CAJA BANCARIA

ACLARACION

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 04/2016
"SERVICIO MEDICO PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LA CAJA BANCARIA" – PLURIANUAL / ID N° 315986

1.- Pág. 12 COBERTURA MÉDICA BASICA 3. CUOTA MENSUAL DE PAGO: 3.6. LA PRESTADORA DE SERVICIOS en ningún caso exigirá depósito o firma de pagaré al ingreso del paciente en INTERNACIONES CLINICAS, QUIRIRURGICAS, DE URGENCIAS NI ESPECIALIDADES O ALTA COMPLEJIDAD EN SALA O UTI, LA PRESTADORA DE SERVICIOS se compromete a comunicar a los sanatorios habilitados el cumplimiento de lo establecido en esta cláusula. Solamente estará permitida la firma del compromiso de pago para los excedentes de cobertura.

CONSULTA: Siendo que la oferente/prestadora de servicios/adjudicada es la que brindará la cobertura médica requerida por el beneficiario, no tiene ni puede tener la potestad de exigir depósito o firma de documentación alguna al momento del ingreso del paciente en una institución sanatorial. Y las instituciones sanatoriales son empresas distintas a la oferente/prestadora de servicios/adjudicada, por lo que ésta no puede tener injerencia respecto a cuestiones administrativas tendientes al cobro por los servicios que presta y que no tendrán cobertura. Cómo debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago de los excedentes en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes, como se documentará ese compromiso?

RESPUESTA: Si está permitido hacerle firmar un documento de compromiso de pago en caso de exceder su cobertura. La Unidad de Servicios Médicos mantiene un fluido contacto con los Sanatorios quienes nos informan cuando los pacientes jubilados se exceden en los gastos sanatoriales.

El mecanismo a ser implementado esta aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6. Desde el momento que la CAJA BANCARIA menciona dentro de licitación la citada cobertura a través de una reaseguradora ya está asumido el compromiso de pago.

2.- Pág.14: 8.7. **LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá** exigir a los sanatorios que provean a solicitud del paciente o de la AUDITORIA MEDICA de LA CAJA a través de la AUDITORIA MEDICA de la PRESTADORA DE SERVICIOS, la historia clínica de cada paciente que deberá entregar cuando se solicite.

CONSULTA: ¿Cómo debe entenderse esta obligación de la Prestadora a exigir a los sanatorios la historia clínica, ya que se contrapone con el principio general de confidencialidad previsto en el punto 8.5. que determina que los documentos o informes deberán ser solicitados en forma directa al prestador específico?.

RESPUESTA: La Prestadora de Servicios debe comunicar a los Sanatorios afines a la misma de dicha disposición, y se debe dar cumplimiento al mismo. En cuanto al Punto 8.5 ver Adenda 3.-

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

3.- Pág. 16: 2.1. Consultas: 2.1.1 Se encuentran habilitados para consultas en consultorios, sin cargo para el beneficiario, todos los médicos acreditados en la guía de Profesionales de la prestadora de servicios para este convenio, los cuales deberán permanecer durante la vigencia del contrato, no pudiendo modificar sus condiciones de servicio por cuestiones de índole administrativo. La guía de Profesionales médicos deberá contener un mínimo del 30% (treinta por ciento) de los profesionales que prestan servicios actualmente.-

CONSULTA: Entendemos que la obligatoriedad de mantener a todos los profesionales de la lista presentada para todo el contrato, cede ante cuestiones relacionadas a decisiones personales del prestador, o ante inconductas/incumplimientos contractuales de los mismos que habilitan a la prestadora a resolver el contrato con los mismos. Debiendo la prestadora reemplazar a dicho prestador con otro, conforme lo establecido en el punto 3.12.1 de la Pag. 27. Es correcta la interpretación?

RESPUESTA: La interpretación es correcta.

4.- Pág. 16: 2.1.11. Consultas Psiquiátricas y Psicológicas: Hasta 15 por beneficiario por año, con prestadores en convenio. LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá contar con los citados Profesionales en Asunción, Gran Asunción y las ciudades Capitales Departamentales, a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de la cantidad de profesionales requeridos en el presente anexo técnico.

CONSULTA: Entendemos que la prestadora presentara el listado de profesionales con los que tenga convenio en Asunción y Gran Asunción, siendo que en las ciudades del interior del país, se cuenta con convenios con instituciones sanatoriales que cuentan con staff de prestadores en la especialidades existentes en dichas localidades.

RESPUESTA: Deberán presentar el Listado de Profesionales con sus especialidades en Asunción, Gran Asunción y las ciudades Capitales Departamentales.

