

ANÁLISE E JULGAMENTO DE IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO MGI 002/2017

IMPUGNAÇÃO 02 – Impugnação do Edital 02/2017 apresentada por UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CONSIDERANDO que o escopo do objeto descrito no edital reflete as especificações dos contratos anteriores e vigente ao longo dos anos dos quais não se pode alterar as características de maneira a prejudicar o funcionário;

CONSIDERANDO que os contratos sempre apresentaram índice de sinistralidade satisfatório para as operadoras, ficando afastado o argumento de que o objeto licitado aumentaria o risco do contrato. Soma-se a isso o fato de que nunca houve a necessidade de repactuar em razão de reequilíbrio econômico financeiro;

CONSIDERANDO que o objeto do edital está em conformidade com legislação aplicável e todas as regulamentações da ANS;

CONSIDERANDO que a MGI entende que os esclarecimentos realizados até então foram suficientes para dirimir qualquer dúvida por parte dos licitantes, recebe a impugnação e, ao final, indefere na íntegra nos termos a seguir:

1. DAS AUTORIZAÇÕES

Dispõe o item 6.8 do Termo de Referência, possui a seguinte redação:

“(...) 6.8. A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, na mesma data de sua solicitação, de modo a não causar transtornos aos beneficiários. Em hipótese alguma, poderá ser exigido que os mesmos se dirijam a “postos de atendimento” ou qualquer outro estabelecimento da CONTRATADA ou por ela credenciado.

Esse item foi impugnado, originariamente, tendo sido indeferida a impugnação em questão, observando o Ente que em licitações anteriores esteve vigente esse requisito e, por isso, entende adequado mantê-lo.

A ora participante vem impugnar, por uma nova feita, essa previsão, observando-se, que não é razoável abolir a necessidade de presença do beneficiário em local de atendimento da operadora vencedora, ainda que licitações passadas assim o tenham sido instituídas.

A despeito de as relações negociais estarem adquirindo a rapidez e a fluidez que a tecnologia possibilita, em alguns casos específicos, pode ser requerida a presença de beneficiário no setor de atendimento presencial, sem que isso signifique restrição de acesso ou assemelhado

Ora, nos casos em que é imprescindível a apresentação de laudo para verificação de preenchimento de DUT (Diretriz de Utilização) ou Diretriz Clínica, para a autorização do procedimento, por exemplo, o beneficiário deve comparecer ao atendimento, de forma a municiar a operadora dos documentos e informações necessárias e, ainda, receber a comprovação de entrega desses documentos, para garantia de seus próprios direitos.

Da mesma maneira, há casos em que os próprios beneficiários preferem receber a autorização presencialmente. É comum receber, por exemplo, no atendimento dessa operadora, demandas para recebimento de documentos escritos, que dão uma sensação de segurança adicional ao beneficiário e, para isso, direcionam-se ao atendimento da operadora.

Pelo menos nos casos em que, problemas sistêmicos impossibilitem que tudo seja feito de maneira remota, deve haver exceção para a entrega pessoal, sob pena de causar-se prejuízo ao beneficiário, que poderia receber de forma mais rápida a autorização, ainda que no atendimento preferencial, em caso de tratativa técnica de problemas de sistemas informatizados.

Por esses motivos, entende-se que a exigência posta no Edital não deve ser peremptória a ponto de impedir a participação de qualquer operadora sendo que, da forma como está exposta, certamente, selecionará de forma deletéria ao processo concorrencial preconizado em Lei.

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. O formato de operacionalização citado no item 6.8 do termo de referência foi exigido em todas as contratações para o mesmo objeto, sendo que não houve questionamentos e complicações em sua utilização. Trata-se eficiência no atendimento ao usuário aliada a modernidade e tecnologia. Não procede o argumento da impugnante quando afirma que este item do Termo de Referência impediria a participação, antes pelo contrário, o item amplia a participação quando não se atém apenas a forma de prestação de serviço da impugnante. Insta ressaltar que tanto o item 6.8 quanto o item 6.9, complementarmente, do termo de referência a finalidade é “descomplicar” para o usuário a utilização do serviço.

2.DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Não pode satisfazer qualquer participante o indeferimento da impugnação desta operadora, no que tange ao atendimento de urgência e emergência, pois afasta a aplicação da CONSU 13, em detrimento unicamente da Lei 9.656/98.

Há necessidade de se ressaltar que, a Lei 9.656/98, traz as disposições gerais aplicáveis à espécie, considerando que a complexidade da matéria está sob a alçada da normatização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Conselho de Saúde Suplementar, que foi instituído pela própria lei 9.656/98.

Assim, o CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR editou normas que são aplicáveis ao atendimento de urgência e emergência, que entende serem cogentes, obrigatórias para todas as operadoras de plano de saúde. Não existe opção! As operadoras devem segui-las. Veja-se:

“O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído

pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,

RESOLVE:

Art. 1º A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D1 , da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

Art. 2º plano ambulatorial! deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica - porém ainda cumprindo período de carência - a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2º para o plano ambulatorial.

Art. 5º O plano ou seguro referência2 deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

Art. 6º Nos contratos de plano hospitalar e do plano e seguro referência que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida

para planos ambulatoriais no art. 2º desta Resolução.

Art. 7º A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

§1º Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus

§2º Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

§ 2º - Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. As condições em que se darão os atendimentos de urgência e/ou emergência são aquelas constantes da Lei nº9656, de 1998, conforme citado no edital e resposta da Impugnação 01.

3.DA NECESSIDADE DE DELIMITAÇÃO DA COBERTURA

Esta participante entende que os esclarecimentos e as respostas a impugnação não satisfaz os critérios legais consignados na Lei 8.666/93 e demais, que regem a matéria.

Ora, o Edital amplia claramente a cobertura e, na resposta do Ente, este esclarece que a cobertura se limita ao Rol. Entretanto, como o pedido de esclarecimentos não tem o condão de alterar o Edital, mas somente esclarecê-lo, entende-se que a manutenção da redação impugnada pode causar prejuízo à eventual vencedora do certame, observando-se que os seus termos poderão ser exigidos, ressaltando-se pelos beneficiários.

Veja-se o pontuado na manifestação anterior, desta participante:

“Como toda prestação de serviços, a delimitação do seu escopo da assistência à saúde é de importância singular, pois permite que a precificação se dê de maneira mais adequada às circunstâncias. Em alguns pontos, o Ente amplia o risco de qualquer eventual interessada e, isso certamente acarretará a majoração de custos. Veja-se:

(...) 4.1. O serviço de assistência à saúde deverá garantir o custeio das despesas referentes aos serviços relacionados nas legislações e atos normativos mencionados neste objeto, em rede própria e/ou credenciada/referenciada ou através de reembolso nos casos de urgência ou emergência e das despesas com todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem limitação de prazo de internação, em clínicas básicas e especializadas,

reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou Centro de Terapia Intensiva (CTI).

4.2. Aos beneficiários regularmente inscritos no serviço de assistência à saúde contratado, deverá ser garantido atendimento clínico e/ou cirúrgico nos consultórios médicos, hospitais e ambulatórios Edital Pregão Eletrônico N°002/2017 nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela Resolução CFM n° 1973/2011, e aquelas acrescentadas por legislação e atos normativos posteriores, assim como todos os exames solicitados por médicos assistentes, dentro da rede própria, credenciada/referenciada, salvo exceções previstas no item 4 deste TR.

4.3. Nas localidades onde a empresa contratada não dispuser dos serviços da rede hospitalar credenciada, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor pago.

4.4. Aos beneficiários do plano de saúde serão garantidos todos os procedimentos e coberturas do Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais exigências deste Termo de Referência. (...)"

Primeiramente, cumpre esclarecer que as operadoras de plano de saúde possuem **obrigação de cobertura mínima** do contido no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE da ANS, no momento regulado pela RN 387.

Não cobre, portanto: DOENÇAS OU ESPECIALIDADES MÉDICAS. Cobre procedimentos e eventos. Neste sentido, o Edital contém diversas previsões absolutamente impossíveis de serem cumpridas por quaisquer operadoras. E isso deve ser corrigido, de qualquer forma, pois cria uma obrigação que não pode ser executada, por ninguém.

