Pregão Eletrônico 005/2026-R

Processo CM 014/2026

Objeto: Contratação de operadora de plano de assistência à saúde, constituída sob a modalidade de sociedade civil ou de sociedade comercial ou cooperativa, que possua registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a prestação continuada de serviços visando à assistência médico-hospitalar para os servidores ativos e para os inativos da Câmara Municipal de Americana, conforme especificação, condições, quantidades e exigências estabelecidas no Termo de Referência, constante do Anexo I, parte integrante do presente edital.

Senhor Presidente,

Senhora Secretária Geral,

Trata-se de análise à impugnação interposta ao edital em referência pela licitante interessada Hapvida Assistência Médica S.A., Administradora de Benefícios de Planos de Saúde, CNP 63.554.067/0001-98.

Impugnação apresentada dentro do prazo legal.

Questiona a Impugnante que:

1- o índice de reajuste ao contrato, previsto no item 3.14, do Anexo I do edital – aplicação da variação do IPC Saúde FIPE não é suficiente para garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, devendo ser adotado o índice CVMH – Variação de. Custos Médicos Hospitalares.
2- a exigência do edital para que os serviços de assistência à saúde sejam prestados em ambiente domiciliar, quando prescritos por médico assistente não está prevista no rol mínimo obrigatório da ANS e que as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de atendimento domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória;
3- da impossibilidade de exigência de serviço não constante no rol obrigatório da ANS – transporte aeromédico;
4- Da ilegalidade quanto à exigência de acreditação hospitalar obrigatória;

5- Da exigência de rede excessiva ao solicitar o mínimo de 3 profissionais em , pelo menos, metade das especialidades médicas;
6- Da qualificação econômico-financeira da licitante.

RELATÓRIO

Analisando as razões da impugnação, na condição de pregoeiro designado ao certame, passamos a discorrer sobre o entendimento e compreensão do edital nos pontos enfrentados:

1- Quanto ao questionamento em relação ao índice de reajuste ao contrato, previsto no item 3.14, do Anexo I do edital – aplicação da variação do IPC Saúde FIPE, de que não é suficiente para garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, devendo ser adotado o índice CVMH – Variação de Custos Médicos Hospitalares, em rápida pesquisa, encontramos as seguintes definições a respeito dos índices em discussão:

O **IPC-FIPE Setor Saúde** mede a variação dos preços de bens e serviços de saúde para o consumidor final, enquanto o **VCMH (Variação de Custos Médico Hospitalares)**, frequentemente associado à sigla CVMH (Custo Médico-Hospitalar), se concentra especificamente no aumento dos custos operacionais de hospitais e clínicas, incluindo salários, insumos e despesas administrativas. O IPC-FIPE foca no preço que o consumidor paga, enquanto o VCMH se concentra nos custos que as instituições de saúde têm para operar.

Característica	**IPC-FIPE Setor Saúde**	**VCMH (Custo Médico-Hospitalar)**
Foco	Variação de preços de serviços e	Aumento dos custos operacionais e de

	produtos de saúde ao consumidor final na cidade de São Paulo.	manutenção de hospitais e clínicas.
Abrangência	Indicador de inflação para o consumidor no setor de saúde.	Indicador de inflação para as operadoras de saúde e prestadores de serviços.
Cálculo	Variação de preços de itens como consultas, exames, medicamentos e planos de saúde para o consumidor.	Custos de salários de médicos e enfermeiros, insumos hospitalares, custos administrativos e outros.
Exemplo de uso	Reajuste de mensalidades de planos de saúde para o consumidor individual.	Análise da sustentabilidade financeira dos planos de saúde e o impacto nos custos para as operadoras.

Também em rápida pesquisa, encontramos editais de licitação sobre a contratação de planos de saúde que adotam o IPC – Saúde, divulgado pela FIPE como índice para reajuste financeiro dos contratos, demonstrando se tratar de índice largamente utilizado pelos órgãos públicos, como:

- Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;
- Câmara Municipal de Votuporanga;

- Câmara Municipal de Araçatuba;
- Prefeitura Municipal de Espírito Santo do Pinhal.

Trata-se, portanto, o IPC – Saúde FIPE de índice específico para o setor da Saúde, assim como o CVMH. A ANS, por sua vez, não determina o emprego de índices para a correção dos contratos. A Lei 14.133/21 determina que os contratos sejam reajustados por índice que retrate a variação efetiva do custo de produção, admitida a adoção de índices específicos ou setoriais.

Como o IPC – Saúde FIPE trata-se de índice setorial amplamente utilizados nos contratos administrativos públicos, entendo que a utilização do referido índice está dentro da determinação legal para que o contrato seja reajustado por índice setorial. No caso, a Administração optou pelo IPC Saúde, o que, a meu ver, trata-se de índice que possibilitará corrigir minimamente os custos do setor.

