

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR PROAD 10273/21 PLANO DE SAÚDE 2021

I- SOLUÇÃO DA NECESSIDADE / DESCRIÇÃO DO OBJETO

Contratação de serviço de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 10) (futuramente CID 11) e pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

II- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA SOLUÇÃO

Inicialmente, justifica-se a contratação para PROMOVER A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DAS PESSOAS, considerando a importância da Assistência Complementar em Saúde como um serviço a ser oferecido a todas as “vidas” dos magistrados, servidores, ativos, inativos, assim como dependentes e pensionistas do TRT 14ª Região, com objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, bem maior de todos.

Visa também proporcionar assistência médica complementar, prevista no Art. 230 da Lei nº. 8.112/90, aos magistrados e servidores, ativos e inativos, respectivos dependentes e pensionistas deste Regional, através de plano ou seguro de saúde coletivo de cobertura em todo território nacional e/ou conforme opção do beneficiário, para o Grupo de Estados de Rondônia e Acre com atendimento de urgência e emergência em nível nacional.

2. Objetivo Estratégico do PEP 2021-2016 - Promover a Melhoria da Qualidade de Vida das Pessoas.

3. Resolução CNJ 207/2015 - Institui Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, conforme Art. 5º Os tribunais devem, observadas as condições e realidades locais:

I - manter unidades de saúde no organograma da instituição, responsáveis pela assistência direta de caráter emergencial;

II - prestar assistência à saúde, de forma indireta, por meio de planos de saúde e/ou auxílio saúde, observados padrões mínimos de cobertura que poderão ser fixados pelo CNJ, bem como critérios de coparticipação;

4. Resolução CNJ nº 294/2019 que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário.

5. Portaria GP TRT 14ª Região nº 482/2015 Programa de Assistência Complementar à Saúde.

Justificativa da necessidade da contratação explicitando a opção pela compra do bem ou serviços e considerando o Planejamento Estratégico Institucional e o Plano Anual de Aquisições (PAAQ), se for o caso.

2.1. Motivação da Contratação:

Considerando que o Contrato TRT 14 nº 16/2016, firmado entre o Tribunal Regional da 14ª Região e a Unimed Porto Velho – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., finda em **29/07/2021**, sem possibilidade de prorrogação, é imprescindível a contratação de um novo serviço para garantir a continuidade da prestação de Assistência Complementar em Saúde, conforme as justificativas apontadas.

2.2. Objetivos da Contratação:

Garantir a Assistência Complementar à Saúde de Magistrados, servidores, ativos, inativos, dependentes e pensionistas do TRT 14ª Região;

Intensificar ações de prevenção às doenças crônicas, identificando-as e tratando-as previamente.

- Contribuir com a preservação da saúde de magistrados e servidores, conforme os macrodesafios estabelecidos na Estratégia do Judiciário 2021 à 2026, a teor da Resolução CNJ nº 325/2020.

III- REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

a) Vigência:

- Prazo de vigência do contrato: 30 (trinta) meses, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses (art. 57, II, da Lei 8.666/1993).

Justifica-se a adoção do prazo acima tendo em vista que um período de vigência contratual ampliado contribui para que a contratação em tela possa ser considerada mais atrativa pelo mercado por meio de uma maior diluição dos custos com depreciação e manutenção dos equipamentos, o que pode, inclusive, ter impactos sobre o preço final proposto pela licitante vencedora do certame, favorecendo a Administração em termos de economicidade e ampliação da competitividade. Vale lembrar que este Regional possui norma que possibilita a utilização de prazo de vigência superior a 12 meses (art. 2º Portaria GP nº 2047/2018).

Outra vantagem para a Administração é a redução do número de prorrogações contratuais ou mesmo de realização de novas contratações a cada 12 (doze) meses.

Ainda há economia de material na elaboração da carteirinha todo ano, assim como no custo da entrega das mesmas, como, por exemplo, envelope, correios, etc.

Assim, considerando sua natureza continuada e os custos envolvidos com a realização de novas contratações, havendo adequada prestação do serviço, uma contratação mais longa mostra-se a opção mais vantajosa à Administração.

b) Requisitos necessários ao atendimento da necessidade

- Apresentação de Registro válido junto à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para comprovar que a licitante está apta a comercializar os produtos (Planos ou seguros) cotados, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98;

- Pelo menos, um Atestado de Capacidade Técnica fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado, de forma que comprove atendimento em âmbito nacional já prestado em Plano de Assistência à Saúde, a um quantitativo de beneficiários não inferior ao público potencial do TRT 14ª Região;

- Os dependentes de magistrados, servidores, ativos e inativos falecidos permanecerão no plano até a renovação do contrato, não excedendo o limite

de um ano, sem pagar mensalidades, após a sua morte, ou até o fim do contrato, caso este aconteça primeiro.

