

COMO MONTAR UMA AUTOGESTÃO INFORMAÇÕES BÁSICAS

As operadoras de planos privados de assistência à saúde classificam-se nas seguintes modalidades: a) cooperativa médica ou odontológica; b) seguradora especializada em saúde; c) medicina de grupo; d) filantropia; e) administradoras de benefícios; e f) autogestão.

As autogestões possuem características próprias, pois não possuem finalidade lucrativa, destinam-se a um público fechado e específico e seus participantes, exceção feita as autogestões de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, participam de sua administração, integrando os seus órgãos colegiados de administração superior.

A autogestão não comercializa planos de saúde, mas sim disponibiliza os seus produtos para seu grupo fechado e específico. Ademais, também não possui consumidores, mas sim beneficiários, sendo que a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça – STJ - reconhece, expressamente, a inexistência de relação de consumo entre a autogestão e seus beneficiários. Ela necessita ter objeto social exclusivo, com exceção da modalidade de autogestão de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado.

Não obstante as suas características próprias, as autogestões estão sujeitas ao disposto na Lei n. 9.656, de 1998, e à regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que foi instituída pela Lei n. 9.961, de 2000.

Exceção feita às autogestões de recursos humanos ou órgão assemelhado, bem como aquelas que possuem mantenedores, as autogestões também estão sujeitas a constituição de garantias financeiras, reconhecendo a legislação alguns tratamentos diferenciados (valor menor do Capital Base de constituição em relação as operadoras de mercado, não obrigatoriedade de plano de referência, possibilidade de auto extinção ou migração de produtos, desde que autorizados pelo órgão estatutariamente competente, etc.). Salvo algumas exceções, as autogestões estão sujeitas as mesmas regras aplicáveis às demais modalidades de operadora de planos privados de assistência à saúde, especialmente aquelas referentes ao Rol de Procedimentos e Eventos cobertos, obtenção de Autorização de Funcionamento, mediante o preenchimento dos requisitos de Registro de Operadora e Registro de Produtos, regras para a contratualização com os prestadores de serviços, ressarcimento ao SUS etc.

Existem três modalidades de autogestão, que se encontram previstas no art. 2º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a saber:

- 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 seus (i) sócios da pessoa jurídica, (ii) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão, (iii) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão, (iv) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão, (v) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, e (vi) respectivos grupos familiares 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;
- b) pessoa jurídica de direito 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 (i) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora, (ii) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora, (iii) ex-empregados e ex-servidores da entidade pública patrocinadora, (iv) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores; (v) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão, (vi) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (vii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (viii) pensionistas dos beneficiários descritos no itens anteriores; (ix) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente
- c) sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente;
- d) 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: (i) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, (ii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão, (iii) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, (iv) respectivos grupos familiares 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.

As autogestões descritas nas alíneas “b” e “c” necessitam possuir objeto social exclusivo, como já mencionado. Todas as autogestões, inclusive a descrita na alínea “a”, para iniciarem suas atividades como planos de saúde, necessitam obter uma Autorização de Funcionamento que é concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os requisitos para sua concessão (Registro de Operadora e Registro de Produtos) se encontram previstos na Resolução Normativa – RN n. 543, de 2022, da ANS.

Somente a autogestão descrita na alínea “a” não está sujeita a constituição de garantias financeiras, participação dos beneficiários em seu órgão de deliberação superior, auditoria externa independente, plano de contas padrão da ANS e entrega de diversos relatórios gerenciais; as demais devem cumprir todas estas obrigações. As autogestões com mantenedores também não estão sujeitas a constituição de garantias financeiras.

As regras sobre a formalização da condição de patrocinador ou mantenedor, para os efeitos da autogestão descrita na alínea “b”, se encontram previstas nos arts. 12 a 20 da RN n. 137, e na RN n. 521, de 2022, e Instrução Normativa ANS – IN ANS n. 20, de 2022.

A autogestão descrita na alínea “c” somente se aplica a uma determinada categoria profissional, não se confundindo categoria profissional com os conceitos de classe ou setor.

A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta, sendo facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, observado o disposto no art. 21 da RN n. 137, de 2006, e o disposto na RN n. 517, de 2022.

Além das leis e dos normativos supramencionados, recomendamos a leitura das seguintes resoluções da ANS (www.ans.gov.br – procure a redação atualizada), sem prejuízo de outras que também deverão ser consultadas:

Resolução Normativa – RN n. 566, de 29 de dezembro de 2022 – Dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

Resolução Normativa - RN n. 488, de 29 de março de 2022 – Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998

Resolução Normativa – RN n 323, de 3 de abril de 2003 – Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde

Resolução Normativa – RN n. 503, de 30 de março de 2022 – Dispõe sobre regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências

Resolução Normativa – RN n. 512, de 31 de março de 2022 – Dispõe sobre a definição do índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas

Resolução Normativa – RN n. 567, de 16 de dezembro de 2022 – Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares

Resolução Normativa – RN n. 509, de 30 de março de 2022 – Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de assistência à saúde no Brasil

Resolução Normativa – RN n. 521, de 29 de abril de 2022– Dispõe sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar

Resolução Normativa – RN n. 574, de 28 de fevereiro de 2023 – Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga as Resoluções Normativas n. 393, de 9 de dezembro de 2015, n. 442, de 20 de dezembro de 2018, e n. 476, de 23 de dezembro de 2021

Resolução Normativa – RN n. 395, de 14 de janeiro de 2016 – Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação

Resolução Normativa – RN n. 424, de 26 de junho de 2017 – Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde

Resolução Normativa – RN n. 465, de 24 de fevereiro de 2021– Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de

1º. de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN n. 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n. 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n. 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n. 460, de 13 de agosto de 2020.

Resolução Normativa – RN n. 518, de 29 de abril de 2022 – Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde.

Resolução Normativa – RN n. 569, de 19 de dezembro de 2022 – Dispõe sobre os critérios para definição de capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde, altera a Resolução Normativa ANS n. 515, de 29 de abril de 2022 e revoga a Resolução Normativa ANS n. 526, de 29 de abril de 2022, e a Resolução Normativa ANS n. 514, de 29 de abril de 2022.