2- Quanto à qualificação econômico-financeira da licitante, a Impugnante questiona a apresentação cumulativa do Índice de Solvência Geral (ISG) igual ou superior a 1,00 (um) com a comprovação de capital mínimo ou patrimônio líquido mínimo correspondente a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, sem prever a possibilidade de substituição entre os referidos requisitos.

A exigência consta do item 3.3.1 e 3.3.3 do TR.

Cita a IN 02/2010 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que dispõe que os atos convocatórios devem assegurar a possibilidade de apresentação alternativa do índice de liquidez e da comprovação de capital mínimo ou patrimônio líquido de 10% por cento do valor estimado para a contratação.

Entretanto, o recente Acórdão 2724/2025 do TCU decidiu determinar ao Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos para que adote as medidas cabíveis para alertar os órgãos e entidades do Governo Federal sobre a possibilidade de exigência cumulativa, para efeito de habilitação econômico-financeira em certames licitatórios de índices de liquidez acima de 1 com patrimônio líquido mínimo de até 10% do valor estimado da contratação.

Além do mais, o Estudo Técnico Preliminar à necessidade da contratação, assevera a necessidade de se estabelecer em edital critérios econômico-financeiros que garantam a contratação de licitante com aptidão para cumprir com as obrigações

decorrentes do contrato, de modo a reduzir o risco de descontinuidade da assistência aos beneficiários.

Portanto, a exigência constante do edital possui tanto amparo na Lei 14.133/21 quanto em decisão recente do TCU.

Para responder aos itens 2,3,4,5 solicitamos manifestação do chefe da Coordenadoria de Recursos Humanos, que foi o responsável pela requisição dos serviços, da elaboração do ETP e do TR do edital, o qual assim respondeu, cujos esclarecimentos adotamos na íntegra:

Em 22 de outubro de 2026

Ao Senhor
PREGOEIRO DESIGNADO PARA O PREGÃO ELETRÔNICO Nº 005/2026

Assunto: Impugnação – Operadora Hapvida Médica S.A.

Em atenção à Impugnação apresentada pela empresa Hapvida Assistência Médica S.A. ao Edital do Pregão Eletrônico nº 005/2026, que tem como objeto a "Contratação de operadora de plano de assistência à saúde, constituída sob a modalidade de sociedade civil ou de sociedade comercial ou cooperativa, que possua registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação continuada de serviços visando à assistência médico-hospitalar para os servidores ativos e para os inativos da Câmara Municipal de Americana", cabe-nos esclarecer a Vossa Senhoria:

Referente aos itens que guardam conclusões assemelhadas por parte da impugnante, quais sejam:

"3.2. Da previsão de Home Care e da necessária reforma do Edital", no qual concluiu que "*faz-se evidente que a manutenção da exigência de garantia de assistência domiciliar ou Home Care às interessadas no certame representa medida discricionária não devidamente fundamentada, que se encontra à margem da ampla competitividade, uma vez que o procedimento sequer consta no rol de procedimentos obrigatórios fixados pela ANS. Dessa forma, mostra-se necessária a exclusão da referida exigência do Edital, por se tratar de exigência não obrigatória e que impõe indevida onerosidade ao contrato, sem justificativa compatível com o objeto da contratação*";

"3.3. Da impossibilidade de exigência de serviço não constante no rol obrigatório da ANS – transporte aeromédico", no qual concluiu que "*Diante disso, uma vez que o detalhamento das coberturas no Edital prevê a exigência de disponibilidade de Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência, sem qualquer justificativa legal ou técnica admitida pela legislação e jurisprudência pátria, faz-se imperiosa a reforma do Edital e seus anexos para que a exigência ora analisada seja excluída*"; e

"3.5. Da exigência de rede excessiva", no qual conclui que "*Dessa forma, faz-se necessária a revisão do item 3.7.2 do Termo de Referência, a fim de excluir ou adequar a exigência de quantitativo mínimo de 3 (três) profissionais em pelo menos metade das especialidades médicas, condicionando eventual quantitativo específico à apresentação de justificativa técnica compatível com o perfil e a demanda assistencial dos beneficiários, sob pena de restrição indevida à ampla competitividade e de favorecimento injustificado de licitantes que já disponham da estrutura exigida*".

Passamos a nos manifestar:

Primeiramente, não podemos deixar de registrar que a Operadora, ao classificar quais serviços devem ou não ser cobertos pela contratação, extrapola equivocadamente o papel que lhe cabe como licitante.

