

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº [--], DE [--] DE [--] DE 2017, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS		
Redação atual	Proposta de Modificação	Justificativa
A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XXXXXXXXXXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.	Sem proposta de alteração	
CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES		
Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os mecanismos financeiros de regulação que poderão ser utilizados pelas operadoras em seus produtos a serem disponibilizados ou contratados no mercado de saúde suplementar.	Sem proposta de alteração	Ajuste de redação e padronização de referências.
§1º - As regras desta RN aplicam-se aos produtos registrados após sua vigência, sendo permitido às operadoras a adequação dos produtos existentes às regras aqui dispostas.	§1º - As regras desta RN aplicam-se aos produtos registrados após sua vigência, sendo facultado às operadoras a adequação ou não dos produtos registrados antes da vigência desta RN às regras aqui dispostas.	Ajuste de redação. Atenção: A ANS deve avaliar que § 2º do Artigo 22 da RN nº 85/2004 não autoriza a modificação de mecanismo de regulação.

<p>§2º - Os produtos que se utilizam de Mecanismos Financeiros de Regulação e que foram comercializados antes da vigência desta RN permanecerão regulados pela legislação vigente a época, e podem permanecer com comercialização ativa.</p>	<p>§2º - Os produtos que se utilizam de Mecanismos Financeiros de Regulação e que foram registrados antes da vigência desta RN permanecerão regulados pela legislação vigente à época e podem permanecer sendo comercializados pelas operadoras.</p>	<p>Ajuste de redação</p>
<p>§3º - O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não tem natureza de cofinanciamento, não sendo considerados para fins da obtenção dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.</p>	<p>Art. 15 O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não tem natureza de contribuição nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não sendo considerado para fins da obtenção dos direitos previstos nestes dispositivos legais.</p>	<p>Previsão alocada no artigo 15 desta RN, conforme redação sugerida. Ajuste de redação.</p>
<p>CAPÍTULO II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS</p>		
<p>Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do instituto do risco moral no mercado de Saúde Suplementar.</p>	<p>Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a sobreutilização dos serviços de Saúde Suplementar meramente em função da disponibilidade destes serviços.</p>	<p>Entendemos que a expressão “risco moral”, a despeito de bastante utilizada no setor financeiro, não é de amplo conhecimento ou aplicação de todos os envolvidos na cadeia da saúde. Neste contexto, os próprios beneficiários e alguns membros do Poder Judiciário, ao identificar que os mecanismos de regulação financeira propostos pela ANS são vinculados a um risco moral, poderão fazer uma interpretação equivocada e pleitear danos morais, aumentando ainda mais a judicialização do setor.</p>

<p>Art. 3º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I – coparticipação; II – franquia.</p>	<p>Art. 3º É espécie de Mecanismo Financeiro de Regulação a coparticipação.</p>	<p>Entendemos que a franquia é ferramenta que estimula o mau uso dos recursos e contraria os princípios norteadores da regulação financeira, devendo ser excluída da proposta.</p>
<p>Parágrafo Único – As espécies de Mecanismos elencados nesta norma poderão ser adotados pelas operadoras de forma isolada ou cumulativa, na elaboração e comercialização de seus produtos.</p>	<p>[EXCLUIR]</p>	<p>Considerando a exclusão da previsão de franquia, não há sentido lógico na manutenção do parágrafo único.</p>
<p>Art. 4º Coparticipação é o valor pago pela utilização de um procedimento, a exceção de internações, podendo se apresentar das seguintes formas:</p>	<p>Art. 4º Coparticipação é valor pago pelo beneficiário à operadora em virtude da realização de determinado procedimento, podendo se apresentar das seguintes formas:</p>	<p>Ajuste de redação e exclusão da exceção às internações, considerando a previsão específica para os casos de problemas de saúde mental. Vide artigo 7º abaixo.</p>
<p>I - percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços; II -percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores de referência, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador; III - valor monetário fixo para cada procedimento/grupo específico; e IV – percentual incidente sobre o valor da contraprestação pecuniária, referente a diferentes procedimentos.</p>	<p>I - percentual do custo real, quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços; II -percentual da tabela, quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores de referência, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador de serviços; III - valor monetário fixo para cada procedimento ou /grupo específico de procedimentos; e IV – percentual incidente sobre o valor da contraprestação pecuniária, referente a diferentes procedimentos.</p>	<p>Ajustes para a uniformização da redação.</p>

