

PE nº 7/2024

Pedido de Esclarecimento 4

1) Em relação à amplitude da cobertura, o Ente havia sinalizado que além dos procedimentos e eventos listados no Rol da ANS, a cobertura contratual abrangerá outras obrigações, a saber: (a) a remoção domiciliar, em caso de urgência e emergência, e (b) a cobertura nos moldes da lei 14.454/2022.

Quanto ao primeiro ponto:

a) Conforme informado na primeira peça, a RN 490/22, da ANS, “*dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência*”, não havendo previsão de cobertura de remoção em âmbito domiciliar, apenas inter-hospitalar, ou seja, de uma unidade hospitalar para outra.

Exigir a remoção em âmbito domiciliar, ainda mais em contratos com abrangências tão amplas, em todo o Estado ou até mesmo em todo o país, certamente poderá inviabilizar a participação das operadoras no certame, o que, por certo, não é o objetivo de um certame licitatório.

Desta forma, requer-se que o Ente confirme, mais uma vez, que o contrato a ser firmado em decorrência desta licitação não imporá à operadora contratada a obrigação de ofertar atendimento que não esteja previsto no rol da ANS.

RESPOSTA: Os procedimentos garantidos serão todos aqueles definidos no Edital, incluindo, portanto, a cobertura para remoção em âmbito domiciliar.

Em relação a este segundo ponto:

b) Queira o Ente confirmar que a cobertura somente terá cumprimento caso restem cumpridos os requisitos acrescidos pela mencionada lei no § 13, do art. 10, da lei 9.656/98.

RESPOSTA: Sim, o §13 do art. 10 da Lei 9.656/98 será observado.

2) Em relação ao público de demitidos/exonerados sem justa causa e aposentados, verifica-se que o Ente não respondeu a cada um dos itens questionados na primeira peça, razão pela qual se faz necessário que o Ente sinalize ciência e concordância quanto aos seguintes aspectos:

a) Que nos termos do art. 19 e art. 21, da RN 488/221, da ANS, o contrato

exclusivo de inativos possui condições de preços e de reajuste diferentes do contrato de ativos (pool de reajuste de contratos inativos, que é o mesmo índice aplicado a todos os contratos exclusivos de inativos da carteira da operadora), nos termos regulados pela norma mencionada.

RESPOSTA: Não haverá contrato exclusivo para inativos, conforme prática adotada no contrato vigente.

b) Que no momento do envio das propostas de preços, a operadora deverá enviar uma proposta específica com a tabela de preços dos valores a serem arcados pelos beneficiários inativos.

RESPOSTA: Não deverá ser enviada proposta específica para beneficiários inativos, uma vez que, como salientado na resposta anterior, não haverá contrato exclusivo para inativos.

c) Considerando que o edital não contempla a minuta contratual do referido contrato (salienta-se que por mais que a cobrança dos inativos seja realizada diretamente pela operadora aos beneficiários, a legislação da ANS exige que exista um contrato firmado pela pessoa jurídica contratante com os termos gerais do contrato exclusivo para inativos), que o Ente se valerá da minuta padrão utilizada pela operadora credenciada.

RESPOSTA: Não haverá contrato específico para inativos, tampouco cobrança realizada diretamente pela operadora aos beneficiários inativos. A minuta contratual a ser utilizada para todos os beneficiários (ativos e inativos) é aquela constante do Anexo IV do edital.

d) Que só há que se falar em direito de permanência no contrato de inativos, nos termos delineados pelos artigos 30 e 31, da lei 9.656/98, caso tenha havido contribuição por parte do beneficiário titular, ressalvando-se que, nos termos do 2º, I da RN 488, não são consideradas contribuições os valores relacionados aos dependentes e a coparticipação. Logo, em relação ao item 4.2.2 (p. 41) e cláusula quinta, parágrafo sexto (p. 128), se faz necessário ter havido contribuição para a permanência do dependente em caso de óbito do titular.

RESPOSTA: Não se aplica.

