

Manual de **REGULAMENTAÇÃO** dos Planos de Saúde



Manual de REGULAMENTAÇÃO dos Planos de Saúde

1ª Edição
2020



Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à
Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

Alameda Santos, 1.827 - 10º andar - São Paulo/SP - Brasil - CEP 01419-909
Telefone: 55 11 3265 4000 - www.unimed.coop.br

© 2020 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade,
sem autorização por escrito da Unimed do Brasil.

Diretoria Executiva

Gestão 2017-2021

Orestes Pullin	Presidente
Alberto Gugelmin Neto	Vice-Presidente
Viviane Vieira Malta	Diretora de Administração e Finanças
Darival Bringel de Olinda	Diretor de Desenvolvimento de Mercado
Orlando Fittipaldi Junior	Diretor de Gestão de Saúde
Marcelo Mergh Monteiro	Diretor de Intercâmbio
Paulo Roberto de Oliveira Webster	Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Superintendência Jurídico-Institucional

José Cláudio Ribeiro Oliveira

Direção

Paulo Roberto de Oliveira Webster

Elaboração e revisão

Regulamentação dos Planos de Saúde

Daniel Infante Januzzi de Carvalho

Marcella Nogueira das Neves

Pamela Sposito Reis

Colaborações

Todos os profissionais técnicos do Sistema Unimed que contribuíram nas discussões técnicas em comitês, seminários e fóruns jurídicos e regulatórios

Projeto gráfico, diagramação e editoração

Comunicação e Marketing da Unimed do Brasil



PREFÁCIO

Paulo Roberto de Oliveira Webster

Este ano, a vigência da Lei 9656/98 completou 21 anos. Dentro de seu papel institucional, a Unimed do Brasil vem cumprindo, de forma contínua e perspicaz, a defesa dos interesses legítimos das cooperativas Unimed, relacionando-se não só com a ANS, como também com representantes de outros poderes, sempre com postulações técnicas, ponderadas, almejando um consenso com as partes envolvidas, para assegurar um equilíbrio maior aos atos regulatórios que afetam a operação dos planos de saúde.

Apesar de vivermos esse tempo de pandemia e de estarmos compelidos ao “home office”, os técnicos da Unimed do Brasil não deixaram de realizar o trabalho diário de orientação sistêmica e diálogo permanente com as Federações e Singulares, acerca de cada movimentação regulatória realizada pela ANS – que continua promovendo, ininterruptamente, normas e decisões que tornam ainda mais complexa a atuação dos dirigentes e colaboradores do setor de saúde suplementar.

O presente “Manual da Regulamentação dos Planos de Saúde” foi concebido há cerca de dois anos. Ele sofreu atrasos para sua edição final, justamente em razão de todos os desafios regulatórios e alterações promovidas recentemente pela agência reguladora. Enfim, está pronto e ficará à disposição do Sistema Unimed para quem desejar se aprofundar nas temáticas relacionadas à regulamentação dos planos de saúde no Brasil.

O manual é uma consolidação das milhares de consultas que são respondidas ao Sistema Unimed, anualmente, pelos técnicos da Unimed do Brasil. Trata-se de uma publicação única, que aborda os mais variados aspectos da legislação em capítulos. Foi estruturado, nesse formato, justamente para permitir consultas rápidas e diretas. E, como terá uma edição digital, poderá ser atualizado sempre que uma nova normativa alterar a legislação vigente.

É com muita satisfação que o entregamos às Unimeds desse grande sistema cooperativo, desejando uma ótima leitura.

SUMÁRIO

Histórico da Regulamentação dos Planos de Saúde – Lei nº 9.656/1998	6
Autorização de Funcionamento das Operadoras	8
Administradores	19
Ressarcimento ao SUS	22
Taxa de Saúde Suplementar	37
Provisões Técnicas	43
Ativos Garantidores das Provisões Técnicas	65
Margem de Solvência e Capital Baseado em Riscos	75
Produtos	83
Nota Técnica de Registro de Produto	101
Atendimento ao Beneficiário	105
Doenças e Lesões Preexistentes	114
Portabilidade de Carências	120
Demitidos e Aposentados	125
Ações Fiscalizatórias e Sanções	132
Relacionamento com Prestadores – Substituição e Redimensionamento	149
TISS – Troca de Informação na Saúde Suplementar	157
Reajustes dos Planos de Saúde	174
Principais Obrigações das Operadoras	181

HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE – LEI Nº 9.656/1998

José Cláudio Ribeiro Oliveira

A promulgação da Lei nº 9.656/1998 foi precedida por um amplo debate nas duas Casas do Congresso Nacional, onde existiam vários projetos de lei tramitando sobre essa matéria. No Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o tema ganhou força por uma vontade política do Poder Executivo em regulamentar a saúde suplementar no Brasil.

As seguradoras e as empresas de medicina de grupo defendiam, por diversas razões, a regulamentação para o setor. As seguradoras já eram disciplinadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados e pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), nos termos do Decreto-lei nº 73/1966. As demais operadoras de planos de saúde não estavam submetidas a qualquer regulação e cumpriam apenas os contratos celebrados com os beneficiários e o Código de Defesa do Consumidor.

Outro argumento favorável à regulamentação defendido principalmente pelas grandes companhias de medicina de grupo, decorria de uma prática predatória de pequenas empresas constituídas com capital irrisório, as quais vendiam planos de saúde no mercado a preços reduzidos, mas com a previsão contratual de um longo tempo de carência. Cessado esse período, muitas delas simplesmente desapareciam do mercado, deixando a totalidade de seus beneficiários sem qualquer cobertura assistencial.

A regulamentação dos planos de saúde foi discutida em vários grupos de trabalho, tanto no Ministério da Saúde quanto no Congresso Nacional. Após esses debates, no fim de 1997, o substitutivo ao PL nº 4425/94 foi aprovado na Câmara dos Deputados, sob relatoria do então deputado Pinheiro Landim.

Nos trabalhos da Comissão Especial instituída na Câmara, havia várias posições antagônicas. As entidades de representação de defesa dos consumidores pugnavam por uma regulamentação com coberturas assistenciais sem quaisquer restrições. As grandes operadoras de medicina de grupo e as seguradoras defendiam a regulamentação, mas se opunham ao controle dos reajustes e às coberturas ilimitadas.

A Unimed do Brasil – à época, presidida pelo Dr. Edmundo Castilho – defendia uma regulamentação restrita apenas aos produtos disponibilizados pelas operadoras, mas sem qualquer ingerência nas questões econômico-financeiras das cooperativas Unimed.

Edmundo Castilho anteviu que a regulamentação proposta resultaria, para as operadoras de planos de saúde, na obrigatoriedade da constituição de ativos financeiros de volume expressivo. As nossas cooperativas não são sociedades de capital, e sim de pessoas, razão pela qual, para o saudoso Dr. Castilho, não teria sentido exigências financeiras idênticas àquelas previstas para as sociedades empresárias de capital.

A preocupação do Dr. Castilho foi, de certa forma, atendida na Lei nº 9.961/2000, a qual criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabeleceu, no § 2º, art. 4º (que trata das competências da ANS), o seguinte:

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

Infelizmente, a ANS sempre passou ao largo desse dispositivo legal, e não tem observado as peculiaridades do Sistema Cooperativo na regulamentação da Lei nº 9.656/1998.

Após a aprovação do PL 4425/94 pela Câmara, o mesmo retornou ao Senado, para deliberação final, onde tramitou sob relatoria do então senador Sebastião Rocha, que propôs algumas alterações. Após aprovação no Senado, o referido PL foi sancionado pelo Presidente da República e publicado no Diário Oficial da União (DOU), em 4 de junho de 1998, na forma da Lei nº 9.656/1998.

A versão inicial da Lei dos Planos de Saúde estabelecia uma divisão de atribuições entre o Ministério da Saúde, cujo ministro era José Serra, e o Ministério da Fazenda, cujo titular era Pedro Malan. Em resumo, as questões assistenciais seriam disciplinadas pelo Ministério da Saúde; e as questões econômico-financeiras das operadoras ficariam sob a alçada do Ministério da Fazenda, em especial da Susep.

Não existia, contudo, uma definição muito clara sobre a amplitude das competências de cada Ministério. Nesse contexto, a Lei 9.656/98 foi publicada em 4 de junho, e no dia seguinte, 5 de junho, foi publicada a Medida Provisória (MP) nº 1.665/1998, alterando vários dispositivos da própria lei.

Até o fim de 1999, a regulamentação da lei ficou sob a competência de dois ministérios diferentes: Ministério da Saúde e Ministério da Fazenda. De forma muito evidente, essa sistemática tinha tudo para dar errado – o que realmente ocorreu –, razão pela qual, em dezembro daquele ano, foi editada uma Medida Provisória, convertida posteriormente na Lei 9.961/2000, criando a ANS.

A partir de então, a saúde suplementar passou a ser disciplinada por várias leis – Lei 9.656/1998, Lei 9.961/2000, Lei 10.850/2013, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto do Idoso, Código Civil etc., além de uma infinidade de Resoluções Normativas da ANS.

Compatibilizar toda essa legislação em um manual orientativo é uma tarefa difícil, mas a equipe de Regulamentação da Unimed do Brasil, com o apoio de outros colegas do Sistema Unimed, aceitou o desafio e produziu este excelente trabalho.

AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DAS OPERADORAS

Daniel Infante Januzzi de Carvalho

Resolução Normativa nº 85/04

1. Autorização de Funcionamento

A pessoa jurídica que pretende atuar no mercado de saúde suplementar, como operadora de planos de saúde, terá que obter da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a chamada Autorização de Funcionamento.

Para tanto, precisa obter da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE/ANS o seu registro de operadora. E, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO/ANS, o registro de produto, de segmentação referência, conforme abordado no capítulo específico do assunto neste manual.

Para o procedimento de registro de operadora, as pessoas jurídicas pretendentes devem atender às disposições contidas no Anexo I da RN nº 85/04, além de cumprir as normas de garantias financeiras, a saber:

CONDIÇÕES GERAIS PARA CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ÀS PESSOAS JURÍDICAS PRETENDENTES

1 - Para fins de obtenção de autorização de funcionamento como operadora de plano de assistência de saúde ou como administradora de benefícios, a pessoa jurídica que pretende atuar no mercado de saúde suplementar deverá utilizar o Portal de Serviços do Governo Federal para protocolar requerimento, acompanhado dos documentos listados neste Anexo I, assim como formulário de solicitação de registro disponível no site institucional da ANS na internet – www.ans.gov.br.

1.1 Documento indicando formalmente o Representante da pessoa jurídica junto à ANS e o responsável pela área técnica de saúde, especificando o ato de designação, nomeação ou indicação e o prazo de duração, se houver. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da indicação do responsável pela área técnica de saúde. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.2 Documento indicando o nome do contador e o número do registro no Conselho Regional de Contabilidade. (Redação dada pelo artigo 8º da RN nº 189, de 6/4/2009)

1.3 Documento que apresente relação dos administradores em exercício na data da solicitação da autorização de funcionamento junto à ANS, indicando o ato e a data da eleição, nomeação ou designação, cargo e mandato. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.4 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do Anexo à RN nº 311, de 1º de novembro de 2012, por meio da qual o(s) seu(s) administrador(es) declara(m) que não se enquadra(m) em nenhuma das restrições elencadas pela ANS para o exercício do cargo. (Redação dada pelo artigo 14 da RN nº 311, de 5/11/2012)

1.5 Cópia da Guia de Recolhimento da União – GRU referente ao recolhimento da Taxa de Registro de Operadora – TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

1.6 Cópia do comprovante de inscrição e de situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ da pessoa jurídica e cópia do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF dos administradores, ambos fornecidos pela Receita Federal. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do envio do CPF. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.7 Cópia dos atos constitutivos consolidados da pessoa jurídica, registrados no órgão competente.

1.8 Cópia da ata de Assembleia Geral Ordinária e/ou Extraordinária e/ou de Reunião do Conselho de Administração, devidamente registrada em órgão competente, que elegeu os administradores, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem.

1.11 Balanço Patrimonial, demonstração de resultado do último exercício e último balanço de verificação, todos devidamente rubricados em todas as folhas e assinados pelo pre-

sidente da empresa e pelo contador. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.12 Declaração assinada pelo representante legal da pessoa jurídica quanto à classificação e às previsões da segmentação, relacionando a região de comercialização da Operadora de Plano de Assistência à Saúde, na forma da regulamentação normativa específica vigente. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.14 No caso de pessoa jurídica pretendente que tenha como sócio(s) pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia do último contrato social consolidado e da ata da última Assembleia Geral Extraordinária que aprovou o Estatuto Social atual, sendo que, quando se tratar de organização com sede no exterior, tais documentos deverão ser traduzidos e registrados em Representação Diplomática do Brasil no país em que estiver situada a sede da instituição, acompanhados da respectiva tradução em língua portuguesa, feita por tradutor público juramentado.

1.15 Na análise do caso concreto, a ANS poderá solicitar que a operadora de planos privados de assistência à saúde apresente a estrutura do grupo controlador e o mapa de sua composição de capital e das pessoas jurídicas que dele participam. Caso o sócio seja pessoa jurídica, também deverá ser informado seu sócio, até o nível de pessoa física, quando possível. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.18 As entidades filantrópicas deverão enviar cópia do certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da 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, na forma da regulamentação normativa específica vigente. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.19 Comprovação de regularidade quanto à exigência de Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA, conforme disposto na regulamentação normativa vigente, bem como de ativos garantidores, constituição de provisões técnicas e margem de solvência, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.20 Comprovante eletrônico obtido do sistema de Registro Declaratório Eletrônico (RDE) no Banco Central – BACEN, dos recursos utilizados pelo(s) controlador(es) para fazer face ao empreendimento, no caso de capital de origem estrangeira. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado,

na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem.

1.23 Cópia do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, bem como cópia do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da apresentação da cópia do registro do responsável pela área técnica de saúde no Conselho Regional de Medicina e/ou de Odontologia. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.27 A pessoa jurídica de direito privado que solicitar sua classificação na modalidade de autogestão deverá observar os termos dos normativos próprios, em especial no que tange ao cumprimento dos artigos 2º e 4º da RN nº 137, de 2006 e posteriores alterações. (Incluído pelo artigo 8º da RN nº 189, de 6/4/2009)

1.28 Documento indicando formalmente o endereço de correspondência da pessoa jurídica junto à ANS. Considera-se endereço de correspondência aquele fornecido pela pessoa jurídica para fins cadastrais e de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via. (Incluído pelo artigo 4º da RN nº 301, de 8/8/2012)

2. Em se tratando de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade cooperativa, seu ato constitutivo deverá conter a seguinte cláusula:

Nenhum dispositivo deste Estatuto deverá ser interpretado no sentido de impedir os profissionais cooperados de se credenciar ou referenciar a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar, bem como deverá ser considerado nulo de pleno direito qualquer dispositivo estatutário que possua cláusula de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Incluído pela RN nº 175, de 23/9/2008)

Entre o início de vigência da Lei 9656/98 e a publicação da RN nº 85/04, as operadoras receberam – inicialmente do Ministério da Saúde e, posteriormente, da ANS – um registro provisório para atuarem no setor de saúde suplementar.

E como previa o artigo 19 da própria Lei 9656/98, foram obrigadas a converter esse registro provisório em definitivo, mediante o envio de uma série de documentos previstos no Anexo IV da RN nº 85/04, além de terem de estar em situação regular em relação às exigências da regulamentação.

O prazo para convalidação do registro provisório em definitivo era de 180 dias, o que foi por diversas vezes adiado pela ANS. Para se ter uma ideia, algumas operadoras demoraram mais de 10 anos para a obtenção do registro definitivo.

CONDIÇÕES GERAIS PARA A CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ÀS OPERADORAS COM REGISTRO PROVISÓRIO

1 - Para fins de regularidade no registro provisório, as Operadoras deverão enviar para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, n.º 84, Glória, CEP: 20021-040, Rio de Janeiro/ RJ, o requerimento da autorização de funcionamento e os seguintes documentos: (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

1.1 Documento indicando formalmente o Representante da pessoa jurídica junto à ANS e o responsável pela área técnica de saúde, especificando o ato de designação, nomeação ou indicação e o prazo de duração, se houver. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da indicação do responsável pela área técnica de saúde. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.2 Documento indicando o nome do contador, dos auditores independentes e do atuário, este último quando exigido pelos normativos vigentes, com os respectivos números dos registros nos órgãos competentes. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.3 Cópia da Guia de Recolhimento da União - GRU referente ao recolhimento da Taxa de Registro de Operadora - TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

1.4 Documento que apresente fundamentação da segmentação de acordo com o disposto na RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

1.5 As entidades filantrópicas deverão enviar cópia do certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da 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, na forma da regulamentação normativa específica vigente. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.6 Comprovação de regularidade quanto às exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA, margem de solvência, ativos garantidores e constituição de provisões técnicas, conforme disposto na regulamentação normativa vigente. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.7 Utilização do Plano de Contas Padrão, nos termos da regulamentação normativa vigente. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vi-

gente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.8 Cópia do contrato ou estatuto social consolidado, registrado no órgão competente.

1.9 Na análise do caso concreto, a ANS poderá solicitar que a operadora de planos privados de assistência à saúde apresente a estrutura do grupo controlador e o mapa de sua composição de capital e das pessoas jurídicas que dele participam. Caso o sócio seja pessoa jurídica, também deverá ser informado seu sócio, até o nível de pessoa física, quando possível. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.10 Documento relacionando a região de comercialização da Operadora de Planos de Assistência à Saúde, conforme disposto na regulamentação normativa vigente. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.12 Cópia do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, e cópia do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da apresentação da cópia do registro do responsável pela área técnica de saúde no Conselho Regional de Medicina e/ou de Odontologia. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.15 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do anexo à RN nº 311, de 1º de novembro de 2012, por meio da qual o(s) seu(s) administrador(es) declara(m) que não se enquadra(m) em nenhuma das restrições elencadas pela ANS para o exercício do cargo. (Redação dada pelo artigo 14 da RN nº 311, de 5/11/2012)

1.17 Cópia da ata de Assembleia Geral Ordinária e/ou Extraordinária e/ou de Reunião do Conselho de Administração, devidamente registrada em órgão competente, que elegeu os administradores, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.19 A pessoa jurídica de direito privado que solicitar sua classificação na modalidade de autogestão deverá observar os termos dos normativos próprios, em especial no que tange ao cumprimento dos artigos 2º e 4º da RN nº 137, de 20 de novembro de 2006, alterada pela RN nº 148, de 2 de abril de 2007, e suas posteriores alterações. (Redação dada pela RN nº 189, de 2/4/2009)

1.20 No caso de pessoa jurídica que tenha como sócio(s) pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia autenticada do último contrato social consolidado e da ata da última Assembleia Geral Extraordinária que aprovou o Estatuto Social atual, sendo que, quando se tratar de organização com sede no exterior, tais documentos deverão ser traduzidos e registrados em Representação Diplomática do Brasil no país em que estiver situada a sede da instituição, acompanhados da respectiva tradução em língua portuguesa, feita por tradutor público juramentado. (Incluído pelo artigo 3º da RN nº 315, de 29/11/2012)

1.21 Cópia dos cartões de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF dos administradores, fornecidos pela Receita Federal. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. (Incluído pelo artigo 3º da RN nº 315, de 29/11/2012)

2 – Além dessas informações, a ANS verificará: (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

2.1 Se a Operadora possui pelo menos um produto referência registrado e ativo na ANS por cada modalidade de contratação que opere, com exceção das Autogestões e das Operadoras exclusivamente odontológicas, que deverão apenas apresentar declaração de que possuem ao menos um produto registrado na ANS. (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

2.2 No caso das Operadoras que só possuam produtos anteriores à Lei nº 9.656/98, o atendimento ao Sistema de Cadastro de Planos instituído pela RN nº 56, de 4 de dezembro de 2003. (Redação dada pela RN nº 100, de 6/6/2005)

2.4 Regularidade no envio do DIOPS e eventuais ressalvas nas Demonstrações Financeiras feitas pelos Auditores Independentes, registrados na CVM, na forma da regulamentação normativa específica vigente. (Redação dada pelo artigo 2º da RN nº 315, de 29/11/2012)

3. Em se tratando de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade cooperativa, seu ato constitutivo deverá conter a seguinte cláusula:

Nenhum dispositivo deste Estatuto deverá ser interpretado no sentido de impedir os profissionais cooperados de se credenciarem ou referenciarem a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar, bem como deverá ser considerado nulo de pleno direito qualquer dispositivo estatutário que possua cláusula de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Incluído pela RN nº 175, de 22/9/2008)

2. Manutenção da Autorização de Funcionamento

Para a manutenção de regularidade na DIOPE/ANS, as operadoras deverão notificar quaisquer alterações das informações prestadas quando da autorização de funcionamento, tal como esta-

belecido nos Anexo I e IV (acima transcritos), inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 dias, a contar da ocorrência da alteração.

Com a publicação da RN nº454/20, ao invés de encaminhar a documentação inerente às alterações ocorridas na operadora via correio, as operadoras deverão enviá-la via sistema (aplicativo), disponibilizado no Portal das Operadoras.

Os dados ou documentos inseridos no sistema mencionado serão analisados e validados pela ANS. Em caso de pendências, as operadoras serão notificadas para correção no prazo de 30 dias, prorrogável por uma única vez, sob pena de cancelamento da autorização de funcionamento.

No caso de alteração do contrato social, de reforma estatutária, de Assembleia Geral ou de qualquer outro ato societário ou associativo, com alteração ou não dos contratos ou estatutos, as operadoras deverão enviar a cópia somente após o respectivo arquivamento no órgão competente.

3. Cancelamento da Autorização de Funcionamento

O cancelamento da autorização de funcionamento de uma operadora pode ocorrer por iniciativa da própria operadora, ou como uma sanção por descumprimento da regulação, ou seja, por medida impositiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.1. Por iniciativa da operadora

Para pedir cancelamento da autorização de funcionamento da operadora, por motivos óbvios, ela não poderá possuir nenhum beneficiário em sua carteira. Assim, previamente ao pedido, deverá ter alienado sua carteira de forma total, nos termos da RN nº 112/05.

O artigo 8º, §3º da Lei 9656/98 e, em especial, o artigo 26 da RN nº 85/04, sobre o cancelamento da autorização de funcionamento a pedido da operadora, assim preconiza:

Art. 26. Ao efetuar a solicitação do cancelamento da autorização de funcionamento, as Operadoras deverão enviar requerimento direcionado à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, devidamente assinado pelo Representante Legal da Operadora informando o código de registro da operadora junto à ANS e o número do CNPJ, anexando os seguintes documentos:

I – cópia do ato societário que deliberou pelo encerramento das operações de planos de assistência à saúde, arquivado no órgão competente;

A operadora, no caso, deverá juntar a cópia autenticada da ata assembleia que deliberou pela extinção da operação de planos de saúde, devidamente registrada no órgão competente. Se ainda não possui, deverá convocar assembleia logo após a efetiva transferência, para deliberar sobre o encerramento da operação de planos privados de assistência à saúde.

II - declaração de inexistência de beneficiário de planos privados de assistência à saúde indicando a data efetiva da inexistência do mesmo;

III - declaração de inexistência de obrigações para com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde;

A operadora não pode ter pendência financeira alguma com a rede de prestadores. Após o recebimento da declaração, a ANS irá checar a contabilidade da operadora (DIOPS) para saber se existe algum evento a liquidar contabilizado.

IV - declaração de inexistência de contratos de assistência à saúde, como operadora, com pessoa física ou jurídica.

§1º Os pedidos de cancelamento incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos exigidos no caput deste artigo, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à operadora.

§2º O cancelamento a pedido somente será ultimado após a conferência das informações prestadas junto aos diversos setores da ANS, podendo esta autarquia ainda, caso entenda necessário, solicitar outros meios que comprovem as aludidas declarações.

§3º As obrigações das operadoras não são ilididas com o pedido de cancelamento, permanecendo as de caráter financeiro oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar - TSS, mesmo se já ultimado o cancelamento com a baixa no registro da operadora.

3.1.1. Programa Especial de Escala Adequada - PEA

No fim de 2017, a DIOPE/ANS publicou a RN nº 431/17, que institui o PEA, com o objetivo de incentivar operadoras que não desejarem continuar no setor de saúde suplementar a saírem de forma ordenada do mercado.

O objetivo do programa é viabilizar a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários de operadoras de pequeno e médio portes que avaliam não ter condições de atuar na saúde suplementar como ofertantes de planos de saúde e buscam uma saída ordenada do mercado.

O programa é constituído por dois eixos:

- Viabilização da saída voluntária ordenada de operadoras de pequeno e médio portes, mediante oferta pública das referências operacionais e todo o cadastro de beneficiários, ou transferência voluntária total de carteira de beneficiários, com a permissão de resgate de ativos garantidores para quitação de dívidas com a rede assistencial nos casos em que a atividade da operadora seja encerrada.

- Concessão de tratamento diferenciado às operadoras adquirentes de referências operacionais e cadastros de beneficiários, de carteiras de beneficiários ou às que assumirem o controle societário daquelas operadoras que desejam sair do setor.

A operadora em saída voluntária ordenada que optar pela oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários ou pela transferência voluntária total de carteira poderá resgatar os ativos garantidores vinculados à ANS por meio de centrais de custódia, de fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar ou de averbação em matrícula em ofício de registro de imóveis competente.

Para tanto, deve observar as seguintes condições:

- Ter o patrimônio líquido positivo de acordo com o último Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
- Manter ativos garantidores das provisões técnicas em montante suficiente para cobertura dessas provisões na data em que foi comprovada a não existência de beneficiários vinculados à operadora em saída voluntária ordenada.
- Estar regular quanto à informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB.

O resgate dos ativos garantidores será permitido tão logo a ANS constate que não há beneficiários vinculados à operadora em saída voluntária ordenada.

Se a operadora em saída voluntária ordenada não utilizar os recursos vinculados à ANS para pagamento dos débitos existentes com a rede assistencial, havendo dívidas não quitadas após 180 dias da comprovação de não existência de beneficiários a ela vinculados, será decretada liquidação extrajudicial, com a consequente indisponibilidade dos bens dos administradores e de todos os elencados no art. 24-A da Lei nº 9.656/98.

Aquelas operadoras que se interessarem por adquirir a carteira ou o controle da operadora em saída ordenada terá os seguintes benefícios:

- Compor gradualmente, de forma linear, ao longo de 5 anos, o aumento da exigência de margem de solvência decorrente do aumento da carteira em virtude de operação realizada.
- Aplicar modelo próprio de capital baseado apenas no risco de subscrição, em substituição à regra da margem de solvência vigente, por até 3 anos, conforme RN nº 451/20.

Para tanto, devem obedecer aos seguintes requisitos:

- Estar em situação regular quanto às regras contábeis e exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado, de Margem de Solvência, de contabilização das provisões técnicas e dos ativos garantidores em montante suficiente para lastrear todas as provisões técnicas.
- Não se encontrar na faixa mais gravosa do programa de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras, de acordo com a regulamentação específica.

- Estar em situação regular quanto ao processo de concessão de autorização de funcionamento e não se encontrar em regime especial.
- Estar regular quanto à informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB.

3.2. Por medida da ANS

A ANS pode compulsoriamente cancelar a autorização de funcionamento de uma operadora, tal como preconiza a legislação dos planos de saúde em diversos momentos.

De pronto, aquela operadora que não comercializar plano de saúde em até 180 da obtenção de seu registro perderá a sua autorização para atuar no setor de saúde suplementar brasileiro (artigo 8º, §2º da Lei 9656/98).

Já o artigo 26, VI e, posteriormente, a regulamentação prevista pelo artigo 14 da RN nº 124/06, preconizam como uma das sanções para descumprimento da legislação justamente o cancelamento da autorização de funcionamento da operadora. Obviamente que, por se tratar da sanção mais grave pela inobservância da legislação, depois de advertências, multas pecuniárias, afastamento de administradores, ela seria aplicada somente em caráter residual.

Ainda perderá autorização de funcionamento aquelas operadoras com anormalidades administrativas e econômico-financeiras tão graves que nem planos anteriores de recuperação, bem como quaisquer medidas de intervenção por parte da agência (direção técnica ou fiscal), foram capazes de sanear a operadora. Assim, é efeito da liquidação extrajudicial o cancelamento compulsório da autorização de funcionamento da operadora.

ADMINISTRADORES

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

Resolução Normativa - RN nº 311/12

São considerados administradores as pessoas naturais, residentes no País, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do Conselho de Administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual faça parte.

São impedidos expressamente de exercerem o cargo de administrador de uma operadora de planos de saúde:

- a) O impedido por lei especial.
- b) O declarado falido ou insolvente, salvo quando suas obrigações já tiverem sido declaradas extintas pelas respectivas autoridades competentes.
- c) O que participou da administração de pessoa jurídica que esteja, ou que tenha estado em falência, insolvência civil, ou liquidação não voluntária, seja extrajudicial ou judicial, nos últimos cinco anos contados da data da decretação do encerramento destes institutos pela respectiva autoridade competente.
- d) O que participou ou está participando da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento não tenha sido deliberado pela Diretoria Colegiada da ANS.
- e) O inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública, direta ou indireta.
- f) O que está sob os efeitos de condenação por pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato; ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, a fé pública ou a propriedade; ou, havendo sido condenado, estar reabilitado na forma da legislação penal.

- g) O que participou da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento tenha se dado com o cancelamento compulsório da autorização de funcionamento ou do registro provisório pela Diretoria Colegiada da ANS como medida alternativa à decretação de liquidação extrajudicial, pelo período de 5 anos após a efetiva baixa do registro.

A restrição prevista no item “d” acima (inciso IV do artigo 3º da RN nº 311/12) não se aplica à hipótese de recondução do administrador no cargo ou prorrogação do seu mandato na mesma operadora de planos privados de assistência à saúde que esteja em regime de direção fiscal e/ou técnica.

As restrições previstas nos itens “d” e “g” acima (incisos IV e VII da RN nº 311/12) atingem todos que tiveram os bens indisponibilizados por participarem da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde nos 12 meses anteriores ao ato de decretação de regime especial de direção fiscal ou técnica, ou por força do disposto no inciso I, do § 3º, do art. 24-A da Lei 9.656, de 1998.

A assinatura de Termo de Responsabilidade pelo pretendente, conforme modelo integrante do anexo da RN nº 311, valerá como comprovação das condições exigidas.

Recomenda-se que, nos atos de eleição, nomeação ou designação para ocupação de cargo de administrador em operadora, conste, expressamente, que os pretendentes preenchem as condições previstas na RN nº 311.

A comunicação de eleição, nomeação ou designação por alteração em contrato ou estatuto social para a ocupação de cargo de administrador na operadora será feita no prazo de 30 dias, contados da data de realização do ato (ou do seu respectivo registro), devendo o expediente, dirigido à ANS, ser acompanhado de:

- a) Cópia da ata da Assembleia Geral ou da reunião do órgão competente que tenha eleito ou nomeado o administrador, quando se tratar de órgãos estatutários.
- b) Cópia do contrato social ou de sua alteração, com a designação, denominação do cargo e poderes para o cargo de administrador, para o qual o sócio tenha sido designado contratualmente.
- c) Declaração da operadora informando o nome da pessoa contratada como administrador, denominação do cargo, vencimento do contrato, se houver, e os poderes que detém.
- d) Termo de Responsabilidade, conforme modelo constante do anexo da RN nº 311.
- e) Comprovante de pagamento da TAO – Taxa de Alteração de Dados da Operadora, nos termos da RN nº 89/05 (GRU gerada no site www.ans.gov.br).

A ata da assembleia que elegeu ou reelegeu os administradores deve estar registrada no órgão competente. A ANS já se manifestou por diversas vezes que não aceitará atas não registradas. Assim, caso a operadora verifique que o órgão competente não concluirá o registro no

prazo de 30 dias da normativa, deverá solicitar prorrogação de prazo à DIOPE/ANS, tal como estipula o §2º do artigo 4º da RN nº 311/12.

Em caso de reeleição, renomeação ou recontração, a cooperativa deverá comunicar o fato à ANS, anexando os documentos comprobatórios, sendo que o Termo de Responsabilidade deverá ser reenviado somente na hipótese de alteração de qualquer informação anteriormente prestada.

A ANS poderá, a qualquer tempo, a seu critério, recusar o cadastramento do administrador da OPS, nos casos de não atendimento aos requisitos pessoais e de capacitação técnica, determinando à operadora a imediata substituição do eleito, nomeado ou contratado.

O ato societário da eleição, da nomeação, da designação ou o ato da contratação deve indicar, expressamente, o administrador que for responsável pela área técnica de saúde.

A resolução não se aplica aos administradores que se encontravam no exercício do cargo anteriormente à data da publicação da aludida resolução (5/11/2012).

Sanção:

Deixar de cumprir a regulamentação referente às condições para o exercício do cargo de administrador de operadora de planos de assistência à saúde. Sanção: advertência; multa de R\$ 50.000,00.

Obs.: Membros do Conselho Fiscal não estão obrigados a cumprir o disposto na RN nº 311/12, desde que não possuam funções de administração previstas estatutariamente.

Desde o dia 24 de setembro de 2019, está vigente a Lei 13.848/19, conhecida como a nova lei das agências reguladoras.

Entre outras alterações, destacam-se as promovidas pelo artigo 40 da norma, que altera o artigo 7º, da Lei 9.961/2000, determinando que o mandato dos diretores passa a ser de 5 anos, sendo vedada qualquer recondução.

O atual Presidente da República, portanto, nomeará os 5 diretores da ANS no curso de seu mandato. Deverá, para tanto, observar novas regras trazidas pela Lei 13.848/19, tais como:

- O indicado ter experiência profissional de, no mínimo 10 anos, no setor público ou privado, no campo de atividade da agência reguladora ou em área a ela conexas, em função de direção superior.
- Ter formação acadêmica compatível com o cargo para o qual foi indicado, entre outros requisitos previstos no artigo 5º da Lei 9.986/2000, que foi alterado pelo art. 42 da Lei 13.848/19.

A justificativa de criação da nova lei das agências reguladoras é padronizar aspectos administrativos e de gestão, uniformizando o número de diretores, prazos de mandato, além de criar requisitos técnicos e vedações. Também merece destaque, a exigência de Análise de Impacto Regulatório – AIR sempre que determinada agência for regular algum aspecto da sua área de atuação.

RESSARCIMENTO AO SUS

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

**Resolução Normativa – RN nº 358/14
Súmula Normativa nº 09/05
Instrução Normativa DIDES nº 54/14**

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 permitiu que a iniciativa privada atuasse livremente na assistência à saúde¹.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde oferecem, para cerca de 25% da população brasileira, assistência em caráter suplementar àquele oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Durante anos, o crescimento do mercado de planos privados de saúde se deu em razão da ineficiência do Estado em assegurar um direito que, segundo a carta magna, deveria ser universal, integral e gratuito.

E justamente em razão do direito que cada cidadão brasileiro possuiu de utilizar incondicionalmente o SUS que nasceu o instituto do Ressarcimento ao SUS, como forma de evitar o enriquecimento sem causa das operadoras em detrimento do Estado. O objetivo precípua desse instituto seria evitar que uma determinada operadora cobrasse mensalidade de um beneficiário, mas, diante de uma necessidade do atendimento médico, o direcionasse para que ele fizesse o procedimento às expensas do SUS. Além disso, indubitavelmente enxergou-se no Ressarcimento ao SUS uma fonte de receita para a saúde pública, por mais que os entusiastas dessa cobrança sustentem que sua natureza seria meramente compensatória/indenizatória.

Assim, sob a luz das diretrizes trazidas pela Constituição de 1988, foi inserido, no artigo 32 da Lei 9.656/98, o dever das operadoras em ressarcir o Estado pelos atendimentos realizados pelos beneficiários de planos de saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

1 BRASIL. Artigo 199º, da Constituição Federal de 1988.

Neste capítulo, portanto, o instituto do Ressarcimento ao SUS será o tema explorado, apresentando seus principais pontos e controvérsias. Será analisado sob a ótica predita em lei, seja ela constitucional ou infraconstitucional, bem como a regulação exercida pelo órgão responsável para fiscalização das operadoras de planos de saúde suplementares, qual seja, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desde o projeto inicial de regulamentação do mercado de planos de saúde, uma das questões bastante debatidas foi o ressarcimento, pelas operadoras, daqueles procedimentos realizados pelos serviços públicos de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) aos beneficiários que participam de planos privados de assistência médico-hospitalar.

Durante muitos anos, se discutiu a constitucionalidade do artigo 32 da Lei 9656/98, que assim preconiza:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Obviamente que a inovação trazida pelo artigo 32 da Lei 9656/98 não passaria incólume no que tange à sua constitucionalidade. Os que defendiam que o Ressarcimento ao SUS é inconstitucional se apegam ao dever do Estado em prestar assistência à saúde, tal como disposto no artigo 196 da Constituição Federal, e que, se um consumidor de plano privado, por qualquer razão, optou por fazer uso desse direito, mesmo sendo possuidor de um plano privado – suplementar –, compete ao Estado oferecer tal cobertura, já que inexistente vínculo contratual entre o SUS e a operadora.

Há também os que enxergavam uma natureza jurídica tributária no Ressarcimento ao SUS, os quais sustentam que as operadoras estariam devolvendo ao Estado exatamente o valor gasto no atendimento aos beneficiários de planos de saúde, ou seja, pela tabela do SUS. A partir do momento em que esse ressarcimento tem como base de cálculo uma tabela de referência que apresente valores superiores àqueles praticados pelo mercado – como ocorria com a extinta Tabela TUNEP –, estaria ocorrendo o enriquecimento sem causa do Estado em detrimento das operadoras.

E, nesse caso, estaria evidenciada essa natureza tributária, que obrigaria a inserção do Ressarcimento ao SUS no ordenamento jurídico por lei complementar, e não ordinária, além de respeito a vários princípios constitucionais e tributários, como da anterioridade e legalidade, o que ensejaria uma fulgente inconstitucionalidade formal.

Existiram outros argumentos de inconstitucionalidade do ressarcimento. Todavia, como já houve uma decisão do Supremo Tribunal Federal – STF, em 7/2/2018, na Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN 1931/98, reconhecendo a sua constitucionalidade, essa discussão perdeu relativa importância.

Nessa referida data, o plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a constitucionalidade do artigo 32, *caput* e parágrafos, que trata do Ressarcimento ao SUS. Os atendimentos prestados pelas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS) a beneficiários de planos de saúde devem, portanto, ser devolvidos pelas operadoras de planos de saúde, por estarem previstos nos contratos privados de assistência à saúde com elas firmados.

O relator do processo, Min. Marco Aurélio, afirmou que o tratamento em hospital público não deve ser negado a nenhuma pessoa, considerada a universalidade do sistema. Contudo, se o Poder Público atende um particular e esse atendimento faz parte do contrato de plano de saúde firmado com uma operadora de planos de saúde, o SUS deve ser restituído, tal como faria o plano de saúde em se tratando de hospital privado. “A norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário”, concluiu.

Na mesma sessão, foi julgado o Recurso Extraordinário (RE) 597064, com repercussão geral já reconhecida, interposto por uma operadora (Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores) contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2) que havia validado a cobrança a título de Ressarcimento do SUS por atendimentos prestados a beneficiários do plano. O relator, o Min. Gilmar Mendes, reconheceu a constitucionalidade do artigo 32 da Lei 9656/98, reafirmando o direito das operadoras exercerem o contraditório e a ampla defesa na esfera administrativa, no caso, “É constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa no âmbito administrativo em todos os marcos jurídicos”.

Com relação à tabela de referência que deve ser utilizada Ressarcimento ao SUS– objeto de questionamento judicial –, é importante destacar que o Superior Tribunal de Justiça (STJ), em decisão publicada em 23 de agosto de 2017, concluiu pelo não conhecimento do recurso especial interposto pelo Ministério Público Federal (MPF) e pela ANS (REsp 1683173/RS), em face do Sindicato Nacional das Cooperativas de Serviços Médicos (Sincoomed). No acórdão recorrido, proferido pelo Tribunal Regional da 4ª Região, ficou consignado que é legal a cobrança de valores de Ressarcimento ao SUS, mas que a aplicação do IVR em 1,5 viola a matriz legal, prevista no § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98. Em suma: até se admite o IVR, desde que os valores de ressarcimento não sejam superiores aos que a operadora paga aos seus prestadores. Assim, se a operadora se deparar com uma cobrança do SUS superior aos valores que remunera sua rede credenciada, deve impugnar nas esferas administrativa e judicial.

Diante do trânsito em julgado das referidas decisões do STF, eventuais ações judiciais sobre o assunto devem se limitar a discutir a prescrição, a aplicação do artigo 32 da Lei nº 9.656/98 nos planos antigos e em planos em pós-pagamento, o já aludido pleito contra os 50% a mais previstos no IVR, além de alguma alegação técnica ou administrativa, prevista no anexo I da IN Dides nº 54/14, que ocasionalmente não tenha sido acatada pela ANS no processo administrativo e que a operadora possua prova inequívoca da sua inexigibilidade.

Já o cenário regulatório do Ressarcimento ao SUS se modificou bastante nos últimos anos. Em 2011, com a já relatada extinção da tabela Tunepe e a criação do Índice da Valoração do Ressarcimento (1,5 X tabela SUS), o custo do atendimento do beneficiário no SUS, em muitos casos, é menor que na rede credenciada.

Ainda no aspecto regulatório, a RN nº 358/14 e a Instrução Normativa Dides nº 54/14 implantaram o Ressarcimento ao SUS eletrônico (PERSUS), que impôs celeridade ao processo, inclusive de Autorização de Procedimento Ambulatorial (Apac) realizados na saúde pública por beneficiários de planos de saúde. Impugnações e recursos administrativos meramente procrastinatórios só trazem desvantagens, e as operadoras passaram a sentir no bolso as consequências moratórias (multa e juros) desse tipo de conduta.

No que se refere à contabilização, a IN Conjunta Diope/Dides nº 05/11 obriga que os Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) do SUS sejam registrados no circulante da operadora como os atendimentos da rede credenciada. Ambos os atendimentos, no SUS ou na rede credenciada, gerarão a necessidade de vincular ativos garantidores para a Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar, caso os pagamentos não forem quitados em 30 dias (operadoras de grande porte) ou 60 dias (operadoras de médio e pequeno portes).

2. Operacionalização do Ressarcimento ao SUS

O artigo 20 da Lei nº 9.656/98 estabelece que as operadoras são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) dos titulares e municípios onde residem, para fins de Ressarcimento ao SUS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desempenhando as funções a ela delegadas pela Lei nº 9.961/00, criou o Sistema de Informação de Beneficiário – SIB, que, hoje, é regulamentado pela Resolução Normativa nº 295/12 e alterações posteriores. O SIB é o aplicativo vigente pelo qual as operadoras informam, mensalmente, a movimentação de seus beneficiários, ou seja, as inclusões e exclusões.

O envio da movimentação da massa da operadora, assim como a exigência de manter os dados cadastrais dos consumidores atualizados, tem por finalidade o ressarcimento pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Atualmente, é a Resolução Normativa nº 358/14 e a Instrução Normativa DIDES nº 58/14 que tratam de todos os aspectos administrativos do Ressarcimento ao SUS. Tais normativas devem ser observadas criteriosamente pelas operadoras, em especial as rotinas, os critérios, procedi-

mentos, fluxos e prazos para apresentação das informações, impugnações, decisões, cobranças e pagamentos.

2.1. Da cobrança do Ressarcimento ao SUS

O Ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, ou seja, 1,5 vezes a tabela do SUS.

Como já ressaltado anteriormente, em 2017, o STJ proferiu decisão no sentido de que a cobrança de valores de Ressarcimento ao SUS é legal, mas que a aplicação do IVR em 1,5 violaria a matriz legal, prevista no § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, se o resultado da equação fosse superior ao que a operadora paga aos seus prestadores.

Desse modo, se a operadora se deparar com uma cobrança do SUS superior aos valores que remunera sua rede credenciada, deve impugnar nas esferas administrativa e judicial.

2.2. Da identificação do atendimento aos beneficiários

Ao adentrar em um prestador que oferece atendimento pelo SUS, o beneficiário informará seus dados de identificação para fins de autenticação. Posteriormente, as suas informações serão cruzadas em um sistema entre o SUS e a ANS (SIB), o qual verifica se aquele indivíduo é beneficiário de algum plano de saúde privado.

Assim, após a identificação e o cruzamento dos dados dos sistemas de informações, a unidade de prestação do atendimento público registra uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). O resultado desse cruzamento constitui em documentos que são chamados de Avisos de Beneficiários Identificados (ABI).

As notificações e intimações referentes aos processos de Ressarcimento ao SUS serão realizadas pela ANS por meio eletrônico via aplicativo denominado PERSUS, que poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico na Internet por usuários previamente credenciados pelas OPS.

Os Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs) são encaminhados em lotes, nos quais a ANS reúne os atendimentos de todos os usuários identificados, separando cada um por operadora, onde serão descritos os atendimentos financiados pelo SUS aos beneficiários de planos de saúde por trimestre.

Os Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs, que geralmente possuem uma periodicidade trimestral, irão conter:

- I – Número do processo de Ressarcimento ao SUS
- II – Razão social e CNPJ da OPS
- III – Identificação, natureza e endereço de cada unidade prestadora de serviço
- IV – Número e mês de competência lançados no documento do SUS de autorização ou registro de atendimento

- V - Código de identificação e data de nascimento, tal como cadastrados pela OPS, de cada beneficiário atendido pelo SUS
- VI - Data, mês ou período de cada atendimento
- VII - Caráter de cada atendimento, conforme classificação do SUS, caso aplicável
- VIII - Código, descrição, quantidade e valor de cada procedimento
- IX - Discriminação do valor total a ser ressarcido
- X - Prazo de impugnação e de pagamento dos valores a serem ressarcidos
- XI - Indicação da dívida estar sujeita a juros e multa de mora e demais encargos previstos em lei ou ato normativo

Assim que recepcionadas as ABIs, via PERSUS (Sistema Eletrônico de Ressarcimento ao SUS), as operadoras possuem o prazo de 30 dias corridos seja para o pagamento ou apresentação de impugnação.