- Tabela de serviços e procedimentos médicos, com respectivos valores, praticados pela contratada, inclusive para questões de reembolso;

- Documentos que comprovem a existência de profissionais credenciados, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos, referentes às especialidades do item 4.0, que devem também estar disponíveis em sítios, (*sites na Internet*) com informações atualizadas, sobre como identificar a rede credenciada estadual e nacional. Os serviços especificados devem ser oferecidos em âmbito Nacional, dessa forma, as empresas licitantes devem possuir uma denominação (nomenclatura) única, manifestamente reconhecida em todo o Território Nacional, ou, fornecer informações claras de como serão identificados nacionalmente;

- Comprovante de Registro na entidade profissional competente (Conselho Regional de Medicina/CRM);

- Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, incluindo urgência e emergência, no município onde o beneficiário demandar o serviço, a contratada deverá:

- a) garantir o atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, mediando o pagamento do serviço ou procedimento através de acordo com o prestador;

- b) na indisponibilidade ou inexistência de prestadores nas hipóteses listadas, a contratada deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem;

- c) Nas hipóteses de demora da contratada em garantir o serviço ou procedimento previsto nas alíneas 'a' e 'b', ou ainda, de dificuldade de comunicação do beneficiário com a contratada, que culmine no pagamento dos serviços e procedimentos pelo beneficiário, a contratada deverá ressarcir-lo integralmente, conforme cláusula de reembolso;

- Na hipótese de haver um número reduzido de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, de forma que impossibilite o beneficiário de ter um mínimo de escolha, no município onde o beneficiário demandar o serviço, nesses casos, a contratada deverá observar o item anterior.

- A escolha do meio de transporte fica a critério da contratada, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário;

- A garantia de transporte deve se estender ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas duas últimas mediante declaração médica.
- Disponibilizar aos beneficiários contato e atendimento telefônico, app ou outros meios de comunicação, sobre a garantia de acesso prevista nos itens anteriores, assim como para informações e orientações sobre os serviços contratados, rede credenciada, autorização de procedimentos e outras dúvidas que possam surgir.
- Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento, bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, ou aqueles solicitados pelos médicos membros da Seção Médica deste Regional, incluindo exames periódicos anuais.
- Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive procedimentos obstétricos.
- A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, especificamente nos casos de internação de:
 - a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - b) Idosos a partir do 60 anos de idade;
 - c) Pessoas portadoras de deficiências e
 - d) Gestante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, por indicação do médico assistente.
- Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
- O atendimento fora dos Estados de Rondônia e Acre, para os beneficiários que optarem pelo Plano NACIONAL deve oferecer prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial e far-se-á através de todos os profissionais e estabelecimentos próprios ou credenciados pela contratada, não podendo haver qualquer discriminação entre o beneficiário de intercâmbio com qualquer outro beneficiário da Contratada.
- Reembolso, nos limites das obrigações contratuais das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, de acordo com a relação de preços de serviços médicos hospitalares praticados pelo

plano contratado, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à operadora da documentação adequada, de acordo Resolução Normativa RN nº 259.

- A contratada deverá absorver automaticamente os tratamentos e procedimentos novos que surgirem dentro do período de vigência contratual, bastando para isso, o implemento dos mesmos como obrigatórios através das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde(CID - 11).

- O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva - UTI no ar, deverá ser prestado quando solicitado pelo médico assistente, nos municípios que dispõem de aeroporto com capacidade para pouso e decolagem das aeronaves que prestam esse atendimento, dentro do território nacional.

- Solicitado pelo médico assistente o serviço de Unidade de Terapia Intensiva - U.T.1. no ar, a contratada terá o prazo máximo de 5 (cinco) horas para disponibilizar a aeronave, contado a partir do momento em que for efetuada a solicitação médica. Esse tempo poderá sofrer alterações, considerando-se as condições climáticas ou outros contratemplos existentes nas regiões que venham a impedir ou dificultar o pouso ou a decolagem da aeronave. No caso do serviço de Unidade de Terapia Intensiva - U.T.I. terrestre, a contratada prestará o serviço imediatamente após constatada a necessidade do transporte do paciente pelo médico assistente.

- Manter a rede de atendimento em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos, no prazo máximo de 30 dias contados do descredenciamento, e informar imediatamente ao Tribunal.

-Responder pelas despesas relativas a encargos trabalhistas, de seguro de acidentes, impostos, contribuições previdenciárias e quaisquer outras que forem devidas e referentes aos serviços executados por seus empregados, uma vez que os mesmos não tem nenhum vínculo empregatício com o Tribunal.

- Comprovante que assegure a prestação de serviço de UTI no ar, para atendimento do público alvo.

- A coparticipação dos beneficiários tem objetivo de manter uma utilização consciente e sustentável do plano, todavia a contratada observará, entre outros, os seguintes critérios:

I - A cobrança de coparticipação mensal não poderá ultrapassar o valor de R\$1.000,00 (Hum mil reais), por Titular (magistrado(a)/ servidor(a)/ ativo, inativo e pensionista)

II - A contratada terá o prazo máximo de 8 meses para realizar a cobrança da coparticipação a partir da realização dos procedimentos ou serviços, exceto pelo motivo previsto no item anterior.

III - Com objetivo de promoção e prevenção a saúde, não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes exames:

Hemograma completo - (1 vez por ano)

Lipidograma - (1 vez por ano)

Glicemia de jejum - (1 vez por ano)

Hemoglobina Glicada - (1 vez por ano)

Creatinina - (1 vez por ano)

TGP e TGO (1 vez por ano)

Citologia oncótica - (mulheres de 21 a

Mamografia (mulheres com mais de 40 anos a cada 2 anos)

Sangue oculto nas fezes (homens e mulheres com mais de 50 anos 1 vez por ano)

Vitamina D (1 vez por ano)

E nos exames periódicos indicados pela Junta Médica Pericial do TRT da 14ª Região.

IV - A contratada disponibilizará médico para a realização de consulta e emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (conforme modelo próprio de ASO de TRT 14) anualmente para magistrados e servidores com mais de 45 anos, e, a cada 2 anos para magistrados e servidores com 18 a 45 anos, sem cobrança de coparticipação

- A contratada estenderá aos beneficiários do TRT da 14ª Região seus projetos e programas de prevenção e promoção de saúde, de forma presencial ou on-line.

