



Autogestões

Resolução Normativa ANS n.º 137, de 2006.

Instrução Normativa ANS n.º 20, de 2022



Autogestões

Resolução Normativa ANS n.º 137, de 2006.

Instrução Normativa ANS n.º 20, de 2022



Autogestões

Resolução Normativa ANS n.º 137, de 2006.

Instrução Normativa ANS n.º 20, de 2022





©2024. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Gestão – DIGES
Gerência de Tecnologia da Informação - GETI
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel: +55 (21) 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.gov.br/ans

DIRETORIA COLEGIADA – DICOL

Diretor-Presidente

Diretor de Gestão – DIGES

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Mauricio Nunes da Silva

Diretora de Fiscalização – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Alexandre Fioranelli

RESPONSÁVEL PELO PROJETO:

Fernanda Freire de Araújo

COLABORAÇÃO TÉCNICA:

Leonardo Fernandes

Nina Maria Zander

Tainá Leandro

Alexandre Fiori

Washington Oliveira Alves

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI

NORMALIZAÇÃO

Sergio Pinheiro Rodrigues (Biblioteca/GEQIN/DIRAD/DIGES)

Ficha Catalográfica

A265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Relatório de avaliação do resultado regulatório – RARR: autogestões. Resolução Normativa ANS n.º 137, de 2006.
Instrução Normativa ANS n.º 20, de 2022. Rio de Janeiro: ANS, 2024.
1,7MB; e-pub.
. Análise de impacto regulatório. 2. Autogestão. 3. Assistência a saúde. I. Título.

CDU 370.1.22.3(81)

Catalogação na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadora, de acordo com o ANS - 2002	10
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Lógico:	33
Figura 2 - Objetivos Regulatórios	34
Figura 3 - Questionamentos ARR	35
Figura 4: Percentual de operadoras, segmentadas por porte (em milhões)	38
Figura 5 - Percentual de operadoras, por categoria S1, S2, S3 e S4	39
Figura 6 - Evolução da Pirâmide etária de beneficiários de autogestões e das demais modalidades médico hospitalares	40
Figura 7 - Frequência de utilização; e custo por beneficiário dos procedimentos médicos realizados	42
Figura 8 - Custo total por tipo de evento, segmentado para faixa etária acima de 60 anos	43

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Total e percentual de autogestões ativas por ano (CADOP) de 2001 a 2023	36
Gráfico 2 - Evolução da quantidade de beneficiários em autogestões - Total de beneficiários em autogestões e nas médico-hospitalares (exceto autogestões) de 2001 a 2023	37
Gráfico 3 - Resultado Líquido – Autogestões x Médico-hospitalares	44
Gráfico 4 - Resultado Operacional – Autogestões x Médico Hospitalares	44
Gráfico 5 - Resultado Financeiro (em R\$ milhões)	45
Gráfico 6 - Sinistralidade com e sem efeitos das provisões das operadoras classificadas na modalidade autogestão	45
Gráfico 7 - Evolução da Sinistralidade Média/Agregada	46
Gráfico 8 - Contraprestações e Eventos per capita (preestabelecido) - Autogestões X Médico-Hospitalares (exceto autogestões) - em R\$ - valores nominais	46
Gráfico 9 - COMBA agregado	47
Gráfico 10 - COMB agregado	48
Gráfico 11 - COMBA Mediana	48
Gráfico 12 - COMB Mediana	49

SUMÁRIO

1	Sumário Executivo	7
2	Justificativa e Finalidade pretendida com a ARR	7
3	Descrição da Regulação e seu contexto	8
3.1	Contexto Histórico	8
3.2	Arcabouço Normativo	11
3.3	Conceitos	13
3.3.1	Quanto à natureza jurídica	13
3.3.2	Quanto à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor	15
3.3.3	Quanto à elegibilidade	17
3.3.4	Quanto à regulação prudencial	24
3.3.5	Quanto à governança das autogestões	26
3.3.6	Quanto à gestão e ao relacionamento com a rede de prestadores	26
3.3.7	Organização jurídico-institucional	29
3.3.8	Financiamento e preço	30
4	Objetivos da regulação	31
5	Teoria da regulação e o modelo lógico	32
6	Avaliação dos resultados e demais impactos da regulação selecionada	35
6.1	Dados do Setor	35
6.2	Envelhecimento Populacional	39
6.3	Desempenho Econômico-Financeiro	43
6.4	Indicadores Econômico-Financeiros	45
7	Discussão dos Resultados	49
7.1	Oxigenação da carteira	49
7.2	Sustentabilidade econômico-financeira	50
7.3	Pontos de Atenção	51
7.4	Considerações finais	52
8	Recomendações	52
	Referências Bibliográficas	53
	Apêndice I – Processos Autogestões – Consultas e alterações cadastrais	54

1 SUMÁRIO EXECUTIVO

A ANS definiu a nova Agenda Regulatória para o triênio 2023-2025, estabelecendo os temas prioritários que serão analisados no período¹. Dentre os temas que seriam objeto de ARR foi selecionado o conjunto de normas que trata das Autogestões, quais sejam, a Resolução Normativa n.º 137, de 14 de novembro de 2006 e Resolução Normativa n.º 148, de 2007.

As autogestões são modalidade de operadoras que por suas características operam sem fins lucrativos, prestando assistência a grupos de pessoas que se relacionam por determinadas características, seja porque nascem da gestão de um plano no âmbito da área de recursos humanos de uma empresa, seja porque são operadas por uma pessoa jurídica sem finalidade lucrativa.

As normas vigentes sobre esse tipo de modalidade tentaram trazer maior clareza e transparência ao setor já que à época, esse tipo de operadora gozava de maiores benefícios no contexto regulatório, notadamente quanto à regulação prudencial.

Dada a sua importância para o setor e a necessidade de avaliação dos normativos que regulamentam esse tipo de modalidade de operadora, a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, responsável pela classificação das operadoras conforme suas características, coordenará a ARR sobre o tema.

Neste documento faz-se um apanhado histórico da regulação, retomando discussões que existiram no momento da elaboração do normativo, antes mesmo de haver previsão em norma sobre a obrigatoriedade de realização de Análise de Impacto Regulatório, para desta forma trazer um maior aprofundamento de temas anteriormente abordados.

Também nesta Nota são avaliados esforços feitos em paralelo para obter subsídios técnicos para essa análise, seja através de revisão da literatura, notas técnicas e processos que fundamentaram a edição das normas, como o processo 33902.242034/2006-69 que foi digitalizado e aberto eletronicamente em 22/03/2017.

Também foram realizadas reuniões com a Diretoria de Produtos, consulta à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), entidade representativa das autogestões para avaliações dos pontos de impacto da norma e conversas com servidores que trabalharam à época da edição dos normativos.

Avalia-se i) os resultados alcançados pelos normativos foram efetivos no alcance de seus objetivos, ii) se os dados científicos que suportam a regulação mudaram, de modo que sua avaliação é necessária, iii) considerando que a regulação está em vigor há algum tempo, se os benefícios observados ainda justificam os seus custos? iv) se uma eventual eliminação da regulação afetaria o comportamento observado dos agentes.

Para uma parte das medidas sugeridas far-se-á necessária a alteração de norma, implicando na realização de uma Análise de Impacto Regulatório, em que alguns pontos não aprofundados nesta Nota poderão ser abordados como uma efetiva análise de custos, contudo cumpre observar que algumas iniciativas sugeridas nesta análise não necessitam de implementação por alteração normativa, podendo ser de pronto avaliadas e implementadas caso aprovadas.

2 JUSTIFICATIVA E FINALIDADE PRETENDIDA COM A ARR

O Decreto nº 10.411/2020, que regulamenta a análise de impacto regulatório, estabeleceu em seu artigo 13 a obrigatoriedade de elaboração de agenda de avaliação de resultado regulatório - ARR para toda entidade da administração pública federal com competência para edição de atos normativos.

A Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) consiste na verificação dos efeitos decorrentes da edição de um ato normativo. Nessa avaliação, devem ser considerados o alcance dos objetivos originalmente pretendidos e os demais impactos observados sobre o mercado e a sociedade, em decorrência de sua implementação do normativo.

1 Guia Orientativo de ARR do Governo Federal.

Nesse contexto, o tema das Autogestões foi escolhido por se tratar de questão relevante para o setor de saúde suplementar, impactando significativamente organizações e grupos específicos de beneficiários, sem contar seu longo tempo de vigência. (ver critérios do §3º do artigo 13 do referido Decreto: III – impacto significativo em organizações ou grupos específicos e V – vigência da norma há, no mínimo, cinco anos).

Assim sendo, o ARR terá como finalidade avaliar a eficiência da norma, atualmente, e a efetividade da permanência das obrigações e conceitos ali transcritos em face das mudanças apresentadas no perfil dos consumidores desses planos e na sustentabilidade dessas empresas.

3 DESCRIÇÃO DA REGULAÇÃO E SEU CONTEXTO

3.1 Contexto Histórico

Durante a década de 1970, as empresas optaram por gerenciar diretamente a assistência médica hospitalar de seus empregados, ao invés de contratar empresas médicas. Promoveram um extenso credenciamento de prestadores de serviço, para substituir as coberturas que vinham sendo viabilizadas por serviços próprios, por uma pequena rede credenciada e/ou por mecanismos de reembolso de despesas. Algumas destas empresas modificaram os mecanismos de financiamento dos planos de saúde, no sentido de introduzir ou ampliar a parcela de contribuição do empregado, embora a maioria dos planos continuasse sendo totalmente financiada pelas empresas empregadoras (Gama, p. 39).

A opção da administração própria dos esquemas de assistência médica e hospitalar, personalizados de acordo com as necessidades de cada empresa empregadora foi a origem do que hoje se convencionou chamar de autogestão ou planos autoadministrados.

Esses esquemas assistenciais próprios, autogestões, também se estruturaram em instituições criadas para esses fins, ou ligados a instituições previdenciárias, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Estado da Guanabara (CABEG), fundada em 1972. Até meados dos anos de 1980, o mercado era quase que exclusivamente formado por planos coletivos e planos empresariais. Nessa época, já havia grandes empresas consolidadas, como, por exemplo, a Interclínicas, a Medial, a Golden Cross e a Unimed, além de planos próprios de grandes montadoras, como o da Volkswagen e os de empresas estatais, bem como os de associações de categorias, como a dos bancários (Bahia et alli, 1999b).

Praticamente todos os planos empresariais eram integralmente financiados pelas empresas empregadoras fossem eles contratados a empresas médicas ou planos próprios. Nas empresas estatais e nas categorias que mantinham entidades jurídicas paralelas, como as caixas e os fundos de previdenciários, os empregados contribuíam para o financiamento de seus planos. A cobertura dos planos era variada e associada ao status da empresa, da categoria profissional e ao nível hierárquico. (Gama, ob. cit. p. 40)

A assistência dos trabalhadores podia se restringir ao acesso a determinados estabelecimentos de saúde, a consultórios médicos, a fazer atendimento médico em serviços próprios da empresa empregadora ou permitir a livre escolha, utilizando o sistema de reembolso de despesas (Bahia, 1999a, Op. cit.).

Durante os anos de 1990, vários grupos de servidores públicos – principalmente, os federais – se organizaram em entidades jurídicas que administram assistência médica hospitalar para essas coletividades. De maneira geral observam-se três subgrupos em torno desse movimento. O primeiro, de funcionários de autarquia da administração federal. Um segundo grupo, composto por funcionários do Ministério do Transporte, do Ministério da Reforma Agrária e do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem, que aderiu ao Fundação Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP). O terceiro grupo, formado por magistrados, por funcionários do Ministério da Fazenda, por fiscais federais e estaduais, estruturou também planos próprios de saúde mediante associações e sindicatos profissionais. Esses movimentos ampliaram a massa de clientes dos planos de autogestão (Bahia, 2001).

Dessa maneira pode-se dizer que a permanência e a expansão dos planos de autogestão representaram a consolidação de uma modalidade não comercial no setor suplementar de saúde, bem como a permanência de um modelo de oferta de assistência médico-hospitalar administrado pelas empresas empregadoras e/ou pelos empregados.

Cabe observar que a Lei nº 9.656/98 estabeleceu a submissão das autogestões ao marco regulatório da saúde suplementar, nos termos do art. 1º, II, e § 2º, da Lei nº 9.656, de 1998, contudo, a fonte primária legislativa não chegou a definir um conceito para essa modalidade operacional, deixando tal incumbência à regulamentação setorial².

Nesse aspecto, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, antes mesmo da criação da ANS, editou a Resolução CONSU nº 5, de 3 de novembro de 1998, regulando as autogestões em seus arts. 1º e 2º, da seguinte forma:

*Art. 1º Para fins de aplicação das disposições contidas na Lei nº 9.656/98, são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, **ou ainda a participantes e dependentes de associações**, sindicatos ou entidades de classes profissionais.*

*Parágrafo Único: O grupo familiar a que se refere o **caput** deste artigo está limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e afim.*

Art. 2º As autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos de empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada. (sem grifo no original)

As Autogestões em saúde foram, em um momento inicial, caracterizadas através do disposto na Resolução CONSU n.º 05/98, destacando-se o artigo 1º. Em seu artigo 2º, definiu-se um conceito básico das Autogestões, ou seja, órgãos de gestão própria sem fins lucrativos.

Posteriormente, já sob a competência legal atribuída à ANS, Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a RDC n.º 39, de 2000 assim definiu:

*Art. 14. Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a **participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas**, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.*

Já havia algumas informações sobre a participação de beneficiários nesse tipo de operadora e sua importância para o setor de Saúde Suplementar. Senão, vejamos:

² Ver <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-23>. Acesso em 18/4/2023.

■ QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR MODALIDADE DE OPERADORA, DE ACORDO COM O ANS - 2002

MODALIDADE	N.º DE BENEFICIÁRIOS	% BENEFICIÁRIOS
Cooperativa Médica	8.497.962	23,94
Odontologia de Grupo	2.110.258	5,94
Medicina de Grupo	11.818.901	33,30
Filantropia	1.174.209	3,31
Cooperativa Odontológica	1.004.590	2,83
Seguradora	5.552.578	15,64
Autogestão	5.337.658	15,04
TOTAL	35.496.156	100,00

Fonte: SCP - 16/12/2002. Palestra proferida por Januário Montone na CSS, em - 19/12/2003 – Brasília apud GAMA

Em 2002, cerca de 15% dos beneficiários estavam em operadoras de autogestão.

Caberia ao órgão regulador estabelecer as regras para distinção das modalidades de operadoras trazidas pelo legislador, de modo a impedir que falhas de mercado ou riscos não aceitáveis levassem ao desequilíbrio do setor.

A regulação do setor determinou, portanto, as normas sob as quais as operadoras deveriam operar e impôs exigências para evitar o risco de insolvência. Anteriormente à regulação, não havia a obrigatoriedade de garantias financeiras no setor de saúde suplementar, à exceção das seguradoras que já eram reguladas pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). A determinação de garantias financeiras para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro iniciou-se com a RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) 77 em julho de 2001, e foi incluída na Lei nº 9656/98 pela medida provisória nº 2177/44 de agosto de 2001 e detalhada mais tarde por outras normas.

Em face da natural evolução do panorama regulatório, reclamando, por conseguinte, novas previsões normativas consentâneas com a realidade do segmento de saúde suplementar à época foi ainda editada a Lei no 11.302, em 10 de maio de 2006, fruto da conversão da Medida Provisória no 272/2006 que, entre outras disposições, alterou o disposto no artigo 230 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, impondo que a Agência editasse regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões, a ser publicada no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da vigência da referida Lei.

Cabe esclarecer que a Lei referida é consequência direta do Acórdão nº 458/2004, exarado por este egrégio Tribunal de Contas da União nos autos do Processo nº TC 006.301/96-7. Manifestou-se o TCU, em síntese, pela legalidade do convênio de adesão celebrado entre a Fundação de Seguridade Social - GEAP e o Ministério da Saúde, sem a realização de prévio processo licitatório, para a prestação de serviços de assistência à saúde dos servidores do órgão. Ainda em relação à GEAP, deixou assente o Pleno do TCU a obrigatoriedade de licitação para a celebração de quaisquer outras avenças com os demais entes da administração pública que não fossem legítimos detentores da condição de patrocinadores.

Tendo em vista a determinação legal e o fato de que o mercado de saúde suplementar já vinha discutindo a necessidade de alteração das normas de autogestão, a ANS, em reunião realizada em 25/08/2006, entendeu

por bem submeter a citada minuta à Consulta Pública com fundamento no art. 35 do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Assim, de acordo com o Comunicado nº 53, de 29 de agosto de 2006, e segundo a Consulta Pública nº 23, de mesma data, publicada no Diário Oficial da União, edição de 30 de agosto de 2006, a minuta de resolução normativa foi posta à disposição dos interessados para apresentação de críticas e sugestões em 20 [vinte] dias.

Ressaltamos que à época não existia a exigência de análise de impacto regulatório, mas como mencionado, o processo normativo garantiu a participação social por meio de Consulta Pública sobre as propostas de alteração normativa realizadas pela Agência.

No período assinalado, diversas entidades de autogestão, suas instituições representativas, instituições representativas de empresas de medicina de grupo e de sociedades seguradoras, escritórios de advocacia etc, apresentaram suas críticas e sugestões com o intuito de aprimorar a proposição. Sobre as sugestões feitas, destacamos que não há no processo justificativa para escolha de umas em detrimento de outras e a análise feita pela procuradoria da ANS (Parecer ANS – GECOS/EHSB n.º 933/2006) se deu em regime de urgência, motivo pelo qual se ateu a questões formais, sem revisão costumeira artigo a artigo.

Assim, na 151ª Reunião de Diretoria Colegiada realizada em 14 de novembro de 2006 foi aprovado o texto da primeira versão da Resolução Normativa n.º 137, publicada no mesmo de forma a cumprir o prazo legal.

3.2 Arcabouço Normativo

Passado o prazo estabelecido pelo novo normativo para adequações das operadoras existentes observou-se que as modificações impostas pela nova regulamentação das entidades de autogestão foram muito profundas e com diversos impactos, sobretudo econômico-financeiros. Havia ainda muitas dúvidas e a necessidade de adequação e implementação pelo setor das regras estabelecidas.

Era evidente a necessidade de alteração para correções e ajustes, notadamente quanto aos artigos 24, 26 e 27 da RN n.º 137/2006, quais sejam: i) prorrogação do prazo para adaptação ao novo normativo, ii) normas revogadas, sem eficácia e alteradas como a diferenciação entre autogestão patrocinada e não patrocinada, iii) inclusão de novos tipos de beneficiários como os aposentados e iv) garantia dos riscos assumidos pelo mantenedor, para explicitar que a mantenedora pode ficar responsável apenas por parte da garantia dos riscos e a entidade de autogestão pela parte remanescente.

Assim sendo, foi publicada em 02 de abril de 2007, a Resolução Normativa n.º 148, de 2007 que alteravam a Resolução Normativa n.º 137, de 2006 quanto aos temas acima itemizados.

Importante observar que antes da RN nº 148/2007 eram disciplinadas duas modalidades de autogestão, previstas nos incisos I (autogestão por RH) e II (autogestão vinculada ou não à entidade pública ou privada), do art. 2º da RN nº 137, em sua redação original.

Com as modificações da RN nº 148/2007, além de dar nova conformação às entidades de autogestão previstas nos incisos I (deixando mais clara a elegibilidade de beneficiários em autogestões por RH) e II (deixando claro vínculo relacionado a patrocinadores, instituidores e mantenedores) do art. 2º foi disciplinada, ainda, as entidades de autogestão constituídas sob a modalidade de associação de categorias profissionais (inciso III, do art. 2º).

Além disso, com a alteração promovida pela RN nº 148, de 2007, foi fixado o prazo para adequação das autogestões que atuassem no setor à época às novas regras até maio de 2007 (cfme. art.24 da referida RN).

Em paralelo, de acordo com parágrafo único do art. 1º da RDC nº 77, de 2001, as autogestões antes denominadas patrocinadas não possuíam regras de garantias financeiras e, portanto, estariam dispensadas de qualquer exigência regulatória sobre o tema.

