

1. Documento: 38687-2023-4

1.1. Dados do Protocolo

Número: 38687/2023

Situação: Vinculado

Tipo Documento: Documento de Oficialização de Demanda - DOD

Assunto: Licitação

Unidade Protocoladora: SES - SECRETARIA DE SAUDE

Data de Entrada: 26/09/2023

Localização Atual: DILCD - DIVISAO DE LICITACOES E CONTRATACOES DIRETAS

Cadastrado pelo usuário: FABIANAV

Data de Inclusão: 17/10/2024 18:16

Descrição: Oferta de Assistência à Saúde Suplementar, com cobertura médico-hospitalar, a magistrados e servidores deste Tribunal e a seus dependentes.

1.2. Dados do Documento

Número: 38687-2023-4

Nome: 03 Estudo Tecnico Preliminar.pdf

Incluído Por: SECRETARIA DE SAUDE

Cadastrado pelo Usuário: FABIANAV

Data de Inclusão: 29/12/2023 16:17

Descrição: Estudo Técnico Preliminar

1.3. Assinaturas no documento

Assinador/Autenticador	Tipo	Data
FABIANA DE OLIVEIRA VASCONCELOS	Login e Senha	29/12/2023 16:17

Documento Gerado em 31/03/2025 14:26:48

As informações acima não garantem, por si, a validade da assinatura e a integridade do conteúdo dos documentos aqui relacionados. Para tanto, acesse a opção de Validação de Documentos no sistema e-PAD.



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO

CADERNO 3

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

Decisor:	Carlos Athayde Valadares Viegas
Unidade Demandante:	Secretaria de Saúde – SES
Responsável:	Fabiana de Oliveira Vasconcelos
Equipe de Planejamento:	Ana Elisa Ribeiro Ramim, Adriano Alves Martins, Bianca Kelly Chaves, Clara Angélica Vieira Passos Rocha, Christiane Nogueira de Podestá, Fernando Almeida Mizobuti, Graciele Tibo Barbosa Lima, Rodner Rodrigues Madureira de Almeida e Walter Augusto de Matos
Integrante demandante:	Adriano Alves Martins
Integrantes Técnicos:	Adriano Alves Martins, Rodner Rodrigues Madureira de Almeida
Integrantes Administrativos:	Ana Elisa Ribeiro Ramim, Bianca Kelly Chaves, Clara Angélica Vieira Passos Rocha, Christiane Nogueira de Podestá, Fernando Almeida Mizobuti, Graciele Tibo Barbosa Lima e Walter Augusto de Matos

I – DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

A Lei n. 8.112/1990 trouxe, em seu art. 230, a previsão de assistência à saúde do servidor, dispondo:

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. (grifo nosso)

Em consonância com o disposto na redação legal supracitada, a Resolução CNJ nº 207 de 2015¹ instituiu a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, estabelecendo, em seu art. 5º, II, que os tribunais devem, observadas as condições e realidades locais, “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”.

¹ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1850222021070160de0e6e8e45d.pdf>, acesso em 15/10/2023.

Por sua vez, a Resolução CNJ nº 294, de 2019², alterada pelas Resoluções n.º 495 e 500, ambas de 2023, regulamentou o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário, instituindo em seu art. 2º que:

Os órgãos do Poder Judiciário deverão instituir programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores, observadas as diretrizes desta Resolução, a disponibilidade orçamentária, o planejamento estratégico de cada órgão, e os princípios da legalidade, da razoabilidade e da proporcionalidade.

O art. 4º da resolução supracitada estabeleceu, ainda, que a assistência à saúde dos beneficiários será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma suplementar, por meio de regulamentação dos órgãos do Poder Judiciário, mediante umas das seguintes opções:

I – autogestão de assistência à saúde, conforme definido em regulamento próprio aprovado pelo órgão, inclusive com coparticipação;

II – contrato com operadoras de plano de assistência à saúde;

III – serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

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

Internamente, a Instrução normativa GP n.º 64/2020 regulamenta o Plano de Assistência à Saúde no âmbito do TRT-3, dispondo, em seu art. 2º, §1º, que a assistência à saúde abrange:

a prestada diretamente pelas unidades de saúde deste Tribunal, a oferecida no âmbito do plano próprio (TRTer Saúde), a disponibilizada por meio de plano privado contratado pelo Tribunal e a decorrente de avença firmada entre este Regional, a seu critério, e entidade representativa de Magistrados ou Servidores que tenha firmado a contratação de plano de saúde privado, e o pagamento de auxílio de caráter indenizatório para cobertura de despesas com medicamentos.

Não obstante as exigências normativas supracitadas, é cediço que a assistência à saúde suplementar, em especial a assistência médico-hospitalar, contribui para a manutenção, recuperação e promoção da saúde física e mental, como também da qualidade de vida dos magistrados, servidores e respectivos dependentes deste Tribunal. Com isso, percebe-se uma redução dos índices de absenteísmo no trabalho, colaborando, por consequência, para a melhoria dos serviços prestados à sociedade.

No preâmbulo da Resolução CNJ n. 207/2015³, é ressaltada a importância da preservação da saúde de magistrados e servidores para o alcance dos macrodesafios estabelecidos à época na Estratégia Judiciário 2020, teor da Resolução do CNJ n. 198/2014.

Os macrodesafios do Poder Judiciário foram atualizados pela Resolução CNJ n. 325/2020⁴ para o período 2021-2026:

Art. 1º Instituir a Estratégia Nacional do Poder Judiciário para o sexênio 2021-2026, aplicável aos tribunais indicados nos incisos II a VII do art. 92 da Constituição Federal e aos Conselhos de Justiça, nos termos do Anexo I desta Resolução, sintetizada nos seguintes componentes:

I – missão;

II – visão;

III – valores;

IV – macrodesafios do Poder Judiciário; e

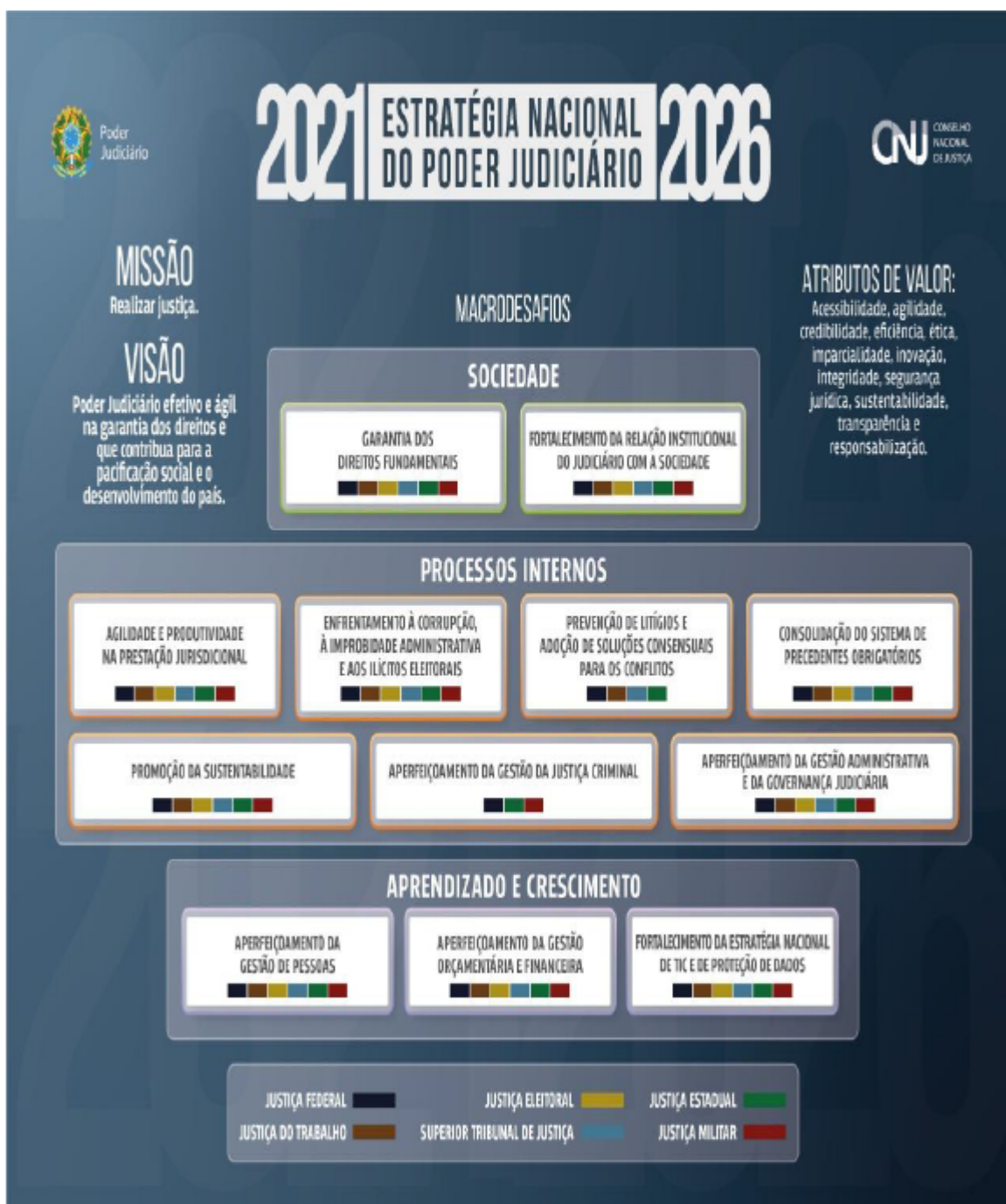
² <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado161942202305296474d09eefc1b.pdf>, acesso em 15/10/2023.

³ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1850222021070160de0e6e8e45d.pdf>, acesso em 15/10/2023.

⁴ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1802422022060962a235c29d678.pdf>, acesso em 15/10/2023.

V – indicadores de desempenho.

Parágrafo único. Os atos normativos e as políticas judiciárias nacionais produzidos pelo CNJ serão fundamentados, no que couber, na Estratégia Nacional do Poder Judiciário.



Demonstrada a importância de se garantir a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de magistrados, servidores e dependentes e o reconhecimento pelo Conselho Nacional de Justiça de que essas condições afetam os desafios enfrentados pelo Poder Judiciário, adentraremos à situação desta Especializada e à análise das soluções disponíveis para o atendimento da demanda.

Atualmente, este Regional possui 14.779 (quatorze mil, setecentos e setenta e nove) beneficiários inscritos no Plano de Assistência à Saúde deste Tribunal, dos quais 8.620 (oito mil seiscentos e vinte) correspondem a magistrados, servidores ativos e inativos e seus cônjuges ou companheiros e 6.159 (seis mil cento e cinquenta e nove) se referem a dependentes chamados de beneficiários especiais (pais, mães, filhos, enteados, menores sob guarda judicial, pensionistas filhos, servidores requisitados estaduais e municipais). Todos são assistidos pelo plano privado de assistência à

saúde, firmado entre o TRT-3 e a Unimed-BH, por meio do contrato [19SR006](#), o qual possui abrangência de cobertura assistencial médico-hospitalar em todo o Estado de Minas Gerais e com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

Ocorre que o contrato 19SR006 terá sua vigência expirada em 30/05/2024, sem possibilidade de nova prorrogação, havendo, portanto, a necessidade de nova solução para a continuidade da prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar pelo TRT-3.

Necessário acrescentar que, diante da solidificação do teletrabalho no Judiciário trabalhista, houve um crescimento no número de servidores residindo fora de Minas Gerais e, conseqüentemente, uma maior procura por assistência à saúde em cidades fora do Estado.

Além da cobertura em âmbito nacional, servidores e magistrados têm demandado a prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar em rede ampliada de hospitais com abrangência mínima estadual e que possua em seu rol, no mínimo, os hospitais da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Por fim, importante destacar que a solução deve contemplar, também, a realização de exames laboratoriais que subsidiarão o Exame Médico Periódico (EMP), conforme disposto no art. 6º, inciso IV, da Resolução 207, do Conselho Nacional da Justiça, na Resolução n.º 141/2014 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT) e no art. 206-A da Lei 8.112/90, que regulamentam os exames médicos periódicos dos magistrados e servidores da Administração Pública Direta.

Desta forma, a solução deverá atender a estas demandas, ainda que haja o respectivo custeio complementar⁵ pelos magistrados e servidores.

II - PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANEJAMENTO DO TRT

A contratação está alinhada ao Planejamento Estratégico do TRT-3?

A presente demanda alinha-se ao Plano Estratégico do TRT3 para o período de 2021 a 2026 elaborado pela Gestão de Governança e Estratégia deste Tribunal com a estratégia organizacional “Incrementar modelo de gestão de pessoas em âmbito regional”. A demanda está também alinhada ao objetivo estratégico OE9-Meta 12 (CSJT) - Promover a saúde de magistrados e servidores.

II.1 - PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL DO TRT

A contratação está alinhada/inserida no Plano Anual de Contratações do TRT-3?

Há correlação com o [Plano de Contratações Anual de 2024](#) deste Tribunal, que apresenta como demanda a oferta de Plano de saúde para magistrados, servidores e grupo familiar no item de número ID 136.

II.2 - PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PDTIC DO TRT

Não se trata de contratação de soluções de TIC.

⁵ O custeio da diferença dos planos nacional e com acesso à rede ampliada de hospitais, em relação ao plano estadual, será feito pelos magistrados e servidores que optarem por tais planos.

III – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Quais os requisitos necessários para o atendimento da necessidade?

Os requisitos aqui elencados para o atendimento da necessidade foram indicados pelo consultor médico, Dr. Marcelo Augusto Amaral, contratado para subsidiar a Administração do TRT-3 em relação à contratação de plano de assistência à saúde médico-hospitalar.

Destaca-se que para a definição da rede credenciada mínima o consultor considerou a localidade de residência dos magistrados e servidores, bem como locais onde há oferta de estrutura médico-hospitalar adequada.

1) Cobertura ambulatorial

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, conforme resoluções e regulamentações complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A solução deverá assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

- a) consultas e sessões médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS;
- d) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogos como por médicos devidamente habilitados;
- e) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados em resolução normativa da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- f) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, para segmentação ambulatorial.

2) Cobertura hospitalar com Obstetrícia

A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS.

A solução deverá assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

- a) internação hospitalar, inclusive psiquiátrica, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;

- b) internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de atendimento em hospital-dia para transtornos mentais;
- d) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- e) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- f) diária de internação hospitalar;
- g) despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- h) exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- i) taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
- j) cobertura dos tratamentos decorrentes de acidentes de trabalho;
- k) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de dezoito, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e pessoa com deficiência, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- l) cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de doenças ou acidentes pessoais que causem problemas funcionais;
- m) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- n) órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- o) procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;
- p) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- q) cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
 - i) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

- ii) quimioterapia ambulatorial;
 - iii) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - iv) hemoterapia;
 - v) cirurgias oftalmológicas, inclusive refrativas, obedecendo às diretrizes do rol da ANS;
 - vi) nutrição parenteral ou enteral;
 - vii) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - viii) embolizações e radiologia intervencionista;
 - ix) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - x) procedimentos de fisioterapia listados no rol de procedimentos da ANS;
 - xi) eletrococleografia;
 - xii) cirurgias esterilizadoras (vasectomia e salpingotripsia);
 - xiii) cirurgia bariátrica;
 - xiv) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, quando esta última houver sido coberta pela empresa operadora do plano de saúde;
 - xv) cirurgia plástica reconstrutora de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- r) medicamentos nacionais ou importados, caso não haja similar nacional, durante os períodos de internação;
- s) utilização de leitos especiais, monitores, aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
- t) despesas com marcapasso e “stent” de qualquer natureza;
- u) unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente, sem limitação de prazo;
- v) cobertura de transplantes de medula óssea, fígado, córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- i) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - ii) os medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, utilizados durante a internação;
 - iii) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - iv) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

- v) transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica.
- w) cobertura dos procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, quando assim especificados em resolução normativa da ANS, assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagem.
- x) cobertura das despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

3) Padrão de acomodação em internação

A solução deverá garantir a todos os beneficiários acomodação em regime de internação em apartamento individual, com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante no caso de pacientes menores de dezoito anos, com idade igual ou superior a sessenta anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediatos ou pessoa com deficiência.

4) Abrangência geográfica

A solução deverá garantir as seguintes abrangências geográficas de atendimento:

a) Abrangência Estadual

Serão asseguradas cobertura eletiva nas cidades onde há unidades de trabalho do TRT-MG e cobertura de urgência e emergência em âmbito nacional.

Atualmente, a Jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região é composta pelo Município de Belo Horizonte e por 65 cidades espalhadas pelo Interior de Minas Gerais:

Aimorés, Alfenas, Almenara, Araçuaí, Araguari, Araxá, Barbacena, Betim, Bom Despacho, Caratinga, Cataguases, Caxambu, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Coronel Fabriciano, Curvelo, Diamantina, Divinópolis, Formiga, Frutal, Governador Valadares, Guanhães, Guaxupé, Itabira, Itajubá, Itaúna, Ituiutaba, Iturama, Januária, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Manhuaçu, Monte Azul, Montes Claros, Muriaé, Nanuque, Nova Lima, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Pedro Leopoldo, Pirapora, Piumhi, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Santa Rita do Sapucaí, São João Del Rei, São Sebastião do Paraíso, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Três Corações, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí e Varginha.

