

Julho 2009

SUSEP

Microssseguros

Ato 18, de 02.07.2009 – Prorrogação de prazo

O Ato 10/08 ([vide RP Insurance abr/08](#)) criou a Comissão Consultiva de Microssseguros e o Ato 17/08 ([vide RP Insurance dez/08](#)) determinou que o prazo para entrega do relatório contendo as conclusões do trabalho seria 30.06.2009.

O presente Ato altera o prazo para entrega do relatório.

Prazo anterior:
30.06.2009

Prazo vigente:
30.09.2009

Vigência: não menciona

Revogação: não há ▲

ANS

Planos Privados de Assistência à Saúde

Resolução Normativa – RN 195, de 14.07.2009 – Classificação, características e contratação

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

Para fins de contratação, os planos classificam-se em:

- ↳ individual ou familiar;
- ↳ coletivo empresarial; ou
- ↳ coletivo por adesão.

Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- os sócios da pessoa jurídica contratante;
- os administradores da pessoa jurídica contratante;
- os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- os agentes políticos;
- os trabalhadores temporários;
- os estagiários e menores aprendizes; e
- o grupo familiar até terceiro grau de parentesco consanguíneo, até segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos itens anteriores.

O ingresso do grupo familiar previsto acima dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

No plano empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazo de carência. Também não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar

Oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Isto não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

O contrato de plano familiar poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão

Oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- associações profissionais legalmente constituídas;
- cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- entidades previstas na Lei nº 7.395/85 e na Lei nº 7.398/85; e
- outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos itens anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE.

No plano coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo.

O contrato do plano coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor.

O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

A operadora não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

O contrato do plano coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento.

Disposições Comuns aos Planos Coletivos

Para vínculo de beneficiários aos planos coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Os contratos destes planos somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários destes planos.

As operadoras somente poderão fazer a exclusão ou suspensão, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- fraude; ou
- por perda dos vínculos do titular previstos nesta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses.

Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.

Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

As pessoas jurídicas de que trata este normativo poderão reunir-se para contratar plano coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

- diretamente com a operadora; ou
- com a participação de Administradora de Benefícios, nos termos da RN 196, comentada nesta edição; ou
- com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Como parte dos procedimentos para contratação ou adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC. O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria e Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e conterão, no mínimo:

- prazos de carência;
- vigência contratual;
- critérios de reajuste;
- segmentação assistencial; e
- abrangência geográfica.

O disposto nestes itens não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança da faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98.

- ▶ Os contratos de planos coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados neste normativo na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários.
- ▶ As operadoras deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta resolução, observando os procedimentos a serem definidos em regulamentação específica.
- ▶ As operadoras terão o prazo de até 12 meses, contado da publicação da regulamentação específica para adequar o registro dos seus registros.
- ▶ A partir da adequação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos celebrados para todos os fins de direito.
- ▶ Os registros dos produtos que não forem adequados no prazo estabelecido serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

A presente resolução altera a Resolução 162/07 ([vide RP Insurance News out/07](#)), que, entre outras coisas, estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário.

Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, empresariais com menos de 30 beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários.

A RN 162 determinada que de beneficiários era de 50

A Resolução 124/06 (*vide RP Insurance News mar/06*), que trata da aplicação de penalidades para infrações à legislação dos planos de saúde, passa a vigorar acrescida dos seguintes itens:

Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação

- ▷ Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor. Sanção: multa de R\$ 50.000,00.

Ingresso de beneficiário em plano coletivo

- ▷ Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. Sanção: multa de R\$ 50.000,00.

Reajuste de plano coletivo

- ▷ Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor. Sanção: multa de R\$ 45.000,00.

Contraprestações distintas em contratos coletivos

- ▷ Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados. Sanção: multa de R\$ 45.000,00.

Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário

- ▷ Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor. Sanção: multa de R\$ 5.000,00.

Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual

- ▷ Deixar de fornecer ao consumidor de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual. Sanção: advertência, multa de R\$ 5.000,00.

Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos

- ▷ Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados. Sanção: advertência, multa de R\$ 5.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

- ▷ Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação. Sanção: multa de R\$ 80.000,00.

Vigência: 14.08.2009

Revogação: §§ 3º dos artigos 2º das Resoluções CONSU nº 20/99 e 21/99 e a Resolução CONSU nº 14/98 ▲

Benefícios

Resolução Normativa – RN 196, de 14.07.2009 – Administradora de Benefícios

Esta Resolução dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

- promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma da RN 195, comentada nesta edição;
- contratar plano coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- apoio técnicos na discussão de aspectos operacionais, tais como:
 - ⇒ negociação de reajuste
 - ⇒ aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
 - ⇒ alteração de rede assistencial.

Além das atividades constantes acima, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

- apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- terceirização de serviços administrativos;
- movimentação cadastral;
- conferência de faturas;
- cobrança ao beneficiário por delegação; e
- consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviços da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico. Caberá à Operadora exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário.