Normalmente, para impugnar um procedimento ou material utilizado no atendimento financiado pelo SUS, as operadoras valem-se de médicos auditores para identificar se os procedimentos estão de acordo com os materiais utilizados e vice-versa, para que o pagamento ocorra somente sobre aquilo que realmente é devido.

As impugnações serão encaminhadas por meio eletrônico, seguindo os motivos e os modelos dispostos na IN/DIDES nº 58/15, anexo IV. Importante ficar atento aos documentos obrigatórios também relacionados na IN, anexo V, sem os quais a impugnação ou mesmo o recurso será considerado indeferido. Recomenda-se, inclusive, que seja consultada a cartilha editada pela própria ANS, que orienta as operadoras sobre a impugnação.

Ressalte-se que as impugnações devem ser apresentadas de forma individualizada para cada atendimento e com exposição dos fatos e dos fundamentos, caracterizando-as como “administrativa” ou “técnica”, de maneira a possibilitar à ANS a ampla análise de cada uma delas.

A impugnação é encaminhada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) e, após análise, caso seja indeferida, a operadora poderá recorrer no prazo de 10 dias.

O recurso será encaminhado à Diretoria Colegiada da ANS (DICOL), que – julgando procedente – encaminhará à DIDES para retratação e concomitante arquivamento do processo correspondente aos valores da impugnação. Contudo, caso não haja retratação, ou o recurso seja julgado improcedente, a operadora deverá quitar em 15 dias os valores correspondentes ao ressarcimento em questão, sob pena de inscrição em dívida ativa e posterior execução judicial.

2.3. Da apresentação de impugnação de 1ª instância (prazo e forma)

Após o recebimento da notificação contendo as cobranças relativas ao Ressarcimento ao SUS, a operadora terá o prazo de 30 dias corridos para impugnar a identificação. As impugnações podem ser “administrativas” e/ou “técnicas”.

Como já ressaltado, as operadoras devem se ater à IN/DIDES nº 58/15, especialmente seus anexos, que contêm:

Anexo I – formulário de gestão de contas

Anexo II – termo de responsabilidade

Anexo III – formulário de impugnação/recurso

Anexo IV – motivos de impugnação ou recurso

Anexo V – lista de documentos comprobatórios

Anexo VI – modelo de declaração de beneficiário que não utilizou o SUS

Anexo VII – modelo de declaração da OPS de que o beneficiário não utilizou o SUS

Anexo VIII – laudo de auditor de saúde

É importante ressaltar que, nos casos em que o motivo impugnado envolver apresentação de contrato, a operadora deverá destacar a cláusula que se aplica, no próprio formulário – que contém um campo destinado para isso. Recomenda-se a utilização de caneta marca texto, de modo a reluzir a documentação comprobatória.

Sempre deverá ser demonstrado o vínculo entre o contrato e o beneficiário identificado, de forma que reste claro qual produto o beneficiário contratou com a operadora.

Também é necessário que conste no contrato data, assinatura e número do registro ou do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto. Caso não conste no contrato o nome completo do contratante, deve-se apresentar uma proposta de adesão com data, nome completo do contratante, número do registro ou do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto, que vincule o beneficiário ao contrato.

A IN/DIDES nº 58/15 também concedeu a oportunidade de demonstrar o vínculo – *nos planos individuais ou familiares, caso o contrato e a proposta de adesão não contenham os itens necessários* – por meio de declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável, com a devida cópia de documento de identidade. Na hipótese de impossibilidade, poderá ser juntada declaração de cônjuge, ascendente ou descendente do beneficiário identificado, com cópia de documento de identidade e cópia da certidão de casamento, quando for o caso.

E, diante de planos coletivos, se o contrato e a proposta de adesão não contiverem os mesmos itens necessários, o vínculo deverá ser feito por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, que informe o produto contratado, a data de ingresso do beneficiário na pessoa jurídica e no plano de assistência à saúde. Tal documento deverá ser apresentado em papel, com a identificação da pessoa jurídica contratante, incluindo CNPJ e telefone, nome, CPF, RG, matrícula e cargo do declarante.

Cumpre-os ressaltar que, para o sucesso da impugnação, se tratando de planos coletivos, além de vincular a pessoa jurídica contratante ao produto, é necessário também vincular o beneficiário identificado à pessoa jurídica contratante.

2.4. Das impugnações administrativas

Para os motivos de impugnação ou recurso de natureza administrativa, as operadoras deverão adotar as classificações relacionadas no Anexo IV da IN/DIDES nº 58/15, observando os documentos exigidos para cada motivo alegado.

Código 1 – Beneficiário em carência – é o caso em que o atendimento identificado foi realizado durante o prazo de carência do beneficiário para a utilização dos serviços prestados.

Código 2 – Usuário atendido não é beneficiário de produto da OPS (homônimo) – é o caso de homonímia, em que o paciente atendido pelo SUS não é a mesma pessoa que o beneficiário de produto da OPS.

Código 3 – Produto não cobre o procedimento – é o caso em que o produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado não cobre o procedimento realizado pelo SUS.

Código 4 – Atendimento fora da abrangência geográfica do produto – é a hipótese em que o estabelecimento onde foi realizado o atendimento identificado se localiza fora da abrangência geográfica delimitada pelo contrato ou regulamento do produto.

Código 6 – Quantidade de procedimento não coberta pelo produto – é o caso em que a quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.

Código 7 – Atendimento já pago pela operadora – é o caso em que a OPS já realizou um pagamento por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente.

Código 8 – Franquia ou coparticipação – é o caso em que o contrato ou regulamento do produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado prevê fator moderador a ser pago pelo beneficiário, sob forma de franquia ou coparticipação, aplicável ao atendimento identificado.

Código 13 – Outras alegações de natureza administrativa – demais hipóteses de impugnação de natureza administrativa. Devem ser apresentados os documentos necessários para comprovar a alegação.

Código 14 – Outras alegações de natureza técnica – demais hipóteses de impugnação de natureza técnica. Devem ser apresentados os documentos necessários para comprovar a alegação.

Código 16 – Cobertura parcial temporária para doença ou lesão preexistente – é o caso em que o atendimento identificado, por decorrer de doença ou lesão preexistente à adesão do beneficiário, não é coberto durante o prazo de cobertura parcial temporária, vigente à época do atendimento pelo SUS.

Código 22 – Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário – é o caso em que o valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada e integral ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 da Súmula Normativa da ANS nº 9, de 10 de novembro de 2005.

Código 34 – Acidente do trabalho – é o caso em que o atendimento identificado foi realizado em decorrência de acidente de trabalho não coberto pelo produto ao qual está vinculado o beneficiário.

Código 36 – Doença ou lesão preexistente (plano antigo) – é o caso em que o atendimento identificado, por decorrer de doença ou lesão preexistente à adesão do beneficiário, não é coberto por contrato de plano de assistência à saúde firmado até 1º de janeiro de 1999, ainda não adaptado.

Código 37 – Beneficiário excluído – é o caso em que o paciente deixou de ser beneficiário do produto em uma data anterior à do atendimento identificado.

A natureza do motivo, administrativa ou técnica, é determinada pela necessidade ou não de auditoria *in loco* do prontuário do atendimento para sua comprovação. Dessa maneira, o mesmo motivo pode ter natureza administrativa em um caso e técnica em outro.

Em caso de apresentação de impugnações e recursos com pedido de redução do valor original, a operadora deverá apresentar memória de cálculo, justificando a redução pretendida.

As impugnações apresentadas por motivo cuja natureza seja classificada como técnica deverão ser assinadas por profissional de saúde auditor da OPS, devidamente cadastrado perante a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS.

A impugnação deverá ser acompanhada de laudo decorrente de auditoria, conforme diretrizes previstas na IN/DIDES nº 58/15.

Dessa forma, deverá ser anexado laudo (conforme modelo do Anexo VIII) contendo argumentação técnica devidamente fundamentada em auditoria *in loco* do prontuário do beneficiário identificado, assinada por auditor assistencial, devidamente registrado no respectivo Conselho Profissional e cadastrado perante a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS. A análise será realizada conforme argumentação e documentação apresentadas, podendo a ANS, se for o caso, requerer informações e documentos adicionais.

As impugnações intempestivas ou que não atenderem ao estabelecido na IN/DIDES nº 58/15, nas hipóteses em que estejam expressamente previstas na aludida normativa, não serão conhecidas.

Da mesma forma, no procedimento administrativo de Ressarcimento ao SUS, não serão consideradas as provas obtidas por meios ilícitos, tampouco os documentos que apresentem emendas, rasuras, entrelinhas, ou informações ininteligíveis, incorretas, incompletas ou ilegíveis que venham a comprometer a clareza e a segurança de sua apreciação.

As operadoras não poderão alegar, no curso do processo, as questões já decididas, a cujo respeito se operou a preclusão. Recomenda-se atenção, visto que os documentos apresentados serão fiscalizados pela ANS quanto à sua veracidade e, caso sejam identificadas incorreções nos mesmos, a operadora estará sujeita às penalidades previstas na legislação.

2.5. Da apresentação de recursos (prazo e forma)

O Diretor da DIDES procederá ao julgamento das impugnações apresentadas, decidindo sobre as mesmas e notificando a operadora acerca da decisão.

A partir da decisão proferida, a operadora poderá apresentar recurso à Diretoria Colegiada da ANS, como última instância administrativa, no prazo de 10 dias contados da ciência da decisão.

Os recursos deverão ser encaminhados ao diretor da DIDES, que fará o juízo de admissibilidade.

Caso a operadora não recorra tempestivamente, os procedimentos referentes àquele atendimento serão encaminhados para cobrança.

Além da intempestividade, não serão conhecidos os recursos apresentados em desconformidade com o estabelecido na IN DIDES nº 58/15, nas hipóteses em que esteja expressamente previsto naquela instrução o não conhecimento das impugnações como consequência de sua inobservância.

Mediante o recebimento do recurso, o diretor da DIDES se manifestará acerca da admissibilidade do mesmo, podendo reconsiderar, total ou parcialmente, ou não reconsiderar a sua decisão.

Após a apreciação do recurso, a respectiva decisão será publicada no Diário Oficial da União e o processo será encaminhado à DIDES, que notificará a OPS.

2.6. Do pagamento, parcelamento e da inscrição em dívida ativa e CADIN por inadimplência

Após a finalização do processo administrativo, a DIDES notificará a operadora acerca do valor devido para Ressarcimento ao SUS, assim como encaminhará Guia de Recolhimento da União para pagamento no prazo de 15 dias.

A ausência de pagamento acarretará acréscimos de multa e juros de mora, além de possibilitar a inscrição dos valores devidos na Dívida Ativa da ANS, e, após 75 dias do vencimento da obrigação, de inscrição da OPS no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal – CADIN.

Cumpre ressaltar que os débitos referentes ao Ressarcimento ao SUS poderão ser parcelados na forma e nas condições previstas na legislação em vigor.

A partir da RN 358/11, os valores recolhidos pelas operadoras a título de Ressarcimento ao SUS serão disponibilizados pela ANS conforme ato em conjunto com o Ministério da Saúde, da seguinte maneira:

Até o último dia útil de cada mês, a ANS publicará em sua página na Internet demonstrativo de repasse com as seguintes informações:

I - Identificação do gestor do SUS responsável pelos atendimentos ressarcidos

II - Competência dos atendimentos ressarcidos

III - Valor recolhido

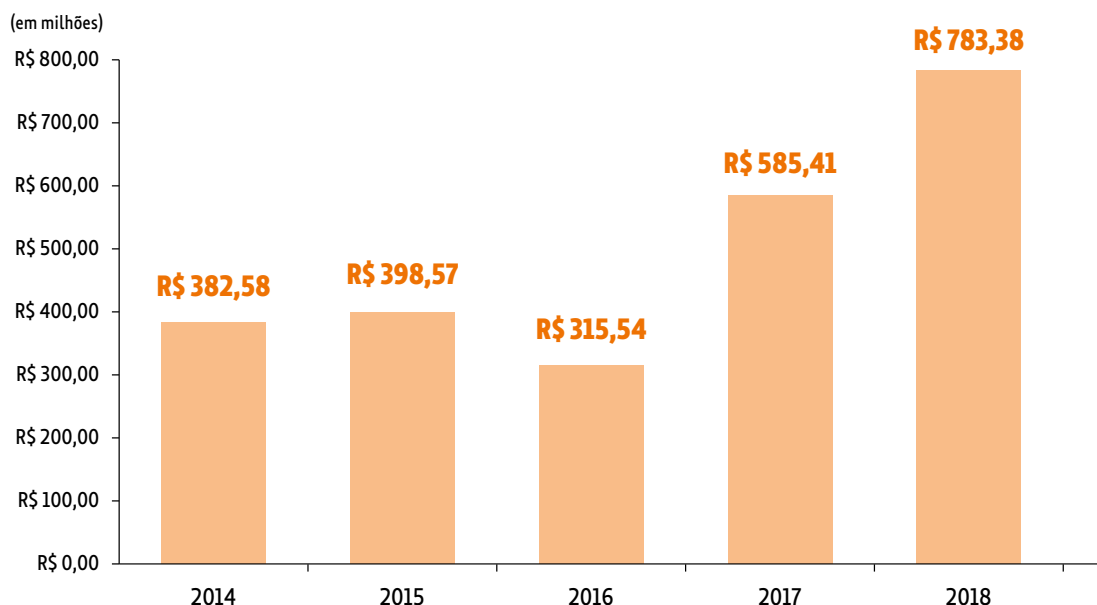
IV - Data do repasse, conforme legislação específica

Todo ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar divulga os valores arrecadados com o ressarcimento aos SUS, atendendo ao princípio da publicidade e tentando elucidar qualquer dúvida que possa vir a pairar no que tange à destinação desse montante tão expressivo. Apenas em 2018, foram arrecadados R\$ 783,38 milhões com a restituição².

Conforme prediz o artigo 32, §1º, da Lei 9.656/1998, a quantia angariada com o Ressarcimento ao SUS será creditada ao Fundo Nacional da Saúde (FNS), sendo ele instituído por meio do Decreto n.º 64.867, de 24 de julho de 1969.

Os recursos percebidos pelo FNS terão um caráter supletivo no desenvolvimento de programas relacionados à saúde, coordenados pelo Ministério da Saúde, aplicando-os de acordo com o plano de gerência estabelecido e distribuindo-os entre os entes apropriados na esfera do repasse, nos termos dos artigos 2º, 3º e 4º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

2 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/4954-ressarcimento-ans-repassou-valor-recorde-de-r-783-38-milhoes-ao-sus-em-2018>>. Acesso em: 7/5/2019, às 11h50.

Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ milhões)

Diante disso, em 10 de novembro de 2005, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 9, manifestando entendimento que é devido o Ressarcimento ao SUS em todas as operações caracterizadas como de plano privado de assistência à saúde, mesmo naquelas em que a formação do preço é pós-estabelecida e seu pagamento é suportado pela pessoa jurídica contratante ou por seus beneficiários vinculados – sistema de rateio.

A aludida súmula ainda esclareceu que devem ser acolhidos a impugnação e/ou recurso ao Aviso de Beneficiário Identificado que evidenciem operação com preço pós-estabelecido avençada com o contratante, no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde. Entretanto, tais operações não poderão ser praticadas, devendo ser cessadas pelas operadoras de planos de saúde, tendo em vista que se caracteriza como sistema de desconto, operação vedada expressamente pela RN nº 40/03.

4. Prescrição da cobrança de Ressarcimento ao SUS

Em âmbito jurídico, há uma discussão sobre qual seria o prazo aplicável quanto à prescrição da cobrança do Ressarcimento ao SUS encaminhada pela ANS.

Há quem defenda – assim como assevera Carlos Mário da Silva Velloso³ – que, para a cobrança do ressarcimento, a ANS teria o prazo estabelecido no Código Civil, em seu artigo 206, inciso IV, qual seja, três anos. Contudo, existe a vertente jurídica defensora do prazo prescricional de cinco anos estabelecido no artigo 1º, da Lei 9.873, de 23 de novembro de 1999, sendo as operadoras de planos de saúde suplementares aquelas que buscam por meio do judiciário a desoneração do dever de quitação dos valores impostos.

Apesar de tal discussão, em decisão recente⁴, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que o prazo máximo estipulado para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar encaminhe a cobrança à operadora é de cinco anos. Isso, porque trata-se de matéria regida pelo Direito Administrativo, bem como pelo fato da omissão do art. 32 da Lei 9.656 de 1998 quanto ao prazo torna aplicável o descrito no Decreto nº 20.910 de 6 de janeiro de 1932, vejamos:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL
666802/RS – MINISTRO HERMAN BENJAMIN

EMENTA: PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO DEVIDO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS PELAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. ART. 32 DA LEI 9.656/98. PRAZO PRESCRICIONAL. APLICAÇÃO DO DECRETO 20.910/32. SÚMULA 83/STJ.
(BRASIL. Decreto nº 20.910 de 6 de janeiro de 1932)

A discussão trazida à tona, dá-se principalmente pelo fato de as operadoras receberem cobranças de períodos posteriores aos três anos estabelecidos pelo Código Civil, o que tornaria a dívida prescrita, diminuindo, assim, os valores a serem ressarcidos.

Com vistas a evitar esse impasse, a ANS tem formado uma “força-tarefa” a fim de que os atendimentos financiados pelo SUS sejam encaminhados às operadoras responsáveis por seus beneficiários atendidos em um lapso temporal menor. Daí, se explicam os altos gastos que as operadoras têm destinado ao ressarcimento, o que, em muitos casos, são superiores aos lucros auferidos, gerando uma preocupação a elas pela possibilidade de uma iminente falência.

Diante da posição dos tribunais, resta evidente que o prazo prescricional de três anos nos termos estabelecidos no artigo 206, § 3º, inciso IV, do Código Civil dificilmente será admitido pelo Judiciário, exaurindo o embate que gira em torno do tema do prazo prescricional, determinando que esse se dará em cinco anos.

Sendo assim, observa-se que há ao menos três correntes que discutem sobre o prazo prescricional do Ressarcimento ao SUS.

3 Parecer exarado em 7 de dezembro de 2010, pelo ex-Ministro do STF, concedido às entidades ABRAMGE, FENASAÚDE, UNIMED BRASIL, p. 35.

4 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Processual Civil e Administrativo. Agravo em Recurso Especial nº 699.949 – PR 2015/0072794. Relator: Ministro Mauro Campbell Marques. Brasília, DF, 12 de maio de 2015.

Para aqueles que defendem a natureza tributária do ressarcimento, a prescrição seguiria a regra do Código Tributário Nacional – CTN – cinco anos. É o prazo, até então, observado pela ANS.

Em março de 2012, uma decisão da 6ª Vara da Justiça Federal em São Paulo defendeu a prescrição do ressarcimento em três anos (C.C. 2002), destacando a natureza cível desse instituto. Existem muitos trabalhos na doutrina com argumentos fortes nesse sentido.

Existe ainda um entendimento, emanado do TCU – Tribunal de Contas da União, de que o ressarcimento seria imprescritível.

Certamente, uma decisão definitiva sobre a questão da prescrição no Ressarcimento ao SUS ainda demorará algum tempo.

5. Recomendações sobre Ressarcimento ao SUS às operadoras do Sistema Unimed diante do cenário atual

1. Consulte as respectivas assessorias jurídicas a respeito das ações judiciais que, porventura, tramitam sobre o assunto, bem como o índice de sucesso nas impugnações e nos recursos administrativos.
2. Verifique se as áreas Contábil e Financeira estão contabilizando e ativando adequadamente o ressarcimento, visando evitar contestações por parte da DIOPE.
3. Sugere-se, que as áreas Contábil e Financeira sejam instadas a realizar as simulações para parcelamento, tendo como base a Resolução Normativa nº 04/02 da ANS (não há, no momento, sinais claros de um novo programa de regularização de débitos não tributários).
4. A operadora ainda deve checar se transita pelo seu sistema de gestão as despesas ressarcidas ao SUS. Caso contrário, é importante criar o “prestador SUS”, que será uma ferramenta indispensável para reunir informações históricas de atendimentos realizados em beneficiários da operadora na saúde pública.
5. Considere o montante cobrado de Ressarcimento ao SUS na precificação dos produtos da operadora, bem como na revisão de tabelas de vendas dos planos de saúde individuais e coletivos.
6. Sopesem, ao calcular a sinistralidade dos planos coletivos em pré-pagamento, também o que foi pago a título de Ressarcimento ao SUS. Essas despesas são assistenciais e devem ser consideradas na determinação do índice de reajuste do contrato coletivo. Somente assim, será possível equilibrar o contrato coletivo e evitar a utilização excessiva no SUS, algumas vezes até estimulada pela própria pessoa jurídica contratante.
7. Nos contratos em pós-pagamento, recomenda-se a inclusão, via aditivo contratual, de cláusula que legitime o repasse às pessoas jurídicas contratantes dos atendimentos realizados no SUS, inclusive com a incidência da taxa de administração. Somente dessa forma, poderá coexistir Ressarcimento ao SUS e planos de saúde em pós-pagamento.

8. Revejam o tratamento dado, no momento, às atuais e futuras ABIs. A operadora deve apresentar impugnações administrativas e técnicas, se houver argumentos. Para o residual, a operadora deve pagar, evitando encargos e recursos meramente procrastinatórios. Ações judiciais devem ser propostas para aqueles casos em que alguma alegação técnica ou administrativa não tenha sido acatada pela ANS no processo administrativo, a operadora possua prova inequívoca da sua inexigibilidade, ou em situações que ainda exista alguma pendência de decisão judicial definitiva – como prescrição –, como a aplicação do artigo 32 da Lei nº 9.656/98 aos planos antigos e em planos em pós-pagamento, ou a questão do IVR, já abordada anteriormente.

TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Daniel Infante Januzzi de Carvalho

Resolução Normativa – RN nº 89/05
Resolução Normativa – RN nº 103/05

1. Introdução

Ao instituir a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como uma autarquia especial, a Lei nº 9.961/00 se preocupou em como ela seria custeada, justamente para lhe assegurar autonomia administrativa (mandato fixo dos seus dirigentes), financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos. Dessa forma, a agência teria liberdade para proferir decisões eminentemente técnicas.

Ao contrário do que muitos pensam, recursos oriundos de Ressarcimento ao SUS e da aplicação de multas não se direcionam diretamente à ANS. Uma parte até a abastece, via dotação orçamentária. Contudo, o que, de fato, sustenta diretamente a ANS é a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar – TSS, traduzindo-se em uma receita da ANS, constituindo seu patrimônio, tal como preconiza a Lei nº 9.961/00.

O fato gerador da Taxa de Saúde Suplementar – TSS é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído (Art. 145, II da CF/88).

Muitas operadoras contestam a legalidade da TSS, especialmente em razão dos seus valores terem sido fixados por uma resolução (RDC nº 10 da ANS), e não por uma lei em sentido estrito, como determina o Código Tributário Nacional – CTN. Atualmente, a questão já foi praticamente dirimida por importantes tribunais brasileiros, inclusive o Superior Tribunal de Justiça – STJ, que reitera que a TSS, calculada sobre o número de beneficiários, é indevida, conforme o julgado abaixo:

AgRg no RECURSO ESPECIAL Nº 1.503.785 – PB (2014/0324205-3)
AGRAVANTE: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
AGRAVADA: UNIMED PATOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO: Dr. CAIUS MARCELLUS DE ARAUJO LACERDA
RELATOR: MINISTRO HUMBERTO MARTINS

EMENTA

TRIBUTÁRIO. TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR – TSS. BASE DE CÁLCULO EFETIVAMENTE DEFINIDA NA RESOLUÇÃO RDC N. 10. VIOLAÇÃO DO ART. 97, I E IV, DO CTN. INEXIGIBILIDADE DO TRIBUTO. PRECEDENTES. SÚMULA 83/STJ.

Consoante precedentes de ambas as Turmas da Primeira Seção, a Taxa de Saúde Suplementar – TSS, prevista no art. 20, inciso I, da Lei nº. 9.961/2000, é inexigível, em decorrência da ofensa ao princípio da legalidade estrita, visto que sua base de cálculo somente fora definida pelo art. 3º da Resolução nº 10 da Diretoria Colegiada da ANS. Aplicação da Súmula 83/STJ. Agravo regimental improvido.

O Tribunal Regional Federal de 4º Região também já simulou a matéria, nos seguintes termos:

Súmula nº 89 TRF 4ª Região – A instituição da base de cálculo da Taxa de Saúde Suplementar (TSS) por resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (RDC nº 10, de 2000) afronta o princípio da legalidade tributária, conforme o disposto no art. 97, IV do CTN. Embora a Taxa de Saúde Suplementar tenha sido instituída pelo artigo 20, I, da Lei nº 9.661/2000, sua base de cálculo somente veio a ser definida pelo art. 3º da Resolução RDC nº 10/2000, em ofensa ao disposto no artigo 97 do CTN e ao princípio da legalidade.

2. Espécies da TSS

O artigo 20 da Lei nº 9.961/98, bem como o artigo 3º da RN nº 89/05, relacionam todas as espécies de Taxas de Saúde Suplementar – TSS que devem ser observadas pelas operadoras de planos de saúde, a saber:

- Taxa por plano de assistência à saúde – TPS – R\$ 2,00/ beneficiário/ano
- Taxa por registro de produto – TRP – R\$ 1.000,00/por produto
- Taxa por registro de operadora – TRO – R\$ 2.000,00
- Taxa por alteração de dados do produto – TAP – R\$ 500/por produto
- Taxa por alteração de dados da operadora – TAO – R\$ 1.000
- Taxa por pedido de reajuste de contraprestação pecuniária – TRC – R\$ 1.000,00

2.1. Taxa por Plano de Assistência à Saúde

A taxa por plano de assistência à saúde – TPS deverá ser recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano, e será calculada considerando a quantidade de beneficiários, a cobertura e a área de abrangência geográfica dos planos privados de assistência à saúde, bem como a segmentação/classificação (RDC nº39/00) da operadora.

O valor da TPS a ser recolhido será o resultado da multiplicação de R\$ 5,39 pelo número médio de usuários de cada plano, deduzido o percentual total de descontos apurados por abrangência geográfica e a cobertura assistencial, conforme anexos da RN nº 89/05.

O número de beneficiários (informações do SIB), para fins de recolhimento da TPS, será calculado pela média aritmética de usuários, considerados os três meses que antecederem o mês do recolhimento. Para o cálculo, será considerado o total de beneficiários aferido no último dia útil de cada mês, excluído o total de beneficiários maiores de 60 anos, bem como aqueles que completarem essa idade no trimestre considerado.

Há a previsão de desconto correspondente a 5% sobre o valor final da TPS final a ser recolhida para aquelas operadoras com número de beneficiários inferior a 20 mil que optarem pelo recolhimento em parcela única, realizado até o último dia útil do primeiro decêndio do mês de março. Entretanto, a maioria das operadoras prefere pagar a Taxa por Planos de Assistência à Saúde em quatro parcelas anuais, que vencem no último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro.

A Resolução Normativa – RN nº 89/05 estabeleceu que todos os cálculos serão efetuados eletronicamente, com o preenchimento pela operadora da tela “Sistema de Cálculo e Emissão da GRU”, disponibilizada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na Internet (www.ans.gov.br), e posterior emissão automática da Guia de Recolhimento da União – GRU.

2.2. Taxa por Atos de Saúde Suplementar

Os atos de saúde suplementar previstos pela Lei nº 9.961/00 e RN nº 89/05 são: registro de produto, alteração de dados de produto, registro de operadora, alteração de dados de operadora e pedido de reajuste de contraprestação pecuniária.

Há previsão de desconto de 50% na taxa por atos de saúde suplementar para operadoras com menos de 20 mil beneficiários.

Também existem duas exceções aos valores originais previstas na TAO e na TAP. Vejamos:

2.2.1. Taxa por Alteração de Dados da Operadora – TAO

O valor da TAO é de R\$ 2.696,73, com desconto de 50% para operadoras com menos de 20 mil beneficiários. Entretanto, há três alterações específicas em que o valor será de R\$ 1.348,37, sem

a possibilidade de desconto para operadoras com menos de 20 mil beneficiários. Esses casos estão descritos no parágrafo único do artigo 16 e no Anexo IV da RN nº 89/05, a saber:

- Alteração do nome fantasia (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)
- Alteração do endereço da sede da operadora (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)
- Alteração do representante legal ou representante junto à ANS (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)

Há também alguns casos de alterações de dados da operadora em que haverá isenção da TAO, como alteração no número do telefone, número do fax, endereço de correspondência e e-mail da operadora. Também não será objeto de pagamento de taxa a indicação do contador, atuário e auditor independente.

2.2.2. Taxa por Alteração de Dados do Produto

Tal como já demonstrado anteriormente, a taxa por alteração de dados de um produto terá valor de R\$ 1.348,37. Esse valor incidirá para as duas alterações de produtos admitidas pela legislação, quais sejam, o nome comercial de produto e a rede de prestadores hospitalares (detalhados em capítulo específico do presente manual).

Todavia, há na legislação casos em que haverá isenção da cobrança da TAP, a saber:

- Exclusão de prestador hospitalar por motivo de encerramento das atividades, desde que comprovado.
- Exclusão de prestador hospitalar da rede indireta, desde que o descredenciamento já tenha sido autorizado para a operadora intermediária.
- Inclusão de prestador hospitalar, em produtos com beneficiários, desde que não impliquem em ônus para os beneficiários.
- Inclusão ou exclusão de prestador não hospitalar da rede da operadora.
- Atualização do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da operadora.

3. Inadimplência

O não recolhimento da TPS nos prazos fixados ensejará a cobrança com acréscimo de juros de mora, na via administrativa ou judicial, à razão de 1% ao mês, contados a partir do mês seguinte ao do vencimento; e multa de mora de 10%, além da perda dos descontos.

O efetivo inadimplemento acarretará na inscrição da operadora no CADIN (Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgão e Entidades Federais), na dívida ativa na ANS, além da operadora não poder usufruir da concessão de incentivos fiscais e financeiros e ficar sujeita à Execução Fiscal promovida por procuradores da própria ANS – RN nº 103/05.

4. Repetição do indébito

Os valores pagos ou recolhidos pelas operadoras indevidamente, decorrentes de cobranças ou pagamentos espontâneos efetuados de forma indevida, ou a maior, ou nos casos de reforma, anulação, revogação ou rescisão de decisão condenatória, em razão de processo administrativo ou judicial, poderão ter sua restituição requerida.

A restituição estará condicionada à apresentação de requerimento da operadora que, além de justificativa, deverá conter razão social, número de registro junto à ANS, número de inscrição no CNPJ, nome do banco, número da agência e da conta-corrente a ser depositada a restituição, base de cálculo efetiva, o valor da receita arrecadada, o valor efetivamente devido e o saldo a restituir. Tal documento deverá ser protocolado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS acompanhado de cópia da respectiva GRU.

5. Parcelamento

As operadoras poderão parcelar eventuais débitos referentes à Taxa de Saúde Suplementar em até 60 meses, dependendo do valor devido, tal como preconiza a RN nº 4/02. Os pedidos de parcelamento deverão ser apresentados à ANS por meio de formulário específico Requerimento de Parcelamento de Débito - RPD, devidamente assinado pelo representante legal da operadora cadastrada na Agência, ou por procurador que detenha poderes específicos nos termos da lei, devendo, nesse caso, ser juntado ao requerimento o respectivo instrumento de procuração. O RPD deverá ser protocolado na sede da ANS, no Rio de Janeiro, ou encaminhado via correio, por meio de correspondência registrada, dirigida à Diretoria de Gestão - DIGES, Av. Augusto Severo, nº 84, 7º andar - Glória - CEP 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ. Cumpre salientar que o pedido de parcelamento importa em confissão irretratável do débito e configura confissão extrajudicial.

A operadora deverá indicar, no RPD, o número de parcelas e o respectivo valor para a quitação dos seus débitos, observados o valor mínimo de cada parcela (R\$ 1.000,00) e o total máximo de 60 prestações mensais e sucessivas, bem como deverá ser anexado documento comprobatório do pagamento da primeira parcela, com base no montante confessado e no número de parcelas pretendido.

A concessão do parcelamento, bem como o seu indeferimento, serão comunicados ao requerente, mediante ofício encaminhado para o endereço da operadora cadastrada na ANS.

O valor de cada parcela, por ocasião do pagamento, será acrescido de juros equivalentes à taxa referencial SELIC, acumulada mensalmente, calculados a partir da data do deferimento até o mês anterior ao do pagamento, e de 1% relativamente ao mês em que o pagamento estiver sendo efetuado.

Não são passíveis de parcelamento aqueles débitos cuja exigibilidade seja objeto de discussão em ação judicial proposta pelo devedor ou seu representante legal e que já tenham sido objeto de parcelamento, ainda que não integralmente pagos.

O vencimento das parcelas corresponderá ao último dia útil de cada mês, sendo devidas a partir do mês subsequente ao do protocolo do pedido.

O cancelamento do parcelamento será automático quando a operadora deixar de efetuar o pagamento de duas prestações, consecutivas ou não, ou se tratar de débito inscrito em Dívida Ativa, na ocorrência de irregularidades da garantia fidejussória, quando exigida.

A competência para concessão de parcelamento será:

- Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS, nos casos relativos ao ressarcimento ao SUS, antes de serem inscritos na Dívida Ativa da ANS.
- Do Diretor-presidente, nos casos relativos a TSS, às multas, ao ressarcimento previsto no § 2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 2000, e a outros recursos devidos à ANS, antes de serem inscritos na Dívida Ativa da ANS.
- Procurador-geral, em relação àqueles débitos inscritos na Dívida Ativa da ANS.

Veja o passo a passo para parcelamento, conforme disponível no site www.ans.gov.br:

- 1 – Informar** seu CNPJ (somente os oito primeiros dígitos), e a senha de acesso exclusivo, e clicar em OK.
- 2 – Verificar** se a senha da operadora apresentará problemas. Caso ocorra, retornar à tela anterior e acessar, na parte inferior, o link “Senha TXT”.
- 3 – Selecionar** a natureza do débito a ser parcelado e clicar em “Prosseguir”. A operadora deverá escolher as GRUs que pretende parcelar e clicar em “Calcular”. O sistema gerará a quantidade de parcelas e os respectivos valores. Caso a operadora informe um número de parcelas desejadas maior que o permitido por lei, o sistema efetuará os cálculos dentro dos limites legais.
- 4 – Caso queira desistir**, deverá clicar em “desistência da operação”, para que o sistema desfça os cálculos do parcelamento.
- 5 – Querendo prosseguir**, deverá clicar em “Requerimento de Parcelamento de Débito – RPD”.
- 6 – Para gerar** a primeira Guia de Recolhimento da União – GRU, relativa à primeira parcela, deve-se clicar no link “emissão de GRU”.
- 7 – Clicando** sobre o link “Requerimento de Parcelamento de Débito – RPD” e abrirá uma janela com o formulário a ser preenchido devidamente sob pena de indeferimento do pleito.
- 8 – Depois de preenchido**, o formulário deverá ser impresso e enviado, juntamente com o comprovante da primeira parcela quitada, à ANS.
- 9 – Em seguida**, acessar o link “emissão de GRU” e clicar na primeira coluna da tabela.
- 10 – A operadora deverá enviar** essa declaração à ANS, sob as penas da lei, de que não ingressou com nenhuma ação judicial, nem mesmo apresentou embargos à execução, questionando o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo I da referida RN 328 de 22/4/2013, ou, na hipótese de já tê-lo feito, cópia de petição de renúncia ao direito veiculado pela ação ou pelos embargos, devidamente protocolizada junto ao órgão jurisdicional competente, mais declaração, sob as penas da lei, de que não possui outras ações ou embargos discutindo o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo II da mesma **RN 328/2013**.

PROVISÕES TÉCNICAS

José Carlos da Silva Júnior

Resolução Normativa – RN nº 393/15

Introdução

As finalidades institucionais da ANS são promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, **regular as operadoras setoriais – inclusive, quanto às suas relações com prestadores e consumidores** – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (Art. 3º da Lei nº 9.961/98).

A RN 393/2015, conforme art. 1º, dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. No inciso I do art. 2º, delibera que Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde são pessoas jurídicas de que tratam a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, registradas na ANS.

1. Porte das operadoras

- Conforme incisos II, III e IV do Art. 2º da RN 393/2015, para efeito do que deve ser considerado para a determinação do porte nos aspectos referentes às Provisões Técnicas, vale a apuração da quantidade de beneficiários na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior. Sendo assim:
 - **Pequeno porte:** as OPS com número de beneficiários inferior a 20 mil.
 - **Médio porte:** as OPS com número de beneficiários a partir de 20 mil, inclusive, e inferior a 100 mil.
 - **Grande porte:** as OPS com número de beneficiários a partir de 100 mil, inclusive.

Por exemplo:

- OPS XXXXXX: quantidade de beneficiários em **31/12/2018**: 19.500
▷ **ao longo de 2019**, deverá ser considerada de **pequeno porte**.
- OPS YYYYYY: quantidade de beneficiários em **31/12/2018**: 99.990
▷ **ao longo de 2019**, deverá ser considerada de **médio porte**.
- OPS ZZZZZZ: quantidade de beneficiários em **31/12/2018**: 100.010
▷ **ao longo de 2019**, deverá ser considerada de **grande porte**.

O inciso V do art. 2º da RN 393/2015 define que as operadoras deverão observar os valores contabilizados no passivo, que devem refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde referente às provisões técnicas da normativa vigente.

1.1. Provisões

As provisões técnicas são apresentadas conforme incisos I a V do art. 3º. Sendo assim, para atender às boas práticas contábeis, as operadoras deverão constituir, mensalmente, as seguintes Provisões Técnicas:

- **Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – PESL**
 - Referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS.
- **Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA**
 - Referente à estimativa do montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e não tenham sido avisados à OPS, exceto quanto ao disposto no inciso II-A desse artigo.
- **Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS – PEONA SUS**
 - Referente à estimativa do montante de eventos/sinistros originados no Sistema Único de Saúde (SUS), que tenham ocorrido e não tenham sido avisados à OPS.
- **Provisão para Remissão**
 - Referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes.
- **Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas – PPCNG**
 - Referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu.

- **Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC**
 - Referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada.
- **Outras provisões**
 - Necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

1.2. Responsabilidade

As operadoras devem observar que as provisões PEONA, PEONA-SUS, Remissão e PIC deverão ser apuradas conforme metodologia atuarial definida por atuário legalmente habilitado e descrita em Notas Técnicas Atuariais de Provisões (NTAP).

O cálculo adequado e consistente das provisões é de responsabilidade da OPS e do atuário, devendo ser promovidos ajustes e/ou substituição da metodologia atuarial sempre que houver necessidade.

1.3. Prazos e comunicação

De acordo com o art. 5º, as operadoras estão obrigadas a comunicar à DIOPE, formal e previamente, a metodologia atuarial própria adotada, bem como a data-base contábil referente ao início da contabilização das provisões de que tratam os incisos II, II-A, III e IV-A do artigo 3º, quando estimadas por meio de metodologia atuarial própria.

Essa comunicação deverá ser assinada, pelo representante legal e pelo atuário responsável da OPS, e protocolada na ANS até o mês anterior à data-base contábil referente ao início de contabilização da provisão.

Portanto, a adoção de uma metodologia atuarial deve ser feita com antecedência mínima de 30 dias da data-base referente ao início de efetiva contabilização pelo novo método. Não havendo manifestação quanto à data-base contábil referente ao início de contabilização da provisão, será considerado o mês seguinte à data de protocolo da comunicação na ANS.

A comunicação deve estar acompanhada:

- Relatório Circunstanciado de auditor independente, definido no Anexo III
- Da respectiva base de dados, definida no Anexo IV
- No caso da PEONA, do teste de consistência para o mínimo de 12 datas-bases, observando-se o disposto no Anexo II

Importante destacar que:

- O Relatório Circunstanciado de Auditoria Independente deve assegurar a fidedignidade e a consistência das informações encaminhadas na base de dados utilizada no cálculo das provisões e ser compatível com o período dos dados encaminhados;
- Qualquer base de dados encaminhada deve ser a mais atual possível e estar em consonância com os demonstrativos contábeis e os dados encaminhados via DIOPS-XML.

1.4. Armazenamento

- Conforme o art. 6º, as OPS ficam obrigadas a armazenar todas as informações utilizadas no cálculo das Provisões Técnicas, bem como todas as contidas no Anexo V desta Resolução.
- A ANS poderá solicitar, a qualquer tempo, as informações definidas no caput, sem prejuízo de outras informações que julgar necessárias.

2. Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – PESL

O art. 7º da RN 393/2015 delibera que a PESL deverá ser constituída pelo valor integral bruto de qualquer operação de resseguro, cobrado pelo prestador, no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial.

- Entende-se por notificação da ocorrência da despesa assistencial, para os fins descritos no caput, qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador de serviços de saúde e a OPS, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas, independentemente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de transmissão, direta ou indireta, que evidencie a realização de procedimento assistencial do beneficiário.
- A PESL abrange os valores a serem reembolsados aos beneficiários e pagos aos prestadores de serviços de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde – SUS e cooperados.
- Deverá contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a efetiva liquidação/pagamento do evento/sinistro.
- Nos casos das cooperativas, em que o prestador for o próprio cooperado e o regime de remuneração desse prestador for variável, dependendo exclusivamente do resultado mensal apurado pela cooperativa, o valor poderá ser informado após a apuração do resultado mensal, porém, no mesmo mês de competência.
- Nos casos em que os atendimentos forem efetuados na rede assistencial pertencente à OPS, ou seja, que opere no mesmo CNPJ, o valor será apurado por um critério de rateio e,

nesse caso, só será conhecido no último dia do mês. Portanto, o valor poderá ser informado após a apuração do rateio, porém, no mesmo mês de competência.

- O ressarcimento ao SUS deve ser contabilizado como evento/sinistro no momento do recebimento do aviso, observando os critérios definidos pela regulamentação específica em vigor.

3. Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA

O art. 8º da RN 393/2015 delibera que a PEONA, a ser constituída mensalmente por todas as OPS, deverá ser estimada atuarialmente, ressalvado o disposto no artigo 11.

Para fins de estimativa de PEONA, as operadoras devem considerar as operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários, como definidas na RN 435/2018, para dimensionamento da expectativa de utilização dos serviços de assistência médica e/ou odontológica.

Conforme o art. 9º da RN 393/2015, a ANS poderá determinar alterações na forma de apuração de cálculo da PEONA quando houver:

- Constantes disparidades entre os valores apurados da provisão e os eventos/sinistros efetivamente observados ao longo do tempo;
- Utilização de dados inconsistentes para a apuração da provisão;
- A não contabilização da provisão de acordo com o valor estimado atuarialmente;
- Não observância de qualquer regra disposta nesta Resolução.

Uma vez determinada a forma de apuração de cálculo da PEONA pela ANS, a OPS não poderá apresentar nova proposta até que todos os problemas ou inconsistências que motivaram a determinação da ANS sejam comprovadamente solucionados.

3.1. PEONA para operadoras de grande porte

O art. 10º da RN 393/2015 determina que as operadoras de grande porte, conforme inciso IV do art. 2º, deverão adotar metodologia atuarial de cálculo de PEONA, desde 1º de janeiro de 2017.

A operadora deve passar a utilizar a metodologia atuarial de cálculo da PEONA em até 6 meses após o mês em que a sua carteira exceder 100 mil beneficiários, comunicando à ANS e observando o disposto nos artigos 4º, 5º e 6º da RN 393/2015.

3.2. PEONA para operadoras de médio e pequeno portes

O art. 11º da RN 393/2015 dispõe que, para o cálculo da PEONA, as operadoras de pequeno e médio portes, classificadas conforme II e III do art. 2º, poderão adotar a aplicação dos percentuais abaixo, observando o maior entre os seguintes valores:

- 8,5% do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 meses, na modalidade de preço preestabelecido;
 - 10% do total de sinistros/eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 meses.
- ✓ É facultativa a constituição da PEONA para as OPS classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo de pequeno porte.
 - ✓ Para as OPS com menos de 12 meses de operação, os valores previstos nos incisos I e II deste artigo, deverão ser calculados considerando o total de meses de atividade.
 - ✓ As OPS que, para atendimento aos beneficiários vinculados a contratos de preço preestabelecido, realizam operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos, nos termos do inciso I do art. 3º da RN nº 430, de 2017, com remuneração acordada com a operadora prestadora em preço pós-estabelecido, deverão considerar o valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade nos cálculos previstos nos incisos I e II deste artigo, adicionando-o ao total de contraprestações/prêmios líquidos e ao total de eventos/sinistros do período.

De acordo com o art. 12º da RN 393/2015, as operadoras de médio e pequeno portes que adotam metodologia atuarial para cálculo da PEONA não podem retornar ao uso dos percentuais descritos no art. 11, salvo por determinação da ANS.

3.3. Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS – PEONA SUS

De acordo com o Art. 12-A e B, a PEONA SUS deverá ser constituída com base em metodologia atuarial consistente, utilizando a base de dados da própria operadora.

Caso a operadora não possua metodologia atuarial que atenda aos requisitos da presente RN, deverá observar, para cálculo da PEONA SUS, o disposto no Anexo VIII desta RN.