Para a abrangência estadual, a solução deverá assegurar, no mínimo, os seguintes serviços e rede de atendimento:

- i) 20 (vinte) hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com Excelência”;

- ii) 5 (cinco) hospitais com CTI na Região Metropolitana de Belo Horizonte e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e neurologia, para atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia;
- iii) 2 (dois) hospitais com CTI pediátrico na Região Metropolitana de Belo Horizonte, para atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia;
- iv) 05 (cinco) laboratórios de análises clínicas; 05 (cinco) laboratórios de anatomia patológica; 05 (cinco) clínicas de exames por imagens; 01 (um) serviço de medicina nuclear; 04 (quatro) clínicas especializadas em oncologia e 05 (cinco) clínicas especializadas em oftalmologia; e 05 (cinco) clínicas especializadas em otorrinolaringologia na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- v) 1 (um) hospital com CTI, nos municípios de Alfenas, Araguari, Araxá, Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Curvelo, Divinópolis, Formiga, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Montes Claros, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia e Varginha, para internação eletiva nas especialidades Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia e Ginecologia/Obstetrícia e serviço de urgência e emergência 24 horas por dia;
- vi) 02 (dois) Laboratórios de análises clínicas; 01 (um) laboratório de anatomia patológica e 01 (uma) clínica de exames por imagens; 5 (cinco) médicos credenciados para atendimento em consultório particular em cada uma das especialidades médicas, “Clínica Médica”, “Pediatria”, “Cirurgia Geral”, “Ortopedia”, “Cardiologia”, “Gastroenterologia”, e “Ginecologia/Obstetrícia”, nas cidades acima listadas;
- vii) 3 (três) hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte, para realizar atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia;
- viii) 2 (dois) hospitais/clínicas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, para realizar atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia;
- ix) 1 (um) hospital/clínica oftalmológica na Região Metropolitana de Belo Horizonte, para realizar atendimento às urgências e emergências oftalmológicas, 24 horas por dia;
- x) 1.000 (um mil) médicos credenciados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, pelo menos 5 em cada especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade;
- xi) capacidade para realizar atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na Região Metropolitana de Belo Horizonte; e,

- xii) 1 (um) hospital com CTI, nos municípios fora do estado de Minas Gerais, quais sejam: Aracaju (SE); Belém (PA), Boa Vista (RR); Brasília (DF); Campinas (SP); Campo Grande (MS), Cuiabá (MT); Curitiba (PR); Florianópolis (SC); Fortaleza (CE); Goiânia (GO); João Pessoa (PB); Maceió (AL); Macapá (AP), Manaus (AM); Natal (RN); Palmas (TO), Porto Alegre (RS); Porto Velho (RO), Recife (PE); Ribeirão Preto (SP); Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ); Salvador (BA); São Luís (MA), São José dos Campos (SP); São Paulo (SP); Teresina (PI), Vitória (ES) e Vitória da Conquista (BA), para realizar atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia.

b) Abrangência Nacional

A solução deverá assegurar cobertura eletiva e de urgência e emergência em âmbito nacional, garantindo, no mínimo, todos os serviços e rede de atendimento dispostos abaixo:

- i) rede de atendimento e serviços exigidos no item 4, "a" (abrangência estadual) deste documento;
- ii) 03 (três) hospitais, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, e leitos de CTI, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia; em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes os Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo, sendo pelo menos 1 (um) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com Excelência”;
- iii) 03 (três) hospitais, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, e leitos de CTI, no mínimo, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia; em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes os Estados: Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte;
- iv) 02 (dois) hospitais, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia; e com leitos de CTI, nas seguintes cidades: Vila Velha (ES); Maringá (PR); Campinas (SP); São José do Rio Preto (SP) e Ribeirão Preto (SP);
- v) 01 (um) hospital, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia e neurologia, com leitos de CTI, no mínimo, em cada capital e/ou região metropolitana de todos os Estados e, preferencialmente, nas seguintes cidades: Arapiraca (AL); Vitória da Conquista (BA); Porto Seguro (BA); Guarapari (ES); Domingos Martins (ES); Colatina (ES); Anápolis (GO); Dourados (MS); Petrolina (PE); Foz do Iguaçu (PR); Cabo Frio (RJ); Volta Redonda (RJ); Novo Hamburgo (RS); Santa Maria (RS); Balneário Camburiú

(SC); Blumenau (SC); Chapecó (SC); Paulínia (SP); Sorocaba (SP); Taubaté (SP) e Presidente Prudente (SP);

- vi) 1 (um) hospital com CTI pediátrico, para atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo;
- vii) 05 (cinco) laboratórios de análises clínicas; 05 (cinco) laboratórios de anatomia patológica; 05 (cinco) clínicas de exames por imagens; 01 (um) serviço de medicina nuclear; 03 (três) clínicas especializadas em oncologia; 05 (cinco) clínicas especializadas em oftalmologia; e 05 (cinco) clínicas especializadas em otorrinolaringologia, em cada capital e/ou região metropolitana dos estados seguintes Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo; e,
- viii) Nas cidades listadas nos itens ii, iii e iv, deverá ter capacidade de atendimento em no mínimo 02 (dois) laboratórios de análises clínicas; 01 (um) laboratório de anatomia patológica e 01 (uma) clínica de exames por imagens; no mínimo, 5 (cinco) médicos credenciados para atendimento em consultório particular em cada uma das especialidades médicas, “Clínica Médica”, “Pediatria”, “Cirurgia Geral”, “Ortopedia”, “Cardiologia”, “Gastroenterologia” e “Ginecologia/Obstetrícia”.

5) Acesso a rede ampliada de hospitais

A solução deverá disponibilizar aos beneficiários da assistência médico-hospitalar acesso a uma rede ampliada de hospitais, incluindo no seu rol, além dos hospitais de abrangência estadual mencionados na alínea “a”, no mínimo os hospitais da rede MaterDei localizados na cidade de Belo Horizonte.

A rede ampliada de hospitais deverá ser composta de hospitais que seguem os protocolos para qualidade e segurança dos serviços hospitalares, que dispõem de médicos especialistas renomados, parque tecnológico moderno e atualizado, que garantem maior disponibilidade de leitos para internação e oferecem acomodações de melhor qualidade quando comparadas às de outros hospitais.

6) Remoção terrestre e aérea

A solução deverá garantir a remoção no território nacional, em casos de urgência e de emergência, do local onde se encontra o paciente para o hospital de destino, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano de saúde, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação.

Deverá ser garantido o serviço de remoção em ambulância, conforme indicação médica, inclusive dotada de CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, sem limite de quantidade ou valor.

Deverá ser garantido, ainda, o serviço de remoção aérea em todo o território nacional, por meio de aeronaves devidamente equipadas para situações que exijam cuidados médicos imediatos e intensivos com risco de vida, exclusivamente por indicação médica, observando-se os seguintes aspectos:

- o diagnóstico e as condições gerais do paciente;

- o horário e local em que se encontra o paciente;
- os locais de pouso e condições meteorológicas;
- a distância, o tempo de remoção e a proximidade de recurso tecnicamente mais adequado.

O serviço de remoção aeromédica deve estar disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

A remoção aérea será efetuada, conforme indicação médica, exclusivamente do local onde se encontra o paciente para o hospital, em casos de urgência ou emergência, independentemente de necessidade de internação em CTI.

Para continuidade do tratamento, conforme indicação médica, será garantida ao paciente a remoção aérea para hospital que ofereça a assistência necessária, desde que seja indispensável a indicação de transporte em estrutura de CTI e o quadro clínico permita a remoção.

O serviço de remoção aérea deverá ser disponibilizado para todos os beneficiários da assistência médico-hospitalar.

Caso a quantidade de fornecedores seja restrita, quais são os requisitos que limitam a participação? Esses requisitos são realmente indispensáveis?

Dependendo da solução escolhida, a quantidade de fornecedores pode ser restrita, no entanto, os requisitos listados acima são indispensáveis, não podendo a contratação se abster de nenhum deles, sob pena de não atendimento integral do problema.

Há que se frisar, no entanto, que nem todas as soluções disponíveis dependem da existência de fornecedores, a exemplo da autogestão de assistência à saúde, o serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade e do auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso, os quais serão melhor detalhados no item “V - Levantamento de mercado” do presente documento.

Qual a data limite para o atendimento da necessidade?

Dia 30/05/2024, data do fim da vigência do atual contrato.

IV – ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES PARA A CONTRATAÇÃO, ACOMPANHADAS DAS MEMÓRIAS DE CÁLCULO E DOS DOCUMENTOS

Quais são as estimativas das quantidades para a contratação? Essas estimativas devem ser acompanhadas das memórias de cálculo e dos documentos que lhes dão suporte.

Para definição das quantidades podem ser considerados: Série histórica, levantamentos “*in loco*”, dentre outros.

Considerando que existe mais de uma necessidade a ser solucionada, as estimativas de quantidades levaram em consideração cada uma das demandas a serem supridas.

Desta forma, para a busca da solução que pretende dar continuidade à prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar pelo TRT-3 em substituição ao contrato 19SR006, levou-se em consideração os atuais inscritos no Plano de Assistência à Saúde deste Tribunal e que residem em Minas Gerais ou seja, 14.457 (quatorze mil, quatrocentos e cinquenta e sete) beneficiários, dos quais 8.405 (oito mil quatrocentos e cinco) correspondem a magistrados, servidores e cônjuges ou

companheiros e 6.052 (seis mil e cinquenta e dois) se referem a beneficiários especiais (pais, mães, filhos, enteados, menores sob guarda judicial, pensionistas filhos, servidores requisitados estaduais e municipais) - vide Plano de saúde 1 abaixo.

Para a busca da solução que pretende suprir a demanda dos servidores, magistrados e demais beneficiários que residem fora de Minas Gerais por assistência à saúde suplementar médico-hospitalar com abrangência nacional, foi extraído do Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGEP) do TRT-3 o quantitativo de todos os servidores e magistrados que residem fora do Estado, assim como os cônjuges, companheiros, pais e filhos cadastrados como dependentes dos servidores e magistrados que residem fora de Minas Gerais. Desta forma, buscou-se estimar os potenciais beneficiários que terão interesse em aderir à solução que disponibilize abrangência nacional - vide Plano de saúde 2 abaixo.

Por sua vez, para a pesquisa de uma solução que supra a demanda dos servidores e magistrados por uma prestação de assistência à saúde suplementar médico-hospitalar em rede ampliada de hospitais, levantou-se no SIGEP todos os potenciais beneficiários que não estão atualmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde deste Tribunal, bem como seus cônjuges, companheiros, pais e filhos cadastrados como seus dependentes, residentes em Minas Gerais. Essa metodologia levou em consideração que os que não inscritos no Plano atualmente ofertado pelo Tribunal, mesmo residindo em Minas Gerais, possivelmente estão insatisfeitos com a rede hospitalar disponível, e procuram por um plano com acesso a outros hospitais, principalmente em Belo Horizonte - vide Plano de saúde 3 abaixo.

Assim, o quantitativo estimado de beneficiários por tipo de plano de saúde ficou distribuído da seguinte maneira:

PLANO DE SAÚDE 1	
Solução que pretende dar continuidade à prestação de assistência à saúde suplementar médico-hospitalar pelo TRT-3 em substituição ao contrato 19SR006 - Abrangência estadual	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	2
24 a 28 anos	58
29 a 33 anos	202
34 a 38 anos	639
39 a 43 anos	1.122
44 a 48 anos	969
49 a 53 anos	845

54 a 58 anos	1.106
Acima de 59 anos	3.462
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	2.265
19 a 23 anos	640
24 a 28 anos	664
29 a 33 anos	529
34 a 38 anos	344
39 a 43 anos	279
44 a 48 anos	134
49 a 53 anos	74
54 a 58 anos	64
Acima de 59 anos	1.059
Total Plano de Saúde 1:	14.457

PLANO DE SAÚDE 2	
Solução que pretende suprir a demanda de servidores e magistrados por assistência à saúde em cidades fora de Minas Gerais - Abrangência nacional	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada

0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	0
24 a 28 anos	23
29 a 33 anos	42
34 a 38 anos	89
39 a 43 anos	96
44 a 48 anos	51
49 a 53 anos	42
54 a 58 anos	44
Acima de 59 anos	152

BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS

Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	134
19 a 23 anos	32
24 a 28 anos	27
29 a 33 anos	17
34 a 38 anos	6
39 a 43 anos	4

44 a 48 anos	4
49 a 53 anos	5
54 a 58 anos	3
Acima de 59 anos	64
Total Plano de Saúde 2:	729

PLANO DE SAÚDE 3

Solução que pretende suprir a demanda de servidores e magistrados por acesso a rede ampliada de hospitais, englobando a rede credenciada do plano1 e contemplando também, no mínimo, a rede Materdei em Belo Horizonte

BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES

Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	0
24 a 28 anos	14
29 a 33 anos	35
34 a 38 anos	47
39 a 43 anos	72
44 a 48 anos	57

49 a 53 anos	53
54 a 58 anos	52
Acima de 59 anos	143
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	144
19 a 23 anos	30
24 a 28 anos	13
29 a 33 anos	8
34 a 38 anos	3
39 a 43 anos	2
44 a 48 anos	2
49 a 53 anos	2
54 a 58 anos	1
Acima de 59 anos	21
Total Plano de Saúde 3:	699

Foram consideradas interdependências com outras contratações, de modo a possibilitar economia de escala?

Não foram encontradas outras contratações interdependentes às em pauta.

Vale registrar que os planos de saúde 1 e 2 apenas se diferenciam em relação à área geográfica de abrangência, estadual e nacional, respectivamente. Assim, em uma eventual licitação para atendimento das demandas descritas nos planos 1 e 2, a EPC concluiu ser pertinente aglutiná-los em um mesmo grupo, pois: a) no mercado há variedade de operadoras e seguradoras de saúde capazes de ofertar planos de assistência médico-hospitalar com ambas abrangências geográficas; b) a contratação do plano de saúde 2 separadamente poderia acarretar alta sinistralidade contratual e, conseqüentemente, altos

índices de reajustes, tendo em vista que os gastos de utilização seriam distribuídos entre um número pequeno de usuários (729 conforme estimativa), o que poderia tornar o plano insustentável por mais de um ano; e, c) havendo contratação dos planos de saúde 1 e 2 por uma mesma empresa, será possível exigir a aplicação de índice de reajuste contratual único, que será calculado considerando o total de beneficiários e de gastos de ambos os planos, o que minimizará os riscos inerentes ao plano 2.

Por fim, considerando as especificidades inerentes ao plano de saúde 3 e considerando o número reduzido de empresas no mercado capazes de ofertar os três planos em conjunto, a EPC concluiu ser pertinente, em uma eventual licitação, licitar o plano de saúde 3 separadamente. Assim, em caso de insucesso da licitação para esse plano, os demais não seriam comprometidos.

V – LEVANTAMENTO DE MERCADO

Qual a justificativa para a contratação?

A assistência à saúde do magistrado, servidor, ativo ou inativo, e de seus familiares compreendendo assistência médica, hospitalar, odontológica e psicológica, como implemento de ações preventivas, contribui para a manutenção, recuperação e promoção da saúde física e mental e da qualidade de vida dos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde deste Regional. Esta contratação, além de contribuir para promoção da saúde e qualidade de vida dos beneficiários, contribui também para diminuir o índice de absenteísmo dos magistrados e servidores deste Tribunal e, conseqüentemente, a melhoria da produtividade e do serviço prestado à sociedade.

Quais as soluções disponíveis no mercado (produtos, fornecedores, fabricantes, etc.) que atendem aos requisitos especificados?

Em primeiro lugar, é indispensável esclarecer que, devido à sua singularidade, a prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar pelo TRT-3 contempla soluções diversas que não envolvem apenas as disponíveis no mercado, mas também soluções desassociadas de ofertas externas, vez que se trata de um objeto fortemente regulamentado internamente e pelos órgãos superiores.

Por esta razão, serão analisadas neste tópico todas as soluções estatuídas nos normativos para o atendimento da demanda, sejam as que dependem de disponibilidade no mercado, sejam as que independem desse fato externo.

Conforme já apresentado, o caput do art. 230 da Lei 8.112 dispõe que a assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família será prestada das seguintes formas:

- a) pelo Sistema Único de Saúde – SUS,
- b) diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor,
- c) mediante convênio ou contrato,
- d) na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor.

Detalhando a terceira forma supracitada (mediante convênio ou contrato), o §3º do art. 230 da lei 8.112 autoriza que a União e suas entidades autárquicas e fundacionais:

- a) celebrem convênios exclusivamente para a prestação de serviços de assistência à saúde para os seus servidores ativos e inativos e seus respectivos grupos familiares definidos com entidades de autogestão por elas patrocinadas na forma da regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões
- b) firmem contratos, mediante licitação, com operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador

Nesse ponto, necessário frisar que o órgão regulador a que se refere o §3º acima é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o qual regulamentou as entidades de autogestão por meio da Resolução n 137, de 14 de novembro de 2006, alterada pela Resolução nº 148, de 03 de março de 2007.

