

1. DA IMPOSSIBILIDADE DE CUMPRIMENTO DO ITEM 11.3

Ao analisarmos o termo de referência, nos deparamos com a seguinte exigência:

11- REDE CREDENCIADA

11.3. A Contratada deverá disponibilizar para a prestação dos serviços, na relação da Rede de Atendimento, própria ou credenciada, em todo o território nacional, em todas as capitais de, no mínimo: 2 (dois) hospitais de grande porte, sendo 01 (um) com Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTINEO, e que tenham unidade de terapia intensiva, pronto socorro nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cirurgia e cardiologia, atendimento de pronto socorro.

Cumpre evidenciar que, depois da acurada análise do item 11.3, verificou-se a presença de exigências excessivas em relação às especificações mínimas exigidas no ato convocatório, o que é vedado em nosso ordenamento jurídico e vai de encontro ao real objetivo da licitação pública.

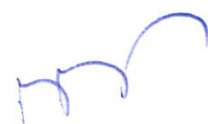
Conforme a exigência prevista no item 11.3 fica estabelecido que a contratante deverá disponibilizar hospitais 2 (dois) hospitais de grande porte, onde dentre diversas especialidades de serviços médicos, deverá ser fornecido o serviço de obstetrícia/maternidade.

Isso significa que nem a IMPUGNANTE nem qualquer outra empresa do ramo poderá atender o edital quanto a exigência de haver dois hospitais de grande porte em todas as capitais, caracterizando dessa forma, uma restrição da competitividade.

Assim sendo, a lei 8.666/93 em seu artigo 3º dispõe sobre o princípio da Competitividade nos seguintes termos:

“Qualquer restrição em relação ao objeto da licitação deve ter como fundamento razões aptas a justificarem que a finalidade e o interesse público reclamam por tal exigência de forma irremediável. Sem tal justificativa a restrição deve ser tomada por ilegal (art. 3º, § 1º, inc. I)...”

A licitação pública é um meio pelo qual a Administração seleciona a proposta mais vantajosa para execução de uma atividade. Por se tratar de um meio para atingir um determinado fim, não é permitida por lei neste procedimento a adoção de exigências desnecessárias, com intuito meramente restritivo.



Cabe salientar que de acordo com o ilustre doutrinador Lucas Rocha Furtado, in curso de Licitações e Contratos Administrativos a repactuação é:

“Modalidade especial de reajustamento de contrato, aplicável tão-somente aos contratos de serviços contínuos, corresponde à denominada repactuação, que se destina a recuperar os valores contratados da defasagem provocada pela inflação e se vincula não a um índice específico de correção, mas à variação dos custos do contrato”.

A diferença reside no fato do reajustamento vincular-se a um índice estabelecido contratualmente, enquanto na repactuação a recomposição do equilíbrio do contrato ocorre por meio da demonstração analítica da variação dos componentes dos custos que integram o contrato.

Nesse mesmo sentido, tem se manifestado o Superior Tribunal de Justiça – STJ, *in verbis*:

(...)

Já quanto ao aumento do valor das contribuições, ele é justificável pelo aumento de sinistralidade em razão de maior utilização do serviço decorrente do incremento de idade dos beneficiários, o que também pode ser demonstrado em cálculos atuariais. Esse entendimento foi acolhido pela maioria dos integrantes da Turma.

(...)

REsp 1.102.848-SP, Rel. originária Min. Nancy Andrighi, Rel. para acórdão Min. Massami Uyeda, julgado em 3/8/2010.

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 descompensada e inferior ao praticado no mercado.

É um procedimento automático no qual sua recomposição ocorre por variações de determinados índices. Tais índices são estabelecido no contrato ou no edital conforme estabelece a Lei 8666/93 (inciso XI do artigo 40 e do inciso III do artigo 55).

O jurista Marçal Justen Filho leciona que o reajuste “é consequência de uma espécie de presunção absoluta do desequilíbrio.”

