
RESPOSTAS QUESTIONAMENTOS

QUESTIONAMENTO 01:

1. DA ELEGIBILIDADE DOS PENSIONISTAS

O item 7.11 do Termo de Referência do Edital em epígrafe prevê dentre o rol de beneficiários da presente contratação os “beneficiários de pensão”, razão pela qual o item 2.4 do mesmo termo define os pensionistas e o

item 6.5 faz menção à manutenção dos pensionistas na condição de dependente em caso de falecimento do titular.

Desse modo, pela disposição dos citados itens, depreende-se que os pensionistas poderão aderir aos planos ofertados aos beneficiários dessa Prefeitura sem qualquer condição. Ocorre que, a Resolução Normativa nº.: 195 de 14 de julho de 2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que “dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde” e em seu art. 5º define a elegibilidade dos beneficiários dos planos coletivos empresariais, não inclui os pensionistas entre os beneficiários elegíveis.

Assim, considerando que as operadoras de planos de saúde e as administradoras estão submetidas à regulamentação da ANS, que na Resolução Normativa nº 124 de 30 de março de 2006, prevê em seu art.20-D multa por inclusão de beneficiário inelegível e, que a maioria dos Editais do Executivo Federal e própria Portaria Normativa nº.: 01/2017 da SRH/MP exigem a inclusão dos pensionistas nos planos coletivos empresariais, tornou-se necessário realizar uma consulta a ANS a respeito da elegibilidade dos pensionistas.

Desse modo, a referida agência enviou resposta à Aliança Administradora (empresa incorporada pela Qualicorp), esclarecendo que a elegibilidade dos pensionistas só será assegurada àqueles beneficiários que já figuram como dependentes do servidor falecido no plano por ele contratado e não a todo e qualquer pensionista como previsto no Edital em referência, resposta de consulta anexa (doc. 01).

Assim, verifica-se que o entendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar é que se o pensionista já era participante do contrato antes do falecimento do titular e o instrumento jurídico formal não possui cláusula específica de exclusão por perda de vínculo, este poderá permanecer no contrato já firmado, ressalvado ainda o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, é o que prevê o art. 18 p.u. inciso II da referida resolução.

Por outro lado, caso o pensionista em questão nunca tenha participado do referido contrato, sua inclusão após a morte do titular não será possível, posto que o ingresso do grupo familiar depende da participação do beneficiário titular no contrato, conforme já informado acima.

Desse modo, considerando as respostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS à Aliança Administradora (empresa incorporada pela Qualicorp), esclarecendo a elegibilidade dos pensionistas, indagamos: **podemos entender que a elegibilidade dos pensionistas está condicionada a sua manutenção no mesmo plano contratado pelo falecido e, por conseguinte, inicialmente as operadoras não terão condições de assegurar a inclusão de pensionistas na forma prevista no item 3.1 do Termo de Referência e, assim, o item 6.5 só terá aplicabilidade para os beneficiários que se tornarem pensionistas no curso do futuro contrato?**

REPOSTA 01: O entendimento está correto, conforme disposto no subitem 6.5 do Anexo I – Termo de Referência do edital de credenciamento, somente os pensionistas e demais beneficiários titulares falecidos durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências determinadas pela ANS.

QUESTIONAMENTO 02:

III – DA ELEGIBILIDADE DOS INATIVOS

O presente Edital estabelece entre os beneficiários elegíveis os inativos e, assim, no item 3.1 do Termo de Referência reconhece esses beneficiários como titulares, assim vejamos:

São considerados beneficiários titulares membros e servidores efetivos ativos e inativos os ocupantes de cargos comissionados e contratados, servidores requisitados e os pensionistas do Município de Lagoa Santa/MG.

Ocorre que a RN 195/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, em seu art. 5º define o conceito dos planos coletivos empresariais e em seu inciso III reconhece a elegibilidade dos aposentados, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, que estabelecem:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...);

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Cabe ainda registrar que a inclusão desses beneficiários foi regulamentada pela RN 279/11 que em seu art. 5º regulamentou a manutenção desses beneficiários nos planos de saúde:

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Desse modo, podemos entender que a adesão dos beneficiários inativos será na forma prevista na RN 279/11?

REPOSTA 02: Cabe ressaltar que o município possui, atualmente, cerca de 130 servidores inativos vinculados ao regime próprio de previdência, os quais continuam recebendo seus benefícios por meio de fonte de recursos do município e, portanto ainda mantém vínculo e podem ter o os valores referentes ao plano de saúde descontados em folha. Para os demais casos, os inativos vinculados ao regime geral de previdência (INSS) seguirão as regras previstas na RN 279/2011.

QUESTIONAMENTO 03:

IV – DA OBRIGATORIEDADE DA INCLUSÃO DE PAI E MÃE

O item 3.2.8 do Termo de Referência estabelece entre o rol de beneficiários pais ou padrasto e mãe ou madrastra dependentes economicamente dos beneficiários titulares. Ocorre que essa categoria de beneficiários não encontra tratamento diferenciado no mercado de saúde suplementar, já que os planos incluem no rol de dependentes legais: cônjuge ou companheiro, filhos e enteados, até 21 anos ou entre 21 e 24 se dependentes econômicos e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e o menor sob guarda ou tutela, que são os beneficiários mencionados nos itens 3.2.1 a 3.2.7 do Termo de Referência.

Os pais se enquadram como beneficiários agregados, que conforme previsto no item 3.3 do mesmo termo deverão ter sua cobertura como faculdade, ou seja, as operadoras poderão escolher entre apresentar ou não proposta para essa massa de beneficiários.

Cabe destacar que esse é mais um caso que se enquadra nas condições praticadas no Executivo Federal que dispõe de regulamentação específica, mas não alcança os beneficiários desse município.

Desse modo, podemos entender que a inclusão dos pais, independente de serem dependentes econômicos ou não, será uma faculdade das administradoras/operadoras ofertadas a esse município?

REPOSTA 03: O entendimento está correto, conforme disposto no subitem 3.2.8 do Anexo I – Termo de Referência do edital de credenciamento, o pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependente economicamente dos beneficiários titulares, conforme declaração anual de imposto de renda e, ainda, que constem no respectivo assentamento funcional, desde que o beneficiário titular assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados.

QUESTIONAMENTO 04:

V – DA EXIGÊNCIA DE PLANO COM A DISPONIBILIZAÇÃO DE HOSPITAIS DE ALTO CUSTO

a) O item 2.13 do Termo de Referência c/c o item 15.1.3 do mesmo Termo estabelece que dentre os planos ofertados para atender aos beneficiários dessa Prefeitura deverá constar o plano especial *plus* que “*compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo*”.

Ocorre que, conforme estabelecido na alínea “e” do item 3.3 do Edital e no item 17.1 do Termo de Referência os planos em contratação deverão dispor de abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, razão pela qual os hospitais a serem disponibilizados deverão estar nessas localidades e, por conseguinte, não existe justificativa para a manutenção dessa exigência, já que a única localidade que poderia dispor de um hospital de alto custo seria Belo Horizonte, mas pelas características da localidade não dispõe dessa modalidade de hospital credenciado às operadoras do mercado.

Dessa forma, podemos entender que considerando as peculiaridades do mercado de Belo Horizonte a exigência de oferecimento de plano que contemple hospitais de alto custo será desconsiderada e as operadoras poderão optar por além de planos com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte apresentar produtos de abrangência estadual e/ou nacional?

REPOSTA 04: O entendimento está correto, uma vez que as administradoras/operadoras poderão apresentar além dos planos com abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte, conforme exigido no edital, planos que contemplem atendimento e abrangência estadual e/ou nacional.

QUESTIONAMENTO 05:

VI – DA ABRANGÊNCIA DOS PLANOS OFERTADOS E DA QUANTIDADE DE OPERADORAS A SEREM OFERTADAS

a) A alínea “e” do item 3.3 do Edital e outros itens do Instrumento Convocatório estabelecem que as administradoras deverão declarar que os planos ofertados dispõem de abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte. Ocorre que no preâmbulo do Edital, define que a presente contratação tem como objeto a disponibilização de planos que disponham de cobertura em todo o território nacional.

Desse modo, podemos desconsiderar a divergência, ora apontada, e considerarmos que abrangência dos produtos deverá ser na região metropolitana de Belo Horizonte, já que essa é área onde residem os beneficiários dessa Prefeitura?

b) Em relação à abrangência, a alínea “d” do item 3.3 do Edital estabelece que as administradoras deverão apresentar proposta de preços de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência à saúde, mas o item 2.8 do Termo de Referência estabelece, ao definir a área de abrangência da rede, que as administradoras deverão ofertar, no mínimo, 03 (três) operadoras, o que resulta em mais uma contradição nas disposições do Edital.

Desse modo, podemos desconsiderar o disposto no item 2.8 Termo de Referência e entendermos que o quantitativo de operadoras a ser disponibilizado será de, no mínimo 01(uma)?

REPOSTA 05: Deverá ser apresentado no mínimo 01 (uma) operado, devendo ser considerado erro material constante no subitem 2.8 do Anexo I - Termo de Referência do edital.

QUESTIONAMENTO 06:

VII – DA EXIGÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO

O item 5.1 do Termo de Referência prevê a exigência de coparticipação para consultas e exames simples que não necessitem de autorização prévia.