Em consonância com o exposto na lei 8.112, o art. 4º da Resolução CNJ nº 294, de 2019 estatui que os órgãos do Poder Judiciário poderão prestar assistência à saúde dos beneficiários de forma suplementar por meio das seguintes opções:

I – autogestão de assistência à saúde, conforme definido em regulamento próprio aprovado pelo órgão, inclusive com coparticipação;

II – contrato com operadoras de plano de assistência à saúde;

III – serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

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

Diante da necessidade de se ampliar o conhecimento da Equipe de Planejamento da Contratação sobre as soluções disponíveis no mercado que atendam às disposições da Resolução CNJ 294/2019, bem como às demandas de magistrados e servidores descritas neste Estudo Técnico Preliminar, foram realizadas as seguintes ações:

a) Benchmarking com outros órgãos públicos

Para verificar quais soluções são adotadas por outros órgãos públicos em relação à oferta de assistência médico-hospitalar suplementar a seus magistrados e servidores e dependentes, a Secretaria de Saúde encaminhou, em 21/08/2023, o "[Questionário sobre Assistência à Saúde ofertada a magistrados, servidores e dependentes](#)" a 59 (cinquenta e nove) órgãos da Justiça Federal e Estadual (vide tabela abaixo):

Órgão público consultado	E-mail
TRT1	dicco@trt1.jus.br
TRT2	diretoria.saude@trt2.jus.br
TRT4	csaude@trt4.jus.br
TRT5	trt5saude@trt5.jus.br
TRT6	diretoriatrt6saude@trt6.jus.br
TRT7	saude@trt7.jus.br
TRT8	copas@trt8.jus.br
TRT9	didesb@trt9.jus.br
TRT10	nupas@trt10.jus.br
TRT11	set.med.forum@trt11.jus.br
TRT12	saude@trt12.jus.br
TRT13	csaude@trt13.jus.br
TRT14	ds@trt14.jus.br
TRT15	spa.cdp@trt15.jus.br

TRT16	servsaude@trt16.jus.br
TRT17	nusaud@trt17.jus.br
TRT18	saude@trt18.jus.br
TRT19	sesau@trt19.jus.br
TRT20	saude@trt20.jus.br
TRT21	dsau@trt21.jus.br
TRT22	dampo@trt22.jus.br
TRT23	sqv@trt23.jus.br
TRT24	gab_saude@trt24.jus.br
TRF1	diasa@trf1.jus.br
TRF2	sgp@trf2.jus.br; coplas@trf2.jus.br
TRF3	saude@trf3.jus.br
TRF4	planosdesaude@jfpr.jus.br
TRF5	nas@trf5.jus.br
TRF6	secgp@trf6.jus.br
TRE-AC	cogep@tre-ac.jus.br
TRE-AL	camo@tre-al.jus.br
TRE-AM	comed@tre-am.gov.brç gabsgp@tre-am.jus.br
TRE-AP	samo@tre-ap.jus.br
TRE-BA	sedas@tre-ba.jus.br
TRE-CE	asaud@tre-ce.jus.br
TRE-DF	tresau@tre-df.jus.br
TRE-ES	alzira.mendonca@tre-es.jus.br
TRE-GO	seats@tre-go.jus.br
TRE-MA	codes@tre-ma.jus.br
TRE-MG	plano.saude@tre-mg.jus.br
TRE-MS	sgp@tre-ms.jus.br

TRE-MT	sas@tre-mt.jus.br
TRE-PA	sagp@tre-pa.jus.br
TRE-PB	codes@tre-pb.jus.br
TRE-PR	saude@tre-pr.jus.br
TRE-PE	cas@tre-pe.jus.br
TRE-PI	sas@tre-pi.jus.br
TRE-RJ	csint@tre-rj.jus.br
TRE-RN	sams@tre-rn.jus.br
TRE-RS	seats@tre-rs.jus.br
TRE-RO	sams@tre-ro.jus.br
TRE-RR	sas@tre-rr.jus.br
TRE-SC	saude@tre-sc.jus.br
TRE-SE	coasa@tre-se.jus.br
TRE-SP	sgp@tre-sp.jus.br
TRE-TO	comed@tre-to.jus.br
TJ-SP	assistenciasaude@tjsp.jus.br
TJ-RJ	desau@tjrj.jus.br
TJ-MG	gersat@tjmg.jus.br

Dos 59 órgãos consultados, 30 (trinta) responderam ao questionário, cujas respostas encontram-se sintetizadas na tabela abaixo:

Órgão público	Oferece assistência médico-hospitalar por meio de operadora de plano de assistência à saúde contratada?	Concede aos magistrados e servidores auxílio-saúde de caráter indenizatório por meio de reembolso?	Oferece assistência médico-hospitalar por meio de convênios firmados com associações ou sindicatos?	Oferece assistência médico-hospitalar por meio de plano de saúde na modalidade autogestão?
TJMG	Não	Não	Sim (SERJUSMIG)	Não

TJSP	Não	Sim	Não	Não
TRE AL	Não	Sim	Não	Não
TRE AM	Não	Não	Não	Sim (TRE+SAÚDE)
TRE DF	Sim	Não	Sim (AMHPDF, ASMEPRO, AMAI COOPANEST, ACB AMHPDF, ASMEPRO, AMAI COOPANEST e ACB)	Sim (TRE-Saúde)
TRE MG	Sim (UNIMED BH)	Sim	Não	Não
TRE MS	Sim (UNIMED Campo Grande)	Sim	Não	Não
TRE PI	Não	Sim	Sim (ASJEPI)	Não
TRE RR	Sim (GEAP)	Sim	Não	Sim
TRE RS	Sim (UNIMED Porto Alegre)	Não	Não	Não
TRE SC	Sim (UNIMED Grande Florianópolis)	Sim	Não	Não
TRE SE	Sim (GEAP e Seguros UNIMED)	Não	Não	Não
TRF 2	Sim (Seguros UNIMED)	não respondeu	não respondeu	não respondeu
TRF 3	Sim (Seguros UNIMED)	Sim	Não	Não
TRF 5	Sim (UNIMED Nacional e UNIMED Recife e CAMED)	Sim	Não	Sim (TRFMED)
TRF 6	Não	Sim	Sim (ASTTTER e SITRAEMG)	Sim (Pró-Social)
TRF 4 (Seção Judiciária do PR)	Sim (UNIMED Federação do Estado do PR)	Sim	Não	Não
TRT 6	Não	Não	Não	Sim (TRT6 SAÚDE)
TRT 7	Não	Sim	Sim (Anajustra e Sindissétima)	Não
TRT 8	Não	Não	Não	Sim (PAS - TRT8)
TRT10	Não	Não	Não	Sim (TRT SAÚDE 10)
TRT 9	Sim UNIMED e	Sim	Sim (Anajustra, Sinjutra, Saúde Abas -	Não

	ANAJUSTRA		Associação dos Magistrados Brasileiros, Judicemed)	
TRT 13	Sim (UNIMED João Pessoa)	Não	Não	Não
TRT 14	Sim (UNIMED Porto Velho)	Sim	Não	Não
TRT 15	Não	Sim	Não	Não
TRT 16	Sim (ASSEFAZ e GEAP)	Sim	Não	Não
TRT 17	Não	Sim	Não	Não
TRT 19	Sim (UNIMED Maceió)	Não	Não	Não
TRT 23	Não	Sim	Não	Não
TRT 24	Sim (UNIMED Campo Grande - MS)	Não	Não	Não

Depreende-se das respostas encaminhadas que a solução de oferta de assistência médico-hospitalar adotada pela maior parte dos órgãos consultados é a concessão de "auxílio-saúde de caráter indenizatório por meio de reembolso" (58%), seguida da solução "contratação de plano privado de assistência médico-hospitalar" (52%). Por sua vez, as soluções "planos de saúde na modalidade autogestão" e "convênios firmados com associações e sindicatos" são adotadas apenas por 32% e 20% dos órgãos consultados, respectivamente.

Verificou-se, ainda, que grande parte dos órgãos que responderam ao formulário disponibilizam, concomitantemente, mais de uma solução referente à oferta de assistência médico-hospitalar a seus magistrados, servidores e dependentes.

b) Contratação de consultoria médica

Para subsidiar tecnicamente a Administração do TRT-MG em relação à solução "contratação de plano privado de assistência médico-hospitalar" foi firmado, em 11/09/2023, o contrato 23SR043, com o consultor médico Dr. Marcelo Augusto Amaral.

Os serviços de consultoria contratados foram divididos em 6 etapas, conforme disposto no Parágrafo Primeiro do referido contrato.

A Etapa 1, já entregue pelo consultor, consistia em:

a. ETAPA 1: Pesquisa de mercado de Planos Privados de Assistência à Saúde e apresentação para a Administração do TRT de modelo mais adequado para o grupo de beneficiários do TRT 3ª Região:

a.1. O CONTRATADO deverá realizar pesquisa de mercado com diversos Órgãos públicos, a fim de elencar pontos positivos e negativos da assistência médico hospitalar suplementar por eles contratada. Essa pesquisa deverá abranger um leque diversificado de modelos de oferta de assistência médico-hospitalar como seguros saúde e planos de saúde. Além disso, deverão ser abordados aspectos referentes à cobertura territorial (regional ou nacional), cobrança ou

não de coparticipação e cobrança ou não de mensalidade diferenciada de acordo com as faixas etárias;

a.2. Após estudo detalhado dessa pesquisa de mercado, o CONTRATADO deverá apresentar à Administração do TRT-MG recomendação de modelo de assistência médico-hospitalar suplementar mais adequado para ser contratado pelo TRT 3ª Região.

No relatório elaborado pelo Dr. Marcelo Augusto Amaral, referente à entrega da Etapa 1, consta análise detalhada sobre as modalidades de operadoras existentes no mercado de saúde suplementar (vide item c.2 deste ETP), bem como análise pormenorizada dos contratos firmados entre empresas do mercado de saúde suplementar e os seguintes órgãos públicos:

b.1) Prefeitura de Belo Horizonte

- Modelo: oferta de 8 modelos de planos de saúde por meio de credenciamento com operadoras e seguradoras.
- Empresas credenciadas: Unimed-BH e Notre Dame Intermédica.
- Pontos positivos: respeito à escolha individual e plano coparticipativo.
- Pontos negativos: perda de massa para negociar, pulverização de contratos, controle de migração entre os planos e perda de competitividade, pois praticamente todos escolheram a Unimed BH.

b.2) Tribunal Superior Eleitoral

- Modelo: contratação de 3 modalidades de planos de saúde, via processo licitatório.
- Empresa contratada: Unimed Seguros.
- Pontos positivos: valores de mensalidades diferenciados, de acordo com a renda; não apresenta cobertura parcial temporária e call center exclusivo para atender os beneficiários do TSE, em dias úteis.
- Pontos negativos: elaboração de PCMSO, sem coparticipação; preços; licitação com prazo de 30 meses, prorrogáveis na forma da lei e cláusula de reajuste pelo IPCA planos de saúde, com a ressalva do reajuste técnico, por sinistralidade, negociado entre as partes após a análise e demonstração dos custos e receitas apurados no período de doze meses, e poderá ser aplicado caso a sinistralidade calculada seja menor que 70% (setenta por cento) ou maior que 80% (oitenta por cento).

b.3) Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região

- Modelo: contratação de plano de saúde com abrangência nacional, via processo licitatório.
- Empresa contratada: Unimed João Pessoa.
- Pontos positivos: abrangência nacional; inclusão de beneficiários em até 120 dias da homologação da licitação e aplicação de carência após este prazo, exceto para novo servidor, que tem 30 dias para adesão sem carência.
- Pontos negativos: carência para doença pré-existente e falta de coparticipação e reajuste pelo IGPM.

b.4) Tribunal Regional Federal 3ª Região

- Modelo: contratação de 2 modalidades de plano de saúde com abrangência nacional, via processo licitatório.
- Empresa contratada: Unimed Seguros.
- Pontos positivos: exigência de rede credenciada de alto nível.
- Pontos negativos: forma de reajuste; preços abusivos e sem necessidade de plano nacional para quem está em São Paulo.

b.5) Tribunal Regional Eleitoral de Sergipe

- Modelo: contratação de 2 modalidades de plano de saúde com abrangência nacional, via processo licitatório.
- Empresa contratada: Unimed Seguros.
- Pontos positivos: preço per capita; plano coparticipativo e garantia de pelo menos um credenciamento em cada capital.
- Pontos negativos: reajuste pelo IPCA.

c) Análise detalhada sobre as soluções dispostas na Resolução 294/2019 e na Lei 8.112/1990

Diante do apresentado nas alíneas anteriores, têm-se cinco modalidades de soluções disponíveis para as necessidades deste TRT-3 e que estão em consonância com a Resolução 294/2019, as quais serão analisadas a seguir:

c.1) Plano de Assistência à Saúde na modalidade autogestão

A autogestão constitui modalidade prevista expressamente como uma das formas de prestação de serviços de assistência à saúde.

Os planos de saúde na modalidade autogestão constituem uma modalidade de assistência à saúde prevista na lei n. 9.656/1998, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Tais planos seguem regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e são regulados pela Resolução Normativa n.º 137/2006 desta agência, a qual traz, em seu art. 2º, a seguinte definição de operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

Art. 2º - Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

a) sócios da pessoa jurídica; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).

f) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. (Redação dada pela RN n° 355, de 2014).

II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).

a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007)

b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).

c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).

d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).

e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN n° 355, de 2014)

f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)

g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN n° 148, de 2007).

h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)

i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)

j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 355, de 2014)

k) as pessoas previstas nas alíneas "e", "f", "h", "i" e "j" vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; ou (Acrescentado pela RN n° 272, de 20/10/2011)

III - pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: (Redação dada pela RN n° 355, de 2014)

a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN n° 148, de 2007).

b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).

c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e (Incluído pela RN nº 148, de 2007).

d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)

Frise-se a impossibilidade de operadoras de plano de saúde com autogestão participarem de licitação, tendo em vista os incisos II e III do art. 2º da Resolução 137 da ANS cuidarem de pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, e o inciso I tratar de pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente a funcionários, ex-funcionários e seus familiares vinculados à entidade de autogestão.

Conforme disposto no inciso II do dispositivo acima, a entidade pública ou privada poderá figurar como patrocinadora, instituidora ou mantenedora em um plano de saúde gerido por autogestão.

A instituição mantenedora é a que garante os riscos da entidade de autogestão decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio de termo de garantia.

A entidade será instituidora quando há um plano de saúde criado e administrado pelos seus próprios servidores/funcionários e restrito ao quadro da própria instituição que o criou. Isso se dá por meio da instituição de uma pessoa jurídica sem fins lucrativos a ser registrada na ANS e de um fundo de reserva garantidor desse plano de saúde.

c.1.1) Plano de Assistência à Saúde na modalidade autogestão oferecido pelo TRT-3

O art. 2º, II, da Resolução 137 da ANS traz a possibilidade de o TRT-3 instituir seu próprio plano de saúde na modalidade autogestão, por meio de uma pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, destinado aos seus servidores públicos ativos e inativos, adaptando-o às suas necessidades e realizando todo o gerenciamento da sua execução, desde a participação financeira do beneficiário do plano até o controle da qualidade dos serviços prestados pela rede credenciada.

Nesta solução, por ser uma modalidade sem fins lucrativos, os recursos arrecadados são destinados integralmente ao custeio do que foi efetivamente utilizado, no entanto, não é a opção mais viável ao TRT-3, pelos motivos expostos a seguir.

Primeiramente, um plano de saúde por autogestão necessitaria de estruturação de área específica e treinamento de servidores para especialização no assunto, tendo em vista não haver, atualmente, estrutura e nem quantitativo suficiente de servidores no nosso quadro com mão de obra especializada para compor a equipe de gestão.

Afora a inexistência de quantitativo suficiente de servidores no nosso quadro com mão de obra especializada para compor a equipe de gestão, destaca-se que, para prestar de forma satisfatória todos os atuais serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde, já há atuação integral do quadro de pessoal lotado na Secretaria.

Neste ponto, cabe frisar que o TRT-3, entre 1997 a 2008, ofertava a cobertura de assistência à saúde médico-hospitalar, além das coberturas psicossocial e odontológica, por meio do seu plano de autogestão TRTer Saúde, instituído pelo Ato n. 67/1995. Ocorre que, diante da dificuldade em se credenciar médicos e hospitais nas cidades do interior onde havia sedes do TRT-3, diante do considerável aumento do número de beneficiários decorrente da ampliação da cobertura do plano para dependentes de magistrados e servidores e, ainda, diante da complexidade inerente à gestão da modalidade de autogestão da assistência médico-hospitalar e a ausência de quadro pessoal para atuar em sua gestão, a Administração do TRT-3 optou por ofertar essa assistência por meio de contratação de operadora de planos de saúde.

Nos moldes atuais, a cobertura do Plano TRTer Saúde contempla as áreas de fisioterapia (RPG e Pilates), imunização, odontologia e psicologia e abrange magistrados e servidores ativos e inativos, cônjuges/companheiros, filhos até 24 anos se estudantes, pensionistas, correspondendo a cerca de 12.000 (doze mil) beneficiários. Tendo em vista a diversidade de serviços ofertados pelo plano e do número de beneficiários, grande parte do quadro de servidores da Secretaria de Saúde atua diretamente em sua gestão.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à atual política administrativa da Administração pública federal, que busca priorizar a terceirização de atividades meio, visando concentrar o quadro efetivo de servidores em atividades finalísticas e estratégicas para as instituições públicas. A transferência para terceiros de atividades acessórias deste Tribunal mostra-se como medida necessária ao aperfeiçoamento e agilidade da execução de serviços, além de possibilitar uma economia dos recursos públicos, vez que o servidor público será direcionado para atividades essenciais do Órgão. Assim, a implementação de uma autogestão para oferta de assistência médico-hospitalar mostra-se em dissonância com essa política.

Há que se ressaltar, ainda, os riscos decorrentes de uma autogestão de assistência médico-hospitalar em casos de tratamentos que demandam muitos recursos, como o tratamento com medicamentos novos, de alto custo, como quimioterápicos e imunobiológicos. Situações como essas poderiam, a depender do quantitativo de beneficiários afetados, consumir todo o valor depositado no fundo garantidor, deixando o paciente desamparado quanto à continuidade do tratamento e os demais beneficiários sem a prestação do serviço, ou o aumento do custeio pelos próprios beneficiários ou levando a aumento no valor da participação dos servidores para o custeio das despesas extraordinárias.

Vale reiterar, como já mencionado anteriormente, que o corpo atual de servidores do TRT-3 não possui expertise no assunto, o que poderia acarretar graves consequências para gestão hospitalar e de saúde suplementar, com redução do atendimento de pessoas com enfermidades e não detecção de possíveis fraudes.

Resumidamente, as vantagens e desvantagens de um plano de saúde na modalidade autogestão gerido pelo TRT-3 são as seguintes:

Vantagens	Desvantagens
Os recursos arrecadados são destinados integralmente ao que foi efetivamente utilizado.	Necessidade de estruturação de área específica e treinamento de servidores para especialização no assunto.
	Quantitativo insuficiente de servidores com mão de obra especializada para compor a equipe de gestão.
	A mão de obra existente no quadro da Secretaria de Saúde já é totalmente absorvida com os atuais serviços prestados pela Secretaria.
	Mostra-se dissonante com a priorização da terceirização de mão de obra que o TRT-3 e a Administração Pública em geral vem adotando nos últimos anos, buscando desafogar as áreas e liberar os servidores para atividades mais estratégicas e decisórias.

	Riscos altos decorrentes de uma autogestão de assistência à saúde em casos de tratamentos que demandam muitos recursos e grande número de servidores com expertise na área.
--	---

Diante do grande número de desvantagens apresentadas por essa solução, recomenda-se descartar a criação de um plano de saúde na modalidade de autogestão gerido pelo próprio TRT-3.

c.1.2) Plano de Assistência à Saúde na modalidade autogestão oferecido por terceiros

Descartada a hipótese de criação de um plano de saúde gerido pelo próprio TRT-3 por meio de autogestão, a equipe de planejamento de contratação buscou no mercado planos de assistência à saúde na modalidade autogestão oferecidos por terceiros, sendo localizados dois planos que, a princípio, poderiam atender às necessidades do TRT-3: ASSEFAZ Saúde oferecido pela ASSEFAZ (Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda) e Saúde Abas, oferecido pela ABAS 15 (Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região).

