

**RELATÓRIO CONTENDO AS PERGUNTAS ENCAMINHADAS PARA A CAIXA
DE E-MAIL DA AUDIÊNCIA PÚBLICA**

- Data, horário e local da audiência: 21 de dezembro de 2021, às 13 horas, nas dependências do TJERJ, na Praça XV, Rio de Janeiro.
- Observação 1) o relatório de sinistralidade fornecido pela atual contratada, a Empresa Amil, referente aos últimos 24 meses do contrato, foi juntado ao Processo SEI nº 2021- 0682019 (Index nº 3251791). Os interessados em consulta-lo, deverão solicitar acesso ao referido processo.
- Observação 2) Integra este relatório, além do documento mencionado acima, o resumo de alguns diálogos travados durante a audiência pública entre este TERJ e os representantes das empresas que compareceram ao ato.

I) E-Mail enviado pela **Empresa Amil Assistência Médica Internacional S/A:**

1) Pergunta da Empresa: A Clausula quarta do Regime de execução diverge do subitem 9.8.2, pois enquanto a clausula 4 prevê a empreitada por preço unitário, o subitem 9.8.2 afirma que o critério de valores ocorrerá por faixa etária. Pergunta-se: O plano será por valor unitário ou faixa etária?

Resp.: Não há divergência. De acordo com a Lei nº 8.666/93, a execução indireta de um serviço pode ser contratada pela Administração Pública pelos seguintes regimes: empreitada por preço global, empreitada por preço unitário, tarefa e empreitada integral. Contudo, o valor a ser pago à contratada será calculado de acordo com o valor aplicado a cada faixa etária.

2) Pergunta da Empresa: No subitem 5.1.1.3 do termo de referência, sobre a realização anual de campanha vacinal e ato vacinal contra gripe para a

população de servidores ativos. Está correto o nosso entendimento que por se tratar de cobertura nacional, nas localidades em que não haja realização do ato vacinal, poderemos utilizar reembolso? A campanha vacinal será estendida também para os dependentes e inativos?

Resp.: Quanto ao ato vacinal contra a gripe, a cobertura refere-se unicamente aos servidores ativos e poderá ser feita mediante reembolso, após prévia negociação com a contratante para a definição do valor a ser aplicado.

3) Pergunta da Empresa: No item 5.3.10.1, subitens J e K do termo de referência, sobre a cobertura para todas as vacinas da SBIM. Podemos optar única e exclusivamente pela alternativa do reembolso?

Resp.: Não. A contratada, nesses casos, deverá utilizar rede própria ou indicar local para a realização do ato vacinal.

Sobre os itens 5.3.10.5 e 5.3.10.5.1 – Declara:

5.3.10.5- Sempre que ocorrerem descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento, sem qualquer prejuízo ao atendimento ao beneficiário, dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, à contratante as providências adotadas, desde que satisfaçam os critérios abaixo relacionados:

5.3.10.5.1 – Nos casos acima previstos a contratante deverá receber por escrito, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, os motivos que levaram ao descredenciamento, providenciando-se pela contratada ampla comunicação aos associados via mala direta e sites eletrônicos.

4) Pergunta da Empresa: Sabendo-se que a Lei nº 9.656/98 prevê o redimensionamento da rede de atendimento das operadoras, que em muitos casos as mesmas ficam obrigadas a incluir ou excluir a rede de um determinado produto. Podemos entender que, as questões legais previstas no artigo 17 da Lei 9.656/98 serão norteadoras dos Itens em questão?

Resp.: Sim

5) Pergunta da Empresa: As alíneas J e N estão divergentes, pois enquanto a alínea J trata sobre transplante autorizado pela ANS, a alínea N inclui os transplantes fora do Rol. Favor confirmar quais transplantes terão cobertura?

j) Cobertura de transplantes autorizados pela ANS, incluindo despesas com seus procedimentos vinculados e despesas de assistência com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

n) Transplantes de fígado, coração, rim, córnea, medula, pâncreas, pulmão, ou outro de qualquer natureza e os transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

Resp.: As alíneas referidas não são divergentes e sim, se complementam. Ambas são válidas. a alínea "n" apenas reforça o que foi dito na alínea "j".

6) Pergunta da Empresa: O item 15.3 trata sobre o reajuste técnico, contudo, o termo é silente quanto ao índice de reajuste financeiro. Neste caso, além do reajuste técnico por sinistralidade, deverá ser considerado o reajuste financeiro, visando a recomposição dos valores, ou seja, se o contrato estiver abaixo do ponto de equilíbrio de 75%, será aplicado apenas o reajuste financeiro decorrente do VCHM (percentual este que considera tanto a variação do preço médio por procedimento de saúde, quanto a variação da frequência de utilização dos procedimentos de saúde, o que permite efetivamente recompor os preços, objeto do pregão) e caso o contrato esteja acima do ponto de equilíbrio de 75%, será reajustado pelo índice composto pelo reajuste técnico e financeiro. Ante o exposto, depreende-se que o termo de referência em epígrafe, carece de alteração para o índice financeiro -VCMH, conforme amplamente demonstrado.

Resp.: o reajuste dar-se-á apenas pela sinistralidade.

7) Pergunta da Empresa: Sobre o item 8.3 favor ratificar nosso entendimento de acordo com o qual, na hipótese de participação de

cooperativas, deverão ser apresentadas as Certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços referente a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços, conforme os Acórdãos 668/2005 - Plenário-TCU e 306/2006 - Primeira Câmara – TCU e deverão ser apresentados, ainda pelas cooperativas, o manual de intercâmbio ou documento similar, que confirme a existência de compromisso de relacionamento com outra (s) cooperativa (s) para prestação de serviços fora de sua área de competência.

Resp.:

O Acórdão nº 668/2005 do Plenário do TCU assim decidiu sobre a questão das cooperativas de plano de saúde:

Irregularidade 2: a Unimed não apresentou qualquer documento que assegurasse ter sido firmado compromisso de relacionamento com outra cooperativa, em discordância com o subitem 20.15.1 do Termo de Referência do edital, devendo, assim, ser desclassificada do certame

117. Alegou a representante que a licitante vencedora do certame, Unimed, não apresentou qualquer documento comprobatório de compromisso de relacionamento firmado com outra cooperativa, não atendendo à exigência prevista no subitem 20.15.1 do Termo de Referência. Asseverou, também, que para suprir tal exigência foi apresentado apenas o Manual de Relacionamento da Central Nacional Unimed e Aliança Cooperativista Unimed, que não caracterizaria vínculo com as demais cooperativas da Unimed.

118. Na oportunidade, o MinC, por meio da Nota Técnica 05/2005/DCC/CGRL (fls. 188/193), rejeitou a alegação da recorrente ressaltando que a exigência contida no subitem mencionado “não tem caráter habilitatório, nem classificatório, pois não se encontra na lista de exigências para habilitação (...) ficando assim um dever para as licitantes de comprovar a qualquer tempo, no interesse da administração, o exigido”. Quanto à utilização do Manual de Relacionamento e Integração Unimed, alegou o MinC que:

‘(...) a Unimed Confederação das Cooperativas Médicas do Centro-Oeste e

Tocantins, citada sob cadastro nº 918, pode fazer uso da rede credenciada da Aliança Cooperativista, sendo, portanto, improcedente a alegação da recorrente de inexistência de vínculo que possibilite o atendimento em âmbito nacional’.

119. A empresa Amil, na presente representação dirigida ao Tribunal, refutando a resposta do MinC ao recurso interposto, afirmou, em suma, que houve descumprimento ao princípio da legalidade e ao da vinculação ao instrumento convocatório, com favorecimento à licitante, em ofensa aos princípios da isonomia e da moralidade administrativa, citando, para tanto, precedente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região.

(...)

125. Procedendo à análise do ponto, primeiramente, cabe reproduzir o subitem 20.15 do Termo de Referência, com a posterior inclusão, em 03/03/2005, do subitem 20.15.1:

‘20.15. A licitante deverá ter contrato direto com os agentes integrantes de sua rede credenciada (médicos, hospitais, laboratórios, clínicas ou centros médicos etc.).

20.15.1 As cooperativas deverão apresentar documento que assegure o compromisso de relacionamento com outras cooperativas (locais) para a prestação de serviços fora de sua área de competência. Assegurando, desta forma, que os planos exigidos pelo MinC, a serem apresentados por essa Confederação, e registrados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, serão de atendimento nacional’.

126. A leitura desses subitens indica que a alteração processada no edital foi no sentido de assegurar a participação de cooperativas que não tivessem abrangência nacional, mas que detivessem mecanismos para o atendimento a esse nível. O manual apresentado pela Unimed (fls. 195-283 do anexo 4) tem como finalidade estabelecer normas, regras e diretrizes que norteiem o intercâmbio nacional entre as Unimeds associadas à Central Nacional Unimed e filiadas à Aliança Cooperativa Nacional Unimed.

127. O intercâmbio, segundo o Anexo I do documento, é a “negociação entre as UNIMEDS do País que gera relações operacionais específicas e normatizadas, para atendimento de usuários, na área de ação de uma

cooperativa contratados por outra do SISTEMA”. É, portanto, um mecanismo que garante o atendimento nacional a qualquer usuário vinculado às Unimed.

Na parte dispositiva, determinou que:

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em:

(...)

9.3.3. exija, no caso de participação de cooperativas, a apresentação de certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS referentes a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços;

Já o Acórdão 306/2006 da Primeira Câmara do TCU assim decidiu sobre o tema:

9. No que atine ao quarto tópico abordado, que trata da efetiva não-observância do Acórdão 668/2005 - TCU - Plenário, destaco que esse decisum proveio de representação das empresas Medial Saúde e Amil, participantes de pregão realizado pelo Ministério da Cultura. Naquela assentada, foi determinado àquele ministério que “exija, no caso de participação de cooperativas, a apresentação de certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS referentes a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação de serviços”.