3.4. Orientações gerais sobre PEONA e PEONA SUS

- Caso a metodologia atuarial adotada na NTAP de PEONA ou de PEONA SUS seja a da “Sinistralidade Esperada”, o percentual de sinistralidade considerado deverá ser justificado e estar acompanhado de seu respectivo embasamento técnico.

- Para OPS com experiência de, no mínimo, 12 meses, a NTAP de PEONA deverá conter, anexo, o teste de consistência da metodologia atuarial.
- Quando a metodologia atuarial de cálculo de PEONA for obtida com base na diferença entre a estimativa do total de eventos/sinistros ocorridos e não pagos e o total de eventos/sinistros a liquidar, não poderão ser considerados os valores referentes às disputas judiciais e aos ressarcimentos ao SUS, salvo quando devidamente justificados e autorizados pela ANS.
- Para fins de cálculo ou de apuração das contraprestações/prêmios a que se refere o inciso I do artigo 11 da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como contraprestações líquidas/prêmios retidos.
- Para fins de cálculo ou de apuração dos eventos/sinistros a que se refere o inciso II do artigo 11 da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como eventos/sinistros conhecidos ou avisados e suas deduções, exceto as variações de PEONA e os montantes relativos aos eventos/sinistros originados no SUS.

3.5. Relatório Circunstanciado – PEONA e PEONA SUS – Anexo III

O Relatório Circunstanciado de auditor independente deve ser registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, versando sobre a fidedignidade da base de dados e consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML, observado o disposto no anexo III da Resolução Normativa – RN nº 393/2015. Sendo que as informações apresentadas nele devem contemplar, no mínimo, os seguintes aspectos sobre os dados que forem utilizados para a elaboração de estimativa da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA:

- a) Asseguração de que as informações sobre datas de ocorrência, datas de aviso/registo contábil e valores avisados de eventos/sinistros indenizáveis, constantes da base de dados, são fidedignas em relação aos dispositivos contratuais, controles gerenciais e financeiros da OPS e/ou lançamentos contábeis (contratos, aditivos, balancetes, notas fiscais etc.) que suportam tais informações;
- b) Asseguração de que as informações de data de pagamento e valores pagos de eventos/sinistros indenizáveis, quando forem contempladas na base de dados, são fidedignas em relação aos dispositivos contratuais, controles gerenciais e financeiros da OPS e/ou lançamentos contábeis (lançamentos contábeis, notas fiscais etc.) que suportam tais informações;
- c) Comparação do total de valores avisados de eventos/sinistros indenizáveis, por data de aviso/registo contábil, em relação aos valores de eventos indenizáveis constantes dos demonstrativos contábeis e das informações encaminhadas à ANS por meio do DIOPSXML, definindo percentualmente a eventual diferença.

- As conclusões e os procedimentos adotados pelo auditor deverão constar em seus relatórios, de forma clara e explícita, e se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quanto à metodologia atuarial de cálculo da provisão – cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

3.6. Base de dados – PEONA

A operadora deverá dispor, a qualquer tempo, em meio digital, dos dados atualizados a que se referem os itens I e II deste Anexo, para envio e/ou verificação da ANS quando solicitados.

I) Formato de base de dados de eventos indenizáveis:

As avaliações da metodologia atuariais de cálculo de PEONA deverão estar acompanhadas de base de dados, em consonância com os demonstrativos contábeis e o DIOPS. No caso da PEONA SUS, deverão estar em consonância com os dados de ressarcimento divulgados mensalmente pela ANS. A base de dados deve ser arquivada em meio digital na formatação .xls, .dbf, .mdb ou .txt e considerando no mínimo as seguintes informações:

ARQUIVO CONTENDO BASE DE DADOS DE EVENTOS INDENIZÁVEIS					
Colunas	Campo	Descrição	Tipo	Tamanho do campo	Casas decimais
1	MÊS/ANO DE OCORRÊNCIA	Data de ocorrência dos eventos (mm/aaaa)	Data	6	
2	MÊS/ANO DE AVISO	Data de aviso dos eventos (mm/aaaa)	Data	6	
3	VALOR_AVISADO	Valor avisado	Numérico	16	2
4	MÊS/ANO DE PAGAMENTO	Data do pagamento dos eventos (mm/aaaa)	Data	6	
5	VALOR_PAGO	Valor pago	Numérico	16	2

Obs. (1): a data de aviso a constar na base de dados deverá ser aquela do reconhecimento contábil.

Obs. (2): os campos 4 – Mês/Ano de pagamento e 5 – Valor pago serão obrigatórios no caso da metodologia atuarial definida para o cálculo da PEONA se basear na estimativa dos valores dos eventos ocorridos e não pagos.

Obs. (3): a totalização dos valores avisados deverá ser feita por Mês/Ano de ocorrência e Mês/Ano de aviso. Caso a base de dados inclua os valores pagos, a totalização dos valores avisados e dos valores pagos também deverá observar o Mês/Ano de pagamento.

Obs. (4): no caso da comunicação estabelecida, no §2º do Art. 5º, a base de dados deverá contemplar, no mínimo, 30 datas-bases, devendo as datas serem compatíveis com o teste de consistência também apresentado.

Obs. (5): as operadoras também devem considerar nessa base de dados de eventos as informações sobre eventuais operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários para dimensionamento da expectativa de utilização dos serviços de assistência médica e/ou odontológica.

3.7. Base de dados – PEONA SUS

Bases técnicas para o cálculo da PEONA SUS por operadoras que não possuem metodologia atuarial própria:

1. As operadoras que não possuam metodologia atuarial própria para cálculo da Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS – PEONA SUS, comunicada à DIOPE nos termos da presente Resolução, para cálculo da PEONA SUS, deverão observar o menor entre os seguintes valores:

I - 115% do total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS);

II - Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS).

O Fator Individual de PEONA SUS será aquele resultante da aplicação da seguinte fórmula para cada operadora:

$$\sqrt[6]{\prod_A^B \frac{PEONA\ SUS}{Eventos\ SUS\ (24\ meses)}}$$

Em que:

- i. “A” refere-se ao 3º trimestre de 2014, que é o primeiro trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
- ii. “B” refere-se ao 4º trimestre de 2015, que é o último trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
- iii. PEONA SUS é o montante referente à soma dos valores devidos de procedimentos, cobrados ou passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS para os quais não foram emitidas GRU, ocorridos até o fim do trimestre de referência, mas ainda não notificados como devidos pela ANS à operadora até o fim do referido trimestre. São considerados como valores devidos passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS aqueles procedimentos que não foram impugnados e cujo prazo de impugnação terminou, os indeferidos em 1ª instância e não recorridos, e os não providos em 2ª instância;
- iv. Foram consideradas nos Eventos SUS (24 meses) as notificações de ressarcimento ao SUS cujos prazos de impugnação terminaram e não foram impugnados pela operadora, os indeferidos pela ANS em 1ª instância e não recorridos, os não providos em 2ª instância e os cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU).
 - 1.1. Foram considerados 6 trimestres de referência para o cálculo, sendo o primeiro referente ao 3º trimestre de 2014 e o último referente ao 4º trimestre de 2015.
 - 1.2. O percentual atribuído à operadora é 0 (zero) quando:
 - 1.2.1. A operadora não tiver EONA SUS nos dois últimos trimestres utilizados no cálculo;
 - 1.2.2. O resultado da média geométrica da divisão da PEONA SUS pelos Eventos SUS (24 meses) for menor ou igual a 0,00009999.
 - 1.3. Sendo nulo o valor da EONA SUS em qualquer trimestre utilizado no cálculo, com exceção dos dois últimos, imputa-se o valor de 1×10^{11} à EONA SUS daquele trimestre.
2. Serão considerados no montante total de eventos avisados nos últimos 24 meses de que tratam os incisos I e II do presente anexo, as notificações de ressarcimento ao SUS que atendam aos mesmos critérios estabelecidos no subitem iv do item 1.1.
3. A ANS divulgará mensalmente, por operadora, o Fator Individual de PEONA SUS e o montante de eventos avisados nos últimos 24 meses de que trata o item 1, no Espaço da Operadora do site institucional da ANS.
4. O(s) relatório(s) técnico(s) que tratam da definição do Fator Individual de PEONA SUS serão disponibilizados no site institucional da ANS, na seção de “Dados do Setor > Dados e Indicadores do Setor > Operadoras de planos privados de saúde”, sob o título “Nota Metodológica para definição de percentual padrão para PEONA SUS (especificando o ano de apuração)” até 30 de junho do ano.
5. Os valores calculados de Fator Individual de PEONA SUS, a partir da base de dados do Ressarcimento ao SUS, serão divulgados na Central de Relatórios do Espaço das Opera-

doras do site institucional da ANS, ou em outro espaço que o substitua, sendo objeto de estudo anualmente, a ser divulgado até 30 de junho de cada ano.

4. Provisão para Remissão

O art. 13 da RN 393/2015 dispõe que a Provisão para Remissão deverá ser constituída integralmente, por metodologia atuarial, no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente, devendo ser suficiente para refletir a despesa assistencial esperada dos beneficiários durante todo o prazo restante do benefício.

- Para fins dessa norma, consideram-se cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde as que preveem a manutenção de cobertura de assistência à saúde, com dispensa de pagamento da contraprestação/prêmio, no caso de ocorrência de um fato futuro e incerto previsto contratualmente.
- A operadora deverá comunicar à ANS a existência de contratos de remissão das contraprestações/prêmios e a existência de beneficiários remidos.
- A existência de algum contrato de remissão não implica, necessariamente, na existência de beneficiários remidos e na constituição da respectiva provisão.
- Para novos contratos, a comunicação deverá ser feita imediatamente.
- A constituição de Provisão para Remissão será de obrigatoriedade da OPS que assumir a responsabilidade pela cobertura dos riscos dos beneficiários remidos nas condições contratuais pactuadas.
- A ANS poderá determinar alterações na forma de apuração de cálculo da remissão caso seja detectada alguma irregularidade.

4.1. Orientações gerais sobre remissão

Caso a operadora repasse seus remidos para outra OPS, deverá comunicar na correspondência a existência de contratos com a cláusula de remissão e a para qual OPS o remido será repassado.

- Importante esclarecer que tal correspondência deverá informar apenas a existência da cobertura de remissão e a existência de beneficiários remidos.
- Não há necessidade da operadora encaminhar informação referente aos contratos individuais comercializados ou informações individualizadas de beneficiários remidos. Entretanto, a qualquer tempo, a ANS poderá solicitar o envio de informações mais específicas e da base de dados estabelecida, no item II, do Anexo IV.

4.2. Metodologia da Provisão para Remissão

- A metodologia atuarial de cálculo referente à Provisão para Remissão deve levar em consideração a expectativa de despesas assistenciais (médico-hospitalares e/ou odontológicas) durante o prazo de remissão concedido;
- No cálculo de apuração da expectativa de despesa assistencial, o atuário deverá observar se a base de dados utilizada apresenta consistência estatística suficiente;
- Caso a apuração da expectativa de despesa assistencial seja feita por faixa etária, estas deverão ser apresentadas no cálculo;
- A Provisão para Remissão deverá ser calculada ao fim de cada mês, considerando-se como período inicial o mês do fato gerador do benefício de remissão;
- Deve ser demonstrada a formulação de cálculo da Provisão para Remissão na entrada de gozo do benefício e a sua sistemática de cálculo mensal.

4.3. Relatório Circunstanciado – Remissão – Anexo III

- Para a elaboração de estimativa da Provisão para Remissão, os dados a serem utilizados são: avaliação das informações de datas de início e fim de gozo do benefício, data de nascimento ou idade e sexo do beneficiário remido e valores de despesa assistencial por exposto utilizado no cálculo constante na base de dados e sua fidedignidade em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis (contratos, aditivos, balancetes etc.) que suportam tais informações.
- As conclusões e os procedimentos adotados pelo auditor deverão constar de seus relatórios, de forma clara e explícita, e se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quanto à metodologia atuarial de cálculo da provisão – cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

4.4. Base de dados – Remissão

A operadora deverá dispor, a qualquer tempo, em meio digital, dos dados atualizados a que se referem os itens I e II desse Anexo, para envio e/ou verificação da ANS quando solicitados.

- I. Formato de base de dados de beneficiários remidos: anexa à NTAP para Remissão, a base de dados deverá ser arquivada em meio digital, contendo a informação do mês de referência dos dados, na formatação .xls, .dbf, .mdb ou .txt, considerando as seguintes informações:

Colunas	Campo	Descrição	Tipo	Tamanho do campo	Casas decimais
1	DT_NASC	Data de nascimento do beneficiário em gozo de benefício (remido)	Data	8	
2	DT_BENEF	Data do início de gozo do benefício	Data	8	
3	DT_FIM_BENEF	Data do término do benefício de remissão contratado. Caso vitalício, preencher 01010000	Data	8	
4	DESP_ASS	Valor da Despesa Assistencial por Exposto a ser utilizado no cálculo da Provisão para Remissão do beneficiário	Númérico	16	2
5	DAT_REF_INFO	Data de referência das informações (mm/aaaa)	Data	6	
6	SEXO	Informação do sexo do beneficiário (F – feminino, M – masculino)	Caractere	1	

Obs (1): o campo 5 - DAT_REF_INFO deve contemplar o mês a que se refere o cálculo da provisão, quando aplicável.

Obs (2): o campo 6 - SEXO deve ser preenchido obrigatoriamente, no caso da NTAP definir tábuas biométricas diferenciadas por sexo.

5. Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas – PPCNG

O art. 14 da RN 393/2015 dispõe sobre o cálculo da PPCNG que a operadora deve apurar, relativa ao período de cobertura mensal do risco, sendo formada pelo valor resultante da fórmula abaixo, nos contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data-base de sua constituição:

$$\text{PPCNG} = \text{Prêmio/Contraprestação mensal} \times \frac{\text{Período de risco a decorrer}}{\text{Período total de cobertura do risco}}$$

A PPCNG será calculada pro rata die, considerando a quantidade de dias compreendida entre o último dia do mês de cálculo e o último dia de cobertura mensal do risco para a obtenção do período de vigência do risco a decorrer.

As conclusões e os procedimentos adotados pelo auditor deverão constar de seus relatórios, de forma clara e explícita, e se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quan-

to à metodologia atuarial de cálculo da provisão – cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

6. Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC

O Art. 14-A e B dispõe que a PIC deve ser apurada considerando-se todos os contratos médico-hospitalares em preço preestabelecido e os seguintes períodos mínimos:

- I. Um ano, a partir da data-base de cálculo, para os contratos de planos médico-hospitalares individuais/familiares;
- II. Um ano a partir da data-base de cálculo ou até o final da vigência dos contratos, o que acontecer primeiro, para todos os contratos de planos médico-hospitalares não relacionados no inciso I.

As operadoras que não possuam metodologia atuarial própria para cálculo da PIC, comunicada à DIOPE nos termos do art. 5º, deverão utilizar como referência para a determinação do montante a ser provisionado o fator de insuficiência de contraprestações/prêmios (FIC), constante no Anexo VII desta RN, multiplicado pela soma dos valores das contraprestações pecuniárias de planos privados de assistência à saúde de preço preestabelecido nos últimos 12 meses.

- Para a elaboração de metodologia de cálculo da PIC ou outra provisão técnica não obrigatória, devem ser utilizados: avaliação da fidedignidade da base de dados utilizada na metodologia atuarial proposta pelo atuário responsável em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis (lançamentos contábeis, notas fiscais etc.) que suportam tais informações, quando aplicável.
- As conclusões e os procedimentos adotados pelo auditor deverão constar de seus relatórios, de forma clara e explícita, e se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quanto à metodologia atuarial de cálculo da provisão – cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

7. Outras provisões

O art. 15 da RN 393 dispõe sobre as Provisões Técnicas citadas no inciso V do artigo 3º, que são de caráter facultativo e deverão ser apuradas conforme a metodologia atuarial definida por atuário legalmente habilitado, em NTAP, a ser encaminhada para análise e aprovação da DIOPE, previamente à sua constituição.

Somente serão passíveis de análise e aprovação as NTAPs, de que trata o caput, das OPS que:

- I. Constituírem as demais Provisões Técnicas conforme exigido por esta resolução;

- II. Possuírem recursos próprios mínimos suficientes que atendam ao exigido na RN nº 209, de 2009, e suas alterações;
- III. Atenderem aos requisitos relativos ao lastro e à vinculação das demais Provisões Técnicas por Ativos Garantidores, conforme a regulamentação específica;
- IV. Estiverem em dia com a remessa das informações financeiras do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPS-XML e dos Termos de Responsabilidade Atuarial constantes do Anexo VI;
- V. Encaminharem, no mínimo, as informações constantes do Anexo V da presente Resolução, bem como a justificativa técnica para constituição da provisão;
- VI. Observem os critérios técnicos constantes do Anexo I desta Resolução, quando da elaboração da NTAP a ser enviada.

7.1. Base de dados de outras Provisões Técnicas

Segundo o art.16 da RN 393/2015, qualquer base de dados utilizada na apuração da Provisão Técnica definida no artigo 15 deverá ser encaminhada em planilha eletrônica, auditada e estar acompanhada de Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, versando sobre a sua fidedignidade e consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML.

7.2. Relatório Circunstanciado de outras Provisões Técnicas

Os procedimentos constantes no Relatório Circunstanciado a que se refere o caput deste artigo devem obedecer às normas de auditoria aplicáveis e considerar, no mínimo, os aspectos constantes no Anexo III desta Resolução.

- As conclusões e os procedimentos adotados pelo auditor deverão constar de seus relatórios, de forma clara e explícita, e se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quanto à metodologia atuarial de cálculo da provisão – cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

7.3. Orientações gerais de outras Provisões Técnicas

- O encaminhamento da NTAP à ANS não implica na aprovação automática, devendo a OPS aguardar autorização expressa da DIOPE para sua constituição.
- A aprovação da metodologia atuarial resulta na constituição imediata da provisão não permitindo a reversão da constituição contábil, exceto por determinação da ANS.
- Quanto às outras Provisões Técnicas:

- Deverão ser encaminhadas, à DIOPE, as NTAPs em versão original e acompanhadas por correspondência assinada pelo representante da OPS junto à ANS e observar, no mínimo, o definido no item 2 do anexo da RN 393/2015.
- As metodologias atuariais de cálculo constantes em notas técnicas atuariais aprovadas pela DIOPE só poderão ser modificadas mediante solicitação prévia de alteração a ser encaminhada à DIOPE para nova aprovação, acompanhadas de estudo técnico que a justifique.

8. Informações auxiliares obrigatórias

De acordo com o art. 19 da RN 393/2015, todas as informações utilizadas para cálculo das provisões técnicas que sejam calculadas por meio de metodologia atuarial própria deverão ser armazenadas pelas OPS, observando, pelo menos, as seguintes informações auxiliares mínimas:

- I. Base de dados, contendo, no mínimo, os requisitos definidos no Anexo IV da presente resolução;
- II. Termo de responsabilidade atuarial – deverá, ainda, ser encaminhado trimestralmente, em meio digital, no mesmo prazo estabelecido pela regulamentação em vigor para as informações financeiras do DIOPS-XML, contendo, no mínimo, os requisitos definidos no Anexo VI, da presente resolução;
- III. Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, versando sobre a fidedignidade e consistência dos dados do inciso I, com os demonstrativos contábeis quando do início de utilização da metodologia atuarial, contendo, no mínimo, os requisitos definidos no Anexo III da presente resolução, e sempre que solicitado pela ANS.

9. Disposições transitórias e finais

De acordo com o art. 20 da RN 393/2015, as OPS que, até o dia 31/12/2015, possuíam metodologia atuarial autorizada pela ANS para cálculo das Provisões Técnicas de que tratam os incisos II e III do artigo 3º deverão manter o cálculo utilizando a sua metodologia, passando a observar as informações auxiliares obrigatórias definidas no art. 19, bem como observar as demais determinações desta resolução, inclusive promover os ajustes e/ou a substituição da metodologia sempre que houver necessidade.

O art. 20-A e B dispõe que a PEONA SUS poderá ser constituída gradualmente, de forma linear, ao longo de 36 meses, a partir de janeiro de 2020 e os valores apurados da PIC também poderão ser constituídos de forma gradual e linear, ao longo de 36 meses, a partir de janeiro de 2020.

- O período da base de dados encaminhada deve ser compatível com o período da base de dados auditada;
- A versão original da NTAP encaminhada deverá conter a assinatura do atuário responsável, junto com o seu número de registro, e vir acompanhada de carta da OPS, assinada pelo representante legal;
- A NTAP deve observar os itens estabelecidos no Anexo I da RN 393/2015, tais como: objetivo, definições gerais e de parâmetros, formulações, base de dados e estatísticas com fontes, periodicidade de reavaliação, período de referência dos dados etc.;
- A metodologia atuarial proposta deve evitar itens subjetivos;
- Quando a ANS aprova uma metodologia, ela está aprovando o instrumento de cálculo da provisão e, não, o atuário que está assinando a NTAP. Ou seja, mudança de atuário responsável não é justificativa para mudança da metodologia aprovada.

10. Notas Técnicas Atuariais de Provisões – Anexo I

Seguem abaixo aspectos mínimos a serem observados na elaboração das Notas Técnicas Atuarias de Provisões.

- Os documentos relativos às Provisões Técnicas devem conter a assinatura do atuário habilitado e seu número de identificação profissional perante o órgão competente, e deverão permanecer à disposição da ANS.
- Quanto aos aspectos gerais, as Notas Técnicas Atuariais de Provisões – NTAPs deverão conter:
 - Objetivo da NTAP.
 - Definições gerais: no que couber, esse item deverá incluir a definição de termos técnicos necessária à perfeita compreensão da NTAP.
 - Bases técnicas:
 - ✓ Incluir a definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;
 - ✓ Incluir a especificação do critério técnico adotado na metodologia atuarial e a sua respectiva justificativa técnica;
 - ✓ No caso de utilização de tábuas biométricas, elas deverão ser reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Atuária – IBA e especificadas na NTAP;
 - ✓ No caso da utilização de índices financeiros de atualização, especificar o índice, o seu critério de aplicação e a sua referência;
 - ✓ Quando as bases técnicas contemplarem premissas de qualquer natureza, deverão estar fundamentadas tecnicamente pelo atuário responsável.
 - Metodologia atuarial de cálculo:
 - ✓ Apresentar as formulações utilizadas;

- ✓ Apresentar base de dados e estatísticas utilizadas, acompanhadas da especificação do período e das fontes, bem como do demonstrativo de cálculo;
- ✓ Quanto à reavaliação, deverão ser estabelecidos na NTAP a periodicidade, os critérios, o período de referência dos dados a serem utilizados e a sua formulação;
- ✓ Definição da periodicidade de cálculo e os critérios de constituição da Provisão, observando a legislação vigente;
- ✓ Quaisquer alterações adotadas na metodologia atuarial de cálculo da provisão deverão ser documentadas, contendo o embasamento técnico devido para alteração.

11. Observações para avaliação das Provisões Técnicas – Anexo II

- Para fins desta norma, entende-se como teste de consistência a comparação entre os valores de provisão estimados com os valores efetivamente observados, a fim de avaliar a adequação da metodologia atuarial constante da NTAP.
 - O período de escolha da data-base constante do teste de consistência deve ser suficiente para a avaliação da adequação da metodologia atuarial, considerando aspectos relacionados à sazonalidade.
- O atuário deve verificar se a metodologia atuarial constante da NTAP é adequada à realidade operacional da operadora, em especial, nas OPS em início de atividade, considerando, entre outros aspectos, a forma e o tempo de remuneração dos prestadores, justificando a sua adoção.

12. Relatório Circunstanciado de auditores independentes referentes a dados que acompanham as Notas Técnicas Atuariais de Provisões Técnicas – Anexo III

O Relatório Circunstanciado referente às bases de dados utilizadas na elaboração das metodologias atuariais de cálculo das provisões técnicas consubstanciadas em NTAP deverá obedecer às normas aplicáveis estabelecidas pelo Instituto dos Auditores Independentes do Brasil – IBRACON, visando assegurar a fidedignidade e consistência dos dados apresentados contemplando.

13. Bases de dados referentes às Provisões Técnicas – Anexo IV

A operadora deverá dispor, a qualquer tempo, em meio digital, dos dados atualizados a que se referem os itens I e II do anexo da RN 393/2015, para envio e/ou verificação da ANS quando solicitados.

14. Documentos e dados mínimos necessários para elaboração e acompanhamento da metodologia atuarial constante em NTAP – Anexo V

- As metodologias atuariais de cálculo de provisão consubstanciadas em NTAP devem ser arquivadas em conjunto com os seguintes itens, no mínimo:
 - a) Nota Técnica Atuarial de Provisão assinada por atuário legalmente habilitado, observados os aspectos mínimos constantes do Anexo I;
 - b) Teste de consistência da metodologia atuarial, em meio digital e físico, observados os aspectos constantes dos itens 1 a 4 do Anexo II;
 - c) Base de dados utilizada na elaboração e avaliação da metodologia atuarial de cálculo da Provisão Técnica, em meio digital, observados os formatos mínimos constantes do Anexo IV;
 - d) Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, em meio digital (.pdf) e físico, versando sobre a fidedignidade dos dados utilizados e sua consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML, observados os aspectos constantes do Anexo III;
 - e) Memória de cálculo detalhada da provisão, em meio digital, dos três meses mais recentes utilizados na avaliação da metodologia atuarial, com a respectiva base de dados utilizada;
 - f) Termo de Responsabilidade Atuarial, em meio digital (.pdf) e físico, observados os formatos mínimos constantes do Anexo VI.
- Os documentos estabelecidos acima deverão ser arquivados por, no mínimo, 5 anos, com exceção da NTAP, que deverá ser mantida por, no mínimo, 5 anos após o fim de sua vigência.
- Para as outras provisões técnicas, o estabelecido no item acima deverá ser enviado à DIOPE por meio de correspondência assinada por representante legal junto à ANS.

15. Termo de Responsabilidade Atuarial de Provisões Técnicas

Em relação ao Termo de Responsabilidade Atuarial das Provisões Técnicas, o contador deve observar os seguintes aspectos mínimos:

1. Deverá ser encaminhado, trimestralmente, pelas OPS que adotem metodologia atuarial para cálculo das provisões de que tratam os incisos II, II-A, III, IV-A e V, do artigo 3º, no mesmo prazo estabelecido pela regulamentação em vigor para as informações contábeis do Documento de Informações Periódicas – DIOPS, visando assegurar a fidedignidade e consistência das Provisões Técnicas calculadas, devendo seguir integralmente o modelo abaixo.
2. Deverá conter a assinatura do atuário, responsabilizando-se pelo cálculo da provisão, informando os valores apurados, bem como detalhando, sempre que necessário, quaisquer observações que se façam necessárias. Em caso de execução de serviço por prestador CIBA, o Termo de Responsabilidade Atuarial também deverá vir assinado pelo representante do mesmo.
3. Também deverá conter a assinatura do representante legal da operadora, que deverá se comprometer pela fidedignidade das informações fornecidas para cálculo das provisões, declarando ciência dos valores das Provisões Técnicas calculadas pelo atuário, bem como responsabilizar-se pelo registro contábil correto e pelo informado no DIOPS-XML.

Termo de Responsabilidade Atuarial de Provisões Técnicas

Eu, _____, telefone, e-mail, inscrito(a) no CPF sob o n.º _____, como atuário legalmente habilitado, com número de registro profissional _____, sou responsável pelo cálculo das Provisões Técnicas da operadora _____ (Razão Social) _____, registrada sob o n.º _____ na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, declaro, para os devidos fins de direito: A – que os trabalhos foram conduzidos de acordo com os princípios atuariais e as diretrizes estabelecidas pela regulamentação vigente. Dessa forma, as Provisões Técnicas foram verificadas e apuradas com base em metodologias atuariais de cálculo aderentes à realidade operacional da operadora; B – que, no quadro abaixo, estão dispostos os valores das provisões apuradas por mim para cada mês do X trimestre de XXXX:

Mês de Competência	PEONA	PEONA SUS	Provisão de remissão	PIC	Outras Provisões Técnicas (Especificar o nome)	Outras Provisões Técnicas (Especificar o nome)
mm/aaaa						
mm/aaaa						
mm/aaaa						

C – que executei testes que atestam a qualidade dos dados que serviram de base para a elaboração do cálculo da _____ (definir o nome(s) da(s) provisão(ões));

D – que, ao proceder à apuração da(s) Provisão(ões) de _____, foram observados fatos relevantes que ensejaram a adoção das seguintes medidas para adequação do cálculo: _____

E – assumir integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando à ANS, desde já, autorizada a fazer delas, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver; F – estar ciente que qualquer comissão ou omissão de informação, no que tange aos trabalhos por mim executados, que vier a dar causa à instauração do regime de direção fiscal e/ou liquidação extrajudicial nos últimos 12 meses à data de instauração, poderá levar a indisponibilidade dos meus bens, com base no disposto no inciso I, do § 3º, do art. 24-A, da Lei 9.656/1998.

Local e data:

Assinatura do atuário – Registro Profissional nº _____

Assinatura do atuário – CIBA nº _____

Eu, (nome representante), CPF nº _____, representante da operadora _____ (Razão Social), registrada sob o n.º _____ na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, declaro que as informações fornecidas para apuração das provisões técnicas são fidedignas e consistentes com os demonstrativos contábeis da operadora e das informações encaminhadas à ANS por meio do DIOPS-XML. Declaro ainda que estou ciente das informações anteriores e que os valores de provisões apuradas por metodologia atuarial foram refletidas nos registros contábeis da operadora e no DIOPSXML encaminhado à ANS.

Local e data:

Assinatura do representante

16. Fórmula de cálculo do Fator de Insuficiência de Contraprestação e Prêmio – FIC – Anexo VII

1. As operadoras que não possuam metodologia atuarial própria para cálculo da Provisão para Insuficiência de Prêmios/Contraprestações – PIC, comunicada à DIOPE nos termos da presente resolução, deverão utilizar como referência o fator de insuficiência de contraprestações/prêmios – FIC, calculado conforme abaixo:

$$\text{FIC} = \text{maior valores entre 0 (zero) e } \left(\frac{\text{EIL} + \text{DC} + \text{DA} + \text{Fcorresp}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Fcorresp}} - 1 \right)$$

Em que:

- i. Contraprestações efetivas são o montante de receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
 - ii. EIL: eventos indenizáveis líquidos registrados contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
 - iii. DC: despesas de comercialização registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês do cálculo;
 - iv. DA: despesas administrativas registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
 - v. Fcorresp: valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida ou transferida registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo.
2. Para fins de apuração das contraprestações/prêmios pelas quais deve ser multiplicado o FIC, como descrito no artigo 14-C da presente resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como contraprestações líquidas/prêmios retidos, adicionado o valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedidas ou transferidas.

ATIVOS GARANTIDORES DAS PROVISÕES TÉCNICAS

Claudinei Silva Santos

Resolução Normativa – RN nº 392/15

1. Introdução

A regulação prudencial, ou regulação econômico-financeira, estabelece garantias financeiras diante dos riscos da operação de plano de saúde. As garantias financeiras são traduzidas na exigência de provisões técnicas, ativos garantidores e recursos próprios mínimos, visando a liquidez e a solvência das operadoras para a continuidade e a qualidade do serviço contratado pelo beneficiário.

As exigências prudenciais não impedem por completo que uma operadora enfrente dificuldades ou recaia em insolvência, mas reduzem essa possibilidade e mitigam seus efeitos negativos.

Assim, a existência das garantias financeiras ou, a partir de agora, denominados ativos garantidores tem como principal objetivo fazer frente à necessidade de cobertura financeira às provisões técnicas.

Na lógica patrimonial das operadoras de planos de saúde, as provisões técnicas correspondem às obrigações (passivo), e os ativos garantidores, ao lastro.

Esses bens são fortemente protegidos pela legislação setorial, tendo sua movimentação restringida, conforme previsto nos artigos citados na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatória.

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Com o intuito de não engessar a gestão financeira das operadoras de planos de saúde em um primeiro momento, a ANS já autoriza a movimentação de parcela do lastro, a depender da situação. Claro que, para tanto, deve sempre ser buscado um patamar mínimo de segurança.

Exemplo: dependendo da característica da provisão, deve-se perceber quais ativos precisam estar vinculados/bloqueados ou não à ANS. Quando não há vinculação ou bloqueio, sua movimentação é livre, devendo a operadora mantê-los de forma autônoma, em nível compatível ao das provisões técnicas.

2. Aspectos gerais das garantias financeiras

Um aspecto que vale a pena ser explorado, é a percepção de que os ativos garantidores são uma “caixa-forte” a ser acionada sempre que há uma dívida assistencial a ser paga.

No processo de geração das informações contábeis nas operadoras de planos de saúde, há provisões específicas – também chamadas de garantias financeiras pela ANS – que são extremamente importantes na formação do resultado da empresa e posterior avaliação dos indicadores provenientes delas. As provisões exigidas pela Agência Nacional de Saúde têm por objetivo garantir que as operadoras atuem dentro de um padrão mínimo para atender os prestadores e usuários dos serviços oferecidos e, assim, realizar a manutenção do setor.

O órgão regulador do mercado de saúde considera que os ativos garantidores são de fundamental importância para a continuidade das operadoras, pois são eles que garantem, principalmente, a solvência delas, além de serem peças essenciais na qualidade das informações contábeis, pois dão maior segurança aos usuários.

3. Conceitos segundo a legislação vigente

3.1. Ativos Garantidores

São bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora ou pelo controlador, que lastreiam as provisões técnicas e seguem os critérios de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação estabelecidos na Resolução Normativa RN nº 392, de 2015.

O ativo garantidor é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica. Sendo que o registro das provisões técnicas no passivo (balanço patrimonial) representa o cálculo dos riscos esperados inerentes às operações de assistência à saúde. E os ativos garantidores são os recursos financeiros destinados a cobrir esses riscos, caso eles se traduzam em despesas.

Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e diversificação, de acordo com a sua natureza e os riscos inerentes, além do porte da operadora.

Notas:

Os ativos garantidores registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS não podem ser alienados ou de qualquer forma gravados, sem prévia e expressa autorização da ANS.

3.2. Provisões Técnicas

São valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde, conforme a regulamentação específica.

3.3. Fundos dedicados

Fundos dedicados são administrados por instituições financeiras conveniadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de aplicação exclusiva de participantes do setor de saúde suplementar, e cujas cotas podem ser utilizadas como ativos garantidores e são automaticamente vinculadas à ANS.

Atenção

As operadoras que optarem por aplicar seus ativos garantidores financeiros apenas em cotas de fundo dedicado ao setor de saúde suplementar deverão possuir a totalidade de suas provisões técnicas aplicadas nesse tipo de fundo e terão, por conseguinte, 100% desse valor bloqueado para movimentação.

3.4. Centrais de custódia

A centralização da manutenção escritural, guarda e titularidade de títulos e valores mobiliários em sistema de registro, objeto de custódia ou objeto de depósito central, em todos os casos, deve ser feita por instituições devidamente autorizadas pelo Banco Central do Brasil ou pela Comissão de Valores Mobiliários para desempenhar as referidas atividades nas suas respectivas áreas de competência, a exemplo de instituições tais como a BM&FBOVESPA, a Central de

Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos – CETIP e o Sistema Especial de Liquidação e Custódia – SELIC, de acordo com a espécie de ativo.

3.5. Imóvel assistencial

Bens imóveis de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador da operadora, direto ou indireto, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNE.

4. Categorização dos Ativos Garantidores

Os ativos das operadoras devem se enquadrar em uma das definições abaixo:

Ativos Garantidores

São todos os ativos indicados pela operadora para lastro das Provisões Técnicas, conforme o art. 2º da RN nº 392/2015. Sendo que os Ativos Garantidores são divididos em dois grandes grupos, Ativos Garantidores Vinculados e Ativos Garantidores Não Bloqueados.

4.1. Ativos Garantidores Vinculados

Parte dos ativos garantidores que está vinculada à ANS por meio de centrais de custódia, fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar ou averbação em cartório competente, e cuja movimentação ou desvinculação está sujeita à aprovação prévia da ANS.

Composição dos Ativos Garantidores Vinculados

PESL para eventos avisados em mais de 30 ou 60 dias, a depender do porte da operadora (art. 3º da RN nº 392/2015), PEONA, débitos sem depósito judicial, ressarcimento ao SUS sem parcelamento aprovado e outras provisões.

4.2. Ativos Garantidores Não Bloqueados

Parte dos ativos garantidores (lastro), previstos conforme o art. 2º e 3º da RN nº 392/2015, aplicados em conta individualizada em Centrais de Custódia, cuja movimentação não está sujeita à aprovação prévia da ANS.

Composição dos Ativos Garantidores Não Bloqueados

PESL para eventos avisados em menos de 30 ou 60 dias, a depender do porte da operadora (art. 3º da RN nº 392/2015).

Exemplo: no caso de uma operadora de grande porte (acima de 100 mil beneficiários), os ativos referentes aos eventos avisados até 30 dias não precisam estar vinculados. Se a operadora é de pequeno porte, esse limite sobe para eventos avisados até 60 dias.

4.3. Ativos Livres

Bens imóveis, títulos e valores mobiliários de propriedade da operadora, registrados no seu ativo (balanço patrimonial), que não visam o lastro das provisões técnicas.

5. Registro, vinculação, limites e diversificação na aplicação das Garantias Financeiras – Ativos Garantidores

Com relação a registro, vinculação, limites e diversificação de ativos, citamos abaixo os principais artigos que deverão ser observados pelas operadoras para atender aos requisitos estabelecidos na Resolução Normativa nº 392.

Art. 8. Observadas as limitações relativas aos limites de alocação e de concentração e às demais condições estabelecidas nesta resolução, os recursos garantidores das provisões técnicas devem ser alocados nas modalidades para a aplicação de recursos estipuladas no anexo da Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do Conselho Monetário Nacional – CMN, ou outra Resolução que venha a substituí-la.

Art. 9º. Os títulos e valores mobiliários financeiros que compõem os investimentos das operadoras, inclusive os que lastreiam as provisões técnicas, devem ser registrados contabilmente de acordo com as regras contábeis vigentes para o setor de saúde suplementa.

Art. 9º-A É responsabilidade das operadoras assegurar que todos os títulos e valores mobiliários que lastreiam as provisões técnicas sejam mantidos em contas individualizadas, próprias para o registro ou depósitos de ativos garantidores, junto às instituições referidas no inciso V do art. 4º, e registrados como garantidores das provisões técnicas, observando o disposto nesta resolução.

§ 1º A ANS consultará o montante total de aplicações mantidas nas contas referidas no caput a qualquer tempo.

Art. 10. As operadoras deverão manter em contas vinculadas à ANS, junto às instituições referidas no inciso V do art. 4º, os respectivos títulos e valores mobiliários registrados como ativos garantidores vinculados, nos termos desta resolução.

6. Limites de alocação e concentração

Com a finalidade de atender aos critérios estabelecidos na Resolução Normativa no. 392, a ANS disponibiliza, em seu portal, uma tabela de Ativos Garantidores com os respectivos limites permitidos para alocação por emissor, pois – como preconiza a legislação – a operadora deverá observar os seguintes artigos:

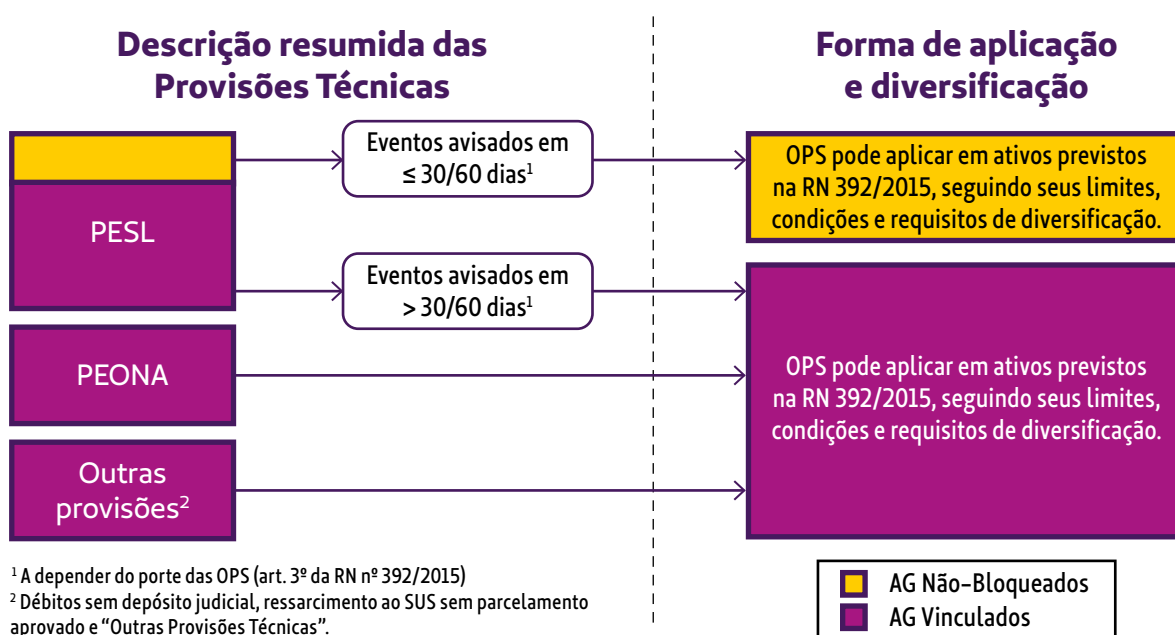
Art. 25. Aplicam-se aos ativos garantidores das operadoras as disposições cabíveis ao segmento de seguradoras vinculadas a operações em moeda nacional do anexo da Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do CMN, ou outra Resolução que venha a substituí-la, com exceção das especificidades do setor de saúde suplementar tratadas nesta RN. (Redação dada pela RN nº 419, de 2016)

§ 3º É excepcionalmente facultada às operadoras a aplicação dos recursos em um único fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar.

Art. 26. Os limites de alocação e de concentração, por emissor e por investimento, dos fundos de investimentos dedicados ao setor de saúde suplementar corresponderão àqueles autorizados para o segmento de seguradoras vinculadas a operações em moeda nacional no anexo da Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do CMN, ou outra Resolução que venha a substituí-la, observado o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 25.

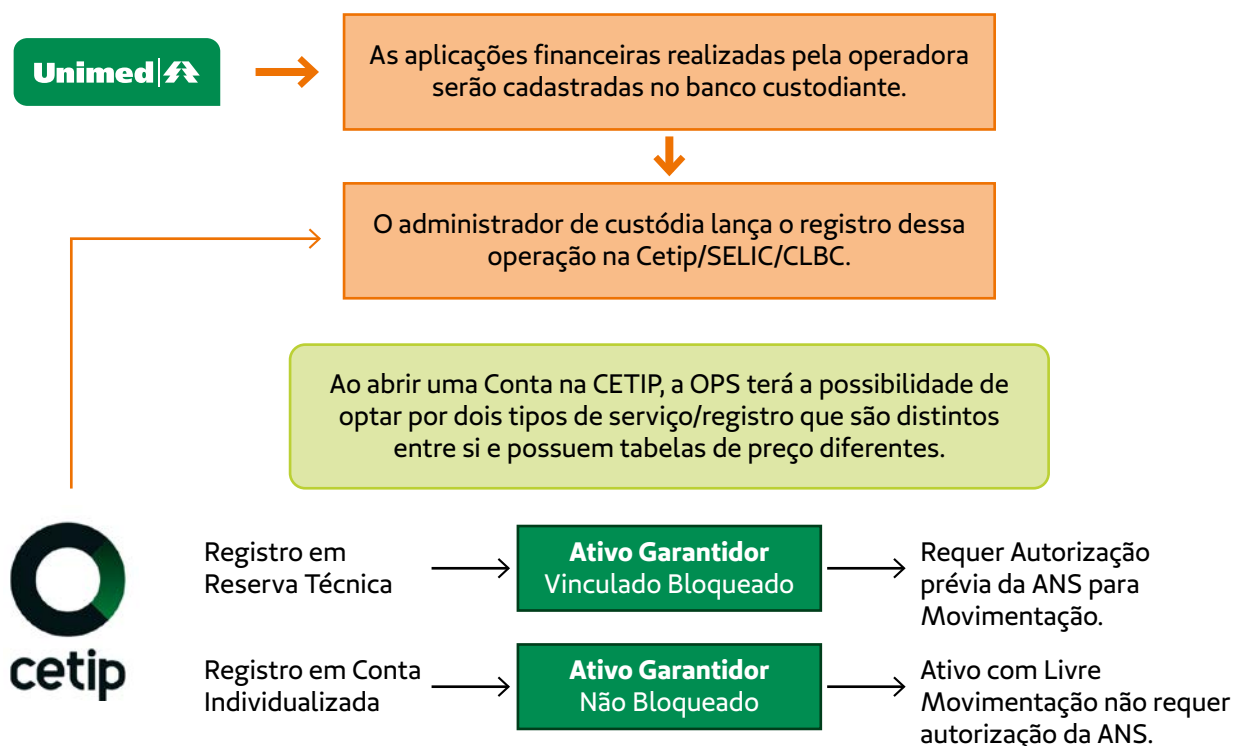
Detalhe a ser observado:

A operadora que aplicar os seus ativos garantidores em conta individualizada no SELIC, na B3 (antiga CETIP), deverá observar os procedimentos descritos na Resolução Normativa nº 392, de 2015, e na Resolução nº 4.444, de 13 de novembro de 2015, do Conselho Monetário Nacional – CMN.



