

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	
<p>Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde - operadoras 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; 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 diversificação 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, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – 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.</p>	<p>Elenca assunto e normas alteradas</p>
<p>Art. 2º As operadoras podem promover uma colaboração mútua compartilhando a gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde:</p> <p>I – assumindo a corresponsabilidade pelo atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste;</p> <p>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</p> <p>III – promovendo a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde.</p> <p>Parágrafo único. As operadoras podem buscar mitigar os riscos financeiros associados às suas atividades contratando seguros ou resseguros, observada a legislação aplicável do setor de seguros.</p>	<p>Estabelece as possibilidade de operações que tratam a norma, esclarecendo a possibilidade de contratação de seguros e resseguros como forma de mitigar os riscos da operação</p>
<p>Art. 3º Para fins do disposto nesta RN, considera-se:</p> <p>I – corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários: negócio jurídico pelo qual uma operadora disponibiliza aos beneficiários de outra operadora acesso aos serviços oferecidos por sua rede prestadora de serviços de assistência à saúde;</p> <p>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; e</p>	<p>Artigo que define corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários e oferta conjunta, além do conceito de Operadora Líder</p>

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>III – operadora líder: operadora responsável, perante o contratante, os beneficiários e a ANS, 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.</p>	
<p>CAPÍTULO II DA INTRANSMISSIBILIDADE DAS RESPONSABILIDADES</p>	
<p>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.</p>	<p>Artigo busca esclarecer que a operação de planos não deve ser utilizada como forma de transferir as responsabilidades contratuais das OPS com os beneficiários. Após discussão na Diretoria Colegiada, entendeu-se conveniente a simplificação da redação de forma a deixar claro que trata-se de todas as responsabilidades assistenciais ou não.</p>
<p>CAPÍTULO III DAS OPERAÇÕES DE COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS</p> <p>Seção I Da corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários</p>	
<p>Art. 5º As operadoras poderão assumir corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários, de forma continuada, por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outro negócio jurídico.</p>	<p>Ratifica a corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiário, de forma continuada, como objeto desta norma</p>
<p>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 das partes.</p>	<p>Estabelece a necessidade de instrumentos jurídicos para as operações</p>
<p>§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:</p> <p>a) 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</p> <p>b) 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.</p>	<p>Define as formas de remuneração que podem ser pactuadas entre as operadoras no instrumento jurídico</p>

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>§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.</p>	<p>Define a necessidade do instrumento jurídico não impedir o acesso à informação de utilização dos beneficiários, mesmo que a forma remunerada seja em "pré". A OPS que detém o vínculo com beneficiário é a responsável junto à ANS pelo envio de informações a partir do seu vínculo contratual.</p>
<p>Art. 7º A operadora que detém o vínculo com o beneficiário deve informá-lo dos casos em que a oferta dos serviços de assistência à saúde se dará pela intermediação de outra operadora, comunicando-lhe em linguagem clara e acessível todos os procedimentos para obter o acesso aos serviços de assistência à saúde, sem prejuízo de prestar as informações exigidas pela RN nº 389, de 26 de novembro de 2015. Parágrafo único. Todo o material fornecido aos beneficiários para obter acesso aos serviços de assistência à saúde pela intermediação de outra operadora, inclusive cartão de identificação, deve informar o número de registro perante a ANS da operadora que detém o vínculo com o beneficiário.</p>	<p>Operadora que detém o vínculo com beneficiários deve dar transparência da existência de relação com outra operadora para viabilizar o atendimento, ficando claro porém sua responsabilidade pelo plano</p>
<p>Art. 8º O descumprimento de quaisquer obrigações entre as partes nos negócios jurídicos de que trata o art. 5º não isentam a operadora que detém o vínculo com o beneficiário das exigências previstas na regulamentação setorial vigente, em especial no que tange à garantia de atendimento aos seus beneficiários.</p>	<p>Operadora que detém o vínculo com beneficiários não pode se isentar de sua responsabilidade ainda que a operadora que detenha o vínculo com a rede não cumpra sua parte.</p>
<p>Art. 9º A operadora que detém o vínculo com o beneficiário responderá perante a ANS por todas as demandas de reclamação, incluindo notificações de intermediação preliminar – NIP de qualquer natureza e autos de infração, de beneficiários de planos privados de assistência à saúde abrangidos pela corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários.</p>	<p>Conforme reforçado pela DIFIS na reunião ordinária, é necessário explicitar a operadora que responde às demandas assistenciais ou não, recaindo sobre elas os desdobramento dos respectivos procedimentos.</p>
<p>Seção II Da constituição de fundos comuns</p>	
<p>Art. 10 As operadoras poderão formar um fundo comum com vistas a absorver, no todo ou em parte, 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.</p>	<p>Ratifica o objeto dos programas/fundos que são tratados na norma, em especial sua finalidade - absorção do impacto financeiro das despesas de assistência à saúde - podendo estar integrada a serviços de gerenciamento de custos como auditoria de contas.</p>
<p>Art. 11. Os fundos comuns de que trata o artigo 10 devem ser formados por grupos restritos de ajuda mútua caracterizados pela autogestão, de modo que devem possuir regulamento definindo seu funcionamento, estando a alteração do regulamento sujeita à aprovação das operadoras participantes, e devem assegurar a representação de todas as operadoras participantes na administração superior dos fundos.</p>	<p>Define a necessidade de que os fundos sejam autogeridos.</p>

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>Art. 12. Os fundos comuns em que se pactue a garantia de custeio de despesas de assistência à saúde de beneficiários remidos ou que prevejam a possibilidade de reembolso ou ressarcimento de despesas acima do montante acumulado pelas contribuições das operadoras participantes devem ser administrados obrigatoriamente por operadoras de planos de assistência à saúde.</p> <p>Parágrafo único. Os fundos comuns de que trata o caput deverão estabelecer sistemática de cálculo e constituição das provisões técnicas necessárias à manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, a ser contabilizada pela operadora que o administra, de acordo com a regulamentação setorial vigente.</p>	<p>Fundos para garantia da remissão ou que haja assunção de risco de subscrição/atuarial só podem ser administrados por operadoras. Neste caso, as respectivas provisões técnicas (remissão ou outras provisões técnicas) devem ser centralizadas na operadora que administra o programa/fundo. As provisões técnicas devem observar as mesmas regras já vigentes na RN 393, de 2015, que já obrigam sua prévia aprovação de metodologia pela ANS em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP.</p>
<p>Seção III Da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde</p>	
<p>Art. 13. As operadoras poderão pactuar a oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde no mesmo contrato, desde que o contrato e o material a ser distribuído aos beneficiários para acesso aos serviços de assistência à saúde informe, em linguagem clara e acessível:</p>	<p>Estabelece a possibilidade de que um único contrato seja assumido por mais de uma operadora, desde que atendidos alguns requisitos.</p>
<p>I – tratar-se de oferta conjunta de plano privado de assistência à saúde;</p>	<p>Deve-se deixar claro que o contrato trata-se de oferta conjunta</p>
<p>II – quais são as operadoras participantes da oferta conjunta, informando, inclusive, seus números de registro na ANS, e explicitando uma única operadora como operadora líder, a qual será responsável pela garantia de atendimento dos beneficiários;</p>	<p>Deve-se deixar claro quais operadoras figuram no contrato, identificando a que é operadora líder</p>
<p>III – quais são os planos privados de assistência à saúde que compõem o contrato, os quais devem estar registrados perante a ANS pelas respectivas operadoras como planos coletivos empresariais ou por adesão;</p>	<p>Deve-se deixar claro quais são os planos coletivos registrados na ANS que compõem o contrato</p>
<p>IV – a forma de acesso dos beneficiários aos serviços de saúde de cada um dos planos aos quais os beneficiários ficarão vinculados, incluindo informações sobre as respectivas redes de prestadores de serviços de assistência à saúde;</p>	<p>Deve-se deixar claro a forma de acesso dos beneficiários a cada um dos planos das respectivas operadoras ao qual os beneficiários ficarão vinculados</p>
<p>Art. 14. Cada operadora participante da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde é responsável perante a ANS pelo envio de informações relacionadas aos beneficiários vinculados aos respectivos planos que compõem o contrato que trata a presente seção.</p>	<p>Esclarece que cada operadora deve ficar responsável por cada beneficiário vinculado a seus respectivo plano para fins de envio de informações.</p>
<p>Art. 15. A operadora líder responderá exclusivamente perante a ANS por todas as demandas de reclamação, incluindo notificações de intermediação preliminar – NIP de qualquer natureza e autos de infração, de beneficiários de planos privados de assistência à saúde abrangidos pela oferta conjunta.</p>	<p>Independentemente do vínculo contratual, reforça-se a necessidade da operadora líder manter-se como articuladora das demais operadoras do contrato, haja vista que ela será acionada em eventuais demandas dos beneficiários. Conforme também reforçado pela DIFIS na 473ª reunião ordinária, é necessário explicitar a operadora que responde às demandas assistenciais ou não, recaindo sobre elas os desdobramento dos respectivos procedimentos.</p>
<p>CAPÍTULO IV DO REGISTRO CONTÁBIL DAS OPERAÇÕES</p>	

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>Art. 16. As operadoras envolvidas em operações de que trata a presente RN devem realizar o registro contábil das transações de forma a segregar os riscos financeiros decorrentes das referidas operações daqueles assumidos com os beneficiários vinculados aos planos privados de assistência à saúde por elas ofertados.</p> <p>Parágrafo único. A segregação que trata o caput será objeto de Relatório de Procedimento Pré-Acordado emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, conforme Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, encaminhados em conjunto com o Documento de Informações Periódicas - DIOPS.</p>	<p>Ratifica-se que as operações que trata a norma devem seguir padronização prevista no plano de contas padrão da ANS, de forma a identificar e separar os riscos financeiros atrelados de forma distinta da operação com seus beneficiários. Tal segregação deverá ser objeto de manifestação de auditoria independente em relatório de PPA a ser enviado junto com DIOPS.</p>
<p>Art. 17. As despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras junto à sua rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, em função de operações de corresponsabilidade que trata o art. 5º, devem ser classificadas como sinistros/eventos indenizáveis para todos os efeitos nas demonstrações financeiras.</p>	<p>As despesas com beneficiários de outras operadoras, por conta da corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários, devem ser equiparadas com os sinistros/eventos indenizáveis. Tal medida é essencial para balizar a adequada constituição de garantias financeiras, em especial a constituição de provisões de eventos/sinistros (PESL e PEONA) e sua respectiva exigência de ativos garantidores.</p>
<p>Art. 18. As respectivas exigibilidades de constituição de provisões de sinistros/eventos indenizáveis devem ser observadas por cada operadora participante das operações de que trata esta RN, de acordo com a forma de remuneração acordada entre as operadoras participantes, observada a regulamentação vigente para as provisões técnicas.</p>	<p>As provisões técnicas exigíveis variam de acordo com forma de remuneração pactuada entre as operadoras. Em pré, faz-se necessária constituição de PESL (eventos/sinistros avisados e não pagos) e PEONA (eventos/sinistros ocorridos e não avisados). Já em pós, faz-se necessária a constituição da PESL, pois a operadora responsável pelo pagamento da rede só receberá recursos da operadora responsável pelo beneficiário após identificação da utilização.</p>
<p>Art. 19. As contribuições efetuadas a fundos comuns para custeio de despesas de assistência à saúde poderão ser reconhecidas como ativo das operadoras participantes a ser reduzido em função do volume de reembolsos ou ressarcimentos efetivamente apurados.</p> <p>Parágrafo único. Caso o fundo comum de que trata o caput estabeleça possibilidade de que o volume de reembolsos ou ressarcimentos de despesas de assistência à saúde seja superior ao volume de contribuições acumuladas por determinada operadora participante, essa diferença deverá ser reconhecida no passivo da referida operadora até sua reversão integral junto ao fundo comum.</p>	<p>Estabelece regra geral para contabilização dos fundos em contas patrimoniais.</p>
<p>Art. 20. As demonstrações financeiras anuais das operadoras participantes das operações que trata esta RN devem conter notas explicativas sobre a eventual participação nessas operações, detalhando o volume de recursos envolvidos e avaliação dos respectivos riscos financeiros associados.</p>	<p>Estabelece regra geral para ampliar transparência da operação nas demonstrações financeiras das operadoras.</p>
<p>CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</p>	

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>Art. 21. O art. 6º da RN nº 209, de 2009, passa a vigorar acrescido dos §§s 7º e 8º, conforme a seguinte redação:</p> <p>“Art. 6º</p> <p>§7º Para fins de cálculo ou apuração das fórmulas constantes dos incisos I e II deste artigo, as contraprestações/prêmios e os eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido, devem ser líquidos, respectivamente, dos valores efetivamente pagos e recebidos de seguros ou resseguros no período.</p> <p>§8º Os efeitos que trata o §7º estão limitados aos resseguros ou seguros que tenham como objeto o reembolso total ou parcial de eventos/sinistros apurados pela operadora contratante.” (NR)</p>	<p>Inserir como redutores da base de cálculo da margem de solvência os valores reembolsados de seguros e resseguros. Além de atender deliberação da Diretoria Colegiada na 440ª Reunião Ordinária, referente ao efeito dos resseguros, equiparam-se as operações contratadas por operadoras para reparação financeira por meio desses 2 institutos, reduzindo a necessidade de manutenção de capital de operadora por conta de mitigação de riscos por meio de seguros e resseguros.</p>
<p>Art. 22. O Capítulo IV do Anexo da RN nº 290, de 2012, passa a vigorar com a redação contida no Anexo I.</p>	<p>Substituí o Manual de Orientação constante do Plano de Contas Padrão da ANS. Além de orientações sobre a contabilização das operações que trata a norma, foram propostas alterações de forma e ajustes de contas no manual para maior clareza, alterações ou inclusões no elenco de contas existente.</p>
<p>Art. 23. O caput do art. 8º da RN nº 389, de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação:</p> <p>“Art. 8º O Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede própria, credenciada, referenciada, cooperada, na rede indireta ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.” (NR)</p>	<p>Texto atual: <i>“Art. 8º O Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.”</i></p> <p>Incorpora-se a necessidade das operadoras informar aos beneficiários, no PIN-SS, da existência de uma relação com outra operadora para viabilização do atendimento, ampliando transparência da operação. A pedido da DIDES foi incluída também a menção a rede própria.</p>
<p>Art. 24. A RN nº 389, de 2015, passa a vigorar acrescida do inciso XXIII ao art. 7º, com a seguinte redação:</p> <p>“Art. 7º.....</p> <p>XXIII – informação sobre existência de rede indireta no contrato, identificando a razão social da operadora contratada.” (NR)</p>	<p>Inserir a necessidade das operadoras informar aos beneficiários, no PIN-SS, da existência de uma relação com outra operadora para viabilização do atendimento, ampliando transparência da operação.</p>

