

RESPOSTA A IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

PROCESSO Nº: 437/2020

REFERÊNCIA: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 011/2020

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SEGURO SAÚDE, PLANO DE SAÚDE OU ADMINISTRADORA E BENEFÍCIO PARA OPERAR PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA OS EMPREGADOS DA EMAP E SEUS DEPENDENTES, EM CONFORMIDADE COM A LEI 9.656/98, CONFORME ESPECIFICAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO I DESTE EDITAL.

I. DAS PRELIMINARES:

1. Impugnação interposta tempestivamente pela empresa CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL.

II. DAS RAZÕES DA IMPUGNAÇÃO

2. A empresa impugnante contesta, especificamente, (I) o objeto da licitação, ao ser permitida a participação de Administradora de benefícios; (II) a obrigatoriedade de contratação de mão de obra carcerária; (III) a divergência contida nas regras de reembolso constantes no termo de referência e no contrato; (IV) do reembolso pela tabela de classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos – CBHPM; (V) o prazo de autorização dos procedimentos; (VI) da responsabilidade do titular pelo uso indevido do cartão; (VII) da inaplicabilidade do índice da ANS para reajustar os preços dos planos; (VIII) dos requisitos de classificação hospitalar.

(I) DA IMPOSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

De fato, as obrigações impostas no edital, as quais foram estabelecidas com base no Termo de Referência apresentado, não permitem a participação de uma administradora de benefícios, razão pela qual o setor solicitante deverá alterar o Termo de referência para incluir as obrigações de uma administradora, bem como seus requisitos de habilitação, os quais serão específicos, ou promover a supressão da participação desta.

Como ao setor de Compras e Contratos compete a redação da minuta do Edital com base nos elementos contantes no Termo de Referência, deixo para o setor solicitante, no caso, a Gerência de Recursos informar a sua pretensão para a devida adequação, ratificando que os argumentos apresentados na impugnação são procedentes.

(II) DA INAPLICABILIDADE DA LEI ESTADUAL Nº 10.182 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2014

Os editais da EMAP são padronizados, razão pela qual consta em sua cláusula 12.7 a exigência de cumprimento da Lei estadual nº 10.182/2014. Todavia, como bem observou o impugnante, a exigência se faz apenas aos contratos para fornecimento de mão de obra, não se aplicando ao objeto a ser licitado nos autos do processo em análise.

(III) DAS DIVERGÊNCIAS NAS REGRAS DE REEMBOLSO

As alegações de divergência nas regras de reembolso não prosperam, não havendo dissonância entre a redação constante no termo de referência e contrato, senão vejamos: Primeiramente, cabe esclarecer que a subcontratação mencionada no alinea “aa” do item 13, diz respeito ao próprio objeto da licitação, ou seja, não pode a contratada se utilizar de um outro plano de saúde para realizar a prestação do serviço.

Assim suponhamos que o Plano X, vencedor do certame, não tenha na sua rede própria ou credenciada determinado serviço, este não poderá se utilizar do Plano Y para que para realização do procedimento. Esta relação não é permitida.

Portanto, em relação ao reembolso, este será integral e com base nos valores na tabela CBHPM, devendo ser mantidas as regras estabelecidas no termo de referência e no contrato.

(IV) DO REEMBOLSO PELA TABELA DE CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM

O fato da empresa adotar para reembolso apenas a sua Tabela Própria de Reembolso não restringe o caráter competitivo do certame, tmapouco pode ser objeto de impugnação.

A escolha da tabela da CBHPM como critério de reembolso é uma discricionariedade, que diz respeito ao próprio mérito administrativo. Cabe a administração escolher um critério para o reembolso que é utilizado por todas as empresas que prestam o serviço objeto do certame em análise.

Ademais, sendo a tabela da CBHPM de conhecimento público, é perfeitamente plausível que a impugnante estabeleça seu preço com base nos lá preços praticados.

Dessa forma, não há que falar em modificação das regras estabelecidas no termo de referência, no edital e minutas, razão pela qual opina esta GECOC pelo indeferimento da impugnação em relação a este tema.

(V) DA IMPOSSIBILIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO DE ATENDIMENTO

Em relação à vedação à contratada em estabelecer prazo para autorizar procedimentos eletivos, para consultas médicas, internações e exames complementares de qualquer natureza, esta GECOC se manifesta pela procedência da impugnação, em face do que dispõe o artigo 3º da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

(VI) DA RESPONSABILIDADE DO TITULAR PELO USO INDEVIDO DO CARTÃO

Em mais este aspecto não prosperam os argumentos da impugnante.

Isso porque, o término do contrato de trabalho não é causa para a perda da condição de usuário do plano de saúde, já que existe um direito garantido mediante acordo coletivo de trabalho, o qual determina que *os empregados desligados da EMAP, sem justa causa e, que no momento do seu desligamento já fazia gozo do plano de saúde oferecido pela empresa, ficará garantido o pagamento por parte da empresa das despesas integrais, referente a extensão do referido benefício pelo período de 06 (seis) meses após a rescisão,* conforme o que consta da Cláusula Nona, parágrafo quarto, do acordo coletivo de trabalho firmado entre a EMAP e o Sindicato dos Portuários – SINDPORT.

Mais a mais, o Termo de Referência, não atribuiu qualquer responsabilidade ao contratado, razão pela qual não há que se falar em alteração da alínea “b” das **Disposições Gerais** do Termo de Referência, razão pela qual improcedem os argumentos expendidos neste tópico pela Impugnante.

(VII) DA INAPLICABILIDADE DO ÍNDICE DA ANS PARA REAJUSTAR OS PREÇOS DOS PLANOS.

A EMAP é ciente de que o índice de reajuste estabelecido pela ANS para planos individuais não se aplica aos planos coletivos. Todavia, este índice é utilizado como parametro de negociação, vez que não há outro índice oficial aplicável aos planos de saúde coletivo.

Assim, partindo-se do valor autorizativo para reajuste dos planos individuais, guardadas as especificidades aos planos coletivos, parte-se daquele valor como parametro de negociação.

Não havendo qualquer proibitivo dessa regra, que vem sendo utilizada há muito pela EMAP e que tem sido aprovada junto aos órgãos de controle, esta GECOC opina pela sua manutenção.

(VIII) DOS REQUISITOS DE CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR

Por fim, em relação a impugnação do item 13 do Termo de Referência, alíneas “k” e “m” não há a divergência arguida.

É que na alínea “m”, na declaração a ser emitida, não se está exigindo rede hospitalar de clínicas locais, regionais e nacionais de primeira linha, mas que sejam de boa qualidade e tenha o mesmo padrão que uma de primeira linha.

Assim sendo, não há que se falar em alteração das alíneas “k” e “m” do item 13 do Termo de Referência, já que não há contradição ou divergência entre eles.

Ante o exposto esta GECOC decide por acatar a presente peça por tempestiva, para, no mérito deferir a impugnação nos itens **(I) DA IMPOSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, cabendo ao setor solicitante a decisão final acerca da supressão da participação de Administradora de Benefícios ou estipular as obrigações específicas a esta e **(V) DA IMPOSSIBILIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO DE ATENDIMENTO** já que a redação do item

2.3 do Termo de Referência conflita com o artigo 3º da Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011 da ANS.

São Luis, 16 de julho de 2020



FLÁVIA ALEXSANDRA NOLETO DE MIRANDA CARVALHO

GERENTE DE COMPRAS E CONTRATOS