

Maio 2009

SUSEP

Provisões Técnicas

**Resolução 204, de 28.05.2009 –  
Constituição das provisões  
técnicas**

As Resoluções 162/06 e 195/08 (*vide RP Insurance News de dez/06 e dez/08*) dispõem sobre regras e procedimentos para a constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedades de capitalização.

A Resolução 204 traz alterações aos normativos supracitados:

Resoluções 162/06 e 195/08 Alteradas	Resolução 204/09 Vigente
<p>A Provisão Complementar de Prêmios (PCP) deve ser constituída mensalmente para complementar a PRNE, considerando todos os riscos vigentes, <b>recebidos</b> ou não, obedecidos os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ o cálculo da provisão deve ser efetuado "pro rata die", tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco e as contribuições ou prêmios líquidos <b>recebidos</b>, e o seu valor será a diferença, se positiva, entre a média da soma dos valores apurados diariamente no mês de constituição e a PRNE constituída, considerando todos os riscos vigentes, <b>recebidos</b> ou não;</li> <li>→ o cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes mas não <b>recebidos</b>;</li> <li>→ a PCP deverá ser estimada mensalmente.</li> </ul>	<p>A Provisão Complementar de Prêmios (PCP) deve ser constituída mensalmente para complementar a PRNE, considerando todos os riscos vigentes, <b>emitidos</b> ou não, obedecidos os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ o cálculo da provisão deve ser efetuado "pro rata die", tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco e as contribuições ou prêmios líquidos <b>emitidos</b>, e o seu valor será a diferença, se positiva, entre a média da soma dos valores apurados diariamente no mês de constituição e a PRNE constituída, considerando todos os riscos vigentes, <b>emitidos</b> ou não;</li> <li>→ o cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes mas não <b>emitidos</b>;</li> <li>→ a PCP deverá ser estimada mensalmente, <b>por carteira</b>.</li> </ul>

Resoluções 162/06 e 195/08 Alteradas	Resolução 204/09 Vigente
<p>A Provisão de Riscos Não Expirados (PRNE) deve ser calculada “pro rata die”, <b>com base nas contribuições ou prêmios líquidos recebidos no mês, tomando por base as datas de início e fim de vigência do risco</b>, no mês de constituição.</p> <p>O cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes mas não <b>recebidos (PRNE-RVNR)</b>, sendo obtida por método previsto em nota técnica atuarial mantida pela entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora.</p> <p>A nota técnica atuarial com a metodologia de cálculo da <b>PRNE-RVNR</b> deve ser entregue à SUSEP num prazo máximo de cinco dias úteis contados da data de recebimento da solicitação.</p> <p>A entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora que não possua base de dados suficiente para utilização de metodologia própria deve calcular a <b>PRNE-RVNR</b> segundo critério definido pela SUSEP.</p> <p>A SUSEP pode, a qualquer tempo, conforme se faça necessário em cada caso concreto, determinar à entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora a utilização de método específico para o cálculo da estimativa da <b>PRNE-RVNR</b>.</p>	<p>A Provisão de Riscos Não Expirados (PRNE) deve ser calculada “pro rata die”, <b>com base no risco vigente na database, considerando as contribuições ou prêmios emitidos até tal data e as datas de início e fim de vigência do risco</b>, no mês de constituição.</p> <p>O cálculo da provisão deve contemplar estimativa para os riscos vigentes mas não <b>emitidos (PRNE-RVNE)</b>, sendo obtida por método previsto em nota técnica atuarial mantida pela entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora.</p> <p>A nota técnica atuarial com a metodologia de cálculo da <b>PRNE-RVNE</b> deve ser entregue à SUSEP num prazo máximo de cinco dias úteis contados da data de recebimento da solicitação.</p> <p>A entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora que não possua base de dados suficiente para utilização de metodologia própria deve calcular a <b>PRNE-RVNE</b> segundo critério definido pela SUSEP.</p> <p>A SUSEP pode, a qualquer tempo, conforme se faça necessário em cada caso concreto, determinar à entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora a utilização de método específico para o cálculo da estimativa da <b>PRNE-RVNE</b>.</p>

O artigo 2º da Resolução 195/08, que traz algumas inclusões a Resolução 162/06, deveria entrar em vigor a partir de 01.07.2009, passará a vigorar a partir de 30.06.2009.

