



ETP - LEI 14.133/2021 - RES. 587/2023 - TRF3 (11183302)

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR - ETP - LEI 14.133/2021

1. Descrição da necessidade da contratação e justificativa - ITEM OBRIGATÓRIO

Faz-se necessária a contratação de empresa (pessoa jurídica), especializada na prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, por meio de plano de saúde, destinados aos magistrados e servidores, ativos e inativos, aos respectivos dependentes, agregados e pensionistas, da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, contemplando o Programa de Benefícios e Assistência Social - Pró-Social, regulamentado pela Instrução Normativa 38-03 do Conselho da Administração do TRF da 3a. Região e suas atualizações, visando a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças,

Esta contratação está em conformidade com a Resolução CNJ 294/2019 e suas atualizações, que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário e com a Resolução CNJ no 207/15 e suas atualizações, que institui a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário e a Resolução CJF 02/2008 que regulamenta os benefícios do plano de seguridade social da Lei 8.112/1990.

Considerando o vencimento improrrogável do contrato atualmente vigente, a ocorrer em 08/10/2024, a presente contratação visa proporcionar, sem solução de continuidade, a garantia de acesso a serviços privados de assistência à saúde aos senhores(as) juízes(as), servidores(as) e grupos familiares, considerando autorização legal (art. 230 da Lei 8.112/1990 e art. 5º, II, da Resolução 207/2015 do CNJ) e disponibilidade orçamentária.

O objetivo da contratação é viabilizar assistência à saúde aos magistrados, servidores, seus dependentes, agregados e pensionistas, por meio de plano privado, nos termos da legislação de regência.

Dispõe a Lei 8.112/1990:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento". (Redação dada pela Lei nº 11.302 de 2006)

Verifica-se, ainda, o alinhamento da contratação aos planos do órgão diante:

1) da importância da promoção e preservação da saúde de magistrados e servidores para o alcance dos macrodesafios estabelecidos na Estratégia Nacional do Poder Judiciário para o sexênio 2021-2026, a teor da Resolução CNJ 325, 29 de junho de 2020 e;

2) da responsabilidade da instituição pela promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças de seus membros e servidores (Resolução nº 207/2015-CNJ).

2. Requisitos da contratação - ITEM OBRIGATÓRIO

1. A presente contratação alinha-se ao Plano Anual de Contratações (PAC) 2024, linha 85 (doc SEI 10580225).

2. A contratação tem por objeto a prestação de serviços:

Assistência à saúde, por intermédio de Pessoa Jurídica na forma do inciso de I do art.1º e incisos de I a III do art. 12º. da Lei 9.656/98, e suas atualizações, e normativas atualizadas da ANS, no segmento Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, incluindo, dentre outros, exames, consultas, tratamentos, procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos, de acordo com as seguintes categorias de plano:

a) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **Abrangência Nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

b) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência Estadual**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **abrangendo todas as cidades do Estado do Mato Grosso do Sul, admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos, de baixa e média complexidade, e limitada ao valor máximo de R\$ 189,54 (cento e oitenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante

3. A precificação será em função da categoria de serviços ofertados para cada plano.

4. A contratada deverá oferecer e garantir, no mínimo, a cobertura para todos os itens constantes na última edição do Rol da ANS e suas atualizações para ambos os planos.

5. As exclusões da cobertura assistencial compreendem aquelas previstas no artigo 17, da Resolução Normativa nr. 465/2021 da ANS, e suas atualizações.

2.1 DA REDE DE ATENDIMENTO

2.1.1. Os serviços serão prestados pela rede assistencial da operadora ou seguradora, que compreende a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado, incluindo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de imagem, serviços de diagnóstico por imagem e prontos-socorros.

2.1.2. A contratada deverá disponibilizar no mínimo consultas médicas nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Coxim, Naviraí e Ponta Porã).

2.1.2.1 A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a laboratórios de análises clínicas, recursos hospitalares que disponham de pronto-socorro com atendimento 24 horas por dia e centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos de, no mínimo, baixa e média complexidade, além de clínicas de fisioterapia e psicologia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul (Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Naviraí, Ponta Porã e Três Lagoas).

2.1.2.2. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços especializados em atendimento obstétrico, pronto socorro infantil, hemoterapia, unidade de terapia intensiva, hemodiálise e tratamento oncológico nas cidades de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

2.1.2.3. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços hospitalares de alta complexidade e unidade de terapia intensiva infantil e neonatal nas cidades de Campo Grande e Dourados-MS.

2.1.3 Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora/seguradora deverá garantir o atendimento nos termos e prazos fixados na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e atualizações.

2.1.4 A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação a contratante, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

2.2 DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

2.2.1 Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo plano indicado acima, são aqueles constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, nos termos do art. 14 da RN ANS nº 465/2021, a cobertura relacionada ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, visando assistência clínica e cirúrgica, eletiva, de urgência e emergência, por intermédio de profissionais, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia próprios, credenciados ou cooperados, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção das doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos e condições ajustados, exclusivamente na área de abrangência contratada. O plano compreende os segmentos **ambulatorial, hospitalar e obstetrícia**.

2.2.2 Não haverá coparticipação nas internações, inclusive psiquiátricas.

2.2.3 Todas as internações devem ser realizadas em apartamentos, com quarto privativo, ressalvadas as hipóteses do local não dispor da acomodação contratada, o qual fica garantido o atendimento mesmo em outra acomodação.

2.2.4. **Da cobertura à saúde mental** – transtornos psiquiátricos:

2.2.4.1. O plano também deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS Nº 465/2021 e nos termos do art. 12 da Lei nº 9656/98, com alterações e demais normativas expedidas pela ANS e demais órgãos competentes. A cobertura deve abranger todos os atendimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, compreendendo:

2.2.4.1.1. Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos ;

2.2.4.1.2. Custeio integral de de internação em hospital geral para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

2.2.4.1.3. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos, consoante o parágrafo primeiro do art. 10º da RN ANS nº 465/2021.

