



Solução de Consulta nº 116 - Cosit

Data 28 de abril de 2014

Processo

Interessado

CNPJ/CPF

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. REGIME DE APURAÇÃO.

A pessoa jurídica administradora de benefícios, atividade regulamentada pela Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, não está sujeita ao regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep com base nas disposições do inciso I do art. 8º da Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002, pois não pode ser considerada operadora de plano de assistência à saúde.

Dispositivos Legais: Lei nº 10.637, de 2002, art. 8º, I; Lei nº 9.718, de 1998, art. 3º, § 9º; Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º; Lei nº 9.961, de 2000, art. 1º; RDC ANS nº 39, de 2000; RN ANS nº 196, de 2009.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. REGIME DE APURAÇÃO.

A pessoa jurídica administradora de benefícios, atividade regulamentada pela Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, não está sujeita ao regime de apuração cumulativa da Cofins com base nas disposições do inciso I do art. 10 da Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003, pois não pode ser considerada operadora de plano de assistência à saúde.

Dispositivos Legais: Lei nº 10.833, de 2003, art. 10, I; Lei nº 9.718, de 1998, art. 3º, § 9º; Lei nº 9.656, de 1998, art. 1º; Lei nº 9.961, de 2000, art. 1º; RDC ANS nº 39, de 2000; RN ANS nº 196, de 2009.

Relatório

A consultante [...] apresenta consulta sobre interpretação da legislação tributária [...]. Indaga se pessoa jurídica que exerce atividade de administradora de benefícios permanece no regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, de acordo com o art. 8º, I, da Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002, e com o art. 10, I, da

Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003. Esclarece que a atividade de administradora de benefícios, nos termos da Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), consiste em “propor a contratação de planos privados de assistência à saúde coletivo na condição de estipulante e/ou prestação de serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos”.

Conclui que, de acordo com os dispositivos citados, as operadoras de plano de assistência à saúde permanecem sujeitas à apuração cumulativa das contribuições sociais, restando a dúvida se a administradora de benefícios se enquadra no conceito de operadora de plano de assistência à saúde.

Apresenta os dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que definem os conceitos de plano privado de assistência à saúde e de operadora de plano de assistência à saúde, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definindo-a como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

A consulente argumenta que as administradoras de benefícios estão no regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, pois seriam uma modalidade de operadora de plano de assistência à saúde, com base nas duas leis citadas no item anterior, complementadas pela Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) nº 985, de 22 de dezembro de 2009, que instituiu a Declaração de Serviços Médicos (Dmed).

Fundamentos

Inicialmente, verifica-se que a consulente cumpriu os requisitos para formulação de consulta à Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) sobre a interpretação da legislação tributária, plasmados na Instrução Normativa RFB nº 740, de 2 de maio de 2007, que vigorava à data da propositura da consulta.

De acordo com o art. 8º, I, da Lei nº 10.637, de 2002, e o art. 10, I, da Lei nº 10.833, de 2003, as operadoras de plano de assistência à saúde permanecem sujeitas às normas da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins vigentes anteriormente à edição das mencionadas Leis. Portanto, tais operadoras permanecem sujeitas ao cognominado regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins.

Com efeito, essa conclusão sobre o regime de apuração da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins a que submetidas as operadoras de planos de assistência à saúde encontra-se expressa em atos normativos desta RFB:

Instrução Normativa SRF nº 247, de 21 de novembro de 2002:

Art. 60. A alíquota do PIS/Pasep não-cumulativo incidente sobre a receita auferida pelas pessoas jurídicas de direito privado e as que lhes são equiparadas pela legislação do imposto de renda, tributadas com base no lucro real, será de 1,65% (um inteiro e sessenta e cinco centésimos por cento), a partir de 1º de dezembro de 2002.

§ 1º O disposto no caput não se aplica: (Redação dada pela IN SRF 358, de 09/09/2003)

IV – a operadoras de planos de assistência à saúde;

Instrução Normativa SRF nº 404, de 12 de março de 2004:

Art. 23. Permanecem sujeitas às normas da legislação da Cofins, vigentes anteriormente a Lei nº 10.833, de 2003, não se lhes aplicando as disposições desta Instrução Normativa:

III - as operadoras de planos de assistência à saúde;

Nesse contexto, a consulente questiona se a pessoa jurídica administradora de benefícios pode ser considerada operadora de plano de assistência à saúde e, portanto, se submeter ao regime de apuração cumulativa das contribuições em voga com base nos dispositivos legais supracitados.

A Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, determina:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: 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 a 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. (Incluído pela Lei nº 12.738, de 2012) (Vigência)

A ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei nº 9.961, de 1998, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde, define, na Resolução de Diretoria Colegiada

(RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000, que operadora de plano de assistência à saúde é a entidade que administra planos de saúde, para comercialização ou disponibilização. De acordo com as normas da ANS, as operadoras de plano de assistência à saúde estão segmentadas nas seguintes modalidades: cooperativa médica, cooperativa odontológica, medicina de grupo, odontologia de grupo, e filantropia, regulamentadas pela RDC nº 39, de 2000, e as entidades de autogestão, regulamentadas pela Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006.

Por sua vez, as atividades e os limites de atuação das chamadas administradoras de benefícios estão disciplinados pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009:

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:

b) 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. [grifo nosso]

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 assuma 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.

Há, no site da ANS (<www.ans.gov.br>, consulta em 26 de março de 2014), a seguinte tabela, para esclarecer aos consumidores a diferença entre a operadora de plano de assistência à saúde e a administradoras de benefícios:

Administradora de benefícios	Operadora do plano de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • representa a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante; • a identificação da administradora aparece no boleto e pode ser obtida junto à área de recursos humanos da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante; • realiza trabalhos administrativos, 	<ul style="list-style-type: none"> • a identificação da operadora aparece na carteira do plano de saúde; • garante recursos e rede de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais) para atender aos beneficiários; • é responsável pelo plano de

Administradora de benefícios	Operadora do plano de saúde
<p>como emitir boletos e alterar dados de cadastro dos beneficiários;</p> <ul style="list-style-type: none"> • negocia com a operadora do plano de saúde os reajustes de mensalidade, as alterações na rede credenciada e as formas de controle de acesso aos serviços do plano, representando a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante; • dependendo do contrato, pode absorver o risco da operadora de planos de saúde quando há atraso ou não-pagamento de mensalidades pela empresa, sindicato ou associação profissional contratante, para não prejudicar os beneficiários. 	<p>saúde e os serviços prestados por ele junto à ANS e aos beneficiários.</p>

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios, em uma seção de perguntas e respostas publicada em seu sítio na internet (<www.anab.com.br>, consultado em 26 de março de 2014), também esclarece a diferença entre a operadora de plano de assistência à saúde e a administradora de benefícios:

Qual é a diferença entre uma operadora de saúde e uma administradora de benefícios de saúde?

A operadora de saúde é responsável por estruturar os planos de saúde oferecidos à sociedade. É ela quem escolhe e credencia hospitais, laboratórios, clínicas e médicos. A operadora organiza as diferentes opções de cobertura médico-hospitalar a serem comercializadas, sejam elas para os planos individuais, coletivos por adesão (para categorias profissionais) ou empresariais. Todas as operadoras necessitam de reservas financeiras adequadas às apólices contratadas. Além disso, há operadoras que possuem rede própria de prestadores de serviços médico-hospitalares.

Já a administradora de benefícios, implanta e gerencia os planos de saúde coletivos de categorias profissionais e de empresas ou órgãos públicos. A administradora ajuda a escolher a operadora e implantar o plano de cobertura médico-hospitalar mais adequado àquele grupo, empresa ou órgão público. A administradora representa o grupo de usuários diante da operadora escolhida e defende seus interesses, fazendo, por exemplo, cálculos atuariais próprios para garantir a melhor relação custo-benefício na contratação e nos reajustes anuais de preços. Além disso, a administradora promove a inclusão de novos usuários ao plano e presta um conjunto de serviços assistenciais, administrativos e financeiros.

