

ESCLARECIMENTOS:

Quanto aos esclarecimentos apresentados por uma Administradora de Benefícios aos termos do Edital de Credenciamento nº 01/2016 desta Agência, informamos as alterações no edital, republicado no DOU de hoje, dia 18/10/2016. Diante disso, a data da sessão pública para recebimento dos envelopes foi alterada PARA O DIA 31/10/2016, às 10h.

A seguir, as respostas aos esclarecimentos:

1. O presente Edital tem como objeto para o item 01: o "**Credenciamento de empresa para aduar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais e 1 (uma) regional**, registradas na ANS na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, e através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.". Ocorre que, essa exigência tem potencial para inviabilizar o certame por falta de operadoras regionais em algumas áreas de atuação da ANAC, como Brasília, podendo ainda gerar um tratamento não isonômico entre os servidores, se forem disponibilizadas operadoras regionais para umas praças e outras não. Nesse sentido, cabe destacar que se fossemos considerar a distribuição geográfica para disponibilização de uma operadora regional a concentração estaria em Brasília/DF, razão pela qual, indagamos: tendo em vista a impossibilidade das administradoras do mercado apresentarem uma operadora regional para atender aos beneficiários da ANA, especialmente, aqueles lotadas em Brasília, podemos desconsiderar a exigência de disponibilização de uma operadora regional?

Resposta: O teor do objeto do referido Edital ao estabelecer a prestação do serviço assistência à saúde suplementar por, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais e 1 (uma) regional não poderá ser desconsiderado, pois o não oferecimento de 1 (uma) operadora regional descumpriria os requisitos para o credenciamento dessa empresa. Todavia, em face das considerações de dificuldades para o atendimento e a uniformidade na prestação do serviço perante todos os servidores nas diferentes praças em que a ANAC possui sede, entendemos que a medida mais razoável para o tratamento da questão é mantermos a exigência de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais, conforme o Termo de Acordo vigente, e para tanto encaminhamos em anexo novo Termo de Referência com as alterações pertinentes. Acrescente-se que foi previsão no subitem 1.3 de a possibilidade de no curso do Termo de Acordo, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica e/ou odontológica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.

2. De acordo com o item 6.5.1 1 .1 que trata da proposta de preços para os planos odontológicos (item 02), estabelece que os preços devem ser cotados por faixa etária, conforme previsto na RN 63/03 - ANS. Ocorre que, considerando a praxe de mercado para cotação dos planos odontológicos os preços costumam ser cotados em preço "per capita", independente da faixa etária, razão pela qual indagamos: para os planos

odontológicos podemos apresentar proposta em preço “per capita”, independente da faixa etária?

Resposta: Em razão da prática do mercado para a formação do preço dos planos odontológicos, inclusive da atual forma de tabela do plano odontológico ofertado aos servidores da ANAC, a empresa poderá apresentar proposta em preço “per capita”, independente da faixa etária exclusivamente para os planos odontológicos.

3. O Item 5 do Termo de Referência prevê o início de vigência do Termo de Acordo oriundo do presente Edital para 01/12/2016, sem prever a possibilidade de manutenção das condições atuais do contrato e, por conseguinte, das adesões dos beneficiários, razão pela qual sugerimos a redação de uma cláusula com esse aproveitamento, a exemplo do que fez a AGU no Edital de Credenciamento nº.: 01/2016, que no item 19.3.1 do Termo de Referência previu:

“A proposta apresentada por administradora que já seja credenciada pela Advocacia-Geral da União por meio do Termo de Acordo nº 01/2010, deverá oferecer preços e condições que assegurem a manutenção das situações decorrentes das contratações de planos de saúde já firmados pelos beneficiários em decorrência do referido Acordo, em especial ao que se refere ao interregno mínimo de 12 (doze) meses de aplicação do último reajuste, nos termos do art. 19 da Resolução Normativa ANS nº 195/2009.”

Registra-se que, como essa redação a ANAC assegura a continuidade da prestação de serviços mantendo as condições anuais, e os beneficiários estarão desobrigados de realizarem novas adesões. Pois mantendo as condições anuais considera a manutenção do contrato vigente com cada beneficiário, desde que ele não solicite sua exclusão.

Resposta: A sugestão de acrescentar a redação sobre as garantias de manutenção dos serviços é pertinente e atende aos objetivos do credenciamento, e nesse sentido foi introduzido o subitem 11.1.1.1 no novo Edital de Credenciamento.

4. Os itens 7.3. e 7.4 do Termo de Referência exigem a concessão de prazo de isenção de carência por 60 (sessenta) dias, contados da data da contratação. Ocorre que, o prazo de isenção estabelecido pela ANS no art. 6º da RN 195/09 é 30 dias, motivo pelo qual o prazo de 60 (sessenta) dias onera a contratação, e assim indagamos: tendo em vista o, disposto na legislação e a necessidade de apresentarmos melhores condições de preços aos beneficiários dessa Agência, podemos considerar que o prazo de isenção de carência será de 30 dias, contados a partir da assinatura do Termo de Acordo?