5.- Pág. 17: 2.2.4.4.... Cirugías Laser de Próstata cobertura hasta el costo de la cirugía convencional, *el saldo con cargo al reaseguro.*

CONSULTA: Como debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago del saldo en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes/saldos, como se documentará ese compromiso?

Respuesta: El mecanismo a ser implementado esta aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

6.- Pág. 17: 2.2.4.5... Las sustancias viscolásticas forman parte del Kit de la lente intraocular, cuya cobertura *se otorgará por la Póliza de Excesos de Gastos Médicos*.

CONSULTA: Como debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago del saldo en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes/saldos, como se documentará ese compromiso?

Respuesta: El mecanismo a ser implementado es similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.

7.- Pág. 17 2.2.6. Cirugías Láser Dermatológicas, Oftalmológicas y Vasculares (no estéticas), 100% de cobertura de honorarios médicos para una (1) cirugía/beneficiario/año de contrato y uso de equipo y 50% de cobertura de honorarios médicos y uso de equipo a partir de la 2da. Cirugía. Los medicamentos y descartables tendrán cobertura de una internación normal, se realicen en Sanatorios habilitados, Clínicas o Consultorio del Profesional.

CONSULTA: En relación a la cobertura requerida en este punto entendemos que esta cobertura debería ser dada únicamente en los sanatorios ya que las clínicas y los consultorios de los profesionales médicos NO están habilitados por la SUPSALD para dichas cirugías.-

Respuesta: LA PRESTADORA DE SERVICIOS DEBE COMUNICAR QUE SANATORIOS Y CLINICAS están habilitadas para realizar las citadas cirugías y evitar otorgar cobertura con cargo al Jubilado. En caso de exceso de cobertura el mecanismo a ser implementado es similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.

8.- Pág. 18: 2.2.12. Internaciones Clínicas de Especialidades, enfermedades mentales, *psiquiátricas* y *psicológicas*, incluidas las punciones raquídea y/o medular: Honorarios médicos 100% de cobertura de prestadores en convenio con de LA PRESTADORA DE SERVICIOS.

CONSULTA: No queda claro este requerimiento, siendo que las internaciones psiquiátricas y psicológicas se encuentran excluidas de la cobertura del plan conforme lo establecido en el punto 7.2.9 Limitaciones en la cobertura. Por lo que entendemos que las mismas están excluidas de este punto.-

Respuesta: La cobertura solicitada se refiere a las internaciones clínicas y de especialidades a los Jubilados con enfermedades mentales, psiquiátricas y psicológicas. Las específicas de enfermedades psiquiátricas y psicológicas serán cubiertas por la reaseguradora como exceso de cobertura siendo el mecanismo a ser implementado similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

9.- Pág. 18: 2.2.12.2. .... A partir de la visita 5 (cinco), la misma debe ser solicitada por escrito por el médico tratante en cada oportunidad, las cuales serán absorbidas por el reaseguro.

CONSULTA: Cómo debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago del saldo en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes/saldos, como se documentará ese compromiso?

Respuesta: El mecanismo a ser implementado es similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.-

10.- Pág. 19: 2.4.2. Medicamentos, incluyendo descartables, en internación clínica y/o quirúrgica, en habitación estándar, hasta Gs. 6.000.000 (SEIS MILLONES DE GUARANIES) por internación y hasta para 4 (cuatro) internaciones por beneficiario por año. Cobertura total de oxígeno medicinal - oxígenoterapia, no deducible del monto asignado a medicamentos y descartables. *LOS EXCEDENTES DEL MONTO DE LA COBERTURA SERAN CUBIERTOS POR LA REASEGURADORA.*

2.4.3. En ningún caso se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario cuando el servicio corresponde a internación de terapia intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar la línea de crédito del paciente. *El EXCEDENTE DE COBERTURA SERA CUBIERTO POR LA REASEGURADORA*

2.4.6. Todos los excesos de gastos sanatoriales que queden como saldo tras el alta de las internaciones de los asegurados de la Caja Bancaria, tanto del titular como de su cónyuge, serán cubiertos por la Póliza de Excesos de gastos médicos, para lo cual la Prestadora podrá solicitar al asegurado la firma del documento de compromiso de pago para el alta respectiva, ya que el Reaseguro cancelará en un plazo no mayor de 30 días la deuda pendiente

CONSULTA: Cómo debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago del saldo en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes/saldos, como se documentará ese compromiso?

