



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – PREVI-RIO

Gabinete da Presidência

RESULTADO DA CONSULTA PÚBLICA

Durante o período de 24 de março de 2021 a 07 de abril de 2021 foi submetido à consulta pública os termos do Edital de Seleção e Credenciamento para Prestação dos Serviços de Assistência à Saúde Objeto do Plano de Saúde Municipal – PSSM.

Todas as sugestões encaminhadas foram analisadas pela área técnica e, quando pertinente, incorporadas à versão final do Edital. Ao todo foram recebidas 97 (noventa e sete) sugestões das quais 23 (vinte e três) foram acatadas total ou parcialmente.

Texto original	Sugestão	Resposta Final
Termo de Referência item 2.3.1: A rede fidelizada deverá estar preferencialmente presente e disponibilizada em 9 (nove) das 12 (doze) áreas relacionadas no Anexo X.	Com relação ao anexo X, os percentuais de concentração da massa apresentados totalizam 98%. Favor esclarecer sobre os 2% faltantes.	Sugestão acatada: Os percentuais serão revistos os itens do Anexo X.
Edital item 3.2.2- Não estão também inclusos nesta estimativa os montantes referentes ao custeio dos planos superiores, dos dependentes, dos pensionistas e dos servidores comissionados não ocupantes de cargos de provimento efetivo, cujos valores atuais são os constantes do ANEXO XIII.	Esclarecer o que e quem são “ESTRANHOS AOS QUADROS EFETIVOS” citados no Anexo XIII.	Resposta: Os servidores ESTRANHOS AOS QUADROS EFETIVOS são os ocupantes exclusivamente de cargo em comissão na Administração Pública.

		<p>através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)</p> <p>Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>
<p>Minuta do Contrato - CLÁUSULA OITAVA - (COPARTICIPAÇÃO) – A COPARTICIPAÇÃO é o valor que o beneficiário poderá pagar pela utilização dos procedimentos especificados na tabela constante do Item 11.1 do Edital de Chamamento, quando utilizar os serviços fora da rede própria ou fidelizada da Contratada.</p>	<p>A coparticipação não guarda relação direta com a utilização ou não da rede credenciada da Operadora. A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, funcionando como um fator moderador da utilização, e independe da realização de procedimentos fora da rede de prestadores do plano. As Operadoras possuem planos com ou sem coparticipação que são cadastrados em sistema com a prerrogativa de cobrança de fator moderador em algumas especialidades e/ou procedimentos. Assim, considerando muitas vezes a falta de recurso tecnológico para isentarem a coparticipação em alguns prestadores credenciados, sendo eles rede própria ou não, podem ser apresentados produtos em que a operadora não consegue atender essa prerrogativa?</p>	<p>Resposta: Não. De acordo com o item 2.3.1 do Termo de Referência é prevista a obrigatoriedade da rede fidelizada ao utilizar o verbo “deverá”. Portanto, no Plano Referência PSSM é obrigatória a sua oferta, devendo o beneficiário ter pelo menos uma opção de atendimento para cada procedimento que não haja cobrança de coparticipação. Esta exigência não ocorre necessariamente nos planos superiores a serem ofertados pelas operadoras.</p> <p>Alterada a Clausula 8ª: CLÁUSULA OITAVA - (COPARTICIPAÇÃO) – A COPARTICIPAÇÃO é o valor que o beneficiário deverá pagar pela utilização dos procedimentos especificados na tabela constante do Item 11.1 do Edital de Chamamento, quando utilizar os serviços fora da rede própria ou fidelizada da Contratada.</p>
<p>Minuta de Contrato - Cláusula Sétima - Parágrafo Sétimo: O dependente que venha a se tornar pensionista em decorrência do óbito do titular deverá formular requerimento de adesão a um dos planos ofertados pelas operadoras habilitadas, observado o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data do recebimento do primeiro pagamento, para dispensa de carência.</p>	<p>Considerando que o prazo previsto na legislação para isenção de carências é de 30 dias contados do fato gerador, que o decurso de prazo entre a data do óbito e o primeiro pagamento da pensão pode ser superior à 30 dias e, ainda, considerando o prazo de 60 dias posteriores ao primeiro pagamento, implicará em um grande período em que o beneficiário ficará sem assistência médica, podemos entender que o prazo de 60 dias para adesão sem</p>	<p>Resposta: Não. De acordo com a citada cláusula, o dependente que venha a se tornar pensionista em decorrência do óbito do titular deverá formular requerimento de adesão a um dos planos ofertados pelas operadoras habilitadas, observado o prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento do primeiro pagamento, para dispensa de carência.</p>

	<p>carências será contado a partir da data do fato gerador (óbito do titular)?</p>	
<p>Minuta de Contrato - Cláusula Sétima - Parágrafo Quarto: Fica assegurado aos beneficiários integrantes do PSSM na data do início da vigência deste contrato, o direito a preservar, sob a mesma modalidade, o pagamento das parcelas que vinham sendo quitadas por meio de boleto no momento da adesão ao plano da Contratada em razão da anterior inclusão de dependente, observado o disposto no parágrafo anterior.</p>	<p>De acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, poderão ser credenciadas só Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios.</p> <p>De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)</p> <p>Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>

<p>Minuta de Contrato - Cláusula Sétima - Parágrafo Segundo: Ocorrendo qualquer tipo de variação posterior no contracheque do servidor beneficiário que implique na insuficiência da sua margem consignável, o pagamento poderá, em caráter excepcional, ser complementado por meio de boleto avulso emitido pela operadora, até que o desconto através da consignação retorne à normalidade.</p>	<p>De acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, poderão ser credenciadas só Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios. De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009) Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>
<p>Minuta de Contrato - Cláusula sexta - Parágrafo Quarto: Fica assegurado aos beneficiários integrantes do PSSM na data do início da vigência deste contrato, o direito a preservar, sob a mesma modalidade, o pagamento das parcelas que vinham sendo quitadas por meio de boleto no momento da opção pelo plano da Contratada em razão de anterior adesão a plano superior, observado o disposto no parágrafo anterior.</p>	<p>De acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, poderão ser credenciadas só Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios. De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado</p>

		<p>pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)</p> <p>Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>
<p>Minuta de Contrato - Cláusula Sexta - Parágrafo Segundo: Ocorrendo qualquer tipo de variação posterior no contracheque do beneficiário que implique na insuficiência da sua margem consignável, o pagamento poderá, em caráter excepcional, ser complementado por meio de boleto avulso emitido pela operadora, até que o desconto através da consignação retorne à normalidade.</p>	<p>De acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, poderão ser credenciadas só Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios.</p> <p>De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)</p> <p>Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>

<p>Minuta de Contrato - CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.</p> <p>Parágrafo Único – A tabela de faixa etária prevista no Item 9.1 do Edital de Chamamento poderá ser reajustada por decisão fundamentada, a critério exclusivo do Contratante, desde que constatada a disponibilidade financeira do FASS para os 12 (doze) meses subsequentes ao reajuste.</p>	<p>A ANS determina, para contratos coletivos, que as regras de reajustes estejam claramente definidas em contrato. Assim, sugerimos considerar esta informação e, também, o detalhamento das três formas possíveis de reajuste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reajuste por mudança de faixa etária; 2) Reajuste financeiro, pelo índice de variação de custos médicos e hospitalares; 3) Reajuste técnico, decorrente da sinistralidade (Utilização X Valores pagos), sempre que a taxa de sinistralidade estiver acima de 70%, no interregno de 12 meses. 	<p>Resposta: Visando conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 e cláusula quinta do contrato. Edital item 10.5 – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.</p> <p>CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.</p>
<p>Termo de referência - 4.1: As operadoras credenciadas obrigam-se ainda a:...VII- se adequar aos procedimentos operacionais do PSSM ON LINE.</p>	<p>Para cumprimento das regras do Termo de Referência, solicitamos detalhar quais são os procedimentos operacionais do PSSM ON LINE.</p>	<p>Resposta: item 2.1.1.a do Edital, a livre escolha do servidor beneficiário dar-se-á mediante opção a ser realizada acessando o link do PSSM ON LINE na página http://www.rio.rj.gov.br/web/previrio. O sistema do PSSM ON LINE ficará disponível para acesso dos beneficiários em casos de alteração de plano, inclusão de dependentes, exclusão do titular ou do dependente. Essas movimentações servirão de base do cadastro dos servidores beneficiários do PSSM - Plano de Saúde do Servidor Municipal. O PREVI-RIO disponibilizará acesso às operadoras para que realizem todas as movimentações necessárias às adesões dos beneficiários, através do PSSM ON LINE.</p>
<p>Termo de referência item 4.1.As operadoras credenciadas obrigam-se ainda a:...III – ressarcir, de acordo com a tabela do SUS e nos termos da legislação pertinente, os atendimentos dos beneficiários do serviço realizados junto à Rede Pública de Saúde;</p>	<p>O Ressarcimento ao SUS será efetuado desde que efetivamente comprovada a realização de procedimentos via SUS, por parte do beneficiário ativo no plano à época da utilização.</p>	<p>Resposta: De acordo com o Anexo I - Termo de Referência, item 4.1, III – ressarcir, de acordo com a tabela do SUS e nos termos da legislação pertinente, os atendimentos dos beneficiários do serviço realizados junto à Rede Pública de Saúde.</p>

Termo de Referência item 4.1 .As operadoras credenciadas obrigam-se ainda a:...II- divulgar em até 10 (dez) dias antes do início da prestação dos serviços, número de telefone local (Município do Rio de Janeiro) em funcionamento em regime de plantão de 24 horas diárias, para atender exclusivamente ao grupo beneficiário, destinado à reclamações, informações, marcação de consultas, exames e procedimentos médicos.

1) Poderá ser oferecido número 0800, para ligações gratuitas, em substituição ao número de telefone local?
2) O atendimento às demandas de planos de saúde é regulamentado pela RN ANS 395/2016, que estabelece, conforme abaixo:
Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:
I – Atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e
II – Atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento.
Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.
(...)
Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:
I – Durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;
II – Nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.
Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.
Assim sendo, sugerimos observar as regras contidas na RN 395/2016.

Sugestão Acatada: Termo de Referência item 4.1 .As operadoras credenciadas obrigam-se ainda a:...II- divulgar em até 10 (dez) dias antes do início da prestação dos serviços, número de telefone com custo de ligação local (Município do Rio de Janeiro) ou 0800 em funcionamento em regime de plantão de 24 horas diárias, para atender exclusivamente ao grupo beneficiário, destinado à reclamações, informações, marcação de consultas, exames e procedimentos médicos, observando a RN 395/2016.

Termo de Referência 3.5 - Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, vedada cobertura no exterior, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas abaixo listadas, com exceção de: a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental; b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; c) Inseminação artificial; d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente e o estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Poderemos entender que as coberturas serão exclusivamente aquelas estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN 465 de 02/2021)?

Resposta: A cobertura mínima prevista no ROL de procedimentos da ANS é especificamente para o Plano Referência em conformidade com o item 3.5 do Termo de Referência, em que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos. As operadoras poderão ofertar diferentes planos e diferente coberturas.

