

PREGÃO ELETRÔNICO n. 07/2013

OBJETO: Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestação dos serviços especificados no instrumento convocatório aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

IMPUGNANTE: *UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO*

1. RELATÓRIO.

A **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, CNPJ/MF n. 16.513.178/0001-76, devidamente qualificada nos autos, apresentou impugnação ao Edital do procedimento licitatório Pregão Eletrônico n. 07/2013, em síntese, quantos os seguintes tópicos: (1) impossibilidade de inclusão de aposentados e pensionistas no plano de saúde coletivo empresarial a ser contratado; (2) direito assegurado aos beneficiários dependentes e especiais de se tornarem clientes particulares da contratada; (3) adoção de preço único para os dois primeiros e preço por faixa etária para o terceiro grupo; (4) omissões e contradições do edital: (a) exclusões de cobertura; (b) perda da qualidade de beneficiário, resolução e rescisão unilateral, exclusão de beneficiário; (c) exclusões de rede; (5) coberturas do plano de saúde; (6) sistemática de cobrança aos beneficiários especiais; (7) condições de atendimento; (8) autorizações de procedimentos; (9) reajuste; (10) nota técnica.

Por tratar-se de questões de ordens técnicas, a impugnação foi encaminhada à Diretoria da Secretaria de Saúde - DSS, unidade administrativa requerente e responsável pela elaboração do Termo de Referência (Anexo II ao Edital), atendendo-se ao disposto no item 19 do Edital, bem assim à Assessoria Jurídica de Licitações e Contratos da Diretoria-Geral.

É o relatório.

2. ADMISSIBILIDADE.

2.1 - Tempestividade.

Conhecemos da impugnação, por tempestiva, com fulcro no art. 18 do Decreto n. 5.450/05 e item 19 do Edital, vez que interposta no dia **14/05/2013** e a sessão pública se realizaria em **16/05/2013**.

3. MÉRITO.

3.1- Impugnação.

3.1.1 – Dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais – da impossibilidade de inclusão de aposentados e pensionistas no plano de saúde coletivo empresarial a ser contratado.

A Impugnante aduz, em suma, que:

O item 3 do anexo II e a cláusula terceira da minuta contratual dispõem quais são as pessoas elegíveis para figurarem como beneficiários do contrato a ser pactuado, sendo definidas três categorias de beneficiários: Beneficiários Titulares, Beneficiários Dependentes e Especiais.

Entre os beneficiários titulares e dependentes estão elencados os aposentados, "pensionistas cônjuge" e "pensionistas filhos" os quais, conforme será demonstrado abaixo, segundo a legislação que regulamenta o setor de saúde suplementar atualmente vigente, não podem figurar como beneficiários titulares no referido contrato.

No que tange ao aposentado, cumpre registrar que o art. 31 da Lei nº 9.656/98 dispõe ser assegurado ao aposentado que contribuir para o pagamento de planos de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumia o seu pagamento integral.

Neste contexto, por não haver entre a i. Licitante e os magistrados/servidores vínculo empregatício, certo que o dispositivo legal em questão não alcança aos aposentados deste I. Órgão.

Caso se efetive a contratação da forma como exigido pela Licitante, poderá a Impugnante ser penalizada pela Agência Nacional de Saúde, por descumprimento ao art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 195/09, uma vez que se estará a permitir a inclusão de beneficiários que não detêm as condições ali exigidas para figurarem como beneficiários em contratos coletivos empresariais.

Da mesma forma, no que tange aos "pensionistas cônjuges" e "pensionistas filhos", cumpre esclarecer que estes não são pessoas elegíveis para figurarem como titulares no contrato coletivo empresarial a ser celebrado pela Licitante, pois não possuem qualquer vínculo de emprego ou estatutário com a contratante, sendo certo que a dissolução do vínculo entre o magistrado/servidor e a Licitante em virtude do seu falecimento, os torna ineligíveis para permanecerem no plano de saúde.

No caso dos pensionistas não há que se falar em aplicação do disposto no art. 8º da Resolução Normativa ANS nº 27911, ou seja, no direito de manutenção do grupo familiar no caso de morte do titular (magistrado/servidor), pois em virtude da inexistência de relação empregatícia, o titular não poderia permanecer no contrato após encerramento da relação de trabalho.

