



PROCESSO N.º 01.018889.21.06

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRADAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS).

ASSUNTO: Pedido de esclarecimento

Conforme informações prestadas pela Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado – DGSA, da Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado, segue abaixo resposta do pedido de esclarecimento encaminhado:

1º Questionamento:

Nos casos de inexistência ou indisponibilidade de prestador e da acomodação contratada, ciente o ente de que a operadora atuará nos termos do que preconiza a ANS, mais especificamente, a RN 259, a qual trata da garantia de atendimento aos beneficiários?

Resposta

Sim. Ciente.

2º Questionamento:

O Ente está ciente de que na hipótese de inclusão de beneficiário após os prazos contidos na RN 195, conforme abaixo, podem ser imputadas as eventuais CPT's?

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.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Resposta

Os prazos e hipóteses para as inclusões estão descritas nos subitens 9.2 a 9.7 do Projeto Básico, Anexo I do edital, as inclusões realizadas fora dos prazos estabelecidos nos subitens deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.

3º Questionamento:

Diante da ausência da previsão no Edital, cabe ressaltar que, ainda que o contrato não possua menos de 100 (cem) beneficiários quando de sua assinatura, a ANS obriga implementá-lo com as disposições da RN 309, pois com base no princípio da informação, da boa-fé e da probidade, as Partes devem estar devidamente informadas sobre a possibilidade do reajuste pelo pool de risco das operadoras.

Em outubro de 2012 a Agência Nacional de Saúde publicou a Resolução Normativa nº 309/2012. Referida Resolução determina:

“Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.”

Pela leitura dos dispositivos acima transcritos, verifica-se que, qualquer que seja a Operadora vencedora do certame, na eventualidade de estarem vinculados ao contrato menos de 30 beneficiários, a Contratada estará obrigada a fazer incidir sobre o ele o percentual de reajuste calculado para incidência em todos os seus contratos com menos de 30 beneficiários.

Caso esta regra não seja observada, estará a Operadora Contratada sujeita a aplicação de multa no valor de R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais), conforme previsão contida do art. 61-D da RN nº 124/06, veja:

“Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento: Sanção - multa de R\$ 45.000,00”

Ainda que a previsão de ingresso no contrato seja muito maior do que cem beneficiários, ciente o ente quanto à previsão acima descrita, da lavra da Agência Nacional de Saúde Suplementar?

Resposta

Ciente.

4º Questionamento:

Cientifica-se o Ente de que, nos casos dos relatórios e dados a serem emitidos/fornecidos pelas operadoras sobre a utilização deste contrato, estas estão de acordo com a classificação delas como controladoras, frente a LGPD, cabendo-lhes assim, os ônus e responsabilidades pelo enquadramento das bases legais (inclusive quando se faça necessário o consentimento), efetivação dos direitos dos titulares, garantido às operadoras de planos de saúde que, em relação a estes, serão operadoras de dados, de que todas as formalidades legais e garantias estão sendo cumpridos e de que este tratamento se dá e se dará, nos termos da legislação vigente.

Deve-se ponderar também, que, as regras contidas no Edital e no contrato não limitam as atividades em que as operadoras são controladoras de dados, observando-se a complexidade do Sistema de Saúde neste quesito. Assim, ao mesmo tempo em que a operadora de plano de saúde pode ser unicamente operadora de dados – nos casos de emissão de relatórios, por exemplo - é controladora em outras atividades, cabendo-lhe os ônus legais aplicáveis aos agentes assim classificados, nos termos da lei, não podendo ser, os tratamentos, limitados pelos contratantes, sob pena de prejuízo às suas atividades mais corriqueiras, tais como auditorias, auditorias de contas, glosas de serviços, auditorias de segurança e confiabilidade de sistemas, auditorias de prontuários, análises econômico-financeiras, projeções, orçamentos, execução de contratos com prestadores de serviços da rede e outras Unimed's, comunicação de dados à ANS, Ministério da Saúde e tantos outros, sendo estes meros exemplos.



Resposta

Esclarecemos que para a execução do objeto, deverão ser observadas as definições da Lei 13.709/18, contudo, não resta impedida a celebração posterior de Termo Aditivo entre o MBH e a operadora credenciada para ajustes e adequações às especificidades dos dados inerentes ao objeto, como vem sendo tratada com todos os contratos e convênios atualmente vigentes no município, conforme orientação constante no Ofício Circular Conjunto PGM/CTGM nº 001/2020 de 27 de agosto de 2020.

5º Questionamento:

Está ciente o Ente, de que as autorizações e as juntas médicas serão realizadas nos prazos descritos da RN 259, observando-se ainda as particularidades da RN 424?

Resposta

Ciente. Os prazos deverão respeitar as normas vigentes da ANS.

6º Questionamento:

O Ente, se está ciente que o redimensionamento de rede, a Operadora seguirá exclusivamente o artigo 17 da Lei 9.656/98, considerando que é um procedimento regulado por lei e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, dando-se ciência ao contratante?

Resposta

Ciente.