Considerando que o assunto será devidamente tratado em tópico adiante (c.5.1, c.5.2 e c.5.3), concernente aos convênios pesquisados por este Regional, será dispensada, por ora, a análise deste tema.

c.2) Contrato com operadoras de plano de assistência à saúde.

A segunda opção de assistência à saúde que a Resolução CNJ nº 294, de 2019 elenca em seu art. 4º, inciso II, é a possibilidade de *"contrato com operadoras de planos de assistência à saúde"*.

Em relação a essa modalidade, conforme consta na parte I do estudo elaborado pelo consultor médico Dr. Marcelo Augusto Amaral (CRM-MG 28856), contratado para subsidiar tecnicamente a Administração deste TRT-3 na contratação de novo Plano de Saúde para magistrados, servidores e respectivos dependentes deste Regional, as operadoras estão separadas em 05 grandes modalidades no mercado.

c.2.1) Medicinas de grupo

“São empresas particulares, que tem grandes carteiras de beneficiários, algumas atuando nacionalmente, outras localmente. O que as une, são os serviços próprios de atendimento. Geralmente possuem ambulatório de porta de entrada e hospitais de média complexidade [...]O preço do produto depende do plano contratado e da rede credenciada. Os preços são competitivos, mas a rede credenciada e o acesso a ela, deixam a desejar.”

Exemplos: *“Intermédica e Amil, sendo que há fortes rumores de que esta última será vendida”*.

Conforme estudos realizado pelo consultor médico contratado, as vantagens e desvantagens são as seguintes:

Vantagens	Desvantagens
Preço da mensalidade é cerca de 30% inferior que um produto similar ao da Unimed BH (Unifácil), empresa atualmente contratada pelo TRT3.	Pouca rede credenciada no interior do Estado.

	Custo hospitalar diretamente proporcional ao dimensionamento da rede credenciada (Uma rede ampla, com hospitais de renome, o custo assistencial será mais alto)
	Há ambulatório próprio, que serve de porta de entrada para o sistema, ou seja, para consultar um neurologista, apenas com encaminhamento de um médico do serviço próprio

c.2.2) Cooperativas médicas

Trata-se de uma sociedade sem fins lucrativos que une profissionais autônomos em prol de um interesse comum, no caso, prestar serviços médicos à população.

Conforme estudos apresentados pelo Dr. Marcelo Augusto Amaral, “*O único exemplo é a Unimed. Em Belo Horizonte, tem preço competitivo e boa rede credenciada. Tem como ponto negativo, o processo de reajuste do contrato*”.

Foram apresentados os seguintes pontos positivos e negativos em relação à contratação da Unimed BH pelo consultor médico contratado:

Vantagens	Desvantagens
Possui informações gerenciais da carteira	Apresenta dificuldades em planos nacionais
Possui rede credenciada pronta	
Ampla rede credenciada em Minas Gerais	

c.2.3) Seguradoras

Conforme estudos realizados pelo consultor médico contratado:

“Geralmente apresentam uma rede credenciada de bons hospitais, mas nem sempre com o corpo clínico credenciado, por isso, utiliza-se muito o reembolso de despesas médicas, que muitas vezes, fica aquém do valor pago pelo serviço. Tem uma mensalidade mais elevada que a média do mercado, exceto para a Sul América, que quer ganhar mercado com uma política de preço e qualidade justos, após ser comprada pela rede de hospitais D`or.”

As vantagens e desvantagens são as seguintes:

Vantagens	Desvantagens
Oferecem uma rede credenciada hospitalar de qualidade e renome	Nem sempre a rede credenciada para consultas eletivas tem os melhores médicos
Sistema de reembolso	Quanto maior o reembolso, maior o valor da mensalidade e sem garantia de reembolso de 100% do valor pago, pois não há uma tabela particular.

Recentemente, houve credenciamento de vários médicos para pagamento direto, em virtude de fraude em reembolso	Pouca capilaridade no interior do estado, ficando restrita a polos regionais.
A Unimed Seguros tem boa rede credenciada, inclusive duas unidades do Mater Dei em Belo Horizonte.	A Unimed Seguros tem preço elevado, por ser plano nacional.

c.2.4) Administradoras de benefícios

Conforme estudos apresentados pelo Dr. Marcelo Augusto Amaral:

"É um grupo que reúne várias entidades representativas, como a Associação Médica Brasileira, CREA, etc., faz uma grande carteira de beneficiários e negocia, geralmente com uma medicina de grupo ou seguradora, um plano de saúde único para as várias entidades."

Ex: Qualicorp

Vantagens	Desvantagens
	Mensalidade acima da média quando comparado a planos similares
	A associação entre várias empresas para formar a carteira de beneficiários, tira a identidade do plano e o controle sobre os gastos.

c.2.5) Autogestões

Tendo em vista este tópico já ter sido exaustivamente analisado em tópico próprio, não será objeto de nova análise neste ponto.

c.3) Serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade

Conforme art. 2º, §1º da Instrução Normativa GP TRT-3 n. 64/2020, já citada neste documento, uma das modalidades de assistência à saúde abrange a prestada diretamente pelas unidades de saúde deste Tribunal.

Nos termos da norma supracitada, o TRT-3 presta assistência à saúde, de forma direta, por meio de seus servidores lotados na SAM (Seção de Assistência Médica), SAO (Seção de Assistência Odontológica) e na SAP (Seção de Assistência Psicológica).

Entretanto, o serviço prestado diretamente por essas unidades, devido ao quadro restrito de servidores, não é capaz de suprir de forma integral as necessidades de assistência à saúde dos magistrados, servidores e respectivos dependentes. Dessa forma, a assistência à saúde ofertada pelo Tribunal tem sido complementada pela contratação de operadora de plano de saúde - para oferta de assistência médica-hospitalar - e pelo plano de autogestão TRTer Saúde por meio de credenciamento de profissionais e empresas nas áreas de fisioterapia (RPG e Pilates), imunização, psicologia e odontologia.

Além do número de servidores médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros ser extremamente insuficiente para atender a cerca de 14.000 beneficiários, os profissionais de saúde estão

lotados em Belo Horizonte, sendo inviável a prestação direta da assistência em todas as cidades onde há unidades do TRT em Minas Gerais. Ademais, os servidores da saúde não possuem as diversas especialidades médicas necessárias para ofertar a assistência médica completa.

Vale lembrar que a demanda em tela abarca atendimento hospitalar, remoção em urgências e emergências, exames de imagem, procedimentos laboratoriais, dentre outros, o que, por óbvio, não poderia ser oferecido de modo direto pelo Tribunal.

Além disso, para gerir a prestação direta da assistência à saúde em larga escala, seria necessário, além de um número maior de servidores lotados na Secretaria de Saúde, a implantação de um sistema informatizado capaz de gerir todos os processos de trabalho que envolvem esse serviço.

Assim, considerando o grande número de beneficiários do Plano de Assistência à Saúde do TRT-3, a ausência de servidores especializados em todo o estado de MG e em quantitativo suficiente para ofertar os serviços de assistência à saúde diretamente pelo órgão, bem como a ausência de um sistema informatizado que auxilie na gestão deste serviço, esta opção mostra-se inviável de ser implementada neste Regional.

Vantagens	Desvantagens
	O número atual de servidores da Secretaria de Saúde nas especialidades médicas, psicossocial e odontológicas não consegue suprir o quantitativo demasiadamente alto de serviços demandados e o grande número de beneficiários a serem atendidos.
	Necessidade de ter servidores da Secretaria de saúde lotados em muitas cidades do interior onde há unidades da JT em Minas Gerais.
	Necessidade de um grande número de servidores de medicina e enfermagem para abarcar todas as especialidades necessárias.
	Necessidade de um sistema informatizado para gerir a prestação direta da assistência à saúde em larga escala.
	Impossibilidade de oferecer assistência hospitalar, exames de imagem e laboratoriais, etc, por meio de assistência direta.
	Devido às dificuldades trazidas pela EC/95 em relação a nomeações de servidores, não se vislumbra o suprimento suficiente do quadro neste momento.

c.4) Auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso.

Antes de adentrar no assunto, cabe uma breve explanação acerca das alterações sofridas pela Resolução 294/2019 do CNJ, por meio das Resoluções 495, de 29/03/2023 e 500, de 24/05/2023, a qual passou conter as seguintes disposições:

(...)

Art. 4º, § 3º § 3º Em caso de contrato com operadoras de plano de assistência à saúde referido no inciso II, o servidor ou magistrado poderá optar por se associar ao plano de saúde contratado pelo Tribunal ou receber o respectivo valor do auxílio diretamente para reembolso de despesas com planos ou seguros de saúde privados.

(...)

Art. 5º, § 3º Na hipótese de o tribunal optar pelo reembolso de despesas, previsto no inciso IV do art. 4º, no caso dos magistrados, poderá adotar a mesma sistemática do § 2º do art. 5º, observado o mínimo de 8% (oito por cento) e o máximo de 10% (dez por cento) do respectivo subsídio do magistrado.

(...)

Art. 5º, § 5º Nas hipóteses do § 2º e do § 3º deste artigo, o Tribunal deverá instituir acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor apurado de reembolso caso preenchida uma das seguintes hipóteses, que não se sujeitam ao limite máximo fixado e não são cumulativas:

I – o Magistrado, o Servidor ou algum dependente deles, seja pessoa com deficiência ou portadora de doença grave;

II – o Magistrado ou Servidor tenha idade superior a 50 anos.

§ 6º Dentro dos limites fixados para as hipóteses de reembolso do § 2º, § 3º e do § 5º deste artigo, em cada caso, e desde que não os exceda, o Tribunal reembolsará despesas com plano ou seguro saúde do Magistrado, Servidor e dependente, assim como de medicamentos e serviços laboratoriais e hospitalares não custeados pelo respectivo plano de saúde e comprovados pelas respectivas notas fiscais em nome dos beneficiários.

Conforme já exposto, a Resolução 294/2019 do CNJ prevê que os órgãos do Poder Judiciário poderão prestar assistência à saúde de forma suplementar por meio de: I) autogestão de assistência à saúde, conforme definido em regulamento próprio aprovado pelo órgão, inclusive com coparticipação; II) contrato com operadoras de plano de assistência à saúde; III) serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou IV) auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso.

O art. 4º, caput, da resolução supracitada estabelece que a assistência à saúde prestada de forma suplementar deverá ser regulamentada pelos órgãos do Judiciário. No âmbito do TRT-3, vigora a Instrução Normativa GP 64/2020, que não prevê a possibilidade de reembolso de despesas com planos ou seguros de saúde privados.

No entanto, o § 3º do art. 4º da Resolução CNJ 294/2019 foi alterado pela Resolução CNJ 500/2023, que incluiu a previsão de, mesmo existindo plano de saúde contratado pelo Tribunal, o servidor ou magistrado poderá optar por receber auxílio financeiro para reembolso de despesas com planos ou seguros de saúde privados. Trata-se de possibilidade extremamente nova que, diante da ausência de previsão na norma interna deste Tribunal, ainda deverá ser regulamentada.

Nesse sentido, tanto a Resolução 495/2023 quanto a Resolução 500/2023 preveem que as alterações trazidas por elas deverão ser implementadas pelos Tribunais, até o exercício seguinte ao qual foram publicadas. Assim, considerando que a norma foi publicada em 2023, o TRT-3 teria até o final de 2024 para promover a referida adequação; posteriormente, portanto, ao presente processo de contratação.

Cabe ressaltar que, no âmbito da Justiça Trabalhista, por meio do Ofício Circular CSJT.GP.SG.SEOFI N° 42/2023, o Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT), órgão que exerce a supervisão administrativa, orçamentária, financeira e patrimonial da Justiça do Trabalho de primeiro e segundo graus, suspendeu a implementação das alterações trazidas pelas referidas resoluções até que diretrizes sejam definidas por parte do Conselho, o que até a presente data não ocorreu.

Acresça-se a isso que, além de não ser previsto em norma interna, o reembolso, nos moldes atuais, não se afigura como melhor solução para garantir a efetiva prestação de assistência à saúde aos servidores e magistrados, tendo em vista que não há como garantir que aquele beneficiário que optar por não aderir ao plano de saúde contratado por este Tribunal irá contratar um plano de saúde que atenda o mínimo necessário a uma prestação de assistência à saúde satisfatória.

Essa opção demandaria, ainda, do beneficiário, a procura no mercado por um plano privado de assistência à saúde, bem como a comprovação, perante o TRT-3, de que efetivamente o fez a fim de que pudesse receber a respectiva verba, o que exigiria um sistema de gerenciamento e mão de obra disponível na Secretaria de Saúde para essa finalidade, ambos inexistentes no cenário atual.

Por todo o exposto, a fim de garantir a efetiva prestação da assistência à saúde ao servidor público, essa solução não se mostra a mais viável no momento.

Vantagens	Desvantagens
	No âmbito do TRT-3, vigora a Instrução Normativa GP 64/2020, que não prevê a possibilidade de reembolso de despesas com planos ou seguros de saúde privados, necessitando, pois, ser revista.
	Ainda não há regulamentação da norma do CNJ pelo CSJT. Dessa forma, não é possível afirmar neste momento que a possibilidade será estendida ao Judiciário Trabalhista.
	Não há como garantir que aquele beneficiário que optar por não aderir ao plano de saúde contratado por este Tribunal irá contratar um plano de saúde que atenda o mínimo necessário a uma prestação de assistência à saúde satisfatória.
	Demandaria do beneficiário, além da procura no mercado por um plano privado de assistência à saúde, a comprovação, perante o TRT-3, de que efetivamente o fez, a fim de que possa receber a respectiva verba.
	Necessidade de sistema de gerenciamento e mão-de-obra disponível, ambos inexistentes atualmente na Secretaria de Saúde do TRT.

c.5) Convênios firmados com entidades que oferecem planos de saúde

Outra solução possível seria este Regional firmar convênios com entidades que oferecem planos de saúde. Neste sentido, a equipe de planejamento de contratação buscou no mercado planos de assistência à saúde que são ofertados por meio deste instrumento jurídico. Foram encontradas três soluções que, a princípio, poderiam atender às necessidades do TRT-3, dentre as quais duas gerenciadas por meio de autogestão por terceiros.

c.5.1) ASSEFAZ Saúde

Conforme disposto no art. 230, § 3º, I, da lei 8.112/1990, regulamentado pela Resolução Normativa nº 137/2006, a União e suas entidades autárquicas e fundacionais estão autorizadas a celebrar convênios com entidades de autogestão para a "*prestação de serviços de assistência à saúde para seus servidores ou empregados ativos, aposentados, pensionistas, bem como para seus respectivos grupos familiares definidos*".

Nesse sentido, a Administração deste Regional buscou no mercado planos privados de assistência à saúde na modalidade autogestão para análise da viabilidade de um possível convênio com o TRT-3, com possibilidade de repasse direto da verba destinada ao plano de saúde para a operadora de autogestão.

Em pesquisa realizada pela equipe de planejamento de contratação, verificamos a disponibilidade, qualidade e viabilidade dos planos geridos pela ASSEFAZ (Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda).

A Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – ASSEFAZ é pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, de fins assistenciais, que opera planos privados de assistência à saúde, registrada sob o n.º 34.692-6 na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e classificada na modalidade autogestão sem mantenedor multipatrocinada.

Encontra-se enquadrada no **inciso II do art. 2º da Resolução 137 da ANS**, que define como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde.

Foi criada por um grupo de servidores do então Ministério da Fazenda (atual Ministério da Economia), em 1984. Seu plano de autogestão de saúde, o ASSEFAZ Saúde, inicialmente foi instituído apenas para seus próprios servidores, sendo aberto, posteriormente, por meio de alteração em seu estatuto, à possibilidade de incluir outros beneficiários por meio de convênio com entidades patrocinadoras.

O art. 2º do Estatuto passou a prever, expressamente, a possibilidade de convênio com qualquer dos Poderes da União, o que, inclui, por óbvio, o Poder Judiciário:

Art. 2º A Fundação Assefaz é uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, filantrópico, cultural e recreativo, que tem por finalidade prestar assistência, inclusive operando plano de saúde na modalidade de autogestão multipatrocinada, em caráter coletivo, mediante convênio empresarial, a servidores do órgão Patrocinador-Fundador e demais patrocinadores da Administração Pública direta e entidades autárquicas e fundacionais de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios

Neste ponto, há que se ressaltar que a alteração do Decreto 4.978/2004 pelo Decreto 11.115/2022, através da qual foi determinado que o Convênio celebrado entre a Fundação Assefaz e a União seria por intermédio do Ministério da Economia – agora Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos - MGI, abarca, exclusivamente, os órgãos do Poder Executivo Federal da Administração direta e as Autarquias e Fundações Públicas Federais da indireta, de maneira que os demais órgãos, de qualquer dos Poderes de União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão continuar a firmar convênio diretamente com a Fundação.

Nos termos do seu estatuto, a ASSEFAZ está autorizada a celebrar convênio com o órgão público, **desde que este figure como patrocinador**, resultando num convênio de patrocínio entre estas partes. Após a celebração deste instrumento, o potencial beneficiário interessado poderá assinar a “Proposta de Adesão” ao plano de saúde diretamente com a ASSEFAZ.

O patrocínio do órgão público é realizado por meio do repasse direto, à entidade de autogestão, do valor recebido da União, *per capita*, para custeio do plano de assistência à saúde com o beneficiário titular e seus dependentes legais que estiverem interessados em aderir ao plano da ASSEFAZ. Nos casos em que há diferença entre o valor *per capita* repassado pelo órgão público à ASSEFAZ e o

valor da mensalidade do plano de saúde, a diferença é arcada integralmente pelo magistrado ou servidor por meio de desconto em folha de pagamento.

Além do repasse à entidade de autogestão, o patrocínio traz, ainda, outras obrigações, exigindo uma gestão participativa do TRT-3, ou seja, colaboração na tomada de decisões, com servidores capacitados para tal.