2.3 DA COBERTURA RELACIONADA A REMOÇÕES E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

2.3.1 Remoções entre domicílio do beneficiário e rede credenciada hospitalar, e vice-versa, apenas em situações de urgência ou emergência em pacientes com regime de Internação Domiciliar (*Home Care*), e com a devida indicação médica;

2.3.2. Seguindo o Rol da ANS, remoção inter-hospitalar, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

2.3.3 *Home Care* - A cobertura da internação domiciliar (*Home Care*) poderá ser ofertada de acordo com a indicação do médico assistente, mas obedecendo prioritariamente os critérios técnicos de elegibilidade (escore NEAD e/ou similares), e compreenderá diferentes níveis de complexidade de atendimento, a saber:

2.3.3.1 *Home Care* de alta complexidade, que consiste no atendimento domiciliar aos pacientes hospitalares estáveis, mas com alta demanda de cuidados de enfermagem, como, por exemplo, ventilação mecânica, aspirações frequentes de vias aéreas e manejo de ventiladores. Nesta modalidade, a cobertura poderá incluir materiais, medicamentos, equipamentos e assistência de enfermagem 24 horas, com os critérios de elegibilidade acima descritos, bem como visitas médicas e de enfermagem, atendimento regular de fisioterapia e, quando indicado, atendimentos de fonoaudiologia.

2.3.3.2. *Home Care* no formato de assistência domiciliar, que pode englobar:

a) Suporte intensivo de reabilitação, contemplando fisioterapia motora e/ou respiratória, e/ou fonoterapia domiciliar, em casos de média ou baixa complexidade de cuidados, desde que presentes os critérios de elegibilidade acima descritos, e comprovação da necessidade do atendimento estritamente domiciliar;

b) Situação de desospitalização, quando da necessidade de terapias endovenosas prolongadas.

c) Nestas modalidades dos itens “i” e “ii”, a assistência de enfermagem não é obrigatória, ou quando necessária, apenas em períodos curtos de tempo.

Não está prevista a oferta de cuidadores ou profissional de enfermagem para pacientes, ainda que acamados ou incapacitados, quando os procedimentos não exigirem atendimento de enfermagem especializado, bem como visitas médicas de especialistas, psicoterapia ou psiquiatria. São da responsabilidade dos cuidadores, os procedimentos, tais como: banhos; auxílio à deambulação e mobilização no leito; administração de medicamentos por via oral; alimentação por via oral, por sonda nasogástrica, nasointestinal ou gastrostomia, e realização de curativos simples, entre outros.

2.4 DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E EXCLUSÃO

2.4.1 São usuários do Plano de Saúde os/as Juizes/as e Servidores/as da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, e seus respectivos dependentes e agregados, sendo:

2.4.1.1 Beneficiários titulares, sem limite de idade, para os Planos A e B:

a) Magistrados ativos e inativos;

b) Servidores ativos e inativos, inclusive os removidos, cedidos e requisitados;

c) Comissionados sem vínculo;

d) Pensionistas, com direito limitado à sua pessoa.

2.4.1.2 Beneficiários dependentes, para os Planos A e B:

a) Cônjuge ou companheiro(a), que comprove união estável com o beneficiário titular, inclusive para os casos de união homoafetiva;

b) Filhos(as) e enteados (as) menores de 21 anos ou inválidos;

c) Filhos e enteados entre 21 e 24 anos, solteiros, dependentes financeiramente do titular e cursando ensino superior;

d) Menor de 21 anos sob guarda judicial ou tutela do beneficiário titular.

2.4.1.3 Agregados aos beneficiários titulares para os Planos A e B:

a) Pai e mãe, inclusive os adotantes (carteira residual);

b) Padrasto e madrasta (carteira residual);

c) Curatelados;

d) Irmã(o)s inválido(a)s permanentes, desde que assim declarado por laudo médico pericial e que dependam financeiramente do beneficiário titular;

e) Filho ou enteado, acima de 21 anos, quando não estiver cursando o ensino superior, ou acima de 24 anos, até o limite de 40 anos.

2.4.1.3.1 A inscrição dos agregados na carteira atual deverá ser realizada no Pró-social e na contratada.

2.4.1.3.2 Não serão permitidas novas adesões às classes de beneficiários agregados constantes nos itens "a" e "b", por tratar-se de carteira residual.

2.4.1.3.2.1 A carteira residual é composta pelos beneficiários "pai, mãe, padrasto e madrasta" constantes dos itens "a" e "b", cadastrados como agregados no Pró-Social até setembro/2024.

2.4.1.3.3 Os beneficiários titulares responderão pela integralidade do pagamento dos beneficiários agregados.

2.4.2 Cessarão os direitos de utilização do Plano, nos seguintes casos:

2.4.2.1 Aos beneficiários titulares, quando:

a) solicitado pelo próprio beneficiário titular;

b) à disposição de outro órgão, sem ônus para a JFMS;

c) exonerado ou demitido;

- d) exonerado ou destituído do cargo em comissão de investidura originária;
- e) retornar ao órgão de origem do servidor requisitado ou à disposição;
- f) houver perda da qualidade de beneficiário da pensão;
- g) em licença ou afastamento sem remuneração, que não tenha optado pela manutenção do vínculo com o Plano de Seguridade Social do Servidor Público – PSSS, na forma do art. 183, § 3º, da Lei nº 8.112/90.
- h) desfrutar de benefício igual ou equivalente, custeado pelos cofres públicos, ainda que como dependente beneficiário, decorrente de relação funcional ou empregatícia com outro órgão, assegurado o prévio exercício do direito de opção.

2.4.2.2 Aos seus dependentes:

- a) nas hipóteses do item anterior;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) por óbito do beneficiário titular, quando o dependente passa à categoria de titular, quando declarado pensionista, com direito exclusivo à sua pessoa;
- d) quando desfrutar de benefício igual ou equivalente, custeado pelos cofres públicos, ou quando já possuir a qualidade de beneficiário decorrente de relação funcional ou empregatícia em outro órgão, assegurado o prévio exercício do direito de opção;
- e) para o cônjuge, pela separação judicial, divórcio ou anulação do casamento, não podendo ser oferecido a título de pensão para ex-cônjuge. O beneficiário titular poderá incluir apenas um cônjuge/companheiro;
- f) para o(a) companheiro(a), com a dissolução da união estável;
- g) para os(as) filhos(as), enteados(as), ou tutelados(as), ao completarem 21 anos;
- h) para os filhos e enteados entre 21 e 24 anos, ao completarem 24 anos, ao cessar a condição de estudantes, ou de dependentes econômicos, ou pelo casamento;
- i) para o menor sob guarda, pela cessação da dependência econômica, tutela ou guarda, ou quando atingirem a maioridade;
- j) para os dependentes inválidos em geral, pela cessação da condição de invalidez.