10. Vejo, então, que o acórdão em comento, embora sirva de orientação a todos os entes da administração pública federal, não foi dirigido àquele TRF/2ª Região e, por conseguinte, não pode ser suscitado com o intento de apor máculas ao certame sub examine. Ademais, como registrado pelo pregoeiro, a ausência dessa previsão editalícia não causou quaisquer prejuízos à competitividade e à obtenção da proposta mais vantajosa para a administração pública, uma vez que a única cooperativa a participar do pregão apresentou documento apto a comprovar a possibilidade de prestação dos serviços por outras cooperativas.

11. Comungo, no entanto, por se tratar de situação análoga à do decisum em comento, da proposta de determinação alvitada para que o TRF/2ª Região, nos próximos certames correlatos, observe a exigência disposta no item 9.3.3 do Acórdão 668/2005 - TCU - Plenário.

Na parte dispositiva, determinou:

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão da 1ª Câmara, ante as razões expostas pelo Relator, em:

(...)

9.2. determinar ao Tribunal Regional Federal 2ª Região que nos próximos certames destinados à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica, observe a exigência disposta no Acórdão 668/2005 - TCU - Plenário e exija a apresentação de certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS referentes a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação de serviços.;

Deste modo, observa-se que, na hipótese de participação de cooperativas em licitações visando a contratação de plano de saúde, no que tange à obrigatoriedade de apresentação das Certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços, tal previsão encontra-se correta, com fulcro nos Acórdãos acima citados.

No que toca à indagação sobre a apresentação, pelas cooperativas, do manual de intercâmbio ou documento similar, que confirme a existência de compromisso de relacionamento com outra (s) cooperativa (s) para prestação de serviços fora de sua área de competência, os julgados em análise não determinaram a apresentação do documento em questão.

8) Pergunta da Empresa: Favor informar qual múltiplo e coeficiente de reembolso que deverá ser considerado pelas licitantes como parâmetro inicial para cada procedimento?

Resp.: Como regra, são autorizados os reembolsos para consultas médicas

e fisioterapia, e ainda para o serviço de anestesistas, conforme prática do mercado. Além disso, há a previsão do reembolso integral, nos casos definidos neste TR.

A título de informação, no contrato atual, nos planos de reembolso, Amil 150 e One T1, o ressarcimento será efetuado de acordo com os múltiplos de reembolso específicos de cada plano. Sendo de até 2 (duas) vezes para consultas médicas e atendimento em pronto-socorro, até 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais e até 2 (duas) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação para o primeiro (Amil 150) e de até 4 (quatro) vezes para consultas médicas e atendimento em pronto-socorro, até 3 (três) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até 4 (quatro) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação para o segundo (One T1). NO TR ATUAL NÃO HÁ PREVISÃO DE UPGRADE, APENAS DOWNGRADE

9) Pergunta da Empresa: Do subitem 5.3.11.10 sobre home care. Pergunta-se: Está correto nosso entendimento que para elegibilidade no atendimento em Home Care é necessário o cumprimento dos itens abaixo:

a- Tenha critérios técnicos para o atendimento e que tenha solicitação médica?

Resp.: correto

b- Se aplica principalmente a pacientes acamados, mesmo que temporariamente?

Resp.: correto

c- Para realização dos curativos complexos: está excluído o curativo a vácuo?

Resp.: correto

d- Para liberação de medicações, desde que estas possuam registro na Anvisa e sem risco para uso em domicílio?

Resp.: correto

e- Não há liberação exclusiva de equipamentos para pacientes que possam

ser atendidos em rede credenciada, assim como estão excluídos mobiliários e órteses?

Resp.: Resp.: correto

10) Pergunta da Empresa: No anexo A (REDE CREDENCIADA), aduz que o hospital selecionado pela contratada deverá ser plenamente credenciado, em todas as áreas de atuação da Instituição, para atendimentos, internações, procedimentos e cirurgias, em caráter eletivo e de urgência ou emergência. Será vedado o credenciamento parcial. Pergunta-se: Está correto o nosso entendimento que serão consideradas somente as especialidades que a contratada tem negociação com o hospital?

Resp.: Não

11) Pergunta da Empresa: O item 11.6 afirma que a contratada deverá atender com presteza às reclamações sobre a qualidade dos serviços executados, providenciando a sua imediata correção. Entretanto, a administração deve agir com razoabilidade no estabelecimento de prazos para cumprimento pelas empresas e deve determiná-lo, considerando todas as peculiaridades envolvidas na execução do objeto licitado, pois, eventualmente, não poderá ocorrer de forma imediata ou posterior, de acordo com o grau de complexidade da solicitação. O TJRJ está ciente e de acordo?

Resp.: Sim

12) Pergunta da Empresa: Favor ratificar se as sessões de Quimioterapia e Radioterapia seguirão conforme Diretrizes de Utilização – DUT, constantes do Anexo II da RN 465/2021 da ANS.

Resp.: Sim

13) Pergunta da Empresa: Sobre RGP e Escleroterapia, ambos são procedimentos que estão fora do Rol da ANS e não há possibilidade de utilizar a DUT. Pergunta-se: O que a administração entende como justificativa válida? Favor detalhar especificadamente.

Resp.: Toda aquela emitida por médico, dentro de critérios técnicos e

justificativa

14) Pergunta da Empresa: Sobre o subitem 5.3.10.15 – Declara que a contratada deverá garantir cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive enteral ou parenteral, nos casos de internação hospitalar. Pergunta-se: Trata-se de Médicos e enfermeiros Staff do hospital ou médicos e enfermeiros contratados pela família?

Resp.: Staff do hospital. não será permitida oferta de hospital sem a cobertura de honorários médicos por equipe indicada pelo próprio hospital

15) Pergunta da Empresa: Sobre a Alinea K) Cobertura ilimitada a qualquer tratamento fisioterápico – Pergunta-se: São apenas os tratamentos cobertos pelo Rol da ANS?

Resp.: Sim

16) Pergunta da Empresa: O subitem 5.1.1.5 – indica que a contratada deverá manter, pelo menos, 01 (um) médico nas seguintes áreas básicas: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e cirurgia, em distância não superior a 30 (trinta) quilômetros entre os estabelecimentos de atendimento. Por gentileza, ratificar nosso entendimento de que, na hipótese de que em alguma localidade haja distância superior a 30 quilômetros, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial às RN's nº 259 e 268, que tratam da garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, nas cidades limítrofes ou por reembolso integral. Nosso entendimento está correto?

Resp.: Sim

17) Pergunta da Empresa: Sobre o Anexo A(Rede Credenciada) – De acordo com a disposição do item : ” Nos hospitais selecionados pela contratada será vedado qualquer cobrança de honorários, salvo os procedimentos anestésicos, que deverão ser objeto de reembolso...” Solicitamos esclarecer se há algum óbice na utilização de anestesistas credenciados ou que o reembolso seja calculado com base no múltiplo para honorários médicos de internação?

Resp.: Não e não.

18) Pergunta da Empresa: 5.3.10.1 D III. Pede-se que caso o prestador indicado não seja credenciado por motivos não aceitos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, a contratada deverá providenciar o reembolso, de acordo com a sua tabela oficial das despesas havidas nestas localidades, sob pena de descumprimento contratual. Pergunta-se: Qual o critério de aceitação por parte do TJRJ?

Resp.: Os motivos aceitos pelo Tribunal serão falta de titulação mínima, documentos necessários, falta de comprovação de expertise ou planta física em desacordo com as normas técnicas

19) Pergunta da Empresa: O objeto determina que a contratação seja realizada por empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como operadora de plano de assistência à saúde ou como seguradora de saúde ou como administradora de benefícios, para realizações de ações de promoção de saúde aos servidores, prestação de serviços de assistência médica com atendimento multiprofissional hospitalar, ambulatorial, emergencial ou eletivo, laboratorial e exames complementares auxiliares, incluindo a cobertura odontológica prevista pela ANS, em âmbito nacional. De forma clara, a RN-ANS Nº 196/2009, expõe todas as vedações a que se submetem as Administradoras de Benefícios, e por isto, não pode permitir a participação desse tipo de empresa na licitação, uma vez que, as obrigações e atividades desenvolvidas para atendimento aos beneficiários e previstas no termo de referência e seus anexos, são efetivamente típicas de operadoras de planos de saúde que para prestar os serviços de assistência médica, têm que contratar ou credenciar rede de atendimento para disponibilizar aos usuários, o que é vedado à Administradoras de Benefícios. Desta forma, solicitamos a exclusão da previsão de Administradoras no objeto.

Resp.: Este Tribunal não entende que haja vedação à contratação de administradoras

20- O item 9.2 sobre a retenção de pagamento.

9.2 A contratada deverá enviar para a Divisão de Análise de Processos e Administração de Benefícios – DIAPA, por meio do endereço eletrônico:-diapa@tjrj.jus.br, a Nota Fiscal discriminando os serviços executados pelo período correspondente e com CNPJ idêntico ao constante do contrato, acompanhada dos documentos abaixo elencados, sob pena de

ser recusada a referida nota pela unidade gestora do contrato:

- a. *Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS;*
- b. *Certidão Negativa de Débito do INSS, podendo ser apresentada por meio da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, em conformidade com a Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2 de outubro de 2014;*
- c. *Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT (emitida na data do envio da nota fiscal);*

Pelo Princípio da Legalidade, a qual a Administração Pública está estritamente vinculada, não há sob qualquer ângulo, permissão para as condições Editalícias que permitam à empresa contratante, reter o pagamento por serviços devidamente executados.

Na mesma linha, o colendo STJ – Superior Tribunal de Justiça já decidiu a respeito:

“1. É necessária a comprovação de regularidade fiscal do licitante como requisito para sua habilitação, conforme preconizam os arts. 27 e 29 da Lei nº 8.666/93, exigência que encontra respaldo no art. 195, § 3º, da C.F.