Por se encontrar enquadrada no art. 2º, II, da Resolução 137 da ANS, a ASSEFAZ traz em seu rol os seguintes potenciais beneficiários:

- a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007)*
- b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).*
- c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).*
- d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 148, de 2007).*
- e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN n° 355, de 2014)*
- f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)*
- g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN n° 148, de 2007).*
- h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)*
- i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 272, de 20/10/2011)*
- j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN n° 355, de 2014)*
- k) as pessoas previstas nas alíneas "e", "f", "h", "i" e "j" vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; ou (Acrescentado pela RN n° 272, de 20/10/2011)*

Desta forma, ao ingressar como patrocinador do referido plano, este Regional possibilitaria a inclusão como beneficiários deste plano de saúde os seus servidores e magistrados ativos e inativos; ocupantes de cargo em comissão, com ou sem vínculo efetivo, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo; além de pensionistas e grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente.

Trata-se de um plano que oferece diversas categorias, de acordo com serviços e faixas de valores diferenciados, tais como ASSEFAZ RUBI/APARTAMENTO EMPRESARIAL, ASSEFAZ DIAMANTE/APARTAMENTO EMPRESARIAL, ASSEFAZ ESMERALDA/APARTAMENTO EMPRESARIAL, ASSEFAZ SAFIRA/APARTAMENTO EMPRESARIAL e o PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, com adesão espontânea e opcional.

Possui uma carteira de beneficiários sólida, incluindo os seguintes órgãos do Poder Judiciário Federal: TRE-BA, TRE-MA e TRT-16.

Possui planos de abrangência nacional. Além disso, em seu plano está prevista uma rede ampliada de hospitais, incluindo a rede Mater Dei em Belo Horizonte.

O valor da mensalidade das modalidades mais completas é muito superior ao plano atualmente ofertado pelo TRT-3.

A título de exemplo, no plano Safira da ASSEFAZ, disponível para o TRT-16, o valor mensal cobrado pelo plano dos beneficiários titulares (magistrados e servidores), na faixa etária acima de 59 anos, é de R\$ 3.312,78, ao passo que, no plano atualmente contratado pelo TRT-3, o valor mensal cobrado pelo plano de magistrados, servidores e seus respectivos cônjuges e companheiros, independentemente da faixa etária, é R\$ 497,14.

Traz como critério de reajuste o IPCA-Saúde, sendo que, caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, será reavaliado atuarialmente, quando o desequilíbrio ultrapassar o nível de sinistralidade (SE = Sinistralidade Esperada) de 70%. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = (S / Sm) - 1$ Onde: S - Sinistralidade apurada no período Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

Cabe ressaltar que, conforme informado pelo TRT da 16ª Região, foi aplicado, a partir de julho de 2023, reajuste de 37% (trinta e sete por cento) nas mensalidades dos planos Diamante, Rubi e Safira Apartamento ofertados pela ASSEFAZ. Devido a esse aumento considerável nos preços das mensalidades, houve um expressivo número de pedidos de desligamentos da ASSEFAZ. Até novembro de 2023 chegou-se a 106 (cento e seis) desligamentos do total de 563 (quinhentos e sessenta e três) beneficiários, com previsão de haver mais desligamentos até o fim do ano.

Ademais, para ser atendido pelo médico e/ou hospital credenciado pela Unimed ou ter o reembolso, é necessário que não exista especialidade médica credenciada pela rede própria no local, o que pode restringir a possibilidade de atendimento médico rápido.

Assim, em resumo, verificamos as seguintes vantagens e desvantagens para adesão ao convênio:

Vantagens	Desvantagens
Consolidado no mercado.	Gestão participativa do TRT-3
Possui grande carteira de beneficiários, com possibilidade de inclusão de vasto leque de familiares (cunhado, sobrinho, etc)	Rede de credenciados ainda limitada no Estado de Minas Gerais
Cobertura médica pela Unimed nos locais onde não há a especialidade médica em rede própria	Reajuste acima da média em 2023
Reembolso amplo de medicamentos	TRT-3 figuraria como patrocinador no convênio com a ASSEFAZ, o que traria diversas obrigações para este Regional, tais como a gestão participativa no plano de saúde e alocação da já escassa mão de obra para esta tarefa.
Disponibilização de acesso ao hospital Materdei, hospital credenciado ao plano	Mensalidades mais altas
Abrangência nacional	

c.5.2) Saúde ABAS

A Administração deste Regional entrou em contato, ainda, com a ABAS 15 (Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região), fundada por magistrados do Trabalho da 15ª Região em 1997 e que, em 2018, criou o plano “Saúde Abas 15”, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Trata-se de uma entidade associativa, sem fins lucrativos, criada para administrar planos de saúde pela modalidade de autogestão exclusivamente direcionado aos integrantes do Poder Judiciário Trabalhista (juizes e servidores). Desta forma, encontra-se enquadrada no inciso **III do art. 2º da Resolução 137 da ANS**, que define como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional.

Diferentemente da hipótese anterior, em que o TRT-3 figuraria como entidade patrocinadora de um plano de saúde na modalidade autogestão, encontrando-se vinculada à entidade de autogestão; aqui, o vínculo com a entidade de autogestão é formado exclusivamente com o servidor/magistrado associado, não havendo a previsão da figura do patrocinador.

Assim, na hipótese em tela, haveria apenas um convênio de publicidade, para divulgação da associação, e um instrumento jurídico firmado entre o TRT3 e a Saúde ABAS, cujo objeto seria tão somente a consignação em folha de pagamento de valores referentes às mensalidades de plano de saúde devidas à entidade de autogestão. Todas as demais obrigações seriam exclusivas da entidade de autogestão e do servidor/magistrado que optasse por se associar à ABAS para, desta forma, obter direito à adesão ao seu plano de saúde.

Por se encontrar enquadrada no inciso III do art. 2º da Resolução 137 da ANS, a ABAS 15 traz em seu rol de potenciais beneficiários *os integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor*, além dos seguintes beneficiários:

- a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).*
- b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).*
- c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e (Incluído pela RN nº 148, de 2007).*
- d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)*

Desta forma, seria possível a inclusão dos seguintes beneficiários do TRT-3: servidores/magistrados da ativa associados ao ABAS; servidores/magistrados aposentados que tenham sido associados ao ABAS quando na ativa; além de pensionistas e grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente.

Como se percebe, o rol de beneficiários do inciso III, com a redação dada pela RN 137/2006 da ANS, somente admite o aposentado que já era vinculado à entidade de autogestão quando estava na ativa. Assim, considerando que, até o momento, não há nenhum magistrado ou servidor do TRT-3 associado à ABAS, os atuais servidores e magistrados aposentados deste Regional não poderão aderir a este plano de saúde.

Possui abrangência nacional e, em seu plano, está previsto acesso a rede ampliada de hospitais. Segundo informações de funcionário da ABAS 15, está em fase final de negociação a inclusão, com contrato prestes a ser assinado, das unidades de Belo Horizonte da rede Mater Dei.

O valor da sua mensalidade é muito superior ao plano atualmente ofertado pelo TRT-3.

A título de exemplo, no plano Saúde ABAS o valor mensal cobrado pelo plano dos beneficiários na faixa etária acima de mais de 59 anos é de R\$ 2.599,09, ao passo que, no plano atualmente contratado pelo TRT-3, o valor mensal cobrado pelo plano de magistrados, servidores e seus respectivos cônjuges e companheiros, independentemente da faixa etária, é R\$ 497,14.

Possui uma carteira de beneficiários sólida, incluindo usuários pertencentes aos seguintes órgãos do Poder Judiciário Trabalhista: TRT-2, TRT-9, TRT-11, TRT-12, TRT-15 e TRT-18.

Em relação ao plano Saúde ABAS foram verificadas as seguintes vantagens e desvantagens:

Vantagens	Desvantagens
Possibilidade de atendimento sem necessidade de ordem de priorização por rede própria nacional, Unimed Nacional Master ou mediante reembolso.	Ainda haverá o credenciamento de rede própria no Estado de Minas Gerais, embora com possibilidade de finalização antes da vigência do convênio.
Seguro para viagens internacionais	O vínculo se faz diretamente entre o servidor/magistrado associado e a operadora, não havendo qualquer gestão participativa ou fiscalização da execução do plano pelo TRT-3.
Parceria Unimed Nacional Master	Atuais servidores públicos e magistrados aposentados do TRT-3 não poderão ingressar no plano.
Check Up executivo	Cobrança de coparticipação em consultas e exames.
Reembolso por livre escolha e tabela própria, que possui valores até 6 vezes maiores que a tabela Tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).	
Desconto em farmácias conveniadas	
Telemedicina Hospital Albert Einstein	
Coberturas adicionais não previstas no rol da ANS (fertilização in vitro, dentre outros)	
Atendimento em rede ampliada de hospitais e abrangência nacional	
Possibilidade de inclusão de vasto leque de familiares (cunhado, sobrinho, etc)	
Convênio seria meramente de publicidade, para divulgação da associação, e de repasse dos valores referentes às mensalidades de plano de saúde devidas à entidade de autogestão.	

c.5.3) ANAJUSTRA

Em 19/12/2022, o TRT-3 e a Associação Nacional dos Servidores do Judiciário Federal – ANAJUSTRA Federal firmaram o convênio [22CN054](#) para oferta de plano de saúde com acesso a rede ampliada de hospitais para magistrados, servidores e respectivos dependentes deste Regional.

Conforme estabelece a Cláusula Quinta do referido convênio, sua vigência é de 12 (doze) meses contados da assinatura e prorrogável por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses. Assim, sua vigência expiraria em 18/12/2023.

Em 10/10/2023, a ANAJUSTRA Federal encaminhou o Of. ANAJUSTRA Federal n.º 2960/2023, no qual foi demonstrado o interesse em renovar o referido convênio por mais 12 (doze) meses.

Questionada pela Secretaria de Saúde sobre o não cumprimento do convênio no primeiro período de sua vigência, a ANAJUSTRA informou que:

*[...] adotava um modelo híbrido de contratação de operadoras e seguradoras de planos de saúde, por meio de Administradora de Benefícios, que não resultou em ofertas melhores para seus associados. Devido a isso, em busca de melhor atender às demandas de seus associados, em setembro de 2023, a ANAJUSTRA Federal optou por modificar seu modelo de contratação, passando a ser o único estipulante na contratação de operadoras e seguradoras de planos de saúde. Enfatizaram, ainda, que estão empenhados em finalizar uma negociação com operadora de plano de saúde que visa garantir, no primeiro semestre de 2024, acesso à uma rede de atendimento em âmbito nacional e que inclui hospitais de alto padrão como **a rede Mater Dei**, para magistrados, servidores e respectivos dependentes do TRT-MG (COMUNICAÇÃO INTERNA N. SES/12/2023 - Doc. e-Pad 41062-2023-6)*

Informou, ainda, a mencionada Associação que “a continuidade da vigência do referido convênio é de extrema importância para a conclusão de negociações que estão em curso com a SulAmerica Saúde” (OF. ANAJUSTRA Federal N.º 3031/2023 - Doc. 41062-2023-5).

Diante da justificativa apresentada, a Secretaria de Saúde manifestou-se favoravelmente à renovação do convênio 22CN054 firmado entre o TRT-MG e a ANAJUSTRA Federal por mais 12 (doze) meses e a prorrogação foi formalizada em 13/12/2023 através do 1º Termo Aditivo ([23TA139](#)).

Quais as justificativas técnica e econômica da escolha do tipo de solução a contratar?

Após análise das soluções possíveis, entende-se que a contratação de operadora de plano de assistência à saúde por meio de licitação, modalidade menor preço, continua sendo a solução mais viável para este Tribunal. Isso porque, conforme já explicitado, todas as demais alternativas apresentam impedimentos não só de caráter técnico, mas também financeiro, jurídico e operacional, os quais não podem ser ultrapassados no momento.

Além disso, a contratação de uma operadora de plano de saúde é a única solução passível de preencher todos os requisitos mencionados no item “III- Requisitos da Contratação”, não havendo qualquer impedimento técnico, financeiro, jurídico e operacional para sua implementação.

Esta solução atende, ainda, a necessidade de realização de exames de saúde laboratoriais para atender à demanda do Exame Médico Periódico (EMP), conforme disposto no art. 6º, inciso IV, da Resolução 207, do Conselho Nacional da Justiça, na Resolução n.º 141/2014 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT) e no art. 206-A da Lei 8.112/90, que regulamentam os exames médicos periódicos dos magistrados e servidores da Administração Pública Direta, correspondendo, atualmente, a aproximadamente 4.000 magistrados e servidores ativos.

A escolha por essa solução vai também ao encontro da terceirização de serviços que o TRT-3 e a Administração Pública em geral vem adotando nos últimos anos, desafogando as áreas e liberando os servidores para atividades mais estratégicas e decisórias. Tal medida se mostra necessária,

visto que a mão de obra existente no quadro da Secretaria de Saúde já é totalmente absorvida com os atuais serviços prestados pela Unidade.

Há que frisar que os servidores da Secretaria de Saúde possuem expertise na gestão de contratos com operadoras de plano de saúde, solução que já vem sendo adotada há cerca de quinze anos por este Tribunal.

Assim, com o fornecimento de plano de saúde aos magistrados e servidores, o TRT-3 garante que o beneficiário receba a efetiva prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar, em cumprimento às determinações legais e resoluções normativas superiores.

No presente estudo, procurou-se ampliar as opções de modalidades de plano de saúde oferecidas, abrangendo duas demandas não previstas nas contratações anteriores, de maneira que a solução escolhida deverá contemplar as seguintes necessidades:

- 1) Plano de saúde 1: pretende dar continuidade à prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar ofertada pelo TRT-3, nos moldes do contrato 19SR006;
- 2) Plano de saúde 2: pretende suprir a demanda dos servidores e magistrados por assistência à saúde complementar médico-hospitalar em âmbito nacional; e
- 3) Plano de saúde 3: pretende suprir a demanda dos servidores e magistrados por uma prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar em rede ampliada de hospitais.

Cabe destacar que, após a análise da pesquisa de mercado foi constatado que, em uma eventual licitação para atendimento das demandas descritas nos planos de saúde 1 e 2, é pertinente aglutiná-los em um mesmo grupo, pois: a) no mercado há variedade de operadoras e seguradoras de saúde capazes de ofertar planos de assistência médico-hospitalar com ambas abrangências geográficas; b) a contratação do plano de saúde 2 separadamente poderia acarretar alta sinistralidade contratual e, conseqüentemente, altos índices de reajustes, tendo em vista que os gastos de utilização seriam distribuídos entre um número pequeno de usuários (729 conforme estimativa), o que poderia inviabilizar a continuidade desse plano a médio e longo prazos; e, c) havendo contratação dos planos de saúde 1 e 2 por uma mesma empresa, será possível exigir a aplicação de índice de reajuste contratual único, que será calculado considerando o total de beneficiários e de gastos de ambos os planos, o que minimizará os riscos inerentes ao plano de saúde 2.

Por outro lado, considerando as especificidades inerentes ao plano de saúde 3 e considerando o número reduzido de empresas no mercado capazes de ofertar os três planos em conjunto, a EPC concluiu ser pertinente, em uma eventual licitação, licitar o plano de saúde 3 separadamente. Assim, em caso de insucesso da licitação para esse plano, os demais não seriam comprometidos.

Abaixo, apresentamos pormenorizadamente as justificativas para a contratação dos planos de saúde 1, 2 e 3:

1) Plano de saúde 1: Justificativa para contratação de plano de saúde com abrangência geográfica estadual - Atendimento à necessidade de continuação da prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar pelo TRT-3, em substituição ao contrato 19SR006.

Atualmente, a Jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região é composta pelo Município de Belo Horizonte e por 65 cidades espalhadas pelo Interior de Minas Gerais:

Aimorés, Alfenas, Almenara, Araçuaí, Araguari, Araxá, Barbacena, Betim, Bom Despacho, Caratinga, Cataguases, Caxambu, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Coronel Fabriciano, Curvelo, Diamantina, Divinópolis, Formiga, Frutal, Governador Valadares, Guanhães, Guaxupé, Itabira, Itajubá, Itaúna, Ituiutaba, Iturama, Januária, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Manhuaçu, Monte Azul, Montes Claros, Muriaé, Nanuque, Nova Lima, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Pedro Leopoldo, Pirapora, Piumhi, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Santa Rita do Sapucaí, São João Del Rei, São Sebastião do Paraíso, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Três

Corações, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí e Varginha.

Considerando que a maior parte dos magistrados, servidores e respectivos dependentes do TRT-3 encontra-se localizada em Minas Gerais, a oferta de um plano de saúde que apresente abrangência geográfica estadual para tratamentos eletivos e abrangência nacional para urgência e emergência mostra-se adequada, pois é capaz de atender à demanda desses beneficiários a um valor per capita mensal consideravelmente menor quando comparado ao dos demais planos de saúde.

Para esta solução, a futura contratada manterá uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, garantindo cobertura eletiva nas cidades onde há unidades de trabalho do TRT-MG e cobertura de urgência e emergência em âmbito nacional, não podendo haver “porta de entrada” para acesso aos serviços prestados e devendo conter todos os requisitos constantes no item “III - Requisitos da Contratação”.

Haverá cobrança de coparticipação somente em consultas, tendo em vista ser um modelo que tem aderência no mercado, sendo usual nas contratações de órgãos públicos e adotado pelo TRT-3 há anos.

2) Plano de saúde 2: Justificativa para o plano de saúde com abrangência geográfica nacional - Atendimento à demanda dos magistrados e servidores que residem fora de Minas Gerais por assistência à saúde complementar médico-hospitalar.

Diante da solidificação do teletrabalho no Judiciário trabalhista, houve um crescimento no número de servidores residindo fora de Minas Gerais e, conseqüentemente, uma maior procura por assistência à saúde em cidades fora do Estado.

Atualmente há 729 servidores, magistrados e dependentes do TRT-3 residindo fora de Minas Gerais. A oferta de um plano de saúde com abrangência nacional, que ofereça cobertura eletiva em todo o país, atenderia não só a esse público, como também àqueles que tenham interesse em ter acesso a uma cobertura médico-hospitalar em âmbito nacional.

Cabe destacar que, embora as mensalidades para custeio desse plano de saúde sejam superiores às do plano de saúde 1, o custo adicional para contratação do plano de saúde 2 será suportado exclusivamente pelo servidor/magistrado que fizer adesão a ele. Assim, caberá ao TRT-3 apenas repassar à operadora o valor equivalente ao repassado para o custeio do plano de saúde 1 dos demais beneficiários. A diferença será custeada pelo próprio magistrado/servidor e descontada no seu contracheque. Dessa forma, a ampliação da oferta do plano de saúde 2 pelo TRT-3 não enseja em aumento de gastos para este Tribunal, uma vez que o custeio adicional não será suportado por ele.