Nos casos em que o risco da cobertura contratada não seja definido na apólice ou no endosso, mas no certificado ou item segurado, o cálculo da PPNG deverá ser efetuado, por certificado ou item.

**Vigência:** 29.05.2009

**Revogação:** não há ▲

## Fundo Garantidor

### **Resolução Normativa – RN 191, de 08.05.2009 – Fundo Garantidor do Segmento de Saúde (FGS)**

A presente Resolução Normativa institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGC) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

As Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde, por serem objeto de regulamentação específica, não estão subordinadas ao disposto nesta Resolução.

As Operadoras de Planos de Saúde poderão se agrupar para a gestão dos recursos financeiros formadores dos ativos garantidores previstos na RN 159/07 (*vide RP Insurance News jul/07*), e posteriores alterações, por intermédio de um FGS que será administrado por um Comitê Gestor devidamente autorizado pela ANS, não se configurando como operadora de planos de assistência à saúde.

As Operadoras de Planos de Saúde somente poderão se agrupar levando em consideração a classificação contida no artigo 10, da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 39/00.

As Operadoras deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

- administradora;
- cooperativa médica;
- cooperativa odontológica;
- autogestão;
- medicina de grupo;
- odontologia de grupo; ou
- filantropia.

O FGS deverá seguir as regras de vinculação, convênio e movimentação estabelecidos na RN 159/07 e Instrução Normativa – IN DIOPE 13/07 (*vide RP Insurance News dez/07*).

O FGS deverá observar os mesmos limites de aplicação estabelecidos no Capítulo VI da RN 159/07 para as Operadoras de Grande Porte.

A solicitação de ingresso de nova Operadora no FGS constituído deverá atender, conforme o caso, o disposto nos artigos 20 e 21 da RN 160/07.

- As OPS que iniciaram suas operações antes de 19.07.2001, constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo seis anos, contados a partir de janeiro de 2008, na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.
- As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até a publicação da RN 160 constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de seis anos, contados a partir de janeiro de 2008 na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.

- ▶ O FGS, em nome das Operadoras reunidas, contratará uma instituição financeira para administrar os ativos garantidores, que deverá obedecer às disposições contidas na RN 159/07.
- ▶ Cada Operadora deverá manter junto ao FGS recursos financeiros suficientes para garantia da evolução de suas provisões técnicas. Caso as Operadoras não consigam confiar mensalmente para o FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais Operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente.
 

- ▶ Para a garantia da qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, a Operadora que não cumprir o disposto terá, no prazo constante do estatuto do FGS, que não poderá ser superior a 12 meses, sua carteira de beneficiários transferida para uma ou mais operadoras participantes do fundo, sendo os ativos financeiros garantidores da operadora inadimplente utilizados para o pagamento de suas obrigações, destinando-se à garantir a qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários.
- ▶ As obrigações decorrentes da constituição do FGS têm origem no contrato firmado entre as partes, motivo pelo qual as Operadoras poderão utilizar-se de todos os meios legalmente admitidos para a execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais.
- ▶ Todas as demais Operadoras participantes do FGS deverão suportar a liquidação da totalidade das provisões técnicas da Operadora inadimplente de forma solidária.