Ocorre que ao mesmo tempo que a RN nº 137, de 2006, trouxe uma nova definição para patrocínio em operadoras, a RDC nº 77, de 2001, foi revogada pela RN nº 160, de 2007, que, por sua, vez passou a prever

a exigência de garantias financeiras – especialmente de Margem de Solvência, de forma escalonada, para autogestões anteriormente dispensadas de tal exigência conforme art. 11 da referida RN.

As normas posteriores que alteraram a RN nº 160, de 2007 (RN nº 209, de 2009; RN nº 451, de 2020) mantiveram prazos de escalonamento distintos para as exigências de margem de solvência desse grupo de autogestões – anteriormente dispensadas de garantias financeiras por estarem classificadas anteriormente como “patrocinadas”.

Importa observar que com vistas a mitigar impactos e manter os prazos de escalonamento anteriormente regulamentados para margem de solvência, a RN nº 569, de 2022, manteve o cálculo de exigência anteriormente vigente como alternativa para o capital regulatório deste grupo de autogestões até dezembro de 2023 – prazo anteriormente previsto - conforme disposto no art. 12 da referida RN.

Na esteira dessas alterações foi editada a Instrução Normativa n.º 10, de 30 de março de 2007. Essa instrução normativa estabelecia a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras. À época, a IN pretendia deixar claro como seria o monitoramento das autogestões e a forma de garantia dos riscos das autogestões com mantenedor, estabelecendo os parâmetros gerais de envio de informação econômico-financeira e exigências contábeis, com base nos normativos e processos de trabalho até então existentes.

O normativo foi posteriormente alterado pela IN DIOPE n.º 55, de 2020 e IN DIOPE n.º 20, de 2022, essa última objeto dessa ARR. Pontua-se que a regulamentação da forma dos riscos das autogestões foi objeto de intenso debate, inclusive com a realização de Audiência Pública sobre o tema (vide PROCESSO Nº: 33902.151821/2015-93)³.

- **Resolução Normativa n.º 272, de 2011; e**

Ampliou a possibilidade de inclusão de beneficiários e excluiu as entidades fechadas de previdência complementar da exigência de objeto social exclusivo.

- **Resoluções Normativas ns.º 307 e 315, ambas de 2012;**

Esses normativos trataram de questões relacionadas ao acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e deram nova redação aos artigos que tratavam das entidades fechadas de previdência complementar.

- **Resolução Normativa n.º 355, de 2014;**

Adicionalmente e no contexto das alterações, importante resgatar que, anterior a publicação da RN nº 355, de 12 de setembro de 2014, penúltima alteração da RN 137/2006, foi constituído Grupo de Trabalho Técnico, composto por diversos setores e Diretorias da ANS, com fins específicos de tratar alterações na RN nº 137, 2006, conforme definido na Portaria nº 5.913, de 24 de outubro de 2013, trabalho este que resultou nas conclusões e sistematizações exaradas na Nota Técnica 001/2014/GTI-AUTOGESTÃO (14695066) – Processo SEI n.º 33902.839526/2013-09.

Em apertada síntese, o grupo concluiu pela i) manutenção do conceito de grupo fechado como característica essencial às autogestões a despeito de permitir alterações para incluir novas relações de parentesco, além dos casos de guarda, tutela e curatela; ii) aplicabilidade das exigências de recursos próprios mínimos, de provisões técnicas e de ativos garantidores; iii) pela alteração normativa que ampliaria o conceito de grupo familiar; iv) pela alteração que permitisse que fundações pudessem ser autogestões; v) melhoria na redação das regras de compartilhamento de rede (art. 21 da Rn n.º 137/2006); vi) manutenção da relação com o objeto do estatuto de autogestão com instituidores, patrocinadores e mantenedores; vii) pela autorização de aporte financeiro, quando necessário, desde que observadas regras estatutárias.

3 Ver https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/ acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrator-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/15/ap15_exposicao.pdf. Acesso em 2/9/2023.

- **Resolução Normativa n.º 448, de 2020 substituída pela Resolução Normativa n.º 521, de 2022.**

A redação final da RN n.º 137, de 2006, ainda contou com a alteração dada pela RN N.º 448, de 2020 que visava tornar mais clara a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões com mantenedor e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras (Processo SEI n.º 33902.151821/2015-93).

3.3 Conceitos

Ultrapassado o contexto histórico e o arcabouço normativo sobre o tema, passaremos às características que definem essa modalidade e suas peculiaridades.

As autogestões possuem características próprias: 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. Além disso, ela só pode contratar de forma direta sua rede credenciada, sendo vedada a terceirização, que só pode ocorrer em casos específicos.

Essas características que diferenciam as autogestões foram consolidadas nos normativos aqui analisados nos seguintes aspectos:

3.3.1 Quanto à natureza jurídica

Excetuando-se as autogestões de recursos humanos, que são pessoas jurídicas de direito privado, em sua maioria com finalidade lucrativa, que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, operam planos de saúde exclusivamente aos seus empregados, sócios, administradores, aposentados e respectivos grupos familiares, as demais autogestões se revestem das seguintes naturezas jurídicas:

- Associação Civil - Conforme previsto no art. 53 do Código Civil:

Art. 53. Constituem-se as associações pela união de pessoas que se organizem para fins não econômicos.

Parágrafo único. Não há, entre os associados, direitos e obrigações recíprocos.

- Fundação – O artigo 62 do Código Civil menciona que:

Art. 62. Para criar uma fundação, o seu instituidor fará, por escritura pública ou testamento, dotação especial de bens livres, especificando o fim a que se destina, e declarando, se quiser, a maneira de administrá-la.

Parágrafo único. A fundação somente poderá constituir-se para fins de: (Redação dada pela Lei nº 13.151, de 2015)

I – assistência social; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

II – cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

III – educação; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

IV – saúde; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

V – segurança alimentar e nutricional; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

VI – defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

VII – pesquisa científica, desenvolvimento de tecnologias alternativas, modernização de sistemas de gestão, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

VIII – promoção da ética, da cidadania, da democracia e dos direitos humanos; (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

IX – atividades religiosas; e (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

X – (VETADO). (Incluído pela Lei nº 13.151, de 2015)

As fundações estão sujeitas ao velamento do Ministério Público do Estado onde estão situadas, sem prejuízo da fiscalização exercida pela ANS, bem como deve se reger pelas condições que foram determinadas pelo instituidor.

O Parecer nº 54/2014/GECOS/PROGE-ANS/PGF no processo nº 33902.242034/2006- 68 - que tratou da discussão inicial da norma e da RN nº 148, de 2007 – esclarece assim que “a associação é uma universalidade de pessoas (*un/versitas personarum*), enquanto que a fundação é uma destinação patrimonial afeta a uma finalidade estabelecida por um instituidor a que o ordenamento reconhece personalidade jurídica (*un/versitas bonorum*)”. Por essa razão, “na associação o ato de constituição é um ‘contrato constitutivo’ firmado entre pessoas naturais ou jurídicas que se tornarão membros do novo ente”; “já na fundação o ato constitutivo é a manifestação de vontade de um instituidor de dotação de um patrimônio destinado a uma finalidade”.

- Fundação de previdência complementar – entidade fechada

Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC) são operadoras de plano(s) de benefícios, constituídas na forma de sociedade civil ou fundação, e sem fins lucrativos, estruturada na forma do artigo 35, da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, que tenha por objeto operar plano de benefício de caráter previdenciário.

A Lei Complementar 109/2001 proibiu a criação de novos planos de saúde geridos pelas EFPC. Porém, permitiu que os planos de autogestão já existentes na época fossem mantidos sob administração das entidades fechadas, desde que fosse estabelecido um custeio específico segregado da operação de previdência.

A legislação definiu também que a fiscalização de tais planos fosse realizada de forma compartilhada entre Previc (Superintendência Nacional de Previdência Complementar) e ANS, o que foi feito pela Resolução Normativa Conjunta Ans/Previc n.º 01/2023⁴ As EFPC são instituições criadas para o fim exclusivo de administrar planos de benefícios de natureza previdenciária, patrocinados e/ou instituídos.

Nessas entidades, os Instituidores são constituídos pelas pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, tais como os conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, federações, confederações e associações profissionais que constituem EFPC ou instituem planos de benefícios a seus associados, enquanto os patrocinadores são empresas que, de forma facultativa, celebram convênio de adesão com Entidade Fechada de Previdência Complementar, com o intuito de oferecer aos seus empregados planos de benefícios previdenciários.⁵

De acordo com seus patrocinadores ou instituidores, as EFPCs podem ser classificadas em:

- singulares, quando estiverem vinculadas a apenas um patrocinador ou instituidor; e
- multipatrocinadas, quando congregarem mais de um patrocinador ou instituidor.

As EFPC podem ser qualificadas de acordo com os planos de benefícios que administram:

⁴ RN Conjunta ANS/PREVIC. Art. 1º Esta Resolução estabelece critérios para a execução das atribuições legais da Previc e da ANS relacionadas às atividades de suplementação à saúde exercidas pelas entidades fechadas de previdência complementar (EFPC) que, nos termos do art. 76 da Lei Complementar nº 109, de 2001, foram autorizadas a continuar oferecendo a seus participantes e assistidos benefícios assistenciais à saúde.

⁵ Estudo dos principais entraves e desafios para o fomento da Previdência Complementar - VISÃO DE PATROCINADORES E INSTITUIDORES Pag. 5. <http://sa.previdencia.gov.br/site/2015/02/Estudo-dos-principais-entraves-e-desafios-para-o-fomento-da-Previd%C3%Aancia-Complementar-2.pdf> Acesso em 24/12/2023

- de plano comum, quando administram plano ou conjunto de planos acessíveis ao universo de participantes; e
- de multiploano, quando administram plano ou conjunto de planos para diversos grupos de participantes, com independência patrimonial.

O Instituidor que requerer a constituição de EFPC deverá comprovar que congrega, no mínimo, mil associados ou membros de categoria ou classe profissional em seu âmbito de atuação, e possuir registro regular, na condição de pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, há pelo menos três anos, conforme regulamentado na Resolução CNPC n.º 54, de 18 de março de 2022. No caso de adesão ou instituição de plano de benefícios em EFPC já em funcionamento, o Instituidor deverá comprovar que possui registro regular na condição de pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, há pelo menos três anos e com número mínimo de cinquenta associados.⁶

O art. 35 da Lei Complementar n. 109, de 2001, menciona ainda que o estatuto social deverá prever a representação dos participantes e assistidos nos conselhos deliberativo e fiscal, assegurado a eles no mínimo um terço das vagas, bem como na composição dos conselhos deliberativos e fiscal das entidades qualificadas como multipatrocinadas, deverá ser considerado o número de participantes vinculados a cada patrocinador ou instituidor, bem como o montante dos respectivos patrimônios.

Esclareça-se que o artigo 3º, parágrafo 1º., I, da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, permite que às entidades fechadas de previdência complementar que, na data da publicação da Lei Complementar n. 109, de 29 de maio de 2001, já prestavam serviços de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, não tenham que adotar o objeto social exclusivo de operação de plano de saúde, podendo manter sua dupla atividade – saúde e previdência complementar, tendo em vista o disposto no art. 76 da Lei Complementar n. 109, de 2001, que permitiu a manutenção das duas carteiras.

3.3.2. Quanto à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor

Como as autogestões não possuem finalidade lucrativa, seus beneficiários são, na maioria dos casos, ao mesmo tempo “consumidores” e “proprietários” das mencionadas entidades, ou seja, participam da tomada de decisões, com direito de votar e ser votado, mesmo que de forma indireta, ou então esses planos de saúde são decorrentes de relação laboral ou negociação coletiva de trabalho, não se caracterizando, portanto, com uma verdadeira relação de consumo. (Toro da Silva, 2005).

No sentido puro do mutualismo, elas oferecem serviços aos seus beneficiários que coletivamente formariam uma espécie de fundo financeiro para eles mesmos usarem quando necessitassem cuidar da sua saúde. Nesse sentido, as autogestões não se submetem ao Código de Defesa do Consumidor, sendo esse o entendimento até então pacificado pela Súmula n.º 608 do Superior Tribunal de Justiça:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Importa observar que a justificativa para o voto relator apresentadas pelo Ministro-Relator Luís Felipe Salomão que conduziu o julgamento e originou a Súmula é outra característica desse tipo de modalidade que será destrinchada em seguida, ou seja, o fato desses planos serem oferecidos a um “grupo fechado” de beneficiários:

A inegável diferença estrutural existente entre os planos de saúde oferecidos pelas entidades constituídas sob aquele modelo, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro, ensejam a retomada do tema e encorajam submeter a questão ao criterioso exame desta Seção.

Na linha desse raciocínio, o eminente Ministro Massami Uyeda, sensível a essa realidade,

6 Idem 5.

já no julgamento do REsp n. 1.121.067/PR, em junho de 2011, destacou as peculiaridades das entidades de autogestão que as diferenciavam das outras operadoras de planos de saúde e que reclamavam tratamento diferenciado àquela espécie. Na oportunidade daquele julgamento, anotou o insigne relator: Dentre os planos de saúde, existe uma categoria a qual pode ser chamada de planos de autogestão ou planos fechados, nos quais não há a presença da comercialização de produtos e a instituição não visa lucros.

São planos criados por instituições diversas, governos municipais ou estaduais e empresas, sendo que algumas caixas de assistência existem há décadas e, portanto, anteriores à Lei 9.656/98.

Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários.

O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam o custo da intermediação. (...) A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro.

Ele ainda pondera:

O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados dos planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano se viabilize. Aqueles que seguem e respeitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora. SÚMULAS - PRECEDENTES RSSTJ, a. 10, (47): 125-171, abril 2018 143 (REsp 1121067/PR, Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/06/2011, DJe 03/02/2012).

A norma sob análise evidenciou que os planos das entidades de autogestão não podem ser oferecidos no mercado de consumo, destinando-se, exclusivamente, à grupos fechados de pessoas, sendo que os parágrafos 1º, 2º. e 3º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da ANS, ainda deixam expresso que:

“§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).

§2º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

§3º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.” (destaques nossos)

Os artigos 1º., caput, e 35-G da Lei n. 9.656, de 1998, deveriam ser interpretados, portanto, de forma sistêmica com o Código de Defesa do Consumidor, sendo aplicáveis somente aos casos que evidenciam relação de consumo.

No entanto, a despeito de antiga jurisprudência e entendimentos sobre o tema, a questão antes pacificada foi

novamente trazida à discussão com o advento da Lei 14.454/2022⁷ que em seu artigo 1º menciona:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:”

Não obstante o estabelecido pela lei, já há julgados recentes do STJ reforçando a não aplicabilidade do CDC, senão vejamos:

Recurso Especial n.º 2049324 – RS (2023/0020471-2) Ementa Recurso Especial. Plano de Saúde. Medicamento para uso domiciliar. Negativa de cobertura. Taxatividade. Em regra, o rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. Necessidade de retorno dos autos ao juízo de origem para observância dos parâmetros objetivos estabelecidos no precedente da segunda seção do STJ. Recurso Especial Provido (...) Incide o Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão, consoante disposição do artigo 3º e 2º, bem como pelo que dispõe a Súmula n.º 608 do Superior Tribunal de Justiça e o artigo 35 da Lei 9.656/98. (...)

O ponto merece atenção da Agência por se tratar de questão controvertida que pode levar à judicialização.

3.3.3. Quanto à elegibilidade

Como já mencionado, a ideia de uma autogestão está relacionada ao oferecimento de um benefício assistencial compartilhado e pautado no mais puro conceito de mutualismo em que uma coletividade de indivíduos que tenha alguma relação comum entre si se une para quotizar despesas relacionadas, no caso, a um plano médico. Essa quotização pode ocorrer apenas entre os indivíduos (participantes) de uma coletividade ou também serem repartidas entre os citados indivíduos e uma pessoa jurídica (por exemplo, a patrocinadora do plano).

Sobre a eletividade que marca uma das características desse tipo de operadora, as contribuições em consulta pública ressaltaram:

A redação sugerida guarda coerência com a finalidade da autogestão que é gerir programas de assistência à saúde (benefício assistencial) a grupo específico de pessoas, e não ‘plano’. No mais, a sugestão apenas promove adequação do dispositivo à razão de ser da autogestão, não sendo matéria própria de Estatuto a definição dos beneficiários e extensão dos programas de assistência à saúde, mas sim do Regulamento que sempre é analisado pela ANS. CARTA/GEAP/DIREX/No349/06 Brasília, 18 de setembro de 2006 – (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

Ao determinar que o grupo de beneficiários seria restrito a norma procurou dar contorno e características que vinculasse os beneficiários de determinadas carteiras de forma que eles realmente representassem uma massa coesa de pessoas reunidas por afinidades e características comuns que se autogerissem.

⁷ A Lei n. 14.454/2022 promoveu alteração na Lei n. 9.656/1998 para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.

Assim, o art. 2º. da RN n. 137, de 2006, e suas alterações, consolidou três modalidades de autogestões:

Autogestão por RH

- 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;

Autogestão com mantenedor

- b) pessoa jurídica de direito de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora, opera plano privado de assistência à saúde com mantenedora 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; sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente;

Autogestão sem mantenedor

- c) 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.

É fato que a característica basilar do conceito de autogestão residiria na possibilidade de seus integrantes poderem administrar seu próprio plano de saúde, em conformidade com seus estatutos sociais, tendo poderes para votar e ser votado, de forma direta ou indireta, bem como decidir, normalmente em assembleias ou através de órgãos representativos, sobre os destinos da autogestão.

Mas como garantir essa representatividade? A dificuldade estaria em conceituar objetivamente o que seria essa ligação ou característica que uniria e assim representaria os beneficiários. A justificativa para o fechamento do grupo seria então, a necessidade de delinear e restringir essas características comuns diferenciando-as das demais modalidades que vendiam contratos por adesão.

Não por outro motivo, o artigo 2º da RN n.º 137, de 2006 foi tão alterado durante os anos. No quadro abaixo, comparamos o texto publicado em 2006 com o texto atual:

TEXTO PUBLICADO EM 2006	TEXTO ATUAL
<p>Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:</p>	<p>Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:</p>
<p>I - a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera planos privados de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:</p> <ul style="list-style-type: none"> sócios; administradores e ex-administradores; empregados ativos e inativos; ex-empregados; pensionistas; e grupos familiares dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim; 	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 nº 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 nº 355, de 2014).

ou II - a pessoa jurídica de direito privado que, vinculada à entidade pública ou privada, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- empregados e servidores públicos ativos;
- empregados e servidores públicos inativos;
- ex-empregados e ex-servidores públicos;
- sócios, administradores e ex-administradores, quando for o caso;
- d) empregados ativos e inativos, pensionistas e ex-empregados da própria pessoa jurídica; e
- f) grupos familiares dos beneficiários descritos nos incisos anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

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 nº 148, de 2007).

a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

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

d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; ([Redação dada pela RN nº 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 nº 272, de 20/10/2011](#))

g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; ([Incluído pela RN nº 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 nº 272, de 20/10/2011](#))

i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; ([Redação dada pela RN nº 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 nº 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 nº 272, de 20/10/2011](#))

III – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários: ([Incluído pela RN nº 148, de 2007](#)).

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 nº 355, de 2014](#))

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](#))

<p>Parágrafo único. As entidades de autogestão só poderão operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I e II do deste artigo.</p>	<p>§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).</p> <p>§2º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.</p> <p>§3º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.</p>
---	---

Como se pode observar o artigo 2º foi objeto de diversas intervenções do órgão regulador, tendo sido alterado já em 2007, pela Resolução Normativa n.º 148. Esta resolução normativa inclusive incluiu o que seria a 3ª modalidade de autogestão:

“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” (Grifo nosso).

No entanto, ao longo dos anos, a definição sobre os conceitos indeterminados trazidos pela norma foram e são objetos de questionamentos e pleitos das autogestões. Como se pode observar pela leitura do PARECER n. 00071/2020/GECOS/PFANS/PGF/AGU (19484785), a indeterminação e falta de objetividade na definição do que seria esse liame precisa ser sanada pela Ans:

O termo “determinada categoria profissional” foi incluído por ato normativo editado pela ANS ao definir o conceito de operadoras de planos de saúde na modalidade de autogestão. Não se trata, portanto, de interpretação da lei, mas de ato normativo infralegal. Em se tratando de interpretação de ato normativo editado pela própria agência, revela-se essencial que a própria agência indique o sentido da norma que melhor se adequa aos parâmetros regulatórios. Pelo que se pode inferir do Despacho nº 887/2019/COHAB/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE, a área técnica busca no Direito do Trabalho a definição para o termo utilizado na RN nº 137/2006, como se verifica do item 3.14, ao colacionar lição jurisprudencial acerca da interpretação do art. 511, § 2º da CLT. 6. Ocorre que conceito de “categoria profissional” veiculado no art. 511 da CLT é fluido e tem necessitado de desenvolvimento doutrinário e jurisprudencial para sua concretização. Não se pode perder de vista que a própria tentativa de definição na lei trabalhista de “categoria profissional” decorre do sistema de unicidade sindical, que ainda vigora no Brasil, que “corresponde à previsão normativa obrigatória de existência de um único sindicato representativo dos correspondentes.