*A Resolução Normativa nº 196/09 da ANS impede a relação de administradores ou acionistas de operadoras de planos de saúde com administradoras de planos de saúde coletivos, e vice-versa. A Agência entende que essa relação configuraria conflito de interesse, **justamente pelas funções opostas desempenhadas pelas duas categorias de prestadores de serviços.** [grifo nosso]*

Assim, com base nos dispositivos legais que regulamentam o setor, conclui-se que pessoa jurídica administradora de benefícios não é operadora de plano de assistência à saúde, estando inclusive proibida de exercer atividades de administração de planos de saúde. As operadoras de planos de assistência à saúde administram produtos chamados plano de saúde e oferecem aos compradores ou beneficiários de seus produtos assistência à saúde por meio de rede própria, credenciada, ou referenciada. Já as administradoras de benefícios são contratadas para prestar serviços a pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, sendo inclusive impedidas, pela Resolução Normativa nº 196, de 2009, de “executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde”, de “ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante”, entre outras vedações estabelecidas pela ANS para impedir que a atividade de administradora de benefícios se confunda com a atividade de operadora de plano de assistência à saúde.

A diferença fica clara quando se constata que para uma entidade disponibilizar plano de saúde coletivo para seus empregados, funcionários ou associados, não basta contratar uma administradora de benefícios, pois esta não opera plano de saúde próprio. É necessária a contratação de um plano de saúde junto a uma operadora de plano de saúde, exercendo a administradora de benefícios o papel de auxiliar na relação entre a entidade contratante e a operadora de plano de assistência à saúde contratada. Já a disponibilização de plano de saúde sem a contratação de administradora de benefícios é possível, negociando-se e celebrando-se contrato com uma operadora de plano de assistência à saúde, sem auxílio de uma administradora de benefícios.

A consulente argumenta que as administradoras de benefícios são uma modalidade de operadora de plano de assistência à saúde com base na Instrução Normativa (IN) RFB nº 985, de 2009, que institui a Declaração de Serviços Médicos (Dmed). De fato, a Instrução Normativa apontada faz uma confusão de termos ao solicitar informações às administradoras de benefícios. Deve-se levar em conta que, à data da edição do ato, a delimitação da atividade de administradora de benefícios havia sido recém regulamentada pela ANS. De qualquer maneira, a Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) não tem competência para regulamentar o setor de saúde complementar, e não se pode procurar em seus atos a definição precisa do que seria uma operadora de plano de assistência à saúde e uma administradora de benefícios. A Instrução Normativa da RFB citada pela consulente tem o único objetivo de instituir a Declaração de Serviços Médicos, com o objetivo de fornecer à RFB informações sobre os pagamentos de serviços médicos e de planos de saúde realizados por pessoas físicas. Nesse contexto, o art. 4º da IN RFB nº 985, de 2009, obriga as administradoras de benefícios a informar dados relativos aos pagamentos de planos de saúde realizados por pessoas físicas, nas situações em que o plano coletivo por adesão é contratado com “participação ou intermediação de administradora de benefícios”.

Conclusão

Pelo exposto, responde-se à consulente que:

A pessoa jurídica administradora de benefícios, atividade regulamentada pela Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, não está sujeita ao regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep e da

Cofins com base nas disposições, respectivamente, do inciso I do art. 8º da Lei nº 10.637, de 2002, e do inciso I do art. 10 da Lei nº 10.833, de 2003, pois não pode ser considerada operadora de plano de assistência à saúde.

À consideração superior.

Assinado digitalmente
ROBERTO DOMINGUES DE MORAES
Auditor-Fiscal da RFB

De acordo. Encaminhe-se ao Coordenador da Cotex.

Assinado digitalmente
RONI PETERSON BERNARDINO DE BRITO
Auditor-Fiscal da RFB - Chefe da Direi

De acordo. À consideração do Coordenador-Geral da Cosit.

Assinado digitalmente
JOÃO HAMINTON RECH
Auditor-Fiscal da RFB – Coordenador da Cotex

Ordem de Intimação

Aprovo a Solução de Consulta.

Divulgue-se e publique-se nos termos do art. 27 da Instrução Normativa RFB nº 1.396, de 16 de setembro de 2013.

Dê-se ciência à consulente.

Assinado digitalmente
FERNANDO MOMBELLI
Auditor-Fiscal da RFB - Coordenador-Geral da Cosit