<p>Termo de Referência 3.4.5 - Os novos pensionistas terão o prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da data do recebimento do primeiro pagamento, para adesão a um dos planos das operadoras habilitadas sem carência.</p>	<p>Considerando que o prazo previsto na legislação para isenção de carências é de 30 dias contados do fato gerador, que o decurso de prazo entre a data do óbito e o primeiro pagamento da pensão pode ser superior à 30 dias e, ainda, considerando o prazo de 60 dias posteriores ao primeiro pagamento, implicará em um grande período em que o beneficiário ficará sem assistência médica, podemos entender que o prazo de 60 dias para adesão sem carências será contado a partir da data do fato gerador (óbito do titular)?</p>	<p>Resposta: De acordo com a citada cláusula, o dependente que venha a se tornar pensionista em decorrência do óbito do titular, que vem a ser o fato gerador da adesão aos planos pelo pensionista, deverá formular requerimento de adesão a um dos planos ofertados pelas operadoras habilitadas, observado o prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento do primeiro pagamento, para dispensa de carência.</p>
<p>Termo de Referência 3.4.4 – Os novos servidores terão o prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de recebimento do primeiro pagamento, para adesão a um dos planos das operadoras habilitadas sem carência.</p>	<p>Considerando que o prazo previsto na legislação para isenção de carências é de 30 dias contados do fato gerador, que o decurso de prazo entre a data de início do contrato de trabalho e o primeiro pagamento de seus vencimentos pode ser de até 30 dias e, ainda, considerando o prazo de 60 dias posteriores ao primeiro pagamento, implicará em um grande período em que o beneficiário ficará sem assistência médica, podemos entender que o prazo de 60 dias para adesão sem carências será contado a partir da data do fato gerador (data início do contrato de trabalho)?</p>	<p>Resposta: Termo de Referência - 3.4.4 – Os novos servidores terão o prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de recebimento do primeiro pagamento, para adesão a um dos planos das operadoras habilitadas sem carência.</p>
<p>Termo de Referência 3.4.2 - As adesões previstas nos itens anteriores terão início da assistência a partir do primeiro dia da vigência do contrato firmado com as operadoras credenciadas.</p>	<p>Considerando o prazo de adesão sem carências, o prazo de processamento das adesões, depuração de cadastro e geração das carteirinhas, podemos acordar que a vigência do plano se inicie no primeiro dia do mês subsequente à assinatura do contrato?</p>	<p>Resposta: De acordo com o processamento das adesões diretamente no SPSSM - site do plano de saúde, as operadoras terão disponíveis atualização diária em sua base de dados o que implica na disponibilização das informações em tempo real. As operadoras terão aproximadamente 30 dias para processamento da confecção de carteirinhas e demais serviços.</p>
<p>Termo de Referência 3.1 - A entrega das carteirinhas do plano de saúde deverá ser realizada pela operadora em conformidade com as Normas da ANS.</p>	<p>Atualmente as operadoras disponibilizam carteira de identificação através de aplicativo móvel, que também é utilizado pela rede credenciada, o que traz os seguintes benefícios: a) evita o extravio do cartão e o risco de utilização indevida por outrem; b) mitiga a necessidade de ser solicitado novo cartão, evitando mais custo;</p>	<p>Sugestão Parcialmente Acatada: Termo de Referência 3.1 - A entrega das carteirinhas do plano de saúde deverá ser realizada pela operadora em conformidade com as Normas da ANS, podendo ser disponibilizadas por meio de aplicativo móvel ou, quando expressamente solicitada pelo beneficiário, por carteirinha física.</p>

	<p>c) reduz o custo da operação; d) impede que o beneficiário não seja atendido por não portar o referido cartão; e) quando do cancelamento do plano, não há a necessidade de devolver o cartão, pois é automaticamente cancelado no aplicativo; f) contribui para o desenvolvimento nacional sustentável.</p> <p>Deste modo, as Operadoras poderão disponibilizar a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel, em substituição ao cartão físico?</p>	
<p>Termo de Referência item 2.2 - COPARTICIPAÇÃO – É o valor que o beneficiário poderá pagar pelo uso dos eventos de consultas, exames e terapias realizados fora da rede própria ou fidelizada disponibilizada pela Operadora de Planos de Saúde.</p> <p>2.2.1- A coparticipação, quando exigível, é limitada ao valor máximo previsto na Tabela de Referência descrita no Item 11.1 do Edital de Chamamento, observados os limites estabelecidos em normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando inferiores.</p> <p>2.2.2 - A participação no custo dos serviços utilizados será consignada em folha de pagamento, sendo excepcional o seu pagamento por outras fontes de cobrança ou crédito em conta corrente da operadora, em caso de impossibilidade de consignação.</p> <p>2.2.3 - A coparticipação não será devida nos atendimentos de urgência ou emergência que progredirem para internação ou que sejam decorrentes de traumas ortopédicos devidamente comprovados.</p>	<p>A coparticipação não guarda relação direta com a utilização ou não da rede credenciada da Operadora. Conforme a RN Nº 43/2018, a coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, funcionando como um fator moderador da utilização, e independe da realização de procedimentos fora da rede de prestadores do plano. As Operadoras possuem planos com ou sem coparticipação, sendo que os planos com coparticipação, pela sua característica de moderação nas utilizações, possuem mensalidades menores que os planos sem coparticipação.</p>	<p>Resposta: Deve ser disponibilizado ao beneficiário do Plano Referência, pelo menos uma opção, de rede fidelizada ou própria, na qual não poderá ser cobrada a coparticipação para realização do procedimento.</p> <p>Nova redação: Termo de Referência item 2.2 - COPARTICIPAÇÃO – É o valor que o beneficiário deverá pagar pelo uso dos eventos de consultas, exames e terapias realizados fora da rede própria ou fidelizada disponibilizada pela Operadora de Planos de Saúde.</p>

<p>Edital - Da Qualificação Técnica(B.2) – Apresentação de Atestado de Capacidade Técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove, atualmente, o atendimento, em um único contrato coletivo, de no mínimo 5.000 (cinco mil) beneficiários.</p>	<p>Considerando que a exigência restringe a participação de algumas Operadoras, o que fere o princípio da Igualdade. Sugerimos reavaliarem o item para que Operadoras com menor porte e que tenham a quantidade mínima de beneficiários exigida, possam apresentar mais de um atestado, que somados, alcancem o quantitativo mínimo exigido.</p>	<p>Sugestão Acatada: Edital alterado. Nova redação : Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.2) – Apresentação de atestados de capacidade técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, de acordo com o modelo do anexo XIV.</p>
<p>Termo de Referência 1.2.1.1... c) Pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO</p>	<p>Item 3. Pensionista: Uma vez que a contratação se refere à Plano Coletivo Empresarial, visto que a elegibilidade do beneficiário está ligada à sua qualificação como servidor, o art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de junho de 2009, estabelece: “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. §1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente: I - os sócios da pessoa jurídica contratante; II - os administradores da pessoa jurídica contratante; III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; IV – os agentes políticos; V – os trabalhadores temporários; VI – os estagiários e menores aprendizes; e VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores. §2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no</p>	<p>Resposta: A inclusão dos pensionistas está prevista no art. 2º, IX, §1º da Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003.</p>

	<p>contrato de plano privado de assistência a saúde”.</p> <p>Desta forma, inexistente a possibilidade de inclusão de pensionistas no Plano de Saúde.</p>	
<p>Termo de Referência item 1.1 – OBJETO: O objeto do presente certame é a seleção, credenciamento e contratação de Operadoras de Planos de Saúde para dar continuidade aos Serviços de Assistência à Saúde aos beneficiários definidos no subitem 1.2.1.1, deste termo.</p>	<p>Poderão ser credenciadas Seguradoras e Administradoras de Benefícios devidamente cadastradas junto à ANS como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde?</p>	<p>Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios.</p> <p>De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p>
<p>Edital item 17.6- Fica assegurado aos beneficiários já integrantes do PSSM o direito a preservar, sob a mesma modalidade, o pagamento das parcelas que vinham sendo quitadas por meio de boleto no momento da adesão à nova operadora, observado o disposto no Subitem 10.8.1.</p>	<p>De acordo com o art. 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, só poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios.</p> <p>De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações,</p>

		<p>através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.</p> <p>Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)</p> <p>Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)</p>
<p>Edital item 17.3.1 - O dependente que venha a se tornar pensionista em decorrência do óbito do titular deverá formular requerimento de adesão a um dos planos ofertados pelas operadoras habilitadas, observado o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data do recebimento do primeiro pagamento, para dispensa de carência</p>	<p>Considerando que o prazo previsto na legislação para isenção de carências é de 30 dias contados do fato gerador e que o decurso de prazo entre a data do óbito e o primeiro pagamento da pensão e ainda considerando o prazo de 60 dias posteriores ao primeiro pagamento, implicará em um grande período em que o beneficiário ficará sem assistência médica. Podemos entender que o prazo de 60 dias para adesão sem carências será contado a partir da data do fato gerador (óbito do titular)?</p>	<p>Resposta: Não. De acordo com a citada cláusula, o dependente que venha a se tornar pensionista em decorrência do óbito do titular deverá formular requerimento de adesão a um dos planos ofertados pelas operadoras habilitadas, observado o prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento do primeiro pagamento, para dispensa de carência.</p>
<p>Edital item 17.1.1 – Na hipótese do item anterior, independentemente da aplicação de sanções administrativas, poderá o beneficiário aderir a plano ofertado por operadora credenciada de sua escolha.</p>	<p>A adesão poderá ser realizada desde que a opção seja realizada no prazo de 30 dias do cancelamento do plano pela Operadora. Está correto o entendimento de que a oferta se dará de acordo com as regras estabelecidas pela ANS?</p>	<p>Resposta: A liberação da carência tem por objetivo favorecer o servidor beneficiário no processo de migração para a nova operadora, obedecendo regras institucionais que disponibilizarão um prazo de até trinta dias para a nova adesão.</p>

<p>Edital item 11.3 – Estará isento do pagamento de coparticipação o beneficiário ou dependente que utilizar as redes próprias ou fidelizadas, previamente indicadas pelas Operadoras, conforme definido no Termo de Referência.</p>	<p>A coparticipação não guarda relação direta com a utilização ou não da rede credenciada da Operadora. Conforme a RN Nº 43/2018, a coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, funcionando como um fator moderador da utilização, e independe da realização de procedimentos fora da rede de prestadores do plano. As Operadoras possuem planos com ou sem coparticipação que são cadastrados em sistema com a prerrogativa de cobrança de fator moderador em algumas especialidades e/ou procedimentos. Assim, considerando muitas vezes a falta de recurso tecnológico para isentarem a coparticipação em alguns prestadores credenciados, sendo eles rede própria ou não, podem ser apresentados produtos em que a operadora não consegue atender essa prerrogativa?</p>	<p>Resposta: Não. De acordo com o item 2.3.1 do Termo de Referência é prevista a obrigatoriedade da rede fidelizada. Portanto, no Plano Referência PSSM é obrigatória a sua oferta, devendo o beneficiário ter pelo menos uma opção de atendimento para cada procedimento que não haja cobrança de coparticipação. Esta exigência não ocorre necessariamente nos planos superiores a serem ofertados pelas operadoras. Alterada a Clausula 8ª: CLÁUSULA OITAVA - (COPARTICIPAÇÃO) – A COPARTICIPAÇÃO é o valor que o beneficiário deverá pagar pela utilização dos procedimentos especificados na tabela constante do Item 11.1 do Edital de Chamamento, quando utilizar os serviços fora da rede própria ou fidelizada da Contratada.</p>
<p>Edital item 10.8 – Ocorrendo qualquer tipo de variação posterior no contracheque do servidor ou pensionista que implique na insuficiência da sua margem consignável, o pagamento poderá, em caráter excepcional, ser complementado por meio de boleto avulso emitido pela operadora, até que o desconto através da consignação retorne à normalidade.</p>	<p>De acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Esta prerrogativa é exclusiva das Administradoras de Benefícios. Nesse sentido, só poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios com oferta de planos de saúde de operadoras parceiras?</p>	<p>Resposta: Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios. De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às operadoras de saúde que se interessarem em participar, que receberá as documentações</p>

previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de **Operadoras de Planos de Saúde**, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.

Esclarecemos ainda que de acordo com RN 195/2009, Subseção IV - Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.