Atualmente, questionamentos nesse sentido têm sido levados à julgamento da Diretoria Colegiada, nos quais operadoras pleiteiam alargamento e abertura desse grupo justificando-se pela manutenção dessa representatividade e a necessidade de oxigenação da carteira.

Nesse sentido, foi o deliberado na 550ª Reunião Ordinária da DICOL realizada em 28/05/2021, no processo de autos nº 33910.001029/2021-38, sobre a amplitude do conceito de “categoria profissional” passível de se associar para fins do inc. III do art. 2º da RN 137/2007 da ANS, ao admitir a inclusão no rol de pessoas elegíveis a uma autogestão com agrupamento de categorias, desde que:

- Fosse mantida a integridade da ideia de grupo fechado na autogestão;
- Houvesse identidade profissional entre os novos beneficiários da autogestão;
- Houvesse “objetivos funcionais similares” entre os grupos integrantes da autogestão;

d. O grupo fechado de beneficiários estivesse de alguma forma “conectado por atividades laborais”.

Com esse entendimento, concedendo interpretação não restritiva ao conceito de “categoria profissional” inserida no inc. III do art. 2º da RN 137/2006 da ANS, a DICOL autorizou uma autogestão de “auditores tributários” estaduais a incluir no rol de pessoas elegíveis à Operadora, através de alteração do seu Estatuto Social, os “auditores tributários” de outras esferas governamentais (municipais e federal), considerando que essa permissão era “recepcionada pela finalidade regulatória das autogestões, que é de manter grupos fechados de beneficiários conectados por atividades laborais”.

Ainda sobre questões relacionadas a fatores restritivos da norma, além do critério geral de elegibilidade constante no art. 2º, um critério adicional foi introduzido em 2011 para o caso de patrocinadores de autogestões: a correlação quanto ao seu ramo de atividade. Tal critério foi incluído como parágrafo único do art. 12, e posteriormente, em 2015, excepcionalizado para possibilitar ingresso de patrocinadores participantes de uma cadeia produtiva contratada ou de outros patrocinadores que pertençam ao mesmo grupo econômico.

A redação à época do artigo 12 não estabelecia critérios para a adesão de patrocinadores às entidades de autogestão. Pessoas vinculadas a patrocinadores com características totalmente díspares e sem relação com o objeto social da entidade de autogestão poderiam ingressar como beneficiários, o que se entendia contrariar a própria definição das entidades de autogestão, qual seja, oferecer plano privado de assistência à saúde exclusivamente a um grupo restrito de beneficiários. O receito era que essa situação pudesse acarretar uma descaracterização da entidade de autogestão, que se assemelharia em muitos casos a uma operadora classificada na modalidade de “Medicina de Grupo”⁸.

A proposta de inclusão do parágrafo único no artigo 12 teve por objetivo estabelecer a necessidade do patrocinador estar relacionado com o objeto social da entidade de autogestão, bem como garantir uma afinidade entre os beneficiários da operadora, ao prever que os patrocinadores deveriam, portanto, guardar relação entre si quanto ao seu ramo de atividade:

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

I – instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;

II – mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e

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.

Parágrafo Único. Os instituidores e patrocinadores deverão guardar relação com o objeto do estatuto da entidade de autogestão, bem como deverão guardar correlação entre si, quanto ao seu ramo de atividade. (Acréscido pela RN nº 272, de 20/10/2011)

§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. [\(Incluída pela RN nº 355, de 2014\)](#)

Mas mesmo em momento inicial de discussão, a Procuradoria da Ans em Parecer 324/2014/PROGE/GECOS (Processo 33902.839526/2013-09 - Sobre a alterações normativas trazidas pelo Grupo Técnico criado com finalidade de discutir as alterações da RN n.º 137/2006) já demarcava a falta de clareza do conceito:

Ainda assim, há de se remarcar que a crítica a respeito da falta de clareza poderá ser mantida no que diz respeito à expressão “guardar correlação entre si, quanto ao seu ramo de atividade”. Essa expressão tanto pode significar, que os patrocinadores podem ser de ramos de atividade diversos, desde que correlatos, quanto que a correlação que se exige implica em que eles se insiram no mesmo ramo de atividade. Se os ramos de atividade puderem ser diversos, mas tiverem que ser correlatos, falta na norma critério que defina como aferir correlação entre ramos de atividade. Se as atividades dos patrocinadores tiverem de estar inseridas no mesmo ramo, falta ainda assim na norma a definição dos ramos de atividade empresarial. É certo que essas questões agora levantadas não têm relação com as alterações propostas, já que dizem respeito à atual redação da norma. De qualquer forma, recomenda-se que área técnica, ainda que posteriormente, senão entender pertinente fazê-lo no presente momento, as esclareça melhor, em homenagem à segurança jurídica.

Embora o objetivo inicial fosse um reforço a delimitação do grupo fechado a ser coberto pela operadora, a correlação quanto ao ramo de atividades, da forma que foi inserida na regulamentação, traz um conceito indeterminado que suscita até hoje interpretações diversas e questionamentos do setor regulado, inclusive já tendo sido objeto de análise pela Procuradoria Geral da ANS no caso concreto que culminou com a aprovação da alteração estatutária da GEAP– FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL, na 385ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, de 25/09/2013, na qual asseverou:

*“24. Quanto à regra prevista no **parágrafo único do art. 12**, acima citado, parece ser direcionada para entidades de autogestão vinculadas a entidades patrocinadoras e instituidoras de direito privado. Isto porque reporta-se à “ramo de atividade”, sendo certo que entidades públicas não possuem propriamente um “ramo de atividade”, sendo este termo mais adequado ao direito privado. Qual seria o ramo de atividade da “União”? Ao que tudo indica, parece que a RN 137 deixou de tratar neste ponto, ainda que para ressalvar, das entidades de autogestão cujas instituidoras e patrocinadoras sejam entidades de direito público. Por conseguinte, a ressalva prevista no parágrafo único do art. 12 não seria aplicável às instituidoras e patrocinadoras de direito público.*

25. Necessário que a DICOL se manifeste expressamente quanto a este ponto, ratificando, se for o caso, a interpretação conferida na presente manifestação, sendo aconselhável que seja alterada a RN em apreço para ressalvar as entidades cujos patrocinadores sejam de órgãos ou entidades de direito público, para que seja criada uma regra aplicável às demais entidades que porventura se encontrem em situação semelhante, em observância ao princípio da isonomia.

26. Todavia, não se vislumbra necessária tal alteração como requisito para aprovação da presente proposta de alteração de estatuto social, considerando que é inerente ao poder regulamentar da ANS, exercido pela DICOL, normatizar e dispor nos casos omissos.” [Trecho do Parecer nº 358/2013/GECOS/PROGE que subsidiou a aprovação da alteração estatutária da GEAP, feita à pedido de interventor legalmente nomeado pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar - PREVIC, que na época avaliava a cisão da operadora para separar as atividades de previdência complementar e assistência à saúde - [vide item extra-pauta nº 6 da ata da referida Reunião da DICOL](#)].

Diante de tal fato, a decisão da DICOL pela aprovação de proposta de alteração estatutária indicou a escolha regulatória da **não aplicabilidade da correlação de atividades para patrocinadores de direito público**, porém não delimitou o conceito de “ramo de atividade” de forma objetiva.

Pela necessidade de intervenção da Diretoria Colegiada nos casos acima, reforçamos que deixar a interpretação de conceitos indeterminados para análise casuística, a depender da verificação subjetiva da área técnica, poderia ensejar o crescimento dos casos julgados pelo órgão máximo da nossa entidade e a possibilidade de decisões divergentes, gerando um contexto de insegurança normativa.

É essencial que haja um padrão real daquilo que a norma pretende transmitir e parâmetros sobre os quais servidores e em última instância, a Diretoria Colegiada possam se assegurar para impedir interpretações divergentes sobre o mesmo texto normativo.

3.3.4. Quanto à regulação prudencial

A regulação prudencial busca reduzir o risco sistêmico do mercado, ou seja, o risco de falhas em cadeia e, com isso, evitar rompimentos que possam levar a um colapso do setor. Essa forma de regulação se faz necessária porque os agentes regulados - no caso, as operadoras - são suscetíveis a comportamentos imprudentes e/ou fraudulentos. A regulação prudencial requer, portanto, que seus agentes econômicos estejam adequadamente capitalizados, profissionalmente administrados, com o risco de suas aplicações diversificado, posições transparentes e sujeitas a efetiva supervisão.

Na visão do setor regulado, o funcionamento e regulação das autogestões carecia de transparência e regras bem definidas, o que poderia levar a distorções e falhas de mercado:

Destarte, se antes as Autogestões eram unicamente instituições ligadas a empregadores - “patrocinadores”, o que se vê atualmente no mercado é a presença de associações, cooperativas de usuários, e entidades com as mais variadas justificativas de vínculos para delimitar um eventual grupo determinado (não necessariamente fechado) de pessoas e instituir uma nova Autogestão. Resta, então, indagar se este sistema é, atualmente, utilizado hodiernamente por todas as instituições e quais as medidas da ANS para coibir os abusos ou reforçar a regulamentação sobre este segmento. A despeito do disposto até o momento, nota-se, pelo que hoje vigora, uma absoluta incompreensão e miscelânea nas normas quando se referem às Autogestões, porque ora se faz referência às patrocinadas, ora àquelas diretamente ligadas ao departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, sem conseguir, entretanto, definir o que cada um desses segmentos representa na verdade, sendo que, atualmente não existe norma editada pela ANS que transmita esse esclarecimento. Contribuições à Consulta Pública 23 da ABRAMGE e da FENASEG que dispõe sobre as entidades de autogestão – 19/9/2006. (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

O escopo normativo à época procurou então definir de forma mais clara o que eram as autogestões e as regras para seu funcionamento, delineando a necessidade de fixação de garantias financeiras e mais tarde de ativos garantidores que lastreassem sua operação, mas sem inviabilizar as operadoras que já estavam em franca atividade⁹.

Um aspecto essencial que as resoluções trouxeram à época, além da separação das autogestões por RH, foi a distinção entre o que seria o patrocínio e a garantia dos riscos do negócio em uma autogestão. Enquanto o patrocínio tratava do custeio da mensalidade/contraprestação, a garantia dos riscos tratava da própria solvência do negócio - sua sustentabilidade ao longo do tempo. Ou seja, um patrocinador de uma autogestão não necessariamente se responsabiliza pela garantia dos riscos da operação de saúde (solvência da autogestão), cuja responsabilidade é da própria gestão da operadora. Caso a autogestão conte com uma pessoa jurídica que de fato garanta os riscos da operação, essa pessoa jurídica deve apresentar o instrumento jurídico pelo qual assume tal garantia (Termo de Garantia Financeira).

⁹ Exposição de Motivos para a minuta de Resolução Normativa que dispõe sobre as entidades de autogestão. 14 de novembro de 2006. Parte integrante do Processo SEI n.º 33902.242034/2006-69.

Em termos de regulação fica evidente que, não é porque uma pessoa jurídica ajuda a custear a assistência à saúde de um grupo de beneficiários, que essa pessoa jurídica vai necessariamente assumir as dívidas da autogestão (inclusive as não assistenciais, como as despesas trabalhistas, por exemplo). Essa separação até então não era transparente na regulamentação e, ao menos na teoria, deixa clara a necessidade de uma gestão mais profissional das autogestões, uma vez que seus administradores devem ser capazes de gerir os recursos recebidos pelos beneficiários e patrocinadores para o respectivo custeio das despesas assistenciais e administrativas necessárias para manutenção da sustentabilidade da autogestão ao longo do tempo.

Assim, para maior clareza das regras instituídas à época, foram editadas normas para o acompanhamento econômico-financeiro das autogestões, estabelecendo atualmente o seguinte quadro geral para as autogestões em termos de acompanhamento econômico-financeiro e de regulação prudencial:

TIPO DE AUTOGESTÃO	CARACTERÍSTICA GERAL	QUANTO AO MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO	QUANTO À REGULAÇÃO PRUDENCIAL EXIGIDA
Autogestão por RH	Própria pessoa jurídica de qualquer atividade econômica que oferece o benefício de saúde a seus empregados, assumindo a responsabilidade pela sustentabilidade do benefício ao longo do tempo.	Pessoa jurídica com objeto social diverso da saúde suplementar, sem monitoramento econômico-financeiro pela ANS.	Sem exigência de regulação prudencial, considerando que ANS não faz monitoramento dos entes não regulados.
Autogestão sem mantenedor	Autogestão responsável pela gestão de seus próprios riscos podendo contar ou não com patrocinadores (que assumem primordialmente o custeio parcial ou total da mensalidade/contraprestação).	Exigência de cumprimento de regras contábeis e envio de informações periódicas à ANS para fins de monitoramento econômico-financeiro.	Constituição de Provisões Técnicas, Cobertura por Ativos Garantidores e observância de Capital Regulatório (Capital Base e Capital Baseado em Riscos).
Autogestão com mantenedor	Autogestão possui uma pessoa jurídica mantenedora que assume a garantia de solvência da operadora e responsabilidade subsidiária por todas as dívidas da autogestão, independentemente da existência de patrocinadores ou não.	Exigência de cumprimento de regras contábeis e envio de informações periódicas à ANS para fins de monitoramento econômico-financeiro.	Constituição de Provisões Técnicas e observância de Capital Base. Autogestão não pode possuir mais passivos (dívidas e obrigações) que ativos (bens e direitos) - Patrimônio Líquido Negativo.

Importa destacar que conforme regulação da ANS vigente, beneficiários em geral estão assegurados por garantias reais (ativos garantidores), inclusive aqueles abrangidos pelas autogestões. Exceto o capital base, todas as demais exigências de garantias financeiras (provisões técnicas, ativos garantidores e capital baseado em risco) não possuem distinção por modalidade, sendo proporcionais aos riscos assumidos pelas entidades. A exceção consiste nos beneficiários de autogestões por intermédio de departamento de recursos humanos, cuja garantia é somente pessoal; e os beneficiários de autogestão com mantenedor, cuja garantia é pessoal/fidejussória (termo de garantia), podendo ser oferecida, de forma facultativa, garantias reais (ativos garantidores) conforme definido entre a operadora e sua mantenedora.

As autogestões por recursos humanos, não estão sujeitas ao cumprimento de requisitos econômico-financeiros, nem ao Plano de Contas Padrão da ANS, auditoria externa independente e encaminhamento de relatórios gerenciais econômico-financeiros - tais autogestões na verdade são pessoas jurídicas que exercem outras atividades em outros setores econômicos, mas fazem a gestão própria do benefício saúde de seus empregados.

As demais devem cumprir tais exigências, tendo tratamento semelhante àquele aplicado às medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas e filantrópicas.

3.3.5 Quanto à governança das autogestões

Como dito anteriormente, é característica que define e nomeia a modalidade, o fato de seus membros se autogerirem, ou seja, participarem da gestão da operadora. Ao participar da administração da autogestão, o beneficiário colaboraria com o estabelecimento de condições que a entidade irá proporcionar à assistência à saúde para sua coletividade de assistidos, na qual também se encontra inserido.

Apesar do entendimento expresso acima e corroborado pela área técnica que analisa as demandas referentes à habilitação das operadoras, a **norma não estabelece** necessariamente ser essa uma característica essencial para esse tipo de modalidade, mas de forma genérica, o art. 4º. da RN n. 137, de 2006, e suas alterações, deixa expresso que:

Art. 4º O ato constitutivo da entidade de autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano, bem como do mantenedor ou patrocinador, na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior. (Redação dada pela RN nº 148, de 2007)

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º. (NR) (Incluído pela RN nº 148, de 2007)

Portanto, verifica-se que nas autogestões seu Estatuto Social descreve a forma de participação dos patrocinadores, mantenedores e beneficiários titulares que contribuem, total ou parcialmente, para o custeio do plano em sua administração superior, sendo esta uma característica fundamental e típica desse segmento, chamando especial atenção que em muitas autogestões aludida participação não se restringe aos órgãos colegiados de administração superior, mas também abrange diretorias ou outras comissões. Em algumas autogestões a forma de escolha é através de eleição direta e em outras através de eleição indireta, inclusive nomeação por entidades representativas de trabalhadores ou servidores, ou outras formas estabelecidas em seus estatutos sociais, garantida, todavia, a citada representatividade.

Exceção feita às autogestões de recursos humanos, a norma da ANS deixa expresso que os patrocinadores, mantenedores e os beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano de saúde devem participar na composição de seus órgãos colegiados de administração superior, devendo tal participação, por consequência, estar expressamente disposta no Estatuto Social da Associação ou Fundação.

Como a norma não faz nenhuma restrição, a aludida participação poderá ocorrer de forma direta ou indireta, pois nas associações poderão existir categorias diferenciadas de associados, bem como a lei civil não determina que todos tenham o direito de votar e ser votado, haja vista o art. 54 do Código Civil somente determina que o estatuto social descreva “o modo de constituição e do funcionamento dos órgãos deliberativos”, lembrando ainda que foi revogado o inciso I do art. 59 da redação original, pela Lei n. 11.127 de 2005, que estabelecia a competência privativa da assembleia geral para a eleição de administradores.

Esclareça-se ainda que alguns produtos disponibilizados pelas autogestões, classificados como coletivos empresariais, também sofrem a influência de acordos coletivos de trabalho, que acabam impactando a sua governança.

3.3.6. Quanto à gestão e ao relacionamento com a rede de prestadores

A gestão do plano de assistência médico-hospitalar pode ser feita ou pela empresa empregadora e pelos funcionários, ou somente pela empresa empregadora, ou apenas por representantes dos funcionários. Nas caixas e fundações é costume haver uma instância delegada com representantes da empresa empregadora e dos empregados. Já os planos de departamento de benefício das empresas não incorporam os empregados em sua gestão. Por fim, os planos de entidades jurídicas paralelas, ligados a associações de classe e sindicatos, são geridos exclusivamente por representantes dos empregados. (Gama, ob.cit. p. 41).

As autogestões atuam através de suas redes próprias e/ou credenciadas, inadmitindo na maioria das vezes, a livre escolha de prestadores de serviços, salvo nas situações de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, sendo que eventual reembolso será realizado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Para a autogestão, a administração da rede de prestadores deverá ser feita de modo direto, só sendo permitida a terceirização mediante convênio com outras autogestões, ou em regiões com dificuldade de contratação direta. A rede de prestadores de autogestão tanto pode ser própria como credenciada bem como de livre escolha, ou a combinação entre elas.

As primeiras versões e minutas do que viria a ser RN n.º 137, de 2006 previam a necessidade de autorização da ANS para celebração desses convênios, o que foi duramente criticado pelas entidades representativas e autogestões:

O convênio de reciprocidade é mecanismo importante para a proteção dos beneficiários do segmento de— autogestão, não sendo necessária prévia autorização da ANS a cada novo convênio, uma vez que este se dá entre duas autogestões e a própria Agência pode avaliar atualmente aqueles existentes, verificando problemas e oferecendo prazo para adequação. Não há ilegalidade no fato de duas autogestões se associarem, já que a oligopolização do mercado por vezes restringe a assistência, além de que 70% (setenta por cento) das autogestões possuem menos de 10.000 (dez mil) vidas. CARTA/GEAP/DIREX/No349/06 Brasília, 18 de setembro de 2006 – (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

A necessidade de autorização não foi contemplada pelo normativo, mas atendendo a lógica de um convênio de reciprocidade, uma autogestão apenas poderia compartilhar rede com outra autogestão.