A constituição do FGS dependerá de prévia aprovação da DIOPE e o respectivo instrumento constitutivo deverá contemplar, no mínimo, as seguintes condições:

- ▶ previsão de instituição de Comitê Gestor, com atribuições para administrar o FGS, estando seus integrantes obrigados a atender os termos dispostos na RN 11/02;
- ▶ previsão de regras de adesão, manutenção exclusão de cada operadora integrante do FGS;
- ▶ previsão do compromisso de que a Operadora poderá, a qualquer tempo, solicitar a sua saída do FGS, desde que esteja totalmente adimplente com as suas obrigações junto ao FGS e que atenda na íntegra as regulamentações, da ANS, relacionadas aos aspectos econômico-financeiros;
- ▶ previsão dos critérios para transferência dos imóveis garantidores das Provisões Técnicas;
- ▶ previsão do compromisso de que, caso as operadoras não consigam transferir mensalmente para FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente;
- ▶ previsão do compromisso de transferência da carteira de beneficiários, assumido por todas as operadoras integrantes do FGS, no caso de ocorrência de execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais;
- ▶ previsão do compromisso de transferência da carteira de beneficiários, assumido por todas as operadoras integrantes do FGS, no caso de ocorrência de execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais, bem como previsão dos critérios para concretização da operação, observados os termo disposto na RN 112/05;
- ▶ apresentação e aprovação junto a DIOPE de Nota Técnica de Risco – NTR, que deverá contemplar, no mínimo, os aspectos abaixo relacionados, além de outros que vierem a ser definidos pela DIOPE através de Instrução Normativa a ser editada:
  - ▷ situação financeira e fontes de liquidez;
  - ▷ rentabilidade operacional;
  - ▷ estrutura de capitais próprios e de terceiros e custo dessa estrutura;
  - ▷ necessidade de expansão e fontes de financiamento para tal;
  - ▷ estrutura tributária vigente e possíveis alterações;
  - ▷ grau de endividamento e capacidade de pagamento;
  - ▷ manutenção dos níveis mínimos de Solvência; e
  - ▷ desempenho econômico/rentabilidade.

O ingresso, a saída voluntária ou exclusão de qualquer Operadora em um FGS já constituído ocorrerá na forma prevista em seu Estatuto e dependerá da aprovação de nova NTR pela DIOPE.

Não poderão participar do FGS as Operadoras que estejam em Liquidação Extrajudicial ou, ainda, que estejam com determinação de alienação compulsória da carteira de beneficiários.

**Vigência:** 13.05.2009

**Revogação:** não há ▲

## Portal Corporativo

**Resolução Normativa – RN 190, de 30.04.2009 – Portal corporativo na internet e Padrão TISS \***

***\* Este normativo foi divulgado após a emissão da última edição do RP Insurance News, por isso, foi incluído nesta edição.***

O presente normativo dispõe sobre o padrão obrigatório para adoção de portais corporativos na internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de um profissional técnico responsável pela troca de informações em saúde suplementar aos eventos prestados aos beneficiários.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar na internet um portal corporativo para seus beneficiários e prestadores de serviço, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.

A operadora deve dar publicidade a seus beneficiários e à rede credenciada, por intermédio de qualquer meio que assegure a ciência dos destinatários, sobre o endereço do portal corporativo na internet dentro dos prazos determinados nesta Resolução.

O descumprimento da obrigação mencionada acima ensejará a aplicação do artigo 74 da RN 124/06:

Deixar de comunicar aos consumidores as informações estabelecidas em lei ou pela ANS:

**Sanção** – advertência;

**Multa** – R\$ 25.000,00.

O portal corporativo na internet deve disponibilizar duas áreas para acesso, da seguinte forma:

- ↳ para seus beneficiários; e
- ↳ para a rede credenciada.

O portal corporativo em sua área destinada aos beneficiários deverá disponibilizar as seguintes informações:

- a relação de produtos comercializados pela operadora, de forma atualizada, contendo:
  - ⇒ nome comercial do produto;
  - ⇒ abrangência geográfica;
  - ⇒ número de registro do produto; e
  - ⇒ segmentação assistencial.
  
- a relação da rede credenciada pela operadora, de forma atualizada, contendo:
  - ⇒ nome do prestador de serviço;
  - ⇒ tipo de prestador;
  - ⇒ endereço e telefone de contato do prestador; e
  - ⇒ os produtos relacionados com o prestador.