Conforme respondido anteriormente, os magistrados e servidores, ativos e inativos, são considerados Beneficiários Titulares, bem como os pensionistas cônjuges.

Assim, todas as regras contratuais válidas para magistrados e servidores ativos serão igualmente aplicadas aos aposentados, não havendo necessidade de contratos separados.

3) Em relação à coparticipação para internação psiquiátrica, na resposta à peça anterior, o Ente sinalizou que *“entende que deve ser um valor fixo, para que não se tenha discrepâncias nos valores apresentados pela operadora vencedora, após a assinatura do contrato. Além disso, ao informar, no Edital, o valor fixo para a coparticipação nas internações psiquiátricas, permite-se que todas as operadoras interessadas no certame possam realizar seus cálculos atuariais para a precificação do produto a ser ofertado”*.

Todavia, justamente pelo fato de as internações psiquiátricas envolverem particulares próprias que as diferenciam das demais internações, é que a ANS permite, de forma pertinente, que a cobrança de coparticipação em tais situações seja realizada de forma diferenciada.

Com a devida vênia, não há como ser efetuado um cálculo atuarial para o valor da coparticipação psiquiátrica em este sendo limitado ao *“valor igual ao estabelecido neste Contrato para coparticipação em consultas em pronto atendimento”*.

Afinal de contas, a operadora sabe, de antemão, qual o custo terá que arcar junto ao prestador referente a cada consulta realizada em pronto atendimento.

No entanto, é simplesmente inviável referenciar este parâmetro com o de uma internação psiquiátrica.

Vale reforçar que a ANS, por meio do art. 19, II, “a” e “b”, da RN 465/212, estabelece que a cobrança poderá ser de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde, em caso de internações que superem o período de trinta dias, contínuos ou não, por ano de contrato.

Dessa forma, este questionamento é apresentado no intuito de requerer que o Ente confirme que a operadora contratada poderá efetuar a cobrança de coparticipação de internação psiquiátrica observando-se a métrica de valores estabelecida pela ANS.

RESPOSTA: A coparticipação de internação psiquiátrica não poderá ser de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador, pois este valor não é passível de verificação e será diferente entre as diversas operadoras.

Como o atuário tem ciência do valor da diária da internação psiquiátrica da operadora e, também, do valor que será cobrado a título de coparticipação segundo o Edital, será possível precificar a mensalidade.

Portanto, ao se determinar um valor fixo nesta coparticipação, tem-se um Edital claro, que viabiliza a realização dos cálculos atuariais e a precificação do produto por todos os interessados, em condições de igualdade.

4) No mesmo sentido do questionamento anterior, é válido reforçar que não existe vedação na legislação da ANS para o estabelecimento de coparticipação em caso de internação.

Desta forma, requer-se que o Ente confirme, em relação à previsão contida no item 4.5.3.1, “c” (p. 51) e cláusula 2.1, “d” (p. 112), que será admitida a cobrança de coparticipação para atendimento em hospital-dia para transtornos mentais.

RESPOSTA: Conforme respondido anteriormente, não será admitida cobrança de coparticipação para atendimento em hospital-dia para transtornos mentais.

O Edital contém informações claras, que permitem a realização dos cálculos atuariais sem considerar a receita de coparticipação para atendimento em hospital-dia.

5) Ainda em relação à coparticipação, é importante salientar, mais uma vez, que a oferta de produto com coparticipação ampla apresenta vantagens significativas para o contrato, se comparados com o contrato com coparticipação apenas para consultas eletivas e em pronto socorro (itens 5.3.6, p. 73, 11.2.1, p. 86-87 e cláusula primeira, parágrafos segundo e terceiro, “c”, p. 108), tendo em vista que implica em valores de mensalidades menores, além de colaborar para a necessidade de percentuais de reajuste menores, nos momentos de renovação contratual, tendo em vista que a coparticipação é um mecanismo que favorece o uso moderado do plano de saúde.