A ANS determina, para contratos coletivos, que as regras de reajustes estejam claramente definidas em contrato. Assim, sugerimos considerar esta informação e, também, o detalhamento das três formas possíveis de reajuste:

- 1) Reajuste por mudança de faixa etária;
- 2) Reajuste financeiro, pelo índice de variação de custos médicos e hospitalares;
- 3) Reajuste técnico, decorrente da sinistralidade (Utilização X Valores pagos), sempre que a taxa de sinistralidade estiver acima de 70%, no interregno de 12 meses.

Resposta: Visando conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 e cláusula quinta do contrato. Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93. CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

Edital item 10.4 - As operadoras poderão oferecer planos superiores, além do PLANO REFERÊNCIA PSSM, com valores diferenciados, cujo pagamento, em complemento aos montantes previstos na tabela de faixa etária constante do Item 9.1, será efetuado pelo beneficiário mediante desconto no próprio contracheque, desde que haja margem consignável suficiente.

a) A PREVI-RIO fará a apuração da margem consignável antes do envio da proposta de adesão do beneficiário?
b) Não havendo margem consignável, como será efetuado o pagamento do complemento, uma vez que de acordo com o art 14 da RN 195/2009 (redação alterada pela RN 200/2009), as Operadoras de Saúde não poderão efetuar cobrança diretamente aos beneficiários. Apenas as administradoras podem cobrar diretamente o beneficiário. E, neste sentido, poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios?

Resposta: a) O PREVIRIO, através do sistema do plano de saúde - PSSM disponibilizará mensalmente a atualização da margem consignável do beneficiário para consulta das operadoras. Na ausência da margem consignável o beneficiário somente poderá acessar o plano básico.

b) A RN 195, alterada pela RN 200/2009, prevê no parágrafo único do art. 8º que a vedação do pagamento dos serviços prestados pela operadora diretamente pelos beneficiários não se aplica aos entes da administração pública direta ou indireta.

Não serão credenciadas Administradoras de Plano De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público às **operadoras de saúde** que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de **Operadoras de Planos de Saúde**, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.

<p>Edital item 10.2 - Os pensionistas e os servidores ocupantes exclusivamente de cargos em comissão pagarão os valores definidos na tabela constante do Item 9.1 deste Edital quando vinculados ao PLANO REFERÊNCIA PSSM</p>	<p>Considerando que a RN 195 não torna pensionista elegível para contratação de plano de saúde, podemos entender que só serão previstos no contrato os que já estiverem ativos no plano quando se tornarem os pensionistas? Ainda considerando os pensionistas e os servidores de cargos em comissão que custearão integralmente os valores, podemos entender que os mesmos serão descontados em seus contracheques (no caso da pensionista, no contracheque de benefício de pensão)?</p>	<p>Resposta: A inclusão dos pensionistas está prevista no art. 2º, IX, §1º da Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003. Sim, serão descontados em contracheque na folha de pagamento correspondente.</p>
<p>Edital item 10.2 - Os pensionistas e os servidores ocupantes exclusivamente de cargos em comissão pagarão os valores definidos na tabela constante do Item 9.1 deste Edital quando vinculados ao PLANO REFERÊNCIA PSSM</p>	<p>Considerando que os pensionistas e os servidores de cargos em comissão custearam integralmente os valores, estes valores serão descontados em seus contracheques (no caso da pensionista, no contracheque de benefício de pensão)?</p>	<p>Resposta: Sim, serão descontados em contracheque na folha de pagamento correspondente.</p>
<p>Edital item 9.2 - Nos valores da tabela de faixa etária está incluso o total de R\$ 11,67 (onze reais e sessenta e sete centavos), referente ao plano odontológico do PLANO REFERÊNCIA do PSSM.</p>	<p>Considerando que nos valores custeados pelo FASS está incluso o valor per capita referente à plano odontológico, as Operadoras poderão oferecer planos odontológicos também? Se sim, poderão se credenciar Operadoras exclusivamente odontológicas?</p>	<p>Resposta: Sim, poderão ser oferecidos planos odontológicos com cobertura diferenciada pela operadora. Contudo, a operadora exclusiva de planos odontológicos não poderá participar do credenciamento.</p>

<p>Edital - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:(C.1) - Comprovação de Capital Social devidamente integralizado ou de Patrimônio Líquido igual ou superior a R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais). A comprovação do Capital Social será obrigatoriamente feita pelo Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor devidamente registrado, na forma da lei. No caso de Patrimônio Líquido a comprovação será feita através do Balanço Patrimonial do último exercício social. No caso de consórcio vide item 5.2.n deste edital.</p>	<p>Considerando que a exigência, restringe a participação de algumas Operadoras, o que fere o princípio da Igualdade e considerando a RN nº 451, de 06/03/2020 que dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde qual a justificativa para a exigência relativa comprovação de Capital Social ou PL igual ou superior a R\$ 2.000.000,00?</p>	<p>Sugestão não acatada</p>
<p>Edital - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA: (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.</p>	<p>Considerando que a exigência, restringe a participação de algumas Operadoras, o que fere o princípio da Igualdade, qual a justificativa para a exigência relativa à comprovação de 50.000 beneficiários cadastrados na Operadora, uma vez que a própria ANS, em conformidade com a RN Nº 392/2015 (alterada pela RN 419/2016) classifica as operadoras por porte, em função da quantidade de beneficiários, para fins de avaliação de ativos garantidores, mas não para fins de suas atuações técnicas?</p>	<p>Resposta: Edital alterado conforme RN nº 392/2015. Nova redação : Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 20.000 (vinte mil) beneficiários, sendo classificado como operadora de Médio ou grande porte, de acordo com a RN nº 392/2015.</p>

<p>Edital item 8.1 – As operadoras participantes deverão inserir no Envelope A o Formulário PROPOSTA DETALHE (ANEXO IV) e o Formulário REDE DE ATENDIMENTO (ANEXO V), devidamente preenchidos, acompanhados do Manual do Usuário ou Livro de Credenciamento, onde constem as condições de utilização dos serviços e a rede credenciada para cada plano ofertado. Só serão aceitas pela Administração as exceções elencadas que não contrariem as normas editadas pela ANS.</p>	<p>Uma vez que para algumas operadoras a rede impressa é muito volumosa e pensando na responsabilidade ambiental, avaliar a possibilidade da rede ser disponibilizada via digital (pen-drive ou arquivo por e-mail).</p>	<p>Sugestão acatada: Edital item 8.1 – As operadoras participantes deverão inserir no Envelope A o Formulário PROPOSTA DETALHE (ANEXO IV) e o Formulário REDE DE ATENDIMENTO (ANEXO V), devidamente preenchidos, acompanhados do Manual do Usuário ou Livro de Credenciamento, em meio físico ou digital, onde constem as condições de utilização dos serviços e a rede credenciada para cada plano ofertado. Só serão aceitas pela Administração as exceções elencadas que não contrariem as normas editadas pela ANS.</p>
<p>Edital item 5.1.1 - Os prestadores do serviço deverão apresentar sua rede de atendimento (ANEXO V), na forma prevista no subitem 8.1, contemplando preferencialmente todas as áreas definidas no ANEXO X, que compõem a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e Grande Rio, com vistas a tentar adequar proporcionalmente e qualitativamente o quantitativo de postos de atendimento à concentração de servidores municipais beneficiários nas respectivas áreas</p>	<p>Uma vez que para algumas operadoras a rede impressa é muito volumosa e pensando na responsabilidade ambiental, avaliar a possibilidade da rede ser disponibilizada via digital (pen-drive ou arquivo por e-mail).</p>	<p>Sugestão acatada: Edital item 8.1 – As operadoras participantes deverão inserir no Envelope A o Formulário PROPOSTA DETALHE (ANEXO IV) e o Formulário REDE DE ATENDIMENTO (ANEXO V), devidamente preenchidos, acompanhados do Manual do Usuário ou Livro de Credenciamento, em meio físico ou digital, onde constem as condições de utilização dos serviços e a rede credenciada para cada plano ofertado. Só serão aceitas pela Administração as exceções elencadas que não contrariem as normas editadas pela ANS.</p>

<p>Edital item 4.1.3 – Durante o prazo para execução do serviço não se promoverá o credenciamento de novas operadoras, devendo novo procedimento de seleção ser iniciado somente 120 (cento e vinte) dias antes do término do contrato ou da sua prorrogação.</p>	<p>Esclarecer se poderão ser oferecidos novos planos e/ou produtos, durante a vigência do credenciamento, pelas operadoras já habilitadas, não oferecidos na fase de habilitação</p>	<p>Resposta: Situações omissas, desde que de acordo com as normas vigentes, em prol da coletividade, serão analisadas na ocorrência do caso concreto.</p>
<p>Edital item 2.2 – As empresas públicas e as sociedades de economia mista integrantes da Administração Indireta Municipal poderão contratar as operadoras credenciadas através de cobertura orçamentária própria, na forma prevista neste edital.</p>	<p>Uma vez que não se trata de SRP, esclarecer de que forma se dará o contato das empresas públicas e sociedades de economia mista para contratação das Operadoras Credenciadas.</p>	<p>Resposta: As empresas públicas e as economias mistas poderão contratar diretamente as operadoras credenciadas, obedecidas as regras previstas no Edital. As tratativas e a execução contratual será feita diretamente com as empresas.</p>

Edital item 2.1.1.a – A livre escolha do servidor beneficiário, impositiva para seus dependentes e para a operadora escolhida, e do pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO, dar-se-á mediante opção a ser realizada acessando o link do PSSM ON LINE na página <http://www.rio.rj.gov.br/web/previrio>, no prazo fixado em regulamento.

Uma vez que a contratação se refere à Plano Coletivo Empresarial, visto que a elegibilidade do beneficiário está ligada à sua qualificação como servidor, o art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de junho de 2009, estabelece:

“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.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes; e
VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde”.

Desta forma, inexistente a possibilidade de inclusão de pensionistas no Plano de Saúde, salvo nos casos de remissão.

Resposta: A inclusão dos pensionistas está prevista no art. 2º, IX, §1º da Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003.

Edital item 2.1 - O objeto do presente edital é a seleção e credenciamento de Operadoras de Planos de Saúde para dar continuidade à prestação do serviço de assistência à saúde objeto do PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela LEI COMPLEMENTAR Nº 67, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 e regulado pelo Decreto nº N° 23593 DE 16 DE OUTUBRO DE 2003, observadas as condições definidas neste edital e no seu TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO I).

Poderão ser credenciadas Seguradoras e Administradoras de Benefícios, devidamente cadastradas junto à ANS como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde?

Resposta: Não poderão ser credenciadas Administradoras de Benefícios.

De acordo com o item 1.1 do Edital o – O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-PREVI-RIO, de acordo com o Decreto n.º 23.593/03, através da COMISSÃO ESPECIAL DE HABILITAÇÃO PSSM, designada através da Portaria “P” n.º 063, de 08/02/2021, sediado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – CASS – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, no Processo n.º 04/260.746/2021, torna público **às operadoras de saúde** que se interessarem em participar, que receberá as documentações previstas no presente edital, objetivando a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DO PLANO DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – PSSM, instituído pela Lei Complementar n.º 67, de 29 de setembro de 2003, regulamentado pelo Decreto “N” n.º 23.593, de 16/10/2003, e suas alterações, através de Operadoras de Planos de Saúde, nas condições devidamente descritas e especificadas no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I, parte integrante do presente Edital.

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA: (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.

O Pré-Edital, não obstante as questões qualitativas de prestação do serviço se coadunarem com as premissas de direito e demais resoluções regulatórias, mostra-se segregador no que concerne à qualificação técnica-operacional.

Isto porque há a exigência de comprovação pelas Operadoras de que já atendem no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários e impõe, ainda, a apresentação de atestado que comprove que atende em único contrato 5.000 (cinco) cinco mil beneficiários. Ora, estas cláusulas, com todas venias, mostram-se restritivas ao caráter competitivo do certame. Aliás, não tem sido outro o entendimento dos tribunais de contas do que a ampliação da competitividade nos procedimentos licitatórios, afastando-se os limites injustificados.