Ressaltamos ainda, 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.

Ante o exposto, depreende-se que o Edital em epígrafe carece de alteração para o índice para VCMH e estipular um limite de sinistralidade, preferencialmente não superior a 70% (setenta por cento), viabilizando a contratação, já que um limite superior a esse tem potencial para inviabilizá-la, porque nenhuma das operadoras/seguradoras do mercado terão condições de assumir tal risco, sob pena do presente pregão restar deserto por prever exigências que inviabilizam a continuidade do contrato e que seja excluída a exigência de redução.

3. DA DESCONFORMIDADE DO ITEM 3.2

forma, questionamos qual será a forma de atualização monetária em caso de inadimplemento de pagamento.

- O item 26.6 prevê que a autorização prévia para procedimentos cobertos deverá ser disponibilizada em 1 dia útil. Desta forma, questionamos se o prazo não pode ser alterado para o disposto pela ANS, resolução normativa 259.
- Vislumbramos contradição entre o item 13.4 do Edital e Cláusula 12, §1º da Minuta do Contrato. Isso porque, enquanto o item 13.4 do Edital afirma que a garantia contratual deverá cobrir 3 meses além do prazo pactuado para a vigência contratual, a Cláusula 12, §1º da Minuta do Contrato afirma que a “garantia deverá cobrir todo o prazo do Contrato mais 30 (trinta) dias”. Pergunta-se: Qual o prazo correto da garantia.
- Verificamos que o item 9.1 do Termo de Referência afirma que “é assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente”. Essa cláusula, aparentemente, estipula carência de 24h para que o atendimento de urgência e emergência seja assegurado. Ocorre que essa previsão vai contra o item 15.1, subitem 2, do próprio Termo, que afastaria tal possibilidade: “não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde: 2. em situações de urgência ou emergência, de acordo com disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656/1998, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário à Contratada”. O item é contraditório com o item 15.1, subitem 2, do Termo de Referência. Solicitamos esclarecimentos se é ou não permitida a estipulação de carência de 24h após a adesão, para as hipóteses de atendimento de urgências e emergências.
- Apontamos que o item 13.11 do Termo de Referência estabelece que ex-empregados e ex-dirigentes da CODEPLAN deverão ser mantidos como beneficiários, desde que assumam integralmente o custeio do plano. Por sua vez, o item 14.2 do Termo de Referência dispõe que no caso de desligamento, exoneração e demissão, o beneficiário poderá optar por permanecer no plano. Observa-se, assim, que a possibilidade de manutenção no plano não foi limitada aos casos de demissão de beneficiários sem justa causa, pelo período de 1/3 do tempo em que foram funcionários, e aposentados que contribuíram por no mínimo 10 (dez) anos, como determinam os art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como a Resolução Normativa nº 279 da ANS. Por favor ratificar nosso entendimento de que as exclusões dos beneficiários por exoneração ou demissão, bem como por aposentadoria, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011?
- Destacamos que o item 27.1 do Termo de Referência determina a aplicação da Resolução Normativa nº 338/2013 da ANS, já revogada. Informamos, nesse sentido, que a RN hoje vigente é a RN 428/2017. Solicitamos que seja sanado o erro material

À Administração é garantida a prerrogativa de estabelecer as especificações/condições mínimas que devem pautar a disputa na licitação. No entanto, a definição dessas regras deve estar em consonância com a demanda que objetiva ser suprida, sendo vedada à Administração extrapolar tais limites.

Não é demais lembrar que a própria Lei n.º 8.666/93 está carregada de tópicos de preocupação, acerca da responsabilização de eventuais responsáveis da disputa, como por exemplo, imposição de restrições indevidas à ampla concorrência, elaboração imprecisa de editais e a inclusão de cláusulas excessivas, que comprometam o caráter restritivo da licitação. Dessa forma, solicitamos que seja excluída a presente exigência no que se refere a contemplação do quantitativo de hospitais.