Ressalta-se que a penalidade prevista pela Agência Nacional de Saúde para Operadoras que permitam a inclusão de beneficiários em contratos coletivos que não detenham o vínculo exigido pela legislação é a aplicação de multa no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)¹, multiplicada pelo número de beneficiários incluídos indevidamente.

Pelo exposto, impugnam-se o item 3 do anexo II e cláusula terceira da minuta contratual e demais previsões neste sentido, requerendo-se deste I. órgão licitante a adequação do Edital, extirpando tal exigência do objeto licitado, de modo que não seja exigida a inclusão dos aposentados e pensionistas no contrato de plano de saúde a ser celebrado.

Sem razão.

Os magistrados e servidores, inativos, serão mantidos no rol de beneficiários titulares, nos termos do que dispõe a legislação vigente, a saber:

a) Lei n. 8.112/90:

“Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, ... mediante convênio ou contrato... na forma estabelecida em regulamento” (g. n.);

b) Resolução Normativa da ANS n. 279/2011, Sessão VII:

“Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

*I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
...” (g. n.).*

c) O Plano de Assistência à Saúde do TRT – 3ª Região:

**“CAPÍTULO III
DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 7º. Poderão ser considerados beneficiários titulares, para os efeitos do presente plano:

*I - os desembargadores, juízes e servidores, ativos e aposentados, os juízes classistas aposentados do quadro do TRT, inclusive os ocupantes dos cargos em comissão CJ-1 a CJ-4;
...” (g .n.)*

Por tais fundamentos, não procede a impugnação, no particular.

Desprovejo.

3.1.2 – Do Óbito dos Beneficiários Titulares: do direito assegurado aos beneficiários dependentes e especiais de se tornarem clientes particulares da contratada.

A Impugnante alega que:

O item 3.3, bem como seus subitens, do anexo II e os parágrafos quarto a sétimo da cláusula terceira da minuta contratual, dispõem sobre o direito de os Beneficiários Dependentes e Especiais se tornarem "clientes particulares da Contratada" em caso de óbito do titular.

Para disciplinar esta questão o l. órgão Licitante se vale de alguns dos regramentos contidos no art. 30 da Lei nº 9.656/98, bem como na Resolução Normativa ANS nº 279/11, chegando a dispor, inclusive, que os valores de mensalidades a serem pagos por esses beneficiários serão reajustados pela Contratada nos moldes estabelecidos pela referida Resolução Normativa.

Existe uma contradição a ser sanada no que tange a este ponto, uma vez que, a despeito de se mencionar expressamente que o vínculo destes beneficiários será direto com a Contratada (uma vez que se tornaram clientes particulares desta), está sendo prevista a incidência de um reajuste a ser calculado pela Operadora para aplicação em contratos coletivos empresariais destinados aos ex-funcionários.

Segundo a legislação atualmente vigente, as tratativas a serem dadas pelas Operadoras aos dois universos de contratos são completamente distintas, sendo certo que sobre os contratos individuais deverá incidir o índice de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde, enquanto sobre os contratos coletivos destinados aos inativos deverá incidir o reajuste calculado pela Operadora com base em toda a sua carteira de clientes composta por ex-funcionários.

Portanto, impugnam as disposições editalícias supra citadas e, caso se confirme a intenção deste ilustre órgão de que no caso de óbito do titular os dependentes a ele vinculados deverão firmar contratos individuais com a Contratante, deverá ser retirado do edital a previsão de que referidos contratos serão reajustados nos termos da Resolução Normativa ANS nº 279/11, bem como todas as demais disposições editalícias fundadas nas disposições contidas no art. 30 da Lei nº 9.656/98 bem como na Resolução Normativa ANS nº 279/11.

Com razão, em parte.

Será promovida a alteração do instrumento convocatório, item 3.3 e subitem 3.3.2, alínea a do Termo de Referência (Anexo II ao Edital) e do Parágrafo Quarto e Parágrafo Quinto, alínea c da Cláusula Terceira da Minuta Contratual (Anexa ao Edital), para exclusão, em ambos, do vocábulo "*particular*". Todavia, será mantido o direito dos beneficiários dependentes e especiais de inclusão no Termo de Adesão no caso de óbito do beneficiário titular.

Por conseguinte, será promovida a alteração da alínea g do item 3.3.2 do Termo de Referência (Anexo II ao Edital) e da alínea g do Parágrafo Quinto da Cláusula Terceira da Minuta Contratual (Anexa ao Edital) com a supressão, em ambos, da seguinte redação: "... (*nas condições de preços vigentes à época na empresa CONTRATADA*)".

