

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009.

Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelos artigos 4º, incisos X e XXII, e 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e considerando o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN nº 81, de 2 de setembro de 2004; no artigo 1º, § 2º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Artigo 1º Esta resolução dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;

III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;

II - terceirização de serviços administrativos;

III - movimentação cadastral;

IV - conferência de faturas;

V - cobrança ao beneficiário por delegação; e

VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Art. 3º A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

Art. 4º A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico.

Parágrafo único. Caberá à Operadora de Planos de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009 e da condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas

legitimadas para contratar, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

§ 1º A ANS regulamentará a vinculação dos ativos garantidores através de resolução específica.

§ 2º Caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009 e da condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 6º Não se enquadram como Administradoras de Benefícios os Corretores e Corretoras regulamentados pela Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964.

Art. 7º É vedado à Administradora de Benefícios:

I – impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde, mediante seleção de risco; e

II – impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.

Art. 8º A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

Art. 9º É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Assistência à Saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.

Art. 10. As pessoas jurídicas que exerçam as atividades descritas no art. 2º desta RN terão o prazo de sessenta dias para solicitar autorização de funcionamento à ANS, observado o disposto nesta Resolução.

Art. 11. As empresas com registro provisório ou autorização de funcionamento classificadas na modalidade de administradoras de planos terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos desta resolução.

§ 1º A Administradora de Planos que não pretender adequar a sua classificação poderá solicitar cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento.

§ 2º As empresas referidas no caput deste artigo que não promoverem tal adequação no prazo estipulado terão seus registros provisórios ou autorização de funcionamento cancelados.

Art. 12. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, por intermédio de Instrução Normativa, regulamentará os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios.

Art. 13. Ficam revogados os artigos 9º e 11 da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.

Art. 14. O parágrafo único, do art. 1º, da Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

Parágrafo único. Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como administradoras de benefícios.” (NR) Art. 15. O § 2º, do art. 1º, da RN nº 86, de 15 de dezembro de 2004, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

§ 2º Ficam dispensadas do envio previsto neste artigo as operadoras classificadas como administradoras de benefícios.” Art. 16. Os itens 1.21, do Anexo I e o 2.3, do Anexo IV, ambos da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:

“1.21 Documento que indique o Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC nº 64, de 16 de abril de 2001, e RDC nº 78, de 20 de julho de 2001, exceto para administradoras de benefícios”.

.....

2.3 Indicação do Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC n.º 64, de 16 de abril de 2001 e RDC n.º 78, de 20 de julho de 2001, exceto para administradoras de benefícios.” (NR)

Art. 17. As regras de natureza econômico-financeira atualmente dirigidas à Administradora ou Administradora de Planos serão mantidas para as Administradoras de Benefícios, exceto quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Art. 18. Esta Resolução entra em vigor trinta dias após a data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor–Presidente