Diante desse cenário, queira o Ente confirmar que irá permitir a oferta de plano coparticipativo não somente para consultas, mas também para todo e qualquer exame, procedimento e/ou internação.

RESPOSTA: Como respondido anteriormente, não haverá cobrança de coparticipação além das previstas no Edital.

Há informações claras no Edital que permitem a realização dos cálculos atuariais sem considerar a receita de coparticipação para realização de exames, procedimentos e internações não psiquiátricas.

6) Para que a operadora possa realizar a devida precificação, é imperioso insistir no questionamento acerca da eventual alteração da lista dos exames laboratoriais prevista no item 4.6.3.2 (p. 57) e cláusula 4.3, “d” (p. 115). Queira o Ente confirmar que eventuais alterações deverão ser solicitadas junto a contratada para acréscimos de cobertura e apenas será alterado havendo comum acordo, visto que se trata de serviço que tem impacto na precificação ofertada. E ainda, queira o Ente informar qual critério será utilizado para alteração na listagem de exames periódicos cobertos.

RESPOSTA: A cobertura dos exames laboratoriais relativos aos exames médicos periódicos é obrigatória e seguirá critérios do Contratante, sempre observando as boas práticas médicas e de saúde ocupacional.

Eventuais alterações ou acréscimos que porventura sejam realizados na referida lista de exames ficarão a critério do Contratante, que comunicará a Contratada, buscando o comum acordo.

Importante lembrar que tais exames já estão contemplados no rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde ofertado, não se tratando de procedimentos novos ou desconhecidos.

7) Quanto à movimentação de exclusão de beneficiário, descrita no item 4.8.6 (p. 68), o retorno apresentado pelo Ente na primeira peça expõe a operadora a riscos de multa perante a ANS.

É que, conforme salientado, nos termos da RN 561/223, da ANS, caso a exclusão decorra de solicitação do próprio beneficiário, ela deverá ter efeito imediato, a partir da ciência da operadora quanto ao pedido, de forma que, se a operadora não seguir a referida determinação, a ANS pode instaurar processo administrativo visando aplicar multa por descumprimento da legislação.

Por tais motivos, solicita-se que o Ente confirme ciência e concordância quanto à necessidade de o contrato advindo desta licitação ter que observar as disposições da RN 561.

RESPOSTA: O Tribunal confirma que será observado o artigo 7º da RN 561/22 da ANS, nas situações de exclusão decorrentes de solicitação do beneficiário.

8) No primeiro retorno, o Ente sinalizou que apenas para internações e procedimento de alta complexidade é que deverá ser exigida autorização prévia.

Todavia, conforme sinalizado, a disposição contida no item 4.8.11 (p. 69) e cláusula sexta (p. 130) está em dissonância com a regulamentação da ANS.

É que a Resolução CONSU 8/984 veda a utilização de mecanismos de regulação, tais como autorização prévia, exclusivamente em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.

Assim, em se tratando de atendimento eletivo, é assegurado à operadora exigir a emissão de guia previamente autorizada como condição para que o beneficiário obtenha o atendimento junto à rede de prestadores.

Dessa forma, requer-se que o Ente assinale ciência e concordância quanto à possibilidade de a operadora contratada exigir guia previamente autorizada para atendimentos eletivos de forma geral, e não exclusivamente para internações e procedimentos de alta complexidade.

RESPOSTA: Conforme respondido anteriormente, a autorização prévia deverá ser exigida pela operadora apenas para internações e Procedimentos de Alta Complexidade.

9) O primeiro retorno do Ente quanto ao item 12.3 (p. 92) não levou em conta as disposições do art. 17, § 4º, da lei 9.656/98 que admite que, excepcionalmente, mediante autorização prévia da ANS, o redimensionamento da rede hospitalar por redução, hipótese em que os serviços do prestador excluído são absorvidos por prestador já integrante da rede, sem a substituição de outro prestador.

Assim, se revela imprescindível que o Ente sinalize ciência e concordância em relação a esta excepcional possibilidade.