- Que possuirá, na data de assinatura do contrato, cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de beneficiários distribuídos em todo o território Nacional e nos estados de Rondônia e Acre, em conformidade com o presente Termo de Referência.

-Que possuirá instalações, pessoal qualificado, estrutura de suporte para troca de informações (oral e redigida) com a Contratante, suficientes para atender prontamente às demandas inerentes ao objeto a ser contratado.

- Prestar as informações e esclarecimentos solicitados, em até dois dias úteis, a contar da solicitação do Tribunal.

- Disponibilizar central telefônica de atendimento 24 horas (serviço 0800 e/ou ligação local), bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online e informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo plano de assistência à saúde.

c) Reajuste

- No cálculo do reajuste, caso utilize a sinistralidade, que seja considerada a receita bruta.

Justifica-se pelo fato do Tribunal reter 9,45% de tributos, valor este possível de restituição pela contratada. Se esse valor não for considerado no cálculo da contratada para a sinistralidade, o reajuste anual torna-se mais oneroso para os beneficiários.

Para melhor compreensão, esclareça-se que a contratada fica com 25% para administrar o contrato e eventuais tratamentos onerosos. A contratada não considera o valor acima retido de impostos. O que onera demasiadamente a administração do plano. Ou seja, fica 9,45% de tributo retido, mais 25% para a contratada, restando somente 65,55% para o objetivo-fim do contrato, qual seja, a prestação de serviços médicos e hospitalares para os beneficiários. Qualquer valor gasto acima dos 65,55%, segundo a contratada, representa desequilíbrio financeiro, requerendo reajuste tanto pelo INPC-plano de saúde, como o percentual que ultrapassar os 65,55% (sinistralidade).

Pelo exposto, solicitamos que para o supracitado cálculo seja considerada a receita bruta, ou seja, sem o desconto dos tributos retidos, uma vez que esse valor é passível de restituição pela contratada. Assim, ficaria 25% para a contratada e 75% para os gastos com procedimentos médicos e hospitalares.

IV- ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES, ACOMPANHADAS DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOCUMENTOS QUE LHE DÃO SUPORTE

Faixa Etária	Plano Nacional	Plano Estadual - RO e AC
0 a 18	291	145
19 a 23	109	46
24 a 28	124	49
29 a 33	130	39
34 a 38	136	46
39 a 43	110	59
44 a 48	98	47
49 a 53	136	60
54 a 58	163	58
59 ou +	563	161
	1.860	710
Total de Vidas		2.570

V- ESTIMATIVAS DE PREÇOS OU PREÇOS REFERENCIAIS:

Valores Plano Nacional

Faixa etária	Beneficiários	Mensalidade	Valor mensal	Valor em 30 meses
0 a 18	291	R\$ 357,26	R\$ 103.961,96	R\$ 3.118.858,86
19 a 23	109	R\$ 415,87	R\$ 45.330,14	R\$ 1.359.904,12
24 a 28	124	R\$ 463,11	R\$ 57.425,57	R\$ 1.722.767,07
29 a 33	130	R\$ 494,49	R\$ 64.283,41	R\$ 1.928.502,18
34 a 38	136	R\$ 537,47	R\$ 73.095,94	R\$ 2.192.878,34
39 a 43	110	R\$ 601,97	R\$ 66.216,64	R\$ 1.986.499,26
44 a 48	98	R\$ 639,00	R\$ 62.621,62	R\$ 1.878.648,49
49 a 53	136	R\$ 702,91	R\$ 95.595,91	R\$ 2.867.877,17
54 a 58	163	R\$ 805,47	R\$ 131.291,99	R\$ 3.938.759,67
59 ou +	563	R\$ 1.052,12	R\$ 592.344,48	R\$ 17.770.334,43
	1.860		R\$ 1.292.167,65	R\$ 38.765.029,58

Coparticipação: SIM

Será cobrado 30% de coparticipação do valor de tabela da contratada em consultas em consultório e pronto socorro, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos, limitados a até **R\$ 326,36** por guia.

Nos casos de internação clínica ou cirúrgica, serão cobrados **R\$ 489,54** por internação.

Com objetivo de promoção e prevenção a saúde, não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes exames:

Hemograma completo - (1 vez por ano)

Lipidograma - (1 vez por ano)

Glicemia de jejum - (1 vez por ano)

Hemoglobina Glicada - (1 vez por ano)

Creatinina - (1 vez por ano)

TGP e TGO (1 vez por ano)

Citologia oncótica - (mulheres de 21 a

Mamografia (mulheres com mais de 40 anos a cada 2 anos)

Sangue oculto nas fezes (homens e mulheres com mais de 50 anos 1x por ano)

Vitamina D (1 vez por ano)

E nos exames periódicos indicados pela Junta Médica Pericial do TRT da 14ª Região.

