

## PROPOSTA DE ALTERAÇÃO RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N. 137, DE 2006

### REDAÇÃO ATUAL

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:

(...)

### REDAÇÃO PROPOSTA

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, **abrangendo, inclusive as empresas do mesmo grupo econômico**, exclusivamente aos seguintes beneficiários:

(...)

### JUSTIFICATIVA

Em muitos grupos econômicos, existe um departamento de recursos humanos que centraliza a política de benefícios de todas as empresas integrantes, não se justificando que cada empresa, individualmente, necessite constituir uma autogestão de RH ou órgão assemelhado. A alteração visa possibilitar que uma única autogestão de RH possa atender todas as empresas integrantes de seu grupo econômico, sem a necessidade da observância da regulação prudencial. A empresa controladora assumiria todos os riscos da operação.

### REDAÇÃO ATUAL

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

(...)

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 PROPOSTA**

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

(...)

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 categorias profissionais, classistas ou setoriais que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários:

### **PROPOSTAS/ OBSERVAÇÕES**

Entendemos que a redação atual é extremamente restritiva – uma única categoria profissional -, enquanto as operadoras de mercado podem disponibilizar contratos coletivos por adesão para pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, consoante o disposto no art. 9º da RN n. 195, de 2009. Ademais, também resta preservado o direito de associação, previsto no art. 5º., XVIII, da Constituição Federal, não podendo a ANS restringir a possibilidade de constituição de autogestão de saúde somente por entidades de determinada categoria profissional, bem como a possibilidade de ampliação da massa assistida tem importantes impactos no custo do plano de saúde, em face da observância dos princípios do mutualismo e da solidariedade.

### **REDAÇÃO ATUAL**

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

(...)

§1º A entidade de autogestão só poderá operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I, II e III deste artigo. ([Redação dada pela RN nº 148, de 2007](#)).

### **REDAÇÃO PROPOSTA**

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

(...)

§1º A entidade de autogestão só poderá operar plano privado de assistência à saúde coletivo restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I, II e III deste artigo, **podendo a entidade de autogestão descrita no inciso II ou III atuar em mais de uma modalidade.**

## JUSTIFICATIVA

Possibilitar que as autogestões descritas nos incisos II e III possam atuar de forma híbrida, ou seja, poderão ter pessoas jurídicas patrocinadoras e pessoas físicas/associados vinculadas a entidades profissionais, classistas ou profissionais, podendo manter contratos coletivos empresariais e contratos coletivos por adesão, de forma simultânea.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 3º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

(...)

§ 2º A vedação da prestação de serviços prevista no caput não se aplica ao oferecimento da rede de prestação de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres. [\(Acrescentado pela RN nº 272, de 20/10/2011\)](#)

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 3º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

(...)

§ 2º A vedação da prestação de serviços prevista no caput não se aplica ao oferecimento da rede de prestação de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres **ou outra operadora de modalidade diversa.** [\(Acrescentado pela RN nº 272, de 20/10/2011\)](#)

## JUSTIFICATIVA

Verifica-se que o parágrafo 1º. do artigo 21 da citada norma faculta às autogestões, com referência ao compartilhamento de rede de prestação de serviços, **a possibilidade de contratação ou celebração de convênio de reciprocidade com entidade congênera ou outra operadora de modalidade diversa,** desde que fora do município sede da operadora.

Entendemos que se impõe a adequação do parágrafo 2º. do artigo 3º. da citada norma, a fim de deixar expresso, até mesmo em respeito ao princípio da igualdade, que as autogestões também podem disponibilizar sua rede de prestação de serviços para operadoras de planos privados de assistência à saúde de modalidade diversa, mediante contratação ou convênio de reciprocidade, se existente mútuo interesse. Aliás, existe séria contradição entre os dois dispositivos da mesma norma, pois o parágrafo 1º. do artigo 21 permite a celebração de convênio entre as autogestões e as operadoras de mercado, pois no convênio pressupõe uma via de duas mãos.

