar.

Ressalte-se que o grupo composto pelos agregados possui características que não permitem conjugá-los com os servidores titulares e respectivos dependentes para fins de cobertura assistencial, na forma proposta.

Salientamos que a característica principal de uma apólice coletiva empresarial reside na homogeneização e diluição do risco para seus integrantes, e que está diretamente relacionada com a redução dos custos para sua contratação. Desse modo, a obrigatória inclusão de agregados nos planos modifica esta homogeneidade que caracteriza a apólice empresarial e exige que seja feito um redimensionamento dos riscos, cuja consequência direta é a elevação dos custos de contratação para toda a massa assistida. Ou seja, ao estabelecer a inclusão obrigatória de agregados no plano, todos os titulares e dependentes deverão arcar com a elevação dos custos, mesmo que não possuam nenhum agregado.

Este efeito acarreta ainda, a corrosão indireta do valor do subsídio orçamentário destinado à assistência à saúde do servidor, na medida em que a elevação do custo decorrente da inclusão obrigatória dos agregados reduz a efetividade do subsídio para custear o plano contratado e que acaba por onerar, de forma indireta, esta rubrica orçamentária, vez que se tornará cada vez mais ineficaz para subsidiar o custeio assistencial legalmente assegurado ao servidor.

Além do mais, diante da crescente ampliação do conceito de accountability adotado pelos órgãos de controle, que exigem dos gestores não apenas a responsabilidade, mas a sua responsividade na utilização de quaisquer receitas orçamentárias, de forma a sempre obter maior qualidade do gasto público, conduz à possibilidade de que esta inclusão obrigatória de agregados como beneficiários de planos de saúde voltados aos servidores e membros desse Ministério seja questionada, já que importa em modificação efetiva dos parâmetros de homogeneidade e de diluição dos riscos representada pelos membros, servidores e respectivos dependentes do MI.

Diante deste quadro, tem-se que a exigência de obrigatoriedade de cobertura dos agregados, além de não encontrar a necessária obrigatoriedade legal, demonstra

possuir efeitos negativos sobre a própria massa de assistidos obrigatórios, razão pela qual se confia na sua modificação.

Resposta: Em relação a alegação identificada no número 1 que se relaciona ao item 3.3. do Termo de Referência, é oportuno registrar que este Ministério mantém com a Empresa Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A, um Termo de Credenciamento cujo vencimento expirar-se-á no dia 31/12/2015, e que a sua vigência inicial vigorou a partir de 1º/01/2011, conforme consta do Extrato de Credenciamento publicado no DOU do dia 26/11/2010, cujo objeto é o mesmo de que trata o Edital de Credenciamento nº 01/2015. A área técnica consigna, que ao longo desses quase 5 (cinco) anos de vigência do Termo de Acordo Gratuito celebrado entre este Ministério e a Empresa Aliança, não consta dos controles da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas - CGGP, qualquer registro de que os servidores deste Ministério que são titulares dos serviços de assistência à saúde suplementar oferecidos pela Empresa Aliança, tenham solicitado a inclusão de agregados entre os beneficiários dos serviços, embora o Termo de Referência que regulou o credenciamento naquela época tenha deixado a critério da Administradora a faculdade de admitir agregados.

Registre-se também, que a GEAP - Auto Gestão em Saúde, que presta os serviços de assistência à saúde suplementar aos servidores deste Ministério, na forma do Convênio 001/2013, celebrado entre a União, representada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MP e a GEAP, não tem restrição na admissão de agregados, tanto é, que todos os servidores que optaram pelos serviços de assistência à saúde suplementar contratados por este Ministério, que tem agregados sujeitos ao mencionado serviço, estão vinculados à GEAP.

Sobre a admissão de agregados nos serviços de assistência à saúde suplementar, o artigo 6º da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da então Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - SRH/MP dispõe:

Art. 6º A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

O item 3.3. do Termo de Referência que regula o Credenciamento nº 01/2015, dispõe:

3.3. A(s) Administradora(s) de Benefícios deverá(ão) admitir(em) a adesão de agregados no Plano de Assistência à Saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que o titular do benefício assumam integralmente o respectivo custeio.