Valores Plano Grupo de Estados Rondônia e Acre

Faixa etária	Beneficiários	Mensalidade	Valor mensal	Valor anual
0 a 18	145	R\$ 280,61	R\$ 40.688,58	R\$ 1.220.657,30
19 a 23	46	R\$ 302,20	R\$ 13.901,18	R\$ 417.035,28
24 a 28	49	R\$ 328,48	R\$ 16.095,67	R\$ 482.870,07
29 a 33	39	R\$ 339,09	R\$ 13.224,62	R\$ 396.738,61

34 a 38	46	R\$ 370,88	R\$ 17.060,53	R\$ 511.816,03
39 a 43	59	R\$ 377,95	R\$ 22.299,31	R\$ 668.979,23
44 a 48	47	R\$ 413,32	R\$ 19.426,06	R\$ 582.781,65
49 a 53	60	R\$ 435,25	R\$ 26.114,83	R\$ 783.444,98
54 a 58	58	R\$ 454,00	R\$ 26.331,78	R\$ 789.953,54
59 ou +	161	R\$ 556,88	R\$ 89.656,93	R\$ 2.689.707,81
	710		R\$ 284.799,48	R\$ 8.543.984,52

Coparticipação: Sim

Será cobrado 20% de coparticipação do valor de tabela da contratada em consultas em consultório e pronto socorro, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos, limitados a até **R\$ 172,45** por guia.

Nos casos de internação clínica ou cirúrgica, serão cobrados **R\$ 344,92** por internação.

Com objetivo de promoção e prevenção a saúde, não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes exames:

Hemograma completo - (1 vez por ano)

Lipidograma - (1 vez por ano)

Glicemia de jejum - (1 vez por ano)

Hemoglobina Glicada - (1 vez por ano)

Creatinina - (1 vez por ano)

TGP e TGO (1 vez por ano)

Citologia oncótica - (mulheres de 21 a

Mamografia (mulheres com mais de 40 anos a cada 2 anos)

Sangue oculto nas fezes (homens e mulheres com mais de 50 anos 1 vez por ano)

Vitamina D (1 vez por ano)

E nos exames periódicos indicados pela Junta Médica Pericial do TRT da 14ª Região

Justificativa de composição de valores- Planos Nacional e Estadual

A pesquisa de preços, que forneceu parâmetros para a formação dos valores de referência, deu-se por meio de:

1. Encaminhamento de e-mails, sites e consulta por telefones para empresas administradoras de seguro-saúde, solicitando cotações de mercado;
2. Consulta aos preços praticados em outros Tribunais, órgãos públicos, associações de classe e empresas, cujos serviços contratados/prestados são similares aqueles que serão objetos da contratação pretendida por este TRT.
3. Pesquisa no site banco de preços

Considerando que a tabela de mensalidades atual do Tribunal está dentro de um patamar razoável, quando comparada aos outros Órgãos e sindicatos, conforme tabelas (ID 11), e tendo em vista as peculiaridades do nosso contrato, sugere que a tabela de referência para licitação seja a nossa tabela atual com o reajuste pelo INPC-Plano de Saúde(2,51%).

VI- LEVANTAMENTO DE MERCADO E JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO TIPO DE SOLUÇÃO A CONTRATAR:

As alternativas identificadas como modelos de assistência à saúde são as seguintes metodologias:

- I. Contratação de plano de saúde coletivo do tipo empresarial;
- II. Implementação de Planos de Autogestão;
- III. Reembolso (auxílio-saúde), conforme previsto na Resolução CNJ nº 294/19

A análise das possibilidades de soluções a serem adotadas e as respectivas características serão tratadas a seguir.

I. Plano de Saúde Coletivo Empresarial

Contratação de operadora de plano de saúde com registro no órgão regulador (ANS - Agência Nacional de Saúde), com a finalidade de prestar assistência suplementar à saúde, observado o disposto na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde e define a amplitude e os tipos de cobertura que podem ser oferecidos.

Existem dois modelos de contratação para a solução:

Pré-pagamento:

- Forma de contratação mais utilizada no Brasil, inclusive por este TRT.
- Valor mensal por vida, podendo ter ou não algum tipo de coparticipação adicional quando da utilização dos serviços pelos beneficiários.
- Reajuste após 12 meses, conforme contrato (índice inflação, sinistralidade,...).
- Fatura mensal tende a estabilizar até o próximo reajuste.
- O risco da utilização exagerada ou indevida do plano é absorvido pela operadora contratada.

O plano pode ser com ou sem coparticipação nos serviços utilizados:

- Com coparticipação → Nesse caso deve-se definir se é um valor fixo ou um percentual do serviço utilizado, bem como se é aplicado para todos os serviços (integral) ou apenas para alguns (parcial), como por exemplo, apenas para as consultas.
- Sem coparticipação → Apenas são pagas as mensalidades, sem nenhum outro custo adicional gerado pela utilização dos serviços. Cabe destacar que nessa opção, os valores das mensalidades são mais elevados, pois a operadora tenderá a compensar a ausência de coparticipação.

Pós-pagamento:

- Também conhecido como Custo Operacional, é a forma adotada, por exemplo, pela CEEE (Companhia Estadual de Energia Elétrica) e pelo TRF4.
- Operadora cobra Taxa mensal por vida com base em percentual do uso.
- Todos os custos gerados pelos beneficiados são repassados pela operadora para a Contratante, portanto os riscos da utilização sem controle do sistema são absorvidos pela Contratante, que terá que se responsabilizar pela implementação das medidas necessárias para o controle do uso, evitando assim os custos excessivos. Tais custos terão que ser absorvidos pela Contratante e/ou repassados para os usuários. (Risco é da Contratante).
- Necessidade de estrutura adicional no Órgão, com a finalidade de analisar os custos gerados e definir ações a serem tomadas para evitar o uso desenfreado dos serviços de saúde, o que pode resultar na inviabilização da execução orçamentária por parte do Órgão, ou na sobrecarga financeira dos usuários em função dos repasses dos custos.
- Existe uma incerteza quanto ao valor das faturas, pois ocorrerá uma variação mensal em função do grau de utilização.
- A definição das mensalidades, bem como das coparticipações são de competência da Contratante, que deverá definir a forma de cálculo com base no grau de utilização (custo operacional), tendo que considerar variáveis de incerteza em função da variação do custo mensal gerado, bem como da efetividade dos controles implementados para a manutenção do uso racional por parte dos beneficiários. Para tanto terá que se preocupar diretamente com

os custos gerados, por meio de análises constantes da utilização do plano, a sinistralidade*.