...não há como se permitir que a definição de convênios de reciprocidade entre entidades congêneres, nítidos na CONSU 5 c/c a RDC n.º 39 6 afigure-se em subterfúgio às Operadoras, ou seja, consinta que pessoas jurídicas com clara intenção mercantilista travistam-se como Autogestão, isto é, atuem no mercado de saúde suplementar comercializando planos participando de licitações, ampliando o perfil da massa de beneficiários e criando os chamados planos de agregados. Resposta conjunta da ABRAMGE e da FENASEG à Consulta Pública no 23, que dispõe sobre as entidades de autogestão – 19/9/2006. (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

O texto do artigo 21 da Resolução Normativa n.º 137, de 2006 também sofreu muitas alterações

- A regra geral, prevista no “caput” do art. 21 da RN n.º 137/2006, se manteve desde a redação original, ou seja, a operação do plano de saúde pela entidade de autogestão por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, realizando-se a sua administração de forma direta. Permitia-se que a referida regra fosse excepcionada em “regiões ou localidades com dificuldades ou carência de contratação”, para as quais a autogestão poderia contratar rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora. Essa era a redação original do § 1º do art. 21 da RN n.º 137/2006.
- Num segundo momento, a RN n.º 272/2011 alargou a exceção permissiva, ampliando a faculdade de contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de operadora de outra modalidade para qualquer município que não fosse o município sede da operadora ou no qual ela não mantivesse representação regional.
- Posteriormente, a RN n.º 355, de 2014 ampliou a permissão para contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa para qualquer outro município que não seja a sede da operadora. Incluindo ainda a possibilidade de 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.

Senão, vejamos:

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

§1º É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora; [\(Redação dada pela RN nº 355, de 2014\)](#)

§ 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. [\(Incluída pela RN nº 355, de 2014\)](#)

Sobre a questão é necessário ponderar se com o passar dos anos, a restrição ainda se faz necessária. Nesse sentido, o pleito das autogestões atualmente pretende ampliar a possibilidade de compartilhamento de rede com operadoras de modalidade diversa, sem restrições.

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. ... Aludida alteração visa deixar expresso que o compartilhamento de rede entre operadoras de planos de saúde não caracteriza infração ao objeto social exclusivo, sendo prática 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. SEI n.º 27412133

Ao que parece, o que se buscava no passado era justamente garantir que as autogestões cumprissem a condição de gestora direta da saúde de seus beneficiários, entendendo que terceirizar a gestão desse benefício a operadoras comerciais poderia, em muitos casos, levar a menores investimentos em promoção e prevenção e a uma assistência menos humanizada.

Contudo, a impossibilidade das autogestões utilizarem a rede de prestação de serviços de operadoras em outras modalidades, ou de oferecê-la para outra operadora, impõe custos regulatórios para essa modalidade - na medida em que limitam a possibilidade de gerir sua rede credenciada.

Do lado da oferta, impedir que as autogestões realizem contratação ou celebração de convênio com operadoras de outras modalidades, para que essas utilizem sua rede credenciada, reduz a possibilidade de auferir receitas adicionais para financiar a oferta de serviços médicos a seus beneficiários. Além disso, limita os ganhos de escopo da atividade, tornando as autogestões artificialmente menos eficientes que as demais operadoras, que não possuem essa restrição regulatória.

Isso porque, para oferecer planos de saúde a seus beneficiários, as operadoras incorrerão obrigatoriamente em custos administrativos para a estruturação de uma rede credenciada de prestadores, tais como: negociação de serviços a serem contratados, condições de utilização, valores, prazos de pagamento, elaboração dos contratos, assinatura, monitoramento se as condições estão sendo cumpridas e etc. Tais custos administrativos podem ser considerados, em grande medida, como custos fixos, pois variam pouco em função do número de beneficiários. Dessa forma, ao realizar contratos para que beneficiários de outras operadoras utilizem sua rede credenciada, a autogestão será capaz de amortizar esses custos.

Pelo lado da demanda, impedir que as autogestões realizem contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços apenas com operadoras de outras modalidades restringe a qualidade da rede de prestadores das autogestões e, possivelmente, o acesso a serviços médicos de seus beneficiários. Isso porque, é possível que existam municípios em que a autogestão não tenha beneficiários o suficiente que justifique o custo administrativo para criar uma rede própria e, ao mesmo tempo, não exista outras autogestões com as quais a operadora possa realizar contratos e convênios, mas apenas operadoras de outras modalidades. Outro cenário possível é existir uma operadora de outra modalidade com uma rede credenciada com maior número de prestadores e/ou de referência, sendo considerada melhor do que a rede credenciada das demais autogestões que atuam no mesmo mercado relevante. A atual norma regulatória obrigaria a autogestão a contratar a rede de pior qualidade, pelo único motivo de que a operadora não é congênere.

Dessa forma, tanto pelo lado da demanda, quanto pelo lado da oferta, os custos regulatórios impostos pela restrição regulatória tendem a prejudicar o beneficiário das autogestões, que por um lado poderiam ter acesso a uma rede de maior qualidade e planos de saúde menos custosos ou mais sustentáveis financeiramente.

Por isso, se faz necessário avaliar se de fato essa medida resultou em impactos positivos para os beneficiários, ou em outras palavras, até que ponto possibilitar a terceirização da rede levaria, de fato, a menos investimentos na saúde dos beneficiários, se o que se espera de uma operadora de planos é o cuidado com seus beneficiários? E, mesmo existindo eventuais efeitos positivos, se eles superam os custos regulatórios.

Outro aspecto importante a ser avaliado é o fato de que essa premissa não foi explorada nas demais modalidades, uma vez que não há esse tipo de restrição de gestão da rede prestadora nas demais operadoras. Assim, ao menos considerando uma necessidade de maior isonomia regulatória, tal ponderação se torna ainda mais relevante à luz do que se espera de uma operadora de planos independente da sua modalidade. Indo além, considerando a escassez de ofertas de serviços de saúde no país, até que ponto tal restrição se justificaria uma vez que na prática constitui mais do que uma “atividade comercial” uma economia de escopo na atividade da pessoa jurídica.

3.3.7. Organização jurídico-institucional

No que diz respeito à organização jurídico institucional, as empresas de autogestão podem ser divididas de duas formas: i) constituírem uma entidade jurídica separada da empresa, organizadas em caixas, fundos previdenciários, associações, fundações ou outros; ou ii) não constituírem pessoa jurídica separada da empresa empregadora; nesse caso estão diretamente ligadas ao departamento de benefício das empresas.

Tal questão parece relativamente pacificada na RN n. 137, de 2006, uma vez que fica evidente a caracterização de uma autogestão por RH como aquela pessoa jurídica que por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde. Todas as demais possibilidades de autogestão tratam de pessoa jurídica específica para a gestão da operação de planos.

Note-se que as autogestões foram as únicas pessoas jurídicas em que foi possibilitada a manutenção de um objeto social não exclusivo relacionado à saúde (previstos nos art. 34 e 35-F da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998). Tal exceção, porém, está limitada às autogestões que também são fundos de pensão e às que já exerciam atividades diversas antes da Lei, conforme asseverado no art. 9º da RN n. 543, de 2022:

Art. 9º O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no art. 34 da

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança:

I - as operadoras que possuem rede própria de atendimento para satisfação das finalidades previstas no artigo 35-F da Lei nº 9.656/1998;

II - as entidades de autogestão definidas no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 21 de novembro de 2006, ou em norma que vier a sucedê-la;

III - as entidades fechadas de previdência complementar que, na data da publicação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, já prestavam serviços de assistência à saúde, na modalidade de autogestão; e

IV - as entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação da Lei nº 13.127, de 26 de maio de 2015, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais. (g.n.)

3.3.8. Financiamento e preço

No que diz respeito ao financiamento, este pode ser feito exclusivamente pelo empregador – plano não contributivo – ou pelo empregador e pelo empregado – parcialmente contributivo. Há ainda os planos que são financiados exclusivamente pelos beneficiários.

Essas diferenças de financiamento são decorrentes da política de benefícios da empresa e da capacidade de negociação de seus trabalhadores. Algumas empresas optam por financiar integralmente um plano considerado básico para seus funcionários, mas concedem a possibilidade de os próprios funcionários complementarem financeiramente o plano, para ter acesso a diferenciações em relação à rede hospitalar, à acomodação e ao direito a reembolso de despesas.

Nesse sentido é preciso distinguir as figuras do Patrocinador e mantenedor e suas implicações. O patrocinador é co-responsável pelo custeio dos planos de benefícios de sua patrocinada, mediante convênio de adesão, enquanto o mantenedor é a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos decorrentes da operação, mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão.

Ao se criar, simplesmente, as figuras das mantenedoras, instituidoras e patrocinadoras, abre-se a possibilidade da prática de concorrência desleal para com as demais espécies de operadoras de planos de saúde; 1)- A proposta de Resolução Normativa não disciplina a obrigatoriedade de planos de contas específicos e de capital mínimo, e dos ativos garantidores, nem prevê a regulação, pela ANS, dos mantenedores, a quem fartyir – garantidores; e)- Ainda, dando-se exemplos, verifica-se também, que a proposta de normativo não disciplina os repasses financeiros dentro da autogestão, entre instituidor, mantenedor e patrocinador. Essa situação pode ensejar a prática do crime popularmente conhecido como de “lavagem de dinheiro”. Tem-se certeza de que não é esse o intuito dessa Agência; Resposta conjunta da ABRAMGE e da FENASEG à Consulta Pública no 23, que dispõe sobre as entidades de autogestão – 19/9/2006. (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

Em termos econômico-financeiros, a figura do mantenedor, mediante a apresentação de um termo de por meio do qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos referidos no caput, comprovando a constituição do respectivo lastro financeiro.

Sob esse prisma, a FENASEG ainda criticou a necessidade de que a ANS estabelecesse uma vinculação entre patrocinador e mantenedor com os beneficiários:

Depreende-se que uma autogestão poderá constituir-se com multi grupos fechados. A regularidade ou adequação desses grupos ficará submetida ao poder discricionário e subjetivo da ANS. Síntese: Criar requisitos necessários ao reconhecimento do vínculo e em especial que o patrocinador e o mantenedor deverão ter não só um vínculo de ligação direta entre eles como com a massa restrita de beneficiários da operadora de autogestão. Contribuição da FENASEG à Consulta Pública no 23, que dispõe sobre as entidades de autogestão- CONSOLIDAÇÃO DAS SUGESTÕES ORIUNDAS DA CONSULTA PÚBLICA. (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69)

Aqui temos novamente, a questão de “fechamento do grupo” pela relação entre patrocinador e o grupo de beneficiários. A necessidade de instituidores e patrocinadores guardarem relação com o objeto do estatuto da entidade de autogestão, bem como de guardar correlação entre si, quanto ao seu ramo de atividade, ou seja “correlação de atividades” que seria requisito para o papel de instituidor e patrocinador não foi acatada para edição da RN n.º 137, de 2006 e suas primeiras alterações, mas foi incluída na norma anos depois através da RNs n.ºs 272 , de 2011 e 355, de 2014, conforme já discorrido em item anterior.

Novamente, vemos os normativos trazendo conceitos jurídicos indeterminados para o conteúdo normativo e o acréscimo de conceitos que deveriam ser regulamentos por outras normas, o que até o momento não ocorreu.

A inovação à época trazida pela RN n.º 137, de 2006 residiu na necessidade de o mantenedor comprovar que possuía condições econômico-financeiras para suportar o ônus de garantir o risco da operação, devendo apresentar o último balancete contábil, o qual deveria prever, separadamente, o provisionamento dos riscos assumidos, tal como determinava as boas práticas contábeis.

Não se pode ignorar que tal questão se encontra pacificada atualmente, tendo sido amplamente discutida quando da edição da Instrução Normativa DIOPE n.º 55, de 2020 (vide processo 33902.151821/2015-93) e posteriormente pela Instrução Normativa n.º 20, de 2022 que estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras. Hoje não temos comprovação de condições econômico-financeiras, mas temos um termo aprovado pela alta administração com clareza da responsabilidade assumida.

Atualmente, a UNIDAS pleiteia por deixar expresso que o patrocinador não é um mero contratante, mas alguém que participa da administração superior da entidade de autogestão, além de requerer a revogação dos parágrafos que tratam das restrições quanto ao ramo de atividade ou grupo econômico, questões novamente ligadas à abertura do grupo e sustentabilidade do setor.

Sobre o tema, não temos aqui necessariamente falta de clareza ou objetividade da norma. Esta, aliás, não dificulta ou estabelece qualquer restrição. Observa-se uma questão de organização interna das próprias autogestões.

4 OBJETIVOS DA REGULAÇÃO

É cediço que a regulação prudencial busca reduzir o risco sistêmico do mercado, ou seja, o risco de falhas em cadeia e, com isso, evitar rompimentos que possam levar a um colapso do setor. Essa forma de regulação se faz necessária porque os agentes regulados - no caso, as operadoras - são suscetíveis a comportamentos imprudentes e/ou fraudulentos. A regulação prudencial requer, portanto, que seus agentes econômicos estejam

adequadamente capitalizados, profissionalmente administrados, com o risco de suas aplicações diversificado, posições transparentes e sujeitas a efetiva supervisão.

Na visão do setor regulado, o funcionamento e regulação das autogestões carecia de transparência e regras bem definidas, o que poderia levar a distorções e falhas de mercado.¹⁰

Como dito anteriormente, o que tínhamos até então eram as regras da RDC n.º 39, de 2000 que deixavam em aberto a definição de conceitos, como o de patrocínio e as regras para fins de garantia financeira.

As diferenças existentes entre as diversas formas de operação, não poderiam, por exemplo, eliminar a exigência de que as operadoras fossem solventes, no intuito de as mesmas apresentarem capacidade em cumprir com suas obrigações, até porque, no mercado de saúde suplementar, existe elevado risco social envolvido e os custos existentes são particularmente elevados. A relação existente entre solvência e garantia da assistência à saúde tornava-se, assim, evidente, independentemente da modalidade em que se encontrasse a operadora, sua forma jurídica ou universo de atuação.

O escopo normativo à época procurou então definir de forma mais clara o que eram as autogestões e as regras para seu funcionamento, delineando a necessidade de fixação de garantias financeiras e mais tarde de ativos garantidores que lastreassem sua operação, mas sem inviabilizar as operadoras que já estavam em franca atividade. Mas ao sair de um regime meramente contábil para um regime financeiro, o choque no fluxo de caixa mostrava-se bastante significativo para operadoras, devendo ser justificado o tratamento diferenciado dado às autogestões.

Diante do contexto regulatório relatado, podemos dizer que como Objetivo Geral, a norma pretendeu:

- Definir e restringir o que seria a modalidade de autogestão;
- Adequar as autogestões existentes ao marco regulatório;
- Estabelecer regras prudenciais mínimas para garantia de riscos financeiros e solvência desse tipo de modalidade, atendendo à necessidade de consolidação das regras existentes, a serem monitoradas pelo acompanhamento econômico-financeiro;
- Estabelecer as regras de uso da rede e compartilhamento, pela qual o uso de rede indireta estaria limitado a congêneres a serem acompanhadas pelo monitoramento assistencial.
- Como objetivos específicos:
Conceituar e definir as regras sobre os patrocinadores e mantenedores.

5 TEORIA DA REGULAÇÃO E O MODELO LÓGICO

A Teoria da Mudança é considerada uma abordagem que descreve como um programa gera resultados específicos de longo prazo por meio de uma sequência lógica de resultados intermediários (Breuer et al., 2016). Na regulação, a teoria da mudança seria a descrição do encadeamento lógico de como se espera que o instrumento regulatório provoque efeitos e cause mudanças no problema regulatório em determinado contexto¹¹.

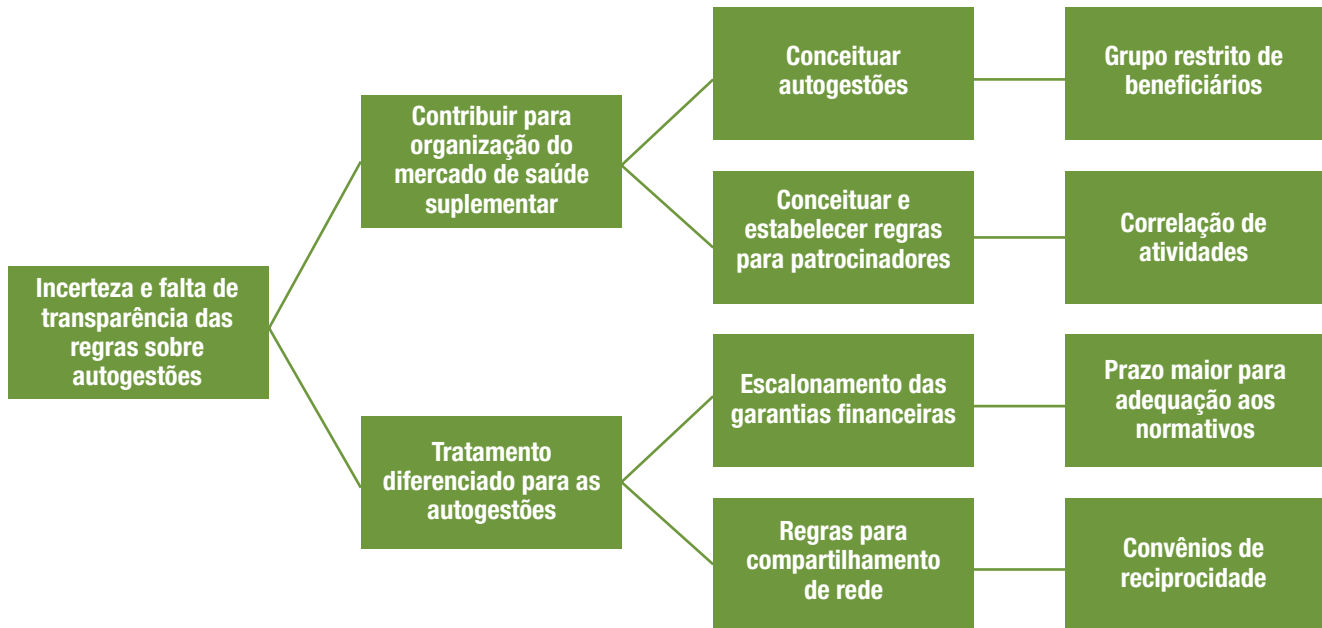
¹⁰ Destarte, se antes as Autogestões eram unicamente instituições ligadas a empregadores - "patrocinadores", o que se vê atualmente no mercado é a presença de associações, cooperativas de usuários, e entidades com as mais variadas justificativas de vínculos para delimitar um eventual grupo determinado (não necessariamente fechado) de pessoas e instituir uma nova Autogestão. Resta, então, indagar se este sistema é, atualmente, utilizado hodiernamente por todas as instituições e quais as medidas da ANS para coibir os abusos ou reforçar a regulamentação sobre este segmento. A despeito do disposto até o momento, nota-se, pelo que hoje vigora, uma absoluta incompreensão e miscelânea nas normas quando se referem às Autogestões, porque ora se faz referência às patrocinadas, ora àquelas diretamente ligadas ao departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, sem conseguir, entretanto, definir o que cada um desses segmentos representa na verdade, sendo que, atualmente não existe norma editada pela ANS que transmita esse esclarecimento. Contribuições à Consulta Pública 23 da ABRAMGE e da FENASEG que dispõe sobre as entidades de autogestão – 19/9/2006. (Parte integrante do processo 33902.242034/2006-69).

¹¹ Ver Manual de Análise de Resultado Regulatório da Anvisa - <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/avaliacao-do-resultado-regulatorio/arquivos/manual-de-arr-anvisa.pdf>. Acesso em 09/09/2023.

Assim, a teoria da regulação, construída a partir do contexto regulatório e da documentação analisada, baseia-se na hipótese de que, ao possibilitar um melhor enquadramento para esse tipo de operadora, preservando suas características distintivas e garantindo estabilidade econômico-financeira para dar maior transparência aos consumidores e agentes desse mercado, estabeleceríamos as bases para o bom funcionamento desse tipo de operadora.

Destrinchando as iniciativas presentes na norma, temos as principais contribuições dos normativos traduzidos no seguinte modelo lógico¹².