Se o Ente pretende que seja ofertada cobertura **SUPERIOR AO ROL** deve listar quais **procedimentos** "extras" deverão ser acobertados, já que os produtos registrados na Agência Nacional de Saúde pelas operadoras possuem características detalhadas e, os serviços adicionais, devem estar contidos nessas características. Assim, para qualquer operadora avaliar qual produto seu, registrado, ofertará no certame, deve ter conhecimento detalhado de todo o escopo a ser ofertado. **Sem essa delimitação, não há como ofertar produto e, nesse ponto, o Edital também falha, fazendo jus ao devido reparo.**

Veja-se que, não há limites para o surgimento de novas tecnologias ou novos procedimentos, mas isso não significa que estes tragam reais benefícios aos pacientes. Por isso, a ANS, bianualmente, abre consulta pública para a atualização do Rol e, com isso, consulta médicos, pesquisadores, órgãos de defesa do consumidor, ministério público, buscando selecionar os procedimentos que efetivamente possam agregar valor aos serviços. É a fonte mais confiável para a cobertura dos contratos de assistência à saúde, considerando-se o caráter técnico de regulação da autarquia aqui mencionada.

Além disso, cumpre-se acrescer que a ausência de delimitação precisa de cobertura afeta diretamente o risco do contrato, ampliando-o, sendo impossível à proponente a avaliação dos custos a que está sujeita na prestação de serviços. Atingindo a precificação, coloca em xeque o equilíbrio econômico financeiro da relação negociai.

*Requer-se, assim, a delimitação da cobertura, de forma precisa, para que a operadora possa precificar corretamente ou mesmo, **decidir pela não participação no certame, de maneira fundamentada.**”*

Assim, o Edital, deve ser conformado ao que foi informado pelo Ente no deferimento deste item, na impugnação originária, para que não haja informações truncadas nos documentos do certame.

§3º Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

§ 4º - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário. ”

Dessa maneira, entende-se como conduta violadora do princípio da razoabilidade afastar-se a aplicação de um normativo que é de aplicação obrigatória junto às operadoras.

Requer-se a reconsideração do Ente, quanto a este ponto.

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. A impugnante equivocou-se quando diz que houve deferimento deste item na Impugnação 01, quando, na realidade, o Ente esclareceu o edital diante da dúvida levantada unicamente por este licitante, para ampliar a participação em um ponto que já entendia-se estar suficientemente claro:

Ver resposta do item 2.10 da Impugnação 01.

4. DA RN 259 E DO REEMBOLSO

Vejam-se as alterações propostas pelo Ente:

“(…) 4.1. O serviço de assistência à saúde deverá garantir o custeio das despesas referentes aos serviços relacionados nas legislações e atos normativos mencionados neste objeto, em rede própria e/ou

credenciada/referenciada ou através de reembolso nos casos de urgência ou emergência, conforme RN 259, e das despesas com todos os procedimentos e eventos relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem limitação de prazo de internação, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou Centro de Terapia Intensiva (CTI).

4.3. Nas localidades onde a empresa contratada não dispuser dos serviços da rede hospitalar credenciada, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor pago, conforme RN 259.

6.5. Caso haja a necessidade de atendimento em local onde não exista rede credenciada/referenciada e/ou própria da CONTRATADA ou nos casos de urgência ou emergência (inclusive fora do Estado de Minas Gerais), quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso do valor, pago ao estabelecimento, junto à CONTRATADA, mediante a apresentação de documento fiscal. O reembolso será efetuado de acordo com a tabela da CONTRATADA, conforme RN 259.

6.2.32. Efetuar o reembolso ao beneficiário por atendimento realizado por profissional não credenciado pela CONTRATADA, conforme RN 259. (...)

Esta participante entende que há um equívoco do Ente, ao alterar o texto do Edital, unicamente para inserção da RN 259, aplicável à espécie, observando-se que esse dispositivo legal, em verdade, traz um escalonamento de medidas, que devem estar claros aos beneficiários, no Edital.

Entende-se que, acima de qualquer coisa, a operadora deve ser comunicada incontinenti, para a tomada de todas as providências para que sejam disponibilizados prestadores. Quem disponibiliza, portanto, é a operadora, não cabendo ao beneficiário, a escolha imediata de qualquer prestador. Deve-se ponderar que a operadora deve providenciar o atendimento, nos prazos consignados na norma, com reconhecida qualidade, pelo que possui know how para a contratação e para a contratação que se faça pertinente.

Assim, o Edital deve ser modificado para que a disciplina da norma esteja contida, não somente a sua numeração, que mantém a incongruência originalmente impugnada.