* Sinistralidade: a realização desenfreada de procedimentos, elevando os custos, comprometendo a gestão financeira da organização.

• A gestão de um plano de saúde no modelo de pós-pagamento requer um maior envolvimento da área responsável (RH ou Benefícios). Nesse modelo, as despesas oscilam de um mês para outro, e é possível que a área responsável seja mais demandada para explicar/justificar os motivos da oscilação de despesas. A gestão do plano, no modelo de pós-pagamento deve ser mais focada na gestão dos custos e da utilização dos procedimentos, com envolvimento constante dos gestores, ao invés de uma gestão mais focada nos prêmios pagos e na sinistralidade do contrato, com envolvimento maior dos gestores apenas no período do reajuste do contrato.

O que diferencia os modelos é o momento em que a empresa quer reconhecer as despesas geradas, ou seja, durante o ano, conforme elas são pagas e repassadas pela administradora do plano (pós-pagamento), ou na data base do reajuste contratual (pré-pagamento).

As vantagens e desvantagens desta solução:

VANTAGENS:

Conhecimento histórico de possíveis riscos decorrentes de um processo licitatório dessa natureza.

O Tribunal não necessitará alterar a sua estrutura funcional e processos de trabalho para executar as atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento de um plano de saúde.

O atual modelo adotado tem se demonstrado satisfatório quanto à amplitude e qualidade dos serviços oferecidos para os beneficiários, visto que o número de ocorrências de reclamações é irrelevante em comparação ao universo de usuários.

DESVANTAGENS:

Concorrência limitada devido à pouca quantidade de prestadores que consigam comprovar as competências necessárias para a prestação do serviço.

A contratação de plano de saúde coletivo empresarial, na modalidade de pré-pagamento, com mensalidades escalonadas por faixa etária e com coparticipação, é a opção que congrega mais vantagens para a Administração e para os usuários do serviço pelas seguintes razões:

a) Modelo conhecido, por ser a solução atualmente adotada neste Tribunal;

b) Enquadramento jurídico adequado de contratação e de assistência à saúde do TRT4;

c) Amolda-se às condições de gestão e fiscalização condizentes com a atual realidade orçamentária e de pessoal do Tribunal;

d) Garante acesso a uma ampla gama de serviços de saúde com regulamentação consolidada, a um custo fixo e previsível, tanto para a Administração, quanto para os beneficiários;

e) Permite flexibilidade ao longo da execução do contrato, com a inclusão de novos serviços que venham a ser demandados pelos beneficiários, desde que previsto em cláusula contratual e regulamentados pela Agência Nacional de Saúde;

f) Permite, em razão do elevado número de beneficiários, maior poder de negociação junto à CONTRATADA;

g) Para a contratação dos serviços em comento, tanto as empresas como os tomadores de serviços, e em especial os órgãos públicos, efetivam a contratação de forma semelhante à que se pretende adotar, cumprindo as respectivas exigências legais, normativas e editalícias.

Pelo o exposto, esta foi a modalidade escolhida por este Tribunal, e complementada pela solução de reembolso, uma vez que o Brasil é um país continental, e há locais em que o plano contrato não atende satisfatoriamente, nesse caso, o beneficiário pode contratar um outro plano de seu agrado e que atenda naquela região e solicitar o reembolso do subsídio concedido pelo Tribunal, assim a assistência à saúde pode atingir um número maior de beneficiários.

II. Autogestão em Saúde

Modalidade de prestação de assistência à saúde sem fins lucrativos com gestão própria da assistência à saúde, o que implica assumir o risco da variação do custo da assistência médica pela empresa que patrocina o benefício integral ou parcial aos seus funcionários, podendo ou não incluir seus dependentes e agregados até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, mediante departamento de benefício de empresas ou entidades jurídicas paralelas.

Nesse sistema, a própria instituição é a responsável pela implantação do plano de assistência à saúde, exercendo um controle com a participação do funcionário, podendo resultar na melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica.

ALTERNATIVAS DE IMPLANTAÇÃO:

1. Administrada pela Empresa Patrocinadora;

2. De forma Terceirizada, mediante a contratação de uma parceria especializada para este fim.

O sistema permite a interferência direta da organização na escolha da rede credenciada e no acompanhamento da prestação de serviços, sendo um modelo que elimina a necessidade de contratação de intermediários. O seu desenho é definido de acordo com a necessidade apresentada pelos seus beneficiários.

A empresa estabelece junto com seus funcionários o formato do plano e define o credenciamento de médicos, hospitais, especialidades e abrangência da cobertura, os limites de utilização, os períodos de carência, a participação financeira que cabe a cada uma das partes.

Através do programa de autogestão de saúde, a empresa tem a possibilidade de um aumento real na qualidade agregada do benefício, pois o objetivo principal nesse caso é a saúde dos seus empregados. O que seria lucro nos planos comuns, reverte-se em mais benefícios para os usuários.