2.4.2.3 Aos agregados:

- a) nas hipóteses contempladas no subitem 2.4.2.1;
- b) pelo falecimento do beneficiário titular, a não ser que designados pensionistas, de acordo com o assentamento funcional;
- c) pela perda da condição de curatelado;
- d) para irmãos inválidos, pela perda da condição de invalidez;
- e) aos filhos ou enteados ao completarem 40 (quarenta) anos de idade.

2.4.3 Os dependentes e agregados estão vinculados ao mesmo Plano do beneficiário titular para efeito de inclusão nos Planos contratados.

2.4.4 Nos casos de cessação do direito por idade, a cobertura deverá ser oferecida até o último dia do mês de aniversário.

2.5. Compras compartilhadas. Avaliar o cabimento.

Em atendimento ao Art.19 da Resolução CNJ nº 347/2020, foi elaborado em 2023 o Plano de Contratações Compartilhadas Anual de 2024 do TRF3, conforme link CJF

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJjoIZTcyMjU4NzYtZWU4NC00MWVmlWI3OGEtZjY0YmIyZGZkZDE3IiwidCI6IjQ1NjM1N2JmLTAxMmYtNDhhNy1iYTNhLTUwODUzMTRjNjA3YiJ9&>

na qual **não há** Previsão de Ata de Registro de Preços para plano de saúde, no âmbito das contratações disponíveis no Judiciário Federal.

Os serviços são específicos, o que poderia gerar dificuldade de contratação compartilhada.

Não é o caso de SRP, pois a quantidade é pré-determinada. Ademais, é inviável administrativamente realizar SRP, em razão da escassez de pessoal para gerir uma ata de registros de preços.

2.6. Sustentabilidade. Indicar quais os critérios de sustentabilidade devem ser atendidos, se houver.

Sustentabilidade econômica - Preferência na contratação de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte, com fulcro na Lei Complementar 123/2006

Sustentabilidade ambiental - Tendo em vista a natureza da contratação, poucos parâmetros podem ser exigidos. No entanto, optou-se pela liberação da empresa para que não entregue manuais impressos, apresentando as informações e recursos credenciados apenas online. Isto permite menor utilização de recursos naturais, maior vida útil, tendo em vista a rotatividade constante da rede de credenciados e geração de menor volume de resíduos.

2.7. Definir e justificar se a contratação é de natureza contínua ou não.

O serviço é de natureza continuada, dada a necessidade perene de sua disponibilidade para os beneficiários em qualquer momento. Ele está intrinsecamente ligado ao pronto atendimento à saúde e ao bem-estar dos usuários. Sua interrupção pode comprometer a realização da missão institucional, uma vez que se trata da contratação de serviços para os quais não há pessoal disponível no quadro funcional para executá-los.

2.8. Indicação de marcas ou modelos: Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

2.9. Vedação de contratação de marca/produto: Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

2.10. Exigência de amostra, exame de conformidade ou prova de conceito: Avaliar a necessidade.

Não se aplica.

2.11. Exigência de carta de solidariedade: Avaliar a necessidade.

Não se aplica.

2.12. Exigência de garantia, manutenção e assistência técnica. Avaliar a necessidade.

Não se aplica.

2.13. Prazo de validade, a depender do objeto: Avaliar o cabimento. No caso de produtos perecíveis, o prazo de validade na data da entrega não poderá ser inferior a (.....) (dias ou meses ou anos), ou a (metade, um terço, dois terços etc.) do prazo total recomendado pelo fabricante.

Não se aplica.

2.14. Vistoria. Avaliar a necessidade.

Não se aplica.

2.15. Garantia de execução. Avaliar a necessidade.

Não será exigida garantia de execução tendo em vista os seguintes motivos:

JUSTIFICATIVA PARA A DISPENSA DE GARANTIA

Histórico de Conformidade e Solidez Financeira

a) Natureza do Serviço Prestado: A prestação de serviços de saúde difere significativamente da execução de obras ou fornecimento de bens. A relação contratual com operadoras de plano de saúde envolve a prestação contínua de serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais, cuja interrupção pode resultar em sérios prejuízos à saúde dos

beneficiários.

b) Regulação e Fiscalização: As operadoras de planos de saúde estão sujeitas à regulação e fiscalização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que proporciona um nível adicional de segurança quanto ao cumprimento das obrigações contratuais. A ANS monitora constantemente a situação financeira e operacional dessas empresas, garantindo que cumpram com os requisitos necessários para operar.

c) Risco de Descontinuidade: A exigência de garantia de execução pode representar um custo adicional significativo para as operadoras, o que pode desestimular a participação de empresas qualificadas em processos licitatórios. Isso pode limitar a competitividade e reduzir as opções de escolha para a administração pública, potencialmente resultando na descontinuidade ou comprometimento da qualidade dos serviços prestados.

d) Impacto na Assistência Médica: A exigência de garantias pode ser repassada aos contratantes por meio de aumentos nos custos dos planos de saúde, onerando ainda mais os cofres públicos. Além disso, em caso de execução da garantia, a substituição imediata da operadora não é uma tarefa simples, podendo acarretar prejuízos à assistência médica contínua dos beneficiários.

e) Histórico e Confiabilidade: A seleção de operadoras de plano de saúde geralmente é feita com base em critérios rigorosos de qualificação técnica e experiência. As operadoras contratadas têm, em sua maioria, um histórico comprovado de prestação de serviços de saúde, o que reduz significativamente o risco de inadimplência ou descumprimento contratual.

Diante dos argumentos apresentados, entende-se que a exigência de garantia de execução nos contratos com operadoras de plano de saúde pode ser dispensada, uma vez que as peculiaridades inerentes a esse tipo de serviço e a regulação existente fornecem salvaguardas suficientes para a proteção dos interesses da administração pública e dos beneficiários do plano de saúde.

2.16. Subcontratação: Avaliar o cabimento.

Não cabível na presente contratação.

2.17. Utilização de mão de obra, materiais, tecnologias e matérias-primas existentes no local da execução, conservação e operação do bem, serviço ou obra. Avaliar a possibilidade.

Não cabível na presente contratação.

2.18. Aplicação de margem de preferência. Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

2.19. Utilização do BIM - Building Information Modelling (Modelagem da Informação da Construção). Avaliar a utilização.

Não se aplica.

2.20. Elaboração ou não do projeto executivo no caso de obras e serviços de engenharia.

Não se aplica.

2.21. Participação na disputa

I - Participação de pessoas físicas.

Não há possibilidade de participação de pessoas físicas, com fulcro no art. 4º, caput, da IN SEGES/ME n.º 116/2021:

Art. 4º Os editais ou os avisos de contratação direta deverão possibilitar a contratação das pessoas físicas de que trata o art. 2º, em observância aos objetivos da isonomia e da justa competição.