A Administradora de Benefícios poderá contratar plano, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência de pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

- A ANS regulamentará a vinculação dos ativos garantidores através de resolução específica.
- Caberá tanto à Administração de Benefícios quanto à Operadora exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário.

Não se enquadram como Administradoras de Benefícios os Corretores e Corretoras regulamentados pela Lei nº 4.594/64.

É vedado à Administradora de Benefícios:

- impedir e restringir a participação de consumidor no plano, mediante seleção de risco; e
- impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.

A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.

As pessoas jurídicas que exerçam as atividades descritas neste normativo terão o prazo de 60 dias para solicitar autorização de funcionamento à ANS, observado o disposto na Resolução.

As empresas com registro provisório ou autorização de funcionamento classificadas na modalidade de administradoras de planos terão prazo de 60 dias para solicitar à ANS a adequação e sua classificação, observando os dispositivos desta resolução.

- a Administradora de Planos que não pretender adequar a sua classificação poderá solicitar cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento.
- as empresas mencionadas acima que não promoverem tal adequação no prazo estipulado terão seus registros provisórios ou autorização de funcionamento cancelados.

Esta Resolução também traz uma alteração na Resolução Normativa 153 (vide RP Insurance News mai/07), que dispõe sobre padrão TISS:

Resolução 196/09 – Atual	Resolução 153/07 – Alterada
Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como administradoras de benefício .	Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como administradoras de plano .

As regras de natureza econômico-financeira atualmente dirigidas à Administradora ou Administração de Planos serão mantidas para as Administradoras de Benefícios, exceto quando a contratação ocorrer na forma da RN 195/09.

Vigência: 14.08.2009

Revogação: Artigos 9º e 11 da RDC 39/00 ▲

Demais normativos divulgados no período

SUSEP

Carta-Circular DECON 03, de 30.06.2009 – Dispõe sobre o encaminhamento de informações à 2ª Vara de Família do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro relativas às comissões pagas ao corretor Sergio Augusto Caldeira, nos últimos 6 meses.

Deliberação 139, de 14.07.2009 – Reconhece o acompanhamento das iniciativas de educação financeira que integrarão a ENEF, no âmbito dos mercados de seguros, previdência complementar aberta e capitalização, e a coordenação do GT instituído pela Deliberação COREMEC nº 8, de 19 de junho de 2009, como projeto especial da SEGER/COORD/DIPRE, nos termos da alínea “a” do item 2 do inciso I do artigo 14 da Deliberação SUSEP nº 138, de 25 de junho de 2009.

ANS

Resolução Normativa - RN 194, de 13.07.2009 – Dispõe sobre a regulamentação da opção de contratação de plano privado de assistência à saúde de escolha dos beneficiários da Aviccena Assistência Médica Ltda, sem a exigência de novos períodos de carência, em cumprimento à decisão judicial que refere.

Resolução Normativa - RN 197, de 17.07.2009 – Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências.

Resolução Normativa - RN 198, de 17.07.2009 – Define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Instrução Normativa - IN DIGES 05, de 30.07.2009 – Altera a Instrução Normativa - IN DIGES 04, de 09.06.2009, que dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2008, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Qualificação das Operadoras, da ANS.

Nota: Esta Resenha objetiva relacionar e destacar pontos dos principais normativos divulgados no período pela SUSEP, pelo CNSP e pela ANS, aplicáveis às Companhias de Seguros, de Capitalização, de Previdência Privada Aberta, à Seguradora Especializada em Saúde e à Operadora de Plano de Saúde. Não elimina, assim, a necessidade da leitura da íntegra da norma, para perfeito entendimento e acompanhamento de toda matéria legal e fiscal publicada no período.

Todas as informações apresentadas neste documento são de natureza genérica e não têm por finalidade abordar as circunstâncias de nenhum indivíduo específico ou entidade. Embora tenhamos nos empenhado para prestar informações precisas e atualizadas, não há nenhuma garantia de sua exatidão na data em que forem recebidas nem de que tal exatidão permanecerá no futuro. Essas informações não devem servir de base para se empreender qualquer ação sem orientação profissional qualificada, precedida de um exame minucioso da situação em pauta.

O nome KPMG e o logotipo KPMG são marcas comerciais registradas da KPMG International, uma cooperativa suíça.

© 2009 KPMG Auditores Independentes uma sociedade brasileira e firma-membro da rede KPMG de firmas-membro independentes e afiliadas à KPMG International, uma cooperativa suíça. Todos os direitos reservados.

Regulatory Practice Insurance News - Publicação do S.A.R. - Setor de Apoio Regulamentar - Financial Services

R. Dr. Renato Paes de Barros, 33 04530-904 São Paulo- SP - Fone (11) 3245-8414 - Fax (11) 3245-8070 - e-mail: sar@kpmg.com.br

Coordenação: José Gilberto M. Munhoz

Colaboração e Planejamento visual: Renata de Souza Santos