2. A exigência de regularidade fiscal deve permanecer durante toda a execução do contrato, a teor do art. 55, XIII, da Lei nº 8.666/93, que dispõe ser obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação. (...)

5. Pode a Administração rescindir o contrato em razão do descumprimento de uma de suas cláusulas e ainda imputar penalidade ao contratado descumpridor. Todavia a retenção do pagamento devido, por não constar do rol do art. 87 da Lei nº 8.666/93, ofende o princípio da legalidade, insculpido na Carta Magna.(...)” (RMS 24.953. Rel. Min Castro Meira. DJE: 17/03/2008. Grifos nossos)

Por todo o exposto, resta claramente demonstrada a impossibilidade

enviadas eletronicamente as informações cadastrais, caso a inclusão não se dê de forma imediata no sitio da operadora, a contratada terá pra mínimo para inclusão do servidor, correto?

Resp.: Após a contratação serão estabelecidos prazos para que a contratante encaminhe a inclusão de servidores, de modo a permitir que a contratada tenha prazo hábil para seus trâmites operacionais.

3) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.2.8: “A empresa deve disponibilizar relatórios gerenciais informatizados trimestralmente ao Fiscal do Contrato, à Alta Administração e à empresa de consultoria ou auditoria indicada pelo Contratante para fins de acompanhamento da contratação ”

Considerando as regras de tratamento de dados pessoais, inclusive por meios digitais, estabelecidas pela LGPD, os relatórios gerenciais exigidos acima somente conterão dados que não infrinjam a LGPD, uma vez que esses documentos deverão ser remetidos além do fiscal do contrato, à alta administração do tribunal e à empresa de consultoria, correto.

Resp.: O DESAU ENTENDE QUE SIM

4) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.2.12: “A empresa deverá indicar em sua rede credenciada quais instituições hospitalares possuem corpo clínico próprio e quais possuem corpo clínico externo, exigindo contratação direta por parte dos clientes. Tal informação deverá constar de forma clara em seu site e por ocasião de migração de plano por parte dos usuários”.

Podemos entender que a operadora que não pratique em sua rede credenciada a condição acima estipulada, está dispensada da demonstração exigida?

Resp.: A EXIGÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO É EXCLUSIVA PARA AQUELES HOSPITAIS QUE EXIGEM CONTRATAÇÃO DE CORPO CLÍNICO EXTERNO.

5) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.9.2: “O valor da Mensalidade do Plano dos dependentes será pago por cada servidor, sendo o pagamento

descontado diretamente do contracheque dos funcionários. Para os seus dependentes, o servidor poderá optar por incluí-los no Plano A ou em um dos planos com rede hospitalar básica.”

Podemos entender que o desconto da mensalidade do dependente será obrigatório feito no contracheque do servidor, e repassado à Contratada mensalmente pelo TJERJ, juntamente com as mensalidades dos servidores, observadas as condições estabelecidas no item 9 do Termo de Referência?

Resp.: Conforme contrato atual, na prática, ocorre que o pagamento dos valores relativos às mensalidades dos dependentes descontados dos servidores são repassados diretamente à contratada na data de pagamento dos servidores, e funciona como um adiantamento, pois ao ser consignado na folha de cada servidor, o montante desses descontos é creditado em favor da operadora, como uma consignatária normal. Assim, por exemplo, a mensalidade do plano relativo a dezembro de 2021 foi incluída na folha de novembro de cada servidor que é creditada no último dia útil de novembro, também nessa data é creditado o montante dos descontos relativos a dezembro dos dependentes. A nota fiscal do plano de dezembro somente será paga pelo TJ ao final de janeiro/2022 e, muito embora a cobrança corresponda ao valor total do mês de dezembro, a operadora já recebeu a parte relativa aos descontos dos dependentes e o valor recebido é tratado como adiantamento e deduzido do valor total da nota juntamente com os outros ajustes.

6) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.3: “No caso de Psiquiatria e Dependência Química, é obrigatório, por parte da contratada, o custeio total nos casos de internação hospitalar, assistência ambulatorial, realizados de acordo com a Lei Federal nº 9656/98 e sua regulamentação através das Resoluções da ANS”.

De acordo com a legislação, a operadora poderá cobrar coparticipação sobre a internação psiquiátrica, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, limitada a 50% (cinquenta por cento) do valor contratado, conforme previsto na alínea “c” do inciso II art. 19 da Resolução Normativa - ANS nº 465/2021, transcrito a seguir:

Subseção III

Do Plano Hospitalar

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:

I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo 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. (grifamos)

Deste modo, no mercado de saúde suplementar todas as operadoras cobram coparticipação em internações psiquiátricas nas condições estabelecidas na RN-ANS 465/21 vigente, o que nos faz entender que o subitem 5.3.10.3 será ajustado para prever expressamente a referida cobrança, correto?

Sugestão de texto:

“5.3.10.3. No caso de Psiquiatria e Dependência Química, é obrigatório, por parte da contratada, o custeio nos casos de internação hospitalar e, quando ultrapassar 30 (trinta) dias, contínuos ou não de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do contrato, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes, bem como haverá a cobertura da assistência ambulatorial, realizados de acordo com a Lei Federal nº 9656/98 e sua regulamentação através das Resoluções da ANS.

Resp.: O presente termo de referência não prevê a coparticipação em nenhuma modalidade. É do interesse da Alta Administração desta Corte que a cláusula em questão seja mantida.

7) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.5: “Sempre que ocorrerem

descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento, sem qualquer prejuízo ao atendimento ao beneficiário, dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, à contratante as providências adotadas, desde que satisfaçam os critérios abaixo relacionados:

Não é possível garantir novo credenciamento de prestadores de saúde, quando em determinados municípios identificamos a ausência ou inexistência de outros profissionais e estabelecimentos de saúde privados semelhantes.

Assim, na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área de abrangência do plano, a operadora deverá garantir atendimento em prestador não credenciado, e não havendo este, deverá oferecer atendimento em município limítrofe, conforme previsto nos arts. 5º e 6º da RN 259/2011.

Deste modo, uma vez que a ANS regulamentou os procedimentos para alteração e redimensionamento de rede credenciada, a que se submetem as operadoras do mercado, sugerimos que seja acrescida ao item 5.3.10.5 o seguinte trecho ao final do parágrafo: observadas as regras estabelecidas na RN-ANS 259/2011.

Resp.: O DESAU NÃO SE OPÕE

8) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.5.1: “Nos casos acima previstos a contratante deverá receber por escrito, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, os motivos que levaram ao descredenciamento, providenciando-se pela contratada ampla comunicação aos associados via mala direta e sites eletrônicos”.

De acordo com o art. 17 e seus parágrafos da Lei nº 9656/98, a alteração da rede credenciada é autorizada pela ANS e deve ser comunicada aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência, exceto nos casos decorrentes de fraude ou infração às normas sanitárias. Então a exigência

prevista no subitem 5.3.10.5.1 carece de regulamentação legal, por não haver previsão de comunicar o motivo, ainda que este seja apenas ao Contratante.

Vale ressaltar que a modificação da rede credenciada é comunicada e justificada à ANS, que em alguns casos pode autorizar ou não o pretendido pela operadora. Então, por haver regulamentação específica para o caso em questão, comunicar os beneficiários quanto as substituições ou alterações de rede, de acordo com as regras estabelecidas pela ANS, é suficiente para o cumprimento do contrato com o TJERJ. A exigência estabelecida no subitem 5.3.10.5.1 é onerosa à operadora, inclusive podendo ser submetida a sanção por inexecução parcial do contrato, caso não comunique o tribunal, conforme exigido.

Pelo exposto, entendemos que deve ser excluída a exigência do subitem 5.3.10.5.1 por não haver previsão na lei ou resoluções da ANS e por seu caráter oneroso em função das sanções que serão estabelecidas pelo tribunal.

Resp.: O Tribunal entende ser correta a manutenção da cláusula.

9) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.6 “h”: “Fonoaudiologia intra-hospitalar ilimitada e, mediante solicitação médica, limitada a 60 (sessenta) sessões anuais por paciente, e em sendo necessário número superior de sessões, o beneficiário pagará diretamente ao prestador o preço de tabela da contratada”

A cobertura de sessões de fonoaudiologia é disposta na RN-ANS 465/2021, e especificada no Anexo II da referida resolução, que dispõe sobre as Diretrizes de Utilização (DUT) para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar que especifica o número de sessões para cada indicação clínica de tratamento, podendo ter casos em que são permitidas até 96 (noventa e seis) sessões.

Deste modo, considerando que as operadoras não podem descumprir as regras da ANS sugerimos que a referida cláusula seja ajustada: “h) Fonoaudiologia intra-hospitalar ilimitada e, mediante solicitação médica, de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento de acordo com a indicação do médico assistente”;

Resp.: DESAU PROPÕE MANTER A CLÁUSULA
A CONTRATADA NÃO PODERÁ DESCUMPRIR NORMAS MÍNIMAS DA ANS,
DEVENDO, ENTRETANTO, CUMPRIR TODAS AQUELAS EXTRAS PREVISTAS
EM CONTRATO.

10) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.6 “m”: “Cobertura de nutricionista limitada a 12 (doze) sessões”

A cobertura de nutricionista é disposta na RN-ANS 465/2021, e especificada no Anexo II da referida resolução, que dispõe sobre as Diretrizes de Utilização (DUT) para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, item 103, que especifica o número de sessões, estipulando 12 sessões, porém, no caso de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico, a cobertura mínima é de 18 sessões.

Deste modo, considerando que as operadoras não podem descumprir as regras da ANS sugerimos que a referida cláusula seja ajustada: “m) Cobertura de nutricionista, de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento”;

Resp.: DESAU PROPÕE MANTER A CLÁUSULA
A CONTRATADA NÃO PODERÁ DESCUMPRIR NORMAS MÍNIMAS DA ANS,
DEVENDO, ENTRETANTO, CUMPRIR TODAS AQUELAS EXTRAS PREVISTAS
EM CONTRATO.

11) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.8: “O reembolso será assegurado para a cobertura de despesas com consultas médicas e tratamentos fisioterápicos”;

Sobre a possibilidade de reembolso somente para consultas médicas e tratamentos fisioterápicos esclarecimentos que no ato do registro dos planos/seguros na ANS a operadora deve informar as regras de reembolso informando os procedimentos e o tipo de tabela ou condição de

pagamento.

Em função disto, as operadoras agrupam os procedimentos sujeitos ao reembolso em consultas e terapias não médicas (fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, psicoterapia, acupuntura e fisioterapia), onde estão incluídos os tratamentos fisioterápicos, mas não se limitando a estes.

Deste modo, certamente para atender ao subitem 5.3.10.8 as operadoras terão que registrar novos produtos para limitar o reembolso a um único item do grupo de terapia não médica para cumprir esse requisito específico, o que é inviável, dada a urgência da contratação e os processos internos das operadoras e junto à ANS.

Outra questão importante, é que não há especificação quanto à regra de pagamento do reembolso, tornando subjetivo o entendimento da cláusula.

Posto isto, avaliamos a necessidade de adequação da cláusula para prever que o reembolso será assegurado para a cobertura de despesas com consultas médicas e terapias não médicas, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras, de acordo com o contido nas tabelas de referência praticadas pelo Plano, conforme previsto na RN-ANS 259/2011.

Resp.: O DESAU PROPÕE MANTER O MODELO VIGENTE DO TR

12) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.8. “b”: “Será assegurado ao beneficiário reembolso integral para as despesas relativas a consultas médicas nas áreas básicas de obstetrícia, ginecologia, pediatria e cirurgia geral, caso não seja atendido o disposto no item 5.1.1.5 deste Termo de Referência”.

O art. 9º da RN-259/2011 prevê que “Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte”

Assim, considerando o tipo de atendimento, as especialidades indicadas e o volume de beneficiários assistidos, entendemos que será necessário que o TJERJ crie um mecanismo de controle prévio dessas solicitações, evitando que o servidor, em qualquer circunstância, solicite o reembolso integral e

lhe seja negado pela operadora, mediante a comprovação de haver rede para o atendimento realizado.

De outra forma, caso não seja possível esse tribunal implementar o mecanismo prévio de controle, recomendamos a exclusão desta cláusula, visto que o ajuste da cláusula 5.3.10.8 é suficiente para todos os casos.

Outrossim, o reembolso integral fora dos parâmetros objetivos estipulados na RN259/2011, impactará diretamente na formação do preço dos planos e na sinistralidade do do futuro contrato. Por isso, reforçamos a necessidade da exclusão do subitem 5.3.10.8.“b”.

Resp.: DESAU ENTENDE QUE DEVEM SER MANTIDOS OS MODELOS ATUALMENTE VIGENTES NO TR, NO QUE CONCERNE A REGRA DE REEMBOLSOS

13) Pergunta da Empresa: SUBITEM 5.3.10.8. “d”: “A operadora/seguradora/administradora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, para procedimentos previstos no rol da ANS das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, quando não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, correspondente ao plano contratado, por insuficiência de rede credenciada na região limítrofe de 30 (trinta) quilômetros entre os estabelecimentos de atendimento”.

A regra de reembolso para os casos de urgência e emergência, prevista no subitem acima, não está de acordo com o previsto no inciso VI do at. 12 da Lei nº 9.656/98, pois restringe o atendimento do beneficiário, e por isto deve ser ajustado para os termos da legislação vigente, conforme segue:

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44,

de 2001)

Outro ponto importante é o controle da quilometragem entre estabelecimentos. Caso mantida a redação, o tribunal fará esse controle?

Resp.: Já existe esta cláusula no contrato.

Informa-se, a título de esclarecimento, no contrato atual, nos planos de reembolso, Amil 150 e One T1, o ressarcimento será efetuado de acordo com os múltiplos de reembolso específicos de cada plano. Sendo de até 2 (duas) vezes para consultas médicas e atendimento em pronto-socorro, até 1 (uma) vez para exames e procedimentos ambulatoriais e até 2 (duas) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação para o primeiro (Amil 150) e de até 4 (quatro) vezes para consultas médicas e atendimento em pronto-socorro, até 3 (três) vezes para exames e procedimentos ambulatoriais e até 4 (quatro) vezes para honorários médicos cirúrgicos de internação para o segundo (One T1). NO TR ATUAL NÃO HÁ PREVISÃO DE UPGRADE, APENAS DOWNGRADE

14) Pergunta da Empresa: SUBITEM 7.5.6: “Não obstante a contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, o PJERJ reserva-se no direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude desta responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, por intermédio do fiscal do contrato”.

a) Em face das considerações exaradas no Quesito 1 deste pedido de esclarecimentos, podemos entender que a Contratada poderá apresentar os dados pertinentes ao negócio e os relatórios de utilização, desde que não infrinjam a Lei Geral de Proteção de Dados e aos termos de Sigilo Médico, correto? Sim

b) O fiscal do contrato será um profissional médico contratado por esse tribunal, correto? Esclareço à empresa, quanto ao item b), a existência dos fiscais operacional e técnico. O primeiro para questões de execução do contrato relacionadas à movimentação cadastral e de faturamento; e o segundo para as questões médicas, o qual é MÉDICO, SERVIDOR DO Poder Judiciário

15) Pergunta da Empresa: SUBITEM 7.5.6. A empresa contratada deve permitir o acesso ao seu banco de dados por preposto da contratante, podendo este ser servidor pertencente ao seu quadro funcional ou ainda terceirizado ou contratado devidamente autorizados.

O acesso ao banco de dados da Contratada, por preposto da Contratante, somente será possível se cumpridos todos os requisitos e limitações estabelecidos pela LGPD, correto?

Resp.: Sim

16) Pergunta da Empresa : SUBITEM 16.2. “Em caso de não-autorização de procedimento previsto entre os procedimentos cobertos, conforme disposição contratual, ficará a contratada sujeita à aplicação das penalidades previstas”.

Considerando o caráter oneroso do item acima, perguntamos:

a) Que tipo de penalidade específica será aplicada à Contratada?

Resp.:A aplicação da penalidade depende da análise do caso concreto, sendo certo que será aplicada uma das modalidades previstas no item 16 do TR.

b) A negativa plausível que for embasada de acordo com as normativas da ANS, Rol de procedimentos, justificativa médica e legislação, não serão passíveis de penalização, correto? Correto

c) Para aplicação da penalidade será observado o devido processo legal, observado o contraditório e a ampla defesa, correto? Correto

d) No caso das Administradoras de Benefícios como será a penalidade aplicada? A aplicação da penalidade depende da análise do caso concreto, sendo certo que será aplicada uma das modalidades previstas no item 16 do TR.

17) Pergunta da Empresa : SUBITEM 12.2 e 12.2.1, alíneas de “a” a “g”: “A

contratada poderá subcontratar empresa para prestação de atendimento aos servidores e seus dependentes, na estrutura do Complexo do Fórum Central, com a implantação de Projeto de Atenção Primária à Saúde in company em funcionamento no horário de 09:00 (nove) às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, podendo, eventualmente, ser modificado pela contratante”.

a) É obrigatória a prestação de atendimento aos servidores e seus dependentes na estrutura do Complexo do Fórum Central? Sim

b) Qual é o volume da demanda diária de atendimentos? Média de 330 eventos mensais

c) Qual é a metragem da estrutura física, móveis, equipamentos, materiais, recursos de energia, água, telefonia, internet e outros que serão disponibilizados pelo tribunal? RECEPÇÃO, SALA DE FISIOTERAPIA, CONSULTORIO DE PSICOLOGIA, CONSULTORIO MEDICO, SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS, RECEPÇÃO E COPA.

d) Os profissionais indicados nas alíneas “a”, “b” e “c” do subitem 12.2.1 deverão todos estarem presentes na estrutura que será concedida pelo tribunal, ou a Contratada poderá estipular escalas com a indicação de dias e horários de cada profissional; MÉDICO, ENFERMEIRO E TÉCNICO DIARIAMENTE, DURANTE TODO O HORÁRIO DE ATENDIMENTO. FISIOTERAPEUTA E PSICÓLOGO DE ACORDO COM A DEMANDA INTERNA

e) Os atendimentos prestados na estrutura disponibilizada pelo tribunal serão considerados para efeito de comprovação de programas de assistência e promoção à saúde pela operadora? Sim

f) Os programas de atenção à saúde já realizados pela operadora poderão ser oferecidos aos beneficiários? Sim

g) As consultas a serem realizadas pelos profissionais indicados para o posto de atendimento do tribunal, também poderão ser realizadas via on line, nos casos de não ser possível o atendimento presencial no posto? Não

18) Pergunta da Empresa : II – ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP)

No ETP consta a Planilha de valores pesquisados – Empresas no Mercado – Complementação. Verifica-se que as operadoras Golden Cross, Unimed

Seguros de Saúde Bradesco Seguros e Amil apresentaram preços estimados.

Entretanto, os preços da Bradesco apresentados na planilha são muito diferentes daqueles apresentados pelas demais operadoras, inclusive considerando que o plano escolhido é o plano TOP do portfólio da Bradesco, o que distorce o “valor médio final pesquisado por faixa”.

Além dessa constatação, verificamos que o preço da última faixa etária do plano escolhido da Amil, a diferença de valor entre a 9ª e 10ª faixas é ínfima, o que também prejudica o resultado apresentado relativo ao “valor médio final pesquisado por faixa”.

Assim, considerando que o cálculo do “valor médio final pesquisado por faixa” foi diretamente alterado pelos preços da Bradesco em todas as faixas e da Amil, na última faixa, podemos entender que as tabelas dessas operadoras serão desconsideradas, correto?