Aliás, o Art. 37, XXI da Constituição Federal dispõe que “ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.”

Ora, o fato de uma Operadora de Planos de Saúde ter 50.000 (cinquenta mil) beneficiários em sua carteira, ou um único contrato de 5.000 (cinco mil) beneficiários não a torna competente para gerir um contrato ou outro, na realidade a sua condição estrutural é a que vai determinar se ela teria possibilidade de atender mais do que estes 50.000 (cinquenta mil) ou não. Outro não é o entendimento que se extrai da

Resposta: Edital alterado conforme RN nº 392/2015. Nova redação : Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 20.000 (vinte mil) beneficiários, sendo classificado como operadora de Médio ou grande porte, de acordo com a RN nº 392/2015.

Lei de Licitações, quando o legislador no § 5º do Art. 30 enfatiza que “vedada a exigência de comprovação de atividade ou de aptidão com limitações de tempo ou de época ou ainda em locais específicos, ou quaisquer outras não previstas nesta Lei, que inibam a participação na licitação”. Mas há mais... Ainda que haja a necessidade de apresentar-se certidão de comprovação de aptidão técnica, conforme o descritivo do § 1º do mesmo Art. 30 da Lei 8.666/93, referidos atestados deveriam ser exigidos não de clientes e sim do CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, a fim de restar comprovado que referida empresa, seja pela grade de profissionais, seja pela estrutura e produtos fornecidos, teria a capacidade para atender a massa de beneficiários indicada pela PREVIRIO. Aliás, um exemplo disto reside na própria recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que em orientação assistencial diz ser suficiente a existência de 10 a 30 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes. Este seria um indicador importante de se destacar, ou seja, a garantia de leitos para atender os beneficiários, ou mesmo a garantia de clínicas e laboratórios de exames e imagens, etc, mas nunca, e somente, a comprovação de que já atende determinada quantidade de beneficiários. Ademais, considerando-se o destinatário final do serviço, o valor do plano básico e ainda a estrutura de serviço exigida, a manutenção da cláusula, seria um benefício para a manutenção exclusiva da atual operadora, fato que impede o credenciamento de outras empresas proporcionando a pluralidade de prestadores de serviço em prol dos segurados da PREVIRIO. Por todo o exposto, requer-se seja revisto o

dispositivo impositivo e, cmv, segregador que limita a participação de Operadoras de Planos de Saúde no certame, requer-se seja retirado da redação final referidos limitadores, possibilitando-se maior número de empresas participando do certame, visando proporcionar aos beneficiários do plano mais opções de prestadores e conseqüentemente objetivando a melhoria de todos os serviços prestados.

Termo de Referência item 3.4.7 - A adesão ou o *up grade* de plano exercidos fora dos prazos estipulados neste Termo de Referência, poderão sofrer as carências previstas em cada plano, tendo como limites máximos:

Questão importante sobre a limitação temporal para a realização de up grade do plano, sendo certo que por sua relevância e repercussão no contrato, entende-se que a regra estabelecida no edital de credenciamento é satisfatória, porém, por segurança necessário substituir a expressão "poderão" por "deverão".

Sugestão Acatada: Termo de Referência item 3.4.7 - A adesão ou o *up grade* de plano exercidos fora dos prazos estipulados neste Termo de Referência, deverão sofrer as carências previstas em cada plano, tendo como limites máximos:

Termo de Referência - 1.2.1.1 - Como beneficiários: .. b) Dependente vinculado ao servidor beneficiário – são considerados dependentes do servidor beneficiário, por sua iniciativa, o cônjuge, o companheiro com união estável ou homoafetiva, nos termos da legislação em vigor, os parentes até 1º grau, independentemente de idade, o menor sob sua guarda ou tutela deferidas por decisão judicial e o neto. c) Pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO

Fator de considerável impacto na sinistralidade do Plano de Saúde do Servidor Municipal é a extensão da legitimidade dos Dependentes beneficiários do Servidor titular.

Restringir a qualidade dos beneficiários é uma forma de manter estabilizada a sinistralidade, um exemplo deletério desse permissivo e que impacta diretamente a sinistralidade do contrato é a inclusão como dependentes do titular, pai e mãe, o que impacta na quantidade de vidas na última faixa etária, que atualmente é de 34% do grupo assistido.

Desta forma, propiciando a sustentabilidade do benefício de assistência médica aos servidores titulares e seus beneficiários, propõe-se a restrição no rol dos dependentes para legitimar os filhos até 18 (dezoito) anos de idade, menores sob guarda ou tutelados, enteados até 18 (dezoito) anos de idade e cônjuges, proibindo-se a para novas inclusões quaisquer outros fora da referida previsão, salvaguardando a manutenção daqueles beneficiários dependentes que não se enquadrem nesta definição mas já usufruem do atual plano de saúde.

Sugestão não acatada: Mantem-se o rol dos beneficiários previstos no item 1.2.1.1

Edital item 11.1 – Os planos ofertados pelas operadoras poderão prever a figura da coparticipação para os procedimentos especificados na tabela abaixo, observados os limites estabelecidos em normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando inferiores.

Um ponto que restou-se omissivo no Pré-Edital, mas é de relevância analisá-lo, é acerca da previsão da cobrança de coparticipação em internação psiquiátrica. Leia-se a Resolução Normativa da ANS nº 428 , art. 22:

“Art. 22. 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, observadas as seguintes exigências: I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar; 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. III – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma

Resposta: O edital não prevê a cobrança de coparticipação para os casos de internação.

amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta RN.

O histórico de utilização do plano de saúde pelos beneficiários do contrato da PREVI-RIO somado à heterogeneidade de profissionais segurados na PREVI-RIO exigem no estudo de é precificação e higidez contratual do serviço que haja um fator moderador de utilização, a fim de garantir não só a justa remuneração, mas o justo preço no oferecimento do serviço aos beneficiários do plano. Neste sentido, considerando que a coparticipação prevista é um instrumento para fortalecer o papel do usuário e preservar a sustentabilidade do contrato, inibindo desperdícios e má utilização do serviço. Em razão da previsão regulatória e da necessidade premente de manter hígido o plano de saúde do servidor municipal, pugna-se pela inclusão da previsão de cobrança de coparticipação nos termos da norma supracitada.

Edital 10.8.1 – Se o pagamento da mensalidade não for realizado até o vencimento do boleto por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, serão adotados os seguintes procedimentos, conforme o caso, desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência: I- o plano de saúde do beneficiário será automaticamente rebaixado para o plano básico II- o plano de saúde do dependente será automaticamente cancelado.

o edital para credenciamento será de um plano coletivo empresarial, tendo como estipulante a PREVI-RIO e seus segurados como beneficiários. Mas, registre-se, a regra da ANS de manter o atendimento ao beneficiário inadimplente por sessenta dias refere-se exclusivamente ao plano para pessoas físicas e não aos coletivos, conforme tratamos no edital de credenciamento.

Tratando-se de beneficiário sem margem consignável, e por isso boletado, não restou esclarecido quem suportará a inadimplência do titular e dos beneficiários referente ao período de 60 (sessenta) dias inadimplido, bem como não restou claro que o rebaixamento do titular se dará, ou não, com a existência de margem consignável para que o mesmo usufrua do plano básico. Ademais, é necessário avaliar-se que o inadimplemento também contribui para a defasagem da remuneração proposta, que fatalmente drenará recursos financeiros dos que honram seus pagamentos.

Neste sentido propõe-se que o atendimento do inadimplente possa ser suspenso caso o boleto de pagamento não seja quitado até o 5º (quinto) dia da data de vencimento, e, caso persista a inadimplência nos 30 (trinta) dias da data do vencimento, seguir-se-ia a regra da redação do dispositivo 10.8.1, esclarecendo-se que o rebaixamento do titular ao plano básico se daria através de consignação.

Resposta: Esclarecemos que no caso de servidor vinculado ao Plano Referência, não existe inadimplência, uma vez que, neste caso o valor é financiado integralmente pelo FASS. Em relação aos planos superiores e de dependentes, quem responde é o próprio titular.

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.

ao tratar do reajustamento, cita equivocadamente as regras editadas pela “Agência Nacional de Vigilância”, quando, por certo, deveria constar “Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS”, razão pela qual é necessária a correção.

Resposta: Para conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 do Edital e cláusula quinta da minuta do contrato.

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

<p>Termo de Referência item 2.3.1. A rede fidelizada deverá estar preferencialmente presente e disponibilizada em 9 (nove) das 12 (doze) áreas relacionadas no Anexo X.</p>	<p>No tocante as áreas geográficas, solicitamos esclarecimentos acerca do percentual total, pois somado os percentuais indicados, os mesmos perfazem 98% da população. Os 2% faltantes seriam servidores cedidos? ou algum erro material?</p>	<p>Sugestão acatada: Os percentuais serão revistos nos itens do Anexo X.</p>
<p>Minuta de Contrato: Cláusula Nona Parágrafo Oitavo – Para garantia do correto pagamento à operadora, o período para movimentação cadastral será sempre entre o dia 1º e o penúltimo dia de cada mês, sendo a alteração processada para o mês subsequente à inclusão ou exclusão de beneficiários do contrato.</p>	<p>Entendemos que para operacionalizar as movimentações para vigência todo dia 1º é fundamental que haja um período para esse processamento. Desta forma, o ideal seria que o prazo fosse entre o dia 1º e o dia 25.</p>	<p>Resposta: O PREVI-RIO disponibilizará acesso às operadoras ao PSSM ON LINE, para que realizem todas as movimentações necessárias às adesões dos beneficiários e a extração de relatórios diários das movimentações visando a atualização do banco de dados da Operadora.</p>
<p>Minuta de Contrato: Clausula oitava, Parágrafo Quarto – Excedido o limite legal, o pagamento da coparticipação deverá ser efetuado por meio de boleto emitido pela Contratada.</p>	<p>Solicitamos esclarecer acerca da possibilidade dos casos em que for possível a cobrança se dar de forma retroativa, obedecendo seus critérios legais.</p>	<p>Resposta: A abordagem é específica de operacionalização de cada operadora, uma vez que o controle e a cobrança dos valores da coparticipação é de sua responsabilidade e atribuição.</p>

Minuta de Contrato - CLÁUSULA

QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.

Parágrafo Único – A tabela de faixa etária prevista no Item 9.1 do Edital de Chamamento poderá ser reajustada por decisão fundamentada, a critério exclusivo do Contratante, desde que constatada a disponibilidade financeira do FASS para os 12 (doze) meses subsequentes ao reajuste.

Solicitamos esclarecimentos acerca dessa cláusula. Entendemos que o reajuste da faixa etária não poderá ser definido a critério exclusivo da administração e principalmente pela disponibilidade do FASS, uma vez que a cláusula 10.5 prevê o reajustamento do contrato a cada 12 meses, com base nas regras da ANS.

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Visando maior transparência ao Edital, foram alterados o item 10.5 e cláusula quinta da minuta do contrato.