ESTRUTURA :

- Pessoal integrante do quadro de funcionários dedicados exclusivamente às atividades típicas de gestão de um plano de saúde;
- Planejamento e controle financeiro
- Equipe de auditores médicos para análise das guias;
- Consultoria atuarial para viabilizar a manutenção da viabilidade econômica do Sistema;
- Investimento tecnológico em sistemas computacionais para gerenciamento de todo o esquema operacional:
 - Cadastramento de usuários e controle de utilização;
 - Emissão de Carteira de identificação;
 - Emissão de Guia Médica para apresentar na hora do atendimento;
 - Recebimento, processamento e pagamento dos atendimentos encaminhados pelos Hospitais e Clínicas conveniadas.
- Análise de dados com a finalidade de minimizar custos e para identificar ações com o objetivo de evitar abusos indevidos no uso dos recursos.

Sistema Operacional:

- Tabelas para remuneração dos serviços médicos.
- Desenvolvimento de negociações com as instituições médicas e fechamento de contratos, sendo os principais itens:
 - Recursos oferecidos;
 - Remuneração e forma de reajuste;
 - Horários.

- Controles internos sobre seus associados e a forma de utilização dos recursos oferecidos procurando maior eficiência na administração dos recursos existentes.

- Empregado paga participação nos eventos em saúde visando controle para evitar os excessos de utilização por um sistema de tabelamento relacionado ao tipo de evento;

- Análise para comparar os atendimentos e evitar possíveis excessos.

- Numa tentativa de evitar o custo de absenteísmo, oferecem ambulatórios com serviços próprios de atendimento médico.

* Relação não exaustiva

Exemplos: TRT6, TRT5, STJ, STF, TST, STM.

2. De forma TERCEIRIZADA, mediante a contratação de uma parceria especializada para este fim.

- Serviços são efetuados através de Associações Benéficas ou Fundações, constituídas para gerar benefícios para os empregados, e por extensão, fazer a administração dessa modalidade de assistência médica, mediante CONVÊNIO. Exemplos: ABAS15, GEAP.

As vantagens e desvantagens desta solução de auto gestão:

VANTAGENS:

- Concepção do plano de acordo as características e necessidades da empresa

- Interferência direta na administração do plano, na escolha dos credenciados e na prestação e utilização dos serviços.

- Controle de custos mais preciso e confiável pois as tabelas são controladas e negociadas periodicamente.

- O fato do empregado participar nos custos ajuda no controle.

- Atendimento bastante pessoal sempre contribuirá para maior integração e dedicação com bons resultados para a empresa.

- Admite a correção dos desvios e criação de novas alternativas, quando necessárias.

- Só paga os serviços realmente efetuados.

- Permite facilmente a incorporação de outras especialidades (odontologia, psicologia, fonoaudiologia) e serviços de (farmácias, óticas, material ortopédico, etc.)

- Possibilita o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção à saúde e de qualidade de vida.

- Facilita ações conjuntas com o programa de saúde ocupacional.

- Faculta o estabelecimento de moderadores de utilização e reguladores de custos.

- Melhora a imagem institucional, interna e externamente.

DESVANTAGENS:

- Necessidade de investimento inicial alto para estruturação dos serviços
- Participa com a quase totalidade dos custos.
- Apesar dos controles, sempre haverá abusos gerando custos desnecessários.

- Todas as responsabilidades recaem sobre a empresa.
- Correr riscos com casos de tratamentos onerosos.
- Existência de mais um departamento para gerir a saúde, irá ajudar a desviar a atenção dos objetivos principais da área de Recursos Humanos da organização.

- Escassez de gerenciadores especializados.
- Maior responsabilidade perante os usuários e a comunidade.

Justificativa de não escolher essa solução de Auto Gestão:

Em um sistema de autogestão a Administração é diretamente envolvida na gestão de todos os aspectos relacionados à implementação e suporte de um plano de saúde, exigindo um alto investimento financeiro e de tempo para adequar toda a estrutura necessária.

A implantação da Autogestão de Saúde exigirá o cumprimento de uma série de etapas por parte da Administração. Nos itens a seguir estão relacionados alguns dos passos indispensáveis à referida implantação.

- Promover consulta pública para discussão do regulamento geral por servidores e magistrados;

- Criação de unidade administrativa com estrutura organizacional de Secretaria para gerenciamento do Plano de Autogestão de Saúde, devendo ser definidas as rotinas e os fluxos de informações da nova unidade (Secretaria de Assistência à Saúde);

- Contratar consultoria especializada em avaliação atuarial e financeira do plano com o objetivo de sugerir os prêmios, por faixa etária e por remuneração, suficientes para cobertura dos sinistros mensais e constituição das reservas financeiras.

- Capacitar o quadro de pessoal para a execução da gestão;
- Criar pessoa jurídica junto à Receita Federal;
- Credenciar os prestadores de serviços médicos e odontológicos
- Cadastrar os beneficiários e expedir as carteiras necessárias à utilização da rede credenciada;

- Contratar auditores especializados em saúde para fins de análise dos requerimentos de procedimentos e acompanhamento das internações.

A partir do estudo realizado, vislumbra-se que esse sistema, em tese, pode ser vantajoso para a Administração e prover serviços de melhor qualidade para os beneficiários, considerando-se sobretudo o fato de não visar lucro. Porém, a implantação de tal Sistema demanda um estudo mais profundo para uma correta identificação das necessidades e dos recursos necessários, devendo ser elaborado por um grupo de trabalho multidisciplinar especificamente criado para tal finalidade, exigindo tempo e recursos para o processo de estruturação necessário. A título exemplificativo, o TRT 5 iniciou os estudos em 2011, instituiu e regulamentou o sistema de autogestão em 2014 e 2015 (2 etapas).