7. Fluxo operacional para registro das Garantias Financeiras em Centrais de Custódia

Operacionalização em Centrais de Custódia



Aspectos da RN 392 – Centrais de Custódia

As aplicações na Central de Custódia B3 (CETIP e BM&F Bovespa) têm a seguinte configuração de contas:

Tipo de Ativo	Central de Custódia B3
AG Vinculados	Os recursos deverão ser registrados em conta específica de reserva técnica
AG Não Bloqueados	Os recursos deverão ser registrados na conta própria do participante (Conta individualizada)
Ativos Livres	Os recursos poderão ser registrados na conta própria do participante

As aplicações na Central de Custódia **SELIC** têm a seguinte configuração de contas:

Tipo de Ativo	Central de Custódia SELIC
AG Vinculados	Os recursos deverão ser registrados em uma subconta específica de reserva técnica
AG Não Bloqueados	Os recursos deverão ser registrados em uma segunda subconta específica de reserva técnica
Ativos Livres	Os recursos poderão ser registrados na segunda subconta específica de reserva técnica

Aspectos da RN 392 – Fundos Dedicados

As aplicações em cotas de fundos dedicados estarão automaticamente bloqueadas para movimentação, *inclusive a parcela não vinculada* (PESL até 30/60 dias).

É facultada às operadoras a aplicação dos recursos em um único fundo de investimento dedicado.

Consulte: instituições financeiras conveniadas à ANS.

8. Movimentação de Ativo Garantidor

Conforme preconiza a Resolução Normativa nº 392 (atualizada pela RN 419), a operadora deverá observar:

Art. 14. A operadora poderá requerer à ANS autorização para movimentar sua carteira de títulos e valores mobiliários vinculada à ANS, na forma do Anexo I, desde que atenda às seguintes exigências:

I – Atenda aos requisitos de lastro previstos no art. 2º;

II – Possua ativos garantidores vinculados em patamar igual ou superior à exigência de vinculação prevista no art. 3º;

III- Cumpra os requisitos de diversificação previstos na presente resolução;

IV – Atenda às regras contábeis, em especial à que se refere à contabilização das provisões técnicas;

V – Mantenha os títulos e valores mobiliários em conta própria de custódia vinculada à ANS junto à B3 e ao SELIC, de acordo com a espécie de ativo; e

VI – A toda venda ou resgate de títulos ou valores mobiliários corresponda a compra ou aplicação imediata, de igual ou maior valor, excetuada a hipótese de existência de excesso de ativos garantidores vinculados em relação à exigência de vinculação prevista na presente resolução.

Art. 15. As condições e os critérios de movimentação dos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar devem observar o disposto nos incisos I a IV e no inciso VI do art. 14.

9. Fluxo operacional para solicitar a movimentação na ANS

Passo a passo

9.1. Solicitação

Enviar à ANS o **Anexo I** (preenchido pela operadora) da RN nº 392/2015 via PTA, informando se é movimentação (substituição de títulos, troca de instituição financeira, ou resgate de excedentes etc.), com suas respectivas justificativas.

Ao escolher o nome do arquivo PTA a ser enviado, a operadora poderá seguir o exemplo abaixo:

O nome da Unimed, número da operadora na ANS e informar que se trata de autorização. Exemplo: **UNRSXXXXX(Número na ANS). Aut.Mov.Tit**

Obs.: o arquivo deverá estar na extensão “.diope” e deverá ser enviado para OPE – Comunicação – DIOPE.

Importante: o anexo I (ofício utilizado para solicitar a movimentação de Ativos) deve ser assinado digitalmente pelo representante da sua operadora junto à ANS.

9.2. Análise e liberação do código de autorização

A ANS irá analisar o pedido e, em caso de deferimento, para visualização do código de autorização, a operadora deverá acessar o site da ANS, na área restrita da operadora, por meio do caminho **Planos e Operadoras > Espaço da Operadora > Compromissos e Interações com a ANS > Solicitações e Consultas > Ativos Garantidores > Fundos Dedicados e Centrais de Custódia**, e seguir o passo a passo descrito.

Em caso de dúvida, envie e-mail para: assessoriafinanceira@unimed.coop.br

9.3. Utilização do código de autorização

Em posse do código autorizando a movimentação do ativo garantidores, a operadora informará o código à instituição financeira conveniada, que executará a operação financeira dada pela operadora.

Importante:

Em paralelo, a ANS gera e envia uma cópia desse ofício de autorização, que permanecerá em posse da instituição financeira que aguardará o comando da operadora para executar a operação financeira.

MARGEM DE SOLVÊNCIA E CAPITAL BASEADO EM RISCOS

Saulo Lacerda

Resolução Normativa – RN nº 451/00

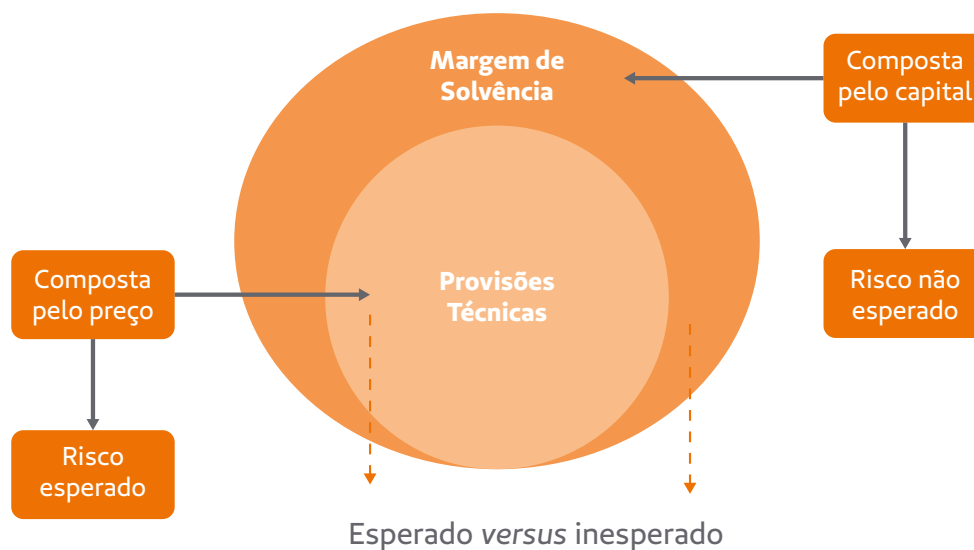
Resolução Normativa – RN nº 313/12

Margem de Solvência é um tema recorrente nas operadoras de planos de saúde, mas muitos profissionais que atuam no setor de saúde suplementar, mesmo aqueles que – de forma direta ou indireta – se envolvem no seu cálculo ou em seus impactos confundem seu conceito ou sua finalidade.

Margem de Solvência não é reserva técnica. É possível defini-la como:

- Por critérios contábeis, entende-se margem de solvência como a equivalência ou suficiência de Patrimônio Mínimo Ajustado frente a um percentual histórico de receitas e despesas de sua operação.
- Na prática, é um “colchão financeiro” adicional às provisões técnicas lastreado em patrimônio mínimo ajustado, ou seja, caso ocorram oscilações positivas das despesas assistenciais que ultrapassem os valores constituídos de provisões técnicas em sua operação, a operadora deverá possuir um patrimônio que garanta honrar seus compromissos, apesar de tal oscilação.

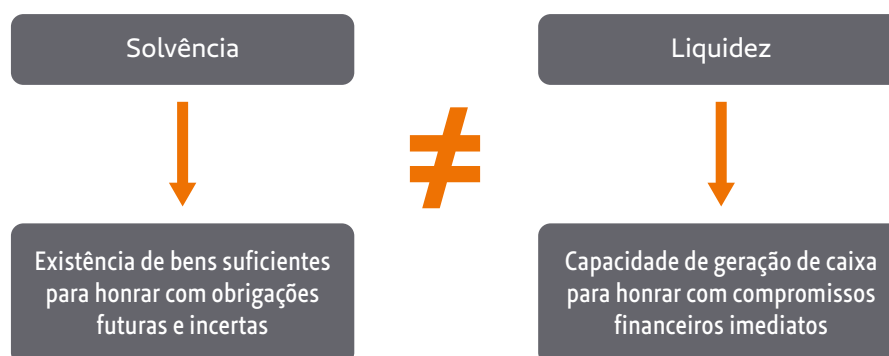
O conceito de margem de solvência remete à solidez de operações de risco, sempre vinculado à existência de patrimônio como garantia da operação.



Na verdade, trata-se de uma garantia para operação. Por exemplo, quando é realizado um financiamento, assume-se o compromisso de pagá-lo em prestações. A fim de se assegurar contra uma eventual inadimplência, a financeira exige a alienação do bem financiado ou de outro bem de valor maior ou equivalente ao valor total do empréstimo. Até que o financiamento seja quitado, o bem fica à disposição da financeira. Caso não ocorra o pagamento previsto, a financeira lança mão desse bem para quitação dos débitos. Findo o empréstimo, encerra-se a alienação e o proprietário volta a ter autonomia sobre o bem alienado.

A margem de solvência tem uma função similar à alienação do bem no exemplo acima. Nesse caso, o “financiamento” é a garantia de recursos para o atendimento aos usuários da operadora, representado pelas reservas técnicas, constituídas com as contraprestações cobradas pela operadora. O patrimônio da operadora corresponde ao bem alienado, entretanto, não há a alienação do patrimônio, apenas a exigência da sua existência.

Capacidade que uma Operadora de Planos de Saúde tem de honrar com todos seus compromissos financeiros futuros



Margem de solvência não é um recurso corrente na operação, não é para pagamento de despesas assistenciais ou dívidas do dia a dia. É apenas uma garantia de que há recursos financeiros para atender uma eventual insuficiência da operação.

O patrimônio, equivalente à margem de solvência necessária, pode ser constituído em até 8% por ativos imobilizados, sendo os 92% restantes constituídos por recursos financeiros que devem ser aplicados no mercado financeiro.

Pela regra atual, no modelo conhecido como “Capital Econômico”, o patrimônio da operadora exigido para fazer frente à margem de solvência deve ser equivalente ao maior valor entre 20% das contraprestações líquidas emitidas no último ano ou 33% da despesa assistencial líquida média anual paga nos últimos três anos.

Como o cálculo da margem de solvência é baseado nos valores de despesa assistencial paga ou contraprestações emitidas, na medida em que há oscilações nesses valores, haverá oscilação no valor da margem de solvência, fazendo com que ela – após sua constituição inicial – se torne uma regra de alavancagem, ou seja, quanto mais a operadora crescer mais margem de solvência deverá constituir.

A introdução do conceito na prática iniciou no começo do século 21, com o chamado Acordo de Basileia, uma reunião entre os bancos centrais do mundo todo, ocorrido na cidade de Basileia, na Suíça.

Nesse encontro, foram estabelecidos critérios mínimos de capital para a operação de bancos.

Decorrente do Acordo de Basileia, a IAIS (International Association Insurance Supervising) ou Associação Internacional de Supervisores de Seguros instituiu o projeto Solvency I ou Solvência I, que determinou regras mínimas de capital para as seguradoras.

O primeiro modelo adotado foi o chamado Capital Econômico, que determina que as seguradoras devem possuir um patrimônio mínimo equivalente a 20% de sua receita anual ou de 33% da média anual de sinistros (despesa assistencial, no caso de operadoras de saúde).

Ressalte-se aqui que a operação de planos de saúde em pré-pagamento possui o risco técnico equivalente à operação de seguros.

Além da questão da solvência, tanto o Acordo de Basileia quanto o Solvência I definiam outras questões econômicas, como o percentual máximo de imobilização de capital, por exemplo.

A Margem de Solvência no mercado de saúde foi instituída pela RN nº 160/07, com vigência a partir de janeiro/2008, considerando-se a sua constituição em dez anos (1/120 ao mês até 31/12/2017).

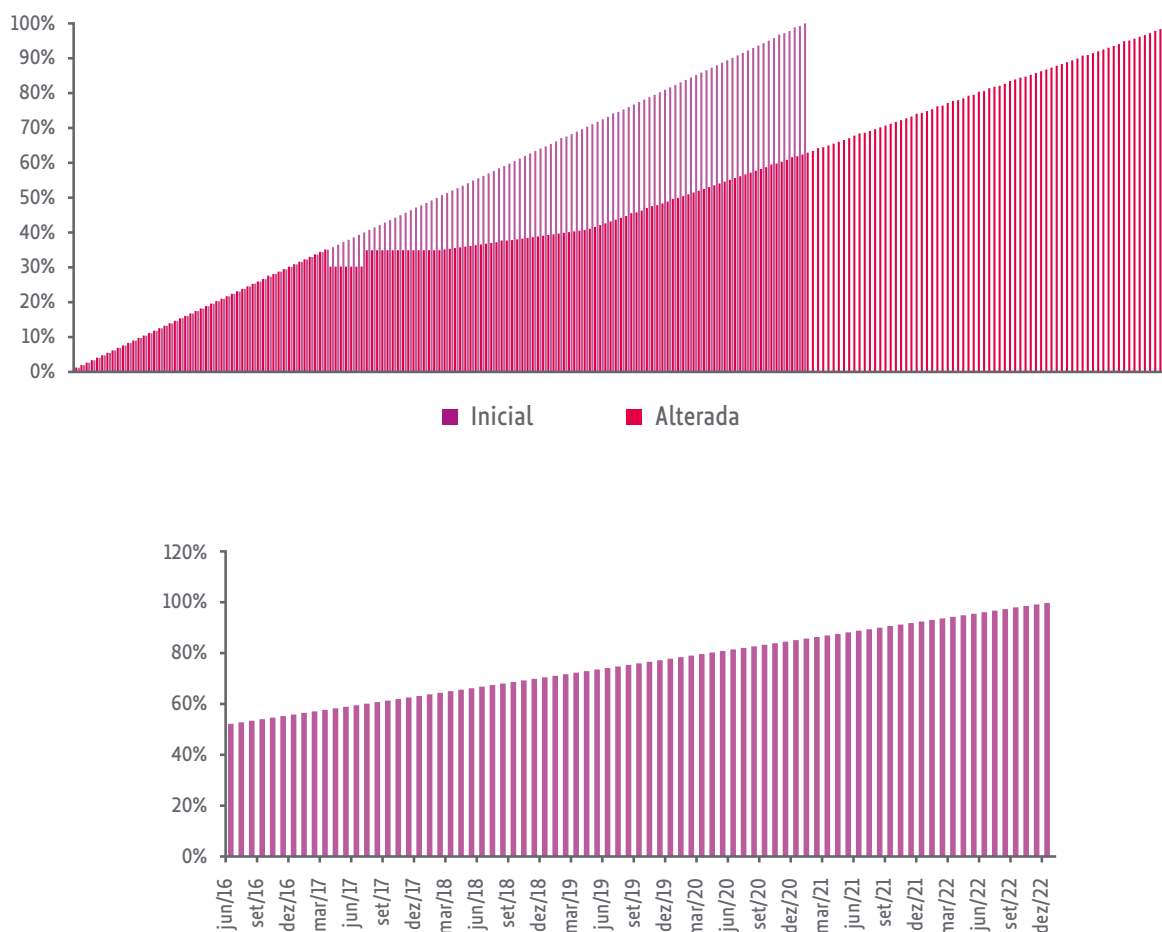
A norma definiu o modelo de Capital Econômico, oriundo do mercado segurador, no qual se considera a necessidade do patrimônio líquido ajustado ao maior valor entre:

- a) 0,20 vezes a soma dos últimos 12 meses: de 100% das contraprestações/prêmios, na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% das contraprestações/prêmios, na modalidade de preço pós-estabelecido;
- b) 0,33 vezes a média anual dos últimos 36 meses da soma de: 100% dos eventos/sinistros, na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% dos eventos/sinistros, na modalidade de preço pós-estabelecido.



Dada a dificuldade das operadoras em constituir patrimônio – principalmente as operadoras Unimed, em razão de sua origem cooperativista –, a Unimed do Brasil, em atuação institucional junto à ANS, demonstrou a necessidade da ampliação do prazo estabelecido inicialmente para a constituição da margem de solvência. Dessa forma, a ANS estabeleceu a RN nº 313/12, que posterga o prazo de constituição em 5 anos, determinando a constituição integral da margem de solvência somente em 31/12/2022, com novos percentuais mensais de constituição.

Proporção cumulativa exigida para a Margem de Solvência



Em 2004, ocorreu a segunda fase do acordo de Basileia, o Basileia II, em substituição ao Basileia I, determinando três pilares e 29 princípios. Os pilares são:

- 1 - Capital (guardar)
- 2 - Supervisão (fiscalizar)
- 3 - Transparência e disciplina do mercado (divulgação de dados)

Como consequência, o Solvency II determinou a alteração dos critérios do cálculo da margem de solvência, passando a adotar o Capital Baseado em Riscos (RBC – Risk Based Capital), em substituição ao modelo de Capital Econômico.

Nesse novo modelo, a operadora deverá avaliar, tratar e mitigar os riscos de subscrição, crédito, mercado, operacional e legal. O patrimônio necessário passará a ser equivalente aos riscos residuais de cada risco avaliado.

Deverá ser determinado um montante de capital (PL) para os riscos de Subscrição, Crédito, Mercado, Operacional.

A implementação do novo modelo de solvência foi gradual em todos os países que adotaram a Basileia II e o Solvency II.

O Capital Baseado em Riscos deixa de ser calculado exclusivamente com base em um percentual histórico de receitas de despesas (sinistros), passando a exigir técnicas estatísticas de correlação na determinação do capital necessário para cada risco. Para o de subscrição, as bases para as correlações são receitas e despesas.

O Risco de Subscrição é composto pelos riscos de precificação, de provisionamento associado à Peona, associados aos beneficiários com direito à remissão, associados aos beneficiários remidos e de provisionamento de PSEL-SUS.

A fórmula para cálculo do risco de precificação é:

$$CRSPre_{\alpha} = \sqrt{(C_{c,l} \times \beta_{c,l,\alpha})' \times (C_{c,l} \times \beta_{c,l,\alpha})}$$

Fator de risco de provisionamento associado à PEONA (k) dado pela seguinte fórmula:

$$\kappa = \sqrt{\zeta_1^2 \kappa_{1,\alpha}^2 + \zeta_3^2 \kappa_{3,\alpha}^2 + 0,8 \zeta_1 \kappa_{1,\alpha} \zeta_3 \kappa_{3,\alpha}}$$

A fórmula para o cálculo do capital associado ao risco de remissão, quando não há beneficiários remidos é:

$$CRSRa = fa_t \times C_t + fa_v \times C_v$$

A fórmula para o cálculo do risco de remissão, quando não há beneficiários remidos é:

$$CRSRm = fm_t \times Ed_t + fm_v \times Ed_v$$

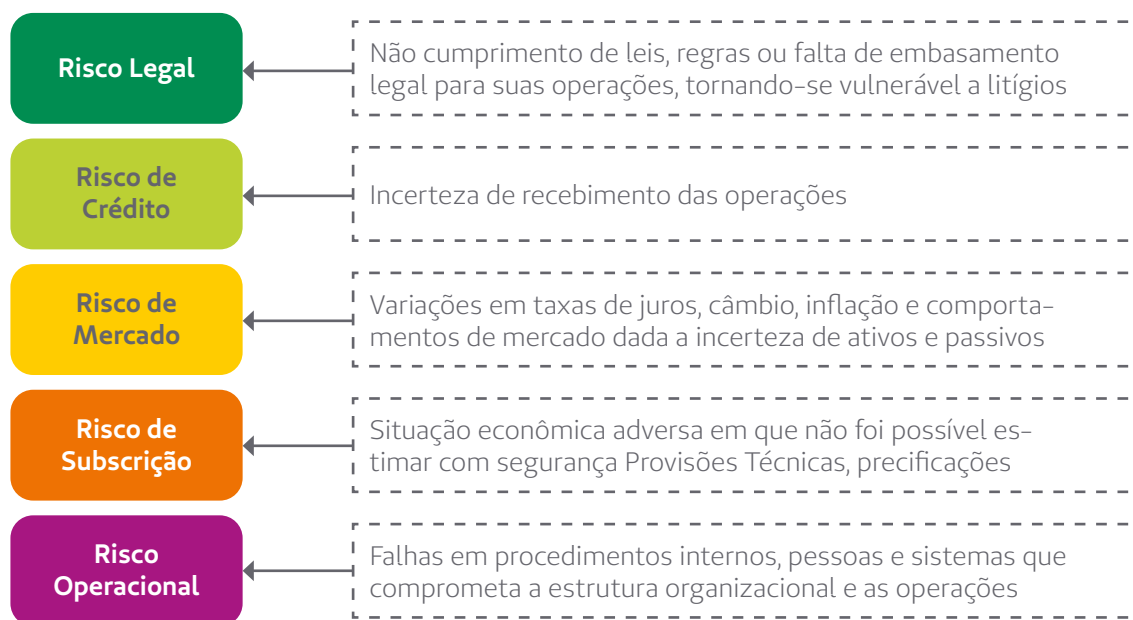
A fórmula para o cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à PESL-SUS é:

$$CRSSUS_{\alpha} = Z_{1-\alpha} \sqrt{\%hc(1 - \%hc)ABI}$$

O capital do risco de subscrição é dado pela fórmula:

$$CRS = \sqrt{CRSPre^2 + 0,64 (CRSPre)(CRSPro + CRSSUS) + (CRSPro + CRSSUS)^2 + (CRSRa + CRSRm)^2}$$

O Risco de Subscrição avalia o risco de precificação e sinistralidade, motivo pelo qual é o que tem maior peso no total dos riscos. Segundo a experiência nos países que implementaram o Capital Baseado em Riscos, inclusive no mercado segurador brasileiro, o peso do Risco de Subscrição está entre 70% e 80% do total.



A SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, órgão regulador do mercado de seguros iniciou o novo modelo em 2006, com o Risco de Subscrição, levando dez anos para a implementação do modelo total. Inicialmente, a SUSEP tropicalizou a norma com a exigência do Risco Legal, dadas as características do processo judiciário brasileiro, entretanto, no momento de implementação dos riscos, optou por mantê-lo dentro do Operacional.

Antecipando a RN nº 451/20, a RN nº 443/19 já determinava os riscos a serem avaliados, adotando para o mercado de saúde, de forma segmentada, o risco legal.

Para a área de saúde complementar a ANS, por meio da RN nº 451/00, determina a utilização do Capital Baseado em Riscos, de forma plena, a partir de janeiro de 2023, quando se encerra o prazo de constituição integral da margem de solvência pelo modelo de Capital Econômico.

A aludida RN nº 451/00 regulamenta o Risco de Subscrição e estima a regulamentação dos demais riscos, conforme o seguinte cronograma:

- Risco de Crédito – até 31 de dezembro de 2020
- Riscos Legal e Operacional – até 30 de junho de 2021
- Risco de Mercado – até 31 de dezembro de 2022

Segundo a ANS, o Risco de Subscrição representará 70% do total do Capital Baseado em Riscos.

Assim como ocorreu no mercado segurador em que o órgão regulador, SUSEP, determinou o modelo de cálculo dos riscos, no mercado de saúde, a ANS também determina o modelo de cálculo.

No mercado segurador, se assim desejarem, as seguradoras podem elaborar seu modelo próprio de risco. Entretanto, não podem utilizá-lo, mas, se o desenvolverem, são beneficiadas com um fator reduzido no cálculo dos riscos.

Na RN nº 451/20, a ANS também determina um fator redutor que poderá ser utilizado caso a operadora cumpra os requisitos relativos ao previsto na RN nº 443/19, que determina parâmetros mínimos de governança corporativa, gestão de riscos, compliance e controles internos.

Os fatores redutores podem determinar uma necessidade de capital entre 25% e 30% menor.

Na RN nº 451/20, ainda está prevista a transição entre o modelo atual e o Capital Baseado em Riscos, em que a operadora calcula três valores de capital, o Capital Base (mínimo para operação), a Margem de solvência pelo modelo atual e o capital baseado em riscos (com os riscos já regulados pela ANS), devendo adotar o maior valor entre eles.

Ao antecipar o modelo de Capital Baseado em Riscos, caso a operadora assine o termo de compromisso previsto no anexo IV da RN nº 451/20, poderá limitar o valor máximo do modelo atual em 75% do valor previsto para 12/2022.

Considerando somente o Risco de Subscrição, de acordo com os valores observados no DIOPS do 4º trimestre de 2019, o capital necessário, calculado em 12/2019 no sistema Unimed, será equivalente a 26,41% do capital previsto para dezembro/2022.

	% do risco de subscrição com fator padrão em relação à margem de solvência integral	% do risco de subscrição com fator reduzido em relação à margem de solvência integral
Grande – Acima de 100 mil	24,24%	18,44%
CO	19,43%	14,77%
N	15,51%	11,84%
NE	18,48%	14,06%
S	29,07%	22,12%
SE	24,47%	18,62%
Médio – 20.000 a 99.999 mil	24,88%	18,94%
CO	30,26%	23,04%
N	21,04%	16,02%
NE	20,27%	15,44%
S	24,22%	18,44%
SE	25,68%	19,55%
Pequeno – Até 19.999 mil	28,40%	21,64%
CO	23,93%	18,23%
N	24,83%	18,90%
NE	53,42%	40,79%
S	25,99%	19,80%
SE	26,65%	20,29%
Total Geral	26,41%	20,12%

Se considerarmos o fator redutor pelo atendimento à RN nº 443/19, a equivalência com o projetado para 12/2022 é ainda menor, de 20,12%, ou seja, o atendimento à RN nº 443/19 traz uma redução adicional de 23,8% da necessidade de capital.

PRODUTOS

Daniel Infante Januzzi de Carvalho

Resolução Normativa – RN nº 85/04
Resolução Normativa – RN nº 195/09
Instrução Normativa DIPRO – IN nº 23/09

1. Introdução

Ao elaborar a Lei 9.656/98, o legislador não se preocupou apenas com o registro das operadoras de planos de saúde que atuam no setor de saúde suplementar brasileiro. Os planos de saúde, ou seja, os produtos que elas oferecem ao mercado, também devem possuir um registro prévio na Agência de Saúde Suplementar – ANS.

A Lei 9.656/98 conceitua como “produtos”, subordinados às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, *a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.*

A legislação setorial estabelece sanções nos casos de comercialização de produtos sem registro prévio na ANS, com multa de R\$ 250.000,00 prevista no artigo 19 da RN nº 124/06.

A RN nº 124/06, em seu artigo 20, ainda prevê multa de R\$ 50.000,00, caso a operadora comercialize produtos com características diferentes daquelas registradas na agência reguladora.

É o Anexo II da RN nº 85/04 que dispõe quais são as características de cada produto registrado na ANS, que o difere dos demais oferecidos por uma operadora. Neste capítulo, serão analisadas cada uma delas, fundamentais para a compressão das obrigações das operadoras com a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO/ANS.

2. Produtos Ativos, Ativos com Comercialização Suspensa e Cancelados

A operadora pode ter três status de produtos registrados na ANS, considerando sua intenção de oferecê-los ao mercado consumidor de planos de saúde: produtos ativos, produtos ativos com comercialização suspensa ou produtos cancelados.

Os produtos **ativos** são aqueles cujos registros estão em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização.

Os **ativos com comercialização suspensa** são aqueles registrados na ANS, mas que, por interesse da operadora ou por imposição/punição da ANS, momentaneamente, não poderão ser comercializados ou oferecidos a contratantes pessoas física ou jurídica.

Quando a operadora deseja suspender a comercialização de algum produto (ou reativar um suspenso), ela deve obedecer ao rito estabelecido pelo artigo 20-A da IN DIPRO nº 23/09. Em suma, deve encaminhar um pedido por escrito à DIPRO/ANS, 30 dias antes da data pretendida para a suspensão (ou reativação) da comercialização, indicando o número de registro de produto e a partir de quando será suspenso (ou reativado).

Quando a operadora solicita a suspensão do produto, a oferta estará proibida para novos contratos, contudo, mantendo a assistência prevista nos contratos já firmados. Nesse caso, poderão ser realizadas inclusões de novos titulares e dependentes em contratos coletivos já firmados.

Também existe a hipótese de a ANS impor, como medida punitiva, a suspensão da comercialização de produtos. Irregularidades contratuais, na rede de prestadores, assistenciais ou econômico-financeiras na operação poderá ensejar a suspensão da venda. Incluem-se como irregularidade a operação de produto com características diferentes das registradas, o nome comercial que possa induzir o consumidor ao erro e, especialmente, a medida suspensiva prevista no artigo 17 da IN DIPRO nº 48/15, no Monitoramento da Garantia de Atendimento trimestral realizada pela DIPRO/ANS.

Importante: nos casos em que a suspensão foi determinada pela ANS, somente novos dependentes, cônjuges e filhos poderão ser incluídos nos planos de saúde.

Por fim, os planos de saúde podem ser **cancelados** por decisão da ANS ou a pedido da operadora, desde que o produto não apresente nenhum beneficiário vinculado. Por iniciativa da agência, a única hipótese de cancelamento de um plano se dará quando a operadora não vincular nenhum beneficiário a determinado produto em 180 dias, a contar de seu registro.

3. Características do Produto

As principais características que diferenciam um produto de outro, segundo o Anexo II da RN nº 85/04, são:

- Número de registro de produto (concedido pela ANS para identificá-lo)
- Nome do plano
- Tipo de contratação
- Segmentação assistencial
- Padrão de acomodação em internação
- Área de abrangência geográfica
- Rede hospitalar
- Fator moderador
- Formação do preço
- Acesso a livre escolha de prestadores
- Serviços e coberturas adicionais

3.1. Nome do produto

O nome comercial do plano de saúde é aquele escolhido pela operadora para registrá-lo na ANS e para a sua venda aos beneficiários, inclusive por meio de campanhas publicitárias.

Não existem regras para a denominação de um plano de saúde, como Univida, Unifácil, Uniplan, Ouro, VIP, Gold etc., mas é importante que a operadora tenha conhecimento de que a ANS poderá suspender a comercialização do produto caso o nome comercial venha a induzir o consumidor ao erro. Por esse motivo, sugere-se evitar opções que contemplem abreviaturas de cada uma das características do plano, como por exemplo: “Plano Emp com Amb + Hosp + Apart com part 30% Grupo de Municípios”.

3.2. Tipo de contratação

São três os tipos de contratação dos planos de saúde admitidos pelo artigo 16 da Lei nº 9.656/98: planos individuais/familiares, planos coletivos empresariais e planos coletivos por adesão.

3.2.1. Planos individuais/familiares

Plano individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

Exclusão do titular

A RN nº 195/09 esclarece que a extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue os contratos, salvo nos casos de rescisão por fraude ou inadimplência. Assim, aos dependentes já inscritos, é assegurada a manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Em caso de morte do titular, ou mesmo de desistência da permanência no plano, os dependentes assumem a relação contratual.

Ao se deparar com essa situação, a sugestão é que a operadora formalize um instrumento contratual específico em que o dependente assume o compromisso pelo pagamento das mensalidades.

Carência

É permitida a exigência de cumprimento de períodos de carência nos planos de contratação individual ou familiar, respeitados os prazos máximos previstos na Lei nº 9.656/98, a saber:

- a) 24 horas – para urgências e emergências
- b) Até 300 – dias para partos a termo
- c) Até 180 dias – para os demais procedimentos

Cobertura Parcial Temporária

Nos planos contratados por pessoas físicas, em caso de doenças ou lesões preexistentes, é permitido às operadoras prever uma cláusula de cobertura parcial temporária ou o oferecimento de agravo, nos termos da Resolução Normativa – RN/ANS nº 162/07.

3.2.2. Planos Coletivos Empresariais

Os planos de contratação coletiva empresarial são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada a uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Além daqueles com vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica contratante, e desde que previsto contratualmente, poderão participar dos planos coletivos empresariais:

- a) Sócios da pessoa jurídica contratante
- b) Administradores da pessoa jurídica contratante
- c) Demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98
- d) Agentes políticos
- e) Trabalhadores temporários
- f) Estagiários
- g) Menores aprendizes
- h) Grupo familiar (em relação ao titular):
 - Até o 3º grau de parentesco consanguíneo: pais e filhos (1º), avós, netos e irmãos (2º), tios (3º)
 - Até o 2º grau de parentesco por afinidade: sogros, genros e noras (1º), e cunhados (2º)
 - Cônjuge ou companheiro

Inclusão do grupo familiar – dependentes

No que tange às condições de admissão, especialmente à inclusão de dependentes (grupo familiar), prevalecerão as regras previstas contratualmente, sendo que cabe à operadora definir, ao redigir o contrato, quem poderá participar do plano na condição de dependente, respeitados os limites previstos na regulamentação e acima elencados.

Ressalte-se que a norma determina que as operadoras poderão prever, em seus contratos, a inclusão de pais, filhos, avós, netos, irmãos, tios, sogros, genros, noras e/ou cunhados, e não que elas deverão. Assim, mantém-se a liberdade das operadoras estabelecerem o rol de dependentes que poderão participar do contrato, na cláusula “Condições de Admissão”.

Carência

Não é permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência nos planos coletivos empresariais com número de participantes igual ou superior a 30 beneficiários. Já nos planos com menos de 30 participantes, poderão ser impostos prazos de carência.

Cobertura Parcial Temporária

Nos planos coletivos empresariais com número de participantes igual ou superior a 30 beneficiários, **não poderá haver cláusula de cobertura parcial temporária ou agravo** nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Pagamento

Nos planos de contratação coletiva empresarial, o pagamento dos serviços prestados à operadora deverá ser de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, isso é, o plano deverá ser com patrocinador, exceto nos casos de demitidos e aposentados (artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98). Desde o artigo 14 da RN nº 195/09, não existem mais os, até então, chamados planos “coletivos empresariais sem patrocinador”.

3.2.3. Planos Coletivos por Adesão

Os planos de contratação coletiva por adesão são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão
- b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações
- c) Associações profissionais legalmente constituídas, desde que constituídas há pelos menos um ano

- d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, desde que constituídas há pelos menos um ano
- e) Caixas de assistência e fundações de direito privado, desde que constituídas há pelos menos um ano
- f) Entidades representativas dos estudantes de estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus – grêmios estudantis –, desde que devidamente constituídas há pelos menos um ano
- g) Entidades representativas dos estudantes das instituições de ensino superior, tais como União Nacional dos Estudantes (UNE), Uniões Estaduais dos Estudantes (UEEs), Diretórios Centrais dos Estudantes (DCEs), Centros e Diretórios Acadêmicos (CAs e DAs), desde que constituídas há pelos menos um ano
- h) Grupo familiar (em relação ao titular):
 - Até o 3º grau de parentesco consanguíneo: pais e filhos (1º), avós, netos e irmãos (2º), tios (3º)
 - Até o 2º grau de parentesco por afinidade: sogros, genros e noras (1º), e cunhados (2º)
 - Cônjuge ou companheiro

É preciso esclarecer que a contratação de planos coletivos por adesão deve se ater à legitimidade estabelecida pelo artigo 9º, da Resolução Normativa nº 195/2009.

Já a elegibilidade, ou seja, o vínculo entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante que permitirá a adesão ao plano de saúde, se dará basicamente após avaliação do seu estatuto social. Se esse estatuto possuir uma determinação abrangente, que exorbite a delimitação de uma categoria representada pela entidade, podem haver contestações por parte do órgão regulador, nos termos do artigo 20-D da RN nº 124/06.

No mercado de saúde suplementar, chega a ser comum a contratação de planos de saúde coletivos por adesão por entidades que até possuem a legitimidade, ou seja, o caráter profissional, classista ou setorial exigido pela ANS, no artigo 9º da RN nº 195/09, mas que carecem de elegibilidade de beneficiários, também exigida legalmente.

São aquelas entidades cujos planos, geralmente, são intermediados por uma administradora de benefícios, que admite qualquer pessoa que quiser se associar, independentemente dela ter ou não determinado atributo que lhe permitiria se associar e ingressar no plano de saúde.

Uma associação que reúna profissionais turismólogos, por exemplo, teria a legitimidade para contratação de planos coletivos por adesão, como uma associação de médicos, de professores ou engenheiros. Entretanto, ao firmar contratos coletivos por adesão, não é só sobre a legitimidade que a operadora deve se certificar. Na prática, também deve checar como é regulada a inclusão dos beneficiários, além de reunir documentos que comprovem o vínculo com a pessoa jurídica contratante. É importante ter certeza que determinada entidade admite tão somente trabalhadores de categorias específicas – no caso, profissionais do turismo – ou se é uma entidade aberta, em que qualquer pessoa que simpatize com a causa turística é admitida.

Essa questão está consolidada pela ANS, ou seja, além de legitimidade, inexoravelmente, deve haver a elegibilidade dos beneficiários, como se verifica no Entendimento DIFIS nº 2.

Em relação à intermediação por administradoras de benefícios, inicialmente, é mister destacar que não há impedimento em relação a esse tipo de contratação dentro do Sistema Unimed. Há, inclusive, vários contratos celebrados com essas empresas.

No entanto, algumas Unimeds têm enfrentado problemas econômico-financeiros e assistenciais por contratarem com algumas e determinadas administradoras de benefícios que, infelizmente, têm desrespeitado, de forma recorrente, as regras do Sistema Unimed, especialmente relacionadas à invasão de área de ação. Por essa razão, é importante conhecer a idoneidade dessa administradora e investigar relações anteriores com outras cooperativas médicas.

Ainda em caso de necessidade de contratação com administradoras para atingir determinados segmentos, em razão da enigmática proibição da operadora cobrar diretamente os beneficiários de contratos coletivos, prevista no artigo 14 da RN nº 195/09, algumas recomendações devem ser observadas.

Sugere-se que sejam celebrados dois tipos de contrato com as administradoras. Um seria o contrato de plano de saúde coletivo por adesão, conforme o produto registrado na ANS, que terá a maioria das cláusulas obrigatórias do anexo I da IN DIPRO nº 23/09 e a administradora como contratante (estipulante).

O outro seria um acordo comercial, imprescindível para resguardar a operadora de eventuais práticas por parte da administradora, com a previsão de sanções pecuniárias, como por exemplo:

- Estabelecer multa, no valor de X vezes a mensalidade do beneficiário que se encontrar, de forma habitual, na área de ação de outra Unimed.
- Estabelecer multa, no valor de X vezes o valor do faturamento mensal, caso a administradora rescinda o contrato com a Unimed e firme contrato com outra operadora em até 12 meses da referida rescisão.
- Estabelecer regra de sinistralidade (ponto de equilíbrio), em que as despesas assistenciais não possam superar 75% do valor das receitas, sob pena de aporte financeiro – a ser arcado exclusivamente por parte da administradora – daquilo que ultrapassar o aludido percentual.
- Estabelecer, no contrato com a administradora, a responsabilidade por multas nos casos de admissão de beneficiários sem a elegibilidade exigida pela RN 195/09.

Inclusão do grupo familiar – dependentes

Assim como nos planos de contratação coletiva empresarial, nos coletivos por adesão, prevalecerão as regras previstas contratualmente na cláusula “Condições de Admissão”, cabendo à operadora definir, ao redigir o contrato, quem poderá participar do plano na condição de dependente, respeitados os limites previstos na regulamentação e acima elencados.

A norma ainda deixa claro que a adesão do grupo familiar – dependentes conforme a previsão contratual nas condições de admissão – dependerá da participação do beneficiário titular

no contrato de plano de saúde. Isso significa que não poderão ser mantidos no plano os dependentes sem o respectivo titular que mantém o vínculo com a pessoa jurídica contratante.

Comprovação da legitimidade

É de responsabilidade da operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, bem como a condição de elegibilidade do beneficiário.

Carência

Não é permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência nos planos coletivos por adesão, independentemente do número de beneficiários, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo.

A cada aniversário do contrato coletivo por adesão (mês de celebração), será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- O beneficiário tenha se vinculado à pessoa jurídica contratante após 30 dias da data celebração do contrato coletivo.
- A proposta de adesão seja formalizada em até 30 dias da data de aniversário do contrato.

Para as adesões que não ocorrem nos termos acima mencionados, poderá ser imposto pela operadora o cumprimento de períodos de carência.

Cobertura Parcial Temporária

Nos planos coletivos por adesão, independentemente do número de beneficiários, poderá haver uma cláusula de cobertura parcial temporária ou agravio nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Pagamento

Nos planos de contratação coletiva por adesão, o pagamento dos serviços prestados pela operadora deverá ser de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, isso é, o plano deverá ser com patrocinador.

É expressamente vedado às operadoras cobrarem as contraprestações pecuniárias diretamente dos beneficiários, salvo nos casos de demitidos e aposentados (artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98). É, portanto, o fim dos planos denominados “coletivos por adesão sem patrocinador”.

3.2.4. Disposições comuns a Planos Coletivos (Empresariais e Adesão)

Rescisão do contrato ou suspensão de cobertura

As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura nos planos coletivos deverão constar, expressa e claramente, no contrato celebrado entre as partes.

No que tange à rescisão imotivada, em razão da publicação da RN nº 455/20, em decorrência de decisão judicial, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias, desde que exista previsão judicial no contrato de plano de saúde, tal como aduz a ANS no parecer a seguir:

“Em resposta à presente consulta, esclarecemos que após a referida anulação do parágrafo único do art. 17, da RN 195/2009, cabe à operadora observar as cláusulas contratuais que tratam sobre rescisão do contrato, conforme determina o caput do art. 17 da RN nº 195/09. Portanto, nos contratos vigentes ou naqueles celebrados após a RN nº 455/20, devem ser aplicadas as regras de rescisão previstas em suas cláusulas contratuais. No caso de rescisão contratual solicitada pela operadora como pela pessoa jurídica contratante, não haverá mais a obrigação de observar o disposto no parágrafo único do art. 17 da RN nº 195/09, exceto se tais regras estiverem previstas em contrato. A RN nº 455/2020, assim como todas as resoluções normativas desta Agência têm aplicabilidade nacional, ou seja, se aplicam a todas as Operadoras de Planos de saúde.”

Exclusão de beneficiários e suspensão da cobertura

É de responsabilidade da pessoa jurídica contratante solicitar a exclusão de beneficiários dos planos coletivos.

No entanto, desde que previsto em regulamento ou contrato, as operadoras poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nos casos de: (a) fraude ou (b) perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência.

Reajuste

Nenhum contrato coletivo poderá ser reajustado em uma periodicidade inferior a 12 meses, salvo nos casos de reajuste decorrente de variação por faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98. Assim, nenhum reajuste positivo, ainda que decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, poderá ocorrer em período inferior ao supracitado.

Sobre o reajuste, a RN nº 195/09 ainda traz disposição expressa quanto à impossibilidade de:

- Aplicação de percentuais diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.
- Distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os já vinculados a ele.

Forma de contratação

As pessoas jurídicas poderão se reunir para contratar um plano de saúde, podendo essa contratação se realizar:

- Diretamente com a operadora.
- Com a participação de uma administradora de benefícios na condição de participante ou de representante.
- Com a participação de uma administradora de benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora, desde que ela assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Orientação aos beneficiários – Todos os tipos de contratação

A partir da entrada em vigor da RN nº 195/09, isso é, a partir de 15 de agosto de 2009, as operadoras devem entregar ao beneficiário, independentemente do tipo de contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

3.3. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial é a combinação das coberturas que compõem um plano de saúde. Essas combinações são padronizadas, devendo ser respeitado o conjunto de coberturas mínimas. As coberturas mínimas para que um plano de saúde seja estabelecido estão divididas nos seguintes grupos:

- Ambulatorial
- Hospitalar
- Obstetrícia
- Odontologia

Como ressalvado em capítulo específico, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS traz os procedimentos que devem fazer parte de cada segmentação assistencial elencada acima, as diretrizes de utilização desses procedimentos, diretrizes técnicas e protocolos de utilização, além dos procedimentos caracterizados como de alta complexidade.

As segmentações assistenciais supracitadas podem ser oferecidas de forma individual ou combinadas, como relacionadas abaixo:

- Ambulatorial
- Hospitalar com Obstetrícia
- Hospitalar sem Obstetrícia
- Odontológico

- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
- Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico
- Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia – Padrão de Acomodação Coletiva)

Dispõe o artigo 12 da Lei nº 9.656/98 que são facultadas a oferta, a contratação e a vigência de produtos de assistência à saúde, nas segmentações assistenciais acima mencionadas, respeitado o oferecimento do Plano Referência.

3.3.1. Plano Referência

O artigo 10 da Lei nº 9.656/98 instituiu o Plano Referência de assistência à saúde, que deve ser oferecido pela operadora previamente à venda de qualquer plano de saúde individual ou coletivo, sob pena de multa de R\$25.000,00, prevista no artigo 75 da RN nº 124/06.

Por esse motivo, à exceção das operadoras classificadas como autogestão ou que operem planos exclusivamente odontológicos, todas as demais são obrigadas a registrar ao menos um Plano Referência para cada tipo de contratação que comercialize (um referência individual, um coletivo por adesão e um coletivo empresarial, se vende planos nos três tipos de contratação).

E mais: deverá constar da documentação relativa à contratação, declaração em separado do beneficiário de que tem conhecimento da existência de Plano Referência naquela contratação que escolheu e de que ele lhe foi oferecido.

O Plano Referência, obrigatoriamente, deve possuir segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação enfermaria, segundo artigo 10 da Lei 9.656/98. As demais características, como por exemplo se possuirá ou não fator moderador (coparticipação/franquia), sua abrangência geográfica ou rede hospitalar, dependerão da escolha da operadora ao efetuar o registro.

E qual a diferença entre um Plano Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia – Padrão de Acomodação Enfermaria) de um Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia – Padrão de Acomodação Enfermaria? No Plano Referência, não há qualquer restrição de cobertura em caso de urgência decorrente de complicação de processo gestacional ou emergência após o cumprimento de 24 horas de carência estabelecido na Lei nº 9.656/98, a contar da assinatura do contrato. Já no plano hospitalar com obstetrícia, não referência, estando o beneficiário em período de carências para internação, as emergências e urgências decorrentes de complicação gestacional terão o atendimento restrito às primeiras 12 horas de cobertura ambulatorial. Ultrapassado esse período e caso haja necessidade de internação, a cobertura cessa e as despesas passam a correr por conta do paciente.

