

Pedido de Esclarecimento 2 – Edital de Reabertura do Credenciamento nº 01/2015

1. O item 5.1 do Edital estabelece que os interessados no credenciamento deverão entregar toda a documentação de habilitação, contendo a documentação comprobatória das condições de participação descritas no item 4.1 do Edital, mas o item 4.1 do Edital não trata das condições de participação, já que o item que trata desse assunto é o item 2.1. Assim, podemos entender que no item 5.1 onde se lê 4.1 deve-se lê 2.1?

Resposta: Quando o item 5.1 do Edital estabelece que os interessados no credenciamento deverão entregar toda a documentação de habilitação, contendo a documentação comprobatória das condições de participação descritas no item 4.1 do Edital, este refere-se aos documentos da habilitação constantes no item 4.1.

2. A consignação do "auxílio indenizatório", prevista no item 4.2 do Termo de Referência do Edital em epígrafe exige a apresentação, pelo servidor, de comprovante de pagamento do plano de saúde contratado. Todavia, a cobrança dos planos e a responsabilidade pelo pagamento dos serviços às operadoras é uma obrigação que será assumida pela Administradora a ser credenciada, conforme prevê o item 17.1.9 do mencionado Termo de Referência. Assim, indagamos: a exigência de comprovante de pagamento dos beneficiários incluídos nos planos pode ser satisfeita mediante a comprovação dada pela própria Administradora, através de um único relatório, em ordem alfabética, enviado ao RH desse Ministério?

Resposta: A área técnica não constatou qualquer impedimento para que a operacionalização desse procedimento ocorra como está sendo citado pela interessada, inclusive, afirmam que esse procedimento já ocorre entre este Ministério e a Empresa Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A, com a qual este Ministério mantém vigente até 31/12/2015 um Termo Acordo com o mesmo objetivo do presente credenciamento, frisando ainda, que o procedimento tratado nesse questionamento já passou até por auditoria do TCU, resultando no Acórdão 3.386/2014, no qual aquela Corte de Contas não opôs qualquer restrição à operacionalização da rotina como está sendo citada.

3. De acordo com o item 5.13 do Termo de Referência os pedidos de inclusão feitos do dia 1º ao dia 20 de cada mês começarão a vigor a partir do 1º dia do mês subsequente, já aqueles feitos do 21º a 30º dia começarão a vigor a partir do dia 1º do segundo mês subsequente. Assim, podemos entender que a isenção de carência para urgência e emergência prevista no item 7.1.2 do mesmo termo só passará a surtir efeitos a partir das datas de início de vigência de cobertura?

Resposta: O item 7.1.2 do Termo de Referência prevê o seguinte:

7.1.2. Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à(s) Administradora(s) de Benefícios;

Em função do disposto no item 7.1.2 do Termo de Referência - TR, a cobertura do beneficiado começa a vigorar de acordo com o descrito no item 5.13 do mesmo TR, em razão disso, a isenção de carência para urgência e emergência só passa a surtir efeitos a partir da data de vigência de cobertura, até porque a vigência do contrato celebrado entre o beneficiário e a empresa inicia-se nas condições prescritas no item 5.13 do TR.

4. De acordo com o item 5.3 do Edital em epígrafe o prazo para os servidores-ativos e Inativos requerem a sua adesão sem carência é 60(sessenta) dias. Ocorre que, de acordo com o item 1.2 do presente Edital o referido credenciamento será regido pela Resolução Normativa nº 195/09 e essa norma em seu art. 6º, estabelece que esse prazo de 30 dias: "Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante". Assim, podemos entender que com o objetivo de respeitar o disposto na legislação e, conseqüentemente, buscar iniciar o contrato primando pelo equilíbrio-financeiro esse prazo será reduzido para 30(trinta) dias?

Resposta: Os itens 5.3 e 5.4 do TR, dispõem o seguinte:

5.3. Os servidores ativos e os inativos disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de celebração do Termo de Acordo com a(s) Administradora(s) de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços pactuados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

5.4. Os servidores ativos que ingressarem nos Quadros de Pessoal do Ministério da Integração Nacional após a vigência do Termo de Acordo disporão do prazo de até 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

Constata-se que os dois itens tem destinatários diferentes, o disposto no item 5.3 refere-se àqueles beneficiários cobertos pelos serviços de assistência à saúde complementar oferecidos por este Ministério nesse momento, e em função desses serviços vigorarem até 31/12/2015, e considerando que este Ministério tem servidores ativos, aposentados e pensionistas em várias outras unidades da federação, faz-se necessário que esse prazo na mudança do prestador de serviços seja superior ao previsto na Resolução Normativa/ANS nº 195/2009, é oportuno frisar que esse prazo só vigorará nos primeiros 60 (sessenta) dias do novo Termo de Acordo, em razão disso, faz-se necessário que esse prazo seja mantido.

Já o item 5.4 tem como destinatários aqueles que passarem a integrar os Quadros de Servidores do Ministério da Integração Nacional, ou seja novos servidores, após decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias de vigência do Termo de Acordo.

5. Ainda a respeito do período de movimentação, indagamos: tendo em vista que as operadoras e administradoras do mercado trabalham com diferentes datas de movimentação, podemos entender que com o objetivo de ampliar o leque de operadoras a se interessarem na prestação de serviços de assistência à saúde aos

beneficiários desse Ministério podemos entender que as datas do 1º ao dia 20º e do dia 21º ao 30º poderão ser modificadas, a exemplo do praticado por esta administradora que é do dia 1º ao 15º e do dia 16º a 30º?