2. DO REAJUSTE

22. REAJUSTE

22.2 Todas as mensalidades previstas no contrato, fixadas em moeda corrente do País, poderão sofrer reajuste financeiro anualmente, em conformidade com a variação do IPCA, item "Saúde e Cuidados Pessoais", subitem "Plano de Saúde", caso a sinistralidade calculada para o período seja maior ou igual a 75% (setenta e cinco por cento) e menor ou igual a 80% (oitenta por cento).

22.3 O reajuste técnico, ou por sinistralidade, poderá ser aplicado caso a sinistralidade calculada para o período seja menor que 75% (setenta e cinco por cento) ou maior que 80% (oitenta por cento). Neste caso, o percentual de aumento ou desconto será determinado através de cálculo atuarial da receita necessária para o contrato, considerando os seguintes fatores: despesa médica observada, oscilação de risco, custo de produtos contratados, agravamento de despesas administrativas, fator de reajuste financeiro para o próximo período, despesas de comercialização (impostos) e outros fatores que sejam respaldados pelo setor competente.

No ato convocatório, dispõe que os preços propostos reajustáveis observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, o reajuste será efetuado de acordo com o índice acumulado do IPCA.

No entanto, o reajuste deverá ser previsto no contrato, considerando os seguintes fatores que temos como despesa medica oscilação de risco, custo de produtos, agravamento de despesas de comercialização (impostos) e outros fatores que impactam diretamente nas condições do serviço fornecido, sendo mais pertinente o índice VCMH - **Variação dos Custos dos Serviços Médico-Hospitalares**.

Ressaltamos ainda, a fim de aplicação do reajuste após um ano de contrato, entendemos que será aplicado um índice oficial, estabelecido no edital, bem como será considerado a sinistralidade do contrato, ou seja, poderemos buscar a recomposição do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, tendo como base a taxa de sinistralidade.

Contudo, analisando-se os principais indicadores operacionais, verifica-se uma estabilidade na relação faturamento vs. despesas médicas, medido pelo índice de sinistralidade, que oscila entre 0,70. Isso significa que aproximadamente metade da receita proveniente das contraprestações é destinada ao pagamento de despesas medicas.

3.2. BENEFICIÁRIO TITULAR : os empregados pertencentes da Tabela de Emprego Permanente da Codeplan - TEP, da Tabela de Emprego em Comissão – TEC e Emprego em Comissão em Extinção – ECE, os requisitados, os cedidos, os dirigentes, os ex empregados e ex dirigentes na forma da legislação vigente, bem como os empregados e seus dependentes participantes do Programa de Desligamento Voluntário – PDV, em conformidade com os termos da Resolução Nº 147/2015 – Diretoria Colegiada, em especial seu art. 18, onde assegura aos integrantes do referido programa a opção de continuarem inscritos Plano de Saúde da Codeplan, e após o término do recebimento dos seus incentivos financeiros, mediante ressarcimento integral.

Destacamos que o empregado/funcionário que adere ao PDV não possui elegibilidade para ser migrado para condição de inativo, em razão do artigo 30 da lei 9656/98 e a da RN 279. Isto porque a ANS entende que o empregado que aderiu a um plano de demissão voluntária não se enquadra no escopo da “demissão sem justa causa” ou “aposentadoria” dado a opção exercida pelo beneficiário, ou seja não se trata de uma situação inesperada, razão porque não faz jus ao direito garantido pelos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98.

ENTENDIMENTOS JÁ PACIFICADOS SOBRE O NORMATIVO

- Empregados que pedem demissão a seu critério ou se inscrevem em programas de demissão voluntária (PDV) não possuem direito ao benefício previsto no artigo 30.
Exceção: Beneficiários Aposentados que continuam trabalhando na empresa.
(Assegurado o direito previsto no art. 31 quando do desligamento da empresa).