Nessa linha, conduz seus argumentos na tentativa de convencer que, independentemente da operadora que se sagrar vencedora no certame, essa só estaria obrigada a entregar os procedimentos previstos no popularizado "Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS", mas, em momento algum, menciona que a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", reconhecida como a norma de regência acerca do tema, estabelece que "o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a **referência básica** para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde (artigo 10, § 12, sem destaque no original). O próprio Supremo Tribunal Federal – STF, ao apreciar a ADI 7.265, ação que questionava a constitucionalidade da Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, que alterou o referido dispositivo da Lei nº 9.656, de 1998, dando-lhe a redação vigente, decidiu que os planos de saúde **devem autorizar a realização de tratamentos que não estejam previstos na lista (rol)** da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que sigam critérios técnicos definidos pelo Tribunal. Ou seja, sendo o referido Rol a **referência básica**, de natureza exemplificativa e não taxativa, cabe exclusivamente ao contratante a faculdade de escolher quais serão os serviços adicionais que melhor atendem às reais necessidades dos seus colaboradores.

Reforçam nosso entendimento as manifestações reiteradas do Tribunal de Contas do Estado de São *Paulo – TCE/SP na apreciação de contratações com objeto similar, assim vejamos:*

"O que diferencia os diversos produtos (planos de saúde) oferecidos pelas operadoras/seguradoras de saúde, inclusive com preços bastante diferenciados, é justamente a rede credenciada/referenciada (plano básico, executivo, pleno, especial, class, etc.). [...] Não há no mercado produtos padronizados (com rede de atendimento equivalente), chamados produtos de prateleira, sobre os quais se poderia, tão somente, comparar preços [...] abrir mão de uma rede assistencial mínima nos locais de domicilio dos beneficiários colocaria em risco a qualidade da prestação dos serviços, inclusive em relação à atual prestadora que possui uma rede assistencial satisfatória, pois o que diferencia os produtos ofertados pelas operadoras de saúde, além das acomodações (enfermaria, quarto individual, etc.), é justamente a rede de atendimento previamente conhecida do contratante." (trechos da resposta à impugnação ao Pregão Presencial nº 40/12, certame do próprio Tribunal de Contas do Estado de São – TCE/SP)

"Na contratação de operadoras de planos de saúde, a rede credenciada é elemento central do objeto, pois envolve a qualidade do serviço oferecido (capacidade técnica dos prestadores); a acessibilidade geográfica para os atendimentos (distância dos usuários aos pontos de atendimento); a disponibilidade de oferta (quantidade de prestadores para atender a demanda); e o custo efetivo da operação (redes mais amplas e qualificadas tendem a ser mais onerosas). Sem a definição de parâmetros mínimos de rede, as operadoras participantes poderão apresentar propostas baseadas em configurações assistenciais de tal sorte distintas que impossibilitam a comparação objetiva dos preços ofertados. Afinal, uma operadora pode cotar preços considerando rede com poucos hospitais e clínicas, distantes geograficamente; enquanto outra pode calcular com base em rede mais densa e acessível. O resultado será um conjunto de propostas incomparáveis, relativo a produtos diferentes." (Processos TC-00022690.989.25-6 e TC-00022779.989.25-0 – Conselheiro Renato Martins Costa)

"*Entendo absolutamente inserto no campo da discricionariedade exigir-se proposta baseada no oferecimento de serviços em estabelecimentos dotados de maior estrutura e*

nível de excelência médica, não cabendo censura ao objetivo de se garantir aos beneficiários um standard mínimo de qualidade no atendimento. Ademais, diferente não é a hipótese em que qualquer um de nós, ao agregar-se a determinado plano ou seguro, busca selecionar a operadora dos serviços a partir do tamanho e da qualidade da rede credenciada de hospitais e profissionais oferecida." (Processo TC-034894/026/065 – Conselheiro Renato Martins Costa)

"*Quanto à especificação da rede mínima de hospitais, laboratórios e pronto socorro no certame que teria reduzido o universo de interessados em participar da licitação e desclassificado a empresa Unimed, afirmou que qualquer operadora de planos de saúde existente no mercado poderia oferecer cobertura na rede indicada pela Pró-Sangue e o administrador público, legalmente, detém o poder discricionário de definir o produto ou serviço que a instituição pretende obter do mercado para melhor atendimento de seus fins institucionais; [...], entendo que faz parte do poder discricionário da Administração definir o produto ou serviço que a instituição pretende obter do mercado para garantir aos beneficiários um mínimo de qualidade no atendimento [...]*". (Processo TC-017328/026/07, Conselheira Maria Regina Pasquale)

Conclui-se, portanto, que para o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, resumidamente, cabe à administração pública, por meio do seu poder discricionário, definir e dimensionar quais serviços deve contratar (cobertura básica, serviços adicionais, ou o que melhor lhe aprouver). Realizar contratação que não atenda as reais necessidades dos beneficiários que dele se valerão implicaria ferir princípios basilares da administração pública, mormente o da efetividade.