Resp.: Deve ser esclarecido, no que tange à pesquisa de mercado, como se trata de pesquisa, é natural que as empresas apresentem preços estimados. Assim as propostas apresentadas na ocasião da pesquisa servem apenas de parâmetro para análise dos preços no mercado e não serão consideradas no certame.

Conforme a planilha comparativa juntada ao processo, foi utilizado o plano de menor valor apresentado pela Bradesco Seguros na proposta enviada (e não como alega a presente, o plano “top”).

19) Pergunta da empresa; III – ANEXO C - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS

No Anexo C, constam os valores estimados máximos que serão considerados por esse tribunal com critério de aceitabilidade da proposta, conforme dispõe o subitem 14.2 do Termo de Referência.

Ocorre que, os valores estimados, constantes no ANEXO C, são muito inferiores ao “valor médio final pesquisado por faixa”, constante do Estudo Técnico Preliminar (ETP) relativos à pesquisa de mercado realizada por esse órgão.

Assim, como a diferença de valores entre o ANEXO C e o ETP é expressiva, pedimos a esse tribunal esclarecer qual foi a base de cálculo utilizada para estimar os valores apresentados no referido, considerando que o nível de exigências estabelecidos no Termo de Referência é incompatível com os

Resp.: Poderá optar por planos diferentes para os dependentes, no limite de sua margem consignável e do plano A do titular.

3) Pergunta da Empresa:. Qual será a regra para upgrade e downgrade dos beneficiários dependentes?

Resp.: Conforme manifestação do titular, que arca com o ônus das mensalidades.

4) Pergunta da Empresa: Existem beneficiários em uso de Spinraza? Se sim, quantos?

Resp.: SIM, 03 PACIENTES UTILIZAM O MEDICAMENTO SPINRAZA

5) Pergunta da Empresa: Qual a Operadora (s) / Seguradora (s) que prestam atendimento no contrato atual?

Resp.: Amil S.A

6) Pergunta da Empresa: Quais os planos atuais (nome comercial e acomodação) e quantidade de vidas por plano atualmente?

Resp.: Os planos são: Amil Blue I QC, Amil Blue II QC, Amil Blue II QP, Amil Blue III, Amil Blue IV, Amil 140, Amil 150, Amil One T1

7) Pergunta da Empresa:. Solicitamos informar os valores por plano per capita praticados atualmente.

Resp.: Aproximadamente R\$ 678,24 per capita.

8) Pergunta da Empresa: Providenciar vidas por localidade?

Resp.: Combinamos de informar a distribuição por comarcas. Os relatórios serão solicitados à Unidade Responsável e disponibilizado no processo SEI nº 2021- 0682019.

9) Pergunta da Empresa:. O contrato atual possui coparticipação? Em caso positivo, para quais procedimentos? Quais os valores por procedimentos (Reais e / ou %)?

Resp.: Contrato atual não possui coparticipação.

10) Pergunta da Empresa: Qual a sinistralidade dos últimos 12 meses abertos mês a mês com receita, sinistro e vidas?

Resp.: Foi apresentada na audiência pública a sinistralidade dos últimos 12 meses.

11) Pergunta da Empresa:. Existem Vidas na Condição de Demitidos e Aposentados. Caso existam, favor divulgar vidas por faixa etária separadamente.

Resp.: Os aposentados permanecem como titulares do plano. Os exonerados ou demitidos são excluídos do plano no mês imediatamente após a validade do desligamento. São aproximadamente 7000 servidores aposentados que se concentram nas três últimas faixas.

12) Pergunta da Empresa: Há beneficiários em home care? Em caso positivo, qual o Cid e tratamento?

Resp.: Quanto a esse tema, as respostas que podem ser fornecidas constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

13) Pergunta da Empresa: Há beneficiários em uso de medicação de alto custo? Se sim, qual o Cid e medicamento?

Resp.: Quanto a esse tema, as respostas que podem ser fornecidas constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

14) Pergunta da Empresa: Como foi elaborada a composição orçamentaria visto que a média de pesquisa de mercado é muito acima do que foi orçado?

Resp.: o custo foi elaborado utilizando a mediana entre os valores apurados em pesquisa de preços, conforme Instrução Normativa (IN) SEGES nº 73/2020.

15) Pergunta da Empresa: Qual o quantitativo total de beneficiários cobertos pelo plano atualmente?

Resp.: Conforme TR.

16) Pergunta da Empresa: Por favor, informar qual estrutura do ambulatório solicitado (médicos, enfermeiros e administrativos) e qual a jornada de trabalho a ser considerado?

Resp.: RECEPÇÃO, SALA DE FISIOTERAPIA, CONSULTORIO DE PSICOLOGIA, CONSULTORIO MEDICO, SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS, RECEPÇÃO E COPA.

17) Pergunta da Empresa: Favor especificar o quantitativo do quadro de remidos. Há previsão de remissão? Em caso positivo, por quanto tempo?

Resp.: Sim. Existe a previsão de remissão pelo prazo de 12 (doze) meses.

18) Pergunta da Empresa: Item 5.3.9.6, a migração dos dependentes para plano diferente do titular abrangerá todos os dependentes de forma

compulsória?

Sim. A Migração para plano superior é permitida, até o limite do plano do titular, todavia este deverá fazer a migração de todo o seu grupo familiar.

19) Pergunta da Empresa:. Quando essa opção deverá ser realizada? Haverá carência na alteração de plano inferior para plano superior durante a vigência do contrato?

Resp.: Individualmente, a opção poderá ser realizada a qualquer tempo com o encaminhamento de solicitação alteração pelo titular. Carências previstas pela ANS.

20. Qual o critério para juros e multa em caso de atraso de pagamento por parte da contratante?

Resp.: Se não houver previsão contratual, segue a “legislação pertinente à liquidação da despesa pública.” (Cláusula 9.6 do TR)

21. Podemos considerar como parâmetro para reajuste financeiro o IVCMH da operadora (variação dos custos médicos e hospitalares)?

Resp.: o reajuste dar-se-á apenas pela sinistralidade.

22. Em relação a rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento. Entendimento está correto?

Resp.: NÃO HÁ PREVISÃO NO TR PARA REDE PARCEIRA, OU INDIRETA

23. Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade em determinado município, a cobertura estará garantida considerando inclusive os municípios limítrofes e a região de Saúde, conforme preconiza a RN 259/11?

Resp.: SEGUE O QUE ESTÁ PREVISTO NO TR, EM RELAÇÃO À DISTÂNCIA MÍNIMA EM KM

24. Não observamos apontamento referencial de rede de prestadores para o Plano B. Podemos enviar proposta contemplando todos os planos da grade de comercialização da operadora?

Resp.: DEVERÁ SER PROPOSTA UMA REDE ÚNICA PARA ATENDER O PLANO B

25. A operadora poderá apresentar proposta parcial, considerando somente as praças com rede de atendimento?

NÃO

26. Os planos "A e B" deveram contemplar coparticipação?

NÃO

27. Os planos "A e B" deveram contemplar Reembolso?

CONFORME CONSTA NO TR

28. Está correto nosso entendimento de que a abrangência será Nacional, para os planos "A e B"?

SIM

29. Não observamos nos documentos item referente ao plano Odontológico:

30. O Plano Odontológico terá sua cobertura ROL? SIM. COBERTURA MÍNIMA DO ROL

31. O Plano Odontológico terá reembolso? NÃO

32. O Plano Odontológico terá coparticipação? NÃO

33. O plano Odontológico será licitado em lote diferente? NÃO

34. Quanto a Saúde ocupacional, quais são os termos? Emissão de ASO, exame admissional/demissional e/ou periódico?

Resp.: NÃO. ISTO É DE ATRIBUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO DO PJERJ

35. Quanto a vacina, haverá custo com ou sem custo? Calendário completo de vacina

Resp.: ESTÁ DETALHADO NO TR

36. Item 8.5, estamos em processo de fusão (a venda da carteira PF da AMIL pode ser considerada cisão?)

Resp.: A qualificação técnica das empresas e instituições que vierem a participar do processo licitatório será analisada oportunamente, em conformidade com os termos do edital, do respectivo termo de referência e observadas as disposições e normativas vigentes.

37. Deverá ser comprovado rede credenciada em todas as Comprovar rede em todas as UF's ?

SIM

38. Haverá cobertura de qualquer tratamento reconhecido (não experimental) mesmo estando fora do Rol da ANS?

NÃO

39. Haverá limite para internação psiquiátrica?

NÃO

40. Haverá limite para terapias?

NÃO

Seguro Saúde seguem as determinações da Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, por conseguinte não possui obrigatoriedade para atendimento relacionado ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, logo, a operadora vencedora do certame não está obrigada a garantir este tipo de atendimento.

Resp.: A empresa contratada ficará contratualmente obrigada a atender às exigências firmadas pelo TJ.

3) Observamos que tanto no Estudo Técnico como no Termo de Referência há previsão para pensionista.

QUESTIONAMOS: De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde e odontológicos coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificamente em seu artigo 5º que conceitua “é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”.

Seguindo este princípio, obrigatoriamente, a operadora saúde / odontológica somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao TJ/RJ e, os pensionistas, não se enquadram nesta situação.

No §2º do artigo 5º da RN 195 prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato.

Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com a TJ/RJ falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista. Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve.

Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado).

Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde e odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09.

Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), questionamos se este r. TJ/RJ concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise dos itens acima que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, conseqüentemente, esta condição refletir aos demais itens do termo de referência que contemplam a condição do pensionista.

Resp.: a Alta Administração deste TJ tem interesse em conceder o benefício de assistência à saúde suplementar não somente aos servidores ativos, mas também a todos os inativos, tanto os atuais quanto aqueles que vierem a adquirir essa condição futuramente.

