

RESPOSTA À IMPUGNAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO N. 02/2024

Processo Administrativo nº 074/2024

Objeto: Contratação de serviços de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência, do tipo coparticipativo, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo estado de Minas Gerais e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCMG e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano, durante o período de 12 (doze) meses.

I. DAS PRELIMINARES

Trata-se de impugnação ao Edital do Pregão Eletrônico n. 02/2024 interposto pela empresa HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98.

Reconheço da legitimidade e da tempestividade da impugnação, nos termos do parágrafo único do art. 164 da Lei n.º 14.133/2021.

II. DAS RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

a) Desproporcionalidade entre a rede credenciada exigida e o número de beneficiários

Acerca da rede de atendimento prevista no item 4.3 dos Estudos Técnicos Preliminares, a impugnante faz as seguintes alegações:

Que as exigências da rede “são incompatíveis e extremamente desproporcionais ao número de beneficiários que serão atendidos, estimado em 242 (duzentos e quarenta e dois)”;

Que “não há qualquer justificativa técnica para exigência de rede com números tão expressivos”;

Que “não é plausível exigir que estejam à disposição da Administração hospitais que contem com mais de 500 (quinhentos) leitos para atender um número de pacientes consideravelmente menor, de apenas 242 (duzentos e quarenta e dois)”;

Que no quantitativo estabelecido “nem sequer estão considerando os estabelecimentos localizados fora de Belo Horizonte e já se mostram, ainda assim, desproporcionais”;

E que, diante os referidos apontamentos, “considerando a contrariedade aos princípios da proporcionalidade, competitividade, supremacia do interesse público e do equilíbrio econômico-financeiro, os subitens 4.3.1 a 4.3.1.1.5 dos Estudos Técnicos Preliminares (Apêndice I do Anexo I) merecem ser alterados para que a rede exigida esteja adequada ao número estimado de vidas que serão atendidas”.

b) Forma de reajuste

A impugnante alega que “especificamente para contratos coletivos de planos de saúde, a forma mais efetiva de manter o equilíbrio econômico-financeiro, aplicada corriqueiramente por todas as principais operadoras do País, inclusive nos contratos firmados com entidades públicas, consiste na incidência de reajuste que contemple: (i) o índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), isto é, a variação de custos com procedimentos, consultas, terapias e exames entre dois períodos consecutivos de 12 (doze) meses; e (ii) a sinistralidade efetivamente experimentada na carteira, quando a despesa anual com aquele grupo de beneficiários ultrapassa determinado percentual da receita do mesmo período”.

E que, “se mantido o reajuste tendo o IPCA como referência, o contrato se tornará insustentável do ponto de vista econômico-financeiro”, que tal índice “representar com precisão os reais custos e investimentos necessários à prestação dos serviços de assistência à saúde em questão”.

À vista disso, querer sejam alterados os itens 7.2 e 7.8 da minuta do contrato, anexo II, “para que passem a prever o reajuste anual do preço dos serviços com base no índice VCMH, mantendo-se a possibilidade de repactuação na hipótese de a sinistralidade atingir o índice de 75%, disposta no item 7.9.1”.

C) Valores de coparticipação

A impugnante alega que os preços de coparticipação estão abaixo do praticado no mercado o que pode acabar por se tornar inexecutável. Propõe que caberia à Administração receber as propostas e apurar qual se mostraria mais viável para os beneficiários.

Nesse sentido, requer seja a tabela constante do item 9.1.2 do Termo de Referência integralmente afastada, ou, ao menos, alterada para que os preços indicados se mostrem compatíveis com os praticados pelo mercado.

D) Reembolso integral

A impugnante alega que o reembolso integral, na forma disciplinada nos Estudos Técnicos Preliminares, é contrário à competitividade e gera ônus excessivo ao contratado. Cita de decisão do STJ, em que traz o reembolso integral como uma excepcionalidade.

III. DOS PEDIDOS DA IMPUGNANTE

Diante das alegações apresentadas, requer a impugnante sejam:

- A) alterados os subitens 4.3.1 a 4.3.1.1.5 dos Estudos Técnicos Preliminares (Apêndice I do Anexo I), a fim de que a rede exigida seja adequada ao número estimado de vidas que serão atendidas;
- B) alterados os itens 7.2 a 7.8 da Minuta de Contrato de Prestação de Serviços (Anexo II) e, assim, prever-se o reajuste anual do preço dos serviços com base no índice VCMH;
- C) afastada a tabela constante do item 9.1.2 do Termo de Referência e do item 8.1.2 dos Estudos Técnicos Preliminares (Apêndice I do Anexo I), ou, ao menos, alterá-la, de modo que os valores de coparticipação indicados se mostrem compatíveis com os praticados pelo mercado; e
- D) alterados os subitens 4.3.1.2.1 a 4.3.1.3 e 4.7.1 dos Estudos Técnicos Preliminares (Apêndice I do Anexo I), para que passem a prever o reembolso com base na tabela da contratada.