RESPOSTA: O Tribunal confirma que será observado o artigo 17, § 4º, da Lei 9.656/98, desde que respeitada a quantidade mínima de credenciados exigida no Edital, durante toda a vigência do contrato.

10) Quanto à cobertura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos em razão de imperativo clínico, item 2.1, “f” (p. 112), na resposta à peça anterior, o Ente sinalizou que *“Dessa forma, os honorários do cirurgião dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos assegurados pelo plano hospitalar com obstetrícia deverão ser cobertos integralmente pela operadora vencedora do certame”*.

Todavia, com a devida vênia, verifica-se que o retorno acima está em desacordo com a legislação da ANS.

É que o art. 19, § 1º, II, da RN 465/21, abaixo destacado, estabelece que:

“Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

[...]

IX - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

[...]

§1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência”.

Por tais motivos, se faz necessário insistir na solicitação para que o Ente confirme, nos termos da norma acima transcrita, que os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar aqui contratada.

É importante que seja confirmado, para evitar quaisquer interpretações em sentido contrário, que não haverá prestação de serviços exclusivamente vinculados a plano

odontológico.

RESPOSTA: Por meio da análise do referido normativo, conclui-se que o plano hospitalar com obstetrícia, objeto do presente procedimento licitatório, deve assegurar a cobertura para os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, além de assegurar estrutura hospitalar e equipe de saúde especializada para a realização de procedimentos odontológicos que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar. Não está incluída a cobertura dos honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos nos procedimentos odontológicos que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar (conforme art. 19, §1º, II, da Res. 465/2021 ANS).

11) Requer-se ao Ente a revisão do item 4.8.4.1 (p. 62), a fim de restar confirmado que havendo a rescisão contratual, a operadora deverá arcar com a conta hospitalar do beneficiário internado proporcionalmente até a data da rescisão contratual, momento a partir do qual caberá o custeio do restante da conta à nova operadora contratada, ao ente contratante ou ao próprio beneficiário, mas não à operadora cujo contrato restou rescindido.

RESPOSTA: Como esclarecido anteriormente, a operadora deverá assegurar, na hipótese do referido item, a assistência ao beneficiário internado até a sua alta hospitalar prescrita pelo médico assistente.

Reafirma-se que caberá à operadora cujo contrato restou rescindido arcar com o custeio da conta hospitalar do beneficiário internado até sua alta, sendo permitido cobrar diretamente deste beneficiário as mensalidades do plano de saúde, desde que sejam mantidas as condições contratuais originais.

12) Em relação ao reajuste, o Ente realizou uma alteração parcial do primeiro edital, para assinalar que será aplicado o índice IPCA na hipótese de a sinistralidade ficar abaixo da meta.

Todavia, em relação à meta, estabelecida em 80%, requer-se que o percentual seja revisto, reduzindo-o para 75%, já que além de arcar com as despesas assistenciais, a operadora deve suportar diversos outros custos, incluindo-se tributos.

Assim, requer-se que a sinistralidade meta descrita no item 8.1, "a" e "b" (p. 81) seja de 75% (setenta e cinco por cento).

RESPOSTA: A meta de sinistralidade será mantida em 80% (oitenta por cento) para a presente contratação, nos termos do Edital, pelos motivos detalhadamente apresentados anteriormente.

Cabe ressaltar que a sinistralidade de 80% está abaixo das últimas sinistralidades do mercado de saúde suplementar, publicadas no sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Reafirma-se, ainda, que, com base no art. 124, II, "d" da lei 14.133/2021, os reajustes não interferem no direito das partes de solicitar, a qualquer tempo, o restabelecimento do equilíbrio econômico dos contratos em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis que inviabilizem a execução do contrato.

13) Em relação à efetiva aplicação do reajuste (item 8.1, p. 87), ciente o Ente que a RN 557 da ANS veda a aplicação de reajuste em período inferior a doze meses da vigência inicial, razão pela qual não poderá o contrato sofrer reajuste em janeiro de 2025, já que a vigência será posterior a abril/maio de 2024?