O portal em sua área destinada à rede credenciada da operadora deverá disponibilizar, de forma atualizada, orientações sobre o processo de implantação do Padrão TISS, denominado 'Portal TISS'.

No Portal TISS deverão estar disponíveis, considerando todos os requisitos de segurança estabelecidas na RN 153/07 (*vide RP Insurance News mai/07*), no mínimo:

- os manuais de preenchimento e as instruções do Padrão TISS;
- as informações para dúvidas e esclarecimentos, incluindo aquelas dispostas nesta Resolução;
- a entrada de dados para o processo de elegibilidade e o faturamento do Padrão TISS;
- os mecanismos de recepção das guias e a entrega dos demonstrativos de retorno;
- o endereço para webservices disponibilizados pela operadora; e
- o atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

Todo o processo de implantação e utilização do Padrão TISS deverá ficar sob a responsabilidade de profissional técnico da operadora, especificamente designado para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos à rede prestadora de serviços, que atuará como intermediador entre a operadora e o prestador de serviço nas áreas de análises de contas e faturamento, bem como na área de informática.

O profissional técnico será denominado Coordenador de Troca de Informações em Saúde Suplementar – Coordenador TISS.

O Coordenador TISS designado deverá ser capaz de dialogar com a rede prestadora de serviços e conhecer profundamente os modelos de padrões estabelecidos, quais sejam:

- ↳ conteúdo e estrutura;
- ↳ representação de conceitos em saúde;
- ↳ comunicação; e
- ↳ segurança e privacidade.

A operadora deverá disponibilizar no Portal TISS o nome do Coordenador TISS e de seu suplente com informações para contato telefônico e por correio eletrônico.

A operadora deverá comunicar à ANS a indicação do Coordenador TISS e de seu suplente através de ofício encaminhado à Gerência – Geral de Integração com o SUS – GGSUS da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES. O prazo para a comunicação é até 31.08.2009.

O descumprimento das obrigações previstas ensejará a aplicação do artigo 44 da RN 124/06:

Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:

**Sanção** – advertência;

**Multa** – R\$ 35.000,00.

A implantação do portal pela operadora será adotada de forma gradual, observando os seguintes prazos máximos, contados da data de entrada em vigor desta Resolução:

- para operadoras médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos:
  - acima de 100.000 beneficiários: 3 meses;
  - entre 10.000 a 99.999 beneficiários: 6 meses; e
  - entre 1 a 9.999 beneficiários: 12 meses.
  
- para operadoras exclusivamente odontológicas:
  - acima de 20.000 beneficiários: 3 meses;
  - entre 5.000 a 19.999 beneficiários: 6 meses; e
  - entre 1 a 4.999 beneficiários: 12 meses.

A RN 190 também trouxe uma alteração na RN 124/06:

RN 124/06 – Alterada	RN 190/09 – Vigente
<p>Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:</p> <p>Sanção – advertência; Multa de R\$ 35.000,00.</p>	<p>Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:</p> <p>Sanção – advertência; multa de R\$ 35.000,00.</p> <p><b>Aplica-se também na hipótese de descumprimento dos artigos 2º; 4º e parágrafo único; 5º e 12 da RN 190/09.</b></p>

**Vigência:** 06.05.2009

**Revogação:** não há ▲

## Demais normativos divulgados no período

### SUSEP

**Deliberação 135, de 20.04.2009** – Aprova o Código de Ética Profissional do Servidor da SUSEP - Normativo publicado em 28.05.2009.

**Deliberação 136, de 20.04.2009** – Aprova o Regimento Interno da Comissão de Ética Pública da SUSEP - Normativo publicado em 28.05.2009.

### ANS

**Comunicado do Diretor Presidente 64, de 15.05.2009** – Comunica que a Diretoria Colegiada da ANS deliberou sobre as propostas recebidas na oferta pública das referências operacionais e cadastro de beneficiários da operadora AVICCENA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

**Resolução Normativa - RN 192, de 27.05.2009** – Dispõe a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências.

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