Respuesta: El mecanismo a ser implementado es similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.; luego de ser verificada por la Unidad de Servicios Médicos y la Auditoria Medica de la Caja. Desde el momento que la CAJA BANCARIA menciona dentro de licitación la citada cobertura a través de una reaseguradora entendemos que ya está hecho el compromiso.

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

11.- Pág. 20. Aclaraciones Generales: 3. Para pacientes que presentan un Glasgow 4 o menos, internados en Terapia Intensiva o en sala común, y permanezcan en este nivel de consciencia igual o por debajo, se deberá aplicar el protocolo para el diagnóstico de la muerte cerebral del paciente con la presencia y conformidad del Auditor Médico de la CAJA BANCARIA, una vez diagnosticada la Muerte Cerebral, quedará a cargo de sus familiares el traslado del mismo o asumir los gastos que representen mantenerlo en el Sanatorio. La Prestadora otorgará la cobertura hasta la declaración del protocolo de muerte cerebral.

CONSULTA: En el art. 21 y 22 de la Ley 1246/98, se determina el protocolo de muerte cerebral en los cuales la Escala de Glasgow no forman parte de los criterios para su determinación; por lo que debemos entender que serán los parámetros establecidos en dicha Ley, los que se aplicarán para la certificación de la muerte cerebral?. Respecto a los pacientes en estado de coma y/o estado vegetativo persistente, cuya condición supere las 4 semanas sin lograr recuperación total de conciencia; entendemos que los mismos quedarían a cargo de sus familiares asumiendo los gastos que represente mantenerlo en el Sanatorio. La Prestadora otorgará la cobertura hasta la declaración del diagnóstico de coma y/o estado vegetativo persistente Es correcta la interpretación?

Respuesta: Correcto. Se aplicara el procedimiento indicado por la Ley 1246/98 y la O.M.S.; con la presencia y conformidad del Auditor Médico de la CAJA BANCARIA, una vez diagnosticada la Muerte Cerebral.

12.- Pág. 20/21: 3.1. SANATORIOS DE LA CAPITAL. Cantidad: la prestadora de servicios garantizará durante la vigencia del contrato la provisión de, como mínimo, cuatro (4) centros convencionales de Categoría 2, dos (2) centros de Alta Complejidad (Categoría 3), de los cuales 1 (uno) debe ser propio (Nivel 3) y el resto tercerizado. Los Centros de Alta Complejidad (Categoría o Nivel 3), deberán reunir los siguientes requisitos mínimos: ... .En caso de tercerización, se debe contar con 3 (tres) centros como mínimo.

CONSULTA: En virtud del punto previsto en AC, entendemos que los sanatorios de NIVEL 3 podrán ser tercerizados en su totalidad.-

Respuesta: Correcto podrán ser tercerizados en su totalidad.-

13.- Pág. 23: 3.2.11 CENTROS ASISTENCIALES DEL INTERIOR. 3.2.11.1 Coberturas para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos en las mismas condiciones del contrato... ..
CONSULTA: Entendemos que en este requerimiento se ha tomado en cuenta que las condiciones y capacidad de infraestructura en las ciudades del interior es diferente a los de la Capital y Gran Asunción, por lo que la prestación estaría dada conforme a la capacidad e infraestructura disponible.-

Respuesta: Todas las cabeceras departamentales y muchas ciudades tienen profesionales médicos para consultas e internaciones, laboratorios de análisis y centro de imágenes que la PRESTADORA DE SERVICIOS debe presentar en su propuesta.

LIC. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

14.- Pág.23: 3.2.11.3 LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá presentar como mínimo un médico de cada especialidad (Clínico, Cardiólogo, Cirugía general, Pediatra, Ginecólogo, Traumatólogo,) en las ciudades mencionadas más arriba, presentando a LA CAJA el listado de dichos profesionales en convenio.

CONSULTA: Entendemos que en este requerimiento se ha tomado en cuenta que no en todas las localidades se cuentan con profesionales de todas las localidades, por lo que la Prestadora celebra convenio con instituciones sanatoriales que cuentan con profesionales de diferentes especialidades. Por ello entendemos que es factible presentar la lista de instituciones sanatoriales/clínicas con las que poseen convenio en donde el beneficiario podrá acudir a consultar los distintos especialistas requeridos.-

Respuesta: **Se debe presentar la lista de profesionales médicos por especialidades que se dispone en las cabeceras departamentales y las ciudades solicitadas, que la PRESTADORA DE SERVICIOS tiene en convenio y ofrece a los Jubilados y Pensionadas.**

15.- 25. Pág.23/24/25: 3.3. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (ADULYOS Y NIÑOS)

7. Medicamentos y descartables, ... LOS EXCEDENTES DEL MONTO DE LA COBERTURA MEDICAS SERAN CUBIERTOS POR LA REASEGURADORA.