Por tais fundamentos, procede, em parte, a impugnação, no particular.

Provejo, parcialmente.

3.1.3 – Da Precificação Diferenciada entre Beneficiários Titulares e Dependentes dos Beneficiários Especiais: adoção de preços único para os dois primeiros e preço por faixa etária para o terceiro.

Afirma a Impugnante que:

Conforme determinação contida no Edital, os valores referentes às mensalidades dos Beneficiários Titulares e Dependentes serão definidos segundo as seguintes premissas:

- Beneficiários Titulares e Beneficiários Dependentes: deverá ser cotado o preço *per capita* mensal (um único preço, independentemente de faixa etária) e
- Beneficiários Especiais: deverá ser cotado preço *per capita* por faixa etária.

Ocorre, contudo, que a Resolução Normativa ANS nº 195/2009 veda expressamente a possibilidade de “aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato”².

A desobediência à referida norma será punida pela Agência Reguladora com aplicação de multa às Operadoras no valor de R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), conforme previsão contida no art. 61-B da Resolução Normativa ANS nº 124/2006.

Neste contexto, apresenta-se impugnação ao presente edital por estar a i. Licitante exigindo a adoção de conduta contrária à legislação atualmente vigente, pelo que o texto editalício deverá ser revisto neste ponto, para que seja adotado um único critério para cotação dos preços das mensalidades tanto dos beneficiários titulares e dependentes, quanto dos beneficiários especiais.

Sem razão.

O Edital não define reajustes diferenciados para os grupos de beneficiários.

O reajuste a ser aplicado segue o descrito no item 8.4 do Termo de Referência (Anexo II ao Edital), ou seja, um único percentual para todos os beneficiários do plano de saúde, em atendimento ao disposto no artigo 20 da Resolução Normativa ANS n. 195/2009, a saber:

“Art. 20 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN” (g. n.).

Trata-se de contratação de um mesmo plano de saúde com cotação diferenciada, isto é, preço *per capita* mensal único para beneficiários titulares e dependentes, e preço *per capita* por faixa etária para beneficiários especiais, cujo modelo de plano de saúde será mantido.

Demais disso, os termos do Edital seguem o disposto da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU N. 06/2011, a saber:

“Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes.

Art. 2º ...

...

§ 3º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde podem oferecer produtos que tenham valores iguais em faixas etárias diferentes.

...
Art. 4º O valor atribuído de contraprestação para cada faixa etária dos titulares e dependentes, dentro do limite previsto nos artigos anteriores, deverá ser previamente esclarecido e constar expressamente do instrumento contratual” (g. n.).

Por tais fundamentos, a impugnação não procede, neste particular.

Desprovejo.

3.1.4 – Das Omissões/Contradições do Texto Editalício:

Sustenta a Impugnante que:

Com a devida venia, o texto editalício deixou de dispor acerca de situações de extrema importância para qualquer operadora de plano de saúde que participe do presente certame, a saber:

A) Das exclusões de cobertura.

O Edital faz previsão da cobertura que deverá ser, obrigatoriamente, oferecida aos beneficiários do plano, e, no entanto, é omissa no que se refere às exclusões de cobertura, de acordo com o que dispõe a Lei nº 9.656/98.

Com razão.

Quanto às omissões apontadas, será acrescentado ao Edital e Anexos o rol de “exclusão de cobertura” nos termos da Lei 9.656/2008.

Por tais fundamentos, procede, no particular, a impugnação.

Provejo.

B) Da omissão quanto à perda da qualidade de beneficiário, resolução e rescisão unilateral, exclusão de beneficiário.

Os documentos editalícios simplesmente quedaram silentes acerca das matérias delimitadas acima e dispostas na IN 23, DIPRO, como de tratamento obrigatório nos instrumentos contratuais de plano de saúde.

A dita omissão absoluta acarreta ônus às operadoras participantes, colocando-as, inclusive, em dissonância das disposições da Agência Nacional de Saúde, tornando ainda impossível a execução segura de qualquer contrato de prestação de serviços, pois que se faz premente a sua regulação.

Com razão.

A redação do Edital, da Minuta Contratual e o Termo de Referência serão retificadas, em atendimento ao disposto no item 2, alínea a do Tema XVI do Anexo I da DIPRO ANS n. 23/2009.