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

<p>Minuta de Contrato: CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.</p>	<p>Solicitamos esclarecimento acerca desta cláusula. Acreditamos que a administração se referia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).</p>	<p>Sugestão acatada: Alterados o item 10.5 do Edital e a clausula quinta da minuta do contrato. Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93. CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.</p>
<p>Termo de referência item 4.1 - VII- se adequar aos procedimentos operacionais do PSSM ON LINE.</p>	<p>Solicitamos esclarecer quais seriam as adequações necessárias para operacionalizar o PSSM ON LINE.</p>	<p>Resposta: O PREVI-RIO disponibilizará acesso às operadoras ao PSSM ON LINE, para que realizem todas as movimentações necessárias às adesões dos beneficiários e a extração de relatórios diários das movimentações visando a atualização do banco de dados da Operadora.</p>

<p>Termo de referência item 4.1 -V- promover atividades educacionais e motivacionais, com a participação de profissional de saúde habilitado, mediante a utilização de mídias ou material informativo com linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários sobre saúde e qualidade de vida envolvendo programas nutricionais, quanto à importância da atividade física, diagnóstico precoce e outras campanhas que valorizem a saúde dos beneficiários.</p>	<p>Solicitamos esclarecimento acerca desta cláusula. Haverá divulgação e promoção por parte da Previ Rio, para que tal medida tenha sua eficácia junto aos seus beneficiários?</p>	<p>Resposta: Sim, a atividade terá apoio do PREVI-RIO.</p>
<p>Termo de Referência : 2.3 REDE FIDELIZADA - Entende-se por fidelizada a rede credenciada assistencial, laboratorial, hospitalar, ambulatorial e oncológica, indicada na proposta oferecida pela Operadora, em que não poderá ser cobrada a coparticipação do servidor beneficiário e de seus dependentes.</p>	<p>Solicitamos que seja esclarecido no edital e termo de referência que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas, exames e terapias realizados fora da rede fidelizada.</p>	<p>Sugestão Acatada: Alterada a Clausula 8ª da minuta do contrato: CLÁUSULA OITAVA - (COPARTICIPAÇÃO) – A COPARTICIPAÇÃO é o valor que o beneficiário deverá pagar pela utilização dos procedimentos especificados na tabela constante do Item 11.1 do Edital de Chamamento, quando utilizar os serviços fora da rede própria ou fidelizada da Contratada.</p>
<p>Termo de Referência item 2.2.2 - A participação no custo dos serviços utilizados será consignada em folha de pagamento, sendo excepcional o seu pagamento por outras fontes de cobrança ou crédito em conta corrente da operadora, em caso de impossibilidade de consignação.</p>	<p>Solicitamos que seja previsto no edital e termo de referência que ao beneficiário que solicitar cancelamento do seu plano, deverá se responsabilizar por eventuais cobranças de que possam existir.</p>	<p>Sugestão Acatada: Inserido item 11.2.2 no Edital e item 2.2.4 no Termo de Referência Item 2.2.4 do Termo de Referência: Na hipótese de cancelamento do plano, subsistirão as dívidas decorrentes dos serviços utilizados. Item 11.2.2: Na hipótese de cancelamento do plano, subsistirão as dívidas decorrentes dos serviços utilizados.</p>

Termo de Referência: 1.2.1.1 – Como beneficiários:

a) Servidores beneficiários – os servidores públicos efetivos, ativos ou inativos, incluídos os ocupantes de cargo em comissão do Poder Executivo, de suas Autarquias e Fundações, da Câmara Municipal e do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, incluindo seus Conselheiros, desde que estejam na folha de pagamento do Município ou de suas entidades autárquicas e fundacionais.

b) Dependente vinculado ao servidor beneficiário – são considerados dependentes do servidor beneficiário, por sua iniciativa, o cônjuge, o companheiro com união estável ou homoafetiva, nos termos da legislação em vigor, os parentes até 1º grau, independentemente de idade, o menor sob sua guarda ou tutela deferidas por decisão judicial e o neto. c) Pensionista vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO

Solicitamos ratificar se dentro da elegibilidade de dependente está previsto Netos.

Resposta: Ratificamos a informação. Está previsto na alínea "b" do item 1.2.1.1, do Anexo I Termo de Referência, a possibilidade de inclusão de netos de servidores.

<p>Edital item 13.1.1 - Os valores previstos na tabela constante do Item 9.1 deste Edital referentes a beneficiário que seja empregado público de sociedade de economia mista ou de empresa pública, serão pagos, pela empresa contratante, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente aos serviços, desde que a entrega da fatura tenha ocorrido até o último dia útil do mês de sua competência.</p>	<p>Solicitamos que administração avalie a possibilidade de pagamento até o 8 dia útil do mês subsequente, pois neste formato, haverá situações em que o pagamento ocorrerá somente após o dia 15.</p>	<p>Sugestão não acatada.</p>
<p>Edital item 11.2– Quando exigível, a coparticipação será comunicada ao PREVIRIO e consignada em folha de pagamento até o limite legal, fazendo-se o posterior repasse do valor à Operadora.</p>	<p>Solicitamos que seja previsto no edital e termo de referência que ao beneficiário que solicitar cancelamento do seu plano, deverá se responsabilizar por eventuais cobranças de que possam existir</p>	<p>Sugestão Acatada: Inserido item 11.2.2 no Edital e item 2.2.4 no Termo de Referência Item 2.2.4 do Termo de Referência: Na hipótese de cancelamento do plano, subsistirão as dívidas decorrentes dos serviços utilizados. Item 11.2.2: Na hipótese de cancelamento do plano, subsistirão as dívidas decorrentes dos serviços utilizados.</p>
<p>Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.</p>	<p>Entendemos que nesta cláusula a administração está se referindo à Agência Nacional de Saúde Suplementar e não a agência de vigilância. Solicitamos sua análise e posterior retificação.</p>	<p>Sugestão Acatada: Para conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 do Edital e cláusula quinta da minuta do contrato. Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93. CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.</p>

Edital item 9.4 - A tabela de faixa etária poderá ser reajustada por decisão fundamentada, a critério exclusivo da Administração, desde que constatada a disponibilidade financeira do FASS para os 12 (doze) meses subsequentes ao reajuste.

Solicitamos esclarecimentos acerca dessa cláusula. Entendemos que o reajuste da faixa etária não poderá ser definido a critério exclusivo da administração e principalmente pela disponibilidade do FASS, uma vez que a cláusula 10.5 prevê o reajustamento do contrato a cada 12 meses, com base nas regras da ANS.

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Edital item 10.3 - As operadoras poderão oferecer vantagens adicionais ao PLANO REFERÊNCIA PSSM, como fator diferenciador de suas propostas, sem acréscimo de valor.

Primeiramente cabe destacar que o plano de assistência médica e o plano de assistência odontológica possuem seus registros junto a ANS separados por segmentação. Por isso, não será possível a junção obrigatória das segmentações em um mesmo produto. Logo, se intuito é que as interessadas apresentem obrigatoriamente um produto de assistência médica (plano referência) e um produto de assistência odontológica é necessária a separação dos produtos.

Entendemos que será obrigatória a apresentação do plano referência de assistência médica, que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios com coparticipação (nos limites da Tabela 11.1). Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo da tabela dos valores custeados pelo FASS do Item 9.1 (subtraído o custo de R\$ 11,67 por faixa etária referente ao plano odontológico).

Ainda quanto ao plano odontológico será obrigatória a apresentação mínima de um produto que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios sem coparticipação. Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo do valor estabelecido no Item 9.2 de R\$ 11,67. Está correto o atendimento?

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Edital item 9.2 - Nos valores da tabela de faixa etária está incluso o total de R\$ 11,67 (onze reais e sessenta e sete centavos), referente ao plano odontológico do PLANO REFERÊNCIA do PSSM.

Primeiramente cabe destacar que o plano de assistência médica e o plano de assistência odontológica possuem seus registros junto a ANS separados por segmentação. Por isso, não será possível a junção obrigatória das segmentações em um mesmo produto. Logo, se intuito é que as interessadas apresentem obrigatoriamente um produto de assistência médica (plano referência) e um produto de assistência odontológica é necessária a separação dos produtos.

Entendemos que será obrigatória a apresentação do plano referência de assistência médica, que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios com coparticipação (nos limites da Tabela 11.1). Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo da tabela dos valores custeados pelo FASS do Item 9.1 (subtraído o custo de R\$ 11,67 por faixa etária referente ao plano odontológico).

Ainda quanto ao plano odontológico será obrigatória a apresentação mínima de um produto que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios sem coparticipação. Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo do valor estabelecido no Item 9.2 de R\$ 11,67. Está correto o atendimento?

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA: (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.

O item 5.1.2 do termo estabelece que as operadoras deverão atender ao Inciso III, da Resolução Normativa ANS - RN Nº 393, de 9 de dezembro de 2015, exigindo no item B.1 da Qualificação Técnica, que apresente documento de Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.

A legislação, já garante o tratamento diferenciado de ME, EPP ou MEI, através da Lei Complementar 123/06, dando prioridade seja dada às MPEs sediadas no local ou na região. Esta legislação serve para incentivar o desenvolvimento local.

Logo, se mantida esta exigência no edital, automaticamente estarão excluídas da presente contratação as operadoras de planos de assistência à saúde que se enquadram como de pequeno porte. Sendo os principais pilares do processo licitatório o princípio da isonomia, da razoabilidade e da livre concorrência, no qual é interesse a do Previ-Rio obtenção do maior número de licitantes para obtenção da melhor proposta. Com efeito, importante trazer à baila a magnífica lição do eminente professor Celso Antonio Bandeira de Mello sobre o princípio da igualdade nas licitações, in verbis:

“O princípio da igualdade implica o dever não apenas de tratar isonomicamente todos os que afluírem ao certame, mas também o de ensejar oportunidade de disputá-lo a quaisquer interessados que, desejando dele participar, podem oferecer as indispensáveis condições de garantia. É o que prevê o já referido art. 37, XXI, do Texto Constitucional. Aliás, o § 1º do art. 3º da Lei 8.666 proíbe que o ato convocatório do certame admita, preveja, inclua ou tolere cláusulas ou condições capazes de frustrar ou restringir o caráter competitivo do

Sugestão acatada: Edital alterado conforme RN nº 392/2015. Nova redação : Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 20.000 (vinte mil) beneficiários, sendo classificado como operadora de Médio ou grande porte, de acordo com a RN nº 392/2015.

procedimento licitatório (...)"

Portanto, se a empresa é recém-constituída (há 2 anos, por exemplo), não será possível sua participação e terá seu direito ao desenvolvimento econômico para contratar junto à Administração Pública cerceado. Portanto se mantiverem a proibição da participação de operadoras de pequeno porte o objetivo maior de reduzir a desigualdade das mesmas com as demais no mercado comercial, será impedido, acarretando com isso, uma concorrência ileal entre as empresas em geral.

Edital QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA item (C.1) - Comprovação de Capital Social devidamente integralizado ou de Patrimônio Líquido igual ou superior a R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais). A comprovação do Capital Social será obrigatoriamente feita pelo Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor devidamente registrado, na forma da lei. No caso de Patrimônio Líquido a comprovação será feita através do Balanço Patrimonial do último exercício social. No caso de consórcio vide item 5.2.n deste edital

A exigência do Balanço Patrimonial além de estar prevista na Lei de Licitações, serve também como uma medida de prevenção adotada pela administração pública, através da qual se garante que a empresa contratada realmente tem condições suficientes para cumprir com o contrato. Já os índices contábeis na licitação são utilizados para aferir a boa situação financeira de empresas de diversos segmentos de mercado. Os índices contábeis na licitação usualmente requisitados nos editais são: Índice de Liquidez Geral (LG), Índice de Liquidez Corrente (LC) e o (SG) – Índice de Solvência Geral. Esses indicadores são obtidos por meio de cálculos das informações do balanço patrimonial. Levando em consideração a aplicação do princípio da razoabilidade, solicitamos que seja permitido a apresentação dos índices contábeis iguais ou maiores que 1,0 para a comprovação da boa situação econômico-financeira das empresas interessadas na participação do Credenciamento, permitindo a participação de empresas de pequeno e médio porte, bem como aquelas recém-constituídas, em prestígio e cumprimento à Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Sugestão não acatada

Edital item 5.2.j - As empresas consorciadas deverão comprovar, na forma da lei, capital social devidamente integralizado ou patrimônio líquido igual ou superior a R\$ 2.000.000,00 (Dois Milhões de Reais), na proporção da participação das operadoras consorciadas, caso o consórcio não seja composto, em sua totalidade, por micro e pequenas empresas, assim definidas em lei. A comprovação será obrigatoriamente feita pelo Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e devidamente registrado de cada operadora. No caso de Patrimônio Líquido a comprovação será feita através do Balanço Patrimonial do último exercício social.