Considerando que este TRT está atualmente submetido a restrições orçamentárias e de pessoal, além da questão temporal relacionada ao Contrato atual, cuja vigência se encerra em 29-07-2021, entende-se que a implantação de um Sistema de Autogestão em Saúde é inviável no momento.

III. Reembolso (auxílio-saúde)

Não é uma solução de mercado, mas um auxílio de caráter indenizatório, uma das formas de assistência à saúde prevista na Resolução CNJ nº 294/2019, art. 4º, inciso IV:

“IV – auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso”.

As vantagens e desvantagens da solução de Reembolso(auxílio-saúde):

VANTAGENS:

- Não há necessidade de qualquer processo licitatório por parte do Tribunal deixando a cargo do Beneficiário Titular a escolha e contratação do plano de saúde que entender mais vantajoso e que atende as suas necessidades pessoais.

- O Tribunal não necessitará de estrutura funcional para as atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento de um plano de saúde.

DESVANTAGENS:

- Não há ganho de escala , uma vez que cada beneficiário fica por sim.

Solução escolhida de forma complementar pelo Tribunal, uma vez que pode haver regiões em que o plano contrato pelo Regional não atende satisfatoriamente, assim o beneficiário pode contratar outro plano que atende as suas necessidades e solicitar o reembolso dos valores, assim o Tribunal pode levar assistência à saúde a mais beneficiários.

A aquisição, tratando-se de serviço classificado comum, deverá realizar-se por meio de Pregão Eletrônico.

VII- JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO QUANDO NECESSÁRIA PARA INDIVIDUALIZAÇÃO DO OBJETO:

LICITAÇÃO ÚNICA PARA RONDÔNIA E ACRE (EDITAL ÚNICO - COMO VEM SENDO PRATICADO AO LONGO DO TEMPO PELO REGIONAL)

A equipe de planejamento adotou em não parcelar a solução, optando por **solução única 1 (um) lote**, contemplando o Estado de Rondônia e o Estado do Acre, eis que mostra-se tecnicamente e economicamente viável em não dividir a solução a ser contratada, que já vem acontecendo há bastante tempo com as empresas de Plano de Assistência à Saúde.

Nessa esteira, a solução única visa não pulverização o gerenciamentos de contratos administrativos com objecto idênticos, de forma a utilizar capital humano (hoje cada vez escasso na Administração Pública) para gerenciar diversos pactos, que com apenas uma equipe pode sagrar êxito, medida com encontra amparo no princípio da eficiência (caput do art. 37, da CF/88) e economicidade (art. 71, da CF/88). Igualmente, o objeto de parcelamento compatibiliza-se com o nicho de mercado, de maneira que as empresas atuam de forma segmentada por especialização.

Desse modo, a solução única para o Estado de Rondônia e Estado do Acre não restringe o mercado para o objeto a ser licitado, tendo o fim de buscar a economia em escala, que é a viabilidade de reduzir o custo médio do escopo pela diluição dos custos fixos em um número maior de unidades produzidas, sem perde a qualidade do objeto (economicidade x qualidade).

VIII- RESULTADOS PRETENDIDOS NA SOLUÇÃO:

A solução deverá permitir a continuidade de Assistência à Saúde, por intermédio de Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo, destinados a todos aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes.

Intensificar ações de prevenção às doenças crônicas, identificando-as e tratando previamente.

IV- ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANO ANUAL DE AQUISIÇÕES DO TRT 14ª REGIÃO 2020/2021

A necessidade da presente contratação encontra-se respaldada no Plano de Contratações e Aquisições do TRT da 14ª Região de 2020/2021.

E mais, a SOF assim informa: que há dotação orçamentária programada no presente exercício para contratação de serviços de vigilância nos Estados de Rondônia e Acre totalizam o valor de R\$ 3.095.200,00 (três milhões, noventa e cinco mil e duzentos reais), conforme Proposta Orçamentária enviada ao Poder Legislativo para aprovação.

X- PROVIDÊNCIAS PARA ADEQUAÇÃO AO AMBIENTE DO ÓRGÃO, SE FOR O CASO.

a. Espaços físicos:

Nenhuma adequação ao ambiente físico será necessária.

b. Capacitação de servidores:

Não, para este contrato específico, uma vez que na Equipe de Planejamento, há servidores com conhecimento técnico de várias áreas do conhecimento.

XI- DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE OU NÃO DA CONTRATAÇÃO:

Declaramos que a contratação do Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo é viável, objetivando atender o público alvo, magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes do Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região.

XII- CRITÉRIOS E PRÁTICAS DE SUSTENTABILIDADE, SE CABÍVEL:

Tramitação virtual - Toda a logística processual e de tratativas com a contratada deverá ocorrer, preferencialmente, por meio eletrônico.

As práticas de sustentabilidade devem ser observadas pela contratada:

a) Comprovar, como condição prévia à assinatura do contrato e durante a vigência contratual, sob pena de rescisão contratual, o atendimento das seguintes condições:

I - Não possuir inscrição no cadastro de empregadores flagrados explorando trabalhadores em condições análogas às de escravo, instituído pela Portaria Interministerial MTE/SDH nº 2, de 12 de maio de 2011;

II - Não ter sido condenada, a contratada ou seus dirigentes, por infringir as leis de combate à discriminação de raça ou de gênero, ao trabalho infantil e ao trabalho escravo, em afronta a previsão aos artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988; do artigo 149 do Código Penal Brasileiro; do Decreto nº 5.017, de 12 de março de 2004 (promulga o Protocolo de Palermo) e das Convenções da OIT nos 29 e 105.