Por tais fundamentos, procede a impugnação, no particular.

Provejo.

C) Das exclusões de rede.

Teendo em vista que a presente prestação de serviços se dará por intermédio de operadoras de planos de saúde que possuem rede própria e rede contratualizada e que, há Hospitais com os quais não existe enlace negocial em virtude da própria autonomia da vontade da instituição, que não deseja manter contrato com planos de saúde, há necessidade imperiosa de que as limitações de rede da participante vencedora sejam previstas em contrato.

Destaque-se que é indispensável restringir a prestação de serviços à rede credenciada/referenciada da participante vencedora, pois não há prestadora de serviços que detenha capacidade de atendimento na totalidade da estrutura hospitalar do País.

Pondera-se, assim, pela modificação do Edital, para que conste disposição acerca de hospitais, clínicas e laboratórios que não fazem parte da rede da participante vencedora, com possibilidade de inclusão de listagem exaustiva ou exemplificativa de entidades hospitalares nesta situação.

Sem razão.

A composição mínima da rede credenciada será mantida, conforme o disposto nos itens 11.2.2 e 11.2.3 do Termo de Referência (Anexo II do Edital).

Por tais fundamentos, não procede a impugnação, no particular.

Desprovejo.

3.1.5 – Das Coberturas do Plano de Saúde.

A Impugnante alega que:

Consta como norma da licitação que o presente certame que as coberturas a serem oferecidas aos beneficiários são aquelas previstas nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pautando-se as exclusões por iguais diplomas normativos, além das disposições constantes da Lei nº 9.656/98.

Logo, resta incontroverso que as coberturas obrigatórias são aquelas existentes no rol de procedimentos atualizado pela Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, com as alterações constantes da Resolução Normativa 262, de 01º de agosto de 2011.

Todavia, consta no item 1.8.2.18 do edital e item 3 do Anexo-II – Escopo dos Serviços, que a vencedora do certame e então contratada deverá oferecer cobertura para os procedimentos relacionados com agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais que, sabidamente, não está elencada no rol previsto pela ANS.

Além disso, há referência também no Item 2.10, cláusula oitava de que a cobertura se refere a todas as doenças listadas no CID-10, não se restringindo aos procedimentos constantes no Rol editado pela ANS por meio de Resolução.

Sendo assim, em respeito aos princípios que regem a Licitação, notadamente o princípio da vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo, requer sejam sanadas tal inadequação, para o bom andamento do certame.

Sem razão.

De início, ressalta-se que não foram localizados no instrumento convocatório os “itens” citados na impugnação. Da mesma forma, não consta do instrumento editalício a cobertura para atendimentos de cirurgia plástica reparadora decorrente de doença ocupacional, mencionada na Impugnação.

Por tais fundamentos, não procede a impugnação, no particular.

Desprovejo.

3.1.6 – Da Sistemática de Cobrança aos Beneficiários Especiais.

A Impugnante afirma, que:

Dispõe o item 14.15 do anexo II e cláusula décima, parágrafo segundo da minuta contratual que na hipótese de o contratante proceder à consignação em folha de pagamento ou de inadimplência quanto ao pagamento por meio GRU, por conseguinte de repassar os valores relativos às despesas contratuais dos beneficiários especiais, caberá à contratada a obrigação de cobrar os valores eventualmente a cláusula décima sétima da minuta contratual que na conveniência da contratante, o presente contrato poderá ser rescindido antes de seu término, sem qualquer outra responsabilidade, devendo, para tanto, ser notificada a contratada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados os compromissos.

Ocorre que a norma ora citada, afronta a Resolução Normativa ANS nº 195 que dispõe, de forma categórica, em seu art. 13, que “o pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.”, sendo ainda expresso no art. 14 que “a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários”.

Sendo assim, o edital está em total dissonância com a sistemática de pagamento imposta aos contratos coletivos empresariais, que não permite a cobrança dos serviços contratados pela licitante diretamente aos beneficiários por ela inscritos, razão pela qual restam impugnadas as disposições em comento.

Com razão.

Para fins de adequação à Resolução Normativa ANS n. 195, será revista a forma de cobrança dos serviços contratados e, por conseguinte, haverá alteração na redação dos itens do Edital e Anexos que tratam da matéria.

Por tais fundamentos, procede a impugnação, no particular.

Provejo.

3.1.7 – Das Condições de Atendimento.

