



**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:**

O item 11.3 “a” do Edital, quando trata da PROPOSTA DE PREÇOS disciplina o seguinte:

*“11.3. Juntamente com a proposta de preços, sob pena de desclassificação, o licitante deverá apresentar:*

*a) Declaração que possui Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) igual ou superior a 0,75, para as operadoras de planos de saúde ambulatorial e/ou hospitalar, e igual ou superior a 0,65, para as operadoras de planos odontológicos, conforme resultados do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), ano-base 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).”*

Esclareça-se que no site oficial da ANS já foi divulgado o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2020, relativo ao ano base 2019, deste modo questiona-se: Mantém a exigência com relação a apresentação declaração do IDSS relativo ao ano base 2018? Ou será preciso apresentar a declaração mais recente IDSS 2020 relativa ao ano base 2019?

**Resposta:**

Conforme retificação do edital, publicada no DOM em 21/04/2021, (vide link <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1243277>):

*“A Diretoria Central de Compras, torna público para conhecimento dos interessados, as seguintes retificações ao Edital supracitado:*

*Onde se lê:*

*a) Declaração que possui Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) igual ou superior a 0,75, para as operadoras de planos de saúde ambulatorial e/ou hospitalar, e igual ou superior a 0,65, para as operadoras de planos odontológicos, conforme resultados do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), ano-base 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

*Leia-se:*

*a) Declaração que possui Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) igual ou superior a 0,75, para as operadoras de planos de saúde ambulatorial e/ou hospitalar, e igual ou superior a 0,65, para as operadoras de planos odontológicos, conforme resultados do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) 2020, ano-base 2019, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

*Ficam ratificadas todas as demais cláusulas do edital e de seus anexos, mantida inclusive a data de abertura originalmente agendada, uma vez que as alterações promovidas inquestionavelmente não afetam a formulação das propostas, conforme disposto no parágrafo 4º do art. 21 da Lei 8.666 93.”[grifo nosso]*

Desta forma, deverá ser apresentada declaração quanto ao IDSS 2020, relativo ao ano base 2019.

**2º Questionamento:**

O item 11.3, alíneas “b, c e d” do Edital, quando trata da PROPOSTA DE PREÇOS disciplina o seguinte:

*b) Declaração descritiva que possui Rede Preferencial contendo, minimamente, 03 (três) ou mais hospitais gerais somando, no mínimo, 330 (trezentos e trinta) leitos, 01 (um) hospital pediátrico, 02 (dois) hospitais maternidade, 01 (um) hospital psiquiátrico, 02 (duas) unidades de pronto atendimento com, ao menos, uma com plantão 24 (vinte e quatro) horas de cardiologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, doenças respiratórias,*



análises clínicas e radiologia, 02 (duas) unidades de pronto atendimento pediátrico, 01 (uma) unidade de pronto atendimento oftalmológico para os planos assinalados como rede preferencial no item 5.4 do Anexo I.

c) Declaração Descritiva que possui Rede Ampla contendo, minimamente, 06 (seis) ou mais hospitais gerais somando 660 (seiscentos e sessenta) leitos, 01 (um) hospital pediátrico, 02 (dois) hospitais maternidade, 01 (um) hospital psiquiátrico, 05 (cinco) unidades de pronto atendimento com, ao menos, uma com plantão 24 (vinte e quatro) horas de cardiologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, doenças respiratórias, análises clínica e radiologia, 03 (três) unidades de pronto atendimento pediátrico, 01 (uma) unidade de pronto atendimento oftalmológico para os planos assinalados como rede ampla no item 5.4 do Anexo I.

d) Ao menos uma unidade própria para atendimento, além da rede preferencial mínima, explicitada na alínea “b” do item 11.3 deste Edital, para as PROPONENTES que optarem por Planos de Saúde da Família (planos 3 e 4)

Nenhuma das declarações acima exigidas trata dos planos odontológicos, questiona-se: Há alguma exigência com relação a Operadoras de planos odontológicos no que atine as declarações exigidas pelo item 11.3, alíneas “b, c e d”? As prestadoras de serviços odontológicos estão dispensadas da apresentação das declarações previstas no item 11.3, alíneas “b, c e d”?