Considerando que a redação ora vigente do parágrafo 2º. do artigo 3º. foi inserida por força da alteração introduzida pela RN n. 272, de 2011, e que, portanto, é anterior a alteração introduzida no parágrafo primeiro do art. 21, por força da RN n. 355, de 2014, **se faz mister a devida adequação, a fim de garantir a reciprocidade e a igualdade de tratamento.**

Por outro lado, convém mencionar que o artigo 5º. da Resolução Normativa – RN n. 430, de 2017, quando permite o compartilhamento de rede de prestação de serviços entre operadoras de planos privados de assistência à saúde, não faz qualquer restrição às autogestões.

Aludida alteração visa deixar expresso que o compartilhamento de rede entre operadoras de planos de saúde não caracteriza infração ao objeto social exclusivo, sendo pratica normalmente utilizada no mercado, inclusive entre as autogestões.

Este compartilhamento possibilita que os consumidores tenham atendimentos em regiões não cobertas pela sua operadora de origem ou então em regiões que sua operadora não possui rede suficiente, podendo se utilizar da rede de outra operadora.

Ademais, com a citada alteração todas as modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde estarão autorizadas a realizar o mencionado compartilhamento, pois atualmente, face da normatização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as autogestões podem se utilizar da rede de prestação de serviços de entidades congêneres ou outra operadora de modalidade diversa, porém somente poderá oferecer sua rede para entidades congêneres, estando impedida de oferecê-la para outra rede de operadora. Citada alteração dará segurança jurídica para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, com referência a possibilidade de compartilhamento de suas redes de prestação de serviços, em igualdade de tratamento. Ademais, as autogestões somente utilizarão tal faculdade se aludido compartilhamento não resultar prejuízos para o acesso de seus beneficiários.

## REDAÇÃO ATUAL

Inclusão.

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 3º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

(...)

§ 6º. – As garantias financeiras próprias descritas no inciso I podem ser aplicadas em imóveis assistenciais, até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores.

## JUSTIFICATIVA

Aludida inclusão visa possibilitar que as entidades de autogestão possam constituir redes próprias de atendimento, com a utilização de recursos de suas garantias financeiras. Ademais, lembrem-se que o próprio parágrafo 1º. do art. 8º. da Lei n. 9.656, de 1998, estabelece um tratamento diferenciado para as autogestões no que concerne a demonstração de viabilidade econômico-financeira.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 11. Detectados indícios de desequilíbrio econômico-financeiro ou de anormalidades administrativas, aplicar-se-á às entidades de autogestão o disposto na RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde e nas Resoluções Normativas que dispõem sobre as medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998. (Alteração dada pela RN nº 307, de 23 de outubro de 2012)

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 11. Detectados indícios de desequilíbrio econômico-financeiro ou de anormalidades administrativas, aplicar-se-á às entidades de autogestão o disposto **na RN nº 523, de 29 de abril de 2022**, que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde e nas Resoluções Normativas que dispõem sobre as medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998. ([Alteração dada pela RN nº 307, de 23 de outubro de 2012](#))

## JUSTIFICATIVA

Visa atualizar o número de normativo.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 11-A. Nas entidades de autogestão constituídas sob a forma de associação, não se considera reajuste aporte de recursos aprovado pelos associados na conformidade do estatuto da entidade, desde que a cobrança do aporte: ([Incluída pela RN nº 355, de 2014](#))

**I - seja dirigida apenas aos associados, não podendo incluir beneficiário do plano de saúde da entidade que não seja associado, tais como administradores, ex-administradores, empregados, ex-empregados, aposentados, pensionistas ou familiares, mesmo que dos associados; e ([Incluída pela RN nº 355, de 2014](#))**

## REDAÇÃO PROPOSTA

Revogação.