Para o plano de saúde 2, a futura contratada manterá uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, de abrangência nacional, constando toda a rede credenciada disponível para o plano de saúde 1 (abrangência geográfica estadual), além de cobertura eletiva em todos os Estados da federação e urgência e emergência nacional, devendo conter todos os requisitos constantes no item “III- Requisitos da Contratação”.

Para esta solução, também haverá coparticipação somente no custeio das consultas, tendo em vista ser um modelo que tem aderência no mercado, sendo usual nas contratações de órgãos públicos, e que vem sendo adotado há anos por este Tribunal.

3) Plano de saúde 3: Justificativa para oferta de plano de saúde com rede ampliada de hospitais - Atendimento à demanda dos servidores e magistrados por uma prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar em rede ampla de hospitais, que abranja a rede credenciada exigida para o plano de saúde 1 e que contemple, no mínimo, os hospitais da rede Mater Dei em Belo Horizonte.

Nos últimos anos, vem crescendo a demanda dos servidores e magistrados por acesso a uma rede ampliada de assistência complementar médico-hospitalar que disponibilize acesso a hospitais como os da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Esses usuários demandam por hospitais que sigam os protocolos para qualidade e segurança dos serviços hospitalares, que disponham de médicos especialistas renomados, parque tecnológico

moderno e atualizado, que garantam maior disponibilidade de leitos para internação e ofereçam acomodações de melhor qualidade quando comparadas às de outros hospitais.

A escolha pela abrangência geográfica estadual para esse plano se deu em virtude dos custos serem menores quando comparados aos de plano com abrangência nacional, e ainda assim atender à demanda recebida, que reivindica hospitais com as características aqui descritas apenas dentro de Minas Gerais.

Cabe destacar que, no plano de saúde 3, as mensalidades são muito superiores às dos dois planos mencionados anteriormente, porém, também aqui, o custo adicional para contratação do plano de saúde 3 será suportado exclusivamente pelo servidor/magistrado que fizer adesão a ele. Assim, caberá ao TRT-3 apenas repassar à operadora o valor equivalente ao repassado para o custeio do plano de saúde 1 dos demais beneficiários. A diferença será custeada pelo próprio magistrado/servidor e descontada no seu contracheque. Dessa forma, a ampliação da oferta do plano de saúde 3 pelo TRT-3 não enseja em aumento de gastos para este Tribunal, uma vez que o custeio adicional não será suportado por ele.

Para o plano de saúde 3, a futura contratada manterá uma rede credenciada própria, credenciada ou referenciada com toda a rede de atendimento disponível para o plano de saúde 1 (abrangência geográfica estadual), além de disponibilizar acesso aos beneficiários da assistência médico-hospitalar a uma rede ampliada de hospitais que contemple, no mínimo, os hospitais da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Aqui, haverá também coparticipação somente nos custeio das consultas, tendo em vista ser um modelo que tem aderência no mercado, sendo usual nas contratações de órgãos públicos e que vem sendo adotado há anos por este Tribunal.

Da carência e da migração entre os planos de saúde 1, 2 e 3

Primeiramente, há que se conceituar “carência” :

- Carência: período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano.

As carências são legais e praticadas por todas as operadoras de saúde, conforme lei 9.656/98 e Resolução Normativa 509 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que define prazos mínimos para alguns atendimentos acontecerem.

O objetivo das carências é evitar a anti seletividade, que consiste na condição que predispõe as pessoas em condição de maior risco a aderirem em maior grau aos planos e seguros saúde com o objetivo apenas de usufruir de determinado tratamento. Em outras palavras, o objetivo é evitar que uma pessoa faça a adesão a um plano de saúde de forma premeditada, com o propósito de realizar procedimentos que ela já sabe que vai precisar, o que poderia gerar altas despesas ao plano, sem contrapartida do usuário, que solicita sua exclusão do plano assim que não mais necessitar da assistência por ele oferecido.

Já a portabilidade de carências consiste na possibilidade de o beneficiário mudar de plano de saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos na Resolução Normativa 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As regras mencionadas acima, no entanto, podem ser flexibilizadas, desde que sejam mais benéficas ao usuário e aceitas pela contratada, algo que é usualmente praticado pelos órgãos públicos em contratações deste tipo. Em razão disso, e considerando o historicamente praticado quanto à carência nas contratações de plano de saúde deste TRT-3, concluiu-se pelas seguintes definições quanto a carências e à migração entre os planos de saúde 1, 2 e 3:

1. Primeira inclusão para os beneficiários titulares, dependentes e especiais:

- 1.1. Plano de saúde 1: ocorrerá sem exigência de cumprimento de período de carência, a qualquer tempo;
- 1.2. Planos de saúde 2 e 3: será sem exigência de cumprimento de período de carência se ocorrer:
 - a) até 60 (sessenta) dias corridos contados da assinatura do contrato com o TRT-MG;
 - b) na data de aniversário do contrato;
 - c) 30 (trinta) dias corridos contados da data da posse do servidor; ou,
 - d) 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento do recém nascido.

Para as inclusões que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos pela ANS.

2. Migração entre os planos:

2.1. Definições:

2.1.1. *Downgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 3 para o 2 ou 1; ou quando o beneficiário realiza migração do plano do 2 para o 1.

2.1.2. *Upgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 1 para o 2 ou 3; ou quando o beneficiário realiza migração do plano 2 para o 3.

2.2. Regras de migração:

2.2.1. A migração *Downgrade* poderá ser realizada a critério do beneficiário (titular, dependente e especial) em qualquer data, sem exigência de qualquer cumprimento de período de carência;

2.2.2. A migração *Upgrade* somente poderá ocorrer sem exigência de cumprimento de carência se for realizada na data de aniversário do contrato. Caso ocorra fora dessa hipótese, haverá exigência de cumprimento das carências determinadas pela ANS.

3. Reinclusão nos planos:

3.1. Considera-se reinclusão quando o beneficiário titular, dependente ou especial que havia sido excluído dos planos do TRT-3 (ficando determinado período sem cobertura de qualquer desses planos), solicita seu retorno a um ou mais planos do TRT-3.

3.2. Regras de reinclusão:

3.2.1. Para beneficiários titulares e dependentes:

3.2.1.1. Reinclusão no plano de saúde 1: não haverá exigência de cumprimento de quaisquer períodos de carência;

3.2.1.2. Reinclusão nos planos de saúde 2 e/ou 3: em qualquer hipótese haverá exigência de cumprimento de períodos de carência determinados pela ANS.

3.2.2. Para beneficiários especiais:

3.2.2.1. Haverá exigência de cumprimento de períodos de carência determinados pela ANS quando ocorrer reinclusão em qualquer dos planos.

Com as regras acima expostas, preserva-se a finalidade da carência, que é evitar a anti seletividade, e possibilita ao usuário a flexibilidade de poder usufruir do plano de saúde que melhor lhe atenda naquele momento.

4) Adesão aos planos de saúde oferecidos pela ASSEFAZ, ABAS 15 e ANAJUSTRA

Como alternativa à contratação acima mencionada, é possível que o TRT-3 celebre convênios com a ASSEFAZ, a ABAS 15 e a ANAJUSTRA, por meio dos quais será permitido aos magistrados/servidores aderirem aos planos de saúde oferecidos pelas referidas instituições, expostos no item “**c.5) Convênios firmados com entidades que oferecem planos de saúde**”, supra.

Conforme exaustivamente apresentado no item acima mencionado, essas entidades oferecem planos de saúde já consolidados no mercado e o custeio desses não geraria custos adicionais ao TRT-3, pois o valor destinado a esses planos seria o mesmo repassado para custear o plano de saúde 1 (abrangência geográfica estadual) e a participação do TRT-3 ocorrerá somente em um dos planos escolhidos pelo beneficiário.

Ressalta-se que a ANAJUSTRA não encaminhou a tabela de preços dos planos ofertados pela entidade. Por sua vez, as mensalidades dos planos de saúde geridos pela ASSEFAZ e pela ABAS 15 possuem preços mais elevados que os praticados atualmente no plano contratado pelo TRT-3. Além disso, o plano Saúde ABAS somente admite a adesão de aposentados que já eram vinculados à entidade quando estavam na ativa. Assim, considerando que, até o momento, não há nenhum magistrado ou servidor do TRT-3 associado à ABAS 15, os atuais servidores e magistrados aposentados deste Regional não poderão aderir a esse plano de saúde.

Esclarecemos que, caso a Administração entenda esta solução como viável, o processo de celebração de convênio com as referidas entidades dar-se-á por meio de procedimento próprio.

Diante do exposto, verifica-se que a licitação, no momento, é a opção mais viável, consistindo na primeira alternativa a ser apresentada por esta Equipe de Planejamento de Contratação. Isso porque os requisitos para a contratação serão especificados de acordo com as necessidades do Tribunal, propiciando a oferta de planos de saúde mais personalizados ao grupo de beneficiários. A licitação possibilita, ainda, a existência de concorrência, acarretando, em tese, a redução do custo com a contratação, o que a torna mais vantajosa inclusive para os servidores e magistrados deste Regional. Por fim, destaca-se que a contratação de todos os tipos de plano pelo TRT-3 facilita a gestão e fiscalização dos contratos, assim como a migração dos usuários entre os planos com regras de carência diferenciadas, o que não ocorreria em uma adesão aos planos ofertados por meio dos convênios com as entidades aqui mencionadas.

Quais são as normas que disciplinam o objeto da contratação?

Esta licitação será regida pelas Leis Federais 8.112/1990, 14.133/2021 e 10.520/2002; pela Lei Complementar 123/2006; pela Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (com suas alterações posteriores); pela Lei Federal n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; pelas Normas regulamentares expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); pela Instrução Normativa RFB 2110, de 17 de outubro de 2022; pela Resolução CNJ n.

207/2015; pela Resolução CSJT n. 141/2014; e pela Instrução Normativa GP/TRT-3 n.º 64, de 06 de abril de 2020.

Há registro de ocorrências negativas ocorridas em contratações anteriores similares?

Sim. Embora o processo de licitação anterior tenha sido realizado de maneira a tornar o certame competitivo, somente a Unimed-BH participou do pregão eletrônico, tendo arrematado o grupo único, o qual, à época, correspondeu apenas ao atual Grupo 1 - Abrangência Estadual.

Ressalta-se que a referida empresa vem prestando os serviços contratados de forma satisfatória, seguindo todas as regras contratuais e com elevado grau de satisfação pelos magistrados, servidores e seus respectivos dependentes.

Quais ações podem ser adotadas para evitar a repetição das ocorrências negativas supracitadas?

A fim de evitar a ocorrência negativa citada no item anterior, ampliou-se a busca no mercado por outras operadoras. Além disso, foi realizado *benchmarking*, por meio de pesquisa com órgãos públicos, visando conhecer as soluções referentes à assistência à saúde suplementar ofertadas aos seus magistrados e servidores. As informações coletadas na ampla pesquisa e em detalhados estudos sobre o tema serão utilizadas para especificar requisitos suficientes, mas não restritivos, e serão licitados três tipos de planos, divididos em dois grupos, o que poderá ampliar a participação das empresas no certame.

Há necessidade de que a atual contratada transfira conhecimento, técnicas ou tecnologias para a nova contratada?

Não há.

Há necessidade de insumos cuja previsibilidade não seja possível neste momento? Quais mecanismos devem ser incluídos no TR para tratar desta questão?

Não. Todos os itens necessários à contratação de operadora de plano de saúde foram previstos neste estudo.

Há contratações similares feitas por outras entidades que possam ser usadas como fonte para pesquisa de novas metodologias, tecnologias ou inovações?

Sim, contratações similares foram usadas como referências de serviços.

VI – ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

Trata-se de bens e serviços em geral?

Sim. Trata-se da prestação do serviço de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações.

Por isso, o processo licitatório deverá ser o pregão eletrônico para a obtenção de proposta de menor preço para os serviços em pauta.

Qual o método utilizado para estimar as quantidades a serem contratadas? Como este método está documentado?

O método utilizado para estimar os quantitativos a serem contratados levou em consideração a demanda atual dos servidores/magistrados, o quantitativo de beneficiários atualmente inscritos e os não inscritos no plano de saúde contrato pelo TRT-3, e, ainda, foi considerado o local de residência dos magistrados, servidores e seus respectivos dependentes.

Abaixo segue o detalhamento do método utilizado para estimar o quantitativo de beneficiários para cada tipo de plano:

Plano de saúde 1 - Abrangência geográfica estadual: para esse plano o número de beneficiários foi estimado levando em consideração todos os magistrados, servidores e dependentes que estão atualmente inscritos no plano de saúde e que residam em Minas Gerais. Esses dados foram obtidos por meio de consulta ao sistema Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGEP) e base de dados da empresa Unimed-BH.

Plano de saúde 2 - Abrangência nacional: Foi extraído do Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGEP) do TRT-3 o quantitativo de todos os servidores que residem fora do Estado, bem como seus cônjuges, companheiros e pais e filhos cadastrados como seus dependentes, separados por gênero e categoria (titulares e dependentes e beneficiários especiais). Os dados foram apurados para fornecer também a estimativa de beneficiários nas regiões sudeste, sul, centro-oeste, norte e nordeste, separados por categoria (titular, dependente e especial).

Plano de saúde 3 - Abrangência estadual com rede credenciada ampliada de hospitais, englobando a rede credenciada do grupo 1 e incluindo, no mínimo, hospitais da rede Mater Dei em Belo Horizonte: Levantou-se no SIGEP todos os potenciais beneficiários que não estão atualmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde deste Tribunal, bem como seus cônjuges, companheiros e pais e filhos cadastrados como seus dependentes, separados por residência na Região Metropolitana de Belo Horizonte e fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte, gênero e categoria (titulares e dependentes e beneficiários especiais).

Há que se ressaltar a dificuldade em estimar o quantitativo de beneficiários dos grupos 2 e 3, por se referir a potenciais usuários e nunca ter havido contratação anterior nestes moldes no TRT-3, inexistindo, portanto, qualquer série histórica em que se possa fundamentar. Entretanto, considerando que o pagamento será *per capita*, de acordo com o número de pessoas efetivamente inscritas no plano, não haverá qualquer prejuízo caso o número de beneficiários divirja do aqui estimado.

A estimativa do valor da contratação utilizou quais fontes para sua definição?

O objeto da presente contratação tem características muito singulares, vez que a localidade, o quantitativo e o perfil dos usuários impactam diretamente no preço. Assim, nenhum plano de saúde será exatamente igual ao outro. Ainda, o perfil dos nossos usuários é bastante envelhecido, com 4.521 (quatro mil, quinhentos e vinte e um) beneficiários acima de 59 anos, característica que também afasta a existência de planos com características similares. Por este motivo, a estimativa de preços considerou apenas os orçamentos obtidos no mercado através de pesquisa realizada diretamente com os prestadores de serviços do ramo e com entidades que fornecem planos de saúde.

Foram consultados os sítios eletrônicos Painel de Preços e PNCP; no entanto, dada a especificidade do objeto, não foi possível encontrar contratações similares que pudessem ser utilizadas para a estimativa do valor da contratação..

É viável realizar a pesquisa de mercado?

Sim, não só é viável, como necessária a pesquisa de mercado, visto que a especificidade do objeto não permitiu encontrar contratações com o exato objeto pretendido pelo Tribunal e com as mesmas características de beneficiários.

É adequada a pesquisa de preços pela técnica de avaliação de preços praticados no mercado pelo próprio fornecedor?

Não se aplica, pois não se refere à contratação direta por inexigibilidade.

No caso de preços praticados pelo próprio fornecedor, há parâmetros que permitam aferir sua razoabilidade?

Não se aplica, pois não se trata de fornecedor/prestador único.

Foram encontrados preços de objetos similares no PNCP?

Foi realizada pesquisa nos sítios Painel de Preços e PNCP, que concentram grande parte das contratações públicas no Brasil. No entanto, não foi possível encontrar objeto similar aos itens da contratação em pauta que permitissem a utilização dos preços públicos na estimativa do valor para o procedimento licitatório.

É adequada a pesquisa de preços praticados pelo mercado?

Sim. Como apontado anteriormente, não só é viável como necessária a pesquisa de mercado, visto que a especificidade do objeto não permite que sejam encontradas contratações exatamente iguais à pretendida pelo Tribunal. Por isso, se faz necessário utilizar preços de prestadores de serviços para estimar o valor do serviço.

Foram encontrados preços de objetos similares ofertados na internet?

Não. Devido às especificidades do objeto, não foi possível encontrar itens exatamente iguais aos aqui pretendidos nos sítios eletrônicos.

Foram obtidos preços diretamente junto aos fornecedores?

Sim, diante das especificidades do objeto, foi necessário coletar preços juntamente aos prestadores de serviços no mercado.

Para o atendimento da solução descrita no item c.2 (contrato com operadoras de plano de assistência à saúde), verificou-se, por meio de pesquisa de mercado (item V deste ETP), que há 7 (sete) operadoras ou seguradoras de saúde (Bradesco, Sulamerica, Amil, Hapvida Notredame Intermédica, Unimed Seguros, Unimed Belo Horizonte e Unimed Nacional) que poderiam atender às necessidades do TRT-3 em relação à oferta de plano de assistência médico-hospitalar a seus magistrados, servidores e respectivos dependentes.