7º Questionamento:

Considerando que a atuação da Gestora, no entender desta operadora acerca do Edital, não se limita à gestão de margem de consignação, existindo também intermediação das credenciadas e beneficiários junto ao Município e demais contratantes e ainda, análise de dados e informações para as contratantes dos planos de saúde ofertados pela credenciada, aproximando-se da figura da administradora de benefícios (prestadora), nos termos da RN 196, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e que se pode entrever, a preocupação da autarquia, dentre outras coisas, com a presença de operadora e administradora do mesmo grupo econômico no mesmo negócio jurídico, para que não haja conflito de interesses, uma vez que a administradora presta serviços para uma pessoa jurídica, em prol dela e do contingente de beneficiários que lhe é vinculado.

Considerando que, a despeito de não se tratar formalmente de administradora, mas existindo a possibilidade de risco de conflito de interesses e de risco para a segurança da informação negocial das operadoras credenciadas;

Considerando que os dados de identificação de beneficiários e seus dados de contatos, se cedidos a operadoras concorrentes, podem acarretar prejuízos para as credenciadas.

Considerando que a Gestora se utilizará de dados de várias operadoras credenciadas e, isto pode favorecer vazamentos, compartilhamentos indevidos, prejudiciais aos titulares de dados e às operadoras credenciadas;

Considerando que as Credenciadas possuem informações e dados, gravados por segredo comercial e de negócio e protegidos pela legislação nacional, nos termos da Constituição Federal, Lei de Propriedade Industrial, Lei de Defesa da Concorrência?

- (a) Pedimos que o Ente responda, observando-se as ponderações efetuadas acima se a Gestora atualmente contratada e se eventual Gestora contratada em procedimento licitatório ou outro processo, conforme opção da Prefeitura de Belo Horizonte: (i) são operadoras de plano de saúde, administradoras de benefícios ou corretoras; (ii) se, independentemente da questão anterior, compõem ou compõem grupos econômicos de fato ou de direito, com operadoras de planos de saúde, credenciadas ou não no presente certame; (iii) se a Gestora atual ou a eventualmente contratada para substituí-la poderão ter conflitos de interesses com as operadoras credenciadas pela Prefeitura, especialmente os destacados nos considerandos deste questionamento;



Resposta: A premissa para adesão ao Plano de Saúde da PBH é que exista disponibilidade de margem consignada conforme Decreto Municipal 14.270/2011. Diante desta legislação e ainda da necessidade de modernizar a gestão da carteira de beneficiários do plano, as atividades da Gestora proporcionarão aumento da eficiência e eficácia da gestão do plano de saúde da PBH. A sistematização do processo operacional do plano permite ao gestor adotar controles dos dados da operação, implantar indicadores e metas, implantar e monitorar políticas que visem a qualidade da assistência à saúde complementar dos agentes públicos envolvidos, gerir de forma sistêmica os custos dos contratos. Por fim, promover gestão qualitativa (com foco no agente público) e econômica financeira (com foco na qualidade do gasto público) do plano de saúde por meio de indicadores dos resultados estratégicos, administrativos e financeiros.

A prestação de serviço da empresa gestora não se confunde com atividade regulamentada pela ANS como de “Administradora de Benefício”, nos termos da Resolução Normativa RN 196 de 14 de julho de 2009. Deve-se observar que o próprio Chamamento Público para o credenciamento de operadoras de planos de saúde e odontológicos, por si só, dispensa a principal atividade realizada pelas Administradoras de Benefício, qual seja, “contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar”.

A atuação da gestora envolve a oferta de sistema para o processamento das adesões e movimentação de planos de saúde e a gestão das informações quanto aos valores do custeio desses planos para o correto processamento em folha de pagamento do MBH, este serviço não se confunde com as atividades de Administradora de Benefícios, tampouco com a atuação das operadoras.

Cabe ainda ressaltar que a contratação da gestora estará sujeita às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei 13.709/18.

(b) Qual sistema usa a Gestora para que se avalie o interfaceamento? Isso deverá se dar a qualquer custo? Em que prazo?

Resposta: A atual gestora contratada é a empresa Zetrasoft, cujo sistema de processamento das adesões de plano é o SGB.

(c) Todas as entidades se utilizarão dos serviços da Gestora definida pela PBH?

Resposta: Sim.

(d) O reajuste do pacto ajustado entre Gestora e operadora credenciada é negociado livremente entre elas?

Resposta: Não, os valores a serem cobrados pela gestora estão definidos em contrato entre Gestora e MBH, desse modo a alteração/revisão destes valores carece de negociação prévia e anuência do MBH, nos termos do referido contrato.

(e) O órgão será responsável pela fiscalização das atividades da Gestora?

Resposta: Sim.

O órgão responderá pelos eventuais prejuízos causados pela Gestora, seja perante o beneficiário seja perante a operadora?

Resposta: Não, mas fará a fiscalização e apuração das responsabilidades.

(f) Em quais casos as Partes poderão solicitar a substituição da Gestora?

Resposta: A contratação dos serviços necessários à administração, bem como eventuais suspensões e cancelamentos de contrato são atribuições da administração, não cabendo às operadoras credenciadas essa competência.