De modo complementar, especificamente acerca do item 3.2 (previsão de assistência à saúde em ambiente domiciliar) e do item 3.3 (previsão de uso de modal aeromédico no deslocamento intra-hospitalar), resta-se inequívoco que o Edital estabelece ao médico assistente, tão somente a ele, detentor do conhecimento técnico e da habilitação profissional, sopesar quando da necessidade de prestação de tais serviços. Aventurar-se a estabelecer critérios editalícios para essas coberturas nos colaria na condição de usurpar competência que não possuímos. Esse é entendimento que melhor se coaduna com o previsto na Resolução CFM nº 2.217/2018, que "Aprova o Código de Ética Médico", na qual se prevê, entre as vedações que cabem ao profissional da Medicina, "Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade. Ainda quanto aos argumentos da impugnante, de que tais serviços onerariam demasiadamente o novo contrato, destaque-se que, para a operadora que atualmente presta o serviço à instituição, que já contempla a cobertura

assistencial em ambiente domiciliar, a adição da modalidade aeromédica na cobertura de transporte intra-hospitalar implicaria um acréscimo de, aproximadamente, 0,70% ao valor do gasto médio mensal do contrato, o que nos parece totalmente módico perto do benefício que pode representar.

Por esses motivos, manifestamo-nos que os itens do Edital vinculados à impugnação apresentada nos itens 3.2, 3.3 e 3.5 sejam mantidos conforme sua previsão original.

Referente ao item "3.4 - Da ilegalidade quanto à exigência de acreditação hospitalar obrigatória", na qual a impugnante concluiu que "*Dessa forma, mostra-se necessária a retificação do item 3.7.1 do Termo de Referência, para excluir a obrigatoriedade de acreditação hospitalar, preservando-se a ampla competitividade e a participação de operadoras tecnicamente aptas à execução contratual.*"

Passamos a nos manifestar:

Conforme previsão do Estudo Técnico Preliminar que serviu de base para a elaboração do Termo de Referência, a "contratação de plano privado de assistência à saúde deve considerar não apenas aspectos econômicos, a amplitude da cobertura e a regularidade da operadora perante a ANS, mas também **a qualidade dos serviços efetivamente disponibilizados aos beneficiários**".

Para aferir essa qualidade, não imaginamos melhor instituição que a própria Agência

Reguladora, que possui entre as suas prerrogativas legais a de "estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados" (Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, artigo 4º, V).

Para esse fim, a ANS instituiu, por meio da Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2022, o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS, destinado a estimular a melhoria contínua da qualidade dos prestadores e ampliar a transparência dessas informações. Esse Programa contempla atributos de qualificação dos estabelecimentos de saúde, inclusive hospitais, permitindo identificar a participação em programas de monitoramento, certificações e processos de acreditação realizados por entidades reconhecidas.

Para participar do Programa, os prestadores de serviços hospitalares devem cumprir requisitos previstos no artigo 5º da Resolução Normativa ANS nº 510, de 2022, dentre os quais, passar pela avaliação técnica de instituições que tenham reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pela The International Society For Quality in Health Care – ISQua. Não encontramos essa imparcialidade técnica presente no QUALISS em qualquer outro programa de qualidade voltado aos serviços que se pretende contratar.

Por entendermos que a participação nesse Programa é requisito de caráter isonômico entre os participantes do certame, acessível a qualquer prestador de serviços de saúde, não vislumbramos melhor ferramenta capaz de definir critérios que podem contribuir para a disponibilização de uma rede hospitalar com processos mais estruturados, mais segurança assistencial, padronização dos procedimentos, gestão de riscos e estímulo à melhoria contínua.

Por esses motivos, manifestamo-nos no sentido de que o item do Edital vinculado à impugnação apresentada no item 3.4 seja mantido conforme sua previsão original.

À disposição para os esclarecimentos complementares que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Dados: 2026.10.23 10:55:57 -03'00'

Luciano Alves Freitas
- Responsável pelo Setor Demandante -

Com relação ao item 3.5 da Impugnação, acrescentamos a observação de que a exigência de 3 (três) profissionais em pelo menos metade das especialidades médicas se refere à comprovação de um número mínimo de profissionais que atenderá a toda a rede da futura Contratada, ou seja, esses 3 profissionais não estarão à disposição exclusivamente do contrato com a Câmara Municipal de Americana. Exigir o mínimo de 3 profissionais para metade das especialidades médicas, que estarão disponíveis para atendimento para toda a rede contratada pela licitante, é uma quantidade minimamente aceitável para que os serviços venham a ser prestados com qualidade aceitável.

Isto posto, submeto o relatório para análise e consideração superior.

Manifestamo-nos pelo indeferimento total da Impugnação.

Americana, 23 de outubro de 2026.

GILBERTO HACKMANN:02766379843

Assinado de forma digital por GILBERTO HACKMANN:02766379843
Dados: 2026.10.27 15:11:39 -03'00'

Gilberto Hackmann

Pregoeiro designado