Ocorre que as operadoras têm total liberdade para definir os procedimentos que necessitam de autorização prévia, podendo inclusive, por segurança, estabelecer essa exigência para todos os procedimentos, além de, com o objetivo de reduzir os custos dos seus produtos, poderem estabelecer coparticipação em diferentes procedimentos.

Desse modo, verifica-se que com a finalidade de ampliar a competitividade e viabilizar a contratação, torna-se necessária a alteração do Edital para deixar a critério das operadoras definir os procedimentos que necessitarão de autorização prévia e a forma de coparticipação por eventos.

Registra-se que o presente Edital tem como objetivo contratar uma operadora que disponha de produtos de abrangência na região metropolitana de Belo Horizonte e, por essa razão, não pode ter como parâmetro contratações de produtos de abrangência nacional que dispõem de características específicas e direcionadas a outro nicho de mercado.

Nesse sentido, é interessante destacar que o credenciamento é aplicável às situações em que o interesse da Administração é justamente o de contratar o maior número de fornecedores possível. Por este motivo, não pode o Edital impor exigências que restrinjam o rol de operadoras interessadas.

*"O credenciamento é hipótese de inviabilidade de competição não expressamente mencionada no art. 25 da Lei 8.666/1993 (cujos incisos são meramente exemplificativos). **Adota-se o credenciamento quando a Administração tem por objetivo dispor da maior rede possível de prestadores de serviços. Nessa situação, a inviabilidade de competição não decorre da ausência de possibilidade de competição, mas sim da ausência de interesse da Administração em restringir o número de contratados.**" (Grifamos).*

Dessa forma, podemos entender que, para adequar o presente Edital ao previsto na legislação e ampliar o rol de operadoras interessadas, fazendo valer o real objetivo do credenciamento ficará a critério das operadoras a definição dos procedimentos que necessitam de autorização prévia e a forma de coparticipação dos produtos ofertados?

REPOSTA 06: O entendimento está correto. Tendo em vista que o edital lançado pelo Município de Lagoa Santa busca o credenciamento do maior número de administradoras de benefícios de saúde, caberá a empresa definir quais os procedimentos são passíveis de autorização prévia e forma de coparticipação de produtos ofertados na proposta.

QUESTIONAMENTO 07:

VIII – DA NECESSIDADE DE REMISSÃO ÀS RESOLUÇÕES DA ANS

a) O item 6.10 do Edital em epígrafe estabelece: *"Poderá a Administradora de Benefícios, manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Município de Lagoa Santa/MG, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio".* Ocorre que a RN 195/09 – ANS estabelece em seu art. 5º a condição de elegibilidade dos beneficiários dos planos da modalidade coletivo empresarial, não prevendo qualquer exceção para a manutenção dos beneficiários, após a perda do vínculo. **Desse modo, podemos entender que a manutenção dos beneficiários após a perda do vínculo está condicionada ao disposto da RN 279/11 da ANS?**

b) O item 6.12 do Edital prevê que o cronograma de exclusões deverá obedecer aos mesmos prazos do cronograma de inclusões. Ocorre que, de acordo com o §3º do art. 7º da Resolução Normativa nº.: 412/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os pedidos de cancelamento devem ter efeito imediato a partir da ciência da operadora. **Dessa forma, podemos entender que as exclusões da presente contratação serão de acordo com o previsto na RN 412/17 e desconsiderarmos o previsto no item 6.12?**

REPOSTA 07:

Os servidores requisitados de outros órgãos enquanto estiverem lotados e exercendo suas atividades para o município de Lagoa Santa poderão usufruir dos planos de saúde oferecidos aos demais servidores. Ocorrendo o seu desligamento, a sua exclusão se dará nos termos da RN 412/2017.

QUESTIONAMENTO 08:

IX – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

O item 8.1 do Termo de Referência prevê dentre as situações que não poderá se exigir carências as consultas. Ocorre que essa exigência extrapola o previsto no inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98, que não prevê isenção de carências para consultas:

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Dessa forma, podemos desconsiderar a exigência de isenção de carência para consultas e considerarmos que será aplicado o previsto na legislação?

REPOSTA 08: Deverá ser seguida a legislação pertinente ao tema, sendo facultada às empresas a apresentação de propostas com supressão de carências.

QUESTIONAMENTO 09:

XI – DAS OBRIGAÇÕES DAS ADMINISTRADORAS

Dentre as exigências das administradoras constam nas alíneas “o” e “u” que:

*“disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado; e
“Enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório
detalhado de gastos por beneficiário (titular e dependentes) ao
Departamento de Pessoal da Prefeitura, até o último dia útil de cada
mês”.*

Ocorre que a exigência de disponibilizar atendimento sempre que solicitado precisa vincular essa exigência às atribuições da administradora, já que o atendimento assistencial por disposição da legislação é uma obrigação das operadoras e a exigência de Nota Fiscal com o detalhamento dos gastos por beneficiário não é compatível com o credenciamento, em que não há repasse financeiro da Prefeitura, nem tampouco, com uma contratação de plano de saúde na modalidade “pré-pagamento”, que o beneficiário paga uma mensalidade pré-fixada e utiliza o plano livremente.