4) Pontuamos que a classificação de “dependentes” está ampliada. (atentar inclusive às disposições (RN 195).

Resp.: A Alta Administração deste TJ decidiu ampliar a classificação de dependentes, excluindo o limite de idade para esses beneficiários.

5) Favor ratificar o nosso entendimento de que a remoção hospitalar (TR) deverá seguir a RN 347 da ANS.

Resp.: Sim. Ratificado, incluindo ainda a transferência de beneficiário de dentro do complexo judiciário para hospital credenciado.

6) O atendimento da RN 365 da ANS supre a necessidade de comunicar os

novos credenciados e descredenciados? A referida normativa determina a comunicação das substituições dos prestadores não hospitalares no site com antecedência mínima de 30 dias e permanecer por 180 dias no site.

Resp.: mantém-se, sem prejuízo da publicação no site.

7) Importante o conhecimento das “internações” para precificação (área técnica), bem como dos remidos que virão da operadora anterior, uma vez que, os remidos não pagam prêmio.

Resp.: Os relatórios referentes aos dados solicitados são fornecidos pela Amil e os dados que podem ser fornecidos constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021- 0682019.

8) Solicitamos a gentileza de ratificar o nosso entendimento que o reembolso neste caso seguirá a tabela da Operadora / Seguradora contratada?

Resp.: Sim. Em caso de atendimento hospitalar em hospital não credenciado sem unidade credenciada disponível na área de cobertura geográfica determinada em contrato, o reembolso deverá ser integral.

9) O cumprimento das regras da RN 365 da ANS pela Operadora, atende a obrigação da comunicação à contratante prevista no item acima? (item 5.3.10.5)

Resp.: Não. Mantém-se a obrigação contida no TR sem prejuízo da publicação no site.

10) QUESTIONAMOS: Favor confirmar se as alíneas previstas nos itens / subitens devem seguir o rol da ANS e suas diretrizes de utilização. Nosso entendimento está correto? (Item 5.3.10.6, alíneas b, h, i, m)

Resp.: São mantidas as resoluções da ANS e todas aquelas previstas no TR que extrapolam as normas mínimas da ANS

11) Os procedimentos de cobertura da alínea “l” e “o” não possuem cobertura obrigatória pelo rol. A escleroterapia possui cobertura no produto – Linha Empresarial (Seguros UNIMED), porém, de forma limitada e, a internação domiciliar, não possui cobertura, sendo autorizado casos excepcionais.

Resp.: É interesse da Alta Administração deste TJ manter a redação das cláusulas mencionadas.

12) Obs.: Logo, o determinado não segue a RN 259, que permite à operadora a buscar rede em municípios limítrofes.

Da forma como consta, a Operadora será obrigada a diretamente a fazer o reembolso integral, caso o prestador seja distante, acima de 30 km.

Resp.: Sim

13) As Operadoras / Seguradoras seguem as diretrizes – Lei 9.656/98 (Item 5.3.10.13)

Resp.: O item menciona a exigências estabelecidas pelo TJ.

14 Trata-se de remissão? Favor especificar.

Resp.: É Remissão

15) Os produtos desta Seguradora possuem cobertura somente para assistência domiciliar, conforme já exposto, trata-se de cobertura extra rol. (Item 5.3.11.10)

Resp.: O TR PREVÊ, DE FATO, DIVERSAS COBERTURAS EXTRA ROL

16) O que compreende exatamente corpo clínico próprio e externo? Favor especificar detalhadamente o referido subitem.

Considerações: Esta Seguradora não tem estas informações de forma clara no site - guia Médico, sabemos quais são os prestadores a atender, mas não temos o detalhamento do corpo clínico.

Inclusive quando o segurado / beneficiário faz a opção pela escolha de um profissional de saúde externo que não faça parte da rede, este atendimento é considerado como atendimento particular, a ser avaliado como reembolso de acordo com os moderadores contratado, levando-se em conta se tratar de procedimentos cobertos , previsto no ROL da ANS.

Resp.: Entende-se como corpo clínico próprio os hospitais que possuem médicos e outros profissionais de saúde dentro da sua própria estrutura organizacional que deverá prestar todos os serviços sem qualquer ônus direto ao paciente., ou seja, serão remunerados pelo próprio hospital. Não será permitido o credenciamento hospitalar exclusivamente para internação e hotelaria, ou seja, com a exclusão dos honorários médicos.

17) De forma geral, (sistemicamente) em nossos produtos os dependentes estão atrelados ao mesmo tipo de plano do segurador Titular. (item 5.3.2)

Resp.: No TJ busca-se flexibilizar tal procedimento, pois o plano de saúde do dependente é pago pelo servidor, com desconto direto em seu contracheque, logo ficando vinculado à margem consignável disponível.

18) Esta Seguradora não emite nota fiscal.

A atividade da Seguradora não é prestação de serviços, logo não constitui fato gerador do ISS, conseqüentemente é isenta de emissão de N.F., conforme Lei Complementar nº 116/2003, Lei nº 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF.

Resp.: O TJ emite guia de pagamento mediante apresentação de nota fiscais.

19) Para avaliarmos a aceitação é necessário pontuar a quantidade e a data fim de vigência de todos os casos. tens 5.11.12, 5.1.1.13 e 5.3.9.5.

Resp.: Por favor consultar o relatório juntado ao processo SEI nº 2021-0682019.

20) Do reajuste técnico anual (item 15.3)

Sugerimos:

Visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados no final de cada vigência anual do Contrato, onde:

a) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%: será aplicado o Reajuste Financeiro.

b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 70%: serão aplicados o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

Para o Reajuste Financeiro, em função da variação dos custos médicos, favor ratificar o nosso entendimento que o Órgão concorda com o IVCMH (Índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar) da contratada.

Para o Reajuste por Sinistralidade, caso o resultado fique superior a 70%, a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade do Contrato.

Podemos entender que poderemos aplicar ambos os reajustes, por Sinistralidade e o Financeiro, se o resultado estiver acima de 70%?

Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo:

Índice de Sinistralidade = *Sinistro/Prêmio*

Índice de Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos

sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do

período analisado;

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento do Contrato, alocados na data da sua ocorrência, dentro do período de apuração;

Prêmio = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração.

Onde:

Reajuste de Sinistralidade = $((IS0, 80) - 1) * 100$

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento do Contrato, alocados na data da sua ocorrência, dentro do período de apuração;

PR= Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações

Financeiras, dentro do período de apuração;

IS = Índice de Sinistralidade

O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

O resultado obtido na conta é o Índice de Reajuste de Sinistralidade.

Resp.: Segue a regra prevista no TR.

21) Os titulares realmente comprovam vínculo coletivo empresarial conforme artigo 5º da RN 195?

No grupo cotado constam afastados, casos crônicos, segurados em home care, gestantes, inativos e aposentados por invalidez?

Resp.: No grupo cotado constam todos os beneficiários.

Favor informar a quantidade e respectivos detalhes, como CID, se houverem.

Resp.: Por favor consultar o relatório juntado ao processo SEI nº 2021-0682019.

Favor nos encaminhar a relação dos maiores utilizadores, com valores gastos mês a mês juntamente com o CID e/ou patologia da doença e/ou relatório médico atualizado.

Resp.: Por favor consultar o relatório juntado ao processo SEI nº 2021-0682019.

É necessário informar a quantidade de vidas por município/UF, por sexo e grau de dependência.

Resp.: Para o fornecimento do referido relatório é necessário que seja formulado pedido à unidade responsável por gerir tais dados e isso demanda tempo. Portanto, juntaremos, oportunamente, tais dados, ao Processo SEI nº 2021-0682019,

Existem agregados? Qual o grau de parentesco com o titular?

Resp.: Não existem agregados. Vide TR no item relativo aos dependentes.

Sobre o plano atual - Favor encaminhar: relatório de sinistralidade com

prêmio, sinistro e evolução de vidas dos últimos 12 meses, distribuição de vidas e prêmios por plano, coparticipação atual e procedimentos na qual incidem, maiores utilizadores com CID e/ou patologia da doença, juntamente com o valor gasto mês a mês.

Resp.: os dados passíveis de serem fornecidos constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

22) Favor ratificar o nosso entendimento de que a cobertura será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis em Conformidade Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021 e suas atualizações. (item 5.3.10).

Resp.: São mantidas as resoluções da ANS e todas aquelas previstas no TR que extrapolam as normas mínimas da ANS

23) Favor ratificar o nosso entendimento Cobertura será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis em Conformidade Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021. serviços de remoções serão em conformidade a RN nº 347 de 2 de abril de 2014.

Resp.: Resp.: São mantidas as resoluções da ANS e todas aquelas previstas no TR que extrapolam as normas mínimas da ANS

24) Favor ratificar o nosso entendimento de que a cobertura para utilização dos recursos técnicos, será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis em Conformidade Resolução Normativa n.º 465 e suas atualizações. (desde que cobertos nos planos ofertados).

Resp.: São mantidas as resoluções da ANS e todas aquelas previstas no TR que extrapolam as normas mínimas da ANS

25) Favor ratificar o nosso entendimento que os serviços de remoções serão

em conformidade a RN nº 347 de 2 de abril de 2014.

Resp.: São mantidas as resoluções da ANS e todas aquelas previstas no TR que extrapolam as normas mínimas da ANS

26) Todos os produtos da Seguradora são registrados na ANS com reembolso COMPLETO dentro das suas segmentações, não é possível atender o item c) uma vez que há previsão contratual para cirurgias, exames e internações hospitalares.

Resp.: O TR somente prevê reembolso nas condições que define.

27) A redação da cláusula ficou dúbia / confusa, se os produtos possuem reembolso e o reembolso é somente para rede não credenciada, como haverá exclusão de atendimento em estabelecimentos não pertencentes a rede credenciada, cooperada ou referenciada. Favor especificar detalhadamente. (Cláusulas 5.3.11. 7 , alínea b.b e 5.3.11.9).