8º Questionamento:

Nos itens que tratam de rede mínima – 11.3, b e c – a Prefeitura relaciona algumas especialidades médicas e “doenças respiratórias”, o que não se constitui em especialidade, nos termos das regulamentações do CFM. O ente está ciente, portanto, de que com esta disposição, entende-se que as unidades deverão ter pronto atendimento capazes de atender pacientes com queixas respiratórias, mas na condição de pronto atendimento?

Resposta

Ciente.

9º Questionamento:

Como descritivo de estrutura, o Ente está ciente de que será apresentada, por via eletrônica, a rede da operadora conforme registrado na ANS?

Resposta

No momento da formalização da contratação e de acordo com o item 15. Da Formalização da Contratação, do Edital de Chamamento Público, a Adjudicatária deverá apresentar (que poderão ser por meios eletrônicos): “registro dos planos apresentados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, contendo as características definidas no Anexo I – Projeto Básico”; “comprovação da rede de atendimento de acordo com o plano ofertado, conforme subitem 11.3 do Edital, por meio de registro do(s) plano(s) na ANS e descritivo detalhado da rede por plano”; e “para os planos de Saúde da Família (Plano 3 e Plano 4), registro do plano ou documento equivalente que garanta o funcionamento do modelo conforme descrito no subitem 5.6 do Anexo I – Projeto Básico”. Ressaltamos que o cumprimento desses requisitos deverá estar em concordância com as demais disposições e regras estabelecidas no Edital de Chamamento Público e demais anexos.

Além disso, para os Planos 3 e 4 (Saúde da Família), conforme item 5. Tipos de Planos/Seguros, subitem 5.6., alínea 5.6.2., do ANEXO I - PROJETO BÁSICO, “Por tratar-se de uma modalidade de organização do cuidado apenas recentemente introduzida na saúde suplementar, será exigida das empresas credenciadas para estes planos o registro do mesmo, em até 60 (sessenta) dias após o prazo final do Credenciamento. Caso a credenciada opte por não fazer o registro, faz-se necessário apresentar documento validado pela ANS que garanta o funcionamento do modelo nos moldes anteriormente descritos, sem risco de descontinuidade”. Ressaltamos que o cumprimento desses requisitos deverá estar em concordância com as demais disposições e regras estabelecidas no Edital de Chamamento Público e demais anexos.

10º Questionamento:

Observando-se que, é imprescindível que as obrigações pactuadas entre as Partes tenham data de vencimento de suas obrigações, especialmente as de pagamento, queira o ente esclarecer quais são os vencimentos (datas) das obrigações de pagamento dos seguintes eventos:

(a) pagamento pela PBH do subsídio;

Resposta: *Nos termos da Cláusula Décima: Das Condições De Faturamento/Pagamento da minuta de contrato, anexos XI e XII do edital.*

(b) pagamento das verbas consignadas;

Resposta: *Nos termos da Cláusula Décima: Das Condições De Faturamento/Pagamento da minuta de contrato, anexos XI e XII do edital.*

(c) pagamento dos boletos emitidos pelas operadoras credenciadas;

Resposta: *Os beneficiários terão o prazo de até 60 dias para quitação dos boletos.*

(d) pagamento das verbas inadimplidas pelos beneficiários, assumidas pelas contratantes.

Resposta: *Após a devida comprovação por parte da operadora quanto ao subitem 9.29, relativo aos inadimplentes em prazo superior a 60 dias.*



E queira o ente disciplinar qual o critério de compensação por prejuízos de mora por parte do ente, nos termos da Lei 8.666/93? Seria os encargos de 2% e 1%, nos termos da IN 23, da ANS?

Resposta: *É certo que o direito do contratado não será lesado. Nos casos em que ocorrer qualquer atraso no pagamento, por parte do Poder Público Municipal, este será tratado em conformidade com a legislação vigente.*

Como o edital e o contrato são elaborados unilateralmente pela Administração - conforme dispõe o art. 40 e seus §§, da Lei nº 8.666/93 - ao qual o licitante adere com a apresentação da proposta, não é obrigatório que sejam estabelecidas penalidades contra a Administração.

A não inserção de cláusula sancionatória aplicável, não quer dizer que a Administração Pública Municipal poderá atrasar pagamentos, sem arcar com multas e atualizações financeiras aos fornecedores/prestadores de serviços contratados, não implicando inadimplência da Administração Pública, eis que esta se submete às normas sancionatórias do direito público, notadamente as previstas na Lei de Licitação e Contratos Administrativos.

11º Questionamento:

O Ente está ciente que dentro dos limites das normas da ANS, pode ser exigida coparticipação psiquiátrica, após o 30º dia de internação - consecutivos ou não em um período anual, onde as operadoras podem fixar em 50% (cinquenta por cento) dos valores pactuados pelos prestadores e faturados, em virtude da prestação de serviços?

Resposta

Ciente, dentro dos limites das normas estabelecidas pela ANS.

Original Assinado
Comissão Permanente de Licitação