8. En ningún caso se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario cuando el servicio corresponde a internación de terapia intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar la línea de crédito del paciente. El EXCEDENTE DE COBERTURA MEDICA SERA CUBIERTO POR LA REASEGURADORA.

3.6.2.8. Los medicamentos y descartables utilizados en los procedimientos de urgencias serán de cobertura total en el Sanatorio indicado por LA PRESTADORA DE SERVICIOS. En otros servicios en convenio con LA PRESTADORA DE SERVICIOS tendrán una cobertura hasta un tope de Gs. 500.000 (quinientos mil Guaraníes) por evento. No incluye medicamentos ni descartables de receta ambulatoria ni de uso continuo. El EXCEDENTE DE COBERTURA SERA CUBIERTO POR LA REASEGURADORA.

3.6.2.9. Los medicamentos y descartables utilizados en los procedimientos ambulatorios tendrán una cobertura hasta un tope de Gs. 500.000 (quinientos mil). El EXCEDENTE DE COBERTURA SERA CUBIERTO POR LA REASEGURADORA.

CONSULTA: Siendo que la oferente/prestadora de servicios/adjudicada es la que brindará la cobertura médica requerida por el beneficiario, no tiene ni puede tener la potestad de exigir depósito o firma de documentación alguna al momento del ingreso del paciente en una institución sanatorial. Y las instituciones sanatoriales son empresas distintas a la oferente/prestadora de servicios/adjudicada, por lo que ésta no puede tener injerencia respecto a cuestiones administrativas tendientes al cobro por los servicios que presta y que no tendrán cobertura. Cómo debe interpretarse el alcance de esta exigencia? La CAJA será responsable de gestionar el pago de los excedentes en caso de que el beneficiario no abone los excedentes y/o se niegue a la firma de la documentación de su deuda? En caso de ser la REASEGURADORA la que abonará los excedentes, como se documentará ese compromiso?

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

Respuesta: El mecanismo a ser implementado es similar al aclarado en el Item 2.4. INTERNACIONES, punto 2.4.6.; luego de ser verificada por la Unidad de Servicios Médicos y la Auditoria Medica de la Caja. Desde el momento que la CAJA BANCARIA menciona dentro de la licitación la citada cobertura a través de una reaseguradora creo que ya está hecho el compromiso en forma tácita.

16.- Pag.24: 3.5. MEDICAMENTOS Y/O MATERIALES DESCARTABLES: Los precios de los medicamentos facturados no podrán ser superiores a lo indicado por el MSPBS, los cuales serán considerados por las auditorías médicas en el control de las facturaciones emitidas por la Prestadora. Para los casos que no figuren en el listado del MSPBS, los precios de medicamentos no podrán ser superiores a los precios ofertados en las farmacias de plaza.

En caso de que el paciente cuente con seguro del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, la PRESTADORA podrá autorizar el ingreso de medicamentos mediante el convenio respectivo entre el paciente y el Instituto de Previsión Social (IPS).

CONSULTA: Respecto de los medicamentos, entendemos que los mismos no deben ser superiores al monto establecido por el libro KAIROS. Ahora bien, en relación a los materiales descartables, al no estar regidos los parámetros máximos respecto de los precios de los materiales descartables y desechables por ninguna entidad contralor; entendemos que los mismos se deberán regir de acuerdo con la libre competencia, no siendo las farmacias de plaza o los comercio del ramo los que determinen sus valores, ya que entre uno y otro existen diferencias comerciales. Es correcta esta interpretación?
Respuesta: **Correctamente interpretado.**

17.- Pag.28: Anexo CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS ALTA COMPLEJIDAD. Comprende: Todas las cirugías neurológicas centrales y periféricas; Cardiocirugía, valvuloplastia, reemplazo valvular y by-pass coronario; vascular periférico… … … … … … … .Todas estas cirugías son de carácter enunciativo y no taxativo

CONSULTA: Al no tener un listado detallado de cirugías cubiertas por el Anexo CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS ALTA COMPLEJIDAD, entendemos que la cobertura estará condicionada por la complejidad del acto médico y no por la especialidad del cirujano?? Es correcta esta interpretación?

Respuesta: **No es correcta vuestra interpretación, ya que Todos los ítems tanto por la Complejidad del acto médico como por la especialidad del cirujano deben estar cubiertas, ya que se menciona "todas estas cirugías son de carácter enunciativo y no taxativo" y los medicamentos y descartable hasta el monto mencionado en este apartado. (Anexo CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS ALTA COMPLEJIDAD)**

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO