



RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° __, DE__ DE__ DE 2003

Art. 1º A presente Resolução estabelece os critérios de operação a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – OPS, à exceção das Autogestões Patrocinadas e das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde, devendo estas últimas observarem os critérios vigentes para o mercado segurador.

Art. 2º Para efeito de classificação, as OPS deverão observar o disposto na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, e, também, a área de atuação definida em Anexo.

Art. 3º Para as OPS com fins lucrativos será exigido Capital Mínimo – CM, constituído por um fator variável “K”, obtido na tabela A do Anexo, que será aplicado na seguinte formulação:

$$CM = K \times R\$ 3.100.000,00$$

Parágrafo único. A qualquer tempo, o Patrimônio Líquido, para as OPS com fins lucrativos, deverá ser igual ou superior ao CM.

Art 4º Para as OPS sem fins lucrativos será exigida Provisão para Operação, que terá, no mínimo, o valor calculado nos moldes descritos no artigo anterior.

§ 1º O Patrimônio das OPS sem fins lucrativos deverá ser, a qualquer tempo, maior ou igual a zero.

§ 2º A parcela variável K será reduzida do percentual das transferências em co-responsabilidade das contraprestações pecuniárias na modalidade de pré-pagamento.

Art. 5º As OPS deverão constituir, mensalmente, Provisão de Risco – PR, para garantia das suas obrigações contratuais, calculada como sendo o máximo entre 50% (cinquenta por cento) das Contraprestações Líquidas emitidas na modalidade de pré-pagamento e o produto obtido através do Y da tabela B do Anexo e a média últimos 12 meses dos Eventos Indenizáveis Líquidos conhecidos na modalidade de pré-pagamento.

§ 1º A diversificação dos ativos garantidores da PR deverá atender aos critérios a serem estabelecidos pelo Conselho Monetário Nacional – CMN.

§ 2º Os critérios de diversificação mencionados no parágrafo anterior deverão observar o limite de 90% (noventa por cento) em investimentos permanentes de rede hospitalar própria e 30% (trinta por cento) em imóveis que não representem rede hospitalar própria da Operadora.

Art. 6º As OPS deverão possuir Índice de Giro de Operação – IGO igual ou superior a 1 (um), aferido trimestralmente, utilizando-se a seguinte fórmula:

§ 1º W é um fator ponderador a ser obtido na tabela C do Anexo, e os dados que compõem os Eventos Indenizáveis Líquidos, as Despesas de Comercialização e as Contraprestações Líquidas serão calculados com base na média dos últimos 12 meses.

§ 2º Uma vez calculado o IGO, se o valor for inferior a 1 (um), a ANS solicitará à Operadora Plano de Recuperação, conforme disposto na RDC n.º 22, de 30 de maio de 2000.

Art. 7º As OPS que iniciaram sua operação até a data da publicação desta Resolução deverão observar os seguintes critérios:

I – a partir de 1º de julho de 2001, o valor do IGO deverá ser maior ou igual a 1 (um); e

II – a partir da data de publicação desta Resolução, as OPS deverão constituir, no mínimo, 15% (quinze por cento) da PR e do CM em até um ano, 30% (trinta por cento) em até dois anos, 45% (quarenta e cinco por cento) em até três anos, 60% (sessenta por cento) em até quatro anos, 80% (oitenta por cento) em até cinco anos e 100% (cem por cento) em até seis anos.

Art. 8º As OPS que iniciarem sua operação após a publicação desta Resolução deverão observar, integralmente, sem transição, os critérios aqui estabelecidos e, adicionalmente, constituir Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, constante em Nota Técnica Atuarial – NTA e aprovada pela ANS.

Art. 9º Quaisquer outras provisões técnicas poderão ser constituídas, desde que constantes em NTA e aprovadas pela ANS.

Art. 10. Os valores das tabelas em anexo poderão ser reavaliados semestralmente pela ANS.