Desse modo, podemos entender que exigência da alínea “o” será adstrita às atribuições das administradoras e a da alínea “u” poderá ser desconsiderada, por não se aplicar ao tipo prestação de serviços objeto do presente credenciamento?

REPOSTA 09: Para efeito de pagamento a administradora deverá encaminhar relatório com a mensalidade e os valores correspondentes das coparticipações, se existentes, juntamente com boleto e a nota fiscal, para fins de desconto em folha de pagamento do servidor.

QUESTIONAMENTO 10:

XII – DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

a) Dentre as obrigações das operadoras a alínea “c” do item 18.2 do Termo de Referência prevê a obrigatoriedade de reembolso integral, assim vejamos:

c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

Ocorre que a Lei 9.656/98 em seu art. 12, inciso VI define que o reembolso deverá ser conforme valores praticados no plano, assim vejamos:

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

Desse modo, com a finalidade de ampliar a competitividade do presente credenciamento e reduzir os custos da contratação podemos entender que a exigência de reembolso será conforme previsto na legislação?

b) Com finalidade de contribuir com a sustentabilidade ambiental podemos entender que o fornecimento de guia médico previsto na alínea “h” do item 18.2 poderá ser realizado por meio digital, mediante consulta no site da operadora?

c) Insistindo nas exigências impostas às operadoras que prejudicam o resultado, faz-se necessário destacar que a alínea “i” do item 18.2 prevê a exigência de “manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e

consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios". Ocorre que, pelas normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar as operadoras poderão realizar alterações na rede a qualquer momento desde que respeite as limitações da legislação daquela Agência, assim vejamos:

Nesse sentido, vejamos o art. 17 da IN 23/DIPRO/ANS:

Art. 17-A. A forma e os procedimentos para solicitação de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução serão disciplinados em Instrução Normativa específica da DIPRO.

Assim, com a finalidade de ampliar a competitividade do credenciamento e, por conseguinte, o leque de operadoras interessadas, **podemos entender que a manutenção ou alteração da rede credenciada estará vinculada ao previsto nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS?**

REPOSTA 10:

- a) O entendimento está correto. As empresas deverão considerar em suas propostas comerciais as normas previstas na legislação para reembolso.
- b) O entendimento está correto. Todos os procedimentos de autorização e/ou emissão de guias poderão ser disponibilizadas digitalmente no sítio eletrônico da operadora e/ou por e-mail.
- c) O entendimento está correto. A manutenção ou alteração da rede credenciada ocorrerá nos termos das resoluções da ANS e comunicadas ao município e servidores usuários dos planos nos quais ocorrerem a atualização da rede.

QUESTIONAMENTO 11:

XIII – DA PREVISÃO DE AUXÍLIO SAÚDE

O item 5.8.1 do Edital prevê a possibilidade de concessão de auxílio saúde, *in verbis*:

Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência - Anexo I, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela Coordenadoria de Recursos Humanos devendo o servidor complementar o custeio desses planos.

Ocorre que em consulta a essa Prefeitura fomos informados que na presente contratação não haverá concessão de auxílio saúde, **assim podemos desconsiderar o disposto no citado item?**



REPOSTA 11: Entendimento está correto devendo realmente ser desconsiderado tendo em vista que o município de Lagoa Santa não detém de auxílio saúde.

QUESTIONAMENTO 12:

XIV – DA DATA DO CREDENCIAMENTO

Considerando que os itens, ora questionados, têm impacto na formação dos preços, podemos entender que o prazo para entrega dos documentos de habilitação será reaberto?

REPOSTA 12: Data a ser prorrogada conforme publicações a serem realizadas e Comunicado de prorrogação a ser disponibilizado.

QUESTIONAMENTO 13: Atualmente a Prefeitura Municipal de Lagoa Santa oferece plano de saúde aos seus funcionários? Qual?

REPOSTA 13: Sim, o município possui convênio com a operadora Promed.

QUESTIONAMENTO 14: Caso possua plano de saúde, favor enviar-nos o relatório de sinistralidade dos últimos 12 meses.

REPOSTA 14: Informação não disponível.

QUESTIONAMENTO 15: No item 9 do termo de referência, cita sobre a portabilidade. Trata-se de migração de público?

REPOSTA 15: Por se tratar de acordo firmado com operadora/administradora de planos de saúde no qual o município apenas realiza o desconto em folha do servidor dos valores referentes ao plano de saúde contrato, não se trata de migração de público, mas tão somente o credenciamento de empresas interessadas em fornecer os seus produtos aos servidores do município de Lagoa Santa.