**Resposta:**

Conforme registrado pela Agência Nacional de Saúde – ANS (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial#sthash.rtydBzSm.dpuf>), “a Cobertura Exclusivamente Odontológica é uma segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos realizados em ambiente ambulatorial solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”.

O edital deve ser interpretado em consonância com as normas específicas aplicáveis ao tema. Nesse sentido, cumpre esclarecer que nos termos do regulamento supramencionado, a exigência quanto às declarações constantes das alíneas “b”, “c” e “d”, do item 11.3, do instrumento convocatório, não se aplica para o Plano 6 - Odontológico.

**3º Questionamento:**

Os itens 15.2 e 15.3 do Anexo I – Projeto Básico do Edital, no que se refere às OBRIGAÇÕES E REMUNERAÇÃO DA GESTORA, assim prevê:

15.2. A Credenciada ficará obrigada a remunerar a Gestora, sendo o valor do pagamento calculado por linha, onde cada vida, em cada plano (de saúde e odontológico) é considerada uma nova linha.

15.3. O valor a pagar por linha será definido após celebração de contrato entre o MBH e a empresa gestora contratada.

15.3.1. O valor atualmente pago para remuneração do serviço da gestora é R\$ 3,10 (três reais e dez centavos) por linha (nos termos do subitem 15.2), podendo ser alterado após conclusão de processo licitatório para a contratação da gestora.

A Credenciada ficará obrigada a remunerar a Gestora, a qual será responsável pela operacionalização dos planos de saúde e intermediação das credenciadas com o Município e os agentes públicos. O valor a pagar por linha (beneficiário) será definido após celebração de contrato entre o MBH e a empresa gestora contratada, sendo que o valor atualmente pago para remuneração do serviço da gestora é R\$ 3,10 (três reais e dez centavos) por linha, podendo ser alterado após conclusão de processo licitatório para a contratação da gestora. Veja que a remuneração paga pela Credenciada à Gestora por linha, reflete e impacta diretamente na proposta de preços a ser apresentada no credenciamento.



Diante do exposto questiona-se:

Suponha que após a conclusão do processo o valor pago por linha seja alterado para R\$ 6,00 (seis reais), por exemplo, tal valor impactará diretamente na proposta apresentada pela Credenciada. Sendo assim, o valor atualmente pago (R\$ 3,10) pode ser considerado o valor máximo por linha a ser pago à Gestora?

Caso não o valor por linha seja alterado para montante superior ao previsto no Anexo I do Edital (item 15.3.1), atualmente pago, a Credenciada terá direito ao reequilíbrio contratual?

Resposta:

Conforme consta do edital, está em curso processo licitatório para prosseguimento da prestação de serviços atualmente prestados pela gestora contratada.

Também consta do edital o valor pago atualmente para remuneração à gestora, conforme indicado no subitem 15.3.1 do anexo I, Projeto Básico: “O valor atualmente pago para remuneração do serviço da gestora é R\$ 3,10 (três reais e dez centavos) por linha (nos termos do subitem 15.2)...”

No mercado de saúde suplementar é comum a presença de alguma empresa para intermediar a gestão da carteira do plano de saúde junto às operadoras/seguradoras. No âmbito da contratação do MBH, essas atividades envolvem a oferta do atendimento, processamento de adesões e movimentação e gestão das informações para lançamento de desconto em folha, e demais atividades estão descritas no subitem 15.1 e 15.6 do Projeto Básico. Esses valores já devem ser considerados pelas operadoras/seguradoras para sua precificação de prêmios. Desta forma, o custeio com a execução dos serviços da gestora será arcado pelas operadoras usuárias do sistema da gestora de acordo com a natureza da operação do plano de saúde e da quantidade de processamentos.

Através dos resultados da carteira atual, dos contratos vigentes e das pesquisas de mercado realizadas para a elaboração do termo de referência do Chamamento Público podemos afirmar que os valores máximos desse processo já possibilitam contemplar estes custos de acordo com a estratégia de cada operadora.

É sabido que os valores destinados à remuneração de serviços de intermediação e gestão compõem custos apurados pelas operadoras.

Quanto ao reajuste e reequilíbrio econômico financeiro, deve-se observar o disposto na minuta de contrato, anexos XI e XII do edital.

*Original Assinado*  
Comissão Permanente de Licitação