IV. DA ANÁLISE DA IMPUGNAÇÃO

Quanto à alegação de desproporcionalidade entre a rede credenciada exigida e o número de beneficiários:

A impugnante, ao afirmar que não há qualquer justificativa técnica para a exigência da rede de atendimento estabelecida, ignora os motivos trazidos a partir do item 4.3.1.1.7 dos Estudos Técnicos Preliminares, quais sejam:

Que a quantidade de leitos estabelecida, por hospitais, não se destina exclusivamente aos beneficiários do plano a ser contrato, tendo em vista que se trata de estrutura hospitalar posta à disposição de outros usuários de planos, contrato e convênios diversos e alheios à presente contratação.

Que dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2021) apontam que, dos 2,5 milhões de habitantes de Belo Horizonte, 51,3% possuem plano de saúde e 48,7% dependem do SUS. O que significa dizer que cerca de 1.282.500 (um milhão e duzentas e oitenta e duas mil e quinhentas) pessoas são beneficiárias de plano privado de assistência médica, enquanto, em 2018, esse número era de aproximadamente 750.472 (setecentas e cinquenta mil e quatrocentas e setenta e duas) pessoas (30% do total), o que demonstra uma crescente demanda pelo sistema privado de saúde.

Assim, a exigência de um quantitativo mínimo de hospitais e de consultórios/clínicas, em determinadas especialidades médicas, visa garantir que os beneficiários/empregados do CRCMG tenham um atendimento mínimo satisfatório, considerado o cenário geral apresentado.

De outra sorte, suponha-se que eventual plano contratado disponha de apenas um hospital, na cidade de Belo Horizonte, havendo aumento de demanda por parte dos beneficiários dos diversos planos privados, que pressione esse estabelecimento, restarão fatalmente prejudicados os beneficiários/empregados do CRCMG.

Com efeito, não há, no ato convocatório, qualquer exigência estabelecendo que os leitos ou a rede de atendimento sejam postos ao atendimento exclusivo dos beneficiários do plano de assistência médica a ser contratado pelo CRCMG. Os quantitativos previstos consideram o sistema de atendimento de planos de saúde privado em Belo Horizonte como um todo.

Ademais, nos termos dos itens 4.4.1 e 4.4.2 dos Estudos Técnicos Preliminares, será exigido da contratada, antes da assinatura do contrato, a comprovação de apenas 50% da rede de atendimento requerida para Belo Horizonte. Devendo a totalidade da rede ser apresentada no prazo de até 60 (sessenta) dias, contado do início de vigência do contrato, que poderá ser rede própria, credenciada, referenciada ou cooperada. Assim, caso a contratada não disponha da totalidade da rede até a data de assinatura do contrato, poderá complementá-la por meio de rede a ser credenciada, referenciada e cooperada, no prazo de até 60 dias, após a celebração do ajuste, nos termos dos Estudos Técnicos Preliminares.

Quanto à possibilidade de comprovação da rede atendimento fora do município de Belo Horizonte, reproduz-se abaixo a resposta ao pedido de esclarecimento, que consta do portal do CRCMG, de outra licitante sobre o tema:

Reconhece-se que a licitante apresenta um argumento razoável, uma vez que, de fato, o domicílio/residência dos beneficiários poderá estar mais próximo de cidades limítrofes à Belo Horizonte, do que de outra região dessa mesma cidade (BH). Nesse sentido, o atendimento da rede poderá compreender a conurbação, tendo como referência a cidade de Belo Horizonte.

Acerca da alegação de ônus excessivo, em razão da abrangência da rede de atendimento, estudos apontam em sentido contrário, conforme trazido no item 4.3.1.1.9 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.3.1.1.9. Além disso, os requisitos de rede de atendimento exigidos, como quantitativo de leitos, por exemplo, funciona como parâmetro de aferição do porte dos hospitais ofertados, que resulta em fator de eficiência e economia de escala:

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. Revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997 apud CONASS, 2011).

Portanto, não assiste razão à impugnante sobre a alegação de desproporcionalidade da rede atendimento exigida no ato convocatório.