■ FIGURA – 1 MODELO LÓGICO:



Fonte: o autor (2024)

De acordo com a definição das modalidades feita pela lei e normativos vigentes, a Diretoria de Habilitação e Normas das Operadoras (DIOPE) analisa os atos constitutivos e estatutos de operadoras que pedem autorização para funcionamento e registro ANS. Para as operadoras que já atuavam no setor de saúde suplementar antes da criação da ANS e que possuíam registro provisório, a autorização de funcionamento foi a confirmação que a operadora estaria apta a continuar atuando no mercado, considerando a regularização dos elementos mínimos exigidos para a atuação no setor, quando fosse publicada a autorização de funcionamento. A Ans ainda analisa os pedidos de atualização cadastral verificando se a documentação apresentada atende os requisitos para permanecer na modalidade adequada e monitorando assim, sua atuação.

As normas referentes à modalidade de Autogestão são observadas nesses momentos para atuação regular das operadoras.

No caso dos normativos aqui analisados, temos o seguinte encadeamento lógico, a partir dos objetivos descritos no Capítulo 4:

¹² O Modelo lógico permite visualizar os caminhos pelos quais se espera que o instrumento regulatório atue sobre o problema regulatório: a teoria da mudança da regulação. Ele facilita identificar a relação entre as medidas regulatórias adotadas, os insumos e atividades necessárias para implementá-las, os produtos, resultados e impactos esperados para cada uma delas. - Guia Orientativo para Elaboração de Avaliação de Resultado Regulatório – ARR da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

■ FIGURA 2 – OBJETIVOS REGULATÓRIOS

Objetivo Regulatório	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a assimetria de informação técnica e econômica, relativas às autogestões; • Estabelecer garantia de riscos financeiros adequadas, conceituando patrocinador e mantenedor; • Permitir instrumentos de financiamento adequados para as autogestões, diminuindo custo regulatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Art 2º, • Art. 4º • Art. 5º ao 11 • Art. 12 e 13 • Art. 21 	<ul style="list-style-type: none"> • Ans analisa pedidos de habilitação e atualização cadastral dessa modalidade • Monitora o cumprimento das regras prudenciais • Monitora o cumprimento das regras assistenciais (rede) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitação da operadora e autorização de funcionamento, • Ciclo de acompanhamento econômico-financeiro e assistencial, • Reclassificação da empresa quanto à modalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de ferramentas para realizar o monitoramento econômico-financeiro • Definição do que seria a modalidade de autogestão; • Adequação das autogestões existentes ao marco regulatório; • Clareza e transparência para habilitação e atualização cadastral das autogestões; • Estabelecimento de regras para compartilhamento de rede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a assimetria de informação técnica e econômica, relativas às autogestões; • Estabelecer garantia de riscos financeiros adequadas, conceituando patrocinador e mantenedor; • Permitir instrumentos de financiamento adequados para as autogestões, diminuindo custo regulatório

Fonte: o autor (2024)

Nesse contexto, após quase 18 anos da edição do normativo que consolidou as regras para as Autogestões, cabe indagar se as regras impostas pela ANS atualmente ainda são eficazes e se coadunam com o ambiente regulatório.

Vimos que o estatuto social é o instrumento jurídico a partir do qual a DIOPE analisa o enquadramento de uma operadora como autogestão ou não. No entanto, quando restam dúvidas ou omissões em relação ao correto enquadramento da operadora, notadamente quanto aos conceitos trazidos pela norma, a questão é levada a julgamento da Diretoria Colegiada para dirimir a divergência e nesse momento, a competência de normatizar e dispor nos casos omissos, que é inerente ao 'poder regulamentar da ANS, exercida pela DICOL, muitas vezes leva a uma ampliação potencial dos conceitos restritivos que norteiam a atuação das autogestões para o caso concreto.

Quando isso ocorre, outras operadoras em situações semelhantes demandam a mesma análise utilizando como precedente o julgado da Diretoria Colegiada, levando ao aumento do número de casos para análise da área técnica e à insegurança quanto à correta interpretação dos limites da norma.

São casos como esse que trazemos anexo ao relatório. São processos que demandam esse tipo de análise e aguardam o desfecho de eventual revisão normativa para conclusão (Anexo I).

Chama a atenção, assim, o aumento do número de pleitos de operadoras nessa modalidade requerendo a possibilidade de convênios com modalidades diversas e/ou a abertura do grupo de beneficiários para oxigenação das carteiras.

Também nos interessa o impacto do envelhecimento populacional nas carteiras desse tipo de operadoras, o que gera um aumento dos custos e preocupações quanto à liquidez e solvência dessas empresas.

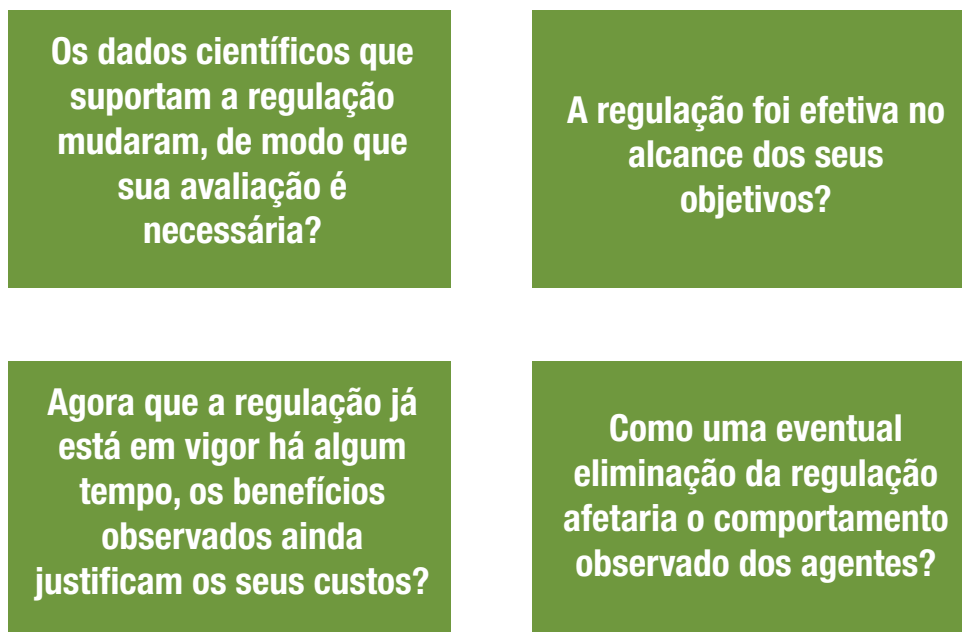
6 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E DEMAIS IMPACTOS DA REGULAÇÃO SELECIONADA

No Guia de Análise de Resultado Regulatório do Governo Federal¹³ ressalta-se a necessidade de avaliação quanto à pertinência e atualidade da regulação:

Um terceiro tipo de olhar retrospectivo para a atividade regulatória diz respeito a uma avaliação quanto às evidências científicas que embasaram a intervenção regulatória. Neste caso, não se trata tanto de uma análise quantitativa ou qualitativa dos objetivos e demais impactos da intervenção, mas de uma avaliação quanto à sua atualidade e necessidade de ajuste com base na evolução das evidências científicas que a fundamentaram, na época de sua edição.

Nesse sentido, essa ARR busca avaliar o desempenho da solução implementada e da decisão tomada pelo órgão regulador, examinando não apenas os resultados da intervenção regulatória, mas avaliando se a lógica que ensejou sua realização se mantém.

■ FIGURA 3 – QUESTIONAMENTOS ARR



Fonte: o autor (2024)

Assim sendo, usaremos o modelo lógico acima exposto para responder os seguintes questionamentos sobre a norma.

Sob esse olhar, examinaremos o perfil das operadoras de autogestões atualmente com base nos dados hoje melhor coletados pela Ans.

6.1 Dados do Setor

Preliminarmente, cabe observar que como não havia indicadores pré-definidos para monitoramento dessas normas (não tivemos uma Análise de Impacto Regulatório para elaboração do texto normativo) foi necessário proceder à coleta de dados com base nas informações utilizadas pelo corpo técnico atualmente para o monitoramento econômico-financeiro do mercado.

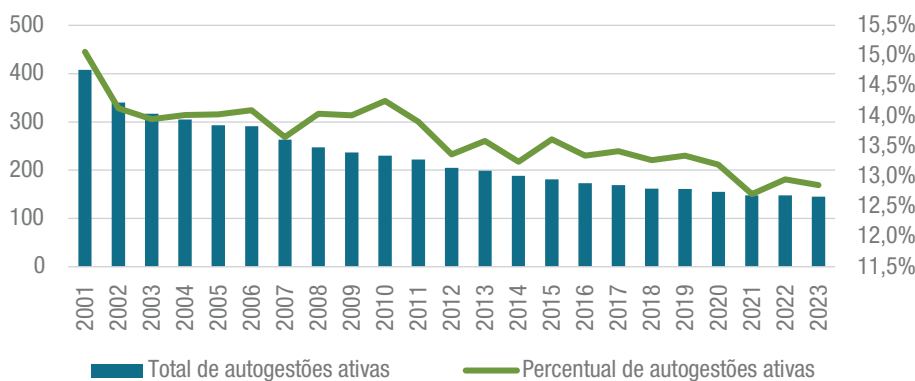
Utilizou-se, portanto, os dados do CADOP – Cadastro de Operadoras (a partir das datas de registro e cancelamento das operadoras) e do Sistema de Beneficiários – SIB em relação à quantidade de beneficiários, através de solicitação feita à GEPIN/DIDES. Também utilizamos os indicadores e resultados calculados pela Coordenação de Estudos de Mercado (CESME/GEHAE) a partir de dados extraídos do DIOPS – Documento de Informações Periódicas encaminhado trimestralmente pelas operadoras, que podem ser observados no capítulo de Indicadores Econômico-Financeiro. Ainda foram utilizados dados do IBGE para projeção de população em 2018 e do TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar para construção de tabelas e referências cruzadas.¹⁴

Para avaliar a evolução da modalidade de autogestão ao longo do tempo, é importante considerar que as operadoras que atuam no mercado de saúde suplementar apresentam significativa heterogeneidade, não apenas quanto a modalidade na qual se organizam, mas também quanto ao porte e estratégias de negócio. Mesmo as autogestões também guardam diferenças entre si, conforme visto anteriormente.

Nesse contexto, essa seção analisa em que medida o desempenho das autogestões tem evoluído, em relação às demais modalidades que oferecem planos de saúde médico-hospitalares.¹⁵

Em 2006, tínhamos 291 operadoras classificadas como autogestão, hoje esse número é de 145 empresas nessa modalidade ativas no país, representando 12,9% em relação às demais modalidades de operadoras.

■ GRÁFICO 1 - TOTAL E PERCENTUAL DE AUTOGESTÕES ATIVAS POR ANO (CADOP) DE 2001 A 2023



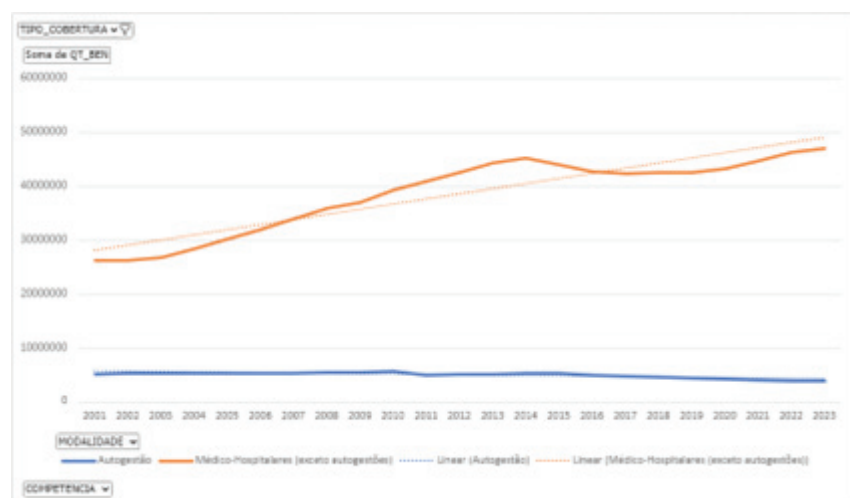
Fonte: DIOPS/ANS

Apesar de um crescimento no percentual entre 2008 e 2010, tanto a quantidade quanto o percentual de autogestões, em relação ao total de operadoras ativas, vem caindo consistentemente.

¹⁴ Não há uma resposta única apta a determinar quais dados são necessários para avaliar uma intervenção regulatória, atividade que, portanto, deverá ser realizada caso a caso. No entanto, é sempre importante considerar o envolvimento dos agentes impactados pela regulação, de maneira que eventualmente possam avaliar se o conjunto de dados inicialmente apontado é suficiente para realizar a avaliação ou sugerir a inclusão de outras informações (ver Conforme Guia Orientativo para ARR do Governo Federal).

¹⁵ As operadoras exclusivamente odontológicas, administradoras de benefício e cooperativas odontológicas foram excluídas da análise.

■ **GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS EM AUTOGESTÕES - TOTAL DE BENEFICIÁRIOS EM AUTOGESTÕES E NAS MÉDICO-HOSPITALARES (EXCETO AUTOGESTÕES) DE 2001 A 2023**



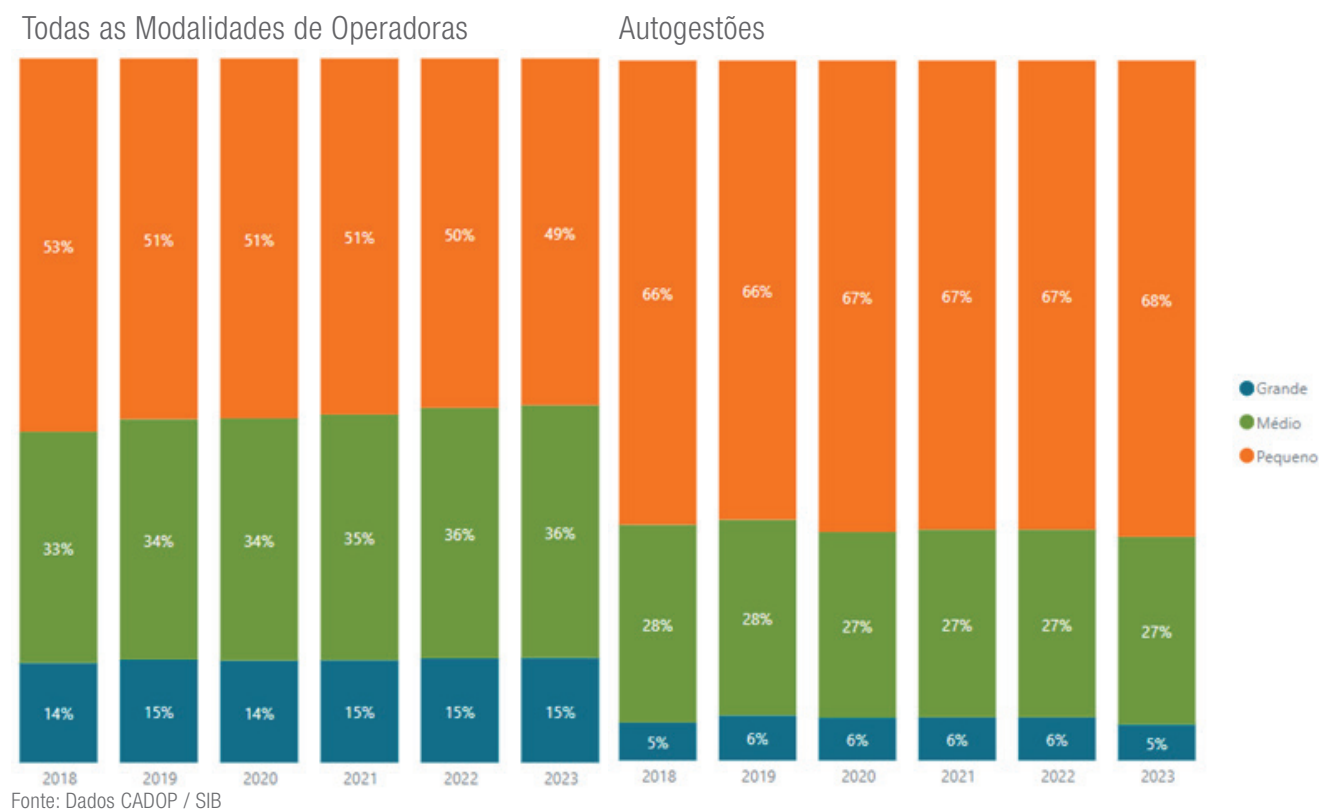
Fonte: DIOPS/ANS

O mercado de saúde suplementar teve queda de beneficiários apenas nos anos de 2015 e 2016. A partir de 2017, mesmo com uma leve diminuição de consumidores, o setor começou a se estabilizar e em 2018 voltou a ter um acréscimo de beneficiários. Já as autogestões apresentaram queda de beneficiários desde meados de 2010 e, diferente da média do setor, atualmente os números de beneficiários da modalidade continua a diminuir. Apenas o segmento de filantropia apresenta uma situação semelhante.

Destaca-se ainda que essa modalidade apresenta um número grande de planos antigos, ou seja, anteriores à Lei 9.656/98, valendo, portanto, o que foi estabelecido no regulamento. A modalidade de atuação Autogestão ainda possui em sua carteira cerca de 36,8% de planos antigos, sendo que a média não chega a 9% e, na segunda colocada, que é a filantropia, esse tipo de plano é 12% do total de sua carteira (OLIVEIRA, ob.cit. pg. 13).

Como se observa no gráfico abaixo, há uma maior proporção de autogestões de pequeno porte (até 20 mil beneficiários) – cerca de 68%, do que o observado para o setor de saúde suplementar como um todo – em torno de 49%. Além disso, apenas 5% das operadoras das autogestões possuem mais de 100 mil beneficiários, sendo consideradas de grande porte, enquanto para o setor como um todo, esse número é de 15%.

■ FIGURA 4: PERCENTUAL DE OPERADORAS, SEGMENTADAS POR PORTE (EM MILHÕES)



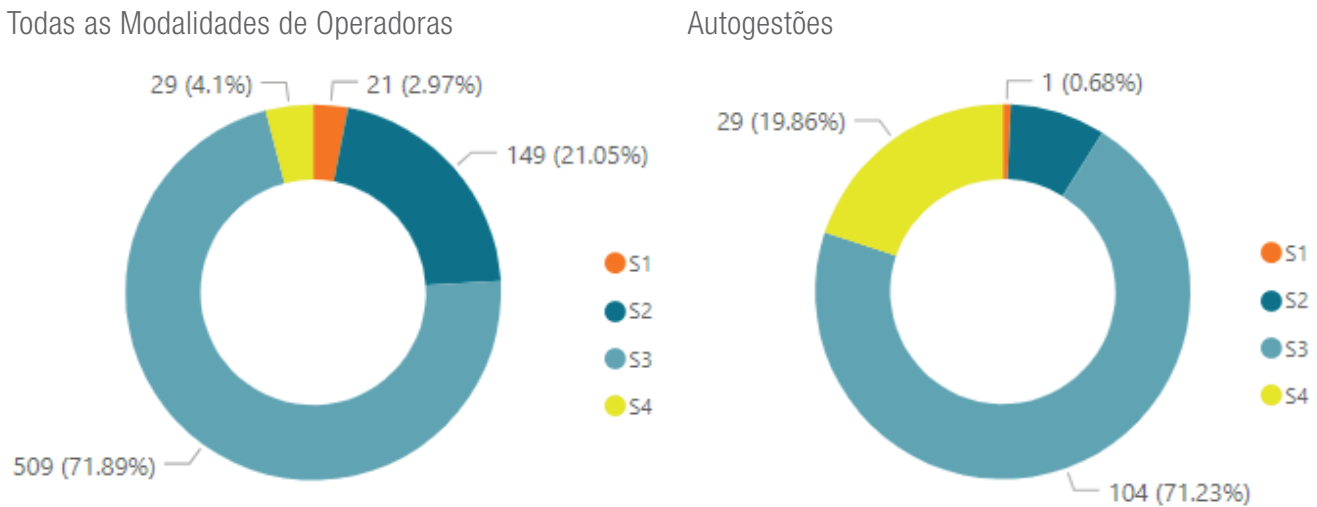
Nesse mesmo sentido, aponta a análise da representatividade das autogestões no mercado de saúde suplementar, quanto à Classificação de Operadoras para fins de Aplicação Proporcional da Regulação Prudencial. Essa Classificação, para determinar o risco prudencial dos players do mercado, segmenta as operadoras em quatro faixas (S1, S2, S3 e S4), em função de uma matriz multicritério que considera receitas, número de beneficiários, modalidade, número de mercados relevantes em que atuam e verticalização.