Parágrafo único. Não se aplica o disposto no **caput** quando a contratação exigir capital social mínimo e estrutura mínima, com equipamentos, instalações e equipe de profissionais ou corpo técnico para a execução do objeto incompatíveis com a natureza profissional da pessoa física, conforme demonstrado em estudo técnico preliminar.

Considerando a quantidade de profissionais necessários para atendimento do objeto e as exigências para contratação (qualificação econômico-financeira e técnica), é inviável a participação de pessoa física.

II - Participação de ME/EPP/Equiparadas

Em razão do valor, a contratação não será exclusiva para ME/EPP, mas será garantida a preferência na contratação, com fulcro na Lei Complementar nº 123/2006

III - Participação de cooperativas. A vedação à participação de cooperativas deve ser justificada no ETP.

As cooperativas poderão participar da licitação.

IV - Participação de consórcios. Apresentar justificativa para a vedação ou para a admissão, observados os arts. 15 e 18, IX, da Lei n.º 14.133/2021.

A Lei 14.133/2021 consagra, como regra geral, a admissibilidade da participação de consórcios.

Considerando que não há óbice para participação de Consórcio, será admitida.

2.22. Forma de seleção do fornecedor

A) Seleção do fornecedor mediante contratação direta.

Não se aplica.

B) Seleção do fornecedor mediante licitação.

B.1. Forma de realização da licitação na forma presencial. Cabimento excepcional.

Será realizado pregão eletrônico.

B.2. Indicar motivadamente a natureza do objeto e a modalidade de licitação respectiva. Em caso de utilização do SRP, avaliar em conjunto com as orientações da alínea C na sequência.

Trata-se de serviço comum relacionado à área da saúde, cuja prestação é fortemente regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Existe legislação específica que regulamenta a saúde suplementar, tabelas próprias para as diversas demandas, resoluções dos conselhos de classe e critérios de qualidade para hospitais e laboratórios, além da acreditação de vários recursos.

Será obrigatória a adoção da modalidade pregão quando o bem ou o serviço, inclusive de engenharia, for considerado "comum", conforme análise empreendida pela área requisitante ou área técnica. Assim, a modalidade a ser adotada é o pregão.

B.3. Indicar e justificar o critério de julgamento da licitação

Segundo Art. 6º, inciso XLI, da lei 14.133/21:

XXI - pregão: modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o **demenor preço ou o de maior desconto**;

O critério de aceitabilidade baseado no maior desconto é admitido apenas excepcionalmente, nos casos em que: a) a Administração não tiver condições de definir quais serão os objetos e respectivos quantitativos, a exemplo do que ocorre na contratação de peças para veículos e equipamentos em geral; e b) os particulares atuam na condição de intermediários, sem poder para compor preços dos produtos que repassam à Administração Pública contratante, dependendo, para se diferenciar competitivamente, de descontos incidentes sobre as comissões recebidas pelas vendas efetuadas, a exemplo das contratações de vales refeição, alimentação e combustível e, também, passagens aéreas. (Orientação formulada em discussões realizadas pelo Núcleo Zênite de Pesquisa e Desenvolvimento.) (disponível em <https://www.zenitefacil.com.br/pesquisaCliente>, acessado em 31/08/2023).

Como a presente contratação não se refere a nenhuma das hipóteses acima, o critério de julgamento adotado será o de menor preço.

II - Critério de julgamento melhor técnica ou conteúdo artístico:

Não se aplica.

III - Critério de julgamento por técnica e preço:

Não se aplica.

IV - Critério de julgamento por maior retorno econômico:

Não se aplica.

V - Maior lance, no caso da modalidade de licitação leilão.

Não se aplica.

B.4. Indicar e justificar o modo de disputa: Modo de disputa aberto, Modo de disputa aberto e fechado e Modo de disputa fechado e aberto.

Por se tratar de licitação em grupo único, formado por tão somente 2 (dois) itens, será utilizado o modo de disputa "aberto", em que o prolongamento da disputa poderá resultar em preços mais vantajosos.

B.4.1. Indicar e justificar o intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta, e será estabelecido em qualquer dos modos de disputa.

Considerando que os lances deverão ser ofertados pelos valores unitários (mensais), sugerimos o intervalo mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por item.

B.5. Exigência de planilhas com indicação dos quantitativos e dos custos unitários, bem como com o detalhamento das Bonificações e Despesas Indiretas (BDI) e dos Encargos Sociais (ES), quando for o caso. Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

B.6. Elaboração do cronograma físico-financeiro. Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

B.7. Inversão das fases de habilitação e de julgamento das propostas. Avaliar custo-benefício da medida.

Não foi evidenciada vantagem na inversão de fases.

B.8. Indicar e justificar o critério de adjudicação da contratação

A licitação será realizada em grupo único, formados por 2 (dois) itens, conforme justificativa constante do item 7 deste ETP.

C) Indicar e justificar a adoção ou não do Sistema de Registro de Preços - SRP.

Não será adotado o SRP, pois o plano é específico para necessidade cada órgão.

Além disso, é inviável administrativamente realizar SRP, em razão da escassez de pessoal para gerir uma ata de registros de preços.

2.23. Garantia de proposta. Avaliar a necessidade.

Não é necessária tal exigência.

2.24. Critérios de seleção do fornecedor

A) Critério de aceitabilidade dos preços

Não serão aceitos preços superiores aos estimados.

B) Exigências de habilitação

B-1) Habilitação Técnica - Necessidade de adequação e justificativa técnica.

a) Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

b) Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul;

c) Comprovação de que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,65, para todos os planos. Será aceita a comprovação documental oficial da classificação, ou a pesquisa na página da ANS. Considerando que o IDSS é um índice oficial da ANS e um indicador de qualidade que leva em consideração diversos aspectos importantes tais como: a qualidade em atenção à saúde, a garantia de acesso, a sustentabilidade no mercado e a gestão e regulação, a exigência de um indicador mínimo desse índice corresponde à necessidade de se garantir que a operadora que venha a ganhar o certame tenha padrões mínimos de qualidade e sustentabilidade do plano.

d) Atestado(s) de capacidade técnica, que comprove(m) estar executando ou ter executado, a contento, serviços compatíveis em características, quantidades e prazos, indicando a prestação de serviços de plano ou seguro privado de assistência médica emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, para, no mínimo 50% (cinquenta por cento) do total estimado de beneficiários dos planos A e B;

e) Antes da assinatura do Termo de Contrato, será exigido da Licitante vencedora:

e1) Para cada plano, comprovação do registro do(s) produto(s), em vigor, oferecido(s) na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

e2) Na impossibilidade de apresentação do documento de inscrição definitiva até o dia da assinatura do contrato, a LICITANTE vencedora deverá apresentar o protocolo de sua solicitação e justificar o fato para análise e deliberações do CONTRATANTE.

