

COMPRASNET
Pregão Eletrônico



Esclarecimento 16/01/2019 11:14:43

A Empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, formulou o seguinte pedido de esclarecimento: Esclarecimento I- Entendemos possível a participação de empresas Administradora de Benefícios, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em conformidade com a RN nº 196, de 14 de julho de 2009 da ANS. Lembrando que no caso da possível participação, a Rede Credenciada a ser apresentada será da operadora contratada pela administradora. Está correto o entendimento?

Fechar

COMPRASNET
Pregão Eletrônico



Resposta 16/01/2019 11:14:43

Em resposta ao pedido de esclarecimento formulado pela empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, informamos que não há óbice à participação de empresas denominadas "Administradoras de Benefícios", assim definidas pelo Art. 2.º da Resolução Normativa ANS n.º 196/2009. Ressalte-se, entretanto, que a operadora contratada pela Administradora de Benefícios deverá atender integralmente às especificações definidas no Termo de Referência constante do Anexo I do Edital licitatório.

Fechar

**Esclarecimento 28/01/2019 13:18:20**

A empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS FORMULOU OS SEGUINTE PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO: Questionamento 1 – Levando em consideração a solicitação citada no item 7.3 do Termo de Referência: “7.3 A CONTRATADA deve apresentar, mensalmente, nota fiscal/fatura de serviços, emitida e entregue ao setor responsável pela Fiscalização do contrato, no mês subsequente ao da prestação do serviço, até o quinto dia útil de cada mês.” Entendemos que não cabem as exigências Pois a cobrança será realizada de maneira individualizada aos beneficiários, não tendo previsão de faturamento único, assim a emissão de nota fiscal com o montante final não legítimo. Mesmo porque não haverá repasse financeiro por parte da prefeitura a Administradora de Benefícios. Ainda esclarecemos que a administradora de benefícios, atendendo as necessidades do mercado privado de saúde, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a Resolução Normativa nº 196/2009, passando a regulamentar e autorizar a atividade de Administradora de Benefícios, anteriormente denominada Administradora de Planos de Saúde. Essa gama extensa de atividades distingue a Administradora de Benefícios das demais prestadoras de serviços, o que gerou reflexos também no campo da tributação e no cumprimento de obrigações acessórias, especialmente quanto à incidência do Imposto sobre Serviços – ISS, de competência municipal. Por essas razões, a Administradora de Benefícios não está obrigada à emissão de Nota Fiscal à pessoa jurídica contratante, sendo que está obrigada apenas a formalizar a emissão de nota fiscal em referência à taxa de administração, sob pena de descumprir a legislação de regência, caso contrário estaria submetida a uma dupla incidência do ISS, na medida em que a Operadora de Plano de Saúde cumpre sua obrigação fiscal, emitindo na NFS-e, exclusivamente contra a Administradora de Benefícios. Não obstante a isso, é preciso esclarecer que a Administradora de Benefícios emitirá mensalmente, em substituição a emissão de nota fiscal, o relatório analítico contendo de forma pormenorizada os dados do contrato e a composição da totalidade dos Beneficiários vinculados, com as seguintes informações: i) o número de cadastro do Beneficiário; ii) nome completo; iii) CPF; iv) nome do Plano de Saúde a que está vinculado; v) sua condição no contrato (titular ou dependente); vi) idade; vii) natureza da dependência; viii) data de inclusão no contrato; ix) rubrica do plano; x) valor do plano; e xi) valor total do plano por titular. O referido relatório será devidamente acompanhado do boleto de pagamento. Será aceito pelo órgão? Questionamento 2 – Considerando as exigências do edital relacionadas a comprovação mínima de rede credenciada por parte das operadoras, será necessária a informação de distribuição de vidas por município. Pedimos então que seja disponibilizada a referida informação para a garantia de atendimento das operadoras participantes. Questionamento 3 – Será facultativa a aceitação de dependentes especiais citados no Item 3.12.2 do Termo de Referência? “São considerados dependentes especiais, em relação aos titulares, os parentes, consanguíneos ou afins, que não se enquadrem no subitem anterior, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade.” Questionamento 4 – Para melhor análise e precificação das propostas, por gentileza, informar qual plano/operadora de saúde atual e sinistralidade apurada no último período. Questionamento 5 – Possui afastados na massa? Caso afirmativo, qual (is) as Cid(s) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde? Questionamento 5.1 - Possui gestantes? Caso positivo, qual o quantitativo?