Alega a Impugnante que:

Dispõe o item 4.5.1 do anexo II e cláusula décima terceira da minuta contratual que caso haja necessidade de atendimento em local onde não exista rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada ou nos casos de urgência e emergência (inclusive fora do Estado de Minas Gerais), assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, cooperados ou referenciados, observados os disposto no art. 12 da Resolução Normativa ANS nº 211/2010, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso mediante a apresentação de documento fiscal competente.

Ainda, preceitua o item 14.8 do anexo II e cláusula décima, parágrafo primeiro, alínea "h", que a contratada deverá assegurar aos beneficiários o reembolso das despesas (...) efetuadas com consultas, exames, honorários médicos, serviços médicos hospitalares, medicamentos e materiais utilizados, durante o período de internação bem como as demais taxas hospitalares, em locais que não disponha de rede médico-hospitalar, laboratorial, e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da data da protocolização do pedido na contratada.

Quanto a tais disposições editalícias, cumpre apresentar impugnação quanto aos seus termos, seja porquanto o conceito apresentado para os casos de urgência e emergência não se adequam àqueles fixados na Lei nº 9.656/98³, seja porquanto a Resolução Normativa ANS nº 259/2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, regulamente de forma diversa o atendimento na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador, sendo o reembolso devido apenas quando não observada as disposições previstas nos artigos 4º, 5º ou 6º da citada Resolução:

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo; a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

*Art. 6º **Na hipótese de inexistência de prestador**, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, **a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento**, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.
Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.*

Dessa feita, o beneficiário somente poderá realizar o procedimento em caráter particular com direito à percepção do reembolso quando exauridas as hipóteses supra colacionadas, pelo que a disposição editalícia em comento encontra-se em total afronta à legislação de regência.

Por fim, tem-se que a mera apresentação pelo beneficiário do documento fiscal que comprove a realização da despesa médica em caráter particular não pode ser suficiente para o deferimento do reembolso, sendo necessário que esse justifique e comprove a indisponibilidade/inexistência de rede, sob pena de burlar a sistemática apresentada no presente edital que dispõem que os serviços contratados serão prestados através da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada.

Com razão.

Ante os termos contidos na impugnação, proceder-se-á a alteração da redação dos itens do Edital e Anexos, no que se refere à definição do conceito de urgência e emergência, em conformidade com o disposto na Lei nº 9.656/98 e o disposto na Resolução Normativa ANS nº 259/2011.

Por tais fundamentos, procede a impugnação, no particular.

Provejo.

3.1.8 – Das Autorizações de Procedimentos.

Alega a Impugnante que:

O item 4.8 do anexo II e a cláusula décima segunda, parágrafo quarto da minuta contratual estabelecem que para utilizarem os serviços acobertados pelo plano de assistência à saúde, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede de atendimento, apresentando carteira de identificação e documento de identidade, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de Procedimentos de Alta Complexidade, constantes no anexo da Resolução Normativa ANS 262/2011.

Em seguida, dispões o item 4.8.1 do anexo II e a cláusula décima segunda, parágrafo sexto da minuta contratual que a autorização para aos Procedimentos de Alta Complexidade deverá ser fornecida no prazo máximo de 01 (um) dias útil de sua solicitação ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, de modo a não causar transtornos aos beneficiários.

Entretanto, tem-se que as disposições citadas não merecem prosperar, vez que não observaram a legislação pertinente ao caso, impondo à contratada condições e prazos não estabelecidos em lei e que certamente impedirão a correta prestação dos serviços contratados.

Dessa feita, primeiramente, necessário se faz impugnar o conteúdo editalício que dispõe que a realização dos procedimentos assegurados pelo contrato, com exceção daqueles considerados como de Alta Complexidade, são dispensados de prévia autorização, vez que esse contraria a Resolução Normativa 259/2011, que, em verdade, apenas prevê que os procedimentos de urgência e emergência devem ser garantidos ao beneficiário imediatamente, ou seja, somente tais procedimentos estão dispensados de prévia autorização.