B-2) Habilitação econômico-financeira - Necessidade de adequação e justificativa técnica.

Considerando que a contratação não foi enquadrada como de menor complexidade; que o valor global da contratação é bastante expressivo; que se trata de um contrato de duração continuada; e que o objeto em questão é essencial aos magistrados e servidores, ativos e inativos, aos respectivos dependentes, agregados e pensionistas, da JFMS, serão exigidos:

1. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante;

2. Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, comprovando:

2.1. Índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1 (um);

2.2. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura; e

2.3. Os documentos referidos acima limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

2.4. Os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital - ECD ao Sped.

2.5. É admissível o balanço intermediário, se decorrer de lei ou do contrato/estatuto social.

3. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido, para fins de habilitação, patrimônio líquido mínimo de 10% do valor total estimado da contratação.

4. Com fulcro no art. 15, § 1º, a Lei nº. 14.133/2021, no caso de consórcio, deverá ser apresentado:

4.1. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante, de cada consorciado;

4.2. Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, de cada consorciado, comprovando:

índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1,3 (um inteiro e três décimos), cujo resultado será apurado a partir do somatório dos valores constantes das demonstrações contábeis de cada consorciado;

4.3. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura; e

4.4. Os documentos referidos acima limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

4.5. Os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital - ECD ao Sped.

4.6. É admissível o balanço intermediário, se decorrer de lei ou do contrato/estatuto social.

5. Caso o consórcio apresente resultado inferior ou igual a 1,3 (um inteiro e três décimos) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação patrimônio líquido mínimo de 13% do valor total estimado da contratação, cujo percentual será apurado a partir do somatório dos valores constantes das demonstrações contábeis de cada consorciado.

6. No caso de consórcios compostos, em sua totalidade, de microempresas e pequenas empresas, serão exigidos os mesmos percentuais estabelecidos para os licitantes individuais (art. 15, § 2º, a Lei nº. 14.133/2021).

2.25. Formalização e prazo de duração/vigência do contrato

O instrumento para formalizar o ajuste será o termo de contrato.

O contrato terá uma vigência inicial de 30 (trinta) meses, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 120 (cento e vinte) meses. A escolha por um contrato inicial de 30 meses é justificada pela complexidade da contratação em si e pela necessidade de manutenção dos serviços. Essa decisão está alinhada aos princípios de eficiência e economicidade, pois permite a redução de retrabalhos que poderiam surgir com prorrogações de menor duração. Manter a mesma empresa contratada por um período mais longo também traz vantagens para a fiscalização, desde que todas as condições contratuais sejam atendidas. No entanto, essa sugestão equilibra-se com a possibilidade de uma nova avaliação no mercado ao final desse período, garantindo uma avaliação contínua das condições do plano de saúde.

Em relação ao prazo definido na presente contratação, a medida justifica-se também pelo efetivo interesse da Administração, para a consecução de primados que norteiam a melhor prática, vantagens e efetividade do interesse público. Nesse passo, destacam-se os seguintes pontos: (01) pela orientação definida em entendimento do TCU [TC 006.156/2011-8 / AC-1214-17/13-P], em que restou exarado que prazos maiores em relação a contratos geram mais estabilidade ao negócio, porquanto proporcionam maior segurança às empresas para ofertar seus preços, gerando maior concorrência entre elas, consequentemente, melhorando a qualidade do serviço e, por corolário, vantagens para a Administração em dois aspectos fundamentais: a vantagem econômica e a prestação de serviço mais qualificado; (02) a busca, além das considerações expendidas no item anterior, pela imprescindível adequação entre a realidade de estrutura e recursos humanos, bem como as necessidades operacionais da máquina administrativa no âmbito da SJMS, em face dos procedimentos legais exigidos para o processo seletivo de contratação, como também para apurar aqueles exigidos nas prorrogações, envolvendo tempo, trabalho e recursos técnicos e humanos nem sempre disponíveis às unidades administrativas responsáveis por sua execução, fatores que impõem o racionamento de esforços e recursos para a Administração local. Em arremate, não se pode deixar de considerar, sobretudo, a natureza do serviço em apreço, a complexidade e a sua importância, como meio, para a prestação jurisdicional final, além da impossibilidade técnica, e racional, de se realizar o procedimento de doze em doze meses.

2.26. Definição do índice de reajuste.

2.26.1. Ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária de usuário, os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 01 (um) ano, nos termos dos §1º e o §3º, art. 2º, da Lei nº 10.192/01.

2.26.2. Não haverá reajuste anual automático de preços vinculado a qualquer índice setorial ou específico.

2.26.3. A cada período de 12 (doze) meses vigência do contrato será perscrutada a necessidade de revisão dos valores avençados.

2.26.3.1. Será admitido, no mês de aniversário do contrato, o reajuste dos preços convencionados quando a sinistralidade for calculada em percentual superior a 80% (oitenta por cento).

2.26.3.2 Incumbirá à contratada a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

2.26.3.3. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período, conforme a seguinte fórmula: $S = (DA-RC)/R$, onde:

S = Sinistralidade;

DA = Despesas Assistenciais;

RC = Recuperações de coparticipação;

R = Receitas.

2.26.3.4. Serão consideradas para o cálculo da sinistralidade como:

I) Despesas Assistenciais (DA): todos os dispêndios de utilização do plano de saúde, efetuados pelos beneficiários, entre eles, honorários médicos, insumos, procedimentos médicos, internações, taxas, medicamentos, etc, durante o período apurado, inclusive eventuais ressarcimentos realizados pela Operadora ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários do plano no serviço público;

II) Recuperações de Coparticipação (RC): o valor total de pagamentos de coparticipação efetuados por beneficiários do plano de saúde no período apurado;

III) Receitas (R): os valores relativos às mensalidades dos usuários remunerados à operadora do plano de saúde/seguradora por conta da prestação de serviço no período apurado.

2.26.3.5. Não será permitida a inclusão dos valores da PEONA (Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados) no cálculo da sinistralidade.