RESPOSTA: *Este Tribunal está ciente do teor do art. 25 da Resolução Normativa n. 557 da ANS, segundo o qual “[n]enhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 28 desta resolução”.*

14) Quanto às carências, o Ente fez um pequeno ajuste, em relação ao primeiro edital, quanto à possibilidade de sua exigência em relação ao plano 2, mas ainda assim entende-se que novos ajustes precisam ser realizados.

É imprescindível se ter em mente que as regras estabelecidas pela ANS visam evitar oportunismos inapropriados por parte de alguns beneficiários.

Vale dizer, no contrato decorrente desta licitação, todo o público que aderir: (a) nos primeiros trinta dias da celebração do contrato; (b) nos primeiros trinta dias após a posse no cargo, em caso de novos servidores públicos; e (c) até trinta dias do evento que permitiu a inclusão, para os dependentes, a exemplo de casamento, para o cônjuge, implicam na isenção de carências.

Todavia, caso um novo beneficiário, já vinculado à pessoa jurídica contratante há anos, venha a solicitar a inclusão bem depois da celebração do contrato, é alta a possibilidade de que a solicitação seja motivada por necessidade de uso imediato, sendo que o instituto da carência foi criado justamente para coibir tais atitudes.

E caso o beneficiário estivesse incluído em outro plano de saúde, existem regras específicas da ANS para assegurar a portabilidade de carências.

Ou seja, ao permitir que as regras de carências da ANS sejam aplicadas, o Ente não prejudicará o corpo de beneficiários, titulares e dependentes, que realizarem a solicitação de ingresso em tempo oportuno.

Dessa forma, é válido insistir, novamente, nas regras estabelecidas pelo art. 6º5, da RN 557/22, da ANS, que estabelece a isenção de carências tem cabimento quando preenchido dois critérios simultâneos:

(1º) O contrato contar com trinta ou mais beneficiário no momento da nova inclusão; e

(2º) A solicitação para inclusão ocorrer no período máximo de trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação do beneficiário à Contratante.

Diante disso, sob pena de inviabilizar o resultado econômico-financeiro, requer-se que o Ente confirme que se não restarem preenchidos os dois critérios acima, será possível a

imposição de carências, nos termos e limites contidos no art. 12, V6, da lei 9.656/98.

RESPOSTA: Pelos motivos expostos anteriormente, serão mantidas no Edital as disposições relativas a carências e migração entre planos.

Vale lembrar que as regras estabelecidas pela ANS e pela Lei 9.656/1998 em relação a esse tema são normas dispositivas, que permitem às partes contratantes estabelecerem exigências diversas, que favoreçam os beneficiários dos planos de saúde.

15) Tendo por base a mesma fundamentação acima, entende-se oportuno que o Ente revise o item 4.9.7 (p. 68, repetido na p. 125).

Ou seja, considerando que admita a aplicabilidade dos mesmos critérios descritos no questionamento anterior para a imposição de cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões preexistentes (DLP), de forma que a operadora contratar poderá exigir o preenchimento de declaração de saúde e impor CPT para DLP, nos termos disciplinados pelo art. 7º, da RN 557/227, e da RN 558/228.

RESPOSTA: As regras estabelecidas pela ANS e pela Lei 9.656/1998 em relação à imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são normas dispositivas, que permitem às partes contratantes estabelecerem exigências diversas das estabelecidas nesses normativos.

Assim, reafirma-se que não será admitida qualquer imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Destaca-se que a maioria dos beneficiários em tela já possui plano de saúde médico-hospitalar, ofertado por meio deste Tribunal desde 1996.

16) Em razão de eventuais respostas aos pedidos de esclarecimentos que porventura impliquem na necessidade de alteração da redação da minuta do edital e/ou de seus anexos, queira o Ente confirmar que irá proceder a tais ajustes.

RESPOSTA: Não há respostas aos pedidos de esclarecimentos que impliquem alterações na redação do Edital e seus anexos.