COMPRASNET

Pregão Eletrônico



Resposta 28/01/2019 13:18:20

Em resposta, o setor responsável informou: RESPOSTA 1 - Mesmo as Administradoras de Benefícios devem apresentar nota fiscal/fatura de serviços, acompanhado do relatório dos benefícios. Isso atende à exigência do edital. Caso a Contratada possua algum benefício tributário legal ou regulamentar, deverá demonstrá-lo por ocasião da assinatura do contrato. RESPOSTA 2 - Boa Vista/RR: 398 vidas; Alto Alegre/RR: 03 vidas; Mucajaí/RR: 01 vida; Caracaraí/RR: 06 vidas; Rorainópolis/RR: 04 vidas; Pacaraima/RR: 06 vidas; São Luiz/RR/RR: 03 vidas; Manaus/AM: 04 vidas; Pará/PA: 03 vidas; Brasília/DF: 07 vidas; Rio de Janeiro/RJ: 02 vidas; Fortaleza/CE: 07 vidas; Natal/RN: 04 vidas; João Pessoa/PB: 02 vidas; São Luiz/MA: 01 vida. Total geral: 451 vidas. Resposta 3 - A inclusão dos dependentes especiais é afeta ao Titular do Plano de saúde e ao Contratante, tendo em vista que o rol de beneficiários está previsto na Instrução Normativa do TRE-RR nº 17 de 23 de Outubro de 2012. Não cabe à contratada recusá-los. Resposta 4 - O contrato atualmente em vigor foi firmado com a Federação das Unimeds da Amazônica (FAMA), o qual vem sendo prorrogado desde Fevereiro/2013. RESPOSTA 5 - Atualmente, somente 3 servidores estão afastados por problemas de saúde. Dois deles com CID relacionados a doenças mentais e o outro por problemas ortopédicos. Resposta 5.1 - É do conhecimento da Seção de Assistência Médica a gravidez de apenas 1 servidora.

Fechar

**Esclarecimento 23/01/2019 13:33:09**

A empresa AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, formulou os seguintes pedidos de esclarecimento: 1. Favor informar a distribuição de vidas por município. Considerando endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede). 2. Há quanto tempo o contrato está vigente? 3. Solicitamos a gentileza de informar a distribuição por sexo, conforme tabela abaixo: 4. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação. 5. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente). 6. Atualmente existem Afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde? 7. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos. 8. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's. 9. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica. 10. . Para que que possamos ofertar valores justos, pedimos que nos informe a Sinistralidade (Utilização X Valores pagos) dos últimos 12 meses do presente contrato? (apresentar o relatório atualizado de sinistralidade). 11. Está correto o nosso entendimento de que os 566 beneficiários migrarão para o novo contrato? Se negativo, favor especificar detalhadamente. 12. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo? 13. Possui aposentados e demitido? Caso afirmativo, qual o quantitativo? 14. Está correto o nosso entendimento de que todos os procedimentos previstos / carências / coberturas descritos no Termo de Referência estão vinculados às disposições da Lei 9.656/98 e demais Resoluções Normativas - ANS? 15. Percentual de contribuição do beneficiário no plano de saúde (se houver)? 16. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)? 17. Há tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses? 18. Solicitamos maiores esclarecimentos do subitem 3.5.3 do termo de referência, bem como o 3.17.1 – alínea "a" e "b". 19. No subitem 4.3 "A prestação do serviço será iniciada em no máximo 10 (dez) dias úteis, contados da assinatura do contrato." Pergunta-se: O prazo de 10 dias fica totalmente inviável para as operadoras que tem um assoberbo de processos, solicitamos que seja revista este item para a possibilidade de 30 dias para atendimento, visto que é necessário a implantação dos beneficiários para disponibilizar o atendimento. 20. Quanto a elegibilidade dos pensionistas – Estes não possuem elegibilidade como beneficiários titulares da contratação, pois, não possuem o vínculo estipulado pelo artigo 5º da RN 195 para ser beneficiário titular de um contrato coletivo empresarial. Dessa forma, solicitamos que essa exigência seja revista pela administração. 21. Qual o quantitativo atual de pensionistas? 22. REDUÇÃO DO REAJUSTE – Registra-se que, sinistralidade consiste na diferença resultante das despesas x receita, isto é, o resultado financeiro extraído da relação entre a fatura do plano e o custo dos sinistros suportados pela operadora/seguradora num determinado período, sendo essa equação baseada no princípio do mutualismo, indispensável à manutenção do equilíbrio financeiro do contrato, ao mutatis mutandis, e à preservação do nível de serviços prestados pela rede de atendimento. Destacamos ainda que é totalmente descabida e exigência na possibilidade de redução a sinistralidade inferior a 75%, uma vez que, a figura do reajuste de preço tem por objetivo compensar os efeitos das variações inflacionárias, que estão descompensadas e inferiores ao praticado no mercado. Ante o exposto, ressaltamos que caso a sinistralidade fique com o valor inferior ao exigido no edital, o percentual que será praticado é o índice exigido no ato convocatório.