E, quanto ao prazo estabelecido para que as autorizações sejam concedidas, tem-se que a Resolução Normativa ANS nº 259/2011 fixou o prazo máximo em que as coberturas asseguradas devam ser realizadas pelo beneficiário, pelo que, os procedimentos que dependem de prévia autorização, a exemplo daqueles que possuem Diretriz de Utilização (anexo I da Resolução Normativa 2011/20010), dentre outros, deverão ser avaliados pela operadora em tempo apto a garantir a realização do procedimento em conformidade com o art. 3º da Resolução Normativa 259/2011:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

Assim, a legislação de regência não dispensou a necessidade de autorização previa para a realização de determinados procedimentos e, ainda, não estabeleceu prazo para que a autorização seja concedida, mas tão somente fixou prazo para que o procedimento seja realizado, pelo que necessária a revisão e republicação das normas editalícias supracitadas para que essas estejam em consonância com o disposto na Resolução Normativa ANS nº 259/2011.

Com razão.

Ante os termos contidos na impugnação, proceder-se-á a alteração do prazo de autorização de procedimentos de alta complexidade.

Por tais fundamentos, procede a impugnação, no particular.

Provejo.

3.1.9 – Do Reajuste.

A Impugnante aduz, que:

Os documentos editalícios preveem a aplicação "**PARCIAL** ou **TOTAL**" do INPC-IBGE e, ainda exige no item 13.3 do edital que a repactuação deve ser precedida de solicitação da Contratada, acompanhada de demonstração analítica da alteração dos custos.

Os instrumentos do edital tratam o reajuste como se não fosse decorrência natural da contratação, mas um benefício a ser concedido a contratada, o que não pode prosperar. O reajuste possui conotação muito mais ampla do que a da mera correção monetária, ainda mais se considerarmos que cada índice possui componentes muito específicos que refletem a variação dos insumos utilizados para a prestação de serviços ocorrida em determinado período e que estes são altos na área de saúde.

Desta maneira, sujeitar a eventual vencedora a solicitar a aplicação de um reajuste e, ainda, segregá-lo, em parcial ou total, sem que sejam estabelecidos os critérios objetivos da tomada de decisão, é sujeitar uma das partes ao arbítrio exclusivo da outra, podendo levar à necessidade imperiosa de revisão dos termos do contrato por desequilíbrio econômico financeiro.

Essa exigência deve ser reparada, pois o reajuste deve ser realizado automaticamente, sem a previsão de solicitações ou processo administrativo, devendo a demonstração analítica ser fornecida somente para a análise da sinistralidade e de verificação do equilíbrio econômico financeiro do contrato.

Com razão, em parte.

Ante os termos contidos na impugnação, proceder-se-á a alteração da redação do Edital e Anexos com a supressão da expressão "*parcial ou total*".

Por tais fundamentos, procede, em parte, a impugnação, no particular.

Provejo, parcialmente.

3.1.10 – Da Nota Técnica.

A Impugnante sustenta, que:

No contrato, cláusula terceira, parágrafo quinto, alínea "g", o órgão licitante exige que a vencedora mantenha os preços do contrato coletivo às contratações individuais levadas a efeito na hipótese de rescisão daquele contrato, o que merece ser impugnado, diante dos fatos das operadoras terem de registrar Nota Técnica para o produto individual, que somente permite variação de 30% (trinta por cento) do preço registrado, para mais ou para menos.

A manutenção dessa exigência certamente acarretará para a contratada prejuízo elevado em

virtude de possibilidade de atuação da Agência Nacional de Saúde por descumprimento da Nota Técnica.

Não se pode admitir que os termos de uma contratação administrativa lance a vencedora às margens da legislação, pelo que se pede retirar ou retificar o ponto aqui impugnado.

Com razão.

Ante os termos contidos na impugnação, proceder-se-á a alteração do item impugnado, com a supressão da seguinte redação: “... (nas condições de preços vigentes à época na empresa CONTRATADA).”

Por tais fundamentos, procede, em parte, a impugnação, no particular.

Provejo, parcialmente.

4. CONCLUSÃO.

Pelos fundamentos acima expostos **RESOLVE** a Pregoeira **conhecer** da Impugnação ao Edital, interposta pela **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, por tempestiva, e, no mérito, **provê-la, em parte**, nos termos da fundamentação supra e determinar que se providencie os ajustes necessários no Termo de Referência, no Edital e na Minuta Contratual.

Remeta-se cópia desta decisão, por meio eletrônico, à Impugnante, disponibilizando-a e publicando-a no sítio eletrônico deste Tribunal e no *licitacoes-e*.

Belo Horizonte, 27 de junho de 2013.

Áurea Coutens de Menezes
Pregoeira