Art. 11. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Anexo

Tabela A

VALOR DO FATOR K

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	100,00%	74,19%	48,39%	25,81%	18,06%	10,32%
Cooperativa Médica - ST	87,10%	61,29%	37,10%	18,06%	12,65%	7,23%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	74,39%	49,19%	27,58%	12,65%	8,85%	5,06%
Cooperativa Médica - SSS	64,52%	46,77%	29,03%	12,90%	8,82%	4,74%
Autogestão não patrocinada	61,69%	38,39%	20,11%	8,85%	6,20%	3,54%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSP	50,04%	29,25%	19,35%	7,10%	5,00%	2,90%
Cooperativa Médica - SSP	45,81%	22,58%	15,35%	6,68%	4,76%	2,84%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SPS	34,19%	20,97%	14,52%	6,26%	4,35%	2,45%
Cooperativa Médica - SPS	32,58%	19,74%	12,89%	5,85%	3,98%	2,10%
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16%	14,31%	8,37%	4,98%	3,37%	1,77%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24%	11,34%	6,67%	4,37%	2,92%	1,47%
Odontologia de Grupo - SOT	3,23%	2,58%	1,94%	0,48%	0,41%	0,34%
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58%	2,43%	1,79%	0,45%	0,35%	0,25%
Odontologia de Grupo - SOM	2,40%	2,03%	1,48%	0,39%	0,30%	0,20%
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35%	1,90%	1,21%	0,34%	0,26%	0,19%
Odontologia de Grupo - SOP	2,31%	1,76%	0,94%	0,29%	0,23%	0,18%
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03%	1,35%	0,61%	0,23%	0,20%	0,16%
Administradora	2,00%	1,30%	0,50%	0,20%	0,18%	0,15%

Tabela B

VALOR DO FATOR Y

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	73,09%	73,03%	72,97%	72,90%	72,87%	72,84%
Cooperativa Médica - ST	72,78%	72,72%	72,66%	72,59%	72,56%	72,53%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	72,47%	72,41%	72,35%	72,28%	72,25%	72,22%
Cooperativa Médica - SSS	72,16%	72,10%	72,03%	71,97%	71,94%	71,91%
Autogestão não patrocinada	71,85%	71,79%	71,72%	71,66%	71,63%	71,60%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSP	71,60%	71,47%	71,34%	71,22%	71,15%	71,09%
Cooperativa Médica - SSP	70,83%	70,78%	70,73%	70,68%	70,66%	70,63%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SPS	70,58%	70,53%	70,48%	70,44%	70,41%	70,39%
Cooperativa Médica - SPS	70,34%	70,29%	70,24%	70,19%	70,16%	70,14%
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	70,04%	69,94%	69,84%	69,74%	69,69%	69,64%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	69,54%	69,44%	69,34%	69,24%	69,19%	69,14%
Odontologia de Grupo - SOT	69,04%	68,94%	68,84%	68,74%	68,69%	68,64%
Cooperativa Odontológica - SOT	68,54%	68,44%	68,34%	68,24%	68,19%	68,14%
Odontologia de Grupo - SOM	68,04%	67,94%	67,84%	67,74%	67,69%	67,64%
Cooperativa Odontológica - SOM	67,54%	67,48%	67,43%	67,37%	67,34%	67,32%
Odontologia de Grupo - SOP	67,26%	67,20%	67,15%	67,09%	67,06%	67,04%
Cooperativa Odontológica - SOP	66,98%	66,92%	66,87%	66,81%	66,76%	66,70%

Tabela C

VALOR DO FATOR W

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	1,110	1,120	1,000	1,130	1,145	1,160
Cooperativa Médica - ST	1,316	1,324	1,386	1,360	1,358	1,355
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	1,215	1,223	1,000	1,410	1,400	1,390
Cooperativa Médica - SSS	1,459	1,467	1,529	1,504	1,502	1,499
Autogestão não patrocinada	1,000	1,020	1,210	1,200	1,225	1,250
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSP	1,072	1,080	1,142	1,130	1,115	1,100
Cooperativa Médica - SSP	1,410	1,380	1,350	1,320	1,305	1,290
Medicina de Grupo/ Filantropias - SPS	1,716	1,742	1,821	1,771	1,752	1,733
Cooperativa Médica - SPS	1,853	1,842	1,858	1,830	1,821	1,813
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	2,360	2,404	2,500	2,412	2,389	2,365
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	2,296	2,304	2,366	2,340	2,338	2,335
Odontologia de Grupo - SOT	1,100	1,120	1,050	1,030	1,035	1,040
Cooperativa Odontológica - SOT	1,025	1,033	1,095	1,069	1,067	1,064
Odontologia de Grupo - SOM	1,485	1,493	1,555	1,530	1,528	1,525
Cooperativa Odontológica - SOM	1,475	1,483	1,545	1,519	1,517	1,514
Odontologia de Grupo - SOP	1,135	1,143	1,105	1,080	1,078	1,075
Cooperativa Odontológica - SOP	1,025	1,033	1,200	1,030	1,000	1,000

Para efeito de classificação, as OPS deverão observar o disposto na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, e estarão, também, enquadradas em regiões, conforme a sua área de atuação:

- Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;
- Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando o Estado de São Paulo;
- Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;
- Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4; e
- Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.

OBS. 1: Considera-se área de atuação as localidades onde as OPS comercializam ou disponibilizam seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% dos municípios de um estado.

OBS. 3: Cada Operadora só poderá se enquadrar em uma única região e segmento.