<p>§1º O percentual máximo de coparticipação a ser cobrado nas modalidades previstas nos incisos I e II não poderá ultrapassar 40% do valor do procedimento.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>§2º Admite-se coparticipação acima dos limites expostos no parágrafo anterior quando da concessão de coberturas que não integrem o rol de procedimentos da ANS</p>	<p>§2º Admite-se coparticipação acima do limite previsto no parágrafo anterior exclusivamente para procedimentos que não integrem o Rol vigente de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.</p>	<p>Ajuste de redação e de referência à norma da ANS.</p>
<p>§3º A modalidade prevista no inciso IV deverá usar como base a quinta faixa etária prevista para o produto, na forma da norma vigente ou outro valor de referência desde que seja de pleno conhecimento do beneficiário.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência, as mesmas poderão ser atualizadas anualmente tendo como base a média do reajuste concedido aos prestadores de serviço credenciados, conforme previsão em contrato.</p>	<p>§4º Na hipótese de previsão de coparticipação conforme o inciso II acima, as operadoras poderão atualizar anualmente as tabelas com valores de referência, tendo como base a média do reajuste concedido aos prestadores de serviço credenciados, conforme previsão em contrato.</p>	<p>Ajuste de redação.</p>
<p>Art. 5º A operadora poderá utilizar o mecanismo da coparticipação com valores crescentes, desde que respeite os limites impostos por esta RN.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	

<p>Art. 6º É permitido às operadoras a adoção de coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de carência ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT.</p>	<p>Art. 6º É permitido às operadoras, de forma alternativa à imputação de carência, Agravo ou Cobertura Parcial e Temporária - CPT, a adoção de coparticipação de 100% dos custos dos procedimentos.</p>	
<p>Parágrafo único – Em se optando por tal medida o beneficiário terá acesso a todas as coberturas previstas em seu contrato, arcando com 100% dos custos, em forma de coparticipação, daqueles procedimentos que estariam em carência ou incluídos na CPT ou Agravo, pelo mesmo período que estas medidas estariam em vigor.</p>	<p>Parágrafo único - Na hipótese do caput deste artigo, o beneficiário terá acesso a todas as coberturas previstas em seu contrato, arcando com 100% dos custos daqueles procedimentos que estariam em carência ou incluídos na CPT ou Agravo, pelo mesmo período que estas medidas estejam em vigor, na forma de coparticipação.</p>	
<p>Art. 7º Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do consumidor.</p>	<p>Art. 7º Não incidirá coparticipação nos procedimentos de internação, com exceção da hipótese prevista no artigo 22 desta RN. Parágrafo único - Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do beneficiário.</p>	<p>Ajuste para prever expressamente a vedação à coparticipação na hipótese de internação, antes contemplada no caput do artigo 4º, com menção expressa à exceção prevista no artigo 22 desta RN.</p>

<p>Art. 8º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente às consultas marcadas e não realizadas em razão do absenteísmo injustificado do mesmo.</p>	<p>Art. 8º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente aos procedimentos agendados e não realizados em razão do absenteísmo injustificado do paciente. Parágrafo único - O não comparecimento do beneficiário no procedimento agendado deverá ser comunicado à operadora pelo prestador de serviços, por meio do [estabelecer canal formal de comunicação].</p>	<p>É importante que a cobrança da coparticipação na hipótese de no show não seja restrita à consultas agendadas, mas também a exames e outros procedimentos. Além disso, entendemos importante que seja estabelecimento um procedimento formal específico para a comunicação acerca dos procedimentos agendados e que não contaram com o comparecimento do beneficiário, entre operadora e prestador de serviços, procedimento que não existe hoje.</p>
<p>Seção II - Franquia</p>		
<p>Art. 9º Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, podendo apresentar as seguintes formas:</p>	<p>[EXCLUIR]</p>	<p>Entendemos que a franquia incentiva o uso irracional dos recursos, na medida em que autoriza a ampla utilização dos serviços de saúde após ultrapassado o limite do mecanismo, isentando o</p>