3.4. Padrão de acomodação em internação

Um plano de saúde que contemple a cobertura hospitalar deverá prever em seu contrato o tipo de acomodação que será garantido aos seus beneficiários, caso seja realizado tratamento em regime de internação hospitalar.

O Anexo II da RN nº 195/09 admite dois padrões de acomodação:

- Individual (apartamento ou suíte)
- Coletiva (enfermaria)

Na hipótese de inexistência de leitos disponíveis na acomodação coletiva, a operadora é obrigada a assegurar o padrão de acomodação individual aos beneficiários sem custo adicional, conforme preconiza o artigo 33 da Lei 9.656/98.

3.5. Área de abrangência geográfica

É o limite geográfico em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde que foram contratadas pelo beneficiário.

A regulamentação dos planos privados de assistência à saúde define cinco possíveis áreas de abrangência geográfica para que as operadoras enquadrem seus planos. São elas:

- **Nacional:** quando disponibiliza aos usuários atendimento em todo o território nacional.
- **Grupo de Estados:** quando o atendimento engloba todos os municípios de pelo menos dois Estados, limítrofes ou não, não atingindo a cobertura de todo o território nacional. Exemplo: Minas Gerais e Rio de Janeiro.
- **Estadual:** nos casos em que abrange a totalidade dos municípios de apenas um Estado. Exemplo: Paraná.
- **Grupo de Municípios:** plano que oferece atendimento em mais de um e até 50% dos municípios de um Estado. Exemplo 1: Barueri, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e Osasco.

Também são considerados Grupo de Municípios os planos que agrupam municípios de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles. Exemplo 2: Porto Alegre, Florianópolis e Curitiba.

- **Municipal:** nos casos em que o plano disponibiliza atendimento apenas em um município. Também chamado de Local. Exemplo: Taubaté/SP.

É imprescindível fazer um alerta: muitas operadoras Unimed costumam oferecer como serviço ou cobertura adicional a “urgência e emergência fora da abrangência geográfica do con-

trato”, como um diferencial competitivo em relação à concorrência. Importante deixar claro que esse tipo de cobertura não é obrigatório segundo a regulamentação dos planos de saúde e, por motivos óbvios, não altera a abrangência geográfica do produto.

3.6. Rede hospitalar

Devido à complexidade desse tema, ele foi destacado em um capítulo específico deste manual.

3.7. Fator moderador – mecanismos de regulação

As operadoras de planos de saúde poderão utilizar mecanismos de regulação administrativos e financeiros para regular sua demanda, desde que não impliquem no desvirtuamento da livre escolha do usuário.

3.7.1. Mecanismos de regulação administrativos

- **Autorização prévia:** obriga o consumidor a solicitar liberação da operadora antes da sua realização.
- **Direcionamento:** consiste em a OPS indicar qual prestador realizará o atendimento.
- **Mecanismo de porta de entrada:** é uma imposição que obriga o consumidor a dirigir-se a um clínico geral para que ele o encaminhe a um médico especialista ou autorize a realização de um procedimento específico.

Segundo o artigo 4º da Resolução CONSU nº 08/98, quando da utilização de mecanismos de regulação, as operadoras deverão:

- *Informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede, os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de coparticipação e de todas as condições para a sua utilização;*
- *Encaminhar à ANS, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e dos parâmetros criados para a sua utilização;*
- *Fornecer ao consumidor um laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;*
- *Garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador, no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência;*

- *Garantir, no caso de situações de divergência médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;*
- *Informar previamente à sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;*
- *Estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.*

3.7.2. Mecanismos de regulação financeiros

No dia 16 de julho de 2018, a Ministra Carmen Lúcia, então presidente do Supremo Tribunal Federal – STF, deferiu a medida cautelar nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 532, proposta pela OAB nacional, para suspender a Resolução Normativa nº 433/18 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que dispõe sobre os mecanismos financeiros de regulação (franquia e coparticipação) como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar.

Diante dessa celeuma, a ANS recuou e revogou a aludida RN nº 433/18, sendo que, desde então, jamais esboçou qualquer atitude para disciplinar os mecanismos financeiros de regulação.

A partir desse desfecho, a RN nº 85/04 e a Resolução CONSU nº 08/98 são as normativas que continuam disciplinando os mecanismos financeiros de regulação no setor de saúde suplementar brasileiro sem, contudo, os conceituar.

De acordo com as práticas do mercado, a coparticipação é a participação (valor ou percentual) na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à operadora, sendo que, na internação, não é possível estabelecer coparticipação em percentual sobre procedimentos, somente em valores, tal como preconiza o artigo 2º, VIII, da Resolução CONSU 08/98.

À exceção das internações, portanto, não há óbice em estabelecer coparticipação em valores ou percentuais, desde que a Resolução CONSU nº 08/98 seja respeitada. Nesse sentido, a coparticipação não pode caracterizar financiamento integral do procedimento (Ex: consulta R\$ 80 – coparticipação R\$ 80) e nem fator de restrição que impeça o beneficiário de realizar o procedimento (coparticipação deve ser de, no máximo, 50% do procedimento, conforme entendimento da DIPRO/ANS).

Ademais, para incidência de coparticipação, além de ser necessário o registro do produto com todas as informações pertinentes a essa modalidade, o contrato deve prever a forma que se dará a cobrança. Isso porque os princípios que norteiam o Direito do Consumidor concedem ao beneficiário, ao contratar o plano de saúde, o direito à informação clara e precisa do produto,

incluindo a forma de cobrança, o valor, o percentual aplicado, seus reajustes, sua periodicidade etc., que deverão obrigatoriamente respeitar os limites estabelecidos pela própria ANS.

Em relação à franquia, no mercado, entende-se que é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

A forma de cobrança da coparticipação é uma dúvida suscitada de forma recorrente pelas operadoras: se no mesmo boleto (fatura) da mensalidade ou por meio de uma cobrança específica. Sob a ótica da legislação dos planos de saúde, sempre se sugere que a coparticipação seja cobrada no mesmo boleto (fatura) da mensalidade. O atraso na mensalidade possibilita à operadora proceder com a suspensão ou rescisão contratual. A mesma regra não vale caso a inadimplência seja constatada somente no pagamento do boleto avulso da coparticipação, por inexistir uma previsão legal nesse sentido. Portanto, cobrando no mesmo boleto, nos casos de inadimplência, a operadora estaria autorizada a proceder com a suspensão ou rescisão contratual.

Vale frisar, ainda, que o pagamento apenas da coparticipação, pelos beneficiários de planos coletivos com vínculo empregatício, não é considerado como contribuição para fins de extensão de cobertura para demitidos e aposentados, como dispõem os artigos 30 (demitidos sem justa causa) e 31 (aposentados) da Lei nº 9.656/98.

Ainda é importante comentar sobre a cobrança de coparticipação para atendimentos oncológicos e dos chamados tratamentos seriados. Incidiria sobre o custo total do procedimento, inclusive em relação à medicação a ser aplicada? Trata-se de um tópico sensível que deve ser avaliado com bastante critério pela operadora, justamente para não desrespeitar a aludida Resolução CONSU nº 08/98, que dispõe expressamente que o fator moderador não pode impedir ou restringir de forma severa o acesso do beneficiário ao serviço contratado. A esse respeito, sugere-se a leitura do despacho DIPRO nº 190/2016/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS.

3.7.3. Coparticipação para internações psiquiátricas

Essa questão de coparticipação para internação psiquiátrica já gerou várias interpretações durante os vários anos de existência da ANS, que já mudou diversas vezes de opinião.

Atualmente, a questão está prevista expressamente no artigo 22 da RN nº 428/17 – Rol de Procedimentos. A operadora deve assegurar aos beneficiários a internação psiquiátrica, com custeio integral por parte da operadora, durante os 30 primeiros dias e com coparticipação de até 50% por diária excedida a partir do 31º dia, **desde que previsto contratualmente**. Vejamos:

II – quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação dispostos em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta RN.

Dessa forma, após os 30 dias, a cobrança de coparticipação poderá ser realizada, desde que prevista contratualmente e de acordo com as normativas vigentes.

A coparticipação exclusivamente para a internação psiquiátrica, nos termos expostos acima, não torna o produto coparticipativo.

3.8. Formação do preço

O anexo II da RN nº 85/04 instituiu três tipos de formação de preço no setor de saúde suplementar brasileiro: preestabelecido, pós-estabelecido e misto.

São planos a preço preestabelecido aqueles em que o valor da contraprestação pecuniária é pago por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas, calculado via nota técnica atuarial, conforme capítulo específico deste manual.

Já os planos a preço pós-estabelecido são aqueles em que o valor da contraprestação pecuniária é pago após e de acordo com a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser restrito à contratação coletiva.

Os planos com preço pós-estabelecido se dividem em rateio e custo operacional. Os planos a preço pós-estabelecido em rateio são aqueles utilizados geralmente por operadoras de auto-gestão, em que a operadora ou pessoa jurídica contratante reparte o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, por igual, independentemente da utilização da cobertura por cada um. Já os planos a preço pós-estabelecido em custo operacional são aqueles em que a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

Por fim, planos a preço misto são aqueles em que parte das coberturas contratadas é cobrada a preço preestabelecido e parte em preço pós-estabelecido, sendo permitido esse tipo de formação apenas em planos odontológicos.

No tocante aos planos com preço pós-estabelecidos, é importante chamar atenção à Súmula nº 09 da ANS, que considera como cartão desconto os planos em pós-pagamento celebrados com pessoas físicas (tipo de contratação individual), como também os contratos coletivos em

que há o repasse integral e individualizado da despesa assistencial incorrida por cada beneficiário. As operadoras devem cessar esse tipo de prática, segundo a Súmula.

3.9. Acesso a livre escolha de prestadores

Essa característica, geralmente, faz parte dos produtos comercializados pelas Seguradoras Especializadas em Saúde. Ocorre quando o beneficiário tem a liberdade de escolher livremente os prestadores de serviço que irão atendê-lo, mesmo que não integrantes da rede credenciada, contratada ou referenciada da operadora, pagando diretamente os honorários por eles estipulados, para ser restituído posteriormente via reembolso, conforme os valores previstos no contrato de plano de saúde.

3.10. Serviços e coberturas adicionais

Serviços ou coberturas adicionais são aqueles não obrigatórios pela Lei nº 9.656/98 ou pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde determinado pela ANS, mas que as operadoras podem comercializar de forma opcional.

A regulamentação em vigor admite a venda de serviços e coberturas adicionais não garantidos na regulamentação, desde que tais serviços façam parte do objeto social de uma operadora de plano de saúde que, segundo o artigo 34 da Lei 9.656/98, deve estar voltado exclusivamente para a operação de planos privados de assistência à saúde. A ANS não admite a comercialização de seguro de vida ou auxílio funeral, por exemplo, justamente por entender que tal adicional não faz parte da operação de planos privados de assistência à saúde.

São considerados serviços e coberturas adicionais, de forma exemplificativa pelo anexo II da RN nº 85/04, a assistência/internação domiciliar, assistência farmacêutica, transporte aéreo médico, emergência domiciliar, urgência e emergência fora da abrangência geográfica contratada, transplantes não obrigatórios, procedimentos estéticos, assistência internacional, saúde ocupacional, ortodontia, remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável, prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência e isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego.

Esse tipo de cobertura pode ser comercializado de duas formas:

- Se a operadora deseja comercializar esses serviços e coberturas adicionais para todos os consumidores, ela poderá registrar o produto na ANS já contemplando-os, caso ele não tenha sido registrado originalmente dessa forma). Basta informá-los (serviços e coberturas adicionais) no aplicativo RPS, na oportunidade do registro. Importante ressaltar que, nessa hipótese, o serviço e ou cobertura adicional fará parte do produto, como característica, e esse plano nunca poderá ser comercializado sem os adicionais. Ademais, a

operadora deverá inserir tais serviços dentro do contrato de plano de saúde, em cláusula específica. E no preço do plano, já estará embutido o serviço ou a cobertura adicional.

- A segunda forma de comercialização de coberturas e serviços adicionais é fazê-la separadamente, em um contrato distinto, de acordo com o interesse do consumidor. Essa é a melhor maneira, pois não “engessa” a venda do produto (plano de saúde). Importante advertir que, nessa hipótese, a operadora deve se precaver para não condicionar a venda do plano à compra do adicional, como jeito de evitar a chamada “venda casada” – proibida pelo Código de Defesa do Consumidor – CDC. Acredita-se que a operadora, ao comercializar as coberturas adicionais separadas do plano de saúde, até poderia cobrar tais adicionais no mesmo boleto do plano de saúde, desde que exista autorização expressa do consumidor para essa cobrança, visando proteger a operadora frente ao CDC.

NOTA TÉCNICA DE REGISTRO DE PRODUTO

Paola Mara de Oliveira Quinto

Resolução Normativa – RN nº 304/12
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 28/00

Segundo a definição presente no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Nota Técnica de Registro de Produto é um documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde, por meio de cálculos atuariais.

A Nota Técnica deve ser elaborada por atuário com registro ativo como Membro do IBA, com plenos direitos para o exercício da profissão. Nesse documento, o atuário deverá informar a base de dados utilizada para a sua elaboração, bem como a metodologia adotada no cálculo e todas as etapas que levaram aos prêmios ou contraprestações estimados, indicando, de maneira clara as premissas e eventuais ressalvas.

Em resumo, a Nota Técnica de Registro de Produto serve de base para os preços a serem praticados a partir de sua data de vigência. E o preço, também denominado mensalidade ou prêmio, corresponde à receita necessária para cobrir os custos com despesas médicas/odontológicas dos usuários, de comercialização do produto, administrativas, impostos e lucros (sobras). Com a mensalidade recebida, a operadora deve ser capaz de arcar com as despesas assistenciais, decorrentes da realização de consultas, exames, cirurgias etc., bem como as não assistenciais.

Embora possa haver diferentes metodologias e premissas para a precificação do risco atrelado aos planos de saúde, todas partem de duas variáveis: probabilidade de ocorrência (ou frequência dos riscos) e impacto (ou custo) de sua ocorrência. No caso dos planos de saúde, o risco é um evento ou condição incerta, isso é, que pode ou não ocorrer no futuro, e cuja incidência tem um efeito negativo e que pode ser expresso em termos monetários.

Um indivíduo que decide correr o risco tem a possibilidade de gerenciá-lo por meio dos seguros, que envolvem a transferência do risco de perda de uma entidade (empresa ou indivíduo) para outra entidade (seguradora/operadora) que assume os riscos e, em troca, recebe um

prêmio. O conjunto dos prêmios de vários riscos, muitos sem sinistro, permite às operadoras/seguradoras formarem reservas para pagar tais sinistros.

Algumas condições são necessárias para que o risco seja segurável, ou seja, precificado:

- a) Grande número de eventos (Lei dos Grandes Números): quanto maior o número de segurados, maior a estabilidade dos resultados de sinistros que uma operadora pode esperar.
- b) Eventos independentes entre si (desconcentração de riscos): para que a Lei dos Grandes Números seja plenamente aplicável, é preciso que os riscos sejam independentes entre si. Nenhuma operadora formará uma carteira de seguro rural apenas em uma região, ou de seguro de incêndio em um mesmo prédio.
- c) Baixa incidência de “risco moral”: “risco moral” é a possibilidade de uma pessoa ou empresa, depois de estar segura, comportar-se de maneira diferente do que faria se estivesse inteiramente exposta ao risco. O caso típico é o do indivíduo que faz seguro contra roubo de automóvel e, depois disso, torna-se menos vigilante com seu carro.
- d) Baixa incidência de “seleção adversa”: se refere a um processo em que os resultados “ruins” são naturalmente “selecionados” (contratados) em detrimento dos bons.

O risco em saúde é o risco do pré-pagamento. Qualquer atividade que se propõe ao recebimento de um determinado valor, “a priori”, para garantia de um serviço condicionado à probabilidade de ocorrência de um evento, necessita de cálculo de risco. Calcular o risco é estimar o que vai ocorrer no futuro, em quantidade e intensidade (frequência e impacto).

O primeiro passo da precificação é o prêmio de risco, dado pelo produto dessas duas variáveis: frequência de utilização do procedimento coberto e o valor do procedimento coberto, como segue abaixo:

- I - $PR = f \cdot vp$ – onde PR é prêmio de risco, f é a frequência do procedimento coberto (consultas, exames, terapias, internações etc.) e vp é o valor do procedimento.
- II - $f = n/exp$ – onde f é a frequência, n é a quantidade de procedimentos realizados e exp é a quantidade de beneficiários expostos ao risco de utilização do procedimento coberto.
- III - $Vp = desp/n$ – onde vp é o valor do procedimento, $desp$ é o total de despesas utilizadas (consultas, exames, terapias, internações etc.) e n é a quantidade de procedimentos realizados.

O segundo passo da precificação é o prêmio puro, que corresponde ao prêmio de risco acrescido de um carregamento de segurança ou margem de segurança estatística.

- IV - $PP = PR \cdot (1 + \theta)$, onde PP representa o prêmio puro, PR representa o prêmio de risco e θ representa a margem de segurança estatística.

Tal margem tem o objetivo de cobrir as oscilações aleatórias de uso e o custo de itens de despesa assistencial (consultas, exames, terapias, internações etc.) não previstos no prêmio de risco. Além disso, a expressão do prêmio puro deve ser aplicada a todos os grupos de procedimentos cobertos pelos planos, desde que se tenha volume de dados por procedimentos, ou seja, existe, em quantidade estatisticamente suficiente, a experiência de utilização do procedimento – consultas, exames, terapias, internações etc.

Por fim, tem-se o prêmio comercial, como segue abaixo. Ele será o prêmio base para ser cobrado dos beneficiários.

V - $PC = PP/(1-C)$, onde PC é o prêmio comercial, PP representa o prêmio puro de todos os grupos de procedimentos cobertos e c representa a soma dos carregamentos não assistenciais, tais como custos administrativos, comerciais, impostos, margem de lucro.

Todo esse passo a passo para a precificação estará descrito na Nota Técnica de Registro de Produto, por meio do preenchimento dos Anexos II-A e II-B da RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000. Além disso, segundo a resolução em questão, a Nota Técnica é dispensada para os produtos na modalidade pós-pagamento, além dos produtos exclusivamente odontológicos e dos planos contratados antes da vigência da Lei 9.656/98 (incluindo os adaptados).

A Nota Técnica de Registro de Produto deve ser encaminhada à ANS via aplicativo PTA (Programa Transmissor de Arquivos). Somente após protocolada com sucesso, iniciará a vigência dos valores dispostos em tal nota. Nesse mesmo documento, serão informados os municípios de comercialização do produto, o qual deverá estar contido na abrangência de cobertura, conforme informado no momento de seu registro no aplicativo RPS.

O prêmio comercial ou valor da mensalidade é denominado como “Coluna T” na RDC 28, enquanto o prêmio puro é denominado “Coluna K”. É importante ressaltar que a operadora não poderá comercializar preços abaixo da “Coluna K”, uma vez que, se assim proceder, praticará valores menores que a sua própria despesa assistencial. Afinal, uma operadora não sobrevive somente do pagamento de despesas assistenciais.

Na mesma resolução, são definidos os limites da Nota Técnica, os quais não serão aplicáveis aos planos coletivos empresariais com mais de 30 vidas. A mesma regra vale para as variações por faixa etária utilizadas na precificação: a operadora poderá praticar preços com diferentes variações da Nota Técnica somente no caso dos planos coletivos empresariais com mais de 30 vidas. Para as demais modalidades, poderá comercializar somente preços que estejam dentro de tais limites:

- a) Limite mínimo: corresponde à subtração de 30% do Valor Comercial da Mensalidade (coluna “T”), desde que seu valor não seja menor que o Prêmio Puro (coluna “K”).
- b) Limite máximo: corresponde à adição de 30% sobre o Valor Comercial da Mensalidade (coluna “T”).

Com base nos conceitos apresentados neste capítulo, é importante ressaltar que a operadora deverá manter um monitoramento periódico sobre os custos versus os preços dos produtos de saúde, podendo atualizar a Notas Técnicas sempre que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais, bem como se os valores comercializados ultrapassarem os limites da Nota Técnica.

Além disso, tanto o representante legal da operadora quanto o atuário responsável pela elaboração da Nota Técnica de Registro de Produto deverão declarar que os valores estabelecidos são suficientes para cobrir as despesas assistenciais e as não assistenciais da operadora.

No momento da precificação, o atuário leva em consideração os procedimentos cobertos e contratados, tanto a frequência de utilização quanto o custo dos procedimentos. E a mensalidade calculada é para fazer frente a tais procedimentos cobertos e contratados. Dentro desse conceito, é importante ter a ciência de que, à medida em que a operadora não tiver a contrapartida da mensalidade com base nos riscos assumidos, a longo prazo, poderá tornar-se insolvente.

ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

Resolução Normativa – RN nº 428/17

Resolução Normativa – RN nº 439/18

Resolução Normativa – RN nº 259/11

Resolução Normativa – RN nº 323/13

Resolução Normativa – RN nº 395/16

1. Introdução

A operadora de plano de saúde deve garantir aos seus beneficiários todos os procedimentos previstos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS, conforme segmentação assistencial registrada nos planos de saúde oferecidos ao mercado.

Por esse motivo, tem as obrigações de atenção e diligência no gerenciamento de sua operação, para que, assim, o atendimento ao beneficiário seja eficaz e completo, na medida da previsão contratual estabelecida entre as partes, bem como de acordo com os regramentos legais vigentes.

Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, cumprindo seu papel de autarquia especial instituída para regulação e fiscalização do setor, periodicamente, vem editando normas, emitindo pareceres e suas respectivas atualizações regulatórias, com o objetivo de que o atendimento esteja sempre adequado às necessidades sociais atuais e à proteção dos direitos dos consumidores.

2. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a referência básica de cobertura mínima e obrigatória, que deve ser disponibilizada pelos planos privados de assistência à saúde, para aqueles contratos aderidos a partir de 1º de janeiro de 1999, bem como aos adaptados à Lei nº 9.656/1998.

A finalidade do estabelecimento de um Rol de Procedimentos é a de garantir e tornar público o direito de cobertura assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, contemplando os procedimentos e eventos para “a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas”¹.

O primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS foi o definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar – CONSU 10/1998, sendo posteriormente atualizado da seguinte forma²:

Normativo	Vigência
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu nº 10/1998	4/11/1998 a 11/5/2000
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 21/2000	12/5/2000 a 25/6/2002
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 41/2001	14/1/2000 a 6/5/2001
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67/2001	7/5/2001 a 28/9/2004
Resolução Normativa – RN nº 9/2002	26/6/2002 a 5/7/2007
Resolução Normativa – RN nº 82/2004	29/9/2004 a 1º/4/2008
Resolução Normativa – RN nº 154/2007	6/7/2007 a 6/6/2010
Resolução Normativa – RN nº 167/2008	2/4/2008 a 6/6/2010
Resolução Normativa – RN nº 211/2010	7/6/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa – RN nº 262/2011	1º/1/2012 a 1º/1/2014
Resolução Normativa – RN nº 338/2013	2/1/2014 a 1º/1/2016
Resolução Normativa – RN nº 387/2015	2/1/2016 a 1º/1/2018
Resolução Normativa – RN nº 428/2017	Desde 2/1/2018

1 Artigo 2º, da Resolução Normativa nº 439/2018.

2 Informações extraídas do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 27/9/2019 às 11h49 a.m. <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>

As atualizações da lista de procedimentos com cobertura mínima obrigatória são publicadas por biênio, com o condão de contemplar os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998, em total consonância ao que prediz o artigo 3º da Resolução Normativa nº 439/18³.

No processo de atualização periódica do Rol, haverá participação do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, em caráter consultivo. Cabe lembrar que o COSAÚDE é o “fórum pelo qual se estabelece o diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade sobre questões referentes ao processo de atualização periódica do Rol, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – IN/DIPRO nº 44 da DIPRO, de 13 de fevereiro de 2014”⁴.

A participação na atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde não é de exclusividade do COSAÚDE e seus respectivos integrantes. Todos os interessados podem encaminhar propostas, isso é, tanto pessoas físicas quanto pessoas jurídicas terão as suas contribuições avaliadas durante o ciclo de atualização.

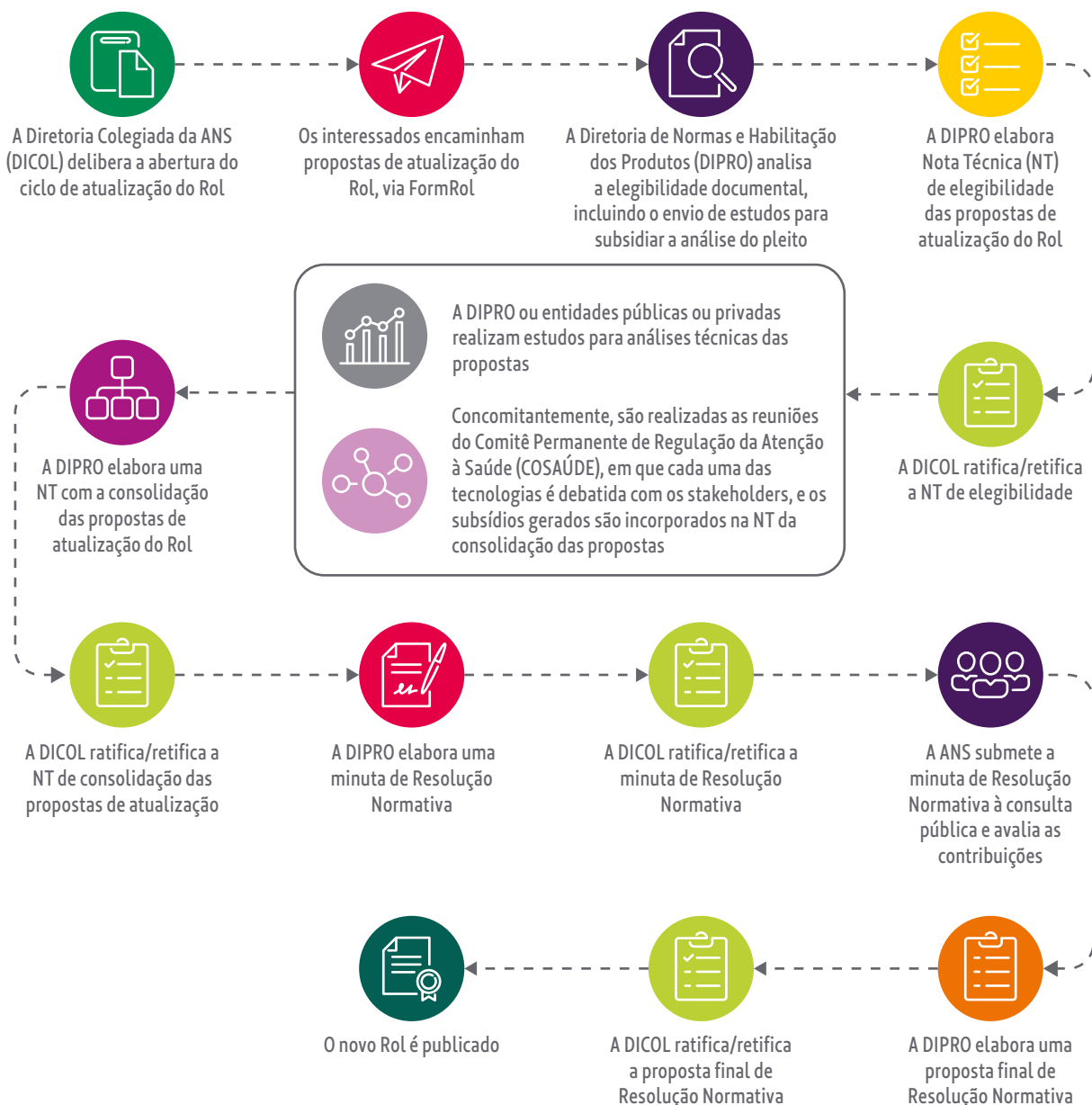
O ciclo de atualização do Rol e suas formalidades estão definidas na RN nº 439/2018, e, para facilitar a compreensão, bem como a participação da sociedade durante esse processo, a ANS disponibilizou – de maneira interativa – o fluxo das etapas⁵. Vejamos:

3 Art. 3º Os ciclos de atualização do Rol ocorrerão a cada dois anos e terão como finalidade a revisão da Resolução Normativa que estabelece a cobertura assistencial mínima obrigatória.

4 Conceito ofertado pelo artigo 6º, da Resolução Normativa nº 439/2018.

5 Informações extraídas do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 27/9/2019 às 16h14. <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/fluxo-das-etapas-de-atualizacao-do-rol>

Fluxo das Etapas de Atualização do Rol



3. Da garantia de atendimento

Ao aderir a contrato de plano de saúde, o beneficiário espera obter assistência dos recursos a serem disponibilizados pela operadora. Seja de forma própria ou contratualizada, o principal anseio do consumidor é a garantia do atendimento.

Pensando nisso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estabeleceu, detalhadamente, quais as regras obrigatórias e aplicáveis para todas as operadoras, no tocante à garantia de atendimento.

As diretrizes estabelecidas pela Agência estão previstas na Resolução Normativa nº 259/11, que tem o condão de orientar e disciplinar as regras e limites a serem observados na relação beneficiário x operadora, além de buscar a proteção do consumidor.

Nesse sentido, uma das primeiras regras de garantia de acesso aos serviços e procedimentos definidos pelo Rol, já esclarecido no item anterior, é que o atendimento deverá ocorrer no município em que o beneficiário demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e de atuação do produto ao qual está vinculado.

Para tanto, a ANS estabeleceu prazos máximos para cada tipo de atendimento, conforme se depreende do artigo 3º, da RN nº 259/11, vejamos:

- I - Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 dias úteis
- II - Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 dias úteis
- III - Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 dias úteis
- IV - IConsulta/sessão com nutricionista: em até 10 dias úteis
- V - Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 dias úteis
- VI - Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 dias úteis
- VII - Consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 dias úteis
- VIII - Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 dias úteis
- IX - Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 dias úteis
- X - Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 dias úteis
- XI - Procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 dias úteis
- XII - Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 dias úteis
- XIII - Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 dias úteis
- XIV - Urgência e emergência: imediato

Vale ressaltar que os prazos estabelecidos serão contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua realização efetiva, ou seja, do dia em que o pedido foi registrado na operadora de saúde até o dia da realização do procedimento.

Ainda em relação aos prazos, insta esclarecer que, para caracterizar o cumprimento dos mencionados prazos, “será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário”⁶.

6 Trecho extraído do artigo 3º, parágrafo 2º, da Resolução Normativa nº 259/2011.

Assim, se o beneficiário tiver preferência por um profissional ou local específico para seu atendimento, como por exemplo, um médico de confiança ou ambulatório de sua escolha, a operadora ficará dispensada de disponibilizar o atendimento, de acordo com o limite máximo imposto pela Agência.

Ademais, especificamente em relação às consultas de retorno, elas não obedecerão aos prazos máximos de atendimento, ficando sempre a critério da disponibilidade de agenda do profissional solicitado.

3.1. Indisponibilidade ou inexistência de prestador

A obrigação de garantia de acesso permeia-se sempre em relação ao município demandado pelo beneficiário, todavia, há casos em que, ainda que sejam despendidos esforços da operadora de saúde para o credenciamento de todas as especialidades, pode encontrar escassez de profissionais em determinado município ou ainda a limitação de agenda dos já credenciados.

Havendo indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a ANS determina às operadoras de saúde a obrigação de garantir o atendimento, escolhendo uma das formas a seguir:

- I – Prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município.
- II – Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a esse.

Insta frisar que, em ambos os casos, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado por ela ao prestador escolhido, mediante acordo entre as partes, não havendo expensas ao beneficiário, com exceção daqueles contratos que preveem coparticipação.

Ainda sobre o tema indisponibilidade de prestador, se ambas as opções não estiverem disponíveis à operadora, ela deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como o seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

No que tange à inexistência de prestador que ofereça o serviço demandado, a ANS determina que a garantia do atendimento pela operadora de saúde deverá ocorrer das seguintes formas:

- I – Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a esse.
- II – Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual o município faz parte.

Do mesmo modo que na indisponibilidade, havendo impossibilidade de garantia nos termos acima elencados, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário, bem como o seu retorno até um prestador apto a realizar o devido atendimento, respeitando todos os prazos fixados no art. 3º.

É importante lembrar que o meio de transporte a ser disponibilizado será de escolha da operadora, porém, deverá atender de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

O transporte será extensível aos acompanhantes, caso o beneficiário demandante seja menor de 18 ou maior de 60 anos, bem como aos portadores de deficiência e necessidades especiais, sendo estes últimos, comprovados mediante declaração médica.

Se a operadora não cumprir com a sequência elegida pela ANS, tanto para casos de indisponibilidade quanto para inexistência, e o beneficiário for obrigado a arcar com os custos do atendimento solicitado que possua cobertura obrigatória, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente, dentro do prazo de 30 dias, a contar do recebimento completo da documentação comprobatória de despesas.

A RN nº 259/2011 é uma das normativas editadas pela ANS que mais preocupam as operadoras de saúde suplementar, haja vista a celeridade nos prazos de garantia de acesso, bem como o impacto direto que causa nos monitoramentos da agência. Além disso, o descumprimento dos prazos sujeita as operadoras a sanções administrativas cabíveis, também previstas na regulamentação.

Por fim, é mister dizer que há uma discussão que se aventa no setor de saúde suplementar a respeito da Resolução Normativa nº 259/2011. Trata-se da aplicabilidade da mencionada RN aos contratos não regulamentados, ou seja, aqueles celebrados antes da vigência da Lei 9.656/1998 e não adaptados a ela posteriormente.

Em que pese algumas decisões em âmbito judicial, que versam pela inaplicabilidade da norma nesses casos. O próprio texto da RN nº 259/11, em seu artigo 11, traz a indicação de que são aplicáveis as regras estabelecidas por ela a todos os contratos de planos de saúde, adaptados ou não, com única exceção àqueles que possuam previsão contratual que disponha de forma diversa.

Portanto, considerando as atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar para legislar e regular o setor de planos de saúde, considera-se o previsto na normativa, sendo certo que, em caso de restrição ou inaplicabilidade de alguma norma, essa trará o comando de forma expressa.

4. Da central de atendimento telefônico

A Resolução Normativa nº 395/16 estabelece como deverão ser prestadas as informações aos beneficiários para garantia de acesso à cobertura prevista nos contratos de planos de saúde suplementar.

Para a agência, considera-se atendimento a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer um dos canais previstos na mesma norma (atendimento presencial, telefônico ou disponibilização de meio de atendimento via Internet).

O órgão regulador também exige que os canais de atendimento ao consumidor sejam ostensivamente divulgados pelas operadoras, contendo as informações necessárias para acesso, tais como endereço, horários disponíveis, números de telefone etc.

Os atendimentos presenciais, deverão ser disponibilizados, no mínimo, nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação da operadora, ao menos, no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:

- I - Possua concentração de beneficiários superior a 10% do total de sua carteira.
- II - O número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20 mil.

As operadoras exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões, estão excluídas dessa obrigatoriedade, podendo disponibilizar facultativamente.

Para os atendimentos telefônicos, é obrigatória a disponibilização da seguinte forma:

- I - Durante 24 horas por dia, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte.
- II - Nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio portes, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso à cobertura de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação 24 horas por dia, sete dias da semana.

A RN nº 395/16 traz pontos de bastante atenção e que devem ser tratados pelas operadoras de saúde com muita cautela, pois a sua inobservância poderá acarretar em sanções administrativas⁷.

Assim, sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independentemente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja a sua finalidade, deverá ser fornecido um número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de uma demanda que envolva, ainda que indiretamente, a cobertura assistencial.

Essa obrigatoriedade tem como objetivo uma rastreabilidade melhor das demandas, que, em sua maioria, possuem caráter assistencial e podem ser solucionadas ainda em 1ª ou 2ª instância, ou seja, sem que seja necessária a intervenção da ANS.

É importante lembrar que, nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora terá o prazo de até 5 dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

Havendo como resposta a negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique⁸. Sobre ela, o beneficiário

7 Art. 76-A, Resolução Normativa nº 124/2006. “Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta. Sanção - multa de R\$ 30.000,00”.

8 Art. 10, Resolução Normativa nº 395/2016.

poderá requerer que as informações lhe sejam encaminhadas, reduzidas a termo, no prazo de 24 horas.

Ademais, ainda é facultado ao beneficiário que, recebendo a negativa do procedimento ou serviço solicitado, solicite a reanálise desse pedido, que será apreciada pela Ouvidoria da operadora de saúde, nos termos previstos pela Resolução Normativa nº 323/2013.

5. Ouvidoria

A instituição de uma unidade organizacional específica de ouvidoria foi definida pela Resolução Normativa nº 323/2013, sendo o objetivo da norma estabelecer uma diferenciação entre o serviço de atendimento ao consumidor e a chamada 2ª instância, que possui o atributos de acolhida das manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, bem como resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, subsidiando o aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, sanando eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento.

Assim, a Ouvidoria é tida como uma unidade de 2ª instância, podendo a operadora solicitar o número do protocolo da reclamação ou manifestação registrada anteriormente junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente, para abertura de cadastro, sugestões, reclamações etc. Todavia, o número de protocolo não poderá ser impeditivo para acesso do beneficiário ao canal de ouvidoria, como prevê o artigo 1º, § 3º, da Resolução Normativa nº 323/13.

Cabe ressaltar que o atendimento em sede de ouvidoria, deverá ser oferecido, no mínimo, em dias úteis e em horário comercial.

No que tange à estrutura organizacional, deverão ser observados diversos requisitos, conforme descreve o artigo 3º da normativa, e nesta oportunidade, apontamos alguns dos que mais nos chamam atenção:

- Designação de pessoa para exercício da atividade de ouvidor, não cumulável com a atividade de gestão do atendimento ao beneficiário da operadora.
- Instituição de protocolo específico para registro do atendimento realizado pela Ouvidoria.
- Fixação de prazo máximo não superior a 7 dias úteis para resposta conclusiva às demandas dos beneficiários, sendo admitida a pactuação junto ao beneficiário de um prazo maior, não superior a 30 dias úteis, em casos excepcionais ou de maior complexidade, devidamente justificados.

As informações colhidas nas demandas de ouvidoria deverão ser disponibilizadas à ANS anualmente, contendo os dados estatísticos, as ações desenvolvidas etc. Por esse motivo, é imprescindível que a operadora se atente aos prazos de atendimento, aos processos estabelecidos, bem como à estrita observância do que foi estabelecido na normativa, para que não incorra em sanções e advertência do órgão regulador.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

Resolução Normativa – RN nº 162/07

1. Introdução

Antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde possuíam coberturas conforme previsões contratuais, com a possibilidade de exclusões de procedimentos, bem como da negativa de inclusão de pessoa portadora de deficiência ou lesão preexistente.

Esse tema só foi tratado após a inclusão dos artigos 11 e 14 na Lei 9.656/98, por meio da medida provisória nº 2177-44/2001. A Lei dos Planos de Saúde passou a vedar a negativa de inclusão de consumidor com condição de deficiência, bem como a exclusão de cobertura a doenças e lesões preexistentes à data de contratação de planos de saúde, após 24 meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Mais tarde, com a edição da Resolução Normativa nº 162/07, o procedimento para aplicação de “carências” (lato sensu), restrição de tipos de atendimento, entre outros comandos, foram melhor delineados pela ANS.

2. Do conceito de doença ou lesão preexistente

Para a ANS, o conceito de doença ou lesão preexistente (DLP) vem definido no artigo 2º, inciso I, da RN nº 162/07, a seguir transcrito:

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

A partir de então, a agência delimitou as condições de admissão de beneficiários portadores de DLP, bem como o procedimento a ser adotado pelas operadoras em casos de omissão de preexistência no ato da contratação, a documentação pertinente a ser apresentada, entre outras questões a seguir explicadas.

3. Da carta de orientação ao beneficiário

A “Carta de Orientação ao Beneficiário” é um documento integrante do contrato de assistência à saúde.

Na proposta de adesão a ser preenchida pelo pretendo beneficiário, deve constar a orientação necessária, nos moldes instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de forma padronizada¹, com vistas auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde (DS).

A Declaração de Saúde (DS) deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos².

Independentemente da modalidade do contrato, seja coletivo por adesão, empresarial ou individual/familiar, a Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada na página imediatamente anterior ao formulário de Declaração de Saúde e deve ser entregue juntamente com ele, no momento de seu preenchimento.

São informações obrigatórias³ na carta:

I – A identificação e a assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e a data da ciência.

II – A identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.

Tal orientação tem o intuito de garantir a compreensão do consumidor quanto ao compromisso e dever de informação à operadora do conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude. Em sendo caracterizada,

¹ Art. 4º, § único, da RN nº 162/07.

² Art. 10º, § único, da RN nº 162/07.

³ Art. 3º, §1º, incisos I e II, da RN nº 162/07.

ficará sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II, do parágrafo único do art. 13, da Lei nº 9.656, de 1998.

Caso o consumidor não se sinta confortável ou capacitado para definir se possui ou não doença ou lesão preexistente, terá o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, ou seja, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados da operadora, sem qualquer ônus. Também poderá optar que essa entrevista se dê por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, desde que assumo o ônus financeiro dela.

Novamente, vale salientar que o objetivo desse tipo de entrevista é “orientar o beneficiário para o preenchimento correto da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações”⁴.

Por fim, ainda em relação ao preenchimento da Declaração de Saúde, é importante frisar que, havendo qualquer exame prévio ou perícia pela operadora, com vistas à admissão do beneficiário no plano de saúde, será vedada a alegação posterior de omissão de informação de DLP.

4. Da cobertura parcial temporária

Sendo constatada a existência de DLP, por perícia, na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário, a operadora poderá aplicar ao contrato o instituto conhecido como Cobertura Parcial Temporária (CPT).

A CPT é “aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal”⁵.

O oferecimento de CPT é obrigatório à operadora que, após constatação de DLP, decida não oferecer cobertura total para eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença e lesão preexistente. Há como alternativa, de forma facultativa, o oferecimento de Agravo como opção à CPT. As condições de agravo⁶ são estabelecidas na própria norma, devendo ser observadas estritamente.

4 Art. 5º, §3º, da RN nº 162/07.

5 Art. 2º, inciso II, da RN nº 162/07.

6 Art. 7º, 2º, da RN nº 162/07: “O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a:

I - percentual ou valor do Agravo

II - período de vigência do Agravo

5. Do procedimento administrativo por fraude

Havendo indícios de fraude por parte do beneficiário, na omissão de informações do conhecimento de DLP na ocasião da contratação, será facultado à operadora de saúde solicitar ao órgão regulador a instauração de procedimento administrativo para apuração dos fatos. Para tanto, a Resolução Normativa nº 162/07 define o rito a ser observado.

De imediato, a operadora deverá comunicar a alegação de omissão de informação ao beneficiário por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário⁷, documento padronizado pela ANS e, por conseguinte, optar em:

I – Oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

II – Oferecer o Agravo;

III – Solicitar a abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT⁸.

É importante ressaltar que é imprescindível o Termo de Comunicação relatando a omissão de DLP ao beneficiário, pois somente após a comunicação, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS, requerendo assim a abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

A solicitação de abertura de processo administrativo por alegação de DLP é uma prerrogativa exclusiva da operadora, sendo de característica individual, vedada a abertura de processos administrativos em que conste mais de um beneficiário. O prazo máximo de abertura é de 24 meses, considerando-se o período entre a data da assinatura contratual e a data de postagem no correio ou do protocolo da solicitação na ANS.

Insta frisar que, durante o processo administrativo, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação⁹ em vigor.

6. Da documentação obrigatória para abertura de processo administrativo

A ANS define expressamente qual a documentação obrigatória para abertura de processo administrativo para fins de apuração de omissão de doença ou lesão preexistente.

⁷ Art. 18, da RN nº 162/07.

⁸ Art. 15, da RN nº 162/07.

⁹ Resolução Normativa nº 124/06.

Nesse sentido, para solicitação de abertura, a operadora deverá, obrigatoriamente, apresentar os documentos listados no artigo 18 e incisos, da RN nº 162/07, em duas cópias legíveis, sem rasuras, com a identificação do beneficiário e as devidas assinaturas e datas. São exemplos de documentos obrigatórios:

I – Termo de Alegação, contendo a identificação do beneficiário, a descrição da doença com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID), ou lesão alegada que será objeto de julgamento, o número do registro do plano privado de assistência à saúde, o nº de registro do beneficiário enviado ao Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) e a assinatura do representante legal da operadora junto à ANS ou seu procurador.

II – Termo ou Proposta de Adesão ao plano privado de assistência à saúde.

III – Carta de Orientação ao Beneficiário, na forma do parágrafo único do art. 4º, exceto para os contratos celebrados anteriormente ao prazo constante do art. 35.

IV – Declaração de Saúde, devidamente datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz.

V – Termo de Comunicação ao Beneficiário.

7. Do deferimento da solicitação de abertura de processo

Em sendo comprovado pela operadora o cumprimento dos requisitos para abertura do processo, devidamente instruído com a documentação comprobatória necessária, a ANS notificará o beneficiário para que se manifeste acerca do processo administrativo instaurado, no prazo máximo de 15 dias, contados da data em que a notificação for efetuada.

Importante salientar que, nos casos em que o beneficiário não se manifeste no prazo estipulado, o processo será analisado de acordo com a documentação enviada pela operadora. Com o processo devidamente instruído, será elaborada uma Nota pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), no prazo de 15 dias.