XIII- JUSTIFICATIVA PARA ADOÇÃO DO PREGÃO ELETRÔNICO

Trata-se de aquisição de serviços comuns, contratação de Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, a ser contratado mediante licitação, na modalidade pregão, em sua forma eletrônica, prevista no art. 1º c/c 2º, § 1º, ambos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002

XIV- MAPA DE RISCOS:

Este documento encontra-se anexado ao Estudo Técnico Preliminar.

Porto Velho, 12 de abril de 2021

EQUIPE DE PLANEJAMENTO			
Qtd	Nome	Setor	Assinatura
1	CARLOS ROBERTO CARVALHO DE JESUS	CAS	(assinado digitalmente)
2	KATIANE GUEDES MOREIRA BRANDÃO	CAS	(assinado digitalmente)
3	JÉSSICA JÉVANNY ROCHA GÓES DOS SANTOS	CAS	(assinado digitalmente)
4	TAÍS BETÂNIA FUSINATO	CAS	(assinado digitalmente)
6	LISLANE RIBEIRO	SA	(assinado digitalmente)
7	VÍTOR ANTÔNIO FERNANDES FILHO	SA	(assinado digitalmente)

MAPA DE RISCO

FASE DE ANÁLISE

FASE DE PLANEJAMENTO

RISCO 01.

Erro na elaboração do orçamento estimativo da planilha de custo e formação de preços, detectado antes da licitação.

Probabilidade: () Baixa (**X**) Média () Alta

Impacto: () Baixa (**X**) Média () Alta

ID	DANO	
1.	Atraso no processo e contratação em virtude do prazo de conferência da planilha, bem como pode haver indícios de sobrepreço ou orçamento subestimado, implicando ajustes no feito, com a retificação do estudo preliminar, termo de referência e edital ainda não publicado.	
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.	Realizar levantamento e conferir as informações antes da publicação.	Gestor (equipe) da CAS
Id.	Ação de Contingência	Responsável
1.	Realizar nova conferência no orçamento previsto no estudo preliminar, TR e edital, checando os valores de referência.	Gestor (equipe) da CAS

FASE DE ANÁLISE**SELEÇÃO DO FORNECEDOR****RISCO 01**

Erro na qualificação técnica do fornecedor, detectado após a licitação e antes da assinatura do contrato.

Probabilidade: () Baixa (**X**) Média () Alta

Impacto: () Baixa () Média (**X**) Alta

ID	DANO	
1.	Atraso na licitação e na contratação tendo em vista que a licitação será revogada e publicação no da revogação da licitação, visto que erro na qualificação técnica restringe a participação de mais concorrentes.	
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.	Realizar conferência da qualificação técnica do futuro contratado.	Gestor(equipe) da CAS
Id.	Ação de Contingência	Responsável
1.	Revogação da licitação e republicação do edital de licitação com qualificação técnica do futuro contratado correta, abrindo novo prazo para abertura das propostas.	Pregoeiro

FASE DE ANÁLISE

FASE DE CONTRATAÇÃO

RISCO 01.

Proposta aceita pela administração, sem observações aos valores unitário e global de referência, bem como ausência de memória de cálculo na proposta, após a assinatura do contrato.

Probabilidade: () Baixa () Média (**X**) Alta

Impacto: () Baixa () Média (**X**) Alta

ID	DANO	
1.	Atraso no processo e contratação em virtude do prazo de conferência com indícios de sobrepreço ou orçamento subestimado, implicando ajustes no feito, com a retificação do estudo preliminar, termo de referência e edital ainda não publicado.	
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.	Realizar conferência na proposta a fim resgatar valores em favor do erário ou inibir a prática de aditivo..	Pregoeiro
Id.	Ação de Contingência	Responsável
1.	Pode ser o caso de anulação e nova licitação e apuração de responsabilidade	DG - Diretor-Geral

FASE DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

RISCO 01.

.Necessidade de o fiscal se ausentar em face de acompanhamento de outras contratações

Probabilidade: (**X**) Baixa () Média () Alta

Impacto: () Baixa () Média (**X**) Alta

ID	DANO
----	------

1.	Não avaliação de outros aspectos contratuais ou recebimento do serviço em desconformidade com as especificações técnicas.	
Id	Ação Preventiva	Responsável
1.	Realizar acompanhamento dos serviços até o término do contrato.	Gestor (equipe) da CAS - deverá indicar o nome do servidor para ser o fiscal do contrato e o nome do servidor como seu substituto
Id.	Ação de Contingência	Responsável
1.	Notificar fiscal substituto com antecedência.	CAS - Fiscal do Contrato

Porto Velho, 12 de abril de 2021

EQUIPE DE PLANEJAMENTO			
Qtd	Nome	Setor	Assinatura
1	CARLOS ROBERTO CARVALHO DE JESUS	CAS	(assinado digitalmente)
2	KATIANE GUEDES MOREIRA BRANDÃO	CAS	(assinado digitalmente)
3	JÉSSICA JÉVANNY ROCHA GÓES DOS SANTOS	CAS	(assinado digitalmente)
4	TAIS BETÂNIA FUSINATO	CAS	(assinado digitalmente)
6	LISLANE RIBEIRO	SA	(assinado digitalmente)
7	VÍTOR ANTÔNIO FERNANDES FILHO	SA	(assinado digitalmente)