<p>I - Franquia Acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor R\$ X, na forma do contrato;</p> <p>II - Franquia por Evento/grupo de eventos, correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor R\$ X;</p> <p>III - Franquia Limitada, ocorre nas hipóteses em que o mecanismo de regulação só passa a incidir quando os procedimentos/eventos custem acima do valor R\$ X.</p>	<p>[EXCLUIR]</p>	<p>beneficiário de qualquer pagamento a partir de então. Além disso, a franquia tende a fazer com que os beneficiários, especialmente os de menor renda, não procurem a rede credenciada, justamente para não afetar seu orçamento familiar, impossibilitando o acesso aos serviços vinculados ao Plano, inclusive a serviços assistenciais apropriados e desejáveis, em prejuízos à saúde dos beneficiários. Desta forma, ela é ferramenta que estimula o mau uso dos recursos e contraria os princípios norteadores da regulação financeira, devendo ser excluída da proposta.</p>
<p>CAPÍTULO III - DAS REGRAS COMUNS Seção I - Regras Contratuais</p>		
<p>Art. 10 No momento da venda de um plano de saúde que possua algum tipo de Mecanismo Financeiro de Regulação as operadoras serão obrigadas a informar o preço do produto equivalente que não disponha dos mecanismos, ainda que não o tenha disponível para comercialização.</p>	<p>Art. 9º No momento da venda de um plano de saúde que possua Mecanismo Financeiro de Regulação as operadoras serão obrigadas a informar o preço do produto equivalente que não disponha deste Mecanismo, ainda que não o tenha disponível para comercialização.</p>	<p>Ajuste de redação e numeração.</p>

<p>Parágrafo Único – O contratante deve assinar declaração de que tem ciência da incidência de Mecanismo Financeiro de Regulação em seu plano de saúde e de que teve ciência do preço que seria cobrado em plano análogo, sem incidência de Mecanismo.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>Art. 11 É vedado às operadoras de planos de saúde comercializarem planos referência com Mecanismos Financeiros de Regulação.</p>	<p>Art. 10 É vedado às operadoras comercializarem plano-referência, conforme definido no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com Mecanismos Financeiros de Regulação.</p>	<p>Ajuste para prever referência legal do conceito de plano-referência, e numeração.</p>
<p>Art. 12 Todo Mecanismo Financeiro de Regulação adotado pelas operadoras de planos de saúde deve estar previsto em contrato, discriminando-se suas hipóteses, formas e regras de incidência.</p>	<p>Art. 11 Todo Mecanismo Financeiro de Regulação adotado pelas operadoras deve estar previsto em contrato, discriminando-se suas hipóteses, formas e regras de incidência.</p>	<p>Ajuste de redação e numeração.</p>
<p>Parágrafo único – As cláusulas mencionadas no caput devem ser redigidas de forma clara e com o devido destaque no corpo do contrato.</p>	<p>Parágrafo único – As cláusulas contratuais que tratem de Mecanismo Financeiro de Regulação deverão ser redigidas de forma clara e com o devido destaque no corpo do contrato.</p>	<p>Ajuste de redação.</p>

<p>Art. 13 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos Financeiros de Regulação previstos nesta norma serão obrigados a disponibilizar as seguintes simulações aos seus beneficiários:</p>	<p>Art. 12 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar os Mecanismos Financeiros de Regulação previstos nesta RN serão obrigadas a disponibilizar as seguintes simulações aos seus beneficiários:</p>	<p>Ajuste de redação e numeração.</p>
<p>I – Simulação Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter, previamente à contratação, noção sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano; II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor com o qual terá que arcar, conforme o prestador buscado; III- informações pós utilização, no PIN-SS.</p>	<p>I – Simulação Pré-Contratação – Simulador por meio do qual o interessado poderá ter, previamente à contratação, informações preliminares e gerais sobre o valor relativo ao Mecanismo Financeiro de Regulação de que deverá dispor na utilização do plano; II – Simulação Pré-Utilização – Simulador por meio do qual o beneficiário verifica, antes da utilização do plano, o valor máximo e mínimo com o qual terá que arcar para a realização de determinado procedimento;</p>	<p>Entendemos que a Simulação Pré-Utilização deve disponibilizar aos beneficiários os valores médios e mínimo e máximo com os quais deverá arcar o beneficiário, sem fazer referência a prestador de serviço específico. Desta forma, são disponibilizadas aos beneficiários as informações necessárias à tomada de decisão consciente sobre os serviços que serão contratados, sem que tal divulgação resulte em acesso irrestrito às práticas do mercado privado de serviços para a saúde, o que poderia gerar questionamentos em relação à confidencialidade dos contratos e também fomentar a prática de preços predatórios e conseqüente redução da qualidade dos serviços prestados, em prejuízo do beneficiário.</p> <p>Exclusão da previsão do item III, que não corresponde à simulação conforme referência do caput. Ajuste de redação.</p>