Resp.: O REEMBOLSO É PREVISTO NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

CONSULTAS MÉDICAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, INCLUSIVE AONDE EXISTA REDE CREDENCIADA

REEMBOLSO HOSPITALAR INTEGRAL CASO A CONTRATADA NÃO APRESENTE HOSPITAL CREDENCIADO NA REGIÃO DO MUNICÍPIO A ATENDER O SINISTRO.

CASO NÃO HAJA HOSPITAIS DISPONÍVEIS NA REGIÃO, POR ÓBVIO, O ASSEGURADO DEVERÁ SER ENCAMINHADO AO HOSPITAL CREDENCIADO MAIS PRÓXIMO E MAIS HABILITADO AO ATENDIMENTO DO SINISTRO.

28) Os transplantes cobertos pelo Rol da ANS são: Rim, Córnea e Medula Óssea (Autólogo e Alogênico).

Para os transplantes destacados em vermelho há cobertura exclusivamente por reembolso e com limite apenas para os planos Líder e Sênior da Linha

IV) E-Mail enviado pela Empresa QV Benefícios de Saúde Ltda.

Avaliando a redação de alguns itens do Termo de Referência, ainda que o respectivo instrumento verse sobre a possibilidade expressa da participação de Administradora de Benefícios, entendemos que os itens 5.1.1.1; 5.1.1.4; 5.1.1.8; 5.1.1.9; 5.1.1.11; 5.1.1.13; 5.2.1; 5.2.3; 5.2.10; 5.2.11; 5.2.12; 5.3.10; 5.3.10.1; 5.3.10.13; 5.3.10.14; 5.3.10.15; 5.3.10.16; 5.3.10.17 necessitam de adequação na redação a fim de não gerar obrigação indevida, quando a contratação se der por Administradora de Benefícios, uma vez que tratam de obrigações assistenciais.

Considerando o texto do item 8.1.1.1, é importante que a qualificação técnica vise resguardar o TJRJ no sentido do bom e fiel cumprimento do contrato, uma vez que, o simples registro de inscrição e autorização de funcionamento não garante a infraestrutura necessária para o atendimento a um contrato deste porte. Há que se considerar que a própria ANS classifica as Administradoras de Benefícios e Operadores de Planos de Saúde em Pequeno, Médio e Grande porte, de acordo com o número de vidas respectivamente, até 20 mil, de 20 mil a 100 mil, acima de 100 mil. A não observância de tais requisitos no certamente, poderá impactar a prestação de serviços ao TJRJ uma vez que, considerando o número de beneficiários à serem atendidos, poderá alterar a classificação de porte da Licitante vencedora e, conseqüentemente impor obrigações regulatórias pelas ANS, antes não previstas no porte, inclusive como aplicação de governança (RN n.º 433), aporte de Ativos Garantidores (IN DIPRO n.º 33), sob pena de permanecer irregular perante a ANS. Tudo isso, sem contar a necessidade de apresentação de garantia contratual prevista no item 13 do Termo de Referência. Em sendo assim, o ideal é que o respectivo Item traga exigibilidade de comprovação pela empresa licitante junto à Agência Nacional de Saúde – ANS, com no mínimo 05 (cinco) anos de registro Ativo, dentro do prazo de validade e comprovando carteira mínima administrada de 50.000 (cinquenta mil) vidas, para garantir que a licitante esteja apta a prestar os serviços objeto do certame.

Por fim, o item 11.24 esta em desconformidade com a LGPD (Lei 13.798/18) uma vez que o banco de dados da Administradoras de Benefícios e OPS

contém dados pessoais de saúde, caracterizando dados sensíveis, cujo tratamento precisa ser expresso pelo próprio beneficiário.

CLAUSULA 5.1 - ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

5.1.1.3 – Realização anual de campanha vacinal e ato vacinal contra gripe para a população de servidores ativos.

Poderia esclarecer quanto a obrigatoriedade do fornecimento?

A CONTRATADA DEVERÁ VACINAR ANUALMENTE TODOS OS SERVIDORES ATIVOS CONTRA GRIPE. AS DEMAIS VACINAS DEVERÃO SER ADMINISTRADAS, CONFORME PREVISÃO DESTES TR

5.1.1.8 - A contratada deverá disponibilizar posto de atendimento presencial em Serventia indicada pelo PJERJ, a ser definida após a celebração do contrato, e ainda central telefônica para Atendimento ao Cliente (SAC), bem como Atendimento 24h com indicação da rede de credenciados para procedimentos emergenciais e atendimento de urgência aos seus beneficiários.

Detalhes deste serviço no item 11.11

5.1.1.10 – O contratante terá o direito de contratar empresa de consultoria ou de auditoria atuarial para fiscalizar em seu nome, a qualquer momento, a execução do contrato, verificando todas as planilhas e tendo acesso irrestrito a todos os dados referentes à utilização e aos custos do contrato.

O acesso irrestrito de acordo com a Lei de LGPD. Correto?

Resp.: Correto

CLAUSULA 5.2 - CRITÉRIOS GERAIS DA EXECUÇÃO:

5.2.8 - A empresa deve disponibilizar relatórios gerenciais informatizados trimestralmente ao Fiscal do Contrato, à Alta Administração e à empresa de consultoria ou auditoria indicada pelo Contratante para fins de acompanhamento da contratação.

O acesso irrestrito de acordo com a Lei de LGPD. Correto?

Resp.: Correto

CLAUSULA 5.3 CRITÉRIOS ESPECIFICOS DA EXECUÇÃO

5.3.9.2 - O valor da Mensalidade do Plano dos dependentes será pago por cada servidor, sendo o pagamento descontado diretamente do contracheque dos funcionários. Para os seus dependentes, o servidor poderá optar por incluí-los no Plano A ou em um dos planos com rede hospitalar básica.

Teremos somente uma opção de operadora? A fatura será emitida ao TJ?

Resp.: Sim, conforme procedimento explicado detalhadamente na Audiência Pública.

5.3.9.3.1 – A adesão decorrente do ingresso de novos beneficiários titulares em virtude de admissão não estará sujeita a qualquer prazo de carência, desde que a adesão seja solicitada em até 60 (sessenta) dias, contados da data da entrada do efetivo exercício no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, após o que se sujeitará aos prazos de carência estabelecidos pela ANS.

Qual documento a operadora irá receber para comprovação do vínculo e data de admissão?

Resp.: As inclusões de novos beneficiários são realizadas com o envio de cópia do registro cadastral do servidor.

5.3.9.3.2 – A adesão decorrente do ingresso de novos beneficiários dependentes em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, união homoafetiva, guarda, tutela, etc., não estará sujeita a qualquer prazo de carência, desde que solicitada em até 30 (trinta) dias, contados da data do evento, após o que se sujeitará aos prazos de carência definidos pela ANS.

Prazo de inclusão de dependente diferente do titular?

Resp.: Sim. A inclusão do dependente deverá ser efetivada diretamente pelo servidor interessado em canal disponibilizados pela contratada, e o prazo se inicia a partir da data de sua inclusão como titular no plano.

5.3.9.5 – Beneficiários remidos na condição de pensionistas poderão permanecer no plano como titulares, após 12 (doze) meses do falecimento do titular do plano, mas com suas próprias expensas.

Qual será o vínculo deste beneficiário após os 12 meses de remissão, considerando que estamos tratando de um contrato coletivo empresarial?

Resp.: O vínculo será dado pela sua condição de remido.

A cobrança dos valores serão feitos diretamente ao beneficiário após os 12 meses de remissão?

Resp.: Se for pensionista, o remido poderá permanecer no plano como titular, conforme explicado na audiência pública. Se não for, deverá ser desligado do plano do PJERJ, não havendo valores a serem pagos.

CLAUSULA 5.10 – COBERTURAS ASSISTENCIAIS VÁLIDAS

5.3.10.1 – A empresa contratada deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos nos Planos de Saúde oferecidos, os serviços e condições abaixo descritos, observando-se, ainda, a Lei Federal nº 9.656, de 03/06/98 e suas alterações, bem como as Resoluções do CONSU/ANS:

j) A contratada deverá prover todas as vacinas previstas no Calendário Vacinal da SBIm (Sociedade Brasileira de Imunização) 2021/2022 - Do nascimento à terceira idade, conforme previsto na tabela contida no anexo B, deste Termo de Referência, a ser atualizada, periodicamente, de acordo com as novas edições a serem divulgadas pela SBIm. As vacinas não disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para distribuição às clínicas ou redes privadas deverão ser administradas exclusivamente pelos órgãos públicos oficiais.

Podemos tratar esta cobertura através de reembolso como prevê o item " k" desta clausula?

Resp.: O REEMBOLSO PARA VACINA DEVERÁ SER PREVISTO EXCLUSIVAMENTE PARA VACINA CONTRA GRIPE. AS DEMAIS VACINAS DEVERÃO SER ADMINISTRADAS EM REDE CREDENCIADA.

l) Assistência em unidades coronarianas, mediante credenciamento de clínicas especializadas, em locais compatíveis à realidade geográfica do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e ao zoneamento populacional dos beneficiários deste contrato, desde que satisfaçam os critérios abaixo relacionados:

I. A aceitação da tabela praticada pela contratada, e;

II. Atendimento aos pré-requisitos técnicos e quaisquer outras exigências pertinentes para o credenciamento.

III. Será vedado à contratada qualquer tipo de transferência, direcionamento ou redirecionamento para qualquer instituição hospitalar, consultório médico, clínica ou laboratório especializado, ficando a escolha da Instituição ou profissional exclusivamente atribuída ao usuário, respeitando-se a rede de credenciados.

Poderia esclarecer que tipo de assistência se refere? Gostaríamos de melhor esclarecimento e exemplos, se possível.

Como assistência entende-se o atendimento médico hospitalar, incluindo honorário médicos, hotelaria, medicamentos, materiais, insumos, opme, etc..