2.26.3.6. Atendido o critério estabelecido no item 2.26.3, o índice de reajuste a ser aplicado será apurado conforme a seguinte fórmula: $R = S/S_m$, onde:

R = índice de reajuste;

S = sinistralidade do período - 12 meses - apurada nos termos do item 2.26.3.2;

S_m = meta de sinistralidade - 80%.

2.26.3.7. Não serão aceitos percentuais de reajustes diferenciados entre as faixas etárias.

2.26.3.8. Os valores das mensalidades/tabela de preços para as novas adesões serão reajustados, na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo, independente da data de inclusão.

2.26.3.9. O encerramento do contrato ou sua prorrogação sem a formalização do pedido de reajuste acarretará a preclusão do direito ao reajuste.

2.27. Regime de fornecimento de bens. Regime de execução dos serviços

Regime de execução dos serviços: empreitada por preço unitário, pois se trata de serviço por preço certo de unidades determinadas.

2.28. Matriz de riscos. Análise, definição e distribuição dos riscos entre as partes contratantes, se for o caso.

Não foi elaborada a matriz de riscos, considerando que o contrato inclui cláusulas detalhadas que especificam as obrigações da operadora de plano de saúde, além de mecanismos de controle e fiscalização que asseguram o cumprimento dessas obrigações e o acompanhamento contínuo do desempenho da operadora, medidas suficientes para garantir a segurança e a qualidade dos serviços.

2.29. Instrumento de Medição de Resultados ou instrumento equivalente para avaliar a mensuração de resultados e/ou adequação do objeto prestado. Avaliar o cabimento.

A execução contratual será analisada conforme IMR que constará do Termo de Referência.

2.30. Remuneração variável do contratado. Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

2.31. Antecipação de pagamento. Avaliar o cabimento.

Não se aplica.

2.32. Contratação de serviços de manutenção e assistência técnica

Não se aplica.

2.33. Preposto.

A empresa deverá designar formalmente o preposto, conforme disposto no termo de referência

Não é o caso de exigir a manutenção do preposto da empresa no local da execução do objeto.

2.34. ETP - contratação com dedicação exclusiva de mão de obra.

Não se aplica.

2.35. ETP - contratação de obras e serviços de engenharia

Não se aplica.

Adesão a Ata de Registro de Preços - ARP. Avaliar a possibilidade.

Não há possibilidade, pois não foram encontradas ARP que atendem o objeto.

3. Levantamento de mercado - ITEM OBRIGATÓRIO APENAS NAS CONTRATAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE

Planos de saúde semelhantes são contratados por várias instituições públicas, como TRT 24ª, TRE/MS, TJ/MS, TRF3, SJSP e a própria SJMS.

O TRF3 e a SJSP possuem Plano de Saúde com a Unimed. Foram realizadas reuniões com a participação da área médica do tribunal, para análise e busca de uniformização dos parâmetros de acordo com as especificações regionais.

Fizemos contato com o TRT-MS (24ª Região), o TRE-MS, TJMS e o TCE-MS, solicitando informações quanto aos contratos de Plano de Saúde vigentes.

O TRT-MS, o TRE-MS e o TJMS informaram que mantêm contrato com a operadora Unimed Campo Grande-MS (atual contratada pela SJMS). Os documentos recebidos em resposta foram juntados aos autos sob protocolos de nº 10686338, 10686344 e 10686348.

O TCE-MS não retornou nossas solicitações.

Analisando-se os documentos supramencionados verifica-se que:

1) Apenas dois dos órgãos consultados possuem contratos para produto (plano de saúde) com abrangência nacional, entretanto é um plano com coparticipação em consultas;

2) Nenhum dos órgãos consultados possui contrato para produto Plano de saúde Nacional não coparticipativo;

3) Nenhum dos órgãos consultados possui contrato para produto Plano de Saúde Estadual.

Pesquisa com Fornecedores

Verificamos no mercado local as seguintes possibilidades:

- Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul - CASSEMS: Reunimo-nos com os representantes da CASSEMS, que fizeram uma breve apresentação sobre a operadora e nos informaram que não participam de processos licitatórios, pois são um plano de autogestão. Eles também esclareceram que não comercializam planos de saúde de abrangência nacional e não oferecem modalidades de planos diferenciados para atender às necessidades de cada órgão, disponibilizando apenas as modalidades já existentes.

- UNISAÚDEMS - Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul: Apesar de nacional, é fechada e exclusiva aos servidores do Estado de Mato Grosso do Sul., conforme estatuto (10686400)

- Bradesco Saúde: Não participa de processos licitatórios, conforme e-mail (10686372);

- HAPVIDA: Não se manifestou, apesar da solicitação via e-mail(10686361);

- UNIMED Campo Grande: Apresentou proposta conforme documento (10686412).

Portanto, a contratação de plano de saúde deve ocorrer por meio de licitação, permitindo a competição entre as empresas do ramo de plano de saúde, como tem sido feito com sucesso nesta SJMS por vários anos.

Modalidade: Pregão eletrônico

3.1 Detalhamento da análise das soluções

Solução 1:

Atualmente a SJMS possui contrato com empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos e inativos, seus respectivos dependentes e pensionistas, conforme processo SEI 0005313-40.2018.4.03.8002.

Nesta contratação, foram contratados os seguintes planos:

- AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **abrangência nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**.

- AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência em todo o Estado de Mato Grosso do Sul**, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**.

Para embasar a presente contratação, foi realizada pesquisa com os magistrados e servidores, ativos e inativos, acerca das expectativas referentes ao novo serviço a ser contratado, conforme Informação 10355570.

De posse dos dados da pesquisa e das cotações de preços realizadas, reuniram-se a Supervisora da Seção de Benefícios Sociais, a Supervisora da Seção de Planejamento da Contratação, a Diretora da DIGP e o Diretor da SADM e decidiu-se pela manutenção da contratação dos planos acima especificados.

Solução 2:

Alguns órgãos públicos optaram pela instituição do plano de autogestão, com custeio em parte obtido de associações de servidores e estrutura interna suficiente (mais de 30 servidores) para gestão desta solução (negociação com hospitais, laboratórios e demais credenciados), auditoria interna e externa, controle financeiro, entre outros.

Vantagens: Moldar um plano de saúde que esteja alinhado com as necessidades de todos os servidores

Desvantagens: Necessidade de uma quantidade razoável de pessoas para administração do plano. O órgão responsabiliza-se pela negociação com clínicas, hospitais, médicos, dentistas e outros profissionais da área da saúde.

