



TO	CHAPADA DE AREIA	170460	1	R\$ 11.000,00
TO	ARAGUAÍNA	170210	37	R\$ 18.000,00
TO	DIVINÓPOLIS DO TOCANTINS	170710	3	R\$ 11.000,00
TO	GOIATINS	170900	5	R\$ 12.000,00
TO	SANDOLÂNDIA	171884	2	R\$ 11.000,00
TO	CRIXÁS DO TOCANTINS	170625	1	R\$ 11.000,00
TO	PORTO NACIONAL	171820	15	R\$ 14.000,00
TO	ABREULÂNDIA	170025	1	R\$ 11.000,00
TO	ARAGUACEMA	170190	3	R\$ 11.000,00
TO	BERNARDO SAYÃO	170320	2	R\$ 11.000,00
TO	CAMPOS LINDOS	170384	3	R\$ 11.000,00
TO	PEIXE	171660	4	R\$ 12.000,00
TO	BABAÇULÂNDIA	170300	3	R\$ 11.000,00
TO	PONTE ALTA DO BOM JESUS	171780	2	R\$ 11.000,00
TO	GOIANORTE	170830	2	R\$ 11.000,00
TO	ARAGUAÇU	170200	4	R\$ 12.000,00
TO	LIZARDA	171240	2	R\$ 11.000,00
TO	CENTENÁRIO	170410	1	R\$ 11.000,00
TO	ARAGOMINAS	170130	3	R\$ 11.000,00
TO	ARAPOEMA	170230	3	R\$ 11.000,00
TO	TAGUATINGA	172090	4	R\$ 12.000,00
TO	MIRANORTE	171330	4	R\$ 12.000,00
TO	BARRA DO OURO	170307	2	R\$ 11.000,00
TO	PINDORAMA DO TOCANTINS	171700	2	R\$ 11.000,00
TO	AURORA DO TOCANTINS	170270	2	R\$ 11.000,00
TO	SANTA RITA DO TOCANTINS	171889	1	R\$ 11.000,00
TO	ARRAIAS	170240	4	R\$ 12.000,00
TO	ALVORADA	170070	3	R\$ 11.000,00
TO	PONTE ALTA DO TOCANTINS	171790	2	R\$ 11.000,00
TO	JAÚ DO TOCANTINS	171150	2	R\$ 11.000,00
TO	CARIRI DO TOCANTINS	170386	2	R\$ 11.000,00

RETIFICAÇÃO

No art. 4º da Portaria nº 3.223/GM/MS, de 29 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 30 de dezembro de 2016, seção 1, página 262,

Onde se lê: Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 12ª (décima segunda) parcela de 2016.

Leia-se: Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência junho de 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 430, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde; altera a Resolução Normativa - RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera o Anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil; altera a RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências; altera o Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados - PPA exigido; e revoga a RN nº 191, de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem as alíneas "a", "b" e "e" do inciso IV e o parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; a alínea "g" do inciso XLI e o inciso XLII, ambos do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de

2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30, da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 1 de dezembro de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde e altera a Resolução Normativa - RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera o Anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil; altera a RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências; altera o Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados - PPA exigido; e revoga a RN nº 191, de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

Art. 2º As operadoras podem promover uma colaboração mútua compartilhando a gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde:

I - assumindo a corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste;

II - aportando recursos financeiros para a formação de um fundo comum com vistas a minimizar, no curto prazo, o impacto financeiro dos eventos em saúde, podendo associar a esse fundo comum o compartilhamento de serviços de gerenciamento de custos, tais como a auditoria de contas médicas; ou

III - promovendo a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras podem buscar mitigar os riscos financeiros associados às suas atividades contratando seguros ou resseguros, conforme o caso, observadas as restrições e regimento previstos na legislação aplicável do setor securitário.

Art. 3º Para fins do disposto nesta RN, considera-se:

I - corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários: operação formalizada mediante celebração de negócio jurídico pelo qual uma operadora (prestadora) disponibiliza aos beneficiários de outra operadora (contratada) acesso continuado aos serviços oferecidos por sua rede prestadora de serviços de assistência à saúde;

II - oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde: negócio jurídico pelo qual duas ou mais operadoras pactuam a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde no mesmo contrato, que necessariamente deve ter por objeto plano coletivo empresarial ou por adesão em que o contratante manifeste expresso consentimento quanto à oferta conjunta de planos;

III - operadora líder: operadora responsável, perante o contratante, por todas as obrigações e deveres relacionados à oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde, sem prejuízo da pactuação entre as operadoras da distribuição das responsabilidades pelo acesso aos serviços de assistência à saúde;

IV - operadora contratada: operadora que detém o vínculo contratual da operação de planos de saúde com os beneficiários na corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários; e

V - operadora prestadora: operadora que detém vínculo contratual com a rede prestadora de serviços de assistência à saúde na corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários.

CAPÍTULO II DA INTRANSMISSIBILIDADE DAS RESPONSABILIDADES

Art. 4º A colaboração mútua visando ao compartilhamento da gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde não poderá implicar a transferência de qualquer responsabilidade de uma operadora para outra perante os beneficiários e a ANS, nos termos dispostos nesta RN.

CAPÍTULO III DAS OPERAÇÕES DE COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS

Seção I
Da corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários

Art. 5º As operadoras poderão assumir corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários, de forma continuada, por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outro negócio jurídico.

Parágrafo único. Na corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, uma operadora disponibiliza aos beneficiários de outra operadora acesso continuado aos serviços oferecidos por sua rede prestadora de serviços de assistência à saúde, não alterando o vínculo do beneficiário com a operadora por ele contratada.

Art. 6º As operações de que trata o art. 5º devem ter como base negócios jurídicos celebrados sob a forma escrita, contemplando os direitos e as obrigações acordados entre operadora contratada e operadora prestadora.

§ 1º A remuneração acordada entre as operadoras, nas operações que trata a presente seção, independe da formação do preço estabelecida para os planos privados de assistência à saúde ofertados aos beneficiários, podendo ser classificada como:

I - pré-estabelecida: a operadora que detém o vínculo com o beneficiário se compromete a pagar um valor fixo por beneficiário à operadora que detém o vínculo direto com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, independente da utilização dos serviços por seu beneficiário; ou

II - pós-estabelecida: a operadora que detém o vínculo com o beneficiário se compromete a pagar valores, previamente acordados, à operadora que detém o vínculo direto com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde em função da utilização dos serviços por seu beneficiário.

§ 2º Os negócios jurídicos de que trata o caput devem possibilitar que a operadora que detém o vínculo com o beneficiário possua acesso às informações sobre a utilização dos serviços de assistência à saúde pelo beneficiário a ela vinculado, independentemente da forma de remuneração acordada entre as partes, de modo que a operadora que detém o vínculo com o beneficiário possa prestar todas as informações exigidas pela ANS.