Diante disso, para estimar os preços referentes à oferta de assistência médico-hospitalar, a equipe de planejamento de contratação enviou o documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG" por e-mail, em 07/11/2023, e solicitou cotação de preços para as seguintes empresas:

Empresa	E-mail
Amil	zilsantos@amil.com.br ; rarcarvalho@amil.com.br
Bradesco Seguros	suelen.marcolino@bradescoseguros.com.br
Hapvida Notredame Intermédica	paloma.nascimento@hapvida.com.br
Unimed Nacional	cnucotacoes@centralnacionalunimed.com.br
Unimed Seguros	atendimentobh@segurosunimed.com.br
Sulamerica	bruna.rios@sulamerica.com.br
Unimed Belo Horizonte	lalves@unimedbh.com.br

Das empresas consultadas, obtivemos as seguintes respostas:

- 1) **Amil:** após a análise do documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG", a empresa informou, em 10/11/2023, que não tem condições técnicas/comerciais para o atendimento da demanda do TRT-MG e, por isso, não apresentaria proposta de preço.
- 2) **Bradesco Seguros:** por meio de contato telefônico realizado em 15/11/2023, a empresa informou que não elabora cotações de preços previamente às licitações. Em relação a sua participação no processo licitatório, informou que analisará o Edital e, caso seja aderente às políticas da empresa, poderá participar.
- 3) **Hapvida Notredame Intermédica:** solicitou esclarecimentos em 01/12/2023, cujas respostas foram encaminhadas pelo TRT-MG em 14/12/2023. Até a presente data, a empresa não enviou a cotação de preços.
- 4) **Unimed Nacional:** em 22/12/2023, a empresa encaminhou proposta comercial para os planos de saúde dos grupos 1, 2 e 3, porém, não observou a exigência do TRT-MG em relação a preço único para Titulares e Dependentes, independentemente da faixa etária. Alertada sobre a inconformidade na cotação enviada, a empresa argumentou que, como a adesão dos beneficiários ao plano é facultativa, não poderia apresentar preços únicos (independentemente da faixa etária) para os beneficiários Titulares e Dependentes. Além disso, informou que, devido às exigências referentes a rede credenciada, profissionais e cobertura extra rol da ANS não poderia participar do processo licitatório e não apresentaria outra cotação de preços.
- 5) **Unimed Seguros:** em 12/12/2023 a empresa enviou proposta comercial sem considerar as exigências descritas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG". Em decorrência disso, em 19/12/2023, foi solicitado à empresa que encaminhasse nova cotação observando os requisitos dispostos no referido documento. Em 22/12/2023 a empresa enviou nova cotação, porém manteve a não observância às especificações dos planos de saúde a serem contratados pelo TRT-MG.
- 6) **Sulamerica:** após a análise do documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG", a empresa entrou em contato com a equipe de planejamento de contratação, em 01/12/2023, por meio telefônico, e informou que não participaria da licitação, pois os requisitos exigidos pelo TRT-MG e a faixa etária dos beneficiários extrapolam o apetite a risco da empresa.
- 7) **Unimed Belo Horizonte:** em 19/12/2023 a empresa encaminhou proposta comercial para os planos de saúde descritos nos grupos 1 e 2 e informou que não participaria da licitação referente ao plano de saúde descrito no grupo 3, pois não dispõe da rede ampliada de hospitais exigida. A empresa sugeriu, ainda, sob pena de não participação do processo licitatório, as seguintes modificações nos modelos de planos a serem contratados pelo TRT-MG:
 - a) Possibilidade de imputação de carências e de exigência de preenchimento de declaração de saúde, para imputação de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP), nas formas delineadas pela ANS, respectivamente, nos artigos 6o e 7o, da RN 557/221, e na RN 558/222;
 - b) Incidência de coparticipação sobre todos os tipos de evento, incluindo internações, internações psiquiátricas e exames/procedimentos, sem limitação, portanto, somente às consultas;

- c) Considerando o perfil etário do contrato, que a precificação seja por faixas etárias, nos termos delineados pela RN 563/223, da ANS;
- d) Estabelecimento do ponto de equilíbrio contratual em 75%, com a necessidade de aplicação de reajuste apto a retornar o equilíbrio contratual para este parâmetro, caso a sinistralidade contratual esteja em patamar superior, e quando for igual/menor que 75% aplica-se o índice inflacionário de mercado, considerando o incremento de custo.

Em síntese, por meio dessa consulta, três empresas encaminharam cotação de preços (Unimed Seguros, Unimed Belo Horizonte e Unimed Nacional); duas empresas informaram que não participariam da licitação (Amil e Sulamerica); uma empresa solicitou esclarecimentos, porém não enviou cotação de preços (Hapvida Notredame Intermédica) e, por fim, uma empresa informou que a decisão sobre sua participação no processo licitatório será tomada após a análise do edital e que não enviaria cotação de preços (Bradesco Seguros).

Abaixo segue a análise realizada pela equipe de planejamento da contratação em relação às três cotações encaminhadas:

- a) **Unimed Belo Horizonte:** encaminhou cotação para os planos de saúde dos grupos 1 e 2 e observou todas as exigências dispostas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG" e, por isso, a cotação poderá ser considerada para a estimativa de preços referente à contratação desses planos;
- b) **Unimed Seguros:** encaminhou cotação para os planos de saúde dos grupos 2 e 3, porém não observou todas as exigências dispostas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG", a saber, 1) cláusula de reajuste considerando 80% de sinistralidade: a empresa exige 70% de sinistralidade para o equilíbrio contratual; 2) valor da mensalidade para Titulares e Dependentes sem variação de acordo com a faixa etária: os valores contidos na proposta para os inativos varia de acordo com a faixa etária; 3) realizar cotação considerando o número de vidas estimado para cada tipo de plano: a empresa realizou a cotação considerando 14.457 vidas para todos os planos. Portanto, essa proposta não poderá ser considerada para a estimativa de preços da contratação.
- c) **Unimed Nacional:** encaminhou cotações para os planos de saúde dos grupos 1, 2 e 3, porém não observou todas as exigências dispostas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG", a saber, 1) valor da mensalidade para Titulares e Dependentes sem variação de acordo com a faixa etária: os valores contidos na proposta variaram de acordo com a faixa etária. Além disso, a empresa informou que não participará do processo licitatório, pois não conseguirá atender aos requisitos exigidos pelo TRT-MG. Ressalta-se, ainda, que em consulta ao site da rede Mater Dei verificou-se que a empresa não possui credenciamento com os hospitais da rede. Assim, a proposta enviada pela empresa não pode ser considerada para a estimativa de preços da contratação.

Visando complementar a pesquisa de preços supracitada, a equipe de planejamento da contratação realizou pesquisa de mercado para o atendimento da solução descrita no item c.5 deste ETP (convênios firmados com entidades que oferecem planos de saúde). Foram encontradas três entidades que poderiam atender às necessidades do TRT-MG: Associação Nacional dos Servidores do Judiciário Federal (ANAJUSTRA Federal), Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (Assefaz) e Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região (ABAS 15).

Abaixo segue a síntese das respostas obtidas:

- a) **ANAJUSTRA Federal:** em 19/06/2023 foi solicitado à associação que enviasse os preços praticados pelas operadoras com as quais mantém parceria. Até a

presente data, mesmo após diversas cobranças, não recebemos as cotações solicitadas.

- b) **Fundação Assefaz:** em 28/11/2023 foi solicitado à Fundação que realizasse cotação de preços conforme as especificações descritas no documento "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG". Em 20/12/2023 a entidade encaminhou a cotação solicitada, porém não observou as exigências descritas no documento de especificação dos planos de saúde, a saber, 1) cotação para 3 tipos de planos: a entidade enviou tabela em que constam 4 modalidades de planos que variam em relação à cobrança de coparticipação, cobertura odontológica, reembolso de medicamentos e rede credenciada. Dos planos ofertados, as modalidades Rubi e Diamante possuem em sua rede credenciada os hospitais da Rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte; 2) valor da mensalidade para Titulares e Dependentes sem variação de acordo com a faixa etária: a entidade enviou valores que variam de acordo com a faixa etária, além disso os preços informados são os mesmos para os beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais; 3) disponibilizar o produto de Transporte Aeromédico: os planos de saúde da Assefaz não disponibilizam Transporte Aeromédico.
- c) **ABAS 15:** o plano Saúde ABAS ofertado pela entidade possui tabela de preços única para todos os órgãos públicos, assim, a cotação enviada não levou em consideração as exigências descritas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG". Cabe ressaltar que os planos ofertados apresentam coparticipação em todos os procedimentos realizados em nível ambulatorial (consultas e exames), não há oferta do produto Transporte Aeromédico e, por fim, até a presente data, os hospitais da Rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte não haviam sido credenciados.

Após a análise de todas as cotações recebidas, a equipe de planejamento da contratação constatou que apenas a Unimed Belo Horizonte observou as disposições elencadas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG" e, por isso, somente essa cotação poderá ser considerada para a estimativa de preços para a licitação dos planos de saúde dos grupos 1 e 2.

Ressalta-se que, para o grupo 3 (Plano de Saúde com rede de atendimento que disponibilize acesso a rede ampliada de hospitais), não obtivemos proposta que contemplasse todas as especificidades inerentes ao plano de saúde a ser contratado pelo TRT-MG. Das empresas que enviaram cotações para esse plano, apenas a Unimed Seguros e a Fundação Assefaz possuem credenciamento atualmente vigente com hospitais da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Na cotação enviada pela Unimed Seguros, apenas o plano Sênior possui credenciamento com a rede Mater Dei e os valores praticados pelo plano são: R\$ 5.166,25 para titulares (sem considerar os inativos) e dependentes independentemente da faixa etária e é de R\$ 9.533,11 para a faixa etária a partir de 59 anos para titulares inativos e demais dependentes. Já a Fundação Assefaz possui 2 planos que ofertam os hospitais da rede Mater Dei: plano Diamante e Rubi. Os valores praticados para todos os beneficiários, tendo como parâmetro a faixa etária a partir de 59 anos são: R\$ 4.413,17 no plano Diamante e R\$ 3.144,38 no plano Rubi. Cabe destacar que a única diferença entre os planos Diamante e Rubi é a oferta de assistência odontológica, que não faz parte do escopo desta contratação.

Considerando que os preços informados pela Unimed Seguros são consideravelmente mais elevados que os praticados pela Fundação Assefaz e considerando que os planos ofertados por esta entidade podem ser disponibilizados aos magistrados, servidores e seus respectivos dependentes do TRT-MG, mediante assinatura de convênio entre ela e o Tribunal, a equipe de planejamento da contratação considerou pertinente utilizar os valores do plano Rubi da Assefaz para a estimativa de preços referente ao plano 3. Cabe pontuar que, como o plano Rubi não possui coparticipação, nem dispõe do produto Transporte Aeromédico, para a estimativa de preços para esses itens serão utilizados como referência os valores informados pela Unimed-BH para o plano 2 (abrangência Nacional).

A tabela com os preços que serão considerados para a estimativa dos valores para a contratação encontra-se abaixo:

ESTIMATIVA DE PREÇOS PARA CONTRATAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE	
TABELA 1: GRUPO 1	
ITEM 1: PLANO DE SAÚDE 1 (abrangência geográfica, no mínimo, estadual em Minas Gerais para atendimentos eletivos e abrangência geográfica nacional para atendimentos de urgência/emergência)	
COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS	
Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$ 49,00
Pronto atendimento / pronto socorro	R\$ 52,00
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada (o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	2
24 a 28 anos	58
29 a 33 anos	202
34 a 38 anos	639
39 a 43 anos	1.122
44 a 48 anos	969
49 a 53 anos	845
54 a 58 anos	1.106
a partir de 59 anos	3.462
Total de beneficiários:	8.405
PREÇO PER CAPITA MENSAL (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)	
R\$ 696,00	
A - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES)	

R\$ 5.849.880,00			
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS			
Faixa etária	Quantidade estimada (o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)	Preço <i>per capita</i> mensal por faixa etária	Total mensal por faixa etária
0 a 18 anos	2.265	R\$ 283,42	R\$ 641.946,30
19 a 23 anos	640	R\$ 340,12	R\$ 217.676,80
24 a 28 anos	664	R\$ 421,76	R\$ 280.048,64
29 a 33 anos	529	R\$ 522,95	R\$ 276.640,55
34 a 38 anos	344	R\$ 585,67	R\$ 201.470,48
39 a 43 anos	279	R\$ 609,13	R\$ 169.947,27
44 a 48 anos	134	R\$ 767, 53	R\$ 102.849,02
49 a 53 anos	74	R\$ 874,94	R\$ 64.745,56
54 a 58 anos	64	R\$ 1.041,24	R\$ 66.639,36
a partir de 59 anos	1.059	R\$ 1.697,17	R\$ 1.797.303,03
B - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS)			
R\$ 3.819.267,01			
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)			
Quantidade estimada (o serviço deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)			
14.457			
PREÇO PER CAPITA MENSAL (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)			
R\$ 3,90			
C - PREÇO TOTAL MENSAL TRANSPORTE AEROMÉDICO (BENEFICIÁRIOS TITULARES, DEPENDENTES e ESPECIAIS)			

R\$ 56.382,30	
D - PREÇO GLOBAL MENSAL PLANO DE SAÚDE 1 (A + B + C)	
R\$ 9.725.529,31	
E - PREÇO GLOBAL ANUAL PLANO DE SAÚDE 1 (D x 12 meses)	
R\$ 116.706.351,72	
ITEM 2: PLANO DE SAÚDE 2 (abrangência geográfica nacional para atendimentos eletivos e de urgência/emergência)	
COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS	
Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$ 52,00
Pronto atendimento / pronto socorro	R\$ 56,00
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada <i>(o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)</i>
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	0
24 a 28 anos	18
29 a 33 anos	36
34 a 38 anos	81
39 a 43 anos	89
44 a 48 anos	51
49 a 53 anos	31
54 a 58 anos	33
a partir de 59 anos	118

Total de beneficiários:	457		
PREÇO PER CAPITA MENSAL (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)			
R\$ 870,00			
E - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES)			
R\$ 397.590,00			
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS			
Faixa etária	Quantidade estimada (o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)	Preço per capita mensal por faixa etária	Total mensal por faixa etária
0 a 18 anos	130	R\$ 354,27	R\$ 46.055,10
19 a 23 anos	28	R\$ 425,15	R\$ 11.904,20
24 a 28 anos	24	R\$ 527,21	R\$ 12.653,04
29 a 33 anos	13	R\$ 653,69	R\$ 8.497,97
34 a 38 anos	6	R\$ 732,09	R\$ 4.392,54
39 a 43 anos	2	R\$ 761,42	R\$ 1.522,84
44 a 48 anos	3	R\$ 959,42	R\$ 2.878,26
49 a 53 anos	5	R\$ 1.093,68	R\$ 5.468,40
54 a 58 anos	2	R\$ 1.301,55	R\$ 2.603,10
a partir de 59 anos	59	R\$ 2.121,47	R\$ 125.166,73
F - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS)			
R\$ 221.142,18			
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)			
Quantidade estimada (o serviço deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)			

729
PREÇO PER CAPITA MENSAL (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)
R\$ 3,90
G - PREÇO TOTAL MENSAL TRANSPORTE AEROMÉDICO (BENEFICIÁRIOS TITULARES, DEPENDENTES e ESPECIAIS)
R\$ 2.843,10
H - PREÇO GLOBAL MENSAL PLANO DE SAÚDE 2 (E + F + G)
R\$ 621.575,28
I - PREÇO GLOBAL ANUAL PLANO DE SAÚDE 2 (H x 12 meses)
R\$ 7.458.903,36
J - PREÇO GLOBAL ANUAL DO GRUPO 1 (E+I)
R\$ 124.165.255,08

TABELA 2: GRUPO 2			
ITEM 1: PLANO DE SAÚDE 3 (Rede ampliada de hospitais)			
COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS*			
Tipo de consulta	Preço por consulta		
Eletiva	R\$ 52,00		
Pronto atendimento / pronto socorro	R\$ 56,00		
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES			
Faixa etária	Quantidade estimada (o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da	Preço per capita mensal por faixa etária	Total mensal por faixa etária

	<i>quantidade de beneficiários)</i>		
0 a 18 anos	0	R\$ 524,60	R\$ 0,00
19 a 23 anos	0	R\$ 577,00	R\$ 0,00
24 a 28 anos	14	R\$ 634,50	R\$ 8.883,00
29 a 33 anos	35	R\$ 729,68	R\$ 25.538,80
34 a 38 anos	47	R\$ 839,07	R\$ 39.436,29
39 a 43 anos	72	R\$ 1.007,28	R\$ 72.524,16
44 a 48 anos	57	R\$ 1.289,32	R\$ 73.491,24
49 a 53 anos	53	R\$ 1.676,15	R\$ 88.835,95
54 a 58 anos	52	R\$ 2.246,00	R\$ 116.792,00
a partir de 59 anos	143	R\$ 3.144,38	R\$ 449.646,34
Total de Beneficiários Titulares e Dependentes: 473			
PREÇO PER CAPITA MENSAL** (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)			
R\$ 1.850,21			
A - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES)			
R\$ 875.147,78			
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS			
Faixa etária	Quantidade estimada (o plano de saúde deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)	Preço per capita mensal por faixa etária	Total mensal por faixa etária
0 a 18 anos	144	R\$ 524,60	R\$ 75.542,40
19 a 23 anos	30	R\$ 577,00	R\$ 17.310,00
24 a 28 anos	13	R\$ 634,50	R\$ 8.248,50
29 a 33 anos	8	R\$ 729,68	R\$ 5.837,44
34 a 38 anos	3	R\$ 839,07	R\$ 2.517,21
39 a 43 anos	2	R\$ 1.007,28	R\$ 2.014,56
44 a 48 anos	2	R\$ 1.289,32	R\$ 2.578,64

49 a 53 anos	2	R\$ 1.676,15	R\$ 3.352,30
54 a 58 anos	1	R\$ 2.246,00	R\$ 2.246,00
a partir de 59 anos	21	R\$ 3.144,38	R\$ 66.031,98
B - PREÇO TOTAL MENSAL (BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS)			
R\$ 185.679,03			
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)			
Quantidade estimada (o serviço deverá ser ofertado independentemente da quantidade de beneficiários)			
699			
PREÇO <i>PER CAPITA</i> MENSAL (INDEPENDENTE DA FAIXA ETÁRIA)***			
R\$ 3,90			
C - PREÇO TOTAL MENSAL TRANSPORTE AEROMÉDICO (BENEFICIÁRIOS TITULARES, DEPENDENTES e ESPECIAIS)			
R\$ 2.726,10			
D - PREÇO GLOBAL MENSAL (A + B + C)			
R\$ 1.063.552,91			
E - PREÇO GLOBAL ANUAL GRUPO 3 (D x 12 meses)			
R\$ 12.762.634,92			
<p>* Como nenhuma empresa enviou, para o plano de saúde 3, valor referente à coparticipação em consultas, foi considerado o valor cotado para o plano de saúde 2 por apresentar, assim como o plano de saúde 3, características diferenciadas em relação ao plano 1.</p> <p>** Como nenhuma empresa enviou, para o plano de saúde 3, preço único <i>per capita</i> para beneficiários titulares e dependentes, o valor estimado foi calculado a partir da média ponderada dos preços por faixa etária para os titulares e dependentes em relação ao número total desses beneficiários.</p> <p>*** Como nenhuma empresa enviou, para o plano de saúde 3, valor referente ao Transporte Aeromédico, foi considerado o valor cotado para os demais planos.</p>			

Os documentos referentes às consultas, respostas e cotações recebidas serão anexados ao processo de contratação.