Resposta 23/01/2019 13:33:09

Em resposta, o setor responsável informou: 1. Boa Vista/RR: 398 vidas; Alto Alegre/RR: 03 vidas; Mucajaí/RR: 01 vida; Caracará/RR: 06 vidas; Rorainópolis/RR: 04 vidas; Pacaraima/RR: 06 vidas; São Luiz/RR/RR: 03 vidas; Manaus/AM: 07 vidas; Porto Velho/RO: 02 vidas; Pará/PA: 03 vidas; Brasília/DF: 07 vidas; Rio de Janeiro/RJ: 03 vidas; Fortaleza/CE: 07 vidas; Natal/RN: 04 vidas; João Pessoa/PB: 02 vidas; Recife/PE: 01 vida; São Luiz/MA: 01 vida. 2. O Contrato está em vigência desde Fevereiro/2013. 3. 0 a 18 - 00 tit.fem./00 tit masc./ 51 dep. fem./67 dep. Masc./Total: 118; 19 a 23 - 00 tit.fem./02 tit masc./ 19 dep. fem./24 dep. masc./Total: 45; 24 a 28 - 05 tit.fem./04 tit masc./ 17 dep. fem./09 dep. masc./Total: 35; 29 a 33 - 03 tit.fem./12 tit masc./ 11 dep. fem./06 dep. masc./Total: 32; 34 a 38 - 06 tit.fem./10 tit masc./ 07 dep. fem./05 dep. masc./Total: 28; 39 a 43 - 07 tit.fem./13 tit masc./ 12 dep. fem./06 dep. masc./Total: 38; 44 a 48 - 08 tit.fem./21 tit masc./ 11 dep. fem./03 dep. masc./Total: 43; 49 a 53 - 12 tit.fem./18 tit masc./ 06 dep. fem./05 dep. masc./Total: 41; 54 a 58 - 10 tit.fem./12 tit masc./ 09 dep. fem./00 dep. masc./Total: 31; 59 Ou mais - 10 tit.fem./10 tit masc./ 17 dep. fem./10 dep. masc./Total:47 4. Não há como garantir uma previsão, pois depende principalmente de eventuais recursos na licitação. O contrato atualmente em vigor encerra em 22/02/2019. Se a licitação for finalizada antes dessa data, o contrato iniciará em 23/02/2019. Ressalto que há interesse desta Corte em que o Contrato inicie em 23/02/2019 para que os beneficiários não fiquem sem cobertura. 5. Atualmente, 458 vidas. Porém, existe a projeção de aumento em virtude da possibilidade de migração de outros servidores e dependentes que atualmente estão vinculados ao Plano de Saúde da Associação dos Servidores do TRE/RR. Estima-se aumento de 108 vidas. 6. Atualmente, somente 3 servidores estão afastados por problemas de saúde. Dois deles com CID relacionados a doenças mentais e o outro por problemas ortopédicos. 7. Não é do conhecimento da Seção de Assistência Médica que algum beneficiário esteja internado. Os casos citados no item 6, estão em tratamento continuado conforme sua patologia, sem internação ou home care. 8. Sim. Diabetes, hipertensão, hepatite B, Cardiopatias, Osteoartropatias, Câncer (apenas 4 casos conhecidos, dos quais 3 já considerados curados). 9. Infecção de vias aéreas superiores, atopias, diarreia aguda, osteoartropatias, doenças mentais, infecções do trato urinário, cefaleia. 10. Houve decréscimo de 1.22% (-1.22%). No tocante ao relatório, não é possível divulgar em razão de informações de cunho pessoal presentes no documento. 11. No item 3.15.1 do Termo de referência consta a expressão "quantidade estimada", a qual foi detalhada no item 5 deste documento. 12. É do conhecimento da Seção de Assistência Médica que apenas 1 servidora está gestante. 13. São 13 aposentados no quadro, todos fazem parte do plano de assistência médica. 14. O TR segue as normas da ANS com pontuais adequações às necessidades do Contratante. 15. Seguindo as normas do TRE-RR e diante da disponibilidade orçamentária, o Contratante custeia 100% do plano de saúde dos titulares e cada servidor custeia integralmente seus dependentes legais e especiais. 16. Não. 17. A Seção de Assistência Médica não possui tais informações. 18. Solicitações de esclarecimentos devem ser claras e específicas. Questionamentos genéricos como este inviabilizam qualquer resposta, pois não se sabe qual a dúvida. Contudo, informamos que o termo " Sistema Unimed" deve ser substituído pela expressão "Contratada" nos itens em questão. 19. O prazo de 10 dias úteis é suficiente para o cadastro pois não são muitos usuários a serem cadastrados. Além disso, já há um cadastro, que poderá ser disponibilizado à contratada para agilizar a implantação. Por óbvio, qualquer situação excepcional deverá ser justificada e eventual atraso poderá ser analisado pela administração. 20. O art. 5.º da RN prevê: " Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária." Os pensionistas possuem relação estatutária com o órgão, razão pela qual entram na definição de beneficiários titulares. 21. Até a presente data, 4 (quatro) pensionistas estão vinculadas ao plano de assistência médica. 22. Este assunto já foi objeto de estudo nesta administração pública e ficou definido que, visando ao equilíbrio contratual, eventuais reajustes devem levar em consideração a sinistralidade.

Fechar