O diretor da DIPRO proferirá a decisão no prazo de 30 dias, da qual as partes serão notificadas para que, querendo, apresentem recurso administrativo à Diretoria Colegiada, como instância máxima. O prazo para interposição do recurso administrativo é de 15 dias, contados da data em que a notificação da decisão for efetuada e deverá ser dirigido à DIPRO, que notificará a outra parte, concedendo o mesmo prazo para contrarrazões.

Não havendo interposição de recurso administrativo no prazo regular, a decisão deverá ser comunicada às partes e publicada, em extrato, no Diário Oficial da União. O processo administrativo deve ser arquivado, após a adoção das providências cabíveis¹⁰, e sendo o julgamento

¹⁰ Art. 25, §7º, da RN nº 162/07.

final favorável à operadora, poderá ser excluído apenas o beneficiário que foi parte no processo administrativo.

Se, por infortúnio, no curso do processo administrativo, for identificada a existência de indícios de prática infrativa por parte da operadora, a DIPRO dará ciência do fato à Diretoria de Fiscalização – DIFIS, para as providências cabíveis.

8. Do indeferimento da solicitação de abertura de processo

O processo administrativo para apuração de DLP é minucioso e deverá seguir *ipsis litteris* as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob pena de indeferimento.

O artigo 19, da Resolução Normativa nº 162/07, define quais as causas de indeferimento. Vejamos:

- I - Falta de qualquer um dos documentos obrigatórios;*
- II - Declaração de Saúde que não contiver data e assinatura do beneficiário titular ou dependente ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;*
- III - Decurso de prazo, conforme art.17 da RN nº 162/07;*
- IV - Planos privados de assistência à saúde coletivos com 50 ou mais beneficiários;*
- IV - Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial com 30 ou mais beneficiários;*
- IV - Planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo;*
- V - Beneficiário que passou por qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde;*
- VI - Beneficiário que fez acordo de CPT ou Agravo, oferecido pela operadora, para a doença ou lesão alegada;*
- VII - Adaptação e migração de contratos;*
- VIII - Já existir um processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde contra o mesmo beneficiário e com a mesma alegação;*
- IX - No caso de transferência de carteira entre operadoras.*

Na hipótese de indeferimento, a operadora será comunicada do arquivamento do processo. Somente nos casos de indeferimento motivados pelo inciso I (falta de documentos obrigatórios), a operadora poderá enviar uma nova solicitação de abertura, que poderá ser encaminhada à GGTAP/DIPRO/ANS, munida da documentação completa, de acordo com o estabelecido no art.18, da RN nº 162/07.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Pamela Sposito Reis

Resolução Normativa – RN nº 438/18
Instrução Normativa – IN nº 56/18 – DIPRO
Resolução Normativa – RN nº 124/06

1. Introdução

Entre as funções da ANS previstas no artigo 4º da Lei 9961/00, está a adoção de medidas para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde.

Imbuída dessa atribuição, no ano de 2009, a agência publicou a RN nº 186/09 que, inicialmente, tratou da questão da portabilidade de carências apenas para beneficiários de planos individuais/familiares. Em 2011, via RN nº 254/11, estendeu o direito de portabilidade também aos beneficiários vinculados a planos coletivos por adesão. Já em 2019, entrou em vigência a nova norma editada pela ANS sobre o tema, a Resolução Normativa nº 438/2018, revogando as demais diretrizes estabelecidas anteriormente.

Atualmente, portabilidade de carências é a possibilidade de contratar um novo plano de saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão ou empresarial, com registro de produto na ANS, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

2. Dos Requisitos para Exercício do Direito à Portabilidade

Para que o beneficiário de plano de saúde exerça o direito à portabilidade, deverá observar os seguintes requisitos:

- Seu vínculo com a operadora de origem deve estar ativo até a conclusão da análise do pedido de portabilidade;
- Deverá comprovar **adimplência** junto à operadora do plano de origem, sendo que, para a comprovação desse requisito, a operadora de destino poderá exigir cópia dos pagamentos dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da pessoa jurídica contratante que ateste o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil que ratifique o atendimento a esse requisito;
- Possuir **prazo de permanência**. Na primeira portabilidade de carências, um mínimo dois anos no plano de origem ou, na hipótese de o beneficiário ter cumprido CPT, no mínimo três anos. Nas portabilidades posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou dois anos, na hipótese de o beneficiário ter cumprido CPT. O beneficiário, por qualquer documento, poderá comprovar a permanência na operadora de origem.
- Cabe salientar que, para esse requisito, havendo mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.
- O plano de destino deve possuir uma **faixa de preço** igual ou inferior à que o plano de origem se enquadra, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde. A faixa de preço não será exigível para planos em modalidade pós-pagamento.
- Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá **possuir vínculo** com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195/09, ou deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432/17.

3. Do Prazo para Conclusão do Pedido e Vigência da Portabilidade

Diante de um beneficiário que solicita portabilidade, a operadora de destino deverá responder em até 10 dias da data de assinatura da proposta de adesão. Se não responder nesse prazo, a proposta com portabilidade de carências será considerada aceita.

Nos casos de planos individuais/familiares, o contrato do plano de destino entrará em vigor 10 dias após o aceite da operadora. Já nos planos coletivos, o prazo de vigência poderá ser acordado seguindo as regras de movimentação estabelecidas entre a pessoa jurídica e a operadora.

Diferentemente do que previa a RN nº 186/09, a nova normativa traz a obrigação ao beneficiário de comunicação de portabilidade à operadora de origem. Sendo assim, ao exercer a portabilidade de carências, após a confirmação de aceite pela operadora de destino, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. Em caso de descum-

primeto dessa regra, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carência cabíveis no plano de destino.

Somente a partir do aceite da portabilidade e da data de início de vigência do plano de destino, é que o beneficiário passa a ter 5 dias para solicitar o cancelamento do plano de origem. A operadora do plano de destino deverá comunicar ao beneficiário sobre essa obrigação, em razão das consequências trazidas pela inércia.

De todo modo, até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua mensalidade. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pró-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

4. Alterações importantes trazidas pela nova norma

A Resolução Normativa nº 438/18 deixa expresso que o direito ao exercício da portabilidade de carências deverá ocorrer de forma individual. Assim, na hipótese de plano de contratação individual ou familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo familiar, será assegurado aos beneficiários já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Os beneficiários de planos coletivos empresariais também poderão exercer a portabilidade, de forma individual, desde que comprovados o vínculo e o enquadramento nos demais requisitos gerais, não sendo permitida a “portabilidade de contrato”.

Outra novidade importante trazida pela nova norma, é a extinção da chamada “janela” para portabilidade, ou seja, a portabilidade de carências poderá ser requerida pelo beneficiário, a qualquer tempo, após o cumprimento do prazo de permanência, não o obrigando a esperar um período específico para apresentar solicitação.

Um ponto fundamental que a norma explicitou foi a portabilidade para internados. Nos casos em que o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências poderá ser requerida somente após a alta da internação.

A RN nº 438/18 trouxe ainda a possibilidade de novas coberturas no plano de destino, não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de carência (para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem), fixando-se os seguintes períodos:

- Prazo máximo de 300 dias para partos a termo
- Prazo máximo de 180 dias para cobertura odontológica
- Prazo máximo de 180 dias para cobertura ambulatorial
- Prazo máximo de 180 dias para cobertura hospitalar
- Prazo máximo de 24 horas para casos de urgência e emergência

Como possibilidade de portabilidade de carências, a norma também garante o exercício em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário, desde que requerida no prazo máximo de 60 dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora. Nesses casos, não serão aplicados os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço previstos na normativa.

Nesse sentido, são passíveis de exercer portabilidade de carências por extinção de vínculo:

- Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato
- Beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência
- Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998
- Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante

5. Da Portabilidade Especial e Extraordinária

Essas modalidades são aplicáveis às operadoras com Anormalidades Econômico-Financeiras – Direção Fiscal, Técnica, Cancelamento da Autorização de Funcionamento ou Liquidação.

Inicialmente, a portabilidade especial foi inserida pela RN nº 252/11 para resguardar os beneficiários de operadoras em situações periclitantes – seja do ponto de vista econômico-financeiro, seja administrativamente – quando, por exemplo, o processo de transferência compulsória da carteira foi frustrado por desinteresse do mercado em absorver esses beneficiários. Tal portabilidade sempre será precedida por publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial.

Nesse caso, a portabilidade poderá ser exercida por todos os beneficiários da operadora que terão seu registro cancelado pela ANS ou que será liquidada, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos.

As operadoras de mercado estarão obrigadas a receber esses beneficiários sem carências e com aproveitamento de eventual CPT remanescente. Geralmente, na Resolução Operacional publicada, é determinado como ficarão os preços e os futuros reajustes. O prazo de 60 dias para exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação da Resolução Operacional da ANS, no Diário Oficial da União.

Também existirá o caso de **Portabilidade Extraordinária**, que será decretada em situações excepcionais, quando há a necessidade de intervenção regulatória para garantir opções ao beneficiário. O prazo para a troca de operadora é de 60 dias.

6. Das sanções

Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências:
multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-B. Condicionar o exercício do direito à portabilidade de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar:
multa de R\$ 40.000,00.

Art. 62-C. Exigir ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências:
multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-D. Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a regra de portabilidade de carências:
multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-E. Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências:
sanção – advertência; multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-F. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências, não enquadradas nos artigos anteriores:
sanção – advertência; multa de R\$ 30.000,00.

DEMITIDOS E APOSENTADOS

Pamela Sposito Reis

Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998
Resolução Normativa – RN nº 279/11
Resolução Normativa – RN nº 438/18

1. Introdução

Uma das preocupações daquele que experimenta uma demissão ou exoneração de vínculo empregatício, é a possível perda de sua assistência à saúde e da continuidade de eventuais tratamentos em curso.

Em razão da garantia do direito à saúde, bem como na recorrente dos interesses defendidos no âmbito do direito do consumidor, a Lei 9.656/98 estabeleceu a possibilidade da manutenção do benefício de assistência à saúde ao ex-empregado, demitido sem justa causa ou aposentado, quando encerrado seu vínculo com o empregador, desde que atendidos os requisitos previstos na norma editada pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

2. Requisitos para concessão do benefício

As regras para concessão do benefício de manutenção da assistência à saúde aos demitidos e aposentados estão previstas na Resolução Normativa nº 279/11, que é a norma responsável pela regulamentação do direito à continuidade estabelecidos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

De acordo com a previsão normativa, será elegível ao benefício continuidade aquele que:

- Comprovar ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício;
- Comprovar ser ex-empregado/aposentado demitido ou exonerado sem justa causa;
- Comprovar ter sido contributário do benefício concedido pelo empregador;
- Demonstrar sua opção de continuidade do benefício, de forma expressa, com assunção do pagamento integral da mensalidade;
- Não ser admitido em novo emprego.

2.1. Do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa

As regras para concessão do benefício de manutenção da assistência à saúde aos demitidos sem justa causa seguem as diretrizes gerais, sendo que a diferenciação se dará em razão do tempo de concessão.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o período de manutenção será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído com o pagamento do plano, ou seus sucessores, sendo assegurado o período mínimo de 6 e o máximo de 24 meses.

2.2. Do ex-empregado aposentado

Para concessão do benefício à continuidade da assistência à saúde ao ex-empregado seja demitido sem justa causa ou aposentado, consideram-se além dos requisitos gerais, o período que permaneceu com o vínculo empregatício em questão. Portanto, ainda que houver contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras. A mesma regra será aplicada à contribuição, quando houver sucessão em razão de processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação.

No que tange ao aposentado, poderá manter sua condição de beneficiário, nas mesmas qualidades de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. O período concessivo dependerá do tempo de vínculo e da contribuição com o empregador, nas seguintes condições:

- **Aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais:** o direito ao benefício se estenderá enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e desde que o aposentado não seja admitido em um novo emprego.
- **Aposentado que contribuiu para o plano de saúde por um período inferior a 10 anos:** poderá permanecer no plano de saúde por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em um novo emprego.

Vale frisar que tais regras também são aplicáveis ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar dela, sendo que esse direito será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também será garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito.

2.3. Da contribuição

Considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado, de forma integral ou parcial, frente ao benefício concedido pelo empregador.

Nesse sentido, é importante ressaltar que não serão consideradas contribuições se a modalidade do contrato for em preço pós-estabelecido ou custo operacional, uma vez que a participação do empregado nesses casos se dá apenas no custeio de coparticipação ou na franquia de procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica, o que não se caracteriza efetivamente como contribuição.

Vale asseverar que, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, o direito à manutenção do benefício será assegurado, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

3. Da possibilidade de extensão do benefício

A manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde ora ofertado pelo empregador, será extensível, obrigatoriamente, a todo grupo familiar do empregado. Todavia, não haverá impedimento caso o titular do contrato (ex-empregado), deseje realizar a sua adesão ao benefício de forma individual ou com somente parte do grupo familiar.

Imperioso mencionar que, no período de usufruto do contrato de continuidade, se prevista no contrato original com o empregador a possibilidade de inclusão de novos cônjuges e filhos, também serão aplicáveis as mesmas regras. Assim, se no curso do plano manutenção ocorrer o evento (casamento, nascimento, união estável etc.), havendo pedido de inclusão dentro do prazo contratual acordado, a solicitação do ex-empregado deverá ser acatada.

Cabe salientar que, em caso de morte do titular ex-empregado, será garantido o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde.

Por fim, importante ressaltar que o direito de manutenção não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

4. Da comunicação exigida para manutenção do plano

A opção pela manutenção da condição de beneficiário deverá ocorrer no prazo máximo de 30 dias, em resposta ao comunicado do empregador, que será disponibilizado para formalização no ato da comunicação do aviso prévio ou da aposentadoria.

A contagem do prazo se inicia somente a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Imperioso mencionar que, para os contratos coletivos empresariais, há a obrigatoriedade de a operadora solicitar informações, assim que recebido da pessoa jurídica o pedido de cancelamento/exclusão de um beneficiário. São informações obrigatórias:

- I - O motivo da exclusão, se por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II - Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado e continua trabalhando na mesma empresa;
- III - Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV - Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- V - Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter essa condição.

Tais informações são imprescindíveis, sendo que o pedido de exclusão pela operadora somente deverá ser aceito mediante o envio delas, bem como da comprovação de que o inativo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. O acatamento do pedido de cancelamento sem tais provas, sujeitará a operadora às penalidades previstas na RN nº 124/ 2006.

5. Das opções de planos para oferta de manutenção de contrato e obrigações da operadora de saúde

O contrato de manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá ser disponibilizado pelo empregador de duas formas junto à operadora de saúde:

- I - Mantendo o ex-empregado no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II - Contratando um plano exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, separando assim o contrato de empregados ativos e inativos.

Se a pessoa jurídica contratante optar por manter os beneficiários “inativos” no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, deverá observar as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

Do mesmo modo, o valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

Já no caso da opção por um plano exclusivo para ex-empregados, ou seja, inativos, deverá ser oferecido pelo empregador mediante a celebração de um contrato coletivo empresarial com a mesma operadora escolhida para prestar assistência médica ou odontológica aos seus empregados ativos, com exceção das operadoras classificadas na modalidade de autogestão, que poderão optar por não operar diretamente planos para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados. Para tanto, podem celebrar um contrato coletivo empresarial com outra operadora, sendo facultada a contratação de plano por outra operadora de autogestão, desde que observadas as regras previstas na Resolução Normativa – RN nº 137, de 14 de novembro de 2006.

O plano exclusivo aos inativos deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados, devendo ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador – se houver – do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

Será facultado ao empregador a contratação de um outro plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação, com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciados daqueles acima mencionados, como opção mais acessível, desde que seja oferecido juntamente com o plano nas condições usufruídas anteriormente pelo titular e a escolha para continuidade seja dele.

A manutenção da condição de beneficiário em plano exclusivo poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos, a depender do instrumento celebrado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de saúde.

Ademais, vale lembrar que a participação financeira dos ex-empregados que forem incluídos em plano exclusivo deverá adotar o sistema de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária, ou seja, é vedada a contratação de plano com formação de preço pós-estabelecida.

É importante ressaltar ainda que, embora haja plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, ele será financiado integralmente pelos beneficiários, cumprindo um dos requisitos para exercício desse tipo de benefício.

Não obstante, é permitido ao empregador, caso queira, subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no financiamento dos inativos, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários em ambos os casos.

A carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados de uma operadora deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste. Sendo obrigação da operadora a divulgação, em seu Portal Corporativo na Internet, do percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 dias após a sua aplicação.

Ainda no que tange às obrigações da operadora de saúde, ela deverá apresentar aos beneficiários do contrato manutenção/continuidade o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado um preço único ou haja financiamento do empregador. Nesse

sentido, é obrigatória a disposição no contrato do critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

Assim, no momento da inclusão do ex-empregado no plano privado, além da tabela, deverão ser apresentados preços por faixa etária que serão adotados, com as devidas atualizações. De todo modo, as tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis, a qualquer tempo, para consulta dos beneficiários.

Somente nos casos em que o plano dos empregados ativos possuir formação de preço pós-estabelecida, a operadora estará dispensada da apresentação da tabela que conste o preço por faixa etária e suas devidas atualizações.

6. Da extinção do contrato de manutenção

O contrato de manutenção será extinto nas seguintes hipóteses:

- I - Pelo decurso dos prazos estabelecidos para vigência do plano;
- II - Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em um novo emprego;
- III - Pelo cancelamento do plano pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

Cabe salientar que será considerado “novo emprego” somente aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

Já nos casos em que a extinção se der por cancelamento do contrato pelo empregador junto à operadora de saúde, havendo comercialização de planos individuais, ela será obrigada a ofertá-los a esse universo de beneficiários, na forma da Resolução CONSU nº 19, de 25 de março de 1999.

7. Da possibilidade de exercício de direito à portabilidade para o ex-empregado

Para o ex-empregado demitido, exonerado ou aposentado, há duas situações possíveis para o exercício da portabilidade de carências. Vejamos:

- I - A qualquer tempo durante o gozo do benefício, mas deverá cumprir todos os requisitos previstos no artigo 3º da Resolução Normativa nº 438/2018;
- II - Quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, sendo dispensados do cumprimento dos requisitos do artigo 3º da RN nº 438/18. Além disso, nesses casos, a portabilidade poderá

ser exercida por beneficiários de planos não regulamentados, contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Dessa forma, muito embora o ex-empregado em gozo do benefício de manutenção possa realizar a portabilidade a qualquer tempo, é mais vantajoso para esse beneficiário aguardar o término do benefício para exercer a portabilidade.

Por fim, é importante destacar que, em caso de opção do ex-empregado em realizar a portabilidade com o fim do benefício, o prazo para o requerimento da portabilidade de carências é de 60 dias, a contar da data de sua ciência da extinção do seu vínculo com a operadora, independentemente do cumprimento de aviso prévio.

AÇÕES FISCALIZATÓRIAS E SANÇÕES

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

**Resolução Normativa – RN nº 124/06
Resolução Normativa – RN nº 388/15**

1. Introdução

A Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, dispõe que qualquer modalidade de produto (plano de saúde) oferecida por uma operadora de planos de saúde estará subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os artigos 27 e 29 da Lei 9.656/98 determinam que as operadoras de planos de saúde podem ser punidas pelo descumprimento da legislação, após o devido processo administrativo, assegurando ampla defesa e o duplo grau de jurisdição. E ainda que todo e qualquer processo administrativo para apuração de infrações e imposição de penalidades deve ter como base um auto de infração, uma representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

A regulamentação ainda dispõe que as pessoas jurídicas que operam planos de saúde, independentemente de sua modalidade de constituição – medicina de grupo, cooperativas médicas ou odontológicas, autogestões, administradoras ou filantropias, só podem atuar no segmento se estiverem previamente registradas na ANS. O descumprimento dessas e de outras disposições legais configura infração e sujeita a operadora à aplicação de penalidades de natureza administrativa, civil e penal, conforme o caso.

Este capítulo abordará a fiscalização e as sanções administrativas que poderão ser aplicadas às operadoras de planos em decorrência do descumprimento dos dispositivos da Lei nº 9.656/98, bem como da regulamentação vinculada.

Antes de se adentrar especificamente nos tipos de sanções, é dever ressaltar que a ANS é o órgão que tem legitimidade para a aplicação das sanções, já que a lei criadora dessa autarquia

de regime especial – Lei nº 9.961/00 – atribuiu a ela poder de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Dentro dessa função, inclui-se a possibilidade de aplicação de penas como forma de disciplina às relações daí advindas.

Importante destacar, ainda, que não somente a pessoa jurídica é passível de sofrer sanções, mas também seus diretores, administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

2. Espécies de sanções

O artigo 2º da Resolução Normativa nº 124/06 lista as espécies de penalidades que poderão ser aplicadas às operadoras de planos privados de assistência à saúde suplementar e aos seus respectivos membros diretores, administradores e conselheiros administrativos, deliberativos, consultivos e fiscais.

As sanções consistem em advertência, multa pecuniária, suspensão, inabilitação temporária e permanente do exercício dos cargos administrativos acima citados em operadoras e, ainda, cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora, em casos extremos.

2.1. Advertência

A pena de advertência consiste em um alerta, um aviso dado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS diante de alguma irregularidade cometida pela operadora, visando a sua correção. A regulamentação preconiza que estarão sujeitos à penalidade de advertência os diretores, administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos fiscais e assemelhados, responsáveis direta ou indiretamente por prática dessa infração, desde que não sejam reincidentes. Já tendo sido uma vez advertidos, a regulamentação prevê a aplicação de pena mais rigorosa.

A sanção de advertência será aplicada sempre por escrito, a critério da autoridade julgadora, em substituição a uma pena de multa, nos seguintes casos:

- Não ter havido lesão irreversível ao bem jurídico tutelado pela norma infringida;
- Não ter acarretado qualquer dano aos beneficiários;
- Ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária e eficaz – RVE.

Importante destacar que, na descrição das condutas infracionais, a RN nº 124/06 já prevê quais delas admitirão a advertência, ou seja, quais os tipos infracionais que poderão ter a pena de multa substituída pela advertência, o que limita significativamente sua aplicação.

2.2. Multa pecuniária

A multa nada mais é que sanções pecuniárias a serem aplicadas pelo descumprimento da legislação. Segundo o artigo 27 da Lei 9.656/98, o valor da multa não poderá ser inferior a R\$ 5 mil e nem superior a R\$ 1 milhão.

Serão sujeitos passivos de multa as operadoras que atuam regularmente no setor de saúde suplementar, devidamente registradas na ANS, como também eventuais pessoas jurídicas que estejam atuando no setor sem o devido registro.

Muito se discute sobre a aplicabilidade de sanção aos prestadores de serviços que não cumprirem alguma norma prevista pela regulamentação de planos de saúde (por exemplo, a adoção do padrão TISS). O artigo 2º, § 2º da RN 124/06 já traz essa previsão, motivada por parecer favorável da procuradoria da ANS. Contudo, na prática, apenas se cogita a aplicação de multa a prestadores no caso de recusa do envio de informações solicitadas pela ANS (artigo 34 da RN nº 124/06).

Os valores das multas serão graduados e aplicados de acordo com os limites e critérios estabelecidos pelos artigos 9º, 10º e 11º da RN 124/06. Tal normativa ainda preconiza os casos de atenuantes e agravantes, a saber:

2.2.1. Atenuantes

São consideradas circunstâncias atenuantes:

- Ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária e eficaz – RVE.

Nos termos da regulamentação vigente, cada circunstância atenuante reconhecida implica na redução de 10% do valor da multa.

2.2.2. Agravantes

São consideradas circunstâncias agravantes:

- Ter a prática infrativa implicado em risco ou consequência danosa à saúde do beneficiário;
- Ser o infrator reincidente;
- Ter a infração resultado em lesão irreversível à saúde ou na morte do beneficiário.

A caracterização e aplicação de cada circunstância agravante implicará no acréscimo de 10% do valor da multa, exceto a descrita no inciso IV, quando o valor da multa será aplicado em dobro.

2.2.3. Condutas infrativas

A RN nº 124/06 traz todas as condutas típicas passíveis de aplicação de multa quando incorridas pelas operadoras, entre os artigos 18 e 88.

A regulamentação em vigor classifica as infrações quanto à sua natureza. Assim, as infrações podem ser de natureza estrutural, econômico-financeira e assistencial.

As infrações de **natureza estrutural** dizem respeito às condutas da operadora no que tange ao exercício de suas atividades, aos documentos e informações devidas e ao relacionamento com prestadores de serviços.

Já as infrações de **natureza econômico-financeira** referem-se, primordialmente, à situação econômico-financeira da operadora e às variações das contraprestações pecuniárias.

Por fim, as infrações de **natureza assistencial** estão relacionadas àquelas condutas infrativas da operadora perante os consumidores quanto a coberturas e rede prestadora de serviços.

2.3. Suspensão do exercício de cargos administrativos

Essa sanção, como seu próprio nome revela, gera a suspensão do exercício de cargos administrativos em operadoras, pelo prazo mínimo de 60 dias e, no máximo, 180 dias.

Estarão sujeitos a essa sanção todos administradores, diretores, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de planos de saúde. Importante ressaltar que os aludidos prazos suspensivos serão aplicados em dobro em caso de reincidência, observado o limite máximo de 180 dias. Se ainda assim houver nova reincidência, o infrator será punido com a inabilitação temporária pelo prazo de 1 ano.

A publicação da RN nº 444/19 aumenta o rol de possibilidades de suspensão do exercício do cargo de administrador, ao incluir o artigo 32 na RN nº 124/06. Em um processo de intervenção fiscalizatória, a Diretoria de Fiscalização da ANS estabelecerá algumas medidas corretivas, que, se não forem atendidas, poderão impactar em multas de R\$ 200 mil até R\$ 1 milhão, além da suspensão do exercício do cargo de administrador e, até mesmo, a inabilitação por um período de até 12 meses.

2.4. Inabilitação temporária para exercício de cargos administrativos

Estarão sujeitos a penalidade de inabilitação temporária pelo prazo mínimo de 1 ano e máximo de 5 anos, para exercício de cargos administrativos em operadoras de planos privados de assistência à saúde, todos os diretores, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

2.5. Inabilitação permanente para o exercício de cargo de direção ou em conselhos de operadoras, bem como em entidades de previdência privada sociedades seguradoras corretoras de seguros e instituições financeiras

Há uma discussão sobre a aplicabilidade dessa sanção, já que são vedadas pela Constituição Federal penas perpétuas.

2.6. Cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira

O cancelamento da autorização de funcionamento, para efeito desta Resolução, é a sanção que implica o impedimento do exercício da atividade de operadora de planos de assistência à saúde.

Sujeitam-se à penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira as operadoras que realizarem operações financeiras com seus diretores e membros de conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive, e com empresas de que participem as pessoas já descritas, desde que sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa, ou ainda se incorrerem em práticas irregulares ou nocivas à política de saúde pública.

Importante ressaltar que, com a publicação da RN nº 301/12, não há mais a necessidade da alienação de carteira de beneficiários para efetivar o cancelamento da autorização de funcionamento da operadora.

Tal novidade, nesta resolução, tem como fundamento a adoção por parte da ANS de medidas necessárias para a proteção dos beneficiários que estiverem vinculados à operadora.

3. Reincidência

Caracteriza-se reincidência toda repetição de infração verificada em decisão administrativa irrecorrível, ou seja, quando entre a data do trânsito em julgado (quando não cabe mais nenhuma espécie de recurso) e a data da prática da infração posterior houver decorrido um período de tempo não superior a 1 ano.

4. Julgamento

A Diretoria de Fiscalização (DIFIS) é o órgão dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que possui legitimidade para julgar as infrações cometidas pelas operadoras de planos privados de assistência e sobrepor as possíveis penalidades.

Toda e qualquer decisão no âmbito administrativo poderá ser submetida à apreciação do Poder Judiciário, em decorrência do princípio constitucional da inafastabilidade do Poder Judiciário, que reza no artigo 5º, XXXV da Constituição Federal: *“a lei não excluirá de apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”*.

5. Notificação de Investigação Preliminar (NIP)

Conforme elucidado anteriormente, nos termos do poder de polícia concedido à ANS, no exercício da fiscalização pelo órgão regulador, há um procedimento de investigação o qual consiste em um instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual.

Assim, antes da instauração efetiva do processo administrativo, as demandas serão investigadas preliminarmente. Para tal, a agência publicou a RN nº 388/15, alterada pela RN nº 444/19, criando a Notificação de Investigação Preliminar (NIP).

A diretoria responsável pelo processamento da NIP é a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), e todo o procedimento será registrado por meio eletrônico. Expedida a notificação eletrônica, a resposta da operadora deverá ser anexada, no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br), em até 10 dias úteis da notificação. Conta-se esse prazo a partir do primeiro dia útil seguinte à data da notificação.

A NIP poderá ser classificada como **“assistencial”** ou **“não assistencial”**, a depender das informações relatadas no momento do registro da demanda.

Na classificação **“assistencial”**, a notificação terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, ao passo que as demandas classificadas como **“não assistencial”** terão como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

O prazo para resposta independe dessa classificação, todavia, ela servirá como indicativo de cumprimento na adoção das medidas necessárias para resolutividade e possível reparação.

Nesse sentido, se a demanda possui caráter assistencial, a operadora deverá comprovar que o caso obteve solução, com a inequívoca comprovação de ciência do beneficiário ou interlocutor, no prazo máximo de 5 dias úteis. Caso possua característica não assistencial, o prazo para comprovação de resolutividade é de 10 dias úteis.

A demanda de reclamação que envolver mais de um assunto, ou seja, em sendo parcialmente assistencial e parcialmente não assistencial, deverá observar ambos os prazos conforme aprouverem.

A NIP é constituída das seguintes fases:

I - Recebimento de demanda junto à ANS

Fase em que a demanda é recepcionada pela ANS por meio dos canais de atendimento disponíveis ao consumidor, como o disque ANS, formulário de atendimento eletrônico, atendimento presencial ou envio de carta para os núcleos.

II – Notificação preliminar à operadora

Após o registro da demanda por meio dos canais de atendimento junto à ANS, a operadora é notificada via Portal das Operadoras, criado para esse fim, sendo o acesso a esse portal autorizado por CPF e senha do agente previamente cadastrado pela operadora, não necessitando da informação de CNPJ e senha *txt*, como anteriormente requerido.

III – Recebimento e processamento da resposta da operadora

Conforme o prazo concedido, a resposta da operadora deverá ser acompanhada de todos os documentos necessários para a análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o beneficiário ou seu interlocutor e o Código de Controle Operacional – CCO do beneficiário objeto da demanda, conforme informado à ANS no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB.

Se a operadora não possui a documentação comprobatória necessária, não responde a NIP, ou responde fora do prazo, a demanda será classificada como *“demanda não resolvida”*.

Quando do registro da reclamação, o beneficiário será informado da necessidade de retornar o contato com a ANS em 10 dias após o término do prazo para manifestação da operadora, e, não havendo contato, a demanda será finalizada e classificada como *“inativada”*.

A presunção de resolução nesses casos não impede o beneficiário de, a qualquer tempo, retornar o contato com a ANS relatando que a demanda não foi solucionada e ela será reaberta e encaminhada para análise fiscalizatória. Também não exclui a possibilidade de a ANS, após a resposta da operadora, estabelecer contato com o consumidor ou interlocutor para verificar se a situação, ora diligenciada, foi resolvida, para que as informações constem do relatório de análise conclusiva, que servirá como embasamento para possível lavratura de auto de infração, ou, ainda, arquivamento da demanda.

V – Análise fiscalizatória e elaboração de análise conclusiva

A análise fiscalizatória será procedida nas seguintes situações:

- I – Demandas com retorno do beneficiário informando que a questão não foi solucionada pela operadora
- II – Demandas não respondidas pela operadora no prazo
- III – Demandas com relato de realização do procedimento no SUS
- IV – Demandas com relato de determinação judicial para resolução do conflito
- V – Demandas institucionais, oriundas dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
- VI – Demandas que envolvam infração de natureza potencialmente coletiva
- VII – Demandas que tenham sido instauradas de ofício pela ANS

Assim, em casos de contato da ANS com o interlocutor da demanda, seja via telefone ou portal, para que haja retorno acerca da resolutividade da reclamação ora apresentada, e existindo informação por parte do beneficiário de que não houve solução da questão, a demanda será

direcionada ao fiscal competente, que em sede do procedimento denominado análise fiscalizatória, avaliará os fatos com base na legislação vigente e nas provas documentais disponíveis. O resultado dessa análise gerará o relatório de análise conclusiva, que poderá decidir pela ausência de infração ou por indícios de infração diante da reclamação apresentada.

Se decidir pela ausência de infração, a demanda será classificada com as seguintes possibilidades, previstas no artigo 14, da Resolução Normativa 388/2015, alterada pela Resolução Normativa 444/2019.

- I - Não há indício de infração;
- II - Resolvida por meio da reparação voluntária e eficaz – RVE;
- III - Não resolvida;
- IV - Beneficiário não pertence à operadora;
- V - Demanda em duplicidade;
- VI - Insuficiência de dados mínimos para identificação do beneficiário, da operadora e da infração relatada;
- VII - Agente regulado não responsável.

Importante ressaltar que o inciso VII foi inserido, pela RN 444/2019, no sentido de uma divisão de responsabilidade operadora X administradora. Esse item visa evitar impactos indevidos na pontuação das operadoras nos diversos indicadores da ANS.

Durante a análise fiscalizatória, caso o fiscal decida pela existência de indícios de infração, a demanda será classificada como “não resolvida”, sendo encaminhada ao núcleo de fiscalização para a lavratura de auto de infração e consequente abertura do processo administrativo sancionador correspondente.

Os representantes das áreas de regulamentação dos planos de saúde do Sistema Unimed, reunidos no 28º Seminário Jurídico, Contábil, Financeiro, Atuarial e Regulatório, em 2019, elaboraram um conjunto de medidas para evitar e tratar NIPs, a seguir consignadas:

→ **PARA PREVINIR NIPs**

- *Divulgar OSTENSIVAMENTE aos beneficiários a existência das Centrais de Atendimento Telefônico, Presencial (RN nº 395/16) e da Ouvidoria (RN nº 323/13), para que as demandas sejam internalizadas;*
- *Não basta somente emitir o protocolo ao beneficiário! O contato direto e frequente das centrais de atendimento e ouvidoria até a solução da demanda – RASTREAMENTO – é fundamental para evitar a NIP e até mesmo a discussão judicial;*
- *As equipes das centrais de atendimento e ouvidoria devem ser capacitadas (TREINAMENTO CONTÍNUO) para interagir com o beneficiário e promover resolutividade à demanda. Para tanto, deve ter suporte de equipe interna multidisciplinar (médicos auditores, advogados, entre outros);*

- No caso de negativa de cobertura, que seja devidamente EMBASADA E EXPLICADA ao beneficiário, com linguagem simples e acessível, inclusive com oferecimento de alternativas para solucionar a demanda (“NÃO FECHAR TOTALMENTE A PORTA”);
- Avaliar sempre o CUSTO DO PROCEDIMENTO em detrimento aos custos relacionados à realização de junta médica e do próprio processo administrativo por negativa de cobertura (exemplo: mamografia digital x comum);
- É necessária ATUALIZAÇÃO CADASTRAL, especialmente dos beneficiários de contratos coletivos, para aprimorar o contato com quem reclamou e o acompanhamento da demanda (telefone, e-mail, SMS, WhatsApp, entre outros);
- Aprimorar o AGENDAMENTO E ACOMPANHAMENTO ELETRÔNICO de procedimentos até a efetiva realização, com comprovação documental de todo o processo de notificação de agendamento, execução etc.;
- ORIENTAR CONTINUAMENTE prestadores, especialmente cooperados, sobre o risco regulatório e jurídico de classificação indevida de procedimentos como de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Entendimento nº 9/DIFIS);
- PRIORIZAR E MONITORAR situações que exigem junta médica ou procedimentos cujos prazos de atendimento da RN 259/11 estejam próximos do vencimento;
- Nos casos de beneficiários em INTERCÂMBIO, a Unimed de Origem deve monitorar desde o pedido até a execução do procedimento (CAPÍTULO 11, MIN);
- Estabelecer fluxos bem definidos para efetivação do REEMBOLSO nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestadores (RN 259/11);
- “HIGIENIZAR” A REDE DE PRESTADORES VICULADA AOS PRODUTOS, para que seja a mesma disponibilizada aos beneficiários no Guia Médico e no Portal Corporativo (alternativa: registrar novos produtos e migrar a massa);
- HOME CARE: CONTESTAR PEDIDOS MÉDICOS que não diferenciem a internação domiciliar do atendimento domiciliar ou de simples cuidados;
- MONITORAMENTO de beneficiários que reclamam de forma contumaz (“nipeiros”), TRAÇANDO PERFIS desses beneficiários (idade, sexo etc.);
- Revisão do SISTEMA DE GESTÃO para identificação de cobertura de produtos, das cláusulas contratuais, para informar corretamente o beneficiário e evitar negativas indevidas;
- Participação efetiva da DIRETORIA no monitoramento das NIPs recebidas, em total consonância com a Ouvidoria;
- Reforçar o RELACIONAMENTO EMPRESARIAL com as PJs e, consequentemente, seus beneficiários in loco, por plataformas digitais, esclarecendo dúvidas, dando orientação, além de tratar com a diretoria da CONTRATANTE situações excepcionais (NIPs);
- Verificar se o pedido de intercâmbio corresponde ao PEDIDO MÉDICO. Exigir nas relações de intercâmbio que o pedido médico seja TRANSCRITO NA ÍNTEGRA;
- Implantação interna da figura de MÉDICO MEDIADOR para interação técnica com o médico assistente.

→ PARA TRATAR AS NIPs

- *VERIFICAÇÃO DIÁRIA do Espaço NIP no site da ANS, inclusive com PRINT PERIÓDICO de telas para comprovação de demandas disponibilizadas;*
- *Contatar o beneficiário imediatamente após a abertura da NIP, oferecendo retornos diários e resolutivos (ACOLHIMENTO DA DEMANDA);*
- *Alertar o beneficiário sobre OS CANAIS DE ATENDIMENTO da operadora a resolutividade seria em prazo inferior;*
- *VIABILIZAR COMITÊ MULTIDISCIPLINAR interno permanente para analisar as causas das NIPs recebidas e propor ações corretivas para que não ocorram novamente (PDCA);*
- *Na resposta da NIP, VERIFICAR OS DOCUMENTOS sugeridos pela própria ANS no site www.ans.gov.br, para situações assistenciais e não assistenciais;*
- *NUNCA DEIXAR para juntar a resposta da NIP no último dia (10º dia) por risco de instabilidade no site da ANS;*
- *Nos casos de demanda assistencial, PRIORIZAR A RVE – reparação voluntária e eficaz no PRAZO DE 5 DIAS (a despeito dos monitoramentos da ANS);*
- *Para todas as situações, a melhor conduta é tratar o beneficiário como CLIENTE, ENCANTÁ-LO, para que ele reconheça a Unimed pelo seu JEITO DE CUIDAR!*

6. Do Procedimento Administrativo Preparatório (PAP)

As reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas que, por qualquer meio, forem recebidas pela ANS, desde que contenham indícios suficientes de violação da lei ou de ato infraregal, bem como que não se enquadrem no procedimento da NIP, irão se caracterizar como denúncia, cuja apuração se dará de acordo com os procedimentos previstos na Resolução Normativa 124/06.

Ultrapassada a fase pré-processual, será instaurado o processo administrativo para apuração de infração a dispositivos legais ou infraleais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação de sanção, por meio da lavratura de:

- I – Auto de infração
- II – Representação

7. Do auto de infração

Identificados os indícios de infração a dispositivo legal ou infraregal do mercado de saúde suplementar será lavrado auto de infração em formulário próprio e com numeração sequencial. A incumbência de lavratura do auto de infração é restrita aos fiscais da Diretoria de Fiscalização

(DIFIS), de forma privativa, que foram previamente designados para o exercício das atividades de fiscalização.

O auto de infração deverá conter elementos essenciais, tais como: numeração sequencial do auto, nome, endereço e qualificação do autuado, local e data da lavratura, resumo dos atos ou fatos geradores da infração, indicação do dispositivo legal e/ou infralegal infringido, para cada infração contida no auto de infração, a sanção aplicável, identificação do autuante, com nome, cargo ou função, número de matrícula e assinatura e determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa diária.

Em que pesem as exigências de elementos essenciais, as incorreções ou omissões do auto de infração não acarretarão sua nulidade, quando dele constarem elementos suficientes para identificar a infração e o dispositivo legal ou infralegal infringido e possibilitar a defesa do autuado.

8. Da representação

A representação é o documento por meio do qual a área técnica responsável constata a ocorrência de indícios de infração às normas disciplinadoras do mercado de saúde suplementar relativos ao não envio de informações periódicas, e tem por finalidade instaurar um processo administrativo sancionador.

Poderá ser lavrada representação por qualquer dos órgãos da ANS, para apurar um ou mais indícios de infração relativos ao envio de informações e aplicativos das Operadoras de Saúde à ANS, cujo monitoramento, análise ou solicitação sejam de responsabilidade da mesma Diretoria.

A representação poderá reunir mais de um tipo ou modalidade de documento, ou de informação periódica e, ainda, abarcará todos os períodos não informados de determinado ano. Isso significa que, nessa representação, poderá constar, por exemplo, o não envio das informações referentes ao DIOPS financeiro e também a informação de números de beneficiários divergentes cadastrados no SIB.

Não poderá ser lavrado auto de representação por indícios de infrações relativas ao não envio ou ao envio irregular à ANS das informações ou dos documentos obrigatórios cometidas por operadoras que tenham tido sua autorização de funcionamento e/ou seu registro cancelados, devendo ser promovido o arquivamento dos procedimentos e dos processos administrativos de representação envolvendo tais operadoras, quando pendentes de decisão. Salvo se o cancelamento do registro ou funcionamento se deu em razão de cisão, fusão ou incorporação.

9. Da comunicação dos atos

Todos os atos realizados frente aos procedimentos administrativos deverão ser comunicados pelo órgão competente perante o qual tramita o processo. Diversas são as formas que uma operadora poderá ser intimada. Geralmente, a intimação se dá por via postal, para o endereço do

intimado constante nos cadastros da ANS, sendo que a comprovação se consubstancia no Aviso de Recebimento (AR) devidamente assinado.

Poderá ocorrer, ainda, de forma pessoal pelo servidor público in loco, por meio eletrônico, por edital ou por qualquer outro meio que assegure a certeza de ciência do intimado, representante ou preposto.

10. Da defesa ou impugnação

Lavrado o auto de infração e devidamente intimada a operadora, dá-se início à fase da defesa. A contar da data de recebimento da intimação, a operadora terá o prazo de 10 dias para apresentar defesa, acompanhada dos documentos que a fundamentam. A defesa poderá ser apresentada diretamente no órgão competente perante o qual tramita o processo administrativo ou pelo correio, hipótese em que a tempestividade será aferida pela data da postagem.

A defesa da operadora poderá ser apresentada por escrito, subscrita diretamente pela operadora ou por advogado habilitado, sendo que, nessa hipótese, a apresentação do instrumento de mandato correspondente se faz indispensável.

A defesa poderá ser encaminhada por uma das seguintes formas, conforme o caso:

- I - Por meio do espaço próprio da operadora no endereço eletrônico da ANS (www.ans.gov.br);
- II - Encaminhada por via postal;
- III - Protocolada em qualquer dos endereços da ANS;
- IV - Por qualquer outro meio eletrônico, conforme regulamentação editada pela ANS.

A operadora, em sua defesa, poderá solicitar a comutação da pena de multa em advertência. A sanção de advertência será aplicada sempre por escrito, a critério da autoridade julgadora, em substituição a uma pena de multa, nos seguintes casos:

- Ter ocorrido o cumprimento da obrigação, que gerou a autuação, até o 10º dia contado da data do recebimento da intimação pela operadora para ciência do auto;
- Não ter havido lesão irreversível ao bem jurídico tutelado pela norma infringida.

Na fase da instrução do processo, as partes poderão juntar documentos, pareceres, bem como requerer diligências e informações, desde que pertinentes e relevantes para a elucidação do litígio.

Identificada pelo órgão competente a necessidade de informações ou apresentação de outras provas pelas operadoras ou terceiros, eles serão intimados e informados do prazo para atendimento. Havendo juntada de novos documentos, fica assegurado o direito à operadora de manifestação no prazo de 10 dias.

11. Do pagamento antecipado e à vista da multa

A resolução normativa 388/2015 trouxe a possibilidade de pagamento do valor da multa em substituição à apresentação de defesa, momento em que o interessado pode apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, no prazo de 10 dias, a contar da intimação. O requerimento servirá como confissão do requerente quanto à matéria de fato e reconhecimento da ilicitude da conduta, de modo que qualquer elemento de defesa eventualmente constante do pedido de requerimento será desconsiderado, uma vez que a sua apresentação pressupõe a desistência do direito de oferecer defesa, sobre o qual se operará a preclusão lógica.

Na hipótese de escolha de pagamento, o interessado fará jus a um desconto percentual de 40% sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, o qual não poderá, entretanto, ser inferior, tampouco superior, aos limites previstos no art. 27 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Para fins de aplicação do desconto, não serão consideradas para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes, aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na Resolução Normativa 124/2006. É importante dizer que o desconto mencionado não se aplica aos casos de infrações de natureza potencialmente coletiva.

Caso o interessado não efetue o pagamento no prazo de 30 dias, a contar da intimação, o débito será inscrito na dívida ativa da ANS em seu valor total, sem o desconto de 40%, e o devedor será inscrito no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais – Cadin.

12. Da reparação posterior

Durante o processo administrativo, a RN 388/15 abarca a possibilidade de aplicação do instituto denominado “reparação posterior”, para aquelas demandas decorrentes do procedimento NIP.