5.3.10.3 - No caso de Psiquiatria e Dependência Química, é obrigatório, por parte da contratada, o custeio total nos casos de internação hospitalar, assistência ambulatorial, realizados de acordo com a Lei Federal nº 9656/98 e sua regulamentação através das Resoluções da ANS.

De acordo com as coberturas previstas na ANS é assegurado a cobrança de coparticipação de até 50% para internação psiquiátrica após 30º dia de internação. Ok quanto a este ponto?

Não. Não deverá haver limite ou coparticipação de qualquer tipo.

5.3.10.6 - Estarão cobertos pelo contrato, sem limite de utilização, internações, consultas, exames e demais procedimentos, bem como todos os serviços contemplados pela Lei Federal nº 9656, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação posterior, dentre os quais se incluem, de forma não exaustiva:

l) Serviços de internação domiciliar prestados mediante solicitação do Médico Assistente, de acordo com a prévia análise e autorização da contratada, e comunicados por esta ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, devendo a contratada, em caso de recusa, apresentar ao beneficiário os motivos desta.

Neste item informa que a cobertura de internação domiciliar é mediante avaliação da contratada o que difere do item 5.3.11.10. Qual devemos seguir como parâmetro. Essa informação envolve diretamente a participação da Unimed Rio e precificação.

Resp.: A cláusula em questão será revista por este TJERJ, pois a ANS não prevê a cobertura para Homecare. Todavia, é do interesse deste TJ que seja mantida a cobertura integral ao homecare, mediante solicitação médica, com justificativa técnica detalhada e fundamentação do motivo.

Item 5.3.10.8 DO REEMBOLSO:

a) O reembolso será assegurado para a cobertura de despesas com consultas médicas e tratamentos fisioterápicos;

No item Tipos de plano não faz menção a produto com reembolso. Gostaríamos de confirmar se é obrigatório ter produto com opção de rede de livre escolha para consultas e tratamentos fisioterápicos.

Item contradiz a alínea b) desta cláusula onde diz que o reembolso é somente quando não for atendido o item 5.1.1.5 e 5.1.1.7

Resp.: haverá reembolso para consultas médicas e sessões de fisioterapia, inclusive aonde haja rede credenciada. A título de informação, os valores praticados atualmente são, respectivamente:

5.3.10.18 - No caso de falecimento do titular, os beneficiários dependentes cadastrados no plano terão direito aos serviços prestados pelo plano de saúde, nas mesmas condições contratadas, sem nenhum ônus para os mesmos, durante o período de até 12 (doze) meses após o óbito, conforme norma prevista pela ANS.

5.3.10.18.1 - Após o período de remissão, o beneficiário, na qualidade de pensionista, assume a titularidade com o pagamento às suas expensas.

Gostaríamos de esclarecimentos, pois não há previsão na ANS para esta situação. Podemos apresentar proposta com Seguro Remissão?

Como será feita a cobrança deste beneficiário? A contratada irá cobrar ao Tribunal de Justiça ou direto ao beneficiário?

Qual será a elegibilidade deste beneficiário perante a ANS conforme RN 195? Pois, após o período de remissão, o mesmo deixa de ter vínculo com o TJ. Certo?

Resp.: O pensionista, após a remissão, é cadastrado no PJERJ para ser titular do plano. O TJ paga a mensalidade do plano de saúde à operadora e solicita o ressarcimento ao pensionista titular.

CLAUSULA 11 - DAS VEDAÇÕES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

11.26- Caso a contratada seja uma Administradora de Benefícios, além das obrigações mencionadas nos incisos anteriores, deverá ainda:

f) garantir que as Operadoras ou Seguradoras conveniadas cumpram os dispositivos da Lei Federal nº 9.565/98, da Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Para os casos em que a contratada for Administradora de Benefícios será ofertado somente uma Operadora? Item não ficou claro, cita "Operadoras ou Seguradoras conveniadas".

Resp.: A ADMINISTRADORA PODERÁ CONTRATAR MAIS DE UMA OPERADORA OU SEGURADORA

CLAUSULA 12 - DAS SUBCONTRATAÇÕES:

12.2 A contratada poderá subcontratar empresa para prestação de atendimento aos servidores e seus dependentes, na estrutura do Complexo do Fórum Central, com a implantação de Projeto de Atenção Primária à Saúde *in company* em funcionamento no horário de 09:00 (nove) às 18:00 (dezoito) horas, de segunda a sexta-feira, podendo, eventualmente, ser modificado pela contratante.

Gostaríamos de maiores esclarecimentos sobre esta estrutura, poderia detalhar se é ofertado atualmente e quais tipos de serviço são oferecidos? Pode citar exemplos. Este item está relacionado ao item 5.1.1.8?

Resp.: RECEPÇÃO, SALA DE FISIOTERAPIA, CONSULTORIO DE PSICOLOGIA, CONSULTORIO MEDICO, SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS, RECEPÇÃO E COPA.

CLAUSULA 5.3 CRITÉRIOS ESPECIFICOS DA EXECUÇÃO

5.3.1 Beneficiários

5.3.1.1 São considerados **beneficiários** dos serviços, para fins do presente Termo de Referência:

I - Titulares:

- a) Servidores ativos e inativos integrantes do quadro efetivo;
- b) Servidores exclusivamente comissionados optantes pelo plano de saúde do PJERJ;
- c) Servidores requisitados de outros órgãos, desde que ocupantes de cargo de confiança no PJERJ, vedada a acumulação com plano de saúde de outro órgão;
- d) Pensionistas de servidores do PJERJ, optantes pela permanência no plano de saúde após 12 (doze) meses de falecimento do titular do plano, às suas próprias expensas, conforme regulamentação vigente.

5.3.1.2- Os quantitativos de servidores (ativos e inativos) estão distribuídos de acordo com as faixas etárias da seguinte forma (base março/2021):

Favor, nos enviar a base em excel com relação de todos os beneficiários que estão cobertos na operadora atual com possibilidade de aplicação de filtro para identificamos os seguintes parâmetros:

Resp.: os dados passíveis de serem fornecidos constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

- Data nascimento (fornecemos quantitativo por faixa etária)
- Sexo
- Bairro, Município e Estado de cada beneficiário (fornecemos distribuição por lotação/Comarca)
- Nomenclatura do Plano atual de cada beneficiário (fornecemos quantitativo de servidores por plano)
- Status: Titular ou Dependente

Status 2: em caso de dependente, informar se: filho (a), neto (a), pai, mãe, Cônjuge ou Companheiro (a) (fornecemos quantitativo por faixa etária).

Situação do beneficiário: ativo, inativo, afastado ou remido.

- No caso do remido, informar data fim do benefício na planilha.
São 106 remidos atualmente: 33 filhos/filhas; 18 netos e 55 cônjuges.

Produtos: 83 Amil Blue IV, 7 Amil 140 e Amil 150, e 16 Amil Blue I até Amil Blue III

Elegibilidade: Todos são elegíveis, desde que se comprovem que são pensionistas do servidor, mas normalmente somente os cônjuges se torna pensionistas.

Sexo Feminino: 71 e Sexo Masculino: 35

Data fim do benefício: 4 em dez/21, 15 em jan/22, 6 em fev/22, 16 em mar/22, 18 em abr/22, 5 em mai/22, 14 em jun/22, 5 em jul/22, 9 em ago/22, 7 em set/22, 4 em out/22, 3 em nov/22

Informar os casos de beneficiários em Home care, em tratamento oncológico ou de alta complexidade e custos para que possamos avaliar os casos (a operadora atual pode fornecer essa informação).

Resp.: os dados passíveis de serem fornecidos constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

Beneficiários afastados: informar nome, idade, sexo e CID (se houver) Resp.: os dados passíveis de serem fornecidos constam no relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.

INFORMAR TAMBEM:

- Relatório de sinistralidade completo e **atualizado dos últimos 24 meses.** O relatório juntado ao Processo SEI nº 2021-0682019.
- Enviar a relação de beneficiários internados ou em tratamento de alta complexidade, oncológicos e longa permanência. (• Informar casos de Home Care (idade, CID, custo mensal na operadora atual, serviço prestado). (fornecemos apenas o quantitativo)
- Informar qual o índice que deverá ser aplicado referente ao **reajuste financeiro** (não localizado no TR). O TR fala apenas de **reajuste técnico**. Apenas a sinistralidade
 - No anexo C, o valor unitário estimado por faixa etária refere-se a qual plano atualmente?
 - A adesão será compulsória ou voluntária? Conforme definido no TR
 - Deverá ser ofertada remissão de 12 meses sem ônus para os beneficiários dependentes do titular falecido, no mesmo plano. A remissão poderá ser ofertada como produto complementar ao plano de saúde? Conforme definido no TR
 - O produto odontológico poderá ser exclusivo ou esta segmentação deverá estar atrelada ao plano médico?
 - Item 5.1.1.12, o que se entende como “passivo com internações”? A operadora deverá assumir os custos dos beneficiários internados quando da extinção do contrato em 30/04/2022 com a outra operadora? Conforme definido no TR
- Quadro de remidos: Quem são? Quais produtos? Elegibilidade? Qual a data fim do benefício? São 106 remidos atualmente: 33 filhos/filhas; 18 netos e 55 cônjuges.

Produtos: 83 Amil Blue IV, 7 Amil 140 e Amil 150, e 16 Amil Blue I até Amil Blue III

Elegibilidade: Todos são elegíveis, desde que se comprovem que são pensionistas do servidor, mas normalmente somente os cônjuges se torna pensionistas.

Sexo Feminino: 71 e Sexo Masculino: 35

Data fim do benefício: 4 em dez/21, 15 em jan/22, 6 em fev/22, 16 em mar/22, 18 em abr/22, 5 em mai/22, 14 em jun/22, 5 em jul/22, 9 em ago/22, 7 em set/22, 4 em out/22, 3 em nov/22