Parágrafo Único – As regras para elaboração e disponibilização dos simuladores estão descritas no anexo desta norma.	Sem proposta de alteração	
Seção II - Regras de Uso		
Art. 14 É vedada a incidência de franquia nas mesmas hipóteses em que incidem a coparticipação em um mesmo produto.	[EXCLUIR]	Considerando a exclusão da previsão de franquia, não há sentido lógico na manutenção do artigo.
Art. 15 É vedado o estabelecimento de coparticipação em internações, ressalvada a hipótese prevista nesta norma.	[EXCLUIR]	Excluído considerando o ajuste do artigo 7º da RN.
Art. 16 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para fins de indução ao consumo consciente do plano de saúde, privilegiando os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.	Art. 13 As operadoras poderão se valer da coparticipação para fins de indução ao consumo consciente do plano de saúde, privilegiando os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.	Ajuste de redação e numeração.
Art. 17 É vedada a incidência de quaisquer Mecanismos Financeiros de Regulação:	Art. 14 É vedada a incidência de quaisquer Mecanismos Financeiros de Regulação:	Ajuste de numeração.

<p>I – Nas 3 (três) primeiras consultas realizadas com médico generalista, a cada 12 meses;</p> <p>II – Nos exames preventivos, entendendo-se por estes por:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Mamografia – mulheres de 50 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;b) Ultrassonografia abdominal – homens de 65 a 75 anos – 1 exame por ano;c) Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame a cada 3 anos;d) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano, e repetição acaso o resultado seja positivo;e) Retocoloscopia – em adultos de 50 a 75 anos com presença de sangue oculto nas fezes em dois exames consecutivos.f) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano em pacientes hipertensosg) 1 exame PSA – para homens de 55 a 69 anos, quando solicitado por um urologista;h) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame a cada 5 anos <p>III – Nos tratamentos crônicos em qualquer número, entendendo-se estes por:</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	<p>Entendemos que a lista de procedimentos constante deste artigo 17 precisa ser aprimorada. Neste contexto, estamos aprofundando nossos estudos sobre o assunto para posterior manifestação.</p>
--	----------------------------------	---

-	<p>Art. 15 O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não tem natureza de contribuição nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não sendo considerado para fins da obtenção dos direitos previstos nestes dispositivos legais.</p>	<p>Previsão transferida conforme linha 8.</p>
Seção III - Regras de Pagamento e Cobrança		
<p>Art. 18 Ao ser cobrado, por qualquer meio, sobre o valor devido pelo custeio da coparticipação ou franquia, o beneficiário deverá receber todas as informações necessárias para que possa verificar a correção da cobrança.</p>	<p>Art. 17 Ao ser cobrado pelas operadoras do valor devido pelo custeio da coparticipação, o beneficiário deverá receber todas as informações necessárias para que possa verificar a correção da cobrança. Parágrafo Único - Na hipótese do inciso I do artigo 4º desta RN, a coparticipação será devida pelo beneficiário após o ajustamento dos valores a serem pagos aos prestadores pelo procedimento realizado, consideradas eventuais glosas.</p>	<p>Considerando que a minuta de RN é silente em relação à ponto tão sensível quanto a responsabilidade pela cobrança dos valores relativos aos mecanismos de regulação financeira, sugerimos a manutenção do modelo de cobrança atualmente praticado, mantendo os mecanismos de regulação financeira limitados às partes envolvidas: contratantes/beneficiários e operadoras. Isso se justifica pelo fato de que a eventual cobrança da coparticipação pelos prestadores de serviços poderá gerar (i) a transferência do risco de inadimplemento das operadoras aos prestadores de serviços, o que não pode ser admitido já que cabe somente às primeiras analisar este risco e modular o preço dos produtos que oferecem a determinado beneficiário; (ii) a extrapolação dos limites do contrato do Plano de Saúde, inviabilizando a análise do próprio</p>