## JUSTIFICATIVA

Considerando a faculdade dada para as autogestões, não se justifica que aludida matéria seja regulada pela ANS, devendo aludida ser disciplinada pelo órgão competente previsto no Estatuto Social da entidade de autogestão. Verifica-se que em algumas autogestões a cobrança é realizada por beneficiário e não por família, gerando sérias distorções ou injustiças, pois o aporte é calculado por associado titular, enquanto existentes diferentes números de dependentes vinculados aos associados titulares.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 12 Para efeito desta resolução, considera-se:

(...)

III – patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 12 Para efeito desta resolução, considera-se:

(...)

III – patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde ou de outras despesas relativas à sua execução e administração, **devendo participar da administração superior da entidade de autogestão, na forma prevista no art. 4º..**

## JUSTIFICATIVA

Deixar expresso que o patrocinador não é um mero contratante, mas alguém que participa da administração superior da entidade de autogestão

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 12 Para efeito desta resolução, considera-se:

(...)

§1º Os instituidores, patrocinadores e os mantenedores deverão guardar relação com o objeto do estatuto da autogestão, o qual não poderá permitir a participação de empresas que não guardem correlação entre si quanto ao seu ramo de atividade, sendo admitidas empresas fornecedoras participantes da cadeia produtiva do bem ou serviço oferecido pela empresa instituidora, quando esta for sua única contratante; (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)

§2º Na hipótese de os instituidores, patrocinadores e mantenedores pertencerem a um mesmo grupo econômico, é facultada a contratação de um plano coletivo gerido por uma única entidade de autogestão. (Incluída pela RN nº 355, de 2014)

§3º O conceito de grupo econômico para fins desta Resolução será regulamentado por meio de Instrução Normativa. (Incluída pela RN nº 355, de 2014)

## REDAÇÃO PROPOSTA

Revogação.

## JUSTIFICATIVA

Considerando a definição de patrocinador no inciso III do artigo 12, não se faz mais mister estabelecer as mencionadas restrições de ramo de atividade ou grupo econômico, deixando claro que o patrocinador deve participar da administração superior do plano de saúde. As restrições atualmente existentes inibem a possibilidade de empresas de ramos de atividade diferentes se reunirem para a constituição de uma autogestão, a fim de possibilitar um benefício para os seus empregados e seus dependentes. Não se justifica aludida restrição.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 20 Na hipótese de saída de mantenedor ou patrocinador, a entidade de autogestão deverá encaminhar a ANS os seguintes documentos, além de outros que possam ser exigidos pela DIOPE ou pela DIPRO:

(...)

II – declaração de inexistência de beneficiários vinculados ao mantenedor ou ao patrocinador, ressalvadas as hipóteses de beneficiários amparados pelo disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observado o disposto no parágrafo único;

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 20 Na hipótese de saída de mantenedor ou patrocinador, a entidade de autogestão deverá encaminhar a ANS os seguintes documentos, além

de outros que possam ser exigidos pela DIOPE ou pela DIPRO:

(...)



II – declaração de inexistência de beneficiários vinculados ao mantenedor ou ao patrocinador,

## JUSTIFICATIVA

Entendemos que aludida redação está desatualizada, em face da obrigatoriedade de os aposentados serem incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma operadora contratada pelo patrocinador para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos, consoante o disposto no art. 24 da Resolução Normativa – RN n. 488, de 2022.

## REDAÇÃO ATUAL

Art. 21 A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

§ 2º As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira. ([Incluída pela RN nº 355, de 2014](#))

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 21 A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

§ 2º As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam, **por motivo de aposentadoria, trabalho ou estudo**, residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de **20%** (vinte por cento) do total de beneficiários de carteira. ([Incluída pela RN nº 355, de 2014](#))

## JUSTIFICATIVA

Em face de inúmeras especificidades decorrentes de determinadas atividades profissionais, bem como da atual mobilidade existente em nosso país, entendemos que se impõe a ampliação da excepcionalidade descrita no parágrafo único do artigo proposto.