Essa previsão é extremamente benéfica aos fiscalizados, vez que o interessado fará jus a um desconto percentual de 80% sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração lavrado, desde que comprovada a adoção das providências necessárias à solução da demanda NIP em até 10 dias úteis, contados da data do encerramento dos prazos de Reparação Voluntária e Eficaz – RVE previstos no art. 10 da mesma normativa, e as comprove inequivocamente, inclusive dando ciência ao beneficiário.

Para fins de aplicação do desconto de 80%, não serão consideradas para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes, aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na RN 124/06.

Importante lembrar que não serão admitidos como reparação da conduta, para efeito de obtenção do desconto, os seguintes casos:

- I - Demandas relativas à negativa de cobertura para procedimento de urgência e emergência;
- II - Cobertura garantida apenas por força de determinação judicial;
- III - Quando constatado que a cobertura se deu no âmbito do SUS;
- IV - Nos casos de procedimentos eletivos, ambulatorial ou hospitalar, quando a operadora não comprovar a efetiva realização do procedimento dentro do prazo previsto no caput;
- V - Na hipótese de cobrança de valores indevidos ao beneficiário diretamente pela operadora, quando não houver a prova inequívoca da devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária;
- VI - Infrações de natureza potencialmente coletivas.

13. Da instrução e do julgamento

Caso a operadora opte pela apresentação da defesa em detrimento da possibilidade de pagamento da multa, o auto de infração passará pela fase de instrução e julgamento. Nessa hipótese, para fins de apuração, as demandas poderão ser agrupadas por operadora, por tipo infrativo, por tema, por natureza, área geográfica, ou qualquer outro critério definido pela DIFIS.

Na fase de instrução do processo, as partes poderão, nos casos devidamente justificados, juntar documentos e pareceres supervenientemente, bem como requerer diligências e informações, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão. Quando for necessária a prestação de informações ou a apresentação de outras provas pelas operadoras ou terceiros, desde que devidamente justificadas, serão procedidas às respectivas intimações, estabelecendo-se o prazo para atendimento.

Concluída a instrução do processo, o Diretor de Fiscalização proferirá a decisão devidamente fundamentada. A decisão que reconhecer a infração de dispositivo legal ou infralegal disciplinador do mercado de saúde suplementar fixará o valor da multa aplicada na forma da regulamentação específica, RN 124/06.

Exarada a decisão, será expedida uma intimação para ciência da operadora, concedendo o prazo de 10 dias para interpor recurso e, em caso de aplicação de penalidade pecuniária, o prazo de 30 dias para efetuar o pagamento da multa fixada, ou apresentar pedido de parcelamento. Decorridos os prazos, sem a comprovação do recolhimento do valor da multa ou apresentação de recurso, o processo será encaminhado para cobrança na forma da regulamentação específica.

Uma vez efetuado o pagamento da multa fixada, sem apresentação de recurso, o processo será remetido à Diretoria de Fiscalização para arquivamento.

14. Do recurso e da revisão

Da decisão proferida após exaurida a fase de instrução do processo administrativo sancionador caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS, como instância administrativa máxima, no prazo de 10 dias. O endereçamento corresponderá à autoridade que proferiu a decisão e poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS, salvo possibilidade de apresentação por meio eletrônico. Diante de recurso encaminhado pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

É importante salientar que os recursos terão efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Cabe esclarecer que, na hipótese de não conhecimento do recurso, não haverá óbice à ANS para rever “ex officio”, a qualquer tempo, o ato ilegal.

O recurso não será admitido se for interposto fora do prazo legal; se interposto perante órgão incompetente; quando interposto por quem não é legitimado; ou se já houver exaurida a esfera administrativa.

Quando do recebimento do recurso, a autoridade que proferiu a decisão recorrida poderá reconsiderá-la de forma fundamentada. Caso reconsidere sua decisão, o Diretor de Fiscalização remeterá o processo à Diretoria Colegiada para conhecimento, arquivando-o posteriormente. Mantida ou reconsiderada parcialmente a decisão, o Diretor de Fiscalização remeterá o processo à Diretoria Colegiada para julgamento. Nesses casos, o processo será distribuído a um dos demais diretores para relatoria do recurso.

Após análise, sendo de provimento parcial ou de não provimento do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada em extrato, no órgão de imprensa oficial, e o processo encaminhado à área técnica responsável para intimar a operadora a efetuar o pagamento do valor atualizado da multa, no prazo de 30, sob pena de inscrição do débito na dívida ativa da ANS e inscrição do devedor no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais – Cadin.

No caso de provimento total do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial, e o processo arquivado.

Quando surgirem fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação da sanção imposta, o processo poderá ser revisto pela Diretoria Colegiada, a pedido ou de ofício.

O relator negará seguimento à revisão quando, a seu juízo, não houver fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação de sanção imposta, encaminhando para a Diretoria Colegiada apenas os processos que considere aptos à revisão. Não se aplica a regra de revisão aos processos em que o relator tenha proferido voto vencido no processo objeto e na hipótese de a decisão revista ter sido proferida em única instância administrativa pela autoridade competente.

Cabe salientar que, da revisão do processo, não poderá resultar agravamento da sanção anteriormente imposta.

15. Do ciclo de fiscalização e intervenção fiscalizatória

Considera-se ciclo de fiscalização o período semestral de acompanhamento de todas as demandas processadas no procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP. Assim, o ciclo de fiscalização servirá de base para o cálculo do indicador de fiscalização, que, seguindo as regras estabelecidas por normas próprias, dará azo à Intervenção Fiscalizatória.

A Intervenção Fiscalizatória corresponde a um programa de ações fiscalizatórias planejadas, sistematizadas e com escopo predefinido, conforme o previsto no Plano Semestral, executadas em operadoras selecionadas de acordo com critérios objetivos, por agentes especialmente designados para a realização das operações fiscalizatórias, a fim de identificar e solucionar falhas operacionais e administrativas que dão causa a condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas.

As operadoras constantes do Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória serão escolhidas com base em requisitos detalhados em Nota Técnica, todavia, a intervenção fiscalizatória não ficará restrita àquelas constantes do plano, ou seja, outras operadoras poderão ser acrescidas ao Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, levando-se em consideração fatos e eventos relevantes que possam comprometer o funcionamento adequado do mercado de Saúde Suplementar, com aprovação do Diretor de Fiscalização.

Durante o processo de intervenção fiscalizatória, serão requeridas medidas de cumprimento à Operadora de Saúde, que deverão ser atendidas no prazo de 90 dias.

Após o prazo estabelecido, será aferido o percentual de cumprimento das recomendações apontadas em relatório diagnóstico elaborado no curso da Intervenção Fiscalizatória pela Agência. Sendo assim, de acordo com o percentual atingido, serão aplicadas as seguintes penalidades e medidas, previstas no artigo 53, da Resolução Normativa 388/2015:

- I - Penalidade pecuniária tipificada na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS;
- II - Afastamento das medidas previstas na RN 388/15 que tratam do pagamento antecipado e à vista com desconto em substituição à apresentação de defesa, e da reparação posterior;
- III - Afastamento do reconhecimento da Reparação Voluntária e Eficaz – RVE em todas as demandas em que for parte;
- IV - Penalidade de suspensão do exercício do cargo tipificada na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS.

Nos casos em que for constatado cumprimento inferior a 100% até 80% das recomendações, será aplicada a penalidade de multa pecuniária. Se for constatado o cumprimento de 79,9% a 60% das recomendações apontadas no Relatório Diagnóstico, será aplicada a penalidade de multa pecuniária, além do afastamento de pagamento antecipado e à vista com desconto em substituição à defesa, bem como reparação posterior, pelo prazo de 30 dias.

Nos casos em que for constatado o cumprimento de 59,9% a 40% das recomendações apontadas no Relatório Diagnóstico, será aplicada a penalidade de multa pecuniária prevista no inciso I, além das medidas previstas nos incisos II e III, pelo prazo de 45 dias.

Constatado o cumprimento de 39,9% a 20% das recomendações apontadas no Relatório Diagnóstico, será aplicada a penalidade de multa pecuniária prevista no inciso I, além das medidas previstas nos incisos II e III, pelo prazo de 60 dias.

Se o cumprimento for de 19,9% a 10% das recomendações apontadas, será aplicada a penalidade de multa pecuniária prevista no inciso I, além das medidas previstas nos incisos II e III, pelo prazo de 75 dias.

Por fim, nos casos em que não for constatado o cumprimento de, ao menos, 10% das recomendações apontadas no Relatório Diagnóstico, serão aplicadas as penalidades de multa pecuniária e a suspensão do exercício do cargo de administrador previstas nos incisos I e IV, além das medidas previstas nos incisos II e III, pelo prazo de 90 dias.

Conforme a situação constatada, a Diretoria de Fiscalização encaminhará os elementos colhidos para avaliação de instauração de regimes especiais aos órgãos competentes.

Findas as etapas da Intervenção Fiscalizatória, na hipótese de descumprimento das recomendações, total ou parcial, ou no caso de não comprovação do cumprimento dentro do prazo estipulado, será lavrado auto de infração, observando-se as disposições dos artigos 22 a 24 da RN 388/15.

Compete ao Diretor de Fiscalização proferir a decisão de aplicação das penalidades e/ou medidas previstas no âmbito da Intervenção Fiscalizatória, sendo a operadora notificada, seguindo-se os procedimentos previstos da mesma normativa.

RELACIONAMENTO COM PRESTADORES – SUBSTITUIÇÃO E REDIMENSIONAMENTO

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

Resolução Normativa nº 363/14
Resolução Normativa nº 364/14
Resolução Normativa nº 365/14
Instrução Normativa nº 46/14
Instrução Normativa nº 56/14

1. Introdução

A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado implica em compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. Todavia, é permitida a sua alteração, se necessária, podendo ocorrer por meio de substituição por equivalência ou redimensionamento por redução.

Para tanto, além de observar as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde, é importante que a relação com os prestadores esteja formalizada e o instrumento jurídico atenda tanto aos requisitos legais quanto aos normativos.

2. Da contratualização

No aspecto regulatório, a Agência Nacional de Saúde Suplementar traz orientações e aspectos a serem observados na contratualização, que estão previstos na Resolução Normativa nº 363/14. A RN tem o intuito precípua de dispor sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.

2.1. Dos contratos escritos

Na normativa, a Agência reforça a obrigação legal quanto à relação das operadoras com seus respectivos prestadores, sendo impositiva que esteja formalizada por escrito – sob pena de restar irregular a relação –, estabelecendo com clareza as condições de execução, bem como sejam expressas as cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, tais como:

- I – O objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
- II – A definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- III – A identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
- IV – A vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
- V – As penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.¹

2.2. Das condutas vedadas na contratualização

O estabelecimento de vedação na relação entre as operadoras e seus respectivos prestadores é compreensível, haja vista a evolução do mercado de saúde suplementar que, ao longo dos anos, foi se aperfeiçoando e amadurecendo seus conceitos e observâncias aos princípios que regem o Direito do Consumidor, bem como o Direito Civil.

Nesse sentido, a ANS pretende enumerar algumas restrições na formalização contratual, considerando primordialmente a proteção do beneficiário de plano de saúde, mas também a equidade da relação operadora x prestador, integralizando e pacificando alguns dos pontos de maior dificuldade que o setor enfrentava há anos.

As vedações são expressas e sua inobservância poderá acarretar sanções à operadora de saúde, caso seja notificada ao órgão regulador. São vedações expressas na relação de contratualização:

- I – Qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao prestador;
- II – Qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;
- III – Exigir exclusividade na relação contratual;
- IV – Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador;

1 Art. 4º e incisos, Resolução Normativa nº 363/2014.

- V - Estabelecer regras que impeçam o acesso do prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;
- VI - Estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas, respeitando o disposto nesta norma;
- VII - Estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora;
- VIII - Estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado².

2.3. Da forma de reajuste

É importante destacar que a RN nº 363/14 traz, de modo imperativo, a necessidade de previsão expressa da forma e aplicação de reajustes na relação contratual entre operadoras de saúde e seus prestadores.

Já é sabido que as questões financeiras são causas de questionamentos e conflitos nesse tipo de relação. Portanto, sem limitar a livre negociação das partes, a ANS buscou estabelecer apenas um padrão a ser observado no reajuste com prestadores, como sua periodicidade, procedimentos de faturamento, bem como incluir a possibilidade de eleição de critérios que contribuam à valorização de remuneração dos prestadores, que também são esclarecidos pela Resolução Normativa nº 436/2018.

3. Da Substituição de Entidade Hospitalar

Cumpre esclarecer que a Substituição de Entidade Hospitalar é a troca de uma unidade hospitalar por outra equivalente que não se encontra na rede do produto, sendo disciplinada no artigo 17, parágrafos 1º, 2º e 3º da Lei 9.656/1998.

Nesse sentido, importa dizer que é facultada a substituição de entidade hospitalar desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Imperioso frisar que, na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante o período de internação do consumidor, o estabelecimento é obrigado a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Já nos casos de substituição por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para ou-

2 Art. 5º e incisos, Resolução Normativa nº 363/2014.

tro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

4. Do Redimensionamento da Rede Hospitalar

O Redimensionamento da Rede Hospitalar por Redução, que tem previsão no artigo 17, parágrafo 4º, da Lei 9.656/1998, trata-se da supressão de um estabelecimento hospitalar da rede do produto, cabendo às unidades restantes a absorção da demanda.

Nesses casos, os solicitantes deverão requisitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

- I - Nome da entidade a ser excluída;
- II - Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III - Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- IV - Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter a cobertura com padrões de qualidade equivalentes e sem ônus adicional para o consumidor.

De acordo com a IN DIPRO nº 46/2014, é obrigatório o requerimento de solicitação de alteração de rede hospitalar pelas operadoras que contratam prestadores de forma indireta. Nesse sentido, em casos em que o descredenciamento já tenha sido autorizado para a operadora que detinha o contrato direto (intermediária), deverá ser encaminhada a solicitação de alteração de rede hospitalar, por meio eletrônico – via Sistema Web Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, que se encontra na Área Restrita das Operadoras (Portal Operadoras) –, nos moldes da IN DIPRO nº 46/2014, alterada pela IN nº 54/2018.

5. Disposições comuns a substituição ou redimensionamento

Em ambos os casos de alteração de rede hospitalar (por substituição ou redimensionamento de rede por redução), o pedido poderá ser motivado por:

- I - Interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;
- II - Interesse exclusivo da entidade hospitalar;
- III - Encerramento das atividades da entidade hospitalar;
- IV - Rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, nos casos de contratação indireta.

Importa ressaltar que, para fins de encerramento das atividades da entidade hospitalar, quando houver fechamento total do estabelecimento, será considerada a extinção de todas as

atividades hospitalares contratadas pela operadora ou que a prestação de todas as atividades hospitalares passe a ser exclusiva do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ademais, ocorrendo a extinção de todas as atividades contratadas pela operadora, caso ela ainda mantenha o contrato com a entidade hospitalar para prestação de serviços não hospitalares, deverá atualizar o cadastro do prestador no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, conforme as disposições da IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013.

Portanto, depreende-se que a substituição de entidade hospitalar é facultada às operadoras, desde que por outra equivalente, sendo que, nos casos de redimensionamento de rede hospitalar por redução, faz-se necessária autorização prévia e expressa da ANS, mesmo quando ocorrer em função de pedido do prestador ou encerramento das atividades do estabelecimento.

Por fim, é imperioso advertir que todas as documentações comprobatórias das motivações do pedido, inclusive quanto à equivalência dos prestadores para fins de substituição, devem permanecer no domínio da operadora de planos de assistência à saúde, para que sejam disponibilizadas à Agência, quando solicitadas.

6. Do processo de alteração de prestadores hospitalares

Em relação ao processo de alteração, vale lembrar que as exclusões de prestadores hospitalares, por redimensionamento ou substituição, devem ser solicitadas à ANS por meio eletrônico.

O envio do pedido se dará por meio do Sistema Web Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, que se encontra na Área Restrita das Operadoras (Portal Operadoras), conforme as disposições da Instrução Normativa – IN nº 46/2014, da DIPRO, alterada pela Instrução Normativa – IN nº 54/2018, sendo necessário o pagamento da Taxa de Alteração de Dados do Produto – TAP, quando devido.

6.1. Taxa de alteração de dados do produto – TAP

O valor atual da TAP é de R\$ 1.348,37 por produto a ser alterado, observado o desconto de 50% para as operadoras com menos de 20 mil beneficiários.

A Guia de Recolhimento da União – GRU referente à Taxa de Alteração de Dados do Produto – TAP, para fins de alteração de rede hospitalar, será gerada exclusivamente por meio do sistema, no ato da solicitação, nos termos da RN nº 89/05, sendo admitida e considerada somente a partir da compensação do respectivo pagamento.

Para os demais tipos de alteração de produtos, quando devida, a GRU referente à TAP deverá ser gerada pelo site da ANS, na área específica para emissão das Taxas por Atos de Saúde Suplementar.

São passíveis de cobrança da TAP apenas registros “ativos” e “ativos com comercialização suspensa” que possuam segmentação hospitalar. Não caberá o pagamento de TAP para alteração em produtos de segmentação “ambulatorial”, “odontológico”, “ambulatorial + odontológico” e em planos anteriores à Lei nº 9.656/98 (SCPA).

Cabe salientar que estão isentas do recolhimento da TAP as seguintes alterações:

- Exclusão de prestador hospitalar por motivo de encerramento das atividades, desde que comprovado.
- Exclusão de prestador hospitalar da rede indireta, desde que o credenciamento já tenha sido autorizado para a operadora intermediária.
- Inclusão de prestador hospitalar, em produtos com beneficiários, desde que não implique em ônus para os beneficiários.
- Inclusão ou exclusão de prestador não hospitalar da rede da operadora.
- Atualização do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da operadora.

Por fim, insta salientar que, nos casos em que seja devido o recolhimento da Taxa de Alteração de Dados do Produto – TAP para a alteração de rede hospitalar solicitada, a solicitação só será recebida na ANS após a identificação do pagamento da GRU.

7. Passo a passo para solicitação de Redimensionamento ou Substituição de Prestador Hospitalar

1. Acessar o Sistema Web Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, na Área Restrita das Operadoras (**Portal Operadoras**).
2. Preencher as informações solicitadas pelo sistema, conforme o Manual do Usuário.
3. Enviar à ANS a solicitação eletrônica de alteração de rede hospitalar. Caso a solicitação envolva pagamento da TAP, o próprio sistema calculará o valor devido e emitirá a GRU.
4. Realizar o pagamento da GRU, quando necessário.
5. Acompanhar o resultado da análise da solicitação por meio do módulo de Acompanhamento de Solicitações, no sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar.
6. Comunicar as alterações de rede hospitalar aos beneficiários.

8. Da Substituição de Prestadores Não Hospitalares

A operadora de planos de saúde poderá credenciar prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, como clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, todavia, será obrigada a substituí-los.

Nesse tipo de substituição de prestador, a operadora não precisa comunicar previamente à ANS ou pagar qualquer taxa. Contudo, deve informar essa substituição aos beneficiários e promover alteração de rede em formato XML.

9. Dos critérios de equivalência

Alteração de estabelecimento de saúde³ – essa substituição deverá ocorrer por uma empresa do mesmo tipo e serviços especializados, conforme o informado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, o novo prestador deve estar no mesmo município da empresa descredenciada.

Profissionais que atuam em consultório isolado⁴ – os critérios para substituição devem levar em conta a habilitação legal para o exercício da profissão (médico por médico; fisioterapeuta por fisioterapeuta) e a localização no mesmo município.

No caso de ausência, incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados para verificação da equivalência dos prestadores.

10. Da comunicação aos beneficiários

Ao proceder com a substituição, a operadora deve comunicar quais as alterações promovidas na rede de prestadores de serviços de saúde aos beneficiários⁵, por meio de seu portal corporativo e de sua Central de Atendimento, com 30 dias de antecedência.

Importante dizer que essas informações devem permanecer disponíveis para consulta por, pelo menos, 180 dias. Ademais, devem estar acessíveis a qualquer pessoa, não sendo restritas aos beneficiários da operadora, ou seja, devem constar de forma pública.

A operadora deverá disponibilizar, no seu Portal Corporativo na Internet, as seguintes informações sobre as substituições de prestadores não hospitalares de sua rede assistencial:

- Área para divulgar as substituições não hospitalares
- Nome comercial do(s) plano(s) de saúde envolvido(s) na substituição
- Número de registro da ANS ou código de identificação no SCPA do(s) plano(s) de saúde envolvido(s) na substituição
- Prestador que será excluído da rede/do plano, com a data de término da prestação do serviço
- Prestador que substituirá o excluído da rede/do plano, com a data de início da prestação do serviço

3 Artigo 6º, da Resolução Normativa nº 365/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

4 Artigo 7º, da Resolução Normativa nº 365/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

5 Artigo 10º, da Resolução Normativa nº 365/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

Para ambos os prestadores (excluído e o que substituirá), informar:

- CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica
- Número de registro no Conselho Profissional, caso se trate de pessoa natural
- Tipo de estabelecimento
- Especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s)
- Endereço, contendo: Unidade da Federação, município, logradouro e CEP
- Telefone com DDD
- Site (caso exista)

Cabe lembrar que a divulgação da substituição da rede de contratação indireta poderá ser feita por meio de hyperlink que leve ao site da operadora com a qual o prestador mantém contratação direta.

11. Hipóteses de exclusões de prestadores não hospitalares sem substituição

São quatro as situações, previstas na legislação⁶, em que a operadora poderá excluir prestadores não hospitalares da rede conveniada ou credenciada, sem providenciar a substituição por outro prestador equivalente, quais sejam:

1. Quando a rescisão de um contrato coletivo ocasionar redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano no mesmo município.
2. Caso haja ausência de prestação de serviço para o plano por, no mínimo, 12 meses consecutivos.
3. Quando a operadora comprovar que o prestador exigiu pagamento diretamente de um beneficiário por procedimentos contratados e disponibilizados por meio do plano de saúde.
4. Quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde, por parte do prestador, como mecanismo de protesto.

Por fim, insta salientar que os critérios estabelecidos para substituição de prestadores não hospitalares não se aplicam à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764/71, bem como à operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado. Também não são aplicáveis aos profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras e às administradoras de benefícios.

6 Artigo 8º, da Resolução Normativa nº 365/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

TISS – TROCA DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Luciana Tamada

Resolução Normativa nº 305/2012

1. O Padrão TISS – visão geral

A Troca de Informações na Saúde Suplementar é um padrão obrigatório para registro e intercâmbio de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, que trafegam entre os agentes da saúde suplementar.

Os agentes da saúde suplementar envolvidos na troca de dados são:



Pressupõe-se que a troca seja eletrônica, porém, em uma impossibilidade temporária, deve ser realizada em papel, por meio de guias padronizadas (contingência).

São objetivos do Padrão TISS:

- I – Padronizar as ações administrativas;
- II – Subsidiar as ações da ANS;
- III – Compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Em suma, a TISS determina quais e como trafegam os dados que envolvem o atendimento do beneficiário em processos administrativos sob gestão das operadoras.

Para entender o que é um “atendimento” nos processos administrativos, por exemplo, em uma internação, é necessário relacionar os atores envolvidos: além do beneficiário, podem ser identificados vários prestadores de serviços de saúde, contratados pela operadora ou não. No caso, seriam o hospital, o cirurgião, o anestesta, o laboratório de exames laboratoriais realizados, o prestador do exame de imagem, entre outros.

As informações do atendimento chegam à operadora por meio dos prestadores contratados ou pelo reembolso do beneficiário (quando o atendimento é realizado fora da rede de prestadores contratados da operadora, por exemplo, um médico particular). Os prestadores contratados podem ser da rede própria ou da rede contratada/credenciada/referenciada da operadora, de forma direta ou indireta.

Importante observar que não está no domínio da ANS legislar sobre os prestadores, beneficiários e contratantes, portanto, a pressão da adequação à TISS no mercado é feita exclusivamente por meio da regulação das operadoras.

Também não é objetivo da TISS controlar os valores negociados entre prestadores e operadoras sobre os eventos e itens assistenciais envolvidos no atendimento, que devem ser definidos contratualmente.

2. Componentes do padrão TISS

O padrão TISS está estruturado em cinco componentes que se complementam, cada um com a sua abordagem sobre o dado, parado ou em movimento, demonstrando a complexidade do tema.

Padrão TISS – Componentes									
Organizacional		Conteúdo e estrutura		Representação de conceitos		Comunicação		Segurança e privacidade	
Exposição e histórico	Regras de uso e atualização	Processo e legendas	Plano de contingência	TUSS – eventos	TUSS – itens	Schemas XML	Validação	Requisitos de segurança	Legislação de privacidade

2.1. Componente – Organizacional

O componente organizacional é o mais abrangente e define as regras operacionais do padrão TISS. Ele é o componente que liga todos os demais e deve ser a primeira leitura de estudo. Inicia com a versão, a data da publicação e o motivo da atualização. Em seguida, mantém o histórico de atualizações, com suas inclusões, alterações e exclusões do conteúdo dos documentos.

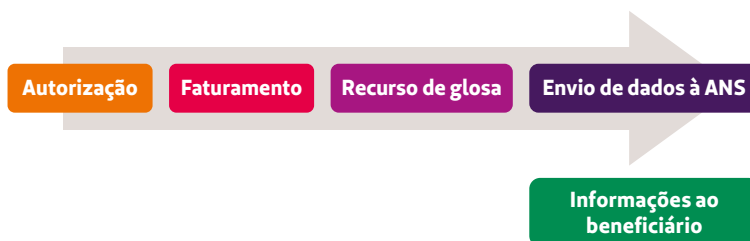
Traz as regras gerais, muitas repetidas do texto da RN 305 e outras que não estão descritas em nenhum outro componente. Como:

- Explicação sobre cada componente
- Como solicitar mudanças no padrão TISS
- Como utilizar códigos próprios (criados pela operadora)
- Como ocorre a ligação entre guias para agrupar o atendimento
- Regras para envio de dados à ANS
- Utilização do HASH (integridade dos dados)
- Utilização do certificado digital e da assinatura digital
- Padrão de biometria utilizado nas mensagens

Os processos padronizados pelo padrão TISS são:

- Verificação de elegibilidade
- Autorização de procedimentos
- Cobrança de serviços
- Comunicação de internação ou alta de beneficiário
- Recurso de glosa
- Demonstrativos de retorno (pagamento e análise de contas)
- Informações para a ANS
- Informações para o beneficiário
- Comprovante presencial

Fluxo macro dos processos padronizados



2.2. Componente – Conteúdo e estrutura

O componente de conteúdo e estrutura define a arquitetura dos dados, ou seja, apresenta quais e como estão dispostos os dados, além da sua condição de preenchimento (obrigatório, opcional ou condicionado).

Os dados são representados em formulários e mensagens eletrônicas que possuem suas respectivas legendas.

São formulários padronizados:

- Guia de Consulta (cobrança)
- Guia de SP/SADT (solicitação e cobrança)
- Guia de Honorário (cobrança)
- Anexo de outras despesas (cobrança)
- Anexo de quimioterapia (autorização)
- Anexo de radioterapia (autorização)
- Anexo de OPME (autorização)
- Guia de Solicitação de internação (autorização)
- Guia de Solicitação de prorrogação de internação (autorização)
- Demonstrativo de análise de contas
- Demonstrativo de pagamento
- Guia de Recurso de glosa

2.2.1. Guias e anexos

As guias e seus anexos agrupam as informações para formar um contexto sobre o atendimento. São representações formais utilizadas no momento da autorização e na cobrança dos prestadores às operadoras sobre o atendimento realizado.

Cada prestador envia a cobrança dos seus serviços prestados à operadora por meio de uma guia e, como o atendimento pode ser formado por mais de um prestador contratado da operadora, há a necessidade de vincular essas guias para compor o atendimento.

No exemplo inicial da internação, a parte do hospital será cobrada via Resumo de Internação, o médico via Guia de Honorário e o laboratório via Guia de SP/SADT; todas vinculadas pelo número da Guia de Solicitação de internação.

O vínculo entre elas será realizado por meio da informação contida no campo Número da Guia no Prestador da Guia Principal.

O vínculo da Guia Secundária com a Principal deve ser feito por meio do preenchimento do campo específico:

Guias secundárias	Campo com a informação	Elemento de dado – XML
SP/SADT	Número da Guia Principal	ans:guiaprincipal
Solicitação de Prorrogação Resumo de Internação Honorário	Número da Guia de Solicitação de Internação	ans:nrGuiaReferenciada ans:numeroGuiaSolicitacaoInternacao ans:guiaSolicInternacao
Anexos de quimioterapia, radioterapia, OPME e outras despesas	Número da Guia Referenciada	ans:numeroGuiaReferenciada

2.2.2. Legendas

As legendas determinam o formato e o uso de cada item no contexto das mensagens/formulários e possuem as seguintes informações:

- Nome do termo: chave de identificação unívoca
- Número de campo: refere-se à posição na guia
- Nome do campo: descrição do campo
- Tipo do dado: pode ser data, hora, String ou numérico
- Tamanho: quantidade máxima de caracteres ou dígitos de um dado
- Formato: caso possua alguma representação específica, por exemplo, data com formato DDMMAAAA
- Descrição: significado do termo
- Condição de preenchimento: indica se deve ser preenchido obrigatoriamente, de forma opcional ou, ainda, condicionado (torna-se obrigatório em determinada situação)

Legenda da Guia de Consulta							
Termo	Número do campo na guia	Nome do campo na guia	Tipo	Tamanho	Formato	Descrição	Condição de preenchimento
Nome	7	Nome do beneficiário	String	70		Nome do beneficiário	Obrigatório
Cartão Nacional de Saúde	8	Cartão Nacional de Saúde	String	15		Número do Cartão Nacional de Saúde	Condicionado (Deve ser preenchido caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.)

2.2.3. Plano de Contingência

O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários em papel estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho em uma interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Os formulários (guias e anexos) devem ser fornecidos aos prestadores pelas operadoras de planos.

O formulário é dividido em quatro seções principais:

- GUIA DE CONSULTA:** Contém campos para o número da guia (12345678901234567890), dados do beneficiário, dados do contrato, dados do atendimento e indicação de acidente.
- GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT:** Inclui campos para o registro ANS, número da guia principal, data de autorização, nome do profissional e nome do contratado.
- GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO:** Possui campos para o registro ANS, número da guia de internação, data de internação, data de alta e nome do contratado.
- ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação):** Contém uma tabela para registrar despesas realizadas, com colunas para data, código do item, nome do material, valor unitário, quantidade e valor total.

2.2.4. Processos padronizados para troca de informações entre agentes

Os processos padronizados para troca de informações entre agentes são:

- Entre prestador e operadora:
 - Verificação de elegibilidade (opcional)
 - Autorização de procedimentos (opcional, exceto lote de anexos)
 - Comunicação e Alta do beneficiário (opcional)
 - Cobrança de serviços de saúde (obrigatório)
 - Demonstrativo de retorno (obrigatório)
 - Recurso de Glosa (obrigatório)
 - Comprovante presencial (opcional, somente em papel)

→ Os processos opcionais, quando utilizados eletronicamente, deverão seguir o padrão TISS obrigatoriamente. Esse conjunto de processos possui mensagens padronizadas que serão abordadas no componente de comunicação.
- Entre operadora e beneficiário:
 - Envio de dados de utilização (RN 389/2016)
 - Informações sobre a negativa de autorização (RN 319/2013 e 395/2016)
 - Informações sobre os procedimentos de parto (RN 368/2015)

→ Definição de conjunto de informações para os beneficiários para atender às normativas.

- Entre operadora e ANS:
 - Envio de dados à ANS
 - Monitoramento da qualidade dos dados incorporados na ANS

→ As informações dos dados enviados pelas operadoras e incorporados na base de dados da ANS são verificadas e identificadas no monitoramento constante, de acordo com os critérios de qualidade da Agência e são posteriormente sinalizados às operadoras.

- Entre prestador solicitante e beneficiário:
 - O prestador solicitante deve entregar ao beneficiário, em papel, a solicitação de exames, terapias ou internação mesmo quando houver encaminhamento eletrônico da solicitação para a operadora.

→ Não há como obrigar que o beneficiário tenha meios de processamento eletrônico do pedido e nem garantir a interoperabilidade com o prestador (escolhido por ele) que executará o serviço. Lembrando que a ANS não tem poder para legislar sobre prestadores e beneficiários.

2.3. Componente – Representação de conceitos

O componente de representação de conceitos em saúde estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais da saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.

São as tabelas de domínio que limitam um conjunto de termos representados por código e descrição.

A TUSS possui cinco grandes frentes:

TUSS de Taxas, diárias e gases medicinais (tabela 18)
TUSS de Materiais e OPME (tabela 19)
TUSS de Medicamentos (tabela 20)
TUSS de Procedimentos e eventos em saúde (tabela 22)
TUSS Demais Terminologias (demais tabelas do padrão)

Exemplo de TUSS – Tabela de Tipo de Internação (tabela 57)

Código do termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1	Clínica	10/11/2005		10/11/2005
2	Cirúrgica	10/11/2005		10/11/2005
3	Obstétrica	10/11/2005		10/11/2005
4	Pediátrica	14/8/2006		14/8/2006
5	Psiquiátrica	14/8/2006		14/8/2006

Todos os itens da tabela possuem três colunas de datas:

- Início de vigência: data a partir da qual o termo pode ser utilizado
- Fim de vigência: data a partir da qual o termo não deve mais ser utilizado
- Fim de implantação: data a partir da qual todo o mercado deve reconhecer o termo

→ No período entre a data de início de vigência e fim de implantação, o termo pode ser utilizado, desde que acordado entre as partes (prestador e operadora).

Apesar de limitar os termos nas tabelas para serem utilizados nos atendimentos, a TUSS não contempla todos os termos existentes, considerando que o mercado é dinâmico. Por essa razão, o padrão TISS prevê a utilização de códigos próprios criados pelas operadoras para as tabelas 18, 19, 20 e 22.

A regra, prevista no componente organizacional, define que a operadora poderá criar em tabela própria um termo não existente na TUSS, comprometendo-se a solicitar, imediatamente, a inclusão na ANS (exceto pacotes). Se, após avaliação, o termo for incorporado ao padrão, passada a data de fim de implantação, é proibido mantê-lo em sua tabela própria (tabela 00).

As tabelas que contém codificação própria são:

Tabela 00 – Tabela própria das operadoras

Tabela 90 – Tabela própria para pacotes de odontologia

Tabela 98 – Tabela própria para pacotes de medicina

Para a criação dos itens/termos na tabela própria, conforme componente organizacional, preferencialmente, a tabela à que se refere o termo deve ser identificada nos dois primeiros dígitos do código.



Para a inclusão de itens nas tabelas TUSS, a ANS conta com o apoio das entidades de referência:

- AMB – para termos de medicina
- CFO – para termos de odontologia
- CNS – para termos de diária, taxa e gases medicinais
- ANVISA – para termos de matérias e medicamentos

2.4. Componente – Comunicação

O componente de comunicação define os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas. O padrão de comunicação utiliza a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

A operadora deve disponibilizar aos prestadores duas formas de receber as mensagens eletrônicas: Webservices e Portal. A prerrogativa de escolha é do prestador. Na interrupção dos meios eletrônicos, deve-se utilizar a contingência em papel.

Todas as mensagens eletrônicas da relação prestador–operadora iniciam no prestador e sempre de uma resposta da operadora:

Processo	Mensagens	Descrição
Elegibilidade do beneficiário	- Verifica elegibilidade - Resposta de elegibilidade	Mensagem solicitando a situação do beneficiário quanto aos seus direitos contratuais com resposta se é elegível ou não
Autorização de procedimentos	- Solicitação de autorização - Autorização de serviços	Pedido de autorização para realização de procedimento e a resposta da operadora
	- Solicitação de status da autorização - Situação da autorização	Consulta de situação de um pedido de autorização realizado anteriormente com resposta do status
	- Lote de anexos - Recebimento de anexos	Solicitação de autorização com informações de OPME, quimioterapia e radioterapia, com retorno de um protocolo de recebimento
Cobrança de serviços	- Cobrança de lote de guias - Recebimento de lote de cobrança	Cobrança de guias com serviços de saúde realizados e retorno de um protocolo de recebimento
	- Solicitação de status de protocolo - Situação de Protocolo	Solicitação de situação do protocolo de um lote enviado anteriormente
	- Cancelamento de guia - Recibo do Cancelamento de guia	Solicita cancelamento de uma guia enviada anteriormente, com retorno se acatado ou não
Comunicação de internação ou alta	- Comunicação de internação ou alta - Recibo de comunicação	Informação da data de internação ou alta do beneficiário, com confirmação de recebimento
Emissão de demonstrativos	- Solicitação de demonstrativo de retorno - Demonstrativo de retorno	Solicita demonstrativo de pagamento ou análise de conta, com retorno da informação pela operadora
Contestação	- Recurso de Glosa - Recebimento de Recurso de Glosa	Prestador questiona e justifica uma cobrança glosada e a operadora devolve um protocolo
	- Solicitação de Status de Recurso de Glosa - Situação de Recurso de Glosa	Solicita resposta da avaliação do recurso e operadora responde acatado ou não; em caso de análise, responde com um novo protocolo

Nota: a mensagem de envio de dados à ANS (operadora-ans) será abordada mais à frente.

2.5. Segurança e privacidade

O componente de segurança e privacidade define um conjunto de requisitos obrigatórios, opcionais ou recomendados a serem seguidos com o objetivo de assegurar o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados de atenção à saúde.

As operadoras devem manter as informações do Padrão TISS protegidas, especialmente quando os dados permitirem a individualização. Somente poderão divulgar a terceiros em casos previstos na legislação vigente no país.

O formato de apresentação dos requisitos contém:

- Identificação do requisito
- Descrição do requisito
- Condição de utilização do requisito (obrigatório, opcional e recomendado)
- Início de vigência
- Fim de vigência
- Fim de implantação
- Observação, quando necessário

Exemplos de requisitos de segurança e privacidade da TISS

Numeração	Descrição	Condição de utilização	Início de vigência	Fim de vigência	Data fim de implantação
1	Identificar e autenticar todos os usuários antes de qualquer acesso a dados com identificação do beneficiário	Obrigatório	out/12		ago/14
2	Utilizar login e senha para autenticação de usuários a site e páginas da internet (portais). Podendo opcionalmente, desde que acordado entre as partes, utilizar certificação digital	Obrigatório	out/12		ago/14
3	Utilizar login e senha para autenticação de usuários via webservices. Podendo opcionalmente, desde que acordado entre as partes, utilizar certificação digital em substituição ao login e senha	Obrigatório	out/12		ago/14
4	Verificar a qualidade segurança da senha no momento de sua definição pelo usuário, obrigando a utilização de, no mínimo, 8 caracteres dos quais, no mínimo, 1 caractere deve ser não alfabético	Obrigatório	out/12		ago/14
5	Definir o período máximo de troca de senha como controle do sistema. Esse período não deve ser superior a um ano. O sistema deve permitir que o usuário troque sua senha a qualquer momento.	Obrigatório	out/12		ago/14

3. Envio de dados à ANS – Monitoramento TISS

A partir da cobrança do prestador para a operadora, toda movimentação da guia deve ser reportada à ANS, conforme definido no processo de envio de dados:

O que: obrigatoriedade de envio mensal de movimentos das guias de atendimento

Quando: até o dia 25 do segundo mês subsequente do registro da movimentação

Quem: a operadora detentora do contrato do beneficiário deve enviar à ANS

Como: arquivo XML gerado/importado pelo Sistema de Gestão da operadora

Onde: envio do arquivo pelo PTA (Programa Transmissor de arquivos da ANS) e acompanhamento e arquivo de retorno pelo site da Agência, no Espaço da Operadora > Relacionamento com prestadores > TISS - Processamento TISS

Os momentos (movimentações) que deverão estar marcados para o envio de informação são:

Cobrança do prestador

Pagamento da operadora

Pagamento resultante do recurso de glosa

Qualquer alteração nos dados já enviados

O envio de dados está estruturado de acordo com a forma de remuneração do prestador:

Pagamento por evento ou procedimento

Contratação de prestador ou outra operadora por valor preestabelecido

Fornecimento de medicamentos e materiais diretamente aos beneficiários

Atendimentos em rede própria da operadora, de mesmo CNPJ

Despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração

Para o controle do “Envio de dados à ANS”, é necessário ter como referência a base de dados da Agência, controlando a inclusão, alteração ou exclusão das informações. Nesse ponto, é importante salientar a gestão sobre os dados enviados/processados/recebidos.

Por exemplo, se o movimento de inclusão de uma Guia não foi aceito na base da ANS por alguma inconsistência, não adianta enviar uma alteração, mesmo que estruturalmente correta, pois ela não será aceita devido à inclusão não ter sido efetivada. O Sistema de Gestão da Operadora, que acreditava que a inclusão tinha sido gerada, só saberá que ela não foi efetivada na base da ANS quando o retorno do arquivo que continha a inclusão for incorporado ao sistema da operadora, sinalizando o motivo da inconsistência. Então, a operadora deverá corrigir, gerar novo arquivo com a inclusão da guia para, posteriormente, enviar novamente a alteração.

As despesas são enviadas de forma agrupada (grupo de códigos) ou individualizada (por código) e estão detalhadas na tabela 64 da TUSS.

Tabela 64 – Forma de envio no Monitoramento TISS

Tabela 64 – Forma de envio para ANS de procedimentos e itens assistenciais

Terminologia	Código TUSS	Forma de envio	Código do grupo	Descrição do grupo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de implantação
22	10101012	Individualizado			10/10/2012		30/11/2013
22	10101039	Individualizado			10/10/2012		30/11/2013
22	40201317	Consolidado	005	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	10/10/2012		30/11/2013
22	40201325	Consolidado	005	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	10/10/2012		30/11/2013
22	40201333	Individualizado			10/10/2012		30/11/2013
22	40201333 Endoscopia digestiva alta com cromoscopia				10/10/2012		30/11/2013
22	40201350	Individualizado			10/10/2012		30/11/2013
22	40201368	Individualizado			10/10/2012		30/11/2013

Necessário atentar-se às regras:

- Toda operadora com registro ativo no mês deve enviar arquivo de monitoramento. Quando não há movimento, deve ser enviado o arquivo sinalizando essa condição.
- As competências são sequenciadas. Não deve haver lacunas entre elas.
- O movimento de inclusão só pode ocorrer dentro do mês de processamento.
- O primeiro envio da conta deve conter todos os itens. O esquecimento de um item deve ser corrigido com a exclusão e uma nova inclusão.
- O valor informado inicialmente (cobrado pelo prestador) não pode ser alterado.
- Deve-se importar, no Sistema de Gestão da operadora, o retorno da ANS para cada arquivo gerado por ele.
- A correção dos erros identificados nos arquivos de retorno da ANS deverá acontecer pelo envio de novo arquivo.
- As informações deverão ser enviadas conforme regra da tabela 64 sobre agrupamento de itens (individualizado ou consolidado).

Todas as regras e os exemplos de envio de dados à ANS estão descritos no componente organizacional.

4. Penalidades

As penalidades envolvidas no Padrão TISS:

- **Implantação do padrão TISS (art. 25 da RN nº 305/2012)**

Penalidade pelo não cumprimento: Art. 44 da RN nº 124/2006

Art. 44. 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 de R\$ 35.000,00.

- **Envio dos dados do Padrão TISS para a ANS (Art. 26 da RN nº 305/2012)**

Prazo: mensal

Penalidade pelo não cumprimento: Art. 35 da RN nº 124/2006 – Envio de Informações Periódicas

Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar fora do prazo previsto na regulamentação documento ou informação periódica:

Sanção – multa de R\$ 25.000,00.

- **Incorreções e omissões nas informações**

RN 124 – Art. 37. Encaminhar à ANS os documentos ou as informações devidas, contendo incorreções ou omissões:

Sanção – advertência; multa de R\$ 10.000,00.

- **Disponibilização do Portal TISS (Art. 2º da RN nº 190/2009)**

Penalidade pelo não cumprimento: Art. 44, parágrafo único da RN nº 124/2006

Art. 44. 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 de R\$ 35.000,00.