Resposta: A área técnica não vê qual objeção em relação a essa proposta, ainda mais que a mesma não contraria a legislação que disciplina o assunto.

6. O item 7.2 do Termo de Referência arrola os prazos de carência para as adesões efetuadas após os prazos de isenção previstos no Edital em epígrafe, no entanto é omissa a respeito da carência para doenças e lesões pré-existentes. Ocorre que, a RN 195/2009 em seu art. 7º prevê o prazo de 24 meses para cobertura integral nos casos de doenças e lesões pré-existentes para os planos coletivos empresariais. Assim, podemos entender que tendo em vista as disposições da referida Resolução Normativa se a adesão for efetuada fora dos prazos de isenção de carência previstos no referido Instrumento Convocatório as operadoras que oferecerem coberturas a esse Ministério poderão imputar cobertura parcial temporária para os casos de doenças e lesões pré-existentes, que é o previsto na legislação?

Resposta: A contratação de que trata o presente TR submete-se integralmente à legislação que disciplina o tema, em função disso, deve ser observado o que dispõe a RN/ANS nº 195/2009.

7. De acordo com o item 16.3 do Termo de Referência além do disposto no item 16.2 a Administradora deverá oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em Brasília/DF, Recife/PÉ e Belém/PA, Rio de Janeiro/RJ e Porto Alegre/RS. Ocorre que, o item 16.2 se refere a uma obrigação das operadoras contratadas pela Administradora, assim podemos entender que o oferecimento de UTI Móvel, é uma obrigação exclusiva das operadoras contratadas pela Administradora?

Resposta: Os itens 16.2 e 16.3 do TR dispõem o seguinte:

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.

No entender da área técnica os serviços de assistência à saúde complementar são prestados de forma indireta pela(s) administradora(s) 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 deve ser tratada entre a(s) administradora(s) e a operadora(s).

8. De acordo com a Cláusula Sexta da Minuta do Termo de Acordo do presente credenciamento a vigência do referido Termo será de 12 (doze) meses, podendo ser renovados até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme estabelece o inciso 11 do art. 57 da Lei 8.666/93. Porém, o referido termo em nenhum momento se refere a repactuação/reajuste. Ocorre que, de acordo com a legislação vigente nas prestações de serviços, continuados a cada interregno mínimo de 12 (doze) meses permite-se a repactuação/reajuste dos serviços contratados. Assim, nas contratações que têm como

objeto serviços de assistência à saúde adota-se o reajuste com base em determinado índice financeiro que tem como finalidade fazer face às variações do mercado e à desvalorização da moeda, como também a repactuação dos preços sempre que o contrato apresentar sinistralidade superior a 70% (setenta por cento), a qual tem o condão de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Dessa forma, podemos entender que os preços do Termo de Acordo oriundo do credenciamento em epígrafe poderão ser objeto de reajuste e repactuação, cumulativamente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como com a revisão da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, quanto a referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento)?

Resposta: Sobre esse assunto é oportuno frisar que a despesa com a manutenção dos serviços de assistência à saúde suplementar são compartilhados entre os titulares dos benefícios e a administração pública. Os valores que superarem a participação da Administração Pública na manutenção da despesa são de responsabilidade dos titulares do benefício, frise-se que os valores de participação da Administração Pública não foram atualizados desde janeiro de 2013, e que esse valor não está vinculado a qualquer índice ou sistemática de atualização. Considerando essa realidade, qualquer critério de atualização dos preços dos serviços a serem oferecidos, que ofereça risco ao poder aquisitivo do servidor, poderá representar impedimento de novas adesões aos serviços e também uma queda no quantitativo de beneficiários.

Considerando também que os preços dos serviços a serem cobrados terão como parâmetro a faixa etária do beneficiário, todos os beneficiários terão os seus serviços reajustados automaticamente uma vez por ano.

Ainda sobre o assunto, a Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da então Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, dispõe:

Art. 11. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas de convênios, dos regulamentos ou estatutos das entidades.

(....) § 2º A atualização das contribuições a que se refere o *caput* será efetuada mediante a apresentação ao órgão competente das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde apresentados para os órgãos e entidades do SIPEC.

Conclui-se sobre essa questão, que os valores das mensalidades poderão ser atualizadas a cada doze meses de vigência do Termo de Acordo, desde que observado critérios justos, legais, e o que dispõe o artigo 11, § 2º da Portaria Normativa nº 5.

9. Tendo em vista que a cotação de preços será por faixa etária, podemos entender que o valor da mensalidade será reajustado no mês seguinte ao aniversário do beneficiário, caso ocorra mudança de faixa etária, para o valor praticado na nova faixa etária alcançada pelo beneficiário?

Resposta: Sim.

10. De acordo com o item 3.3 do Termo de Referência do Edital em epígrafe a Administradora de Benefícios deverá admitir a adesão de agregados no plano de assistência à saúde em contratação. Ocorre que, de acordo com o item 1.2 do Edital em epígrafe uma das normas que regulamentará a referida contratação será Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, que no item 2.3 do seu Termo de Referência estabelece:

“A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio”.

Grifos Nossos

Assim, indagamos: podemos entender que a finalidade de atender às disposições da portaria supracitada, como também buscando reduzir os custos para os titulares e dependentes desse Ministério a inscrição dos agregados nos planos em contratação será uma faculdade das operadoras disponibilizadas a esse órgão?

Resposta: Sobre o assunto o art. 6º da Portaria Normativa nº 5, 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.

Em razão do contido no dispositivo acima reproduzido, a área técnica ratifica que é facultativo a adesão de agregados aos serviços a serem contratados.