RESOLUÇÃO-RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

- a) da operadora;
 - b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
 - c) de entidade ou empresa controladora da operadora;
- II médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

CAPÍTULO II DOS TIPOS DE ATENÇÃO

Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

CAPÍTULO III DA SEGMENTAÇÃO

Art. 4º As Operadoras de Planos que, na forma do artigo anterior, atuam no tipo de atenção médico-hospitalar segmentam-se em:

I segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

§ 1º O enquadramento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde dar-se-á, exclusivamente, em um único segmento.

§ 2º Na hipótese de as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde se enquadrarem em mais de um segmento, prevalecerá, para fins do disposto no parágrafo anterior, o critério relativo aos gastos em serviços hospitalares.

Art. 5º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3º, segmentam-se em:

I segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

Art. 6º As autogestões, definidas no art. 14 desta Resolução, segmentam-se em:

I patrocinadas: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-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, e que possuam gestão própria; ou
II não patrocinadas: são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior.

Art. 7º A autogestão patrocinada, definida no inciso I do artigo anterior, poderá ser:

I singular: é o sistema de autogestão vinculado apenas a um patrocinador; ou

II multipatrocinada: é o sistema de autogestão que congrega mais de um patrocinador.

Art. 8º As autogestões deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora nos seguintes casos:

I mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres;

II em regiões com dificuldade de contratação direta.

Art. 9º As Administradoras, definidas no art. 11 desta Resolução, segmentam-se em:

I administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

CAPITULO IV DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

I administradora;

II - cooperativa médica;

III - cooperativa odontológica;

IV autogestão;

V - medicina de grupo;

VI - odontologia de grupo; ou

VII - filantropia.

SEÇÃO I DA ADMINISTRADORA

Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

SEÇÃO II DA COOPERATIVA MÉDICA

Art. 12. Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

SEÇÃO III DA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

SEÇÃO IV DA AUTOGESTÃO

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.

SEÇÃO V DA MEDICINA DE GRUPO

Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.

SEÇÃO VI DA ODONTOLOGIA DE GRUPO

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

SEÇÃO VII DA FILANTROPIA

Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 18. Para requerer autorização definitiva de funcionamento, as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos deverão, necessariamente, enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.

Art. 19. Para o cálculo dos gastos despendidos com a prestação de serviços médicohospitalares ou odontológicos de que tratam os arts. 4º e 5º desta Resolução, respectivamente, deverão ser considerados os períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro de cada ano civil, devendo ser enviados à ANS até o último dia útil dos meses de agosto e fevereiro, respectivamente.

§1º As Operadoras que já possuem registro provisório junto à ANS deverão iniciar a apuração das informações definidas no caput deste artigo a partir de 1º de janeiro de 2001, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

§2º As Operadoras que obtiverem autorização de funcionamento junto à ANS, após a data de publicação desta Resolução, deverão apurar as informações definidas no caput deste artigo a partir da data de início de sua operação, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 20. Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

(Of. El. nº 93/2000)