Quanto inconformismo com a forma de reajuste

Cumpre ressaltar que não há norma da ANS sobre o reajuste de plano coletivo de assistência à saúde, como ocorre em relação aos planos individuais, regulados pela RN n. 441/2018, o qual adota, em parte, no cálculo, inclusive, o IPCA.

À vista disso, está em tramitação no Congresso o PL n. 164/2023, apensado ao PL 628/2020, que altera a Lei n. 9.656/1998, incluindo o art. 35-N e § 2º do art. 35-E, que fazer constar o IPCA como principal índice de atualização dos serviços de assistência médica:

Art. 35-N. Os reajustes das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, por variação de custos, serão limitados a índice estabelecido anualmente pela ANS.

§ 1º O índice previsto no caput deste artigo será válido para todos os tipos de contratação previstos no inciso VII do art. 16 desta Lei.

§ 2º Será considerada, como base para cálculo do índice previsto no caput deste artigo, compondo no mínimo 80% da proporção, a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde. § 3º Poderão ser utilizados no cálculo do índice previsto no caput deste artigo, de forma complementar, um fator de produtividade e um fator de ajuste de preços relativos intrasetor e entre setores.

§ 2º. Nos contratos individuais ou coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

A impugnante alega que a todas as principais operadoras do país adotam o índice VCMH em seus reajustes de preços, incidindo inclusive em contratos firmados pela Administração Pública. Contudo, em rápida pesquisa é possível verificar em diversos editais e contratos administrativos, que têm por objeto a contratação de plano de assistência médica, apresentam a previsão de reajuste de preços pelo IPCA, INPC ou I-GPM.

Portanto, não assiste razão à impugnante, no que se refere à alteração do índice de reajuste contratual, de IPCA para Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH).

Quanto ao inconformismo com os valores de coparticipação

Previamente, cumpre ressaltar que os valores de coparticipação não integram o preço global posto em disputa na licitação, nos termos dos itens 9.2 do Termo de Referência e 8.2 dos Estudos Técnicos Preliminares.

A pesquisa de preços foi realizada conforme Instrução Normativa Seges n. 65/2021, adotando-se como parâmetro contratações similares feitas pela Administração Pública. Contudo, verificou-se considerável discrepância entre os preços apurados, assim como em relação ao custo do contrato atual.

De igual modo, em relação à precificação de coparticipação nesses contratos, constatou-se ainda mais grave divergência de preços, os quais, na maioria, previam a cobrança pela incidência de determinado percentual máximo admitido (de 30% a 50%) sobre os preços de tabela da operadora, conjugado ou não, em alguns casos, também com um limite máximo de preço por evento (de R\$ 100,00 a R\$ 181,97).

Ainda, tomou-se por referência o preço praticado no contrato atual, saliente-se que se trata de um contrato em execução há quase 5 anos, não havendo qualquer indício de inexecuibilidade.

Visando mitigar o risco de sobrepreço, na contratação como um todo, aplicou-se a regra do art. 6º, § 2º, da Instrução Normativa Seges n. 65/2021, adotando-se, neste caso, o índice IPCA, o que resultou em valores de coparticipação superiores ao preço praticado no contrato em execução, o qual não apresenta indicativo de inexecuibilidade, repise-se.

Quanto à proposição de se afastar a aplicação de preços máximos de referência de coparticipação, inevitavelmente, tal hipótese resultará na incidência dos valores integrais dos serviços tabelados pelas operadoras, em flagrante prejuízo aos beneficiários.

Portanto, não assiste razão à impugnante quanto à alegação de possível inexecuibilidade dos preços máximos estipulados para a cobrança de coparticipação.

Quanto ao inconformismo com o sistema de reembolso integral

A disciplina do sistema de reembolso integral, na forma estabelecida no edital, está de acordo com a RN ANS n. 566/2022:

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá

reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (grifo nosso)

Quanto à citada decisão do STJ, com efeito, são inúmeras as decisões do Tribunal que versam sobre a matéria, as quais, naturalmente, variam conforme o caso concreto, entre as quais, cita-se a decisão favorável ao reembolso integral:

Hipótese em que, a partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, bem como considerando o cenário dos autos em que se revela a omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz **este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente**, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial. Recurso Especial nº 1.990.471 – DF, rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023.

Portanto, não assiste razão à impugnante quanto alegação de desconformidade da previsão de reembolso integral, conforme os casos disciplinados no edital e nas normas da ANS.

V. DA DECISÃO

Diante do exposto, conheço da impugnação interposta pela empresa HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98, para, no mérito, negar-lhe provimento, nos termos da legislação vigente e das razões acima consignadas.

Belo Horizonte, 13 de maio de 2024.

Sergio Robson Mafra
Pregoeiro