Dessa forma, solicitamos que seja revista esse item, conforme regulamentação da ANS.

4. COBERTURAS EXTRA ROL DA ANS

O edital prevê que o plano deverá disponibilizar cobertura os procedimentos abaixo listados. Ocorre que tais procedimentos não fazem parte do rol de coberturas disponibilizado pela ANS.

- Home Care para dois tipos de planos
- Transplantes do CID 10 (Ver se são de cobertura)
- Escleroterapia Química
- Escleroterapia

Desta forma, solicitamos esclarecimentos se tais procedimentos devem ser mantidos ou não na proposta, mediante precificação.

5. OUTROS QUESTIONAMENTOS:

- O Edital não prevê regra para cobrança de juros e multa por inadimplência de pagamento, sendo esta cláusula obrigatória conforme artigo 55 da lei 8.666. Desta

- Identificamos que o item 23.1, subitem “3”, do Termo de Referência e a Cláusula 10, parágrafo primeiro, subitem “5”, da Minuta do Contrato apresentam disposições conflitantes acerca das penalidades aplicáveis. Isso porque, enquanto a Cláusula 10, parágrafo primeiro, subitem “5”, da Minuta do Contrato dispõe que será aplicada **multa de 20%** sobre o valor do Contrato, pelo descumprimento de qualquer cláusula do ajuste, o item 23.1, subitem “3”, do Termo de Referência dispõe que **a multa será de 10% (dez por cento)** sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida. Solicitamos esclarecimentos sobre o percentual correto.
- No item 7 afirmar que devemos garantir cobertura para transplantes de rim e córnea, **ou outros constantes no rol do CID 10**, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, inclusive despesas com doadores vivos até a alta hospitalar. Contudo as coberturas obrigatórias, bem como os transplantes cobertos estão previstos no Rol de Procedimentos atualizado da ANS, atualmente RN 428/2017. Favor ratificar nosso entendimento, de que os transplantes descritos acima seguirão conforme RN 428?
- No subitem 7.7. Prevê que a utilização dos serviços não estará sujeita à limitação de quantidade mínima ou máxima nem, tampouco, à imposição de carência quando da implantação dos serviços. Ocorre que o alguns procedimentos são limitados pelas Diretrizes de Utilização constantes do Anexo I da RN 428/2017 da ANS. Podemos considerar que atendemos o exigido com os prazos estipulados em lei?
- No subitem 14.2. Para os casos de desligamento, exoneração e demissão, o Beneficiário poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir o pagamento integral. Solicitamos esclarecimentos se os ex-servidores (tendo havido desligamento, exoneração ou demissão) poderão permanecer no plano na condição de ATIVOS ou se passarão para INATIVOS, conforme RN 279 da ANS.
- Nos itens relacionados abaixo informa que:
 - 17.5 A CONTRATANTE, arcará com sua cota parte do Plano I, cabendo ao beneficiário titular arcar com a diferença do plano superior, nos limites da legislação vigente.
 - 17.6. A cota parte do empregado e seus dependentes, bem como dos seus agregados, será cobrada mediante consignação em folha de pagamento.
 - 17.7. A credenciada deverá apresentar valor com preço, em reais, para os usuários do Plano de Saúde, conforme estimativa prevista no item 4.1.
 Entendemos que o edital prevê a participação financeira do Beneficiário Titular **apenas ao plano II**. Os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 asseguram o direito à permanência no plano na condição de demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado apenas para os empregados/servidores que efetivamente contribuíam financeiramente para o plano. Portanto, a rigor, apenas os beneficiários do Plano II terão o direito à permanência no plano na condição de inativo exatamente nas condições da RN 279 da ANS.

Pergunta-se: Está correto o nosso entendimento de que somente os beneficiários do plano II terão esse direito? Caso negativo favor especificar detalhadamente.

Milene Przybycien – Gerente Pós vendas