Como muitos profissionais (p. ex. fiscais de tributos) trabalham em regiões de fronteira entre as unidades da federação, alguns necessitam de atendimento médico-hospitalar fora do seu estado de origem, tendo em vista que, em muitos casos, é mais fácil ser atendido em estado limítrofe do que procurar os serviços que lhe são oferecidos pela entidade a que está vinculado.

Existem também aquelas situações de servidores públicos ou trabalhadores que prestam seus serviços em determinado estado da federação, nele permanecendo de segunda a sexta-feira,



porém retornando ao seu estado de origem nos finais de semana. Em tais casos, a família do servidor público ou trabalhador continua mantendo residência no estado de origem, necessitando de atendimentos médico-hospitalares naquela localidade, que poderiam ser prestados através de convênio de reciprocidade.

E ainda temos duas situações cada vez mais comuns em nosso país, que é (i) do dependente que vai estudar ou realizar estágio em outra unidade da federação, fora, portanto, da área de abrangência do produto que é oferecido pela entidade a qual seu pai ou mãe é vinculado, principalmente após o advento do ENEM e do SISU, bem como (ii) do aposentado que resolve, mesmo exercendo o benefício previsto no art. 31 da Lei n. 9.656, de 1998, voltar para o seu estado de origem ou viver em uma região com maior qualidade de vida, após o término de sua vida laboral. Obviamente, este dependente ou aposentado necessita ser atendido por um plano de saúde e ele também poderá não estar contemplado na excepcionalidade prevista no parágrafo segundo supracitado, em face da citada limitação.

Verifica-se a necessidade de se flexibilizar a mencionada excepcionalidade, pois para não onerar esses profissionais e beneficiários que, muitas vezes, necessitam que citados serviços de saúde sejam realizados através de convênios de reciprocidade, firmados através de sua autogestão de origem.

Portanto, considerando as especificidades existentes em muitas categorias profissionais, bem como a mobilidade atualmente existente em face das oportunidades que muitos dependentes têm de estudar ou realizar estágios fora de seu local de origem, e aposentados de viver em outra localidade, solicitamos que seja revista a mencionada norma, para que as citadas entidades de autogestão não sejam penalizadas se oferecerem sua cobertura fora da área de abrangência dos seus produtos, através da celebração de convênios de reciprocidade ou contratação de outra operadora, recomendando que citada excepcionalidade seja ampliada para 20% (vinte por cento), em decorrência das diversas situações que poderão ser atendidas pelas entidades de autogestão, que não possuem finalidade lucrativa

## REDAÇÃO ATUAL

Inclusão

## REDAÇÃO PROPOSTA

Art. 21 A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

(...)

**§ 3º. O redimensionamento de rede hospitalar por redução das entidades de autogestão dependerá, exclusivamente, da decisão de seus membros, observada a competência prevista em seu estatuto social; nas autogestões descritas no art. 2º. I, a decisão será do empregador.**

## JUSTIFICATIVA

Considerando que as autogestões tem poderes para se auto extinguir, bem como para proceder a migração de planos de saúde, desde que tais decisões sejam tomadas pelo seu órgão estatutariamente competente, como estabelece a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inclusive no Tema XVII da Instrução Normativa DIPRO n. 23, de 2009, entendemos que eventual redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser deliberada pelos próprios beneficiários e patrocinadores da entidade de autogestão, ou do empregador, sem a necessidade de autorização expressa da ANS.

A constituição de rede hospitalar nas entidades de autogestão segue uma lógica diversa daquelas operadoras de mercado, pois se privilegia o acesso, a ampla cobertura e os custos, já que os beneficiários – empregados, servidores públicos e associados – contribuem para o custeio do plano de saúde, devendo eventual decisão sobre redimensionamento de rede hospitalar por redução ser tomada pelos seus participantes, em conformidade com o estatuto social.