Nessa classificação¹⁶, observa-se que os principais grupos econômicos prudenciais que atuam no setor de saúde suplementar – Bradesco, Amil, Hapvida e SulAmérica – estão na modalidade seguradoras e medicinas de grupo. Esses grupos correspondem a quase 40% das receitas do setor e cerca de 18 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares. A única autogestão que está classificada na modalidade de maior risco prudencial (S1) é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, que conta com cerca de 590 mil beneficiários.

É interessante notar que cerca de 90% das autogestões estão classificadas em S3 e S4, apenas 3 fazem parte de grupos econômicos prudenciais e 5 possuem hospitais próprios. Quando se analisa as demais modalidades, observa-se um percentual menor de operadoras classificadas nas categorias de menor risco: cerca de 75%.

16 Fonte: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/classificacao-de-operadoras-aplicacao-proporcional-da-regulacao-prudencial-1>

■ FIGURA 5 - PERCENTUAL DE OPERADORAS, POR CATEGORIA S1, S2, S3 E S4



Fonte: DIOPS / CADOP / SIB

É possível que a maior proporção de autogestões de pequeno porte e nas categorias S3 e S4 seja, em parte, resultado do fato de que as autogestões são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários. As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora podem influenciar o perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde.

Isso aumenta de forma significativa a chance de um tratamento médico de alto custo desequilibrar as contas e até mesmo inviabilizar o financiamento da assistência de toda uma coletividade, porque quanto maior a massa de beneficiários maior a pulverização dos riscos (ou divisão dos custos) e, portanto, tende a ser menor o custo individual para aquele coletivo de pessoas financiarem as despesas assistenciais.

A partir dos números, nota-se, portanto, um número cada vez menor de operadoras na modalidade, agregando cada vez menos beneficiários e em muitas operadoras de pequeno porte – especialmente se comparada com as demais modalidades.

6.2 Envelhecimento Populacional

Algumas características das autogestões fazem com que o perfil de seus beneficiários seja distinto das demais operadoras médico-hospitalares.

As operadoras de autogestão são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários. As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora podem influenciar o perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde.

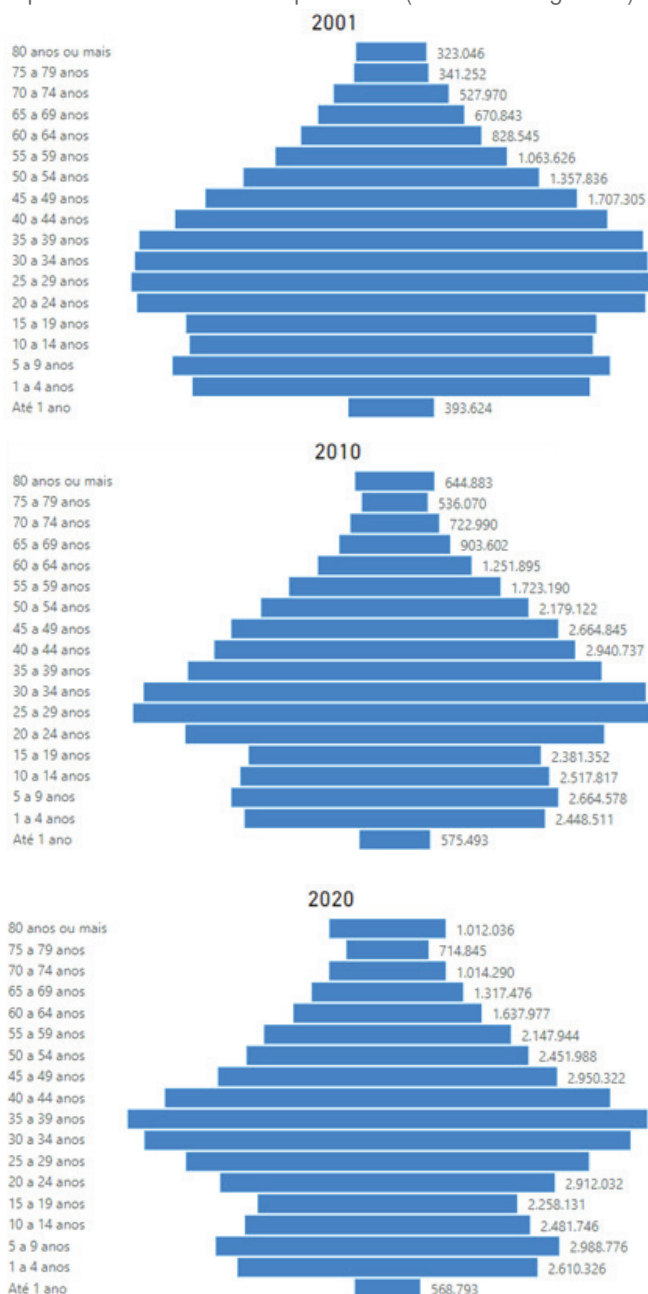
Além disso, por estarem vinculadas a uma população fechada tendem a ser mais afetadas pelo processo de envelhecimento da população brasileira e pelas políticas de recursos humanos que reduzem o efeito da rotatividade dos beneficiários entre os planos. Destaca-se, ainda que, via de regra, as autogestões continuam a oferecer assistência aos seus beneficiários quando eles se aposentam, característica observada especialmente nas autogestões ligadas ao setor público, inclusive nas empresas de economia mista.

A principal consequência da combinação de uma população que não cresce, que se renova lentamente (poucos ingressos nas primeiras faixas etárias) e que preserva (não expulsa) seus aposentados é o aumento da idade média, o envelhecimento da população. Dessa forma, além de contar com um maior número de operadoras de pequeno porte, as autogestões apresentam populações mais envelhecidas do que a média do setor suplementar.

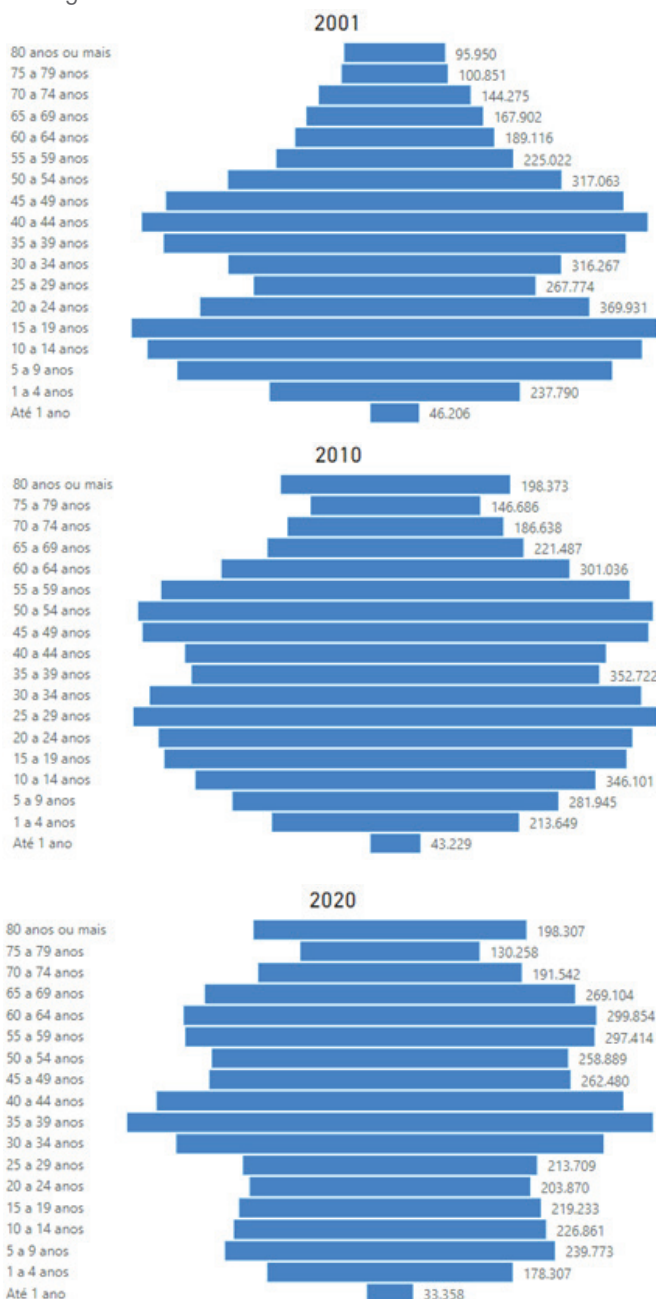
Ao analisar a Evolução da Pirâmide etária de beneficiários (figura abaixo), observa-se que já em 2001 as autogestões apresentavam uma maior proporção de beneficiários com mais de 60 anos quando comparada às demais operadoras médico hospitalares. Destaca-se, contudo, que ao longo desses 20 anos, a situação se acentuou. Isso porque, apesar de ao longo da série histórica ter havido um aumento do número de beneficiários idosos como um todo, observa-se um crescimento mais acelerado na modalidade autogestão. Isso fica claro na pirâmide etária de 2023, em que a população acima de 50 anos é consideravelmente maior do que o observado nas demais operadoras médico hospitalares.

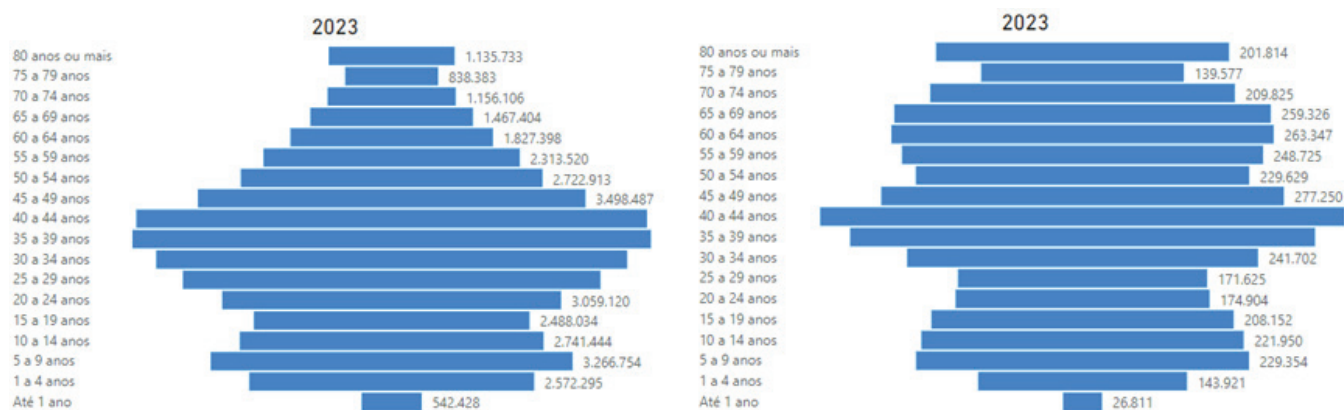
FIGURA 6 – EVOLUÇÃO DA PIRÂMIDE ETÁRIA DE BENEFICIÁRIOS DE AUTOGESTÕES E DAS DEMAIS MODALIDADES MÉDICO HOSPITALARES

Operadoras Médico Hospitalares (exceto autogestão)



Autogestões





Fonte: CADOP/DIOPS/SIB

Uma maior proporção de idosos na carteira apresenta um potencial para o aumento dos gastos em função das especificidades do próprio processo de envelhecimento, que apresenta características de morbimortalidade distintas dos demais grupos etários da população, em função da maior prevalência de doenças crônicas que demandem acompanhamento de longa duração por profissionais da área de saúde.

Com o envelhecimento, aumenta também o número de tratamentos (principalmente internações hospitalares) e utilização de tecnologias mais onerosas, uma combinação que pressiona de forma significativa os custos assistenciais.¹⁷

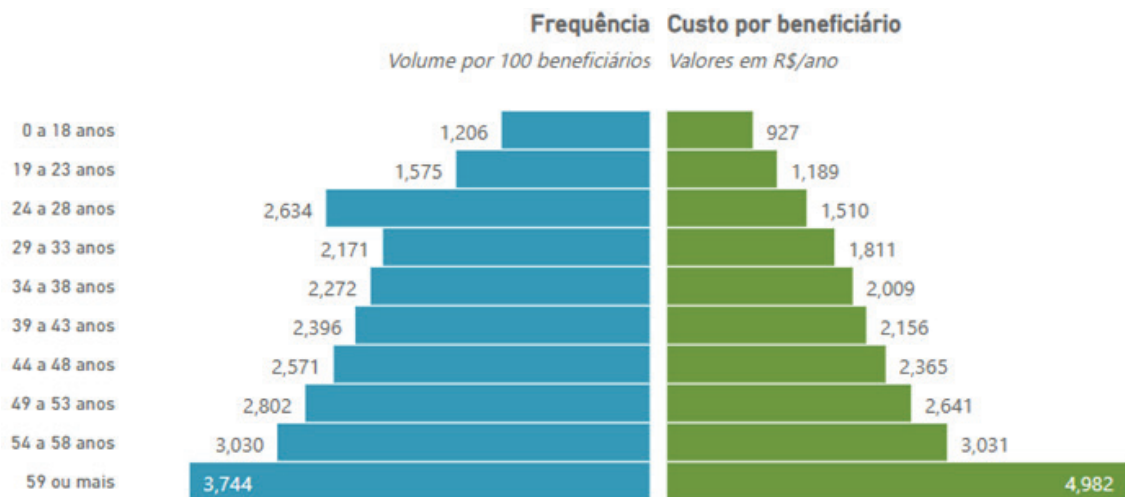
Tal fato fica evidenciado da análise da figura abaixo, que apresenta a quantidade de procedimentos que foram realizados no ano de 2021, segundo cada uma das faixas etárias – frequência de utilização; e o custo per capita dos procedimentos médicos realizados – custo por beneficiário.

Como se pode observar, na medida em que a faixa etária aumenta, há um crescimento da utilização de procedimentos médicos e do custo per capita. Entre a faixa etária de 54 a 58 anos e 60 anos ou mais, observa-se uma aceleração do custo per capita, com um salto de 64,3% (R\$ 3.031 para R\$ 4.982), mais do que proporcional ao observado na frequência de utilização, de 23,5% (de 3.030 para 3.744). Isso indica que os procedimentos realizados em idosos tendem a ser mais onerosos do que os procedimentos realizados nas demais faixas-etárias.

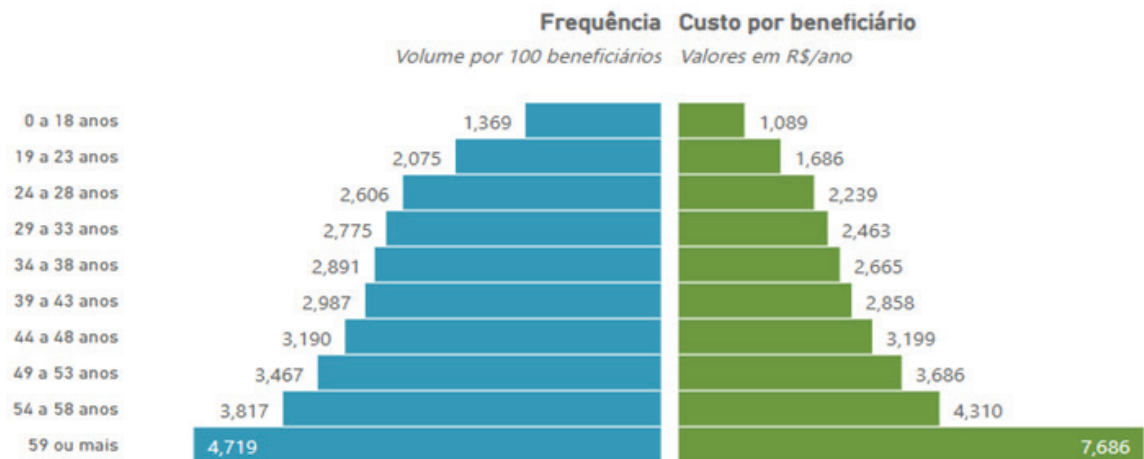
17 Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R.. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista De Saúde Pública, 21(3), 200–210. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>

FIGURA 7 - FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO; E CUSTO POR BENEFICIÁRIO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS

Todas as modalidades



Autogestão



Fonte: SIB, versão de julho de 2023: média mensal de beneficiários por plano e faixa etária. TISS, extraído em 31 de agosto de 2023: custo assistencial e volume (quantidade) de ocorrências de procedimentos por plano e faixa etária de precificação. Dados de 2021

Como há uma maior proporção de idosos nas carteiras de autogestão, principalmente nas faixas etárias acima de 80 anos (figura 7), quando se analisa os dados desse segmento, o salto no custo per capita é ainda mais dramático, de quase 80% (R\$4.310 para R\$7.686), enquanto o aumento da frequência de utilização é mais ou menos o mesmo 23,6% (de 3.817 para 4.719).

Por consequência, de acordo com a figura abaixo, o gasto na faixa etária acima de 60 anos representa 51% dos custos totais como eventos de saúde das operadoras na modalidade autogestão, enquanto nas demais modalidades de operadoras médico-hospitalares é de apenas 25%, conforme figura 8.

■ FIGURA 8 – CUSTO TOTAL POR TIPO DE EVENTO, SEGMENTADO PARA FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 60 ANOS

	AUTOGESTÕES		
	TOTAL	60 ANOS OU MAIS	% 60 ANOS OU MAIS
Procedimentos	10.993.700.511	5.474.915.457	49,8%
Medicamentos	886.106.895	580.080.336	65,5%
OPME	213.978.740	103.642.621	48,4%
Outros	112.335.191	52.124.662	46,4%
Total	12.206.121.337	6.210.763.076	50,9%
	DEMAIS MODALIDADES M-H (EXCETO AUTOGESTÃO)		
	TOTAL	60 ANOS OU MAIS	% 60 ANOS OU MAIS
Procedimentos	76.270.485.758	18.821.975.025	24,7%
Medicamentos	3.880.485.652	1.429.257.199	36,8%
OPME	1.183.686.624	242.215.015	20,5%
Outros	858.028.687	228.325.587	26,6%
TOTAL	82.192.686.721	20.721.772.826	25,2%

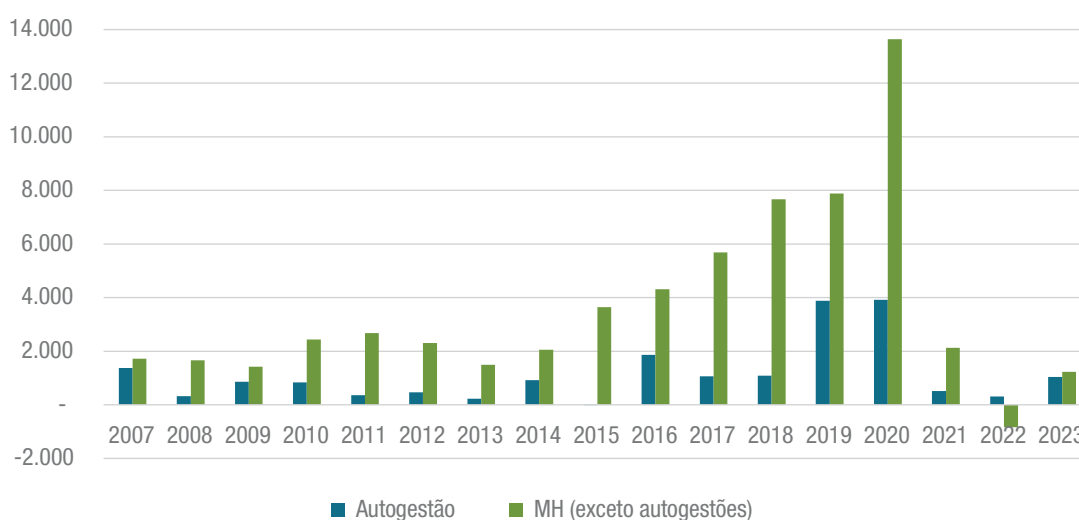
Fonte: CADOP/THSS

6.3 Desempenho Econômico-Financeiro

A seguir apresentam-se gráficos de resultado das operadoras comparando-se as autogestões às demais OPS MH.