3.2. Indicação e justificativas da escolha do tipo de solução a contratar

3.2.1. Nome da solução mais vantajosa, técnica e economicamente, dentre as analisadas.

3.2.2. Justificativa técnica e econômica da escolha.

Solução nº 1: Contratação de empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, de acordo com cada categoria de plano.

Justificativa da escolha:

I) Trata-se do modelo mais difundido no mercado, sendo que as contratadas são responsáveis pela negociação, intermediação e pagamento de profissionais, hospitais, laboratórios e demais recursos credenciados, cooperados ou referenciados, permitindo o gerenciamento do contrato por parte da Justiça Federal e garantindo

assistência à saúde de qualidade adequada.

II) A instituição de rede de autogestão é solução que demanda longo prazo e grandes investimentos em recursos humanos, inviável, portanto, na SJMS.

4. Descrição da solução como um todo, inclusive das exigências relacionadas à manutenção e à assistência técnica, quando for o caso, considerado todo o ciclo de vida do objeto - ITEM OBRIGATÓRIO APENAS NAS CONTRATAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE

Assistência à saúde, por intermédio de Pessoa Jurídica na forma do inciso de I, do art.1º, e dos incisos de I a III, do art. 12º, da Lei 9.656/98 e suas atualizações, e normativas atualizadas da ANS, no segmento Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, incluindo, dentre outros, exames, consultas, tratamentos, procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos, de acordo com as seguintes categorias de plano:

a) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **Abrangência Nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante.

b) AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência Estadual**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **abrangendo todas as cidades do Estado do Mato Grosso do Sul, admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos, de baixa e média complexidade, e limitada ao valor máximo de R\$ 189,54 (cento e oitenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), com acomodação para internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante

Importa dizer que não é aplicável ao objeto a análise do ciclo de vida.

5. Estimativa das quantidades para a contratação - ITEM OBRIGATÓRIO

Considerando que a presente contratação visa manter, sem interrupção, a disponibilização de serviços já existentes ao público-alvo, a demanda será estimada a partir da quantidade de beneficiários ativos no atual contrato de prestação de serviços, que são:

Plano Estadual	
Faixa Etária	Quantidade total de usuários por faixa etária
0-18	134
19-23	46
24-28	43
29-33	49
34-38	42
39-43	53
44-48	67
49-53	59
54-58	50
59 ou mais	146
Total:	689

Plano Nacional	
Faixa Etária	Quantidade total de usuários por faixa etária
0-18	101
19-23	11
24-28	13
29-33	33
34-38	43
39-43	49
44-48	36
49-53	28
54-58	27
59 ou mais	64
Total:	405

Os dados estimativos têm como base a distribuição atualizada em março/2024 dos beneficiários dos planos de saúde vigentes (estadual e nacional), não estando a Justiça Federal de Mato Grosso do Sul obrigada a manter qualquer quantitativo estabelecido, visto que a adesão é voluntária.

6. Estimativa do valor da contratação - ITEM OBRIGATÓRIO

Considerando a natureza específica e singular do objeto a ser licitado, bem como as circunstâncias particulares envolvidas, foi realizada pesquisa de mercado local, em que se verificou as seguintes possibilidades:

- Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul - CASSEMS;
- UNISAÚDEMS - Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul;
- Bradesco Saúde;
- HAPVIDA, e
- UNIMED Campo Grande

Tal pesquisa visou a obtenção de orçamentos para compor o valor estimado da licitação. Esta pesquisa incluiu o envio de e-mails às operadoras de plano de saúde, contudo, não foi possível obter respostas que permitissem a formação de uma média de preços de mercado, pois não houve manifestação da maior parte das empresas pesquisadas, conforme detalhado no item 3 (Levantamento de Mercado).

Adicionalmente, consultamos outros órgãos públicos (TRT 24ª, TRE/MS, TJ/MS, TRF3, SJSP), banco de preços (10687702) e painéis de referência de preços disponíveis (10687708), os quais corroboraram a dificuldade em encontrar parâmetros comparativos precisos, devido à singularidade do objeto em questão. Os contratos pesquisados junto a esses órgãos revelaram que, apesar da similaridade em termos gerais, o objeto específico não coincide integralmente com o que se pretende licitar, o que compromete a obtenção de uma média realista de preços.

Diante dessa situação, optamos pela adoção de um único preço para compor o valor estimado da licitação, o qual reflete o resultado das pesquisas realizadas e considera as características únicas do objeto a ser contratado. Ressaltamos que essa abordagem se pauta pela transparência e pela busca contínua pela eficiência na administração dos recursos públicos, garantindo a conformidade com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme preconizado pela legislação vigente, razão pela qual solicitamos a aprovação desta justificativa para a definição de um único preço como valor estimado da presente licitação.

O quantitativo a ser contratado refere-se à quantidade, atualizada até março/2024, de usuários inscritos no plano de saúde (magistrados e servidores, ativos e inativos, pensionistas e todos os seus dependentes), podendo haver variação no decurso do contrato.

A tabela a seguir apresenta os valores propostos para a contratação, diante dos estudos de mercado.

ESTADUAL COM COPART. EM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS

Faixa Etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	134	167,36	22.426,24	269.114,88	672.787,20
19-23	46	192,49	8.854,54	106.254,48	265.636,20
24-28	43	220,97	9.501,71	114.020,52	285.051,30
29-33	49	254,45	12.468,05	149.616,60	374.041,50
34-38	42	292,93	12.303,06	147.636,72	369.091,80
39-43	53	339,82	18.010,46	216.125,52	540.313,80
44-48	67	410,15	27.480,05	329.760,60	824.401,50
49-53	59	534,01	31.506,59	378.079,08	945.197,70
54-58	50	721,51	36.075,50	432.906,00	1.082.265,00
59 ou mais	146	1.002,73	146.398,58	1.756.782,96	4.391.957,40
Total:	689		325.024,78	3.900.297,36	9.750.743,40

NACIONAL SEM COPARTICIPAÇÃO

Faixa Etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	101	330,28	33.358,28	400.299,36	1.000.748,40
19-23	11	379,85	4.178,35	50.140,20	125.350,50
24-28	13	436,03	5.668,39	68.020,68	170.051,70
29-33	33	502,12	16.569,96	198.839,52	497.098,80
34-38	43	578,04	24.855,72	298.268,64	745.671,60
39-43	49	670,56	32.857,44	394.289,28	985.723,20
44-48	36	809,34	29.136,24	349.634,88	874.087,20
49-53	28	1.053,75	29.505,00	354.060,00	885.150,00
54-58	27	1.423,73	38.440,71	461.288,52	1.153.221,30
59 ou mais	64	1.978,67	126.634,88	1.519.618,56	3.799.046,40
Total:	405		341.204,97	4.094.459,64	10.236.149,10

Diante disso, estima-se o valor total da contratação (30 meses) em RS **19.986.892,50** (dezenove milhões, novecentos e oitenta e seis mil oitocentos e noventa e dois reais e cinquenta centavos).