A exigência do Balanço Patrimonial além de estar prevista na Lei de Licitações, serve também como uma medida de prevenção adotada pela administração pública, através da qual se garante que a empresa contratada realmente tem condições suficientes para cumprir com o contrato. Já os índices contábeis na licitação são utilizados para aferir a boa situação financeira de empresas de diversos segmentos de mercado. Os índices contábeis na licitação usualmente requisitados nos editais são: Índice de Liquidez Geral (LG), Índice de Liquidez Corrente (LC) e o (SG) – Índice de Solvência Geral. Esses indicadores são obtidos por meio de cálculos das informações do balanço patrimonial. Levando em consideração a aplicação do princípio da razoabilidade, solicitamos que seja permitido a apresentação dos índices contábeis iguais ou maiores que 1,0 para a comprovação da boa situação econômico-financeira das empresas interessadas na participação do Credenciamento, permitindo a participação de empresas de pequeno e médio porte, bem como aquelas recém-constituídas, em prestígio e cumprimento à Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Sugestão não acatada

Edital item 1.5.1 - A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência oficial da requerente ao Protocolo do PREVI-RIO, situado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – Térreo – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, das 10 h às 16 h, até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

Solicitamos incluir a possibilidade de envio dos pedidos de esclarecimentos também por correio eletrônico (e-mail), com a finalidade de celeridade no processo e facilitar a comunicação do PREVI-RIO com as empresas interessadas nem participar no Credenciamento e não estejam sediadas no Rio de Janeiro.

Sugestão Acatada: Edital item 1.5.1 - A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência eletrônica para o endereço credenciamentopssmprevirio@rio.rj.gov.br até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

Edital item 1.3 - A Seleção e Credenciamento das Operadoras de Planos de Saúde Privado seguirá, em linhas gerais, as diretrizes previstas para a modalidade de Pregão (eletrônico) aplicáveis à espécie, regendo-se por toda a legislação aplicável, especialmente pelas normas de caráter geral da Lei Federal nº 10.520, de 17.07.2002, pelas normas especiais do Decreto Municipal n.º 22.941, de 26.05.2003, e, no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 1, de 13.09.1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981, e suas alterações, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078/1990, e suas alterações (quando o Município ocupar a posição de consumidor final de produto), pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelos Decretos n.º 23.957/2004, n.º 28.055/2007, n.º 28.457/2007, n.º 27.612/2007, pelo Decreto n.º 28.937/2008, pela Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho 1998 e, pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS, aplicáveis à espécie, bem como pelas disposições constantes deste Edital e seus anexos, normas que as licitantes declaram conhecer e a elas se sujeitam incondicional e irrestritamente.

De acordo com o item 1.3 do Edital, o PREVI-RIO tornou pública as regras para o credenciamento de empresas na qualidade de Operadoras de Planos de Saúde Privado, com o objetivo de celebrar Acordo de Cooperação para continuidade da prestação de serviço de assistência à saúde do PSSM com a oferta de planos de saúde e odontológicos aos servidores beneficiários do Previ-Rio e seus dependentes.

Deste modo, as disposições contidas no novo Edital foram alteradas e excluída a possibilidade da participação de empresas Administradoras de Benefícios, modalidade da plano coletivo empresarial, especificada no processo de Credenciamento anteriormente publicado, e que estava conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Ainda, destacamos o que estabelece a RN-ANS 195, de 2009, quanto a definição e regras quanto à contratação de planos coletivos empresariais, estabelecidas no art. 5º, in verbis:

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.

§1º O vínculo [1] à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

Resposta: Preliminarmente, cabe esclarecer que a contratação pelo PSSM sempre foi realizada por meio de credenciamento de operadoras de planos de saúde, visando a celebração de um contrato de prestação de serviços. No que tange às administradoras de planos de saúde, o procedimento administrativo não guarda semelhança com o presente caso, uma vez que o documento a ser celebrado é um termo de cooperação, sem desembolso de recursos públicos. Em relação ao questionamento apresentado sobre a modalidade do processo de seleção, a contratação com a Administração Pública será precedida por credenciamento aplicando-se as regras de procedimento do pregão, no que couber.

IV – os agentes políticos;
V – os trabalhadores temporários;
VI – os estagiários e menores aprendizes; e
VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

Assim, considerando que o vínculo entre os beneficiários e o município e o servidor é empregatício (estatutário – servidores públicos), o plano a ser ofertado efetivamente dever coletivo empresarial, uma vez que a relação existente entre a pessoa jurídica contratante (Prefeitura) e a pessoa física (servidores) tem caráter de emprego, e ainda a signatária do Acordo de Cooperação será a Previ-Rio.

Esclarecemos que, de acordo com o art. 8º da RN-ANS nº 195/2009, estabelecido na Subseção IV – Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, que está inserido na Seção II que trata das regras para contratação do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial, determina que a responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pela operadora será da pessoa jurídica contratante, mas, excetuam-se dessa regra a os entes da administração pública direta ou indireta, contexto este em que está inserida a Previ-Rio, conforme a seguir:

Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e

aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Nesse contexto, cabe destacar o que define o a RN 196/2009 da Ane, quanto dispõe sobre as Administradoras de Benefícios:

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

- a) negociação de reajuste;
- b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
- c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;

II - terceirização de serviços administrativos;

III- oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

V - cobrança ao beneficiário por delegação;

e

VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Nesse sentido, a Administradora de Benefícios, na qualidade de estipulante, está apta a contratar e disponibilizar planos coletivos empresariais e planos coletivos por adesão, de acordo com o critério de elegibilidade de cada população a ser assistida, desde que assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, conforme definido no art. 23 da RN-ANS nº 195, de 2009, a seguir transcrito:

Ainda, o art. 23 da RN-ANS nº 196, de 2014, estabelece:

Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

- I – diretamente com a operadora; ou
 - II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;
 - III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.
- Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de

beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Deste modo, considerando que o vínculo empregado com o município é empregatício (estatutário – servidores públicos) e que a Administradora de Benefícios está autorizada a contratar planos coletivos empresariais de operadoras devidamente registradas na ANS; considerando ainda, que poderá também efetivar a cobrança das mensalidades diretamente servidor beneficiário do Previ-Rio, uma vez a responsabilidade do pagamento dos planos de saúde e odontológicos contratados, será deste, confirma-se assim que a participação da Administradora de Benefícios no Credenciamento está devidamente adequada dentro dos parâmetros legais estabelecidos pela ANS.

Por todo o exposto, demonstra-se clara a necessidade da participação da figura da Administradora de Benefícios no presente processo. Logo, requeremos a previsão no novo Edital da participação de entidades constituídas como operadoras, Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas e as Administradoras de Benefícios.

1.3 - A Seleção e Credenciamento das Operadoras de Planos de Saúde Privado seguirá, em linhas gerais, as diretrizes previstas para a modalidade de Pregão (eletrônico) aplicáveis à espécie, Questionamos qual será a modalidade adota pelo PREVI-RIO, pregão eletrônico ou Credenciamento, onde todas as interessadas que apresentarem a documentação de habilitação prevista neste Edital serão habilitadas?

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.

É importante que seja previamente definido o critério de reajuste que deverá ser seguido por todas as empresas interessadas no presente Credenciamento, em respeito ao princípio da igualdade e julgamento objetivo da proposta.

Não identificamos a informação sobre reajuste financeiro e técnico (por sinistralidade), decorridos 12 (doze) meses de contrato. O reajuste do Plano de Saúde será entre a operadora e o titular, obedecendo as regras estipuladas pela ANS. Por se tratar de planos na modalidade coletivo empresarial, pois o Termo de Acordo a ser firmado é diretamente com o PREVI-RIO, deverá ser considerado para efeito de reajuste a legislação dos Planos Empresariais, que prevê 3 (três) tipos de reajustes: a mudança de faixa etária, o reajuste por sinistralidade ou técnico e o reajuste comercial.

O reajuste visa exclusivamente à preservação do equilíbrio econômico-financeiro e refere-se também a variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses serviços e equilíbrio financeiros por parte da operadora.

Diante do exposto, a Agência Nacional de Saúde (ANS) determina que os Planos devam ter um ponto de equilíbrio em torno de 70%, ou seja, a soma dos gastos não pode ultrapassar 70% do valor pago por todos.

Deste modo, está correto o entendimento que poderá ser aplicado o reajuste técnico por sinistralidade, com o ponto de equilíbrio de 70%, combinado com a Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH) conforme determina a ANS?

Resposta: Para conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 do Edital e cláusula quinta da minuta do contrato.

Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

Termo de Referência item 3.5 - Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, vedada cobertura no exterior, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde

Diante dos argumentos apresentados sobre o Item 10.3 está comprovada a necessidade da separação das segmentações dos planos (assistência médica e odontológica), requeremos a separação do item 3.5, com a inclusão do Item 3.5.1, da seguinte maneira:

3.5 - Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, vedada cobertura no exterior, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas abaixo listadas, com exceção de: a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental; b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; c) Inseminação artificial; d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente e o estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

3.5.1 Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a

Sugestão não Acatada: Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos, segregando entre médico e odontológico, dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica compreendendo o ROL mínimo de coberturas e procedimentos estabelecidos pela ANS.

Edital item 10.3 - As operadoras poderão oferecer vantagens adicionais ao PLANO REFERÊNCIA PSSM, como fator diferenciador de suas propostas, sem acréscimo de valor.

Primeiramente cabe destacar que o plano de assistência médica e o plano de assistência odontológica possuem seus registros junto a ANS separados por segmentação. Por isso, não será possível a junção obrigatória das segmentações em um mesmo produto. Logo, se intuito é que as interessadas apresentem obrigatoriamente um produto de assistência médica (plano referência) e um produto de assistência odontológica é necessária a separação dos produtos.

Entendemos que será obrigatória a apresentação do plano referência de assistência médica, que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios com coparticipação (nos limites da Tabela 11.1). Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo da tabela dos valores custeados pelo FASS do Item 9.1 (subtraído o custo de R\$ 11,67 por faixa etária referente ao plano odontológico).

Ainda quanto ao plano odontológico será obrigatória a apresentação mínima de um produto que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios sem coparticipação. Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo do valor estabelecido no Item 9.2 de R\$ 11,67. Está correto o atendimento?

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Edital item 9.2 - Nos valores da tabela de faixa etária está incluso o total de R\$ 11,67 (onze reais e sessenta e sete centavos), referente ao plano odontológico do PLANO REFERÊNCIA do PSSM.

Primeiramente cabe destacar que o plano de assistência médica e o plano de assistência odontológica possuem seus registros junto a ANS separados por segmentação. Por isso, não será possível a junção obrigatória das segmentações em um mesmo produto. Logo, se intuito é que as interessadas apresentem obrigatoriamente um produto de assistência médica (plano referência) e um produto de assistência odontológica é necessária a separação dos produtos.

Entendemos que será obrigatória a apresentação do plano referência de assistência médica, que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios com coparticipação (nos limites da Tabela 11.1). Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo da tabela dos valores custeados pelo FASS do Item 9.1 (subtraído o custo de R\$ 11,67 por faixa etária referente ao plano odontológico).

Ainda quanto ao plano odontológico será obrigatória a apresentação mínima de um produto que compreende: plano coletivo empresarial, abrangência mínima grupo de municípios sem coparticipação. Este plano obrigatoriamente deverá ter o custo máximo do valor estabelecido no Item 9.2 de R\$ 11,67. Está correto o atendimento?

Resposta: Esclarecemos que a tabela do item 9.1 é o valor que será financiado com recursos do FASS para cada servidor que optar por participar do PSSM, incluindo assistência médica e odontológica, nos termos do edital e termo de Referência. Somente o servidor que optar por Planos Superiores ao Referência pagará complementação consignada em contracheque referente à diferença entre o custo do Plano Superior escolhido e o valor arcado pelo FASS (tabela 9.1). Cabe a Operadora definir como apresentará as tabelas de custos dos Planos Referência para dependentes (obrigatório) e Superiores.

Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.

O item 5.1.2 do termo estabelece que as operadoras deverão atender ao Inciso III, da Resolução Normativa ANS - RN Nº 393, de 9 de dezembro de 2015, exigindo no item B.1 da Qualificação Técnica, que apresente documento de Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 50.000 (cinquenta mil) beneficiários.

A legislação, já garante o tratamento diferenciado de ME, EPP ou MEI, através da Lei Complementar 123/06, dando prioridade seja dada às MPEs sediadas no local ou na região. Esta legislação serve para incentivar o desenvolvimento local.

Logo, se mantida esta exigência no edital, automaticamente estarão excluídas da presente contratação as operadoras de planos de assistência à saúde que se enquadram como de pequeno porte. Sendo os principais pilares do processo licitatório o princípio da isonomia, da razoabilidade e da livre concorrência, no qual é interesse a do Previ-Rio obtenção do maior número de licitantes para obtenção da melhor proposta. Com efeito, importante trazer à baila a magnífica lição do eminente professor Celso Antonio Bandeira de Mello sobre o princípio da igualdade nas licitações, in verbis:

“O princípio da igualdade implica o dever não apenas de tratar isonomicamente todos os que afluírem ao certame, mas também o de ensejar oportunidade de disputá-lo a quaisquer interessados que, desejando dele participar, podem oferecer as indispensáveis condições de garantia. É o que prevê o já referido art. 37, XXI, do Texto Constitucional. Aliás, o § 1º do art. 3º da Lei 8.666 proíbe que o ato convocatório do certame admita, preveja, inclua ou tolere cláusulas ou condições capazes de frustrar ou restringir o caráter competitivo do

Sugestão Acatada: Edital alterado conforme RN nº 392/2015. Nova redação : Edital QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (B.1) – Comprovação de que a operadora mantenha cadastrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, na data da publicação do Edital, no mínimo 20.000 (vinte mil) beneficiários, sendo classificado como operadora de Médio ou grande porte, de acordo com a RN nº 392/2015.

procedimento licitatório (...)"

Portanto, se a empresa é recém-constituída (há 2 anos, por exemplo), não será possível sua participação e terá seu direito ao desenvolvimento econômico para contratar junto à Administração Pública cerceado. Portanto se mantiverem a proibição da participação de operadoras de pequeno porte o objetivo maior de reduzir a desigualdade das mesmas com as demais no mercado comercial, será impedido, acarretando com isso, uma concorrência ileal entre as empresas em geral.

Minuta de Contrato - CLÁUSULA PRIMEIRA – (LEGISLAÇÃO APLICÁVEL)

– Este Contrato rege-se por toda legislação aplicável à espécie, que desde já entende-se como integrante do presente termo, Lei 8.666/93 e suas alterações no que couber, Lei 10.520 de 17.07.2002, Lei Complementar 67, de 29.09.2003, Decreto n.º 23.593, de 16.10.2003, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF) instituído pela Lei 207 de 19.12.1980, com suas alterações ratificadas pela Lei complementar 101 de 13.09.1990, Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto 3221, de 18.09.1981, Decreto 19.810, de 23.04.2001, Lei 9656 de 03/06/98, Resolução Normativa da ANS n.º 154, de 05.06.2007, além das demais Resoluções Normativas da ANS pertinentes, bem como pelos preceitos de direito público, pela Proposta da Contratada e pelas disposições deste Contrato. A Contratada declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se às suas estipulações, Sistema de Penalidades e demais regras delas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

A exigência do Balanço Patrimonial além de estar prevista na Lei de Licitações, serve também como uma medida de prevenção adotada pela administração pública, através da qual se garante que a empresa contratada realmente tem condições suficientes para cumprir com o contrato. Já os índices contábeis na licitação são utilizados para aferir a boa situação financeira de empresas de diversos segmentos de mercado. Os índices contábeis na licitação usualmente requisitados nos editais são: Índice de Liquidez Geral (LG), Índice de Liquidez Corrente (LC) e o (SG) – Índice de Solvência Geral. Esses indicadores são obtidos por meio de cálculos das informações do balanço patrimonial. Levando em consideração a aplicação do princípio da razoabilidade, solicitamos que seja permitido a apresentação dos índices contábeis iguais ou maiores que 1,0 para a comprovação da boa situação econômico-financeira das empresas interessadas na participação do Credenciamento, permitindo a participação de empresas de pequeno e médio porte, bem como aquelas recém-constituídas, em prestígio e cumprimento à Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Sugestão não acatada

Edital item 5.2.j - As empresas consorciadas deverão comprovar, na forma da lei, capital social devidamente integralizado ou patrimônio líquido igual ou superior a R\$ 2.000.000,00 (Dois Milhões de Reais), na proporção da participação das operadoras consorciadas, caso o consórcio não seja composto, em sua totalidade, por micro e pequenas empresas, assim definidas em lei. A comprovação será obrigatoriamente feita pelo Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e devidamente registrado de cada operadora. No caso de Patrimônio Líquido a comprovação será feita através do Balanço Patrimonial do último exercício social.

A exigência do Balanço Patrimonial além de estar prevista na Lei de Licitações, serve também como uma medida de prevenção adotada pela administração pública, através da qual se garante que a empresa contratada realmente tem condições suficientes para cumprir com o contrato. Já os índices contábeis na licitação são utilizados para aferir a boa situação financeira de empresas de diversos segmentos de mercado. Os índices contábeis na licitação usualmente requisitados nos editais são: Índice de Liquidez Geral (LG), Índice de Liquidez Corrente (LC) e o (SG) – Índice de Solvência Geral. Esses indicadores são obtidos por meio de cálculos das informações do balanço patrimonial. Levando em consideração a aplicação do princípio da razoabilidade, solicitamos que seja permitido a apresentação dos índices contábeis iguais ou maiores que 1,0 para a comprovação da boa situação econômico-financeira das empresas interessadas na participação do Credenciamento, permitindo a participação de empresas de pequeno e médio porte, bem como aquelas recém-constituídas, em prestígio e cumprimento à Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Sugestão não acatada

Edital item 1.5.1 A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência oficial da requerente ao Protocolo do PREVI-RIO, situado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – Térreo – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, das 10 h às 16 h, até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

Solicitamos incluir a possibilidade de envio dos pedidos de esclarecimentos também por correio eletrônico (e-mail), com a finalidade de celeridade no processo e facilitar a comunicação do PREVI-RIO com as empresas interessadas nem participar no Credenciamento e não estejam sediadas no Rio de Janeiro.

Sugestão Acatada: Edital item 1.5.1 - A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência eletrônica para o endereço credenciamentopssmprevirio@rio.rj.gov.br até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

Edital item 1.3 - A Seleção e Credenciamento das Operadoras de Planos de Saúde Privado seguirá, em linhas gerais, as diretrizes previstas para a modalidade de Pregão (eletrônico) aplicáveis à espécie, regendo-se por toda a legislação aplicável, especialmente pelas normas de caráter geral da Lei Federal nº 10.520, de 17.07.2002, pelas normas especiais do Decreto Municipal n.º 22.941, de 26.05.2003, e, no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 1, de 13.09.1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981, e suas alterações, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078/1990, e suas alterações (quando o Município ocupar a posição de consumidor final de produto), pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelos Decretos n.º 23.957/2004, n.º 28.055/2007, n.º 28.457/2007, n.º 27.612/2007, pelo Decreto n.º 28.937/2008, pela Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho 1998 e, pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS, aplicáveis à espécie, bem como pelas disposições constantes deste Edital e seus anexos, normas que as licitantes declaram conhecer e a elas se sujeitam incondicional e irrestritamente

De acordo com o item 1.3 do Edital, o PREVI-RIO tornou pública as regras para o credenciamento de empresas na qualidade de Operadoras de Planos de Saúde Privado, com o objetivo de celebrar Acordo de Cooperação para continuidade da prestação de serviço de assistência à saúde do PSSM com a oferta de planos de saúde e odontológicos aos servidores beneficiários do Previ-Rio e seus dependentes.

Deste modo, as disposições contidas no novo Edital foram alteradas e excluída a possibilidade da participação de empresas Administradoras de Benefícios, modalidade da plano coletivo empresarial, especificada no processo de Credenciamento anteriormente publicado, e que estava conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Ainda, destacamos o que estabelece a RN-ANS 195, de 2009, quanto a definição e regras quanto à contratação de planos coletivos empresariais, estabelecidas no art. 5º, in verbis:

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.

§1º O vínculo [1] à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

Resposta: Preliminarmente, cabe esclarecer que a contratação pelo PSSM sempre foi realizada por meio de credenciamento de operadoras de planos de saúde, visando a celebração de um contrato de prestação de serviços. No que tange às administradoras de planos de saúde, o procedimento administrativo não guarda semelhança com o presente caso, uma vez que o documento a ser celebrado é um termo de cooperação, sem desembolso de recursos públicos. Em relação ao questionamento apresentado sobre a modalidade do processo de seleção, a contratação com a Administração Pública será precedida por credenciamento aplicando-se as regras de procedimento do pregão, no que couber.

IV – os agentes políticos;
V – os trabalhadores temporários;
VI – os estagiários e menores aprendizes; e
VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

Assim, considerando que o vínculo entre os beneficiários e o município e o servidor é empregatício (estatutário – servidores públicos), o plano a ser ofertado efetivamente dever coletivo empresarial, uma vez que a relação existente entre a pessoa jurídica contratante (Prefeitura) e a pessoa física (servidores) tem caráter de emprego, e ainda a signatária do Acordo de Cooperação será a Previ-Rio.

Esclarecemos que, de acordo com o art. 8º da RN-ANS nº 195/2009, estabelecido na Subseção IV – Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias, que está inserido na Seção II que trata das regras para contratação do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial, determina que a responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pela operadora será da pessoa jurídica contratante, mas, excetuam-se dessa regra a os entes da administração pública direta ou indireta, contexto este em que está inserida a Previ-Rio, conforme a seguir:

Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e

aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Nesse contexto, cabe destacar o que define o a RN 196/2009 da Ane, quanto dispõe sobre as Administradoras de Benefícios:

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

- a) negociação de reajuste;
- b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
- c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

- I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- II - terceirização de serviços administrativos;
- III- oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- V - cobrança ao beneficiário por delegação;
- e
- VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Nesse sentido, a Administradora de Benefícios, na qualidade de estipulante, está apta a contratar e disponibilizar planos coletivos empresariais e planos coletivos por adesão, de acordo com o critério de elegibilidade de cada população a ser assistida, desde que assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, conforme definido no art. 23 da RN-ANS nº 195, de 2009, a seguir transcrito:

Ainda, o art. 23 da RN-ANS nº 196, de 2014, estabelece:

Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

- I – diretamente com a operadora; ou
 - II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;
 - III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.
- Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de

beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Deste modo, considerando que o vínculo empregado com o município é empregatício (estatutário – servidores públicos) e que a Administradora de Benefícios está autorizada a contratar planos coletivos empresariais de operadoras devidamente registradas na ANS; considerando ainda, que poderá também efetivar a cobrança das mensalidades diretamente servidor beneficiário do Previ-Rio, uma vez a responsabilidade do pagamento dos planos de saúde e odontológicos contratados, será deste, confirma-se assim que a participação da Administradora de Benefícios no Credenciamento está devidamente adequada dentro dos parâmetros legais estabelecidos pela ANS.