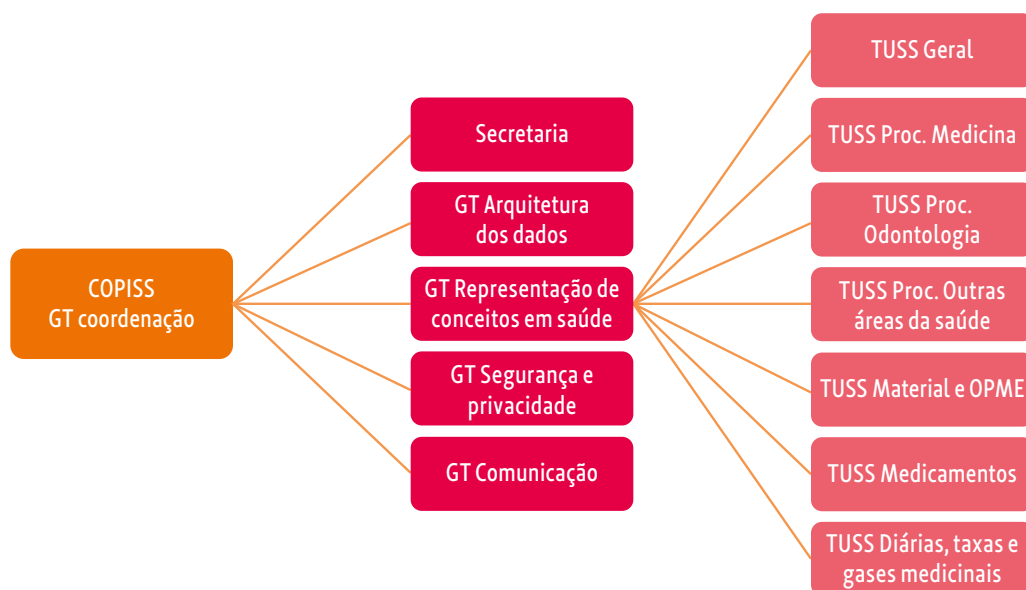
5. Gestão do padrão TISS

Estrutura e Organização

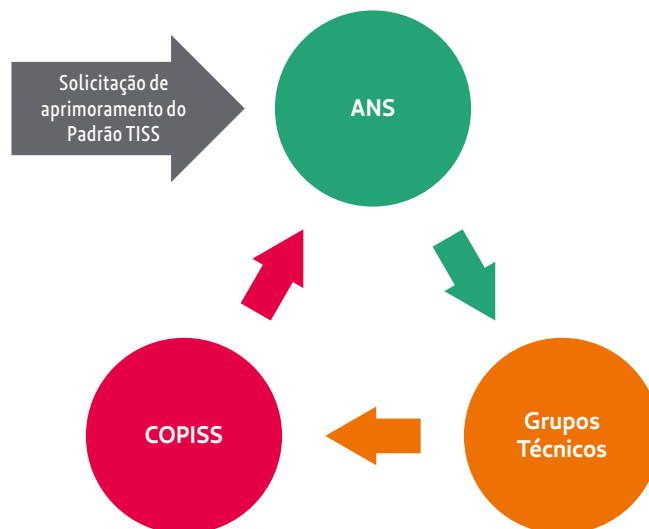
Compete à Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES instituir e disponibilizar o Sistema de Gestão do padrão TISS.

A DIDES conta com o apoio de reuniões do COPISS (representantes do mercado) para o aprimoramento do padrão, além reuniões de grupos técnicos especialistas para cada visão sobre os dados.

O COPISS (Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar), de caráter consultivo, é composto por um representante de cada entidade dos grupos definidos pela DIDES. Os grupos são formados por colaboradores da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde.



O processo macro de trabalho do aprimoramento do padrão inicia com a solicitação por meio de formulário específico para a ANS, detalhado no componente organizacional:



Entidades de Referência

A Agência também conta com o apoio das entidades de referência, que são aquelas destinadas a validar as propostas de alterações do padrão TISS e dirimir dúvidas técnicas.

ENTIDADE	SIGLA	TERMOS/REQUISITOS
Associação Médica Brasileira	AMB	Termos de Medicina
Conselho Federal de Odontologia	CFO	Termos de Odontologia
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA	Termos de medicamentos, materiais, próteses e órteses
Confederação Nacional de Saúde	CNS	Termos de diárias, taxas e gases medicinais
Sociedade Brasileira de Informática em Saúde	SBIS	Requisitos de segurança e privacidade das informações

Versionamento do Padrão

Arquivos do Padrão TISS	Versão
Componente Organizacional	AAAAMM
Componente de Conteúdo e estrutura	AAAAMM
Componente de Representação e conceitos	AAAAMM
Componente de Segurança e privacidade	AAAAMM
Componente de Comunicação	XX.YY.ZZ

AAAA = Ano; MM = Mês

XX = Inclusão de uma nova mensagem/legenda

YY = Alteração de mensagem/legenda existente

ZZ = Correção em mensagem/legenda

A vigência do padrão TISS deverá ser observada no momento da troca de mensagens.

Sempre haverá, no mínimo, uma e, no máximo, duas versões do padrão vigentes em determinado momento. A versão a ser utilizada, quando houver mais de uma vigente, será a acordada entre as partes.

6. Considerações finais

O conceito descrito sobre o padrão TISS é teórico e a sua forma concreta só é percebida com a implementação em cada sistema de gestão de operadora e de prestador, e durante a operacionalização dos processos. É fato que a padronização é um caminho sem volta que viabiliza a interoperabilidade entre sistemas de plataformas distintas. Cabe a quem utiliza, sinalizar e propor formas de aprimoramento.

Com o envio de dados à ANS e a interoperabilidade entre os sistemas da Agência e Ministério da Saúde, as informações da TISS complementam as do SUS, contemplando uma base de dados gerais do setor de saúde. Tais dados da saúde suplementar também poderão compor o registro eletrônico do Ministério da Saúde.

Dentro da Agência, elas já subsidiam ações em diversas diretorias, como a qualificação das operadoras com o IDSS, em que grande parte dos indicadores utilizam os dados alimentados pelas operadoras na TISS. Outro ponto, é o cruzamento do detalhe operacional alimentado pela TISS com os registros contábeis e o acompanhamento da saúde financeira e econômica da operadora.

Assim como as informações são compartilhadas com os sistemas do governo, elas também estão abertas à população de forma não individualizada **(D-TISS)**¹, ficando como fonte para pesquisas e avaliações do setor de saúde suplementar. Já não há mais como saber onde os dados gerados podem estar sendo utilizados. Isso justifica a preocupação crescente da ANS com a qualidade dos dados que estão sendo recebidos das operadoras.

Informações detalhadas sobre o padrão:

Toda a documentação do padrão TISS está disponível no Portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar: www.ans.gov.br – menu superior: Planos e Operadoras > Espaço da Operadora – Relacionamento com os Prestadores – Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS

Suporte Institucional da Unimed do Brasil – Sistema de Gestão de Demandas no Portal Unimed – TI – Sistemas Institucionais > TISS ou tiss@unimed.coop.br.

1 D-TISS é um painel disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para consultar dados recebidos por meio do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar). É possível visualizar a quantidade e o valor médio de honorários praticados em procedimentos ambulatoriais (médicos, laboratórios, clínicas) e em procedimentos realizados em ambiente hospitalar, nos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde. Além da visualização do painel, a Agência também disponibiliza para download de forma aberta.

REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE

*Daniel Infante Januzzi de Carvalho
Pamela Sposito Reis*

Resolução Normativa – RN nº 63/03

Resolução Normativa – RN nº 171/08

Resolução Normativa – RN nº 195/09

Resolução Normativa – RN nº 309/12

1. Introdução

As variações de custos dos procedimentos no mercado de saúde suplementar e do perfil etário dos beneficiários impõem uma atualização periódica das mensalidades às operadoras de planos de saúde, com o objetivo de manter a prestação do serviço com qualidade e equilibrada do ponto de vista econômico-financeiro.

Existem, atualmente, dois tipos de reajuste admitidos na legislação dos planos de saúde: o reajuste por variação de custos e reposição de perdas inflacionárias e o reajuste por mudança de faixa etária.

Embora faça parte da regulamentação dos planos de saúde, o reajuste por revisão técnica (RN nº 19/02) – para equilíbrio dos contratos, especialmente aqueles antigos ou celebrados no início de vigência da Lei 9656/98 – não vem sendo admitido e considerado pela ANS, apesar da demanda insistente das operadoras de planos de saúde, notadamente do Sistema Unimed.

No que tange, portanto, aos reajustes previstos nas normas regulatórias, por variação de custos e por mudança de faixa etária, a Agência Nacional de Saúde Suplementar editou regras específicas, que podem variar inclusive conforme a modalidade de contratação, visando estabelecer limites e orientações na relação beneficiário e operadora. Este capítulo é dedicado a essas especificidades.

2. Reajuste por variação de faixa etária

O envelhecimento é uma característica humana, direito personalíssimo, merecendo, portanto, resguardo social. Nesse sentido, como forma de proteção e garantia desse direito, o Estado trouxe a figura do Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003.

O Estatuto do Idoso visa a garantia dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (art. 1º). Aborda, assim, questões familiares, de saúde, discriminação e violência contra o idoso. E resguarda-o, desse modo.

Antes da publicação da referida lei, os reajustes em razão de deslocamento de faixa etária aconteciam de acordo com o previsto em contrato. Assim, se o instrumento jurídico previa a possibilidade de aplicação de reajuste na mensalidade quando o beneficiário completasse 80 anos, essa seria a regra aplicável.

Todavia, conforme mencionado anteriormente, com a norma protetiva ao idoso, essa questão também foi discutida, tendo o órgão regulador definido, por meio de edição da Resolução Normativa nº 63/03, os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Dessa forma, os planos contratados a partir de 2004 têm reajustes por deslocamento de faixa etária regidos pela RN nº 63/03. De imediato, a norma cuidou de estabelecer dez faixas etárias para aplicação.

Se, anteriormente, as faixas poderiam existir livremente, a depender do previsto em contrato, agora, a ANS definiu uma tabela a ser observada, conforme a seguir:

- I - 0 a 18 anos
- II - 19 a 23 anos
- III - 24 a 28 anos
- IV - 29 a 33 anos
- V - 34 a 38 anos
- VI - 39 a 43 anos
- VII - 44 a 48 anos
- VIII - 49 a 53 anos
- IX - 54 a 58 anos
- X - 59 anos ou mais

Em relação aos percentuais, a ANS acabou interferindo na liberdade econômica e comercial das partes, definindo limites a serem aplicados quando do estabelecimento dos valores e percentuais, da seguinte forma:

- I - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- II - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III - As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Portanto, os contratos chamados “novos” ou regulamentados à Lei 9.656/98 seguirão as diretrizes estabelecidas pela agência para essa modalidade de reajuste. Sendo constatada sua inobservância, a operadora se sujeitará às sanções da ANS, conforme previsão do artigo 57, da Resolução Normativa nº 124/06:

Art. 57 Exigir, cobrar ou aplicar variação ou reajuste da contraprestação pecuniária em desacordo com a lei, a regulamentação da ANS ou o contrato:

Sanção – advertência; multa de R\$ 45.000,00.

3. Reajuste anual dos planos individuais

Os contratos firmados como planos individuais/familiares também sofrerão majoração nas mensalidades, tanto em relação ao deslocamento de faixa etária quanto por variação anual. Ocorre que os planos individuais possuem características de proteção diversa e específica, em detrimento das demais modalidades. Uma das diferenças mais factíveis, é o reajuste anual.

Para esses contratos, a aplicação do reajuste do anual se dará somente com autorização da ANS, ou seja, anualmente, a operadora de saúde deverá encaminhar ao órgão regulador uma solicitação de autorização de percentual, atendendo a todos os requisitos descritos no artigo 5º, da Resolução Normativa nº 171/2008¹, aguardando até que o ofício autorizativo, com o teto máximo possível, seja expedido pela agência ou a sua negativa por não atendimento aos requisitos de solicitação.

Vale lembrar ainda que, mesmo que a operadora tenha custos maiores com uma carteira de beneficiários específica, comprovados atuarialmente, por exemplo, em se tratando de planos individuais, o percentual de reajuste será definido pela ANS, válido para todo o mercado, não podendo a operadora exigir cobrança a maior que o teto máximo autorizado. Esse é, inclusive, um dos principais motivos que desestimulam as vendas de planos individuais pelas operado-

1 Art. 5º, RN nº 171/08: “A autorização de reajuste de que trata o artigo anterior estará sujeita aos seguintes requisitos:

I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS;

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º a 6º do art.4º;

III - recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa – RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, alterada pela Resolução Normativa – RN nº 101, de 3 de junho de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a última alteração dada pela MP 2177- 44, de 24 de agosto de 2001; e

IV - não estar com registro de operadora cancelado.

ras de saúde, haja vista a discrepância entre os custos com procedimentos e assistência integral ao beneficiário e o reajuste permitido para equalização.

O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS será publicado no Diário Oficial da União (DOU) e no site da agência, após aprovação da Diretoria Colegiada.

A operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato. Caso haja defasagem entre o período de divulgação do percentual máximo e a data de aplicação de reajuste anual pela operadora, em sendo tal defasagem de até dois meses, o reajuste será mantido, bem como será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

Caso a defasagem seja superior a dois meses, o mês de aniversário do contrato será mantido, porém não será permitida a cobrança retroativa.

A resolução Normativa nº 171/08 prevê que o início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo, desde que imputável exclusivamente à ANS². Nesses casos, a operadora fica autorizada à retroatividade do reajuste ao mês do início de aplicação, desde que as eventuais cobranças se iniciem em até dois meses a contar da autorização e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato.

Em todo caso, quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, deverá constar de forma clara e precisa o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste.

Por fim, cabe salientar que, para os planos contratados antes de 1º de janeiro de 1998 e não adaptados à Lei 9.656/98, os reajustes das contraprestações pecuniárias seguirão ao que foi estabelecido em contrato, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou o critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste.

Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajuste das mensalidades e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo, é obrigatória a adoção de percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS, consoante às diretrizes previstas na RN nº 171/08.

4. Reajuste anual dos planos coletivos

Os contratos coletivos terão apuração e aplicação de reajuste de forma diferenciada. Enquanto os planos individuais/familiares aguardarão um índice máximo a ser autorizado e divulgado pela agência, os planos coletivos possuem uma abertura maior para livre negociação entre as partes, sendo que o percentual a ser definido deverá apenas ser informado ao órgão regulador.

2 Art. 9º, § 4º, RN nº 171/08.

Essa comunicação à ANS deverá ser realizada pela internet, atualmente, seguindo os padrões procedimentais definidos na Instrução Normativa nº 13/2006, da DIPRO. Para cada período de 12 meses, deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária, ou seja, mesmo que a operadora decida manter a mensalidade sem reajuste naquele ano, deverá comunicar à ANS com percentual igual a zero, sem variação.

Além da obrigatoriedade de comunicação prévia sobre a variação da mensalidade, seja nos boletos ou por meio de comunicado específico para aqueles que possuem desconto em folha ou débito automático, por exemplo, a operadora deverá manter sob guarda – por, no mínimo, cinco anos – os documentos que comprovem a alteração ou manutenção do valor da contraprestação pecuniária, para eventual fiscalização da ANS.

Ainda sobre reajuste em planos coletivos, é importante destacar a variação da contraprestação pecuniária nos contratos coletivos por agrupamento, ou seja, para um grupo determinado de contratos coletivos, com risco inerente à operação de cada um deles.

O agrupamento será obrigatório³ às operadoras de planos privados de assistência à saúde, em relação a todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, ou número escolhido pela operadora maior que 30 vidas, para apuração e aplicação do cálculo do percentual de reajuste que será utilizado a esse agrupamento. Assim, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado, com exceção da previsão do artigo 5º, da RN nº 309/12, que define um subagrupamento com percentuais diferentes, a depender da segmentação assistencial⁴.

Para os contratos com mais de 30 vidas, será facultado às operadoras agregar em “agrupamento de contratos”, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. Qualquer que

3 Art. 61-D, Resolução Normativa nº 124/2006: “Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento: Sanção - multa de R\$ 45.000,00”.

4 Art. 5º, RN nº 309/12: “O agrupamento de contratos coletivos de que trata o artigo 3º poderá ser desmembrado em até 3 (três) subagrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:

I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;

II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e

III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência”.

§ 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos.

§ 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deverá guardar relação com a quantidade de subagrupamentos, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos.

seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora para formar o agrupamento, deverão ser observadas as regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 309/2012, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos coletivos.

A quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada, anualmente, no mês de seu aniversário, salvo aqueles firmados após o ano de 2012, sendo considerada **a primeira data de apuração da quantidade de beneficiários a da assinatura do contrato** e as datas seguintes a serem consideradas serão conforme a regra geral, que corresponde ao mês de aniversário do contrato.

Segundo previsão do artigo 6º, parágrafo 2º da RN nº 309/12, será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir uma quantidade de beneficiários igual ou inferior à estabelecida para a formação do agrupamento na data anual prevista como mês de aniversário, ainda que ocorra uma variação posterior da quantidade de beneficiários.

Se a quantidade de beneficiários do contrato agregado for superior à estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista de verificação anual, esse contrato ficará desagregado do agrupamento, pois a apuração da quantidade de beneficiários deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

Quando o contrato for firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de estipulante, na apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora. Se a administradora de benefícios estiver na condição de prestadora de serviços para a pessoa jurídica contratante, a apuração da quantidade de beneficiários se dará levando em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

No que tange ao percentual de reajuste a ser aplicado, é importante ressaltar que deverá ocorrer no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

O percentual de reajuste será aplicado somente aos contratos agregados ao agrupamento, considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura. Aos contratos não agregados ao agrupamento, deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

Sob o aspecto operacional, é obrigação da operadora de plano de saúde a divulgação do percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu portal, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS. O não cumprimento dessa obrigação sujeita a operadora à autuação da agência, conforme prevê o artigo 40, da Resolução Normativa nº 124/06, vejamos:

Artigo 40: “Deixar de publicar ou divulgar, nos meios definidos nos normativos específicos, as informações exigidas pela ANS:

Sanção – multa de R\$ 30.000,00.”

Caso a operadora opte por um subagrupamento, exceção já exemplificada anteriormente, os percentuais de reajuste deverão ser divulgados em seu portal, por tipo de cobertura, sem se eximir da obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece o artigo 16 da RN nº 171/08.

Esse tipo de reajuste também não dependerá de autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado. Ocorrendo tal solicitação, a operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo máximo de 10 dias úteis, contados do recebimento do ofício do órgão regulador, para atender à referida.

PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

Marcella Nogueira das Neves

Para o exercício da atividade regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especificamente para monitorar as operadoras nos espectros econômico-financeiro, assistencial e cadastral, elas são obrigadas a fornecer, conforme a periodicidade estabelecida na legislação setorial, determinados documentos e informações ao regulador.

Essa obrigação está prevista, de forma expressa, no artigo 20 da Lei 9.656/98.

Como é notório, no caso de omissão de envio de informações e documentos previstos em atos normativos da ANS, restaria configurado o tipo infrativo previsto no artigo 35 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, a saber:

“Envio de Informações Periódicas

Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar fora do prazo previsto na regulamentação documento ou informação periódica:

Sanção – multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 7 de agosto de 2012)

§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/1/2016)

§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo. (Incluído pela RN nº 301, de 7 de agosto de 2012)

§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/1/2016)

§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/1/2016)

A fim de mitigar problemas e atingir o cumprimento útil de tais obrigações, recomenda-se que as obrigações periódicas sejam cumpridas preferencialmente antes do prazo fatal.

Além disso, é importante destacar que, devido a frequentes atualizações pelo órgão regulador, é necessária a habitual conferência dos normativos mencionados neste capítulo.

Ante o exposto, apresentaremos as principais obrigações periódicas das operadoras de planos de saúde preestabelecidos pela ANS.

1. Autorização de Funcionamento

1.1. Regulamentação vinculada

RN nº 85/04 e RN nº 311/12 (Alterada pela RN nº 355)

1.2. Definição

Para operar de forma regular no mercado de saúde suplementar, uma entidade precisa obter uma autorização de funcionamento concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A obtenção do registro de operadora é a primeira etapa do processo de autorização de funcionamento.

1.3. Prazos

As operadoras detentoras de registro provisório tiveram que, a partir da publicação da RN nº 85/04, solicitar registro definitivo para que pudessem continuar atuando no mercado de saúde suplementar.

A norma ainda prevê que, para a manutenção de regularidade, as operadoras deverão notificar quaisquer alterações das informações prestadas quando da autorização de funcionamento, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos devidamente autenticados, no prazo de 30 dias, a contar da ocorrência da alteração.

As operadoras deverão ficar atentas às alterações cadastrais que ficam sujeitas à hipótese de recolhimento da Taxa de Alteração de Dados das Operadoras – TAO, de acordo com o art. 20, inciso II da Lei nº 9.961/2000 em combinação com a Resolução Normativa nº 89/2005. Recomenda-se que a operadora ou administradora anexe a cópia da Guia de Recolhimento da União – GRU para cada atualização de dado solicitada.

2. Informações sobre Administradores

2.1. Regulamentação vinculada

RN nº 311/12 (Alterada pela RN nº 355)

2.2. Definição

Obrigatoriedade de informar à ANS a eleição, nomeação, recondução, reeleição, contratação ou designação de profissionais para o exercício de cargos de administrador nas operadoras de planos de saúde. A regulamentação ainda estabelece os requisitos e as restrições para o exercício de tal atividade.

2.3. Prazos

A comunicação deverá ser realizada em até 30 dias contados da eleição, nomeação, recondução, reeleição, contratação ou designação.

- Requisitos para os novos administradores:
 - a) Não ser impedido por lei e não apresentar nenhuma das restrições elencadas no art. 3º da RN nº 311/12.

A comprovação deverá ser feita mediante cópia autenticada da ata registrada na Junta Comercial, termos de responsabilidade da RN nº 311/12 para administradores, cópia do CPF dos administradores eleitos, comprovante de pagamento da TAO.

A documentação deverá ser enviada à DIOPE/ANS, via PTA (preferencialmente) ou correio.

O ato de eleição, nomeação ou designação de administradores deverá indicar, expressamente, aquele que, entre eles, será o responsável pela área técnica de saúde.

Conforme esclarece a ANS, no Guia de Autorização de Funcionamento, sempre que houver alteração dos administradores da operadora, é importante informar à DIOPE se também houve alteração do representante junto à ANS ou do responsável pela área técnica de saúde. Sem o envio da indicação expressa do novo representante junto à ANS ou do responsável pela área técnica de saúde, o cadastro da operadora não é atualizado.

Por isso, é de extrema importância que as operadoras verifiquem regularmente os dados cadastrados junto à DIOPE/ANS, por meio do Relatório Cadastral, disponível na central de relatórios do site da ANS. Em caso de divergências nas informações do Relatório Cadastral, a operadora deverá regularizar em expediente de urgência.

3. Taxas de Saúde Suplementar – TSS

3.1. Regulamentação vinculada

RN nº 89/05 (Alterada pelas RNs nº 101, 179 e 356)

3.2. Definição

A Taxa de Saúde Suplementar é uma das receitas da ANS, e tem como fato gerador o exercício do seu poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Tabela de valores da Taxa de Saúde Suplementar

Taxa de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Taxa por beneficiário	
Por plano de assistência à saúde	5,39
Taxas por atos	
Registro de Produto	2.696,73
Registro de Operadora	5.393,47
Alteração de dados – Produto	1.348,37
Alteração de dados – Operadora	2.696,73
Pedido de Reajuste de Mensalidade	2.696,73

A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

- I – Por plano de assistência à saúde: seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 5,39 pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano.
- II – Por atos de saúde suplementar: registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referentes ao produto, alteração de dados referentes à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária.

ATENÇÃO: operadoras com menos de 20 mil usuários têm 50% de desconto sobre os valores.

3.3. Prazos

A TPS deve ser paga até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano. Há descontos, calculados automaticamente pela ANS, para operadoras que se enquadram nas seguintes características:

- Tenham número de usuários inferior a 20 mil.
- Despende, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Já as demais taxas devem ser pagas quando realizados os procedimentos para as quais se destinam.

4. Registro de Produtos

4.1. Regulamentação vinculada

RN nº 85/04 e alterações posteriores

IN/DIPRO nº 23/09 e alterações posteriores

4.2. Definição

As operadoras de planos de saúde só poderão comercializar seus produtos quando devidamente registrados no órgão regulador.

Para o procedimento de registro de operadora, as pessoas jurídicas pretendentes devem atender às disposições previstas na RN nº 85/04 e IN DIPRO nº 23/09.

4.3. Prazos

A partir da abertura do processo de registro, a solicitação é submetida à análise. A análise dos pedidos será realizada no prazo máximo de 60 dias a contar da data do protocolo de entrega à ANS da respectiva documentação necessária.

Caso seja detectada alguma pendência, a operadora tomará ciência no site da ANS, em relatório específico disponível no “acompanhamento de solicitações”. A operadora deverá, no prazo de 30 dias, promover o ajuste das condições de operação do produto, quando imprecisas ou conflitantes com a legislação em vigor, ou o envio de esclarecimentos.

5. Alteração de dados da Operadora

5.1. Regulamentação vinculada

RN nº 85/04 e alterações posteriores

5.2. Definição

As alterações ocorridas na operadora referentes a alteração na constituição da empresa, composição de capital, informações cadastrais (razão social, nº inscrição no CNPJ, nome fantasia, registro de constituição na Junta Comercial), enquadramento da operadora, endereço (inclusive, o de correspondência), telefone, e-mail, dados referentes aos administradores e ao representante legal da operadora junto ao órgão regulador deverão ser comunicadas à ANS.

5.3. Prazos

A comunicação de eventuais alterações deverá ser feita no prazo de 30 dias, a contar da ocorrência da alteração (ou seu registro, quando for o caso).

As operadoras devem manter o certificado de registro no CRM devidamente atualizado. Para tal cumprimento, as operadoras devem verificar regularmente essa informação junto à DIOPE, por meio do Relatório Cadastral, disponível na central de relatórios do site da ANS, de modo que, sendo verificadas divergências nas informações do Relatório Cadastral que indiquem que o cadastro da operadora junto à ANS está desatualizado, deverão ser regularizadas junto à DIOPE em expediente de urgência.

6. Portal Corporativo

6.1. 6.1. Regulamentação vinculada

RN nº 190/09 (Alterada pelas RNs nº 305, 359 e 389)

6.2. Definição

Obrigatoriedade de disponibilização na Internet, pelas operadoras, de portal corporativo para seus beneficiários e prestadores de serviço, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.

Informações constantes no Portal Corporativo deverão estar SEMPRE atualizadas.

7. Sistema de Informação de Beneficiários – SIB

7.1. Regulamentação vinculada

RN nº 295/12 (Alterada pelas RNs nº 303, 361 e 376)
IN/DIDES nº 50/12 (Alterada pela IN/DIDES nº 55/14)

7.2. Definição

O SIB é um aplicativo informatizado destinado a transmitir informações relativas à movimentação (inclusões, exclusões e alterações) dos beneficiários das operadoras de planos de saúde à ANS.

É pelo SIB que a ANS realiza o cruzamento necessário ao ressarcimento ao SUS, bem como identifica o número de beneficiários para cálculo da Taxa de Saúde Suplementar.

7.3. Prazos

O envio das informações cadastrais dos beneficiários é mensal, até o dia 5 de cada mês (arquivo de atualização de cadastro – inclusões/retificações de dados (substituição ou complementação)/mudanças contratuais/cancelamentos/reativações ocorridas até o último dia do mês imediatamente anterior – o envio pode ser diário). Só devem ser atualizadas informações de beneficiários que tenham sofrido alterações.

Após o processamento das informações dos beneficiários, a ANS disponibiliza para as operadoras, em até 5 dias, o Arquivo de Resultado do Processamento (RPX) por meio do Programa Transmissor de Arquivos (PTA).

O RPX contém o Protocolo de Atualização Cadastral (PTC), que comprova o envio das informações cadastrais dos beneficiários, delineia os erros encontrados nos arquivos SBX e os Códigos de Controle Operacional (CCOs) atribuídos aos registros de beneficiários incluídos na competência presente.

Os beneficiários que não tiveram alterações cadastrais no período, bem como as operadoras que não possuem beneficiários, obrigatoriamente deverão informar essas situações no sistema, mensalmente.

8. Ressarcimento ao SUS

8.1. Regulamentação vinculada

Art. 32 da Lei nº 9.656/98

RN nº 358/14

IN/DIDES nº 54/14 (Alterada pela IN/DIDES nº 58/15)

8.2. Definição

O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) advém de atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme o artigo 32 da Lei 9.656/1998.

8.3. Prazos

Após a identificação dos beneficiários de planos de saúde que utilizaram os serviços do SUS, por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC), trimestralmente, a ANS encaminhará às operadoras ofícios de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), disponibilizados no site da ANS, no Portal Operadoras ou, excepcionalmente, remetidos pelos Correios com Aviso de Recebimento.

Cada ABI refere-se a atendimentos ocorridos no SUS em um trimestre, havendo a abertura de um processo administrativo para cada operadora.

Os ofícios de notificação detalharão as informações sobre os atendimentos realizados e os valores a serem ressarcidos.

As notificações e intimações referentes aos processos de ressarcimento ao SUS serão realizadas pela ANS por meio eletrônico, via aplicativo denominado PERSUS, que poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico na Internet por usuários previamente credenciados pelas OPS.

As operadoras possuem o prazo de 30 dias corridos, a contar da notificação do ABI, seja para efetuar o pagamento ou para apresentação de impugnação.

A impugnação é encaminhada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) e, em caso de indeferimento, a operadora poderá recorrer no prazo de 10 dias corridos, contados da ciência da decisão.

O recurso será encaminhado à Diretoria Colegiada da ANS (DICOL), que – julgando procedente – encaminhará à DIDES para retratação e concomitante arquivamento do processo correspondente aos valores da impugnação.

Caso não haja retratação, ou o recurso seja julgado improcedente, a operadora deverá quitar em 15 dias os valores correspondentes ao ressarcimento em questão, sob pena de inscrição em dívida ativa e posterior execução judicial.

Importante o acompanhamento diário do Portal Operadoras “Protocolo Eletrônico” (PER-SUS) para verificar a disponibilização, pela ANS, dos processos de Ressarcimento ao SUS – ABI, Recurso e GRU.

9. Sistema de Informação de Produtos – SIP

9.1. Regulamentação vinculada

RN nº 205/09 (Alterada pelas RNs 229, 274 e 399)
IN/DIPRO nº 21/09

9.2. Definição

O Sistema de Informações de Produtos – SIP é o instrumento regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para envio de informações e acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

9.3. Prazos

As operadoras deverão enviar as informações assistenciais, considerando os seguintes prazos e períodos:

- 1º trimestre – meses de janeiro a março: prazo até o último dia útil de maio
- 2º trimestre – meses de abril a junho: prazo até o último dia útil de agosto
- 3º trimestre – meses de julho a setembro: prazo até o último dia útil de novembro
- 4º trimestre – meses de outubro a dezembro: prazo até o último dia útil de fevereiro do ano subsequente

O envio do SIP é obrigatório para todas as operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS.

10. Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS

10.1. Regulamentação vinculada

RN nº 305/12

IN/DIDES nº 51/12

10.2. Definição

A Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de dados em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

10.3. Prazos

O envio dos dados do padrão TISS para ANS será devido, mensalmente, até o dia 25 do segundo mês subsequente ao registro da movimentação (conforme divulgação no portal eletrônico da ANS).

11. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – IDSS

11.1. Regulamentação vinculada

RN nº 386/15 (Alterada pela RN nº 423/17)

IN/DIDES nº 68/17

11.2. Definição

Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar.

11.3. Prazos

Depois de divulgados os resultados finais da avaliação de desempenho das operadoras, elas terão um prazo de 15 dias para apresentar recurso, por escrito, à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, a qual, caso não reconsidere a decisão, encaminhará à Diretoria Colegiada para julgamento.

A operadora deverá divulgar o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões do programa em seu site institucional na internet, no prazo máximo de 30 dias, contados da data de divulgação dos resultados pela ANS, devendo ser mantida a informação até o IDSS do ano subsequente.

12. Relatório do Atendimento das Ouvidorias - REA

12.1. Regulamentação vinculada

RN nº 323/13 e 395/16

IN DÍCOL nº 2/14

12.2. Definição

O Relatório do Atendimento das Ouvidorias - REA (relatório estatístico e analítico) cumpre a resolução da ANS que determina a criação de unidade de ouvidoria pelas operadoras, conforme RN 323/13, e a obrigatoriedade do envio de informações solicitadas no REA-Ouvidorias. O envio do relatório permanece como obrigatório a toda e qualquer operadora de plano de saúde, ainda que haja flexibilidade para as operadoras de pequeno porte contarem apenas com um representante institucional das ouvidorias. O REA traz diversos dados sobre o detalhamento das manifestações recebidas, temas recorrentes, prazos de resposta, ações desenvolvidas e as recomendações de melhorias expedidas no período.

12.3. Prazos

O REA-OUVIDORIAS deve conter os dados anuais de todas as manifestações próprias de ouvidoria recebidas no período, ser apresentado ao representante legal da operadora no ano subsequente, até o último dia útil do mês de março, e encaminhado à ANS até o 15º dia do mês de abril. Trata-se, dessa forma, de um documento que faz referência integral e exclusivamente à segunda instância.

13. Notificação de Intermediação Preliminar – NIP

13.1. Regulamentação vinculada

RN nº 388/15

13.2. Definição

Instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde – inclusive, as administradoras de benefícios –, constituindo-se em uma fase pré-processual.

13.3. Prazos

Acessar diariamente o site da ANS, no Portal Operadoras > Fiscalização > Espaço NIP, para que todas as demandas sejam respondidas à Agência de forma tempestiva.

O acesso faz-se necessário para identificar e responder às notificações, em um prazo de 10 dias úteis contados do dia subsequente à data da disponibilização da demanda.

A resolução do conflito das demandas assistenciais deve ser realizada em até 5 dias úteis, com o intuito de obter o arquivamento por RVE – Reparação Voluntária e Eficaz, embora o prazo para o envio de resposta à ANS, mesmo para tais casos, seja de 10 dias úteis. O prazo de RVE para demandas não assistenciais é o mesmo de resposta à ANS, ou seja, 10 dias úteis.

14. Obrigações Contábeis: Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS

14.1. Regulamentação vinculada

RNs nº 173/08, 435/18 e 451/20
IN/DIOPE nº 45/10

14.2. Definição

O Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS foi instituído com a finalidade de coletar informações cadastrais e financeiras para o acompanhamento das operadoras no que tange à saúde econômico-financeira e à manutenção dos dados cadastrais.

14.3. Prazos

Os dados do DIOPS Financeiro são enviados trimestralmente e conforme os seguintes prazos:

- a) 1º trimestre – até o dia 15 de maio do mesmo exercício
- b) 2º trimestre – até o dia 15 de agosto do mesmo exercício
- c) 3º trimestre – até o dia 15 de novembro do mesmo exercício
- d) 4º trimestre – até o dia 31 de março do exercício subsequente

Já o DIOPS Cadastral deve ser atualizado junto à ANS somente no caso de alteração dos municípios de comercialização e/ou da segmentação da operadora, no prazo de até 30 dias, a contar da efetiva alteração.

15. Relatório Circunstanciado

15.1. Regulamentação vinculada

RNs nº 173/08, 393/15 e 435/18

15.2. Definição

É um relatório sobre deficiência dos controles internos da operadora.

15.3. Prazo

Conforme disposto no § 4º do artigo 3º da RN nº 173/18, as operadoras devem enviar em conjunto com o DIOPS/ANS versão XML, referente ao primeiro trimestre, por meio do DIOPS-DOCS, o relatório circunstanciado sobre deficiências de controle interno, ficando dispensadas do envio desse relatório as operadoras que não enviam o DIOPS/ANS, conforme disposto no art. 3º-A da resolução citada.

16. Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA

16.1. Regulamentação vinculada

RN nº 173/08 (Alterada pelas RNs nº 212, 224, 238, 243, 274, 307, 390, 418 e 435)
Anexos I e II da IN/DIOPE nº 45/10

16.2. Definição

O PPA é um trabalho realizado pela auditoria independente cujos procedimentos são orientados pela ANS para verificação das informações transmitidas pelas operadoras no DIOPS XML.

As operadoras de planos de saúde também ficam obrigadas a enviar eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA) sobre as informações econômico-financeiras transmitidas, elaborado por um auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, de acordo com os anexos da Instrução Normativa/DIOPE nº 45/10.

O relatório deve observar se os saldos apresentados no balancete e nos quadros demonstrativos têm correspondência na documentação contábil da operadora. Toda divergência apontada no relatório de PPA deve ser, imediatamente, corrigida pelas operadoras.

16.3. Prazos

O Relatório de PPA com os procedimentos definidos no Anexo I deve ser enviado, eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS trimestral, a partir do primeiro trimestre do exercício social de 2011, inclusive.

Já o Relatório de PPA com os procedimentos definidos no Anexo II deve ser enviado, eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, exclusivamente sobre as informações referentes ao segundo trimestre de cada exercício social.

Imprescindível manter o arquivo físico na operadora por, no mínimo, 5 anos.

17. Termo de Responsabilidade Atuarial

17.1. Regulamentação vinculada

RN nº 393/15 (Alterada pela RN nº 442/18)

17.2. Definição

O Termo de Responsabilidade Atuarial (TRA) é obrigatório para as operadoras que adotem metodologia atuarial para o cálculo das seguintes provisões: PEONA, PEONA SUS, Provisão de Remissão, PIC, Outras Provisões Técnicas.

17.3. Prazos

O prazo para envio do TRA é o mesmo estabelecido pela regulamentação em vigor para as informações contábeis do Documento de Informações Periódicas – DIOPS, visando assegurar a fidedignidade e a consistência das Provisões Técnicas calculadas.

Para o cumprimento dessa obrigação, é importante encaminhar as informações necessárias para elaboração do Termo de Responsabilidade Atuarial (TRA) ao atuário responsável pelo atendimento à sua Singular.

18. Atualização de Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP

18.1. Regulamentação vinculada

RDC nº 28/00

RNs nº 183/08 e nº 304/12 (Alterada pela RN nº 318/13)

IN/DIPRO nº 08/02 (Alterada pela IN/DIPRO nº 17/08)

18.2. Definição

É um instrumento regulatório de precificação inicial dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais. A Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP deve acompanhar a solicitação de registro do produto, ficando vigente até que a sua atualização seja efetuada. A atualização representa a reavaliação dos preços estabelecidos anteriormente, e será válida apenas para as vendas realizadas a partir da data do seu recebimento na ANS, desde que processada com sucesso.

A Nota Técnica deve ser elaborada por atuário com registro ativo como Membro do IBA, com plenos direitos para o exercício da profissão.

A Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP não se aplica aos planos:

- a) Exclusivamente odontológicos
- b) Preço pós-estabelecido
- c) Planos anteriores à Lei 9.656

18.3. Prazos

Sempre que houver atualização da nota técnica do plano ou registro de novos produtos, a operadora deverá encaminhar à ANS por meio do aplicativo PTA – Programa Transmissor de Arquivos. Somente após protocolada com sucesso, iniciará a vigência dos valores dispostos. Nesse mesmo documento, serão informados os municípios de comercialização do produto, o que

deverá estar contido na abrangência de cobertura, conforme informado no momento de seu registro no aplicativo RPS.

19. Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças – Concessão de Bonificação e Premiação

19.1. Regulamentação vinculada

RNs nº 264/11 e 265/11

IN/DIPRO nº 35/11

INC nº 7/2012 (Alterada pela IN Conjunta nº 8/18)

19.2. Definição

A Agência define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

19.3. Prazos

Formulário de Inscrição (FI): as operadoras que desenvolvem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, população-alvo específica e gerenciamento de crônicos, independentemente de aprovação da ANS, deverão informá-los à ANS, por meio do preenchimento do formulário de inscrição (FI) – não visam alocação de investimentos em conta específica.

Formulário de Cadastramento de Informações (FC): encaminhado à ANS quando a OPS pretende submeter à análise da ANS Programa (somente por meio eletrônico). Se aprovado, registro de valores aplicados nos respectivos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS (Ativo Não Circulante – Intangível).

Formulário de Monitoramento (FM): encaminhado à DIPRO entre 1º de fevereiro e 1º de abril de cada ano (programas cadastrados até 31 de agosto do ano anterior).

Formulário de Acompanhamento (FA): o período para o preenchimento do formulário de acompanhamento será de 1º de janeiro até 31 de março de cada ano.

Relatório Circunstanciado do Auditor Independente: à DIOPE, até 31 de março de cada ano, Relatório Circunstanciado emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, que ateste a adequação e a fidedignidade das informações referentes às despesas contabilizadas com programa(s) para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, de acordo com os termos da presente INC, bem como para os valores eventualmente remanescentes contabilizados como Ativo Não Circulante - Intangível.

Deve, ainda, ser verificado o atendimento às disposições do Pronunciamento nº 4 do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 04 - Ativo Intangível e do Plano de Contas Padrão da ANS; e à DIPRO, no período de 1º de fevereiro até 1º de abril de cada ano, o Formulário de Monitoramento - FM dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados.

20. Reajuste de Planos Coletivos

20.1. Regulamentação vinculada

Art. 4º, XVII da Lei nº 9.961/00

RNs nº 171/08 (Alterada pelas RNs nº 274 e 362); nº 172/08 (alterada pela RN nº 274) e 195/09 (alterada pelas RNs nº 200 e 204)

IN/DIPRO nº 13/06 (Alterada pela IN/DIPRO nº 47/2014)

20.2. Definição

Obrigatoriedade de comunicação do percentual de reajuste aplicado (variação positiva, negativa ou nula) aos contratos celebrados com pessoas jurídicas, assim considerados os planos coletivos, decorrente da necessidade de atualização da mensalidade em função da alteração dos custos assistenciais.

O índice de reajuste a ser aplicado nos planos coletivos é de livre negociação entre a operadora e a contratante, e deve constar do contrato de plano de saúde ou em aditamento/documento que comprove qual o percentual acordado.

20.3. Prazos

Os reajustes aplicados aos planos coletivos, independentemente do número de beneficiários da carteira da operadora, deverão ser comunicados à ANS trimestralmente conforme quadro a seguir:

Período de aplicação	Prazo para envio
dezembro / janeiro / fevereiro	Até o dia 31 de março
março / abril / maio	Até o dia 30 de junho
junho / julho / agosto	Até o dia 30 de setembro
setembro / outubro / novembro	Até o dia 31 de dezembro

- Não é permitido reajuste em período inferior a 12 meses.

21. Pool de Risco – Agrupamento de Contratos Coletivos

21.1. Regulamentação vinculada

RN nº 309/12

21.2. Definição

Agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Não se aplica a:

- Planos exclusivamente odontológicos
- Contratos com formação de preços pós-estabelecida
- Contratos exclusivos para ex-empregados (RN nº 279/11)

21.3. Prazos

Data de apuração da quantidade de beneficiários: será considerada a data de aniversário do contrato ou a data de sua assinatura.

Período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado. A operadora deverá fixar um período que compreenda um intervalo de 12 meses. Nesse período, deverão ser analisadas as receitas de mensalidades e despesas assistenciais líquidas de coparticipações.

A metodologia não depende de autorização prévia da ANS, no entanto, a qualquer momento, a Agência poderá solicitar a metodologia e os dados utilizados para o cálculo, que deverão ser apresentados em até 10 dias úteis do recebimento da notificação.

Período de aplicação: no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente.

- Os contratos que não participaram da composição do agrupamento terão o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

A operadora deverá publicar em seu endereço eletrônico na Internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado e identificar os contratos (código informado no RPC) e seus respectivos planos (com código de registro ANS) que receberão o reajuste. No caso de subagrupamento, todos os percentuais devem ser divulgados.

22. Reajustes de Planos Regulamentados/Adaptados – Pessoa Física

22.1.Regulamentação vinculada

Art. 4º, XVII da Lei nº 9.656/98

RNs nº 171/08, nº 172/08 e nº 441/18

IN/DIPRO nº 51

22.2. Definição

Reajuste anual das mensalidades dos planos contratados por pessoas físicas – assim considerados os planos individuais ou familiares e aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinadas que sejam integralmente financiados pela contraprestação dos seus beneficiários – decorrente da necessidade de atualização da mensalidade em função da alteração dos custos assistenciais.

22.3. Prazos

A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período ao qual a solicitação se refere, pelo aplicativo GEAR.

Os reajustes dependem de prévia autorização pela ANS, que será formalizada mediante ofício, indicando o percentual máximo a ser aplicado e o período ao qual a autorização se refere.

Por essa razão, a operadora deve solicitar anualmente o índice de reajuste que será autorizado para aplicação no período de 12 meses. Para isso, encaminhando os seguintes documentos, via aplicativo GEAR:

- a) Solicitação de Reajuste – Anexo I da RN nº 171/08
- b) Comprovante de recolhimento da Taxa de Reajuste de Contraprestação Pecuniária – TRC

A autorização está condicionada à regularidade quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS.

23. Reajuste por Faixa Etária

23.1. Regulamentação vinculada

Artigo 15 da Lei nº 9.656/98
CONSU nº 06/98 – RN nº 63/03
Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso)

23.2. Definição e prazos

- Planos Não Regulamentados: segundo decisão do STF na ADIN 1931, vale o que está no contrato. Se não houver previsão contratual, não poderá ser aplicado o reajuste.
- Planos Regulamentados entre 1º janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004 (antes da vigência do Estatuto do Idoso): aplica-se o disposto no contrato celebrado, que deverá prever as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, nos termos da Resolução CONSU nº 06/98 (7 faixas etárias).

Conforme previsto no § único do artigo 15 da Lei 9.656/98: contratos de consumidores com 60 anos ou mais, com dez anos ou mais de plano, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.

- Planos Regulamentados – celebrados a partir de 1º/1/2004 (pós Estatuto do Idoso): aplica-se o disposto no contrato, que deverá prever as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, nos termos da RN nº 63/03 (10 faixas etárias). O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

24. Demitidos e Aposentados

24.1. Regulamentação vinculada

Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998

Resolução Normativa – RN nº 279/11

24.2. Definição

É assegurado ao ex-empregado, demitido sem justa causa, ou aposentado que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, o direito de permanecer com o plano de saúde, depois do desligamento da empresa, com as mesmas condições de cobertura assistencial de que o beneficiário gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

24.3. Prazos

A opção pela manutenção da condição de beneficiário deverá ocorrer no prazo máximo de 30 dias, em resposta ao comunicado do empregador, que será disponibilizado para formalização no ato da comunicação do aviso prévio ou da comunicação da aposentadoria.

A contagem do prazo se inicia somente a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Na hipótese de plano exclusivo para demitidos e aposentados, deverá ser divulgado, no portal corporativo da operadora, o percentual de reajuste aplicado à carteira de inativos, 30 dias após a aplicação.



somos **coop** »

Alameda Santos, 1.827 - 10º andar - Cerqueira César
01419-909 - São Paulo - SP - Tel.: (11) 3265-4000
www.unimed.coop.br