Em números gerais, sem ponderação pelo total de beneficiários, se pode observar relevantes diferenças entre os resultados, conforme infere-se dos gráficos a seguir:

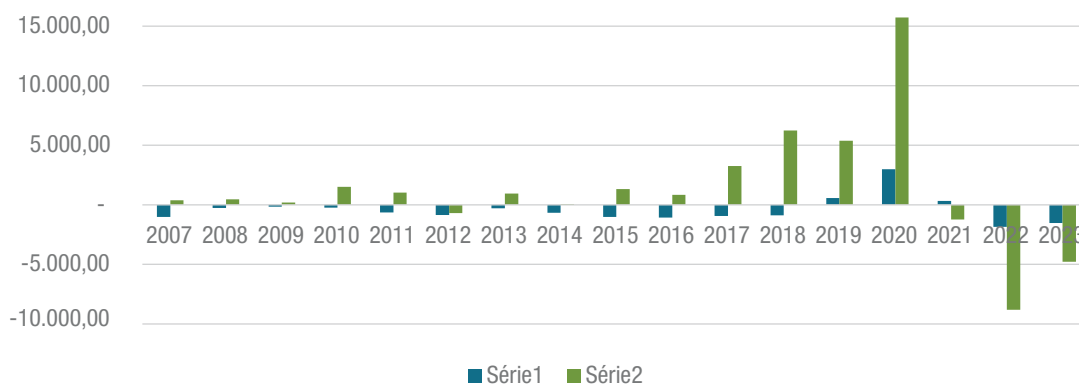
■ GRÁFICO 3 - RESULTADO LÍQUIDO – AUTOGESTÕES X MÉDICO-HOSPITALARES



Fonte: DIOPS/ANS

Ao fazer a avaliação do resultado líquido ao longo do tempo, não se observa grandes diferenças no comportamento do desempenho das autogestões em relação ao setor – quando o setor apresenta lucro/sobra as autogestões geralmente seguem a mesma tendência. As diferenças de escala dos resultados são naturais e esperadas, dada a diferença na quantidade de beneficiários e, por conseguinte, no tamanho da operação nos segmentos.

■ GRÁFICO 4 – RESULTADO OPERACIONAL – AUTOGESTÕES X MÉDICO HOSPITALARES



Fonte: DIOPS/ANS

Destrinchando-se os componentes do resultado líquido, é possível identificar as relevantes diferenças entre os segmentos.

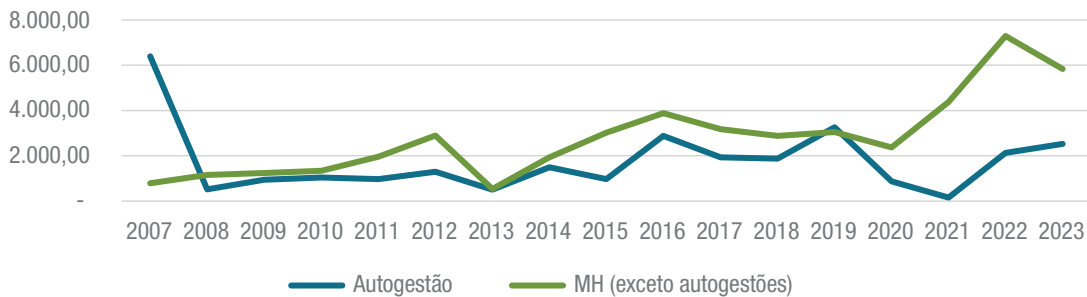
Note-se que ao avaliarmos apenas o resultado operacional¹⁸ das entidades, revela-se que as Autogestões encerraram 14 dos 17 exercícios avaliados com resultado operacional negativo, contra 4, das demais operadoras.

Ou seja, se considerarmos apenas as fontes diretas de receita da operação das autogestões, no agregado, elas não foram suficientes para pagar as despesas diretas da operação. Esse cenário não se revela o mesmo quando vemos o setor em geral, especialmente de 2017 a 2020 – período em que se observa maiores resultados operacionais no setor incluindo o 1º ano da pandemia de COVID-19.

¹⁸ Diferença entre as receitas (contraprestações e outras receitas operacionais) e despesas (despesas assistenciais/eventos indenizáveis, despesas de comercialização e despesas de administração) diretamente relacionadas a operação da entidade.

Aprofundando-se a análise para o resultado financeiro advindo principalmente dos rendimentos dos ativos no mercado financeiro, nota-se que os prejuízos operacionais são compensados, conforme se depreende do gráfico a seguir:

■ GRÁFICO 5 – RESULTADO FINANCEIRO (EM R\$ MILHÕES)



Fonte: DIOPS/ANS

Mais uma vez o resultado financeiro mostra sua relevância para o segmento, apresentando-se na mesma ordem de grandeza para as autogestões do que para as demais OPS MH, ainda que sua operação seja de tamanho consideravelmente inferior.

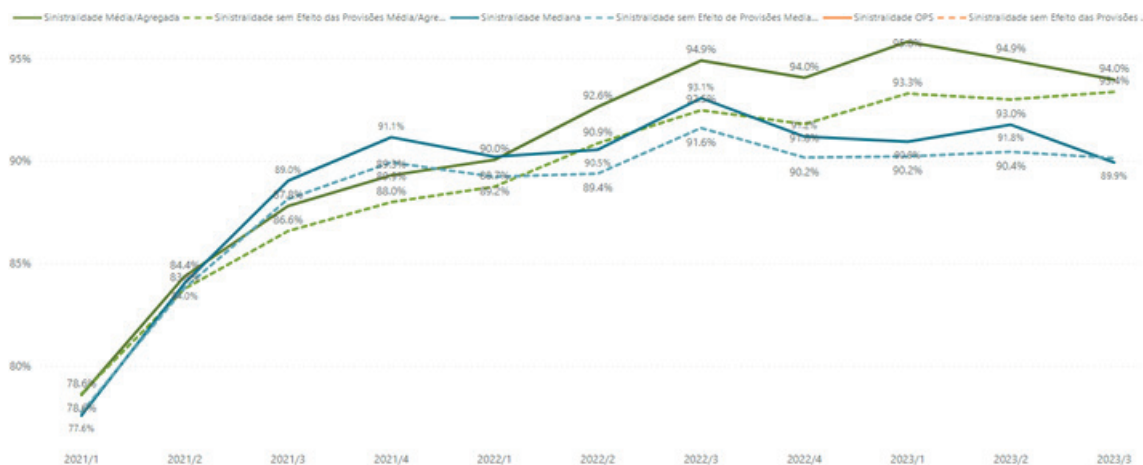
6.4 Indicadores Econômico-Financeiros

Os indicadores financeiros fazem parte dos mecanismos básicos de avaliação de empresas. Esse instrumento basicamente representa os números e percentuais inter-relacionados com os elementos patrimoniais, com o objetivo de abstrair algumas informações dos dados financeiros brutos presentes nas demonstrações financeiras (BENEDICTO, PADOVEZE, 2010).

Na saúde suplementar temos a criação de indicadores específicos como o índice de despesas assistenciais (sinistralidade), índice combinado (COMB). Todos esses indicadores mostram a relação de um tipo de despesa com as contraprestações efetivas, atividade principal da empresa, além disso existe o índice combinado ampliado que agrupa todos os índices acima e os associa ao resultado financeiro (COMBA).

No que diz respeito às despesas assistenciais verificamos que em relação à sinistralidade das carteiras das autogestões (gráfico 6), a média agregada é em torno de 94% e a mediana, de 89,9%, indicando que as autogestões de maior porte possuem um valor de sinistralidade maior do que as demais.

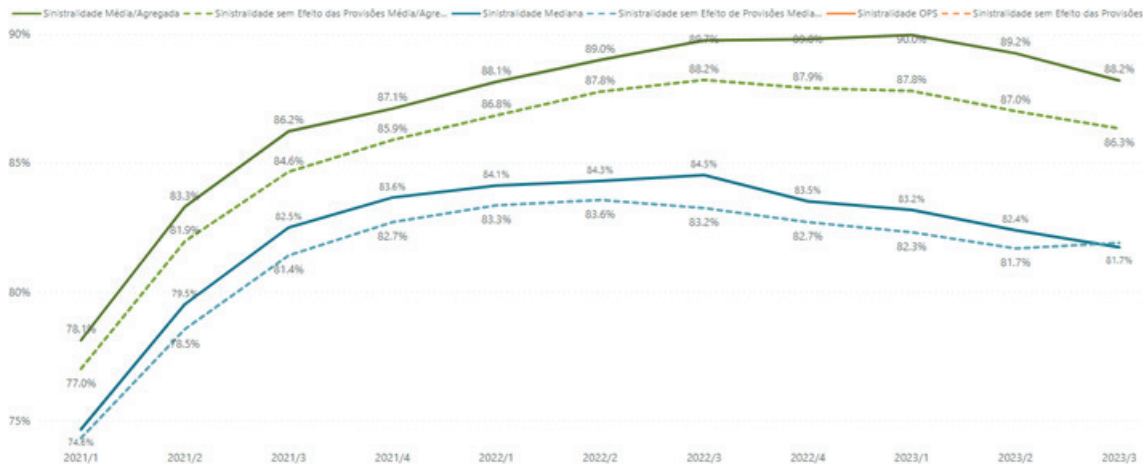
■ GRÁFICO 6 - SINISTRALIDADE COM E SEM EFEITOS DAS PROVISÕES DAS OPERADORAS CLASSIFICADAS NA MODALIDADE AUTOGESTÃO



Fonte: Dados DIOPS/ANS

Já a média da sinistralidade do setor, considerando todas as modalidades de operadoras, é de 88,2%, cerca de 6 p.p. menor do que a apresentada pelas autogestões. E a mediana, de 81,7%, 8 p.p. menor do que a mediana das autogestões.

GRÁFICO 7 – EVOLUÇÃO DA SINISTRALIDADE MÉDIA/AGREGADA

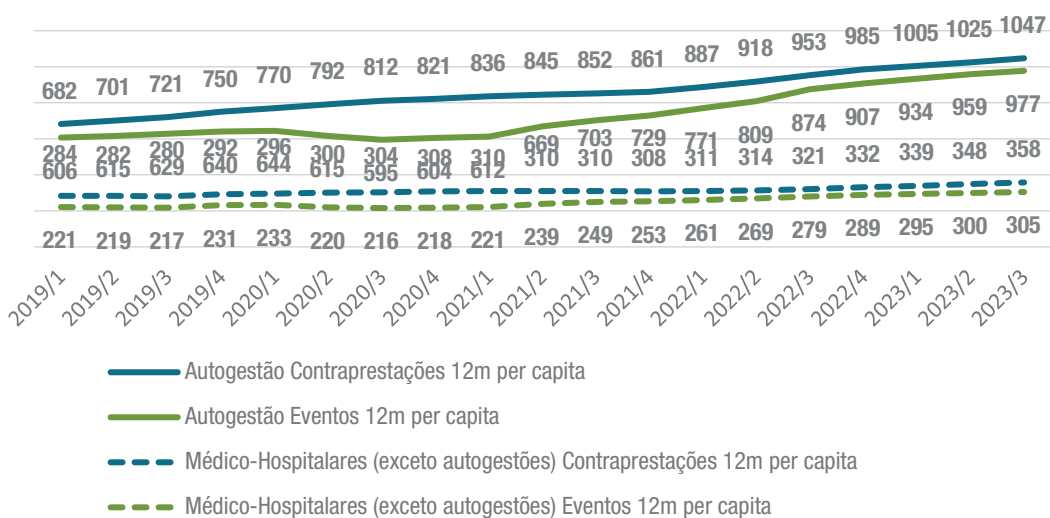


Fonte: <https://app.powerbi.com/groups/me/apps/ea0c315e-1e65-43fe-a15d-e1fdb529085e/reports/1c93e170-5783-4531-99c1-fb4bcef03552/ReportSection95658fd71dbde012bb7?ctid=9dba480c-4fa7-42f4-bba3-0fb1375f5f5f&experience=power-bia>

Mais uma vez, em relação às autogestões, faz-se necessário ressaltar que, por não ter finalidade lucrativa, essa modalidade **não tem despesas de comercialização** sendo natural que a sinistralidade seja maior. Isso porque a receita é consumida predominantemente com gastos administrativos e assistenciais.

Um aspecto relevante para avaliar se as autogestões possuem efetivamente maior gasto assistencial que as demais operadoras são a evolução de receitas de planos e despesas assistenciais per capita, conforme gráfico a seguir:

GRÁFICO 8 – CONTRAPRESTAÇÕES E EVENTOS PER CAPITA (PREESTABELECIDO) - AUTOGESTÕES X MÉDICO-HOSPITA-LARES (EXCETO AUTOGESTÕES) - EM R\$ - VALORES NOMINAIS



Fonte: DIOPS/ANS

Como se nota no gráfico, considerando-se sempre a soma de 12 meses de contraprestações e eventos (em preço pré-estabelecido) é possível vislumbrar que, em termos nominais, a despesa assistencial per capita das autogestões é bem superior às demais operadoras, e possui uma tendência maior de aumento nos últimos anos.

Embora não se possa definir diretamente, tais números são condizentes com o já demonstrado anteriormente quanto à presença de um grande volume de beneficiários nas faixas etárias mais elevadas em relação às demais modalidades. Note-se que outra característica que talvez pudesse explicar tal diferença na despesa assistencial per capita seria uma cobertura dos planos maior do que as demais modalidades, o que não pode ser avaliado isoladamente a partir dos números aqui apresentados.

Inobstante a observação quanto a maiores despesas per capita nas autogestões, também é importante notar que as contraprestações per capita são bem superiores às demais modalidades, o que é consistente com a presença de mais beneficiários em faixas etárias mais elevadas. Note-se que, no caso das autogestões, uma parte das receitas dos planos é advinda de patrocinadores, razão pela qual não se pode afirmar também que o poder aquisitivo ou a capacidade de pagamento dos beneficiários das autogestões é superior ao dos beneficiários das demais modalidades.

Passando à análise dos indicadores operacionais COMB – Índice combinado e do COMBA – Índice combinado ampliado.

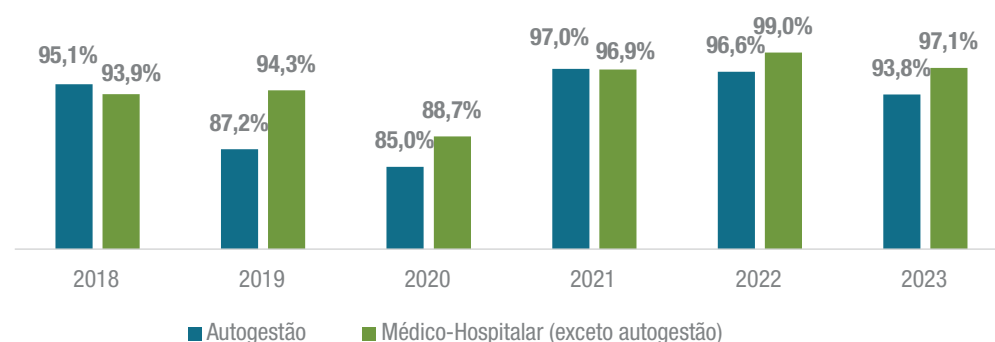
Inicialmente esclarecemos que enquanto o COMB mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, comercialização e assistenciais) e as receitas operacionais (contraprestações efetivas), o COMBA considera também o resultado financeiro, idealmente as entidades procuram diminuir esse percentual. Ele é calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{Despesas Administrativas} + \text{Despesas de comercialização} + \text{Eventos indenizáveis}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Resultado Financeiro}}$$

De acordo com Leal (2019, p.6), esse indicador está relacionado à política de gestão de saúde adotada pela operadora combinada a sua gestão administrativa e financeira. Este deve ser correlacionado aos indicadores de qualidade da operadora para que esteja em favor de uma situação econômico-financeira mais favorável sem deterioração do serviço de assistência à saúde.

O COMBA, em termos financeiros, oferece uma indicação a respeito da situação financeira da operadora de forma mais abrangente. O quanto menor esse indicador, melhor é a situação financeira da operadora.

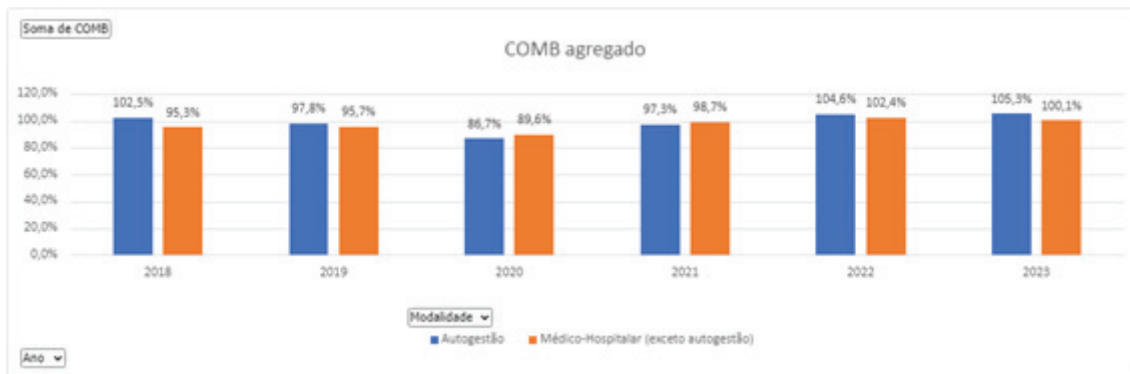
■ GRÁFICO 9 - COMBA AGREGADO



Fonte: DIOPS/ANS

Se considerarmos apenas as componentes diretas da operação (sem as receitas e despesas financeiras) nota-se que de 2018 o desempenho agregado das autogestões é mais próximo das demais operadoras médico-hospitalares. Vide gráfico a seguir:

■ GRÁFICO 10 – COMB AGREGADO

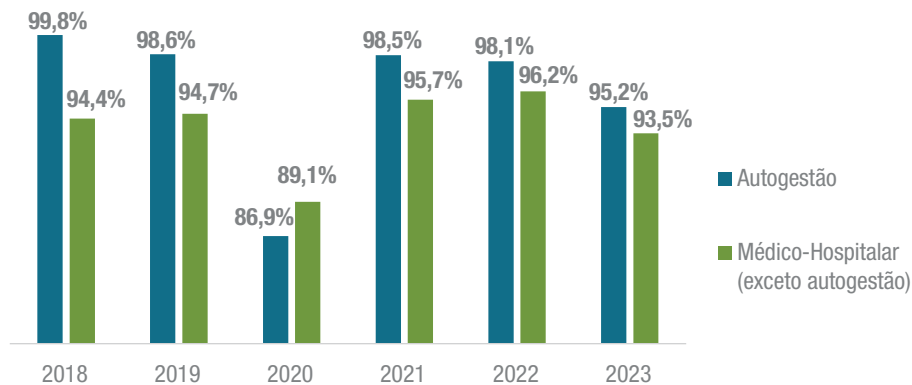


Fonte: DIOPS/ANS

Tanto o COMBA quanto COMB sofrem influência do volume das operações de grandes operadoras. Assim, suas tendências podem ser influenciadas positiva ou negativamente pelo desempenho de algumas das maiores operadoras (o que explica, como vimos na análise dos resultados operacionais e financeiros anteriormente, a forte melhoria do COMBA quando comparado com o COMB). Para retirar esse efeito de “extremos” nos indicadores pode se utilizar a mediana do COMBA e COMB.