Há outras formas de pesquisa de preços que possam ser utilizadas?

Como apontado, foram feitas consultas aos sítios do Painel de Preços e do PNCP, sem, contudo, resultados, tendo em vista a especificidade do objeto em questão.

Há variações significativas entre os preços obtidos que justifiquem a desconsideração de algum deles?

Conforme já relatado, apenas a Unimed-BH enviou cotação de preços observando todas as exigências descritas no documento de "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG". Como a referida empresa não possui em sua rede credenciada hospitais da rede Mater Dei, a cotação enviada contemplou apenas os planos 1 e 2. Dessa forma, para esses planos não foi necessário desconsiderar preços, pois somente a cotação encaminhada pela Unimed-BH atendeu aos requisitos exigidos pelo Tribunal.

Já para a estimativa de preços do plano 3 não foi enviada nenhuma proposta que atendesse completamente às especificações descritas no documento "Especificação de requisitos para contratação de Plano de Assistência Médico-Hospitalar para o TRT-MG". Assim, a equipe de planejamento da contratação optou por analisar as propostas enviadas pela Unimed Seguros e pela Fundação Assefaz, por serem as únicas, dentre as empresas que enviaram cotação, que possuem credenciamento vigente com a rede Mater Dei. A partir da análise das cotações enviadas pela Unimed Seguros e Fundação Assefaz para o plano 3, descritas pormenorizadamente no item anterior deste ETP, deliberou-se por desconsiderar o preço enviado pela Unimed Seguros por estar significativamente superior ao preço praticado pela Assefaz.

É adequada a pesquisa de preços por meio da técnica Composição de Custos Unitários + BDI?

Não se aplica.

No caso de utilização da Composição de Custos Unitários + BDI, quais as fontes de preços a serem usadas e qual a justificativa para sua escolha? Trata-se de obras e serviços de Engenharia? Se sim, deve-se observar o art. 23, §2º da Lei 14.133/21:

Não se aplica.

MAPA COMPARATIVO DE PREÇOS OU PESQUISA DE PREÇOS DE MERCADO

A tabela de estimativa de preços encontra-se no item anterior. Não há possibilidade de comparar preços, já que foram consideradas apenas as propostas da Unimed-BH (planos 1 e 2) e Assefaz (plano 3), conforme justificado anteriormente.

VII – DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, com coparticipação em consultas médicas, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98, art. 1º, I e II) para prestação do serviço de assistência médica, hospitalar

com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

Alternativamente, para suprir alguma demanda não atendida pelos potenciais licitantes, a formalização de convênios junto às entidades citadas pode ser uma opção viável, que será avaliada no futuro em processos próprios, se necessário.

VIII – JUSTIFICATIVAS PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

Qual o maior nível de parcelamento da solução? Justifique.

Levando-se em conta a abrangência geográfica e a rede credenciada médico-hospitalar, a solução deverá ser parcelada nos seguintes grupos:

Grupo 1: abrangerá os planos de saúde 1 e 2

a) Plano de saúde 1: Plano de Saúde com abrangência geográfica estadual

Contratação de operadora de plano de assistência à saúde, por meio de licitação, modalidade menor preço - adjudicação pelo valor global anual, com cobertura eletiva nas cidades onde há unidades de trabalho do TRT-MG e cobertura de urgência e emergência em âmbito nacional.

b) Plano de saúde 2: Plano de Saúde com abrangência geográfica nacional

Contratação de operadora de plano de assistência à saúde, por meio de licitação, modalidade menor preço - adjudicação pelo valor global anual, com cobertura eletiva e de urgência e emergência em âmbito nacional.

Grupo 2: abrangerá o plano de saúde 3

a) Plano de Saúde 3: Plano de saúde com rede de atendimento que disponibilize acesso a rede ampliada de hospitais, englobando o plano de saúde 1 (grupo 1) e incluindo, no mínimo, os hospitais da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Contratação de operadora de plano de assistência à saúde, por meio de licitação, modalidade menor preço - adjudicação pelo valor global anual, com cobertura eletiva nas cidades onde há unidades de trabalho do TRT-MG e cobertura de urgência e emergência em âmbito nacional, com toda a rede de atendimento disponível para o plano de saúde 1 (grupo 1) e, ainda, garantir acesso aos beneficiários da assistência médico-hospitalar a uma rede ampliada de hospitais que disponibilize, no mínimo, os hospitais da rede Mater Dei localizados em Belo Horizonte.

Destaca-se que ambos os grupos deverão conter, ainda, todos os requisitos listados no item “III - Requisitos da Contratação” deste ETP.

A EPC concluiu ser pertinente aglutinar os planos 1 e 2 em um mesmo grupo, com dois itens, devido aos seguintes pontos: 1) no mercado há variedade de operadoras e seguradoras de saúde capazes de ofertar planos de assistência médico-hospitalar com ambas abrangências geográficas; 2) a contratação do plano de saúde 2 separadamente poderia acarretar alta sinistralidade contratual e, conseqüentemente, altos índices de reajustes, tendo em vista que os gastos de utilização seriam distribuídos entre um grupo pequeno de usuários (729 conforme estimativa); e, 3) havendo contratação dos planos 1 e 2 por uma mesma empresa será possível exigir a aplicação de índice de reajuste contratual único, que será calculado considerando o total de beneficiários e de gastos de ambos planos, o que minimizará os riscos inerentes ao plano de saúde 2.

Considerando as especificidades inerentes ao plano de saúde 3 e considerando o número reduzido de empresas no mercado capazes de ofertar os três planos em conjunto, a EPC concluiu ser pertinente licitar o plano de saúde 3 em um grupo separado. Assim, em caso de insucesso da licitação para esse plano, os demais não seriam comprometidos.

Necessário lembrar que o parcelamento da solução é a regra, devendo a licitação ser realizada por item, sempre que o objeto for divisível, desde que se verifique não haver prejuízo para o conjunto da solução ou perda de economia de escala, visando propiciar a ampla participação de licitantes, que embora não disponham de capacidade para execução da totalidade do objeto, possam fazê-lo com relação a itens ou unidades autônomas, como é o caso.

IX – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS (ECONOMICIDADE E MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS DISPONÍVEIS)

Quais são os benefícios diretos e indiretos a serem produzidos com a contratação?

A contratação contribuirá diretamente para a promoção da saúde e qualidade de vida dos magistrados, servidores e seus dependentes, bem como indiretamente para a diminuição do absenteísmo, com conseqüente melhoria da produtividade e do serviço prestado à sociedade.

Qual é a descrição do objeto suficiente para que a contratação produza os resultados pretendidos pela Administração?

Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, com coparticipação em consultas médicas, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98, art. 1º, I e II) para prestação do serviço de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

X – PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS PELA ADMINISTRAÇÃO PREVIAMENTE À CELEBRAÇÃO DO CONTRATO

Quais as providências para adequar o ambiente organizacional em que a solução será implantada? Quais serão os agentes responsáveis por esta adequação?

Podem ser necessárias modificações no sistema informatizado utilizado para gerenciamento dos planos de saúde contratados, tendo em vista que serão oferecidos mais dois produtos (planos 2 e 3) além do atualmente contratado. Os agentes responsáveis seriam a DTIC e a SES.

Será necessária a adoção de providências pela Administração, tais como: liberação de espaço, retirada de equipamentos, capacitação de servidores designados para fiscalização e gestão contratual?

Sim, cessão de espaço para postos de atendimento das operadoras para os beneficiários nas dependências do Tribunal, preferencialmente junto ao Núcleo do Plano de Saúde.

Qual a equipe e a estratégia de fiscalização adequada ao objeto?

A Gestão e a Fiscalização dos contratos serão realizadas pelos seguintes servidores:

- Gestão: Secretário(a) de Saúde do TRT-MG e, em caso de sua ausência, seu substituto fixo perante o Tribunal.
- Fiscalização Administrativa: Servidores lotados no Núcleo do Plano de Saúde, designados pelo(a) Secretário(a) de Saúde do TRT-MG.
- Fiscalização Técnica/Setorial: Chefe do Núcleo do Plano de Saúde, e, em caso de sua ausência, seu substituto fixo perante o Tribunal.

Qual o prazo limite para a conclusão da contratação?

30/05/2024

Quais as medidas necessárias para buscar a conclusão da contratação em tempo hábil?

A equipe da Secretaria de Saúde tem concentrado esforços para elaborar os documentos referentes a essa contratação no menor tempo possível. Além disso, a Assessoria de Projetos e Contratações Especiais colaborou com a confecção dos presentes estudos e dará assistência na elaboração dos demais documentos do processo, acompanhando-o, ainda, em toda a sua tramitação.

Foram também adotadas as seguintes medidas, preliminares:

- o Publicação da Portaria DG N. 236 de 1º de setembro de 2023, que instituiu o Grupo de Trabalho responsável pela elaboração de Estudo para a contratação de novo Plano Privado de Assistência à Saúde no âmbito do TRT3;
- o Celebração do Contrato 23SR043 entre o TRT 3º Região e o Dr. Marcelo Augusto Amaral, para prestação de serviços de consultoria médica especializada em gestão de saúde. A consultoria visa subsidiar tecnicamente o Tribunal na elaboração do Estudo Técnico Preliminar e, se for necessária a contratação de plano privado, do Termo de Referência e Edital de Licitação, bem como para acompanhamento do procedimento licitatório, até a sua homologação.

Tendo em vista a importância do tema e o grave impacto negativo de um eventual fracasso da licitação para todos os magistrados e servidores deste Tribunal, será necessário também que as unidades envolvidas nas demais etapas da fase interna do processo priorizem essa demanda, para reduzir o tempo total de tramitação do processo.

XI – CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES

Será necessária alguma contratação correlata ou interdependente como: seguros, acréscimos em contratos já existentes, treinamentos, levantamentos específicos?

Não há necessidade de outras contratações interdependentes que ultrapassem o objeto da contratação em pauta.

Haverá necessidade de contratação de serviços de suporte à fiscalização?

Não será necessária a contratação de serviço de suporte à fiscalização, que será realizada pelo Núcleo do Plano de Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde.

XII – DESCRIÇÃO DE POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS E RESPECTIVAS MEDIDAS MITIGADORAS

Quais os critérios de sustentabilidade aplicáveis ao objeto?

Serão exigidos os requisitos de sustentabilidade baseados no Guia de Contratações Sustentáveis para inclusão de critérios de sustentabilidade nas contratações de bens e serviços no âmbito da Justiça do Trabalho de primeiro e segundo graus, aprovado pela Resolução n. 310/CSJT, de 24 de setembro de 2021, do CSJT.

Para a contratação em pauta, deverão ser exigidas as seguintes comprovações e ou declarações:

- a) não possuir inscrição no cadastro de empregadores flagrados explorando trabalhadores em condições análogas às de escravo, instituído pela Portaria Interministerial MTPS/MMIRDH nº 04/2016; e
- b) 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.

Devem ser incluídos requisitos de baixo consumo de energia e de outros recursos, bem como logística reversa para desfazimento e reciclagem de bens e refugos?

Não se aplica.

LEVANTAMENTO DE RISCOS ESPECÍFICOS:

Risco
Não obtenção de orçamentos
Mora na instrução processual
Mora no trâmite e análise do processo de contratação
Mudanças na demanda apresentadas pela nova gestão
Eventuais problemas com as especificações dos serviços
Desinteresse na participação pelas empresas que ofertam planos de saúde
Fracasso na licitação em virtude dos preços utilizados como limite (estimados)
Lances vencedores com preços muito altos para os beneficiários
Mora na assinatura do contrato ao final do certame
Problemas pontuais com o atendimento dos beneficiários
Problemas recorrentes com o atendimento dos beneficiários

A PARTIR DAQUI, APENAS PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

AValiação ACERCA DA ESSENCIALIDADE E CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS

Trata-se de obrigação de fazer, ainda que eventuais entregas de materiais constituam obrigação acessória?

Sim, trata-se de prestação de serviços, ou seja, obrigação de fazer, consistente na prestação do serviço de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e

suas atualizações, aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

A necessidade do serviço se prolonga no tempo, de modo que não é possível vislumbrar seu encerramento, sendo necessária a renovação do contrato em longo prazo?

Sim.

Eventual falta do serviço pode impactar negativamente na atividade-fim da unidade ou em serviço por ela prestado?

Sim. A não prestação deste serviço, além de comprometer a saúde e qualidade de vida dos beneficiários, pode também aumentar o índice de absenteísmo dos magistrados e servidores deste Tribunal e conseqüentemente impactar negativamente na produtividade e no serviço prestado à sociedade.

A solução ou parcela da solução constitui um serviço continuado?

O serviço pretendido tem natureza continuada, tendo em vista que, pela sua essencialidade, visa atender à necessidade pública de forma permanente e contínua, por mais de um exercício financeiro, assegurando a qualidade do serviço público prestado à sociedade.

Nesse sentido, o Manual de Aquisições deste Regional reconhece, de maneira apriorística, no âmbito de sua administração interna, serem continuados os serviços de saúde referentes ao plano de saúde.

Em caso de serviço continuado, qual a duração inicial e a duração máxima do contrato?

O(s) contrato(s) a serem celebrados terão vigência de 12(doze) meses, a partir da data da assinatura do contrato, podendo ser renovados por iguais e sucessivos períodos, respeitada a vigência máxima decenal, nos termos dos artigos 106 e 107, da Lei nº 14133/2021.

XIII - POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A ADEQUAÇÃO DA CONTRATAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DA NECESSIDADE A QUE SE DESTINA

Como apontado no Documento de Formalização de Demanda, a assistência à saúde suplementar, em especial a assistência médico-hospitalar, contribui para a manutenção, recuperação e promoção da saúde física e mental e da qualidade de vida dos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde deste Tribunal.

O contrato 19SR006, firmado entre o TRT-MG e a Unimed-BH para oferecer plano privado expirará em 30/05/2024, sem possibilidade de nova prorrogação. Diante disso, surge a necessidade de implantar uma nova solução para a prestação desse serviço.

Além disso, com a demanda dos servidores/magistrados pela cobertura de assistência à saúde em âmbito estadual, nacional e rede ampliada de hospitais que inclua, no mínimo, o Materdei em Belo Horizonte, a Administração deste Regional acatou as mencionadas solicitações, determinando que fossem estudadas soluções que suprissem todas as demandas, o que foi repassado à Secretaria de Saúde.

Durante a elaboração dos Estudos Técnicos Preliminares, após análise das soluções possíveis, verificou-se que a contratação com operadora de plano de assistência à saúde, por meio de licitação, modalidade menor preço, continua sendo a solução mais viável para este Tribunal.

Pelos motivos expostos anteriormente neste ETP, a Equipe de Planejamento da Contratação concluiu, ainda, pela divisão da solução escolhida em dois grupos (Grupo 1: planos de saúde 1 e 2 / Grupo 2: plano de saúde 3).

Esclarece-se que o custo adicional para contratação dos planos de saúde 2 e 3 será suportado exclusivamente pelo servidor/magistrado que fizer adesão a eles. Assim, caberá ao TRT-3 apenas repassar à operadora o valor equivalente ao repassado para o custeio do plano de saúde 1 dos demais beneficiários. A diferença será custeada pelo próprio magistrado/servidor e descontada no seu contracheque. Dessa forma, a ampliação da oferta de diferentes modelos de planos de saúde pelo TRT-3 não enseja em aumento de gastos para este Tribunal, uma vez que o custeio adicional não será suportado por ele.

O custeio integral de todas as modalidades de planos foi descartado, tendo em vista a insuficiência de recursos pelo TRT-3, de modo que impossibilitou até mesmo avaliação sobre eventual custeio.

Também foi aventada a possibilidade de convênio com entidades que oferecem planos de saúde que suprem a necessidade por rede ampliada de hospitais que inclua, no mínimo, o Materdei em Belo Horizonte, a qual poderá ser implementada, alternativamente, para suprir alguma demanda não atendida pelos potenciais licitantes, o que será avaliado no futuro em processos próprios, se necessário.

Sendo assim, a Equipe de Planejamento da Contratação entende que, dada a realidade do TRT3 neste momento, a contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, por meio de dois grupos (Grupo 1: plano de saúde 1 com abrangência estadual e plano de saúde 2 com abrangência nacional / Grupo 2: plano de saúde 3 com abrangência estadual e acesso à rede ampliada de hospitais), mostrou-se a melhor alternativa para atendimento da demanda.

ASSINATURA DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO

Setor Requirante:	Secretaria de Saúde (SES)	
Responsável:	Fabiana de Oliveira Vasconcelos - Secretária de Saúde	
Integrante demandante:	Adriano Alves Martins - Chefe do Núcleo de Plano de Saúde	
Integrantes Técnicos:	Adriano Alves Martins - Chefe do Núcleo de Plano de Saúde	
	Rodner Rodrigues Madureira de Almeida - Assessor Técnico da Secretaria de Saúde	
Integrantes Administrativos	Ana Elisa Ribeiro Ramim - Assessora de Projetos e Contratações Especiais	

	Bianca Kelly Chaves - Diretora de Gestão de Pessoas	
	Clara Angélica Vieira Passos Rocha - Assessora Técnica da Assessoria de Projetos e Contratações Especiais	
	Christiane Nogueira de Podestá - Servidora da Diretoria de Gestão de Pessoas	
	Fernando Almeida Mizobuti - Servidor da Diretoria de Orçamento e Finanças	
	Graciele Tibo Barbosa Lima - Servidora da Diretoria de Administração	
	Walter Augusto de Matos - Secretário de Planejamento, Execução Orçamentária e Contabilidade	