Resposta: Tendo em vista a previsão da Resolução Normativa nº 195, de 2009, e o item representar a possibilidade de melhoria nos custos dos planos de saúde a serem ofertados, foi alterado no novo Termo de Referência o prazo de isenção de carência para 30 (trinta) dias.

5. O item 18.5 do Termo de Referência exige que a administradora disponibilize posto de apoio de atendimento aos servidores, durante toda a vigência do contrato, nas seguintes localidades: Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, São José dos Campos/SP e Brasília/DF. Ocorre que, essa exigência irá onerar os preços, sem assegurar diferencial ao beneficiário que poderá ser atendido pelos canais disponibilizados pela administradora (Web e Central de atendimento), razão pela qual, indagamos: tendo em vista o objetivo de oferecermos melhores preços aos beneficiários dessa Agência e assegurarmos a qualidade dos serviços podemos desconsiderar a exigência do item supracitado?

Resposta: Considerando o reduzido número de demandas pelo atendimento da atual empresa credencia entendemos que o posto de apoio para atendimento aos servidores será uma

faculdade das convenentes, e poderá ser instalado por prazo certo nos períodos de maior demanda.

6. Podemos entender que a exigência de Central de Atendimento disposta no item 19.3 do Termo de Referência poderá ser cumprida pela disponibilização da Central de Atendimento das operadoras disponibilizadas. Uma vez que a Central de Atendimento das Administradoras serão mantidas em horário específico?

Resposta: Os serviços de atendimento via telefone pela atual credenciada vem atendendo os objetivos da prestação de serviços inerentes à Administradora, e considerando que a Central de Atendimento das operadoras atende esse canal de comunicação com os beneficiários, entendemos que a Central de Atendimento das Administradoras possa ser mantida em horário específico.

7. O item 22.2.4 do Termo de Referência prevê como obrigações das administradoras que vierem ser credenciadas pela ANAC:

22.2.4 garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior credenciada, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

22.2.4.1 pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova Credenciada;

22.2.4.2 pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova Credenciada o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

22.2.4.3 pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela nova Credenciada até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos; e

22.2.4.4 pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à nova Credenciada a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

Ocorre que, essas exigências são específicas das operadoras por se tratarem de assuntos assistenciais, razão pela qual questionamos: podemos entender que as exigências do item supracitado deverão ser cumpridas pelas operadoras disponibilizadas e não pelas administradoras?

Resposta: As obrigações previstas nesse subitem 22.2.4 são de fato da competência das operadoras de planos de saúde, e nesse sentido foram transferidas para o item 22.4.2 do novo Termo de Referência anexo.

8. Os itens 22.2.13 a 22.2.15 do Termo de Referência do Edital em epígrafe prevê as seguintes responsabilidades para as administradoras de benefícios:

22.2.13 manter ativa, durante a vigência do contrato, quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos;

22.2.14 a Credenciada deverá comunicar à ANAC, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

22.2.15 nos casos de descredenciamento, a Credenciada deverá garantir aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar a continuidade dos serviços prestados;

Ocorre que, essas exigências também são específicas das operadoras por se tratarem de rede credenciada, razão pela qual questionamos: podemos entender que as exigências do item supracitado deverão ser cumpridas pelas operadoras disponibilizadas e não pelas administradoras, uma vez que a RN 196/09 - ANS veda a disponibilização de rede pelas administradoras: “Art. 8º A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante?”

Resposta: As obrigações previstas nesse subitem 22.2.13, 22.2.14 e 22.2.15, na forma da Resolução Normativa nº 195, de 2009, compete às operadoras de planos de saúde, e nesse sentido foram transferidas para o item 22.4.4, 22.4.5 e 22.4.5, respectivamente, do novo Termo de Referência anexo.

9. O item 22.2.25 do Termo de Referência do Edital em epígrafe prevê a seguinte exigência: as autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer ao prazo máximo de 12 (doze) horas do respectivo pedido, ressalvadas as situações de urgências e emergências, nas quais deverão ser imediatamente autorizadas, para posterior discussão ou ressarcimento. Ocorre que a RN 259/2011 - ANS prevê em seu art. 3º dos prazos para liberação de procedimentos e em seu inciso XI estabelece que para procedimentos de alta complexidade esse prazo é de 21 dias, razão pela qual indagamos: podemos desconsiderar o disposto no item 22.2.25 e entendermos que em caso de autorização prévia será exigida a liberação de acordo com o prazo estabelecido pela ANS em suas resoluções. Em especial a RN 259/11?

Resposta: O prazo máximo de 12 (doze) horas refere-se ao prazo para a emissão da autorização ou justificativa de indeferimento, e a Resolução normativa no art. 3º tratou dos prazos para

atendimento integral pelas operadoras do serviço ou procedimento, portanto para atender à legislação o texto do subitem foi aperfeiçoado no novo Termo de Referência anexo.

10. O item 3.1 .12 do Termo de Referência prevê a exigência de cotação de planos com e sem coparticipação. Assim, podemos entender que a forma/valor da coparticipação deverá ser conforme praticado pelas operadoras?

Resposta: A forma e valores da coparticipação será apresentada pelas operados e deverá obedecer os ditames normativos que regem a prestação do serviço, bem assim a previsão do Termo de Referência.