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN

TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017

JUSTIFICATIVA

<p>Art. 25. O inciso IV do art. 2º da RN nº 392, de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 2º IV – débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos de operações com planos de assistência à saúde decorrentes de contratos de seguro ou resseguro” (NR)</p>	<p>Texto atual: <i>"IV – débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos de operações com planos de assistência à saúde decorrentes de contratos de resseguro; "</i></p> <p>Equiparam-se as operações contratadas por operadoras para reparação financeira por meio desses seguro e resseguro para fins de ativos garantidores. Atualmente a norma prevê apenas redução de ativos no caso de contratos de resseguro, porém, entende-se que o efeito seria semelhante na gestão financeira das operadoras.</p>
<p>Art. 26. O art. 2º da RN nº 392, de 2015, passa a vigorar acrescido do inciso VI, conforme a seguinte redação: “Art. 2º VI – débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos a receber registrados nos últimos 60 dias decorrentes da utilização de serviços de assistência à saúde de beneficiários de outra operadora por meio de corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários.” (NR)</p>	<p>Considerando que a operação envolve pelo menos mais uma operadora também regulada pela ANS, não parece razoável impor a obrigatoriedade de ativos garantidores para a PESL na situação citada, sob pena de impor excesso de regulação para a operação e eventualmente comprometer sua viabilidade econômica. Para mitigar esse impacto propõe-se que seja admitida a alteração da RN nº 392, de 2015, de forma a reduzir a exigência de ativos garantidores da PESL em função de créditos a receber registrados nos últimos 60 dias decorrentes da corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários pactuada em “pós”. Importante destacar que no caso da corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários contratado em "pré" já há pagamento de valor pré-fixado independentemente do atendimento dos beneficiários na rede de outra operadora.</p>
<p>Art. 27. O Anexo I da IN nº 45, de 2010, passa a vigorar com a redação contida no Anexo II.</p>	<p>Substitui integralmente o Anexo I da IN DIOPE nº 45, com vista a contemplar os procedimentos previamente acordados a serem feitos por auditores para monitoramento da segregação das operações de corresponsabilidade pelo atendimento dos beneficiários e os respectivos controles gerenciais necessários. Também foram procedidos ajustes - sem alteração de mérito - de termos e contas que existiam na época da publicação da IN e que ainda não haviam sido objeto de atualização.</p>
<p>Art. 28. As Diretorias da ANS editarão os atos que julgarem necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta RN no âmbito das respectivas competências.</p>	<p>Previsão de possibilidade de regulamentação de aspectos de cada Diretoria, observadas as respectivas competências, por conta das regras gerais estabelecidas na RN.</p>

QUADRO DE JUSTIFICATIVAS DOS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA MINUTA DE RN**TEXTO PÓS 473ª REUNIÃO ORDINÁRIA DICOL - 22/09/2017****JUSTIFICATIVA**

Art. 29. Revoga-se a RN nº 191, de 2009.	Conforme destacado na NT de exposição de motivos, além de ser antiga, isto é publicada há 5 (cinco) anos, a DIOPE observou indícios de dificuldades de implementação da normativa não esperados para a Agência e/ou para os regulados, evidenciados pela própria inexistência de FGS constituídos no setor conforme preconizado pela RN. Em face ao exposto, e ainda considerando que a terminologia “fundo” pode vir a induzir à confusão com os fundos estudados pela DIOPE e contemplados na proposta de normativo aqui analisada, entendemos cabível também propor a revogação da RN nº 191, de 2009.
Art. 30. Esta RN entra em vigor em 1º de janeiro de 2018.	Estabelecido prazo para entrada em vigor da norma em janeiro de 2018 como forma de adequação e entendimento mínimo do mercado para quesitos gerais aqui estabelecidos, em especial as regras contábeis.