Mantém-se o conteúdo originalmente impugnado, requerida nova avaliação pelo

Ente:

(...) Assim, impõe-se que a operadora seja acionada pelo CONTRATANTE ou pelo beneficiário, em qualquer caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador, para tomar as medidas cabíveis, GARANTINDO O ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO, mas se acordo

com a sistemática estabelecida pela Agência Nacional de Saúde. A operadora pode, inclusive, firmar contrato com entidade que não compõe a sua rede, para que o atendimento seja realizado. O reembolso é medida, portanto, extraordinária e excepcional, esgotados todas as outras opções contidas na norma em questão.

Outro aspecto a ser salientado diz respeito ao item 6.10 do Termo de Referência, transcrito no início desse tópico: nenhum beneficiário pode ser atendido por entidade da rede credenciada do plano, como cliente particular - seja em urgência e emergência ou em atendimento eletivo. Essa hipótese deve ser completamente descartada no Edital, especialmente como caso de reembolso, sendo substituída por previsão de que o fato será comunicado imediatamente a operadora, para apontamento junto ao prestador e acerto da questão. Isso indica que o prestador está relegando ao beneficiário de plano de saúde a um "status" diferente do paciente particular. Essa conduta deve ser coibida veementemente, pelo que se requer a modificação do Edital.

Deve-se ressaltar, ainda, que acordos particulares levados a efeito entre o beneficiário e a instituição de saúde - por exemplo, para custeio de prótese não coberta pelo plano - não serão, em hipótese alguma, reembolsados por qualquer operadora.

Tais itens devem ser reescritos, conforme entendimento da regulamentação da ANS - Agência Nacional de Saúde e o ora exposto.

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. O Ente entende que o edital está suficientemente claro quanto a regulamentação dos reembolsos nos termos da resposta do item 2.11 da Impugnação 01.

5.DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Ao contrário do que propôs o ente, o Edital é omissivo quanto à cobrança de coparticipação psiquiátrica, que não se pode confundir com a coparticipação comum de internação.

"(...) II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato 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 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e*
- b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde. (...)"*

Reitera-se o conteúdo posto na manifestação inicial:

Portanto, impende ressaltar a necessidade de constar expressamente, nos termos do Edital (termo de referência e contrato), a possibilidade de exigência de coparticipação

psiquiátrica, já que o produto licitado possui características coparticipativas, a saber, permite a exigência de fator de moderação financeiro.

A ausência dessa permissão amplia o risco do contrato, o que reflete nos preços eventualmente apresentados ou, ainda, impede que algumas operadoras participem do certame, restringindo a competição saudável e recomendada pela legislação vigente.

Sendo assim, em respeito aos princípios que regem a Licitação, notadamente o princípio da vinculação ao instrumento convocatório, requer seja sanada a omissão em tela, para o bom andamento do certame.

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. O Ente entende que o edital está suficientemente claro quanto as coparticipações de todos os procedimentos conforme item 10 do termo de referência.

6. DAS MINUTAS CONTRATUAIS DO PRODUTO ODONTOLÓGICO E DA MASSA DE INATIVOS

Esta participante, respeitosamente, ousa divergir da posição adotada pelo Ente, de que possa adotar minutas contratuais suas, conforme seus padrões, para a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica e para a prestação de serviços de assistência à saúde para os inativos, nos termos da RN 279, da ANS.

Para esta operadora, a contratante - independentemente da política de benefícios adotada - é a MGI, para quem a operadora deverá encaminhar a cobrança do produto odontológico e, a responsável pelo contrato de inativos, a despeito dos custos serem faturados para cada um dos ex-empregados, individualmente.

E, como nos termos da Lei 8.666/93, as minutas contratuais devem ser colacionadas ao Edital, entende-se que existe uma omissão grave no Edital, que deve ser sanada a fim de atender aos requisitos legais vigentes

CONCLUSÃO: Nega-se provimento da impugnação acima. O Ente entende que o edital está suficientemente claro

DOS PEDIDOS

Por todo o exposto, a **UNIMED-BH**, ciente da seriedade desse licitante, requer seja a presente impugnação julgada procedente, esperando que o procedimento administrativo, diante das inconsistências apontadas, sejam devidamente apuradas e corrigidas pelos setores competentes deste i. órgão, sob pena de restar frustrado todo o procedimento licitatório realizado.

Termos em que,
Pede deferimento.

CONCLUSÃO: JULGA IMPROCEDENTE a impugnação por entender que os itens impugnados já estão suficientemente esclarecidos em oportunidades anteriores, sendo consolidadas no edital Republicado.

Vania Lucia da Silveira
Pregoeira