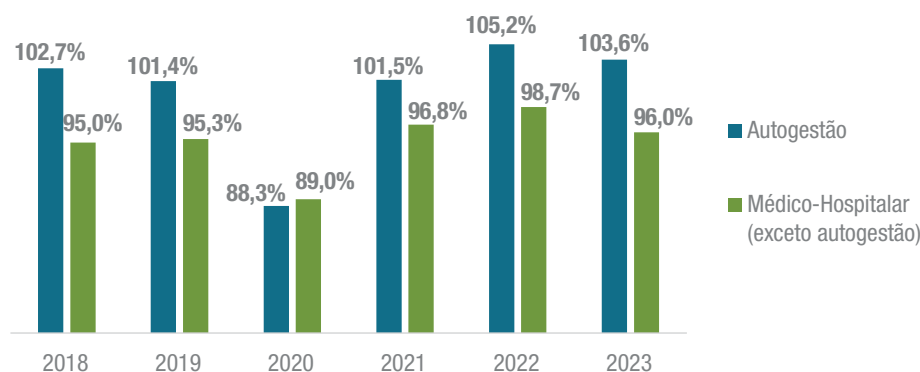
Como podemos observar nos gráficos seguintes, as autogestões têm uma mediana um pouco maior que as demais operadoras médico-hospitalares. Note-se que mesmo quando se compara o desempenho do COMBA (com influência dos resultados financeiros, que suportam os prejuízos operacionais) as autogestões apresentam indicadores menos favoráveis quando comparadas com as demais operadoras médico-hospitalares. Note-se inclusive que no caso do COMB - que exclui em sua formulação o resultado financeiro – todos os anos possuem indicador superior a 100%, exceto em 2020 (primeiro ano de pandemia COVID-19).

■ GRÁFICO 11 – COMBA MEDIANA



Fonte: DIOPS/ANS

■ GRÁFICO 12 – COMB MEDIANA



Fonte: DIOPS/ANS

Esses indicadores vistos na mediana sugerem e reforçam que as autogestões dependem ainda mais do desempenho das suas receitas e despesas financeiras para financiar suas atividades do que as demais modalidades de operadoras médico hospitalares, uma vez que sem o resultado financeiro, tirando-se o ano de 2020, apenas as receitas diretas de planos não foram suficientes para o custeio das despesas diretas da operação em boa parte das autogestões (isso na modalidade em que não há despesas de comercialização, ao contrário das demais modalidades).

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 Oxigenação da carteira

A Projeção de População, divulgada no ano de 2018¹⁹ pelo IBGE, estimou demograficamente que a proporção de idosos na população brasileira deverá ultrapassar a de crianças e adolescentes a partir de 2040. Em 2060, conforme o estudo, um quarto da população (25,55%) terá mais de 65 anos. Ou seja, o envelhecimento dos brasileiros é uma tendência irreversível que continuará nas próximas décadas e um ponto de alerta para as operadoras de planos de saúde contornarem os riscos futuros existentes.

Todo o sistema de Saúde Suplementar brasileiro se fundamenta no mutualismo (sistema que se baseia na diluição de riscos entre um grupo de pessoas) e no denominado pacto intergeracional (sistema pelo qual os mais jovens assumem parte das despesas dos mais velhos). Assim, uma eventual falta de oxigenação da carteira, com a entrada menor de beneficiários mais jovens pode trazer aumento relevante de custos para a Autogestão. Este aumento, a depender de sua magnitude, acabará sendo transferido para o valor das contraprestações, possivelmente expulsando do plano parte dos beneficiários - provavelmente os mais jovens, pela menor aversão ao risco que, no caso do jovem, é menor - e causando uma antisseleção do risco, agravando ainda mais o equilíbrio atuarial da carteira e ameaçando a assistência à saúde daquela população de beneficiários.

Quando se observa a relação entre o envelhecimento da população e os custos com saúde, nota-se que após os primeiros anos de vida, existe uma queda em relação aos custos com saúde, porém, ao avançar da idade existe uma subida excepcional, que representa os grandes aumentos com os custos assistenciais das pessoas com idades mais avançadas. Um fato que deve ser ressaltado é que com o passar dos anos a população tem uma saúde mais fragilizada e necessita de mais cuidados hospitalares (UBALDINE; OLIVEIRA, 2020 apud PINTO, Thaline p. 13).

Os custos assistenciais de uma operadora de saúde dependem do real custo dos procedimentos (consultas, exames, internações) e da frequência de utilização destes recursos. Geralmente, os idosos possuem uma frequência mais alta de utilização do que a população mais jovem, e, além disso, cabe ressaltar que esse

público está mais próximo ao fim da vida, e este é período em que o indivíduo possui o maior gasto com saúde (GABRIELE et al., 2006 apud PINTO, Thaline p. 13)²⁰.

No mercado de saúde suplementar, observamos que o número de beneficiários entre 75 a 79 anos subiu 31% no período de 2018, e com 80 anos ou mais cresceu 39%, de acordo com a ANS enquanto o número de jovens beneficiários vem caindo nos últimos dez anos. Segundo dados extraídos do Panorama ANS, houve uma queda de 11% nos beneficiários entre 15 e 19 anos no período; de 17% no recorte entre 20 a 24 anos e de 18% entre os jovens de 25 a 29 anos.

Os dados evidenciam que a transição demográfica é um desafio para todo o setor de saúde suplementar nas próximas décadas. Sendo a população das autogestões mais envelhecida, pode-se inferir que esta modalidade de atuação é a mais exposta aos riscos trazidos pela transição demográfica. Sabendo-se que a ANS tem como finalidade, entre outras, a organização do setor para que ele possa se manter perene, atendendo aos objetivos de sua atividade, a Agência Reguladora deve também buscar que as autogestões continuem a realizar seu papel na Saúde Suplementar.

Ao observar, como vimos anteriormente, um cenário de maior envelhecimento das carteiras de planos de autogestões e a estagnação na entrada de novos beneficiários, precisaremos pensar em como garantir a sustentabilidade desse setor e em última instância, a garantia de acesso de seus beneficiários.

7.2 Sustentabilidade econômico-financeira

Na modalidade de autogestão, as regras prudenciais quanto a sua forma de contabilização, bem como a análise econômico-financeira não diferem dos demais entes integrantes deste mercado inclusive no que se refere ao risco envolvido e, nesse sentido, vale lembrar que todo o risco identificado pelo ente regulador deverá ser monitorado e mitigado.

Como vimos anteriormente, em termos econômico-financeiros foram detectadas diferenças no comportamento do desempenho das autogestões em relação ao setor. Pondera-se, no entanto, que alguma diferença de escala dos resultados podem ser naturais e esperadas, dada a diferença na quantidade de beneficiários e, por conseguinte, no tamanho da operação nos segmentos.

Não obstante, merece atenção a relevância do resultado financeiro para o segmento, apresentando-se na mesma ordem de grandeza para as autogestões do que para as demais operadoras médico-hospitalares, ainda que sua operação seja de tamanho consideravelmente inferior.

Da análise dos resultados agregados desde 2007 depreende-se que as receitas financeiras têm sido rotineiramente a fonte de financiamento para as despesas das autogestões, até mais do que em outras modalidades, ou seja, se considerarmos apenas as fontes diretas de receita da operação das autogestões, no agregado, elas não foram suficientes para pagar as despesas diretas da operação de boa parte das autogestões. Embora este fato, per se, não indique problemas, há que se destacar que, nos números agregados, ele é fortemente influenciado por uma única autogestão, responsável solitariamente por grande parte deste resultado, mas observa-se de forma relevante na avaliação das medianas de índices combinados (COMB sempre acima de 100%, reduzindo fortemente quando se avalia o COMBA)

Dessa forma, com vistas aprofundar a análise dessa modalidade e melhor compreender os efeitos da atual regulamentação entendemos que um estudo mais detalhado sobre possíveis cenários, aliado às informações relacionadas à assistência, fiscalização e uso do SUS pelos beneficiários dos planos comercializados pelas autogestões é essencial para avaliarmos os impactos da manutenção da regulação como vemos hoje.

20 GABRIELE, S. et al. Demographic Factors and Health Expenditure Profiles by Age: The Case of Italy. [s.l.: s.n.]. apud PINTO, Thaline. Envelhecimento populacional e a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso Ciências Atuariais - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

7.3 Pontos de Atenção

No entanto, mesmo preliminarmente, é possível verificar que a norma aponta para aspectos sensíveis que merecem atenção do regulador para que sua efetividade não impeça a manutenção desse segmento no mercado e que não seja barreira para sua atuação, notadamente no que diz respeito aos conceitos que delimitam o “fechamento do grupo” e sua representatividade.

Toda a regulamentação sobre as autogestões perpassa por essa característica central, diferindo das demais modalidades pela existência de duas circunstâncias operacionais básicas: I - Inexistência de finalidade lucrativa e II – não participam do nicho de vendas desses serviços, de forma que existem exclusivamente para a assistência à saúde dos seus associados e beneficiários. Tais características aliadas à i) estagnação do número de beneficiários frente às demais modalidades de atuação de operadoras que ofertam planos médico-hospitalares; ii) envelhecimento dos grupos assistidos; iii) possível aumento da sinistralidade; podem impactar na sustentabilidade desse segmento.

Considerando que a ANS detém competência normativa para disciplinar a elegibilidade de beneficiários de planos de saúde, entendida aqui como o conjunto de exigências para ingresso em determinado plano de saúde faz-se necessário revisitar esses conceitos.

A ampliação do “grupo fechado” alcançado pelas autogestões poderia trazer benefícios potenciais à sua “saúde econômico-financeira” na medida em que possibilitaria o incremento no número de beneficiários e a oxigenação da carteira e, conseqüentemente, maior diluição dos riscos financeiros a que a operadora estaria exposta, além de potencializar a concorrência.

No entanto, qualquer flexibilização do conceito de grupo fechado que não esteja claramente definida impediria uma avaliação objetiva dos impactos atinentes à abertura para novos grupos elegíveis. Por ser ponto sensível e de difícil delimitação seria recomendável a participação social, notadamente do setor regulado quanto aos limites dessa abertura, de forma que eventuais ajustes normativos estejam em consonância com as necessidades desse segmento, mas não descaracterizem esse tipo de modalidade, especialmente considerando que a participação efetiva dos beneficiários nos órgãos de administração - que é a essência da autogestão - é a contrapartida para retirar-lhes a proteção do Código de Defesa do Consumidor.

Da mesma forma, poderiam ser objeto de questionamento ao setor as restrições quanto à vinculação do patrocinador ao ramo de atividade exercido e com o objeto social da autogestão, questão também relacionada à representatividade do grupo.

Quanto à gestão participativa dos beneficiários, entendemos ser esse ponto pacífico e positivo dessa modalidade. Os participantes dos planos de assistência à saúde, administrados pelas empresas de autogestão necessariamente possuem representação nos seus órgãos deliberativos, sendo corresponsáveis pela própria gestão da operadora. Isto, no nosso entender, fornece maior transparência às atividades das operadoras, permitindo um melhor alinhamento entre a estratégia e sua estrutura. No entanto, reforçamos que a norma atual menciona, mas não é explícita sobre como se daria essa participação, o que também pode ser objeto de ajustes.

Por se tratar de figura com características semelhantes e atuar em condições muito próximas às demais autogestões, um estudo mais aprofundado das Entidades de Previdência Complementar e sua regulamentação junto à PREVIC poderia ser útil na aferição de eventuais mudanças normativas, sobretudo, em relação às normas referentes às características de “fechamento do grupo” e participação dos associados na gestão dos fundos.

Restrições ainda quanto ao compartilhamento de rede também merecem um estudo mais aprofundado, sobretudo, com a parceria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Possibilitar o compartilhamento de rede por autogestões às demais operadoras, além de outras autogestões, poderia trazer efeitos positivos para a concorrência do setor. É irrefutável que quanto maior a dinâmica concorrencial de um setor, maiores os ganhos para a sociedade em termos de preço e qualidade.

7.4 Considerações finais

Diante do contexto histórico apresentado e da necessidade de maior clareza e transparência quanto à modalidade de autogestão, podemos considerar que os objetivos foram substancialmente alcançados e que a regulação foi sendo aprimorada ao longo do tempo.

No entanto, os dados científicos que suportam a regulação ao longo dos anos mudaram, de modo que uma avaliação mais aprofundada quanto aos impactos regulatórios é necessária, notadamente quanto à necessidade de oxigenação da carteira e sustentabilidade desse tipo de operadora.

Também se verifica a necessidade de participação social, sobretudo, do setor regulado, para que demandas e pleitos sejam consolidados e dúvidas possam ser sanadas quanto à necessidade de ajustes nos conceitos existentes.

No decorrer da análise do processo percebeu-se a necessidade do aprofundamento dos estudos sobre esse tipo de operadora com base em evidências relacionadas a outros indicadores, como os relacionados à assistência prestada aos beneficiários, ao índice de reclamação e qualidade (dentre outros) que precisarão ser verificados numa eventual Análise de Impacto Regulatório.

8 RECOMENDAÇÕES

As autogestões, como modalidade que opera planos de saúde na Saúde Suplementar, é conceituada pela Resolução Normativa n.º 137, de 2006, devendo possuir requisitos mínimos para sua atuação, dentre os quais destacam-se i) o grupo fechado de pessoas, ii) finalidade não lucrativa, iii) gestão participativa de beneficiários, iv) correlação de atividade entre patrocinador e vinculados e v) regras diferenciadas de compartilhamento de rede.

As normas vigentes sobre esse tipo de modalidade tentaram trazer maior clareza e transparência ao setor já que à época, esse tipo de operadora gozava de maiores benefícios no contexto regulatório, notadamente quanto à regulação prudencial. Foram trazidos critérios claros para as regras de patrocínio e para aqueles que poderiam ser enquadrados como mantenedores, além de definir as obrigações regulatórias atinentes a essas figuras.

Assim, acredita-se que, em linhas gerais, o objetivo regulatório proposto foi atingido com a publicação da norma.

Entretanto, ao tentar delinear critérios de distinção normativa para essa modalidade, foram criados conceitos indeterminados para definir e delimitar a atividade das autogestões, cuja interpretação pode estar sujeita a modificação com o passar do tempo. A análise individualizada das consultas sobre o normativo e alterações estatutárias submetidas à ANS ao longo dos anos, fazem com que interpretações distintas sobre questões semelhantes sejam dadas de forma individualizada, podendo gerar divergências.

Nesse sentido, faz-se necessária uma ampla rediscussão do tema com a participação social para que possam ser consolidados os entendimentos formulados pelas áreas técnicas, um estudo pormenorizado de ajustes possíveis às restrições consideradas sensíveis ao enquadramento como modalidade além do levantamento dos dados relacionados à fiscalização e assistência.

Recomendamos que projeto seja realizado em duas etapas.

De forma a permitir a participação social e iniciar os debates, sugere-se que seja oportunizada a participação da sociedade por meio da Tomada de Subsídios, tendo como objetivo avaliar a necessidade de alteração e ajuste dos normativos vigentes. Trata-se, portanto, de mecanismo de consulta aberto ao público para coletar dados, informações e/ou evidências sobre um futuro relatório preliminar de Análise de Impacto Regulatório (AIR), a fim de auxiliar a tomada de decisão regulatória pela ANS²¹.

²¹: As contribuições são coletadas em formulário eletrônico que apresenta perguntas a respeito das informações contidas no relatório de AIR: problema regulatório que se pretende solucionar, opções regulatórias para o alcance dos objetivos e identificação e comparação de seus impactos, bem como ações de implementação e monitoramento

Em seguida, recomenda-se que seja realizada a Análise de Impacto Regulatório (AIR) com vistas a subsidiar eventual alteração normativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Idosos na saúde suplementar**: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor – Projeto Idoso Bem Cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2016. 132 p. : il. color.
- BAHIA, Ligia. **Planos e seguros saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 353 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BAHIA, Ligia. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil**: tendências pós regulamentação. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (org.), Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 325-361.
- BAHIA, Ligia et al. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil**: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. Ciênc. Saúde Colet. (Impr.) 11(4): 951-965, out.-dez. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-453670?src=similardocs>
- BAHIA, Ligia. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80**: um estudo exploratório do caso Amil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BENEDICTO, Clóvis Luís; PADOVEZE, Gideon Carvalho D. **Análise das Demonstrações Financeiras**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- BREUER, E.; LEE, L.; DE SILVA, M.; LUND, C. **Using theory of change to design and evaluate public health interventions**: a systematic review. Implementation Science, v. 11, n. 63, p. 1-17, 2016.
- CLEMENTE, Lucas Manoel Marques. **Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares**: um estudo de múltiplos casos. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. DOI:10.11606/D.96.2016.tde-03052016-110715. Acesso em: 29 dez. 2023.
- FERNANDES, Júlia Leal et al. **Análise de Indicadores Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde**. USP International Conference in Accounting. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/57938>
- GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar**. 2003. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MONTONE, J. ANS 2002: **Balanco das Atividades**. Palestra proferida na Câmara de Saúde Suplementar. Brasília, 19 dez. 2002.
- OLIVEIRA, Járliison Santana Grimaldi de. **Autogestão em saúde**: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) - Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.
- VALLE, Felipe Umeda. **Longevidade, equilíbrio e sustentabilidade**. Efeitos do envelhecimento demográfico nos planos de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/23729> . Acesso em: 21 dez. 2023.

APÊNDICE I – PROCESSOS AUTOGESTÕES – CONSULTAS E ALTERAÇÕES CADASTRALS

	PROCESSOS	OPERADORA	TIPO	ENCAMINHAMENTO
1	33910.003588/2017-04	Associação Policial de Assistência à Saúde de Botucatu	Atualização Cadastral	Aguardando desfecho da ARR Autogestões
2	33910.021102/2017-10	INSTITUIÇÃO BENEFICENTE CEL MASSOT - IBCM	Atualização Cadastral	Aguardando desfecho da ARR Autogestões
3	33910.013030/2018-18	SAÚDE BRB- CAIXA DE ASSISTÊNCIA	Atualização Cadastral	Aguardando desfecho da ARR Autogestões - Análise correlação de atividades no patrocínio da Pessoa Jurídica de direito público x Pessoa Jurídica de direito privado; Autogestão patrocinada ou multipatrocinada só pode operar plano coletivo empresarial.
4	33903.001238/2017-94	Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda - Fundação Assefaz	Fiscalização: Sancionador	Análise da Regularidade do Estatuto – Autogestão patrocinada ou multipatrocinada só pode operar plano coletivo empresarial (rol taxativo art. 2º, II, RN 137)
5	33910.004471/2019-00	AERSPET SAÚDE	Demanda Institucional	Custeio do plano de Autogestão que tem uma associação como patrocinadora não pode ser feito integralmente pelo beneficiário.
6	33910.019064/2021-11	Fundação CESP	Plano de Saúde: Dúvidas e Informações - Outros	Correlação de atividades para patrocinadoras e categoria profissional.
7	33910.002459/2017-91	A Caixa de Assistência do Setor de Energia – EVIDA Assistência à Saúde	Atualização Cadastral	Patrocinadoras do setor de energia elétrica independente da fonte (nuclear, eólica, elétrica, hidrelétrica). Participação das patrocinadoras na administração da Autogestão não ficou clara no estatuto.
8	33910.029394/2019-92	ASSOCIAÇÃO DOS AGENTES FISCAIS DE RENDAS DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFRESP	Consulta Jurídica: PROGE	Decisão da 550ª DICOL (28/05/2021) permitindo a inclusão de fiscais tributários das três esferas governamentais no plano de saúde gerido pela AFRESP.
9	33910.029219/2021-10	ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA - ASFEB	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.

	PROCESSOS	OPERADORA	TIPO	ENCAMINHAMENTO
10	33910.013854/2022-66	Caixa de Assistência do Setor de Energia – EVIDA Assistência à Saúde	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre correlação de atividades para patrocinadores.
11	33910.015102/2022-30	Associação Policial de Assistência à Saúde de Botucatu	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.
12	33910.005363/2018-65	Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte	Atualização Cadastral	Consulta sobre possibilidade de entrada de novos patrocinadores.
13	33910.025521/2022-80	Associação do Fisco de Alagoas - ASFAL	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.
14	33910.002246/2017-69	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA CODEVASF - CASEC	Atualização Cadastral	Alteração estatutária para ampliação do grupo e possibilidade de novos associados. Patrocinadores não poderiam participar da gestão.
15	33910.003560/2023-15	Caixa de Assistência à Saúde do Sindicato dos Funcionários integrantes do Grupo Ocupacional da Administração Tributária do Estado de Pernambuco	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.
16	33910.001192/2024-43	Anafe Saúde	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.
17	33910.003406/2023-35	Caixa de Assistência à Saúde do Sindicato dos Funcionários integrantes do Grupo Ocupacional da Administração Tributária do Estado de Pernambuco	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre categoria profissional e possibilidade de novos associados.
18	33910.002972/2024-19	Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda - Fundação Assefaz	Protocolo Eletrônico – Solicitações Gerais	Consulta sobre correlação de atividades para patrocinadoras.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



**Atendimento presencial
em Núcleos da ANS**
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105