Por todo o exposto, demonstra-se clara a necessidade da participação da figura da Administradora de Benefícios no presente processo. Logo, requeremos a previsão no novo Edital da participação de entidades constituídas como operadoras, Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas e as Administradoras de Benefícios.

1.3 - A Seleção e Credenciamento das Operadoras de Planos de Saúde Privado seguirá, em linhas gerais, as diretrizes previstas para a modalidade de Pregão (eletrônico) aplicáveis à espécie: Questionamos qual será a modalidade adota pelo PREVI-RIO, pregão eletrônico ou Credenciamento, onde todas as interessadas que apresentarem a documentação de habilitação prevista neste Edital serão habilitadas?

Termo de Referência item 3.5 - Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, vedada cobertura no exterior, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde...

Questionamento: há expectativa de planos com reembolso?

Resposta: A oferta de planos diferenciados é opcional para as operadoras.

CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Vigilância aplicáveis para os contratos coletivos e de acordo com a Lei nº 8.666/93.

Questionamento: De acordo com a legislação vigente referente aos plano coletivos empresariais, podemos entender que anualmente, no mês de aniversário do contrato haverá reajuste financeiro com base no BVMH da operadora e reajuste técnico com base na sinistralidade máxima (break even) de 70%?

Resposta: Visando conferir maior transparência ao Edital foi alterada a redação do item 10.5 e cláusula quinta do contrato. Edital item 10.5 – O PLANO REFERÊNCIA PSSM e os planos superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses contados da data do início da vigência do contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93. CLÁUSULA QUINTA – (REAJUSTES) – O PLANO DE REFERÊNCIA PSSM e os Planos Superiores sofrerão reajustamento a cada 12 (doze) meses, contados da data do início da vigência deste Contrato, considerando a sinistralidade observada e a variação de custos médicos no período, com base nas regras editadas pela Agência Nacional de Saúde para os contratos coletivos, prevalecendo a livre negociação entre as partes e observando as diretrizes da Lei nº 8.666/93.

<p>Termo de Referência item 3.5 - Os prestadores do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do PLANO REFERÊNCIA PSSM, que deverá oferecer cobertura assistencial, odontológica, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, vedada cobertura no exterior, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde...</p>	<p>Questionamento: Por favor, esclarecer qual a expectativa de diferenciais entre o Plano Referência e os planos que a operadora poderá ofertar.</p>	<p>Resposta: Os planos diferenciados do Plano Referência poderão apresentar uma maior oferta de serviços, ampliação de cobertura médica, reembolsos e demais benefícios adicionais com valores diferenciados do plano referência.</p>
<p>Termo de referência item 3.4. - Para os servidores beneficiários e seus dependentes, bem como para os pensionistas vinculados ao Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO, a adesão ou upgrade de plano durante o prazo estabelecido em regulamento ou neste Termo de Referência dar-se-á sem o cumprimento de carências.</p>	<p>Sugestão: Sugerimos o Upgrade apenas no aniversário do contrato.</p>	<p>Sugestão não acatada</p>

<p>Termo de Referência item 3.1 - A entrega das carteirinhas do plano de saúde deverá ser realizada pela operadora em conformidade com as Normas da ANS.</p>	<p>Questionamento: Poderá ser considerada apenas a carteirinha digital, por meio de aplicativo de celular?</p>	<p>Sugestão Parcialmente Acatada: Termo de Referência 3.1 - A entrega das carteirinhas do plano de saúde deverá ser realizada pela operadora em conformidade com as Normas da ANS, podendo ser disponibilizadas somente por meio de aplicativo móvel, quando expressamente dispensada pelo beneficiário a carteirinha física.</p>
<p>Termo de Referência item 2.3.1: A rede fidelizada deverá estar preferencialmente presente e disponibilizada em 9 (nove) das 12 (doze) áreas relacionadas no Anexo X.</p>	<p>Questionamento: Haverá necessidade diferencial de rede por plano oferecido?</p>	<p>Resposta: A rede de cada plano deve ser conhecida no ato da habilitação, bem como os seus diferenciais, de modo que além do plano referência, o segurado possa ter a percepção do valor que será pago por ele para além do coberto pelo PSSM.</p>
<p>Termo de Referência item 2.3 - REDE FIDELIZADA - Entende-se por fidelizada a rede credenciada assistencial, laboratorial, hospitalar, ambulatorial e oncológica, indicada na proposta oferecida pela Operadora, em que não poderá ser cobrada a coparticipação do servidor beneficiário e de seus dependentes.</p>	<p>Questionamento: Além da rede própria e credenciada, poderá ser utilizada rede indireta/congênera?</p>	<p>Sugestão não acatada: A Rede indireta e congênera deve integrar o rol da rede credenciada e apresentada no processo da habilitação.</p>
<p>Termo de Referência item 2.1 - O PLANO REFERÊNCIA deve assegurar, no mínimo, as coberturas de saúde e odontológicas descritas no ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.</p>	<p>Questionamento: Considerando ser plano e cobertura diferente do ponto de vista regulatório (ANS) haverá lote específico ou licitação apartada para oferta de plano odontológico?</p>	<p>Resposta: Não, conforme previsto no Anexo I – Termo de Referência 2.1 - O PLANO REFERÊNCIA deve assegurar, no mínimo, as coberturas de saúde e odontológicas descritas no ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.</p>

<p>Edital item 12.2.1 Havendo manifestação motivada da intenção de interposição de recurso, a comissão informará aos recorrentes sobre a possibilidade de apresentação de memoriais contendo as razões do recurso, no prazo de até 3 (três) dias após a divulgação das empresas credenciadas e, aos demais participantes, que poderão apresentar contra razões, em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos das 10 h às 17 h no seguinte endereço: Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – 11º andar – Ala “A” – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ.</p>	<p>Sugestão: possibilidade de envio de recurso e contrarrazões de recurso via e-mail.</p>	<p>Sugestão acatada. Nova Redação: Item 12.2.4: Os recursos poderão ser interpostos pela via eletrônica através do e-mail credenciamentopssm.previrio@rio.rj.gov.br e serão dirigidos à Comissão de Habilitação, que poderá reconsiderar seu ato no prazo de até três dias úteis, ou, neste mesmo prazo, encaminhá-los, devidamente instruídos, à autoridade superior, que proferirá a decisão no mesmo prazo, a contar do recebimento.</p>
<p>Edital (B.5) – Certificado de Registro de Produtos emitido pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, indicando os produtos, ou apresentar documento comprobatório de solicitação de registro junto a ANS dos produtos a serem ofertados ao PSSM.</p>	<p>Informativo: devido o início do contrato previsto para 01/08/2021, a possibilidade de apresentação de apenas pedido de registro de plano junto à ANS, causa insegurança jurídica na contratação do plano, tendo em vista que as demais operadoras e a Administração Pública não poderão analisar se a rede apresentada realmente atenderá as exigências editalícias. Entendemos correto, a apresentação de plano e rede no momento da habilitação.</p>	<p>Sugestão Parcialmente Acatada: Alterado o item do Edital: Minuta de Contrato (B.5) – Certificado de Registro de Produtos emitido pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, indicando os produtos, ou apresentar documento comprobatório de solicitação de registro junto a ANS dos produtos a serem ofertados ao PSSM. No ato de celebração do contrato somente poderão ser oferecidos produtos comprovadamente registrados junto à ANS.</p>

<p>Edital (B.4) – Comprovação de que o responsável técnico é profissional vinculado juridicamente à operadora, devidamente registrado como responsável técnico junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e junto ao CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Informativo: exigência fere rol taxativo do artigo 30 da Lei 8.666/93.</p>	<p>Sugestão acatada: Edital (B.4) – Comprovação de que o responsável técnico é profissional vinculado juridicamente à operadora, devidamente registrado como responsável técnico junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e junto ao CRM de sua sede.</p>
<p>Edital (B.3) – Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, com indicação do seu responsável técnico.</p>	<p>Informativo: A exigência de inscrição da operadora junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, é restritiva e fere o rol taxativo do artigo 30 da Lei 8666/93.</p>	<p>Sugestão acatada: Edital (B.3) – Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina de sua sede, com indicação do seu responsável técnico.</p>
<p>Edital item 7 – ENVELOPE "B" – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO:7.1. As participantes apresentarão no ENVELOPE "B" os documentos especificados a seguir:7 – ENVELOPE "B" – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO: 7.1. As participantes apresentarão no ENVELOPE "B" os documentos especificados a seguir: (A) - Documentação relativa à habilitação jurídica; (B) - Documentação relativa à qualificação técnica; (C) - Documentação relativa à qualificação econômico-financeira; (D)- Documentação relativa à regularidade fiscal; (E) - Regularidade Trabalhista.</p>	<p>Questionamento: A rede de atendimento, assim como o Manual do Usuário poderão ser disponibilizados por meio de cd ou pen drive?</p>	<p>Resposta: Sim, as operadoras participantes poderão apresentar o Manual do Usuário ou Livro de Credenciamento, em meio físico ou digital, conforme nova redação conferida ao item 8.1 do Edital.</p>

<p>Edital item 5.1.1 - Os prestadores do serviço deverão apresentar sua rede de atendimento (ANEXO V), na forma prevista no subitem 8.1, contemplando preferencialmente todas as áreas definidas no ANEXO X, que compõem a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e Grande Rio, com vistas a tentar adequar proporcionalmente e qualitativamente o quantitativo de postos de atendimento à concentração de servidores municipais beneficiários nas respectivas áreas</p>	<p>Sugestão: deixar clara qual a abrangência da prestação de serviços, se Nacional, Estadual ou Grupo de Municípios.</p>	<p>Resposta: A área de abrangência são as especificadas no Edital que compreendem a área do Estado do Rio de Janeiro a partir das áreas apresentadas no Anexo X do Termo de Referência.</p>
<p>Edital item 4.3 – As PROPOSTAS DE PREÇOS apresentadas no ANEXO IV deste edital serão válidas para o período de 12 (doze) meses.</p>	<p>Sugestão: prazo de validade da proposta por 60 dias conforme demais editais.</p>	<p>Sugestão não acatada: manutenção do item 4.3 do Edital</p>
<p>Edital item 4.1.1 – Decorridos 12 (doze) meses do início da vigência, a prestação dos serviços poderá ser extinta por denúncia formal de qualquer uma das partes, Órgão Contratante ou Operadora de Planos de Saúde, desde que formulada com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias.</p>	<p>Sugestão: prazo para envio de pedido de rescisão/denúncia formal pelas partes de 60 dias.</p>	<p>Sugestão não acatada: manutenção do item 4.1 do Edital e da cláusula 19º da Minuta de Contrato.</p>
<p>Edital item 2.1.1.b – Serão consideradas credenciadas as operadoras que cumprirem as exigências deste edital.</p>	<p>Haverá número máximo de operadoras que poderão ser credenciadas?</p>	<p>Resposta: Não, de acordo com o item 5.1 - Poderão participar da presente seleção todas as pessoas jurídicas que operam planos de assistência à saúde, quer mediante rede credenciada, quer diretamente através de rede própria, que comprovem preencher os requisitos exigidos neste Edital.</p>

Edital 1.5.1 A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência oficial da requerente ao Protocolo do PREVI-RIO, situado na Rua Afonso Cavalcanti 455 – Bloco II – Térreo – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ, das 10 h às 16 h, até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

Sugestão: Possibilidade de envio de questionamentos, impugnações e recurso via e-mail.

Sugestão Acatada: Edital item 1.5.1 - A Comissão de Habilitação responderá às dúvidas de interpretação deste Edital quando encaminhadas através de correspondência eletrônica para o endereço credenciamentopssmprevirio@rio.rj.gov.br até 72h (setenta e duas horas) antes da entrega dos envelopes.

O PREVIRIO agradece a todos que enviaram suas contribuições à consulta pública.