A intenção da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas - CGGP, ao fazer constar, o item 3.3. com a redação ora reproduzida, no Termo de Referência que regula o Credenciamento nº 01/2015, foi dar condições de igualdade de competição à futura administradora de benefícios a ser contratada, com a GEAP - Auto Gestão em Saúde, que desde o início da vigência do Convênio nº 01/2013 aceita a inscrição de agregados.

2) **Ativos Garantidores**

Observa-se que o edital ressenete-se de verificar o cumprimento, pelas potenciais interessadas no credenciamento, da existência de vinculação de ativos garantidores exigida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como condição de funcionamento das Administradoras de Benefícios.

Com efeito, de acordo com o que prevê a RN ANS n° 203/2009, em seu art. 1°, As administradoras de beneficias que atuarem na condição de estipulante de plano coletivo, na forma do art. 5° da Resolução Normativa – RN n° 196, de 14 de julho de 2009, deverão constituir ativos garantidores conforme disposto nesta Resolução.

Nesse passo, a existência de vinculação de citados ativos garantidores é uma condição para o exercício da atividade pela Administradora de Benefícios.

Assinale-se que citados ativos estão diretamente relacionados ao cumprimento das obrigações assumidas pela Administradora perante as operadoras no tocante ao risco de inadimplência, de forma que a sua exigência é uma condição essencial em um modelo de gestão em que a Administradora de Benefícios procede à contratação das operadoras na condição de estipulante.

Assim, mostra-se imprescindível que o edital se resguarde em estabelecer tal exigência de habilitação técnica a ser satisfeita pelas Administradoras interessadas, haja vista que esta condição decorre de imposição da própria ANS, enquanto entidade incumbida da fiscalização e regulamentação do setor.

Resposta: Em razão deste questionamento, os ativos serão incluídos no Edital do Credenciamento n° 01/2015.

3) **Unidade Móvel de Atendimento**

O item 16.3 do Edital estabelece: "Além do disposto no item 16.2 a(s) Administradora(s) de Benefícios deverá(ão) oferecer(em) os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em Brasília/DF, Recife/PE, Belém/PA, Rio de Janeiro/RJ, e Porto Alegre/RS".

Ocorre que, a RN ANS n° 196/2009, que regulamentou a atuação das Administradoras de Benefícios, vedou-lhes a execução de quaisquer atividades típicas das operadoras de planos de saúde, conforme textualmente dispõe seu art. 3°.

Desse modo, quaisquer atividades relacionadas com a prestação direta da cobertura assistencial, seja ela decorrente de necessidade de internação emergencial em instalações fixas ou móvel, não podem ser executadas pela Administradora, sob pena de infração à citada norma regulamentar.

Ante o exposto, entendemos ser imprescindível a alteração do Edital para esclarecer que os serviços de UTI - Móvel, que integram os serviços assistenciais devem ser disponibilizados pelas operadoras disponibilizadas pelas administradoras, uma vez que a manutenção dessa exigência para as operadoras configura infringência à legislação vigente e, por conseguinte, inviabilizará o presente credenciamento.

Resposta: Quanto ao assunto relacionado aos itens 16.2. e 16.3.do Termo de Referência, os mesmos serão reproduzidos, conforme consta a seguir:

16.2. A(s) operadora(s) de plano de saúde contratada(s) pela(s) Administradora(s) de Benefícios deverá(ão) disponibilizar(em) Rede Credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, referenciada no item 2.1.13.

16.3. Além do disposto no item 16.2 a(s) Administradora(s) de Benefícios deverá(ão) oferecer(em) os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em Brasília/DF, Recife/PE, Belém/PA, Rio de Janeiro/RJ, e Porto Alegre/RS.

Sobre isso, e da leitura dos demais itens do TR., é possível constatar que os serviços de assistência à saúde suplementar são prestados de forma indireta pela(s) administradora(s) de benefícios e de forma direta pela(s) operadora(s) contratadas pela(s) administradora(s), em razão disso, a exigência contida no item 16.3 do TR, é uma obrigação da(s) operadora(s), consequentemente, o contido nos itens 16.2 e 16.3 do TR, deverão integrar o ajuste a ser celebrado entre a(s) administradora(s) de benefícios e a(s) operadora(s) que prestará(ão) os serviços aos beneficiários deste Ministério.

Opina-se pelo acatamento do Pedido de Impugnação e consequente emissão de novo Termo de Referência Básico e Edital.