6.1. Orçamento estimado sigiloso. Avaliar o cabimento.

Não será sigiloso.

7. Justificativa para o parcelamento ou não da contratação - ITEM OBRIGATÓRIO

A licitação será realizada em grupo único, formados por 2 (dois) itens, tendo em vista as seguintes justificativas:

a) Uniformidade do Serviço: A contratação de um único fornecedor para ambas as modalidades (estadual e nacional) garante uniformidade no serviço prestado. Todos os beneficiários terão acesso à mesma rede de atendimento e padrão de serviço, independentemente da modalidade escolhida;

b) Simplificação do Processo: Licitar em um único lote simplifica o processo de gestão e administração do contrato. Isso reduz a burocracia, facilita a fiscalização do cumprimento do contrato e diminui a complexidade administrativa associada à gestão de mais de um fornecedor;

c) Economias de Escala: A contratação de um único fornecedor pode resultar em melhores condições comerciais devido ao volume de beneficiários. Economias de escala podem levar a negociações mais vantajosas, resultando em preços mais competitivos;

d) Gestão de Relacionamento: Lidar com um único fornecedor facilita a gestão do relacionamento e a resolução de possíveis problemas. Isso evita a fragmentação da comunicação e agiliza a tomada de decisões e a implementação de soluções;

e) Consistência na Rede de Atendimento: Um único fornecedor garante consistência na rede de atendimento e na cobertura oferecida. Isso pode evitar problemas como discrepâncias entre redes de prestadores;

f) Controle e Monitoramento: Um único contrato facilita o controle e o monitoramento do desempenho do plano de saúde. Isso inclui verificações de conformidade e avaliações de qualidade, proporcionando uma visão mais clara e integrada da prestação do serviço;

g) Redução de Custos Administrativos: A gestão de um único contrato pode reduzir os custos administrativos associados à licitação, acompanhamento e fiscalização de múltiplos contratos;

h) Uniformidade de Condições Contratuais: Com um único fornecedor, todas as condições contratuais (cobertura, carências, atendimento, etc.) serão padronizadas, evitando disparidades que poderiam ocorrer caso houvesse diferentes contratos para modalidades estadual e nacional;

i) Mitigação de Riscos: A centralização do serviço em um único fornecedor pode mitigar riscos associados à falta de coordenação entre múltiplos prestadores, como diferenças na qualidade de atendimento.

8. Demonstrativo dos resultados pretendidos, em termos de economicidade e de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis - ITEM OBRIGATÓRIO APENAS NAS CONTRATAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE

A prestação de serviços de assistência à saúde, médico-hospitalar com obstetrícia, mediante contratação de operadora de planos de saúde, destinado aos magistrados e servidores, ativos ou inativos, seus respectivos dependentes e, ainda, os pensionistas da SJMS, através de contratação de plano de saúde, vislumbra a garantia de rede credenciada para atendimento com qualidade.

9. Providências a serem adotadas pela Administração previamente à celebração do contrato, tais como adaptações no ambiente do órgão ou da entidade, necessidade de obtenção de licenças, outorgas ou autorizações, capacitação de servidores ou de empregados para fiscalização e gestão contratual - ITEM OBRIGATÓRIO APENAS NAS CONTRATAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE

Considerando:

- a) a natureza do serviço: A contratação de planos de saúde estadual e nacional com uma operadora qualificada não requer adaptações significativas no ambiente do órgão ou da entidade, pois a prestação de serviços de saúde será realizada externamente pela operadora;
- b) a conformidade regulatória da operadora: A operadora de planos de saúde já possui todas as licenças, outorgas e autorizações necessárias para a operação, conforme as exigências regulatórias do setor de saúde suplementar. A responsabilidade pela conformidade legal e regulatória é da operadora, não exigindo nenhuma ação adicional da administração pública; e
- c) embora a equipe já possua experiência de atuação no contrato anterior, eventuais cursos, durante a execução contratual, na área de gestão ou auditoria de plano de saúde poderão otimizar a fiscalização.

Conclui-se que não há necessidade de providências adicionais por parte da administração previamente à celebração do contrato.

10. Descrição de possíveis impactos ambientais e respectivas medidas mitigadoras, incluídos requisitos de baixo consumo de energia e de outros recursos, bem como logística reversa para desfazimento e reciclagem de bens e refugos, quando aplicável. ITEM OBRIGATÓRIO APENAS NAS CONTRATAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE

Optou-se pela liberação da empresa para que não entregue manuais impressos, apresentando as informações e recursos credenciados apenas online. Isto permite menor utilização de recursos naturais, maior vida útil, tendo em vista a rotatividade constante da rede de credenciados e geração de menor volume de resíduos.

11. Enquadramento do objeto - aquisições

11.1. O objeto da contratação não se enquadra como sendo bem de luxo, conforme Resolução PRES n.º 552, de 19 de dezembro de 2022.

Não se aplica.

12. Posicionamento conclusivo sobre a adequação da contratação para o atendimento da necessidade a que se destina - ITEM OBRIGATÓRIO

Com base nas informações e documentos analisados, conclui-se que a contratação demonstra-se adequada para o atendimento da necessidade a que se destina?

(X) Sim.

() Não. Justificativa:

13. Classificação do ETP - ITEM OBRIGATÓRIO

(X) Público

() Sigiloso. Justificativa:



Documento assinado eletronicamente por **Marinalva Wassouf Candéa De Freitas**, Supervisora da Seção de Benefícios Sociais, em 29/08/2024, às 13:38, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Rosely Timoner Glezer - CRM-SP 51.536**, Médica Diretora da Divisão de Assistência à Saúde- DSAU, em 29/08/2024, às 13:49, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes de Vasconcelos**, Supervisora, em 29/08/2024, às 14:13, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Barros Verruck**, Diretor(a) da Divisão de Gestão de Pessoas, em 29/08/2024, às 15:22, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.trf3.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **11183302** e o código CRC **63F8BA44**.