	<p>Art. 18 A cobrança dos valores relativos à coparticipação devidos pelos beneficiários será de exclusiva responsabilidade das operadoras, sendo nula a previsão contratual de cobrança direta destes valores pelos prestadores de serviços.</p>	<p>de saúde, inviabilizando a análise do próprio equilíbrio financeiro do produto registrado na ANS, tendo em vista que o risco de inadimplência será transferido, exclusivamente, ao prestador de serviços; e (iii) a inclusão de novas obrigações operacionais aos prestadores, além daquelas relativas ao ajustamento de contas (cobrança, glosa, recurso, contestação), aumentando não apenas o risco financeiro a ser suportado, mas o custo da operação, o que aumentará consequentemente os valores a serem cobrados pelos prestadores.</p> <p>Ainda, em relação às glosas, entendemos relevante</p>
<p>Art. 19 O valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar 100% do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário ou outro limite previsto em contrato e de conhecimento e aceite específico por este, devendo o restante incidir nas contraprestações subsequentes.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>§1º – É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>§2º - O valor mensal previsto no caput terá como base a quinta faixa etária prevista para o produto, na forma da norma vigente.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	

Seção IV - Regras de Transparência de Informações

<p>Art. 20 As operadoras deverão fornecer a simulação dos custos de utilização do plano de saúde, diferenciando-os inclusive quanto ao prestador buscado, em um prazo de até 3 (três) dias úteis, sempre que solicitado por seu beneficiário.</p>	<p>[EXCLUIR]</p>	<p>Conforme apontado acima, entendemos prejudicial a divulgação, via simulador, de informações específicas sobre o custo de cada prestador.</p>
<p>Parágrafo Único - O prazo mencionado neste artigo não altera os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa - RN 259, de 17 de junho de 2011.</p>	<p>[EXCLUIR]</p>	
<p>Art. 21 Independente da utilização de tabelas e valores monetários fixos para cobrar a parcela devida pelo beneficiário, o custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado, de forma individualizada, em área específica do site da operadora e integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	
<p>CAPÍTULO IV - DA SAÚDE MENTAL</p>		
<p>Art. 22. EXCLUSIVAMENTE para saúde mental não é vedado o estabelecimento de coparticipação exclusivamente para internações psiquiátricas;</p>	<p>Art. 21 É admitida a coparticipação na hipótese de internações exclusivamente psiquiátricas.</p>	<p>Ajuste de redação e numeração.</p>

Art. 23. É vedada a cobrança de coparticipação ou franquia nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato	Art. 22 Na hipótese de internação psiquiátrica, é vedada a cobrança de coparticipação nos primeiros 30 (trinta) dias , por ano de contrato.	Ajuste de redação e numeração.
Art. 24. Admite-se a cobrança de coparticipação incidindo em percentual a partir do 31º dia de internação, por ano de contrato.	§1º – Admite-se a cobrança de coparticipação incidindo em percentual a partir do 31º dia de internação, por ano de contrato.	Ajuste de redação e numeração.
Parágrafo Único – Admite-se a cobrança da coparticipação mencionada no caput de forma crescente, limitada a 50% do valor contratado com o prestador de serviço.	§2º - Admite-se a cobrança da coparticipação mencionada no caput deste artigo de forma crescente, limitada a 50% do valor contratado com o prestador de serviço.	Ajuste de redação e numeração.
CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES FINAIS		
Art. 25. O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na RN 124/06.	Art. 23 O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006.	Ajuste de redação e numeração.
Art. 26. Esta norma entra em vigor na data de sua publicação.	Sem proposta de alteração	Ajuste de numeração.
ANEXO		

<p>O que é o Simulador Pré-Contratação? Trata-se de um conjunto de informações a ser dado mediante apresentação de tabelas ou uso de aplicativo com o propósito de fornecer ao pretense beneficiário um panorama dos produtos ofertados pela operadora para, desta forma, poder escolher munido de mais informações, o produto que melhor se adeque ao seu perfil.</p>	<p>O que é o Simulador Pré-Contratação? Trata-se de um conjunto de informações a ser oferecido aos interessados mediante divulgação de tabelas ou uso de aplicativo com o propósito de fornecer ao pretense beneficiário um panorama geral dos produtos ofertados pela operadora para, desta forma, poder escolher, munido de mais informações, o produto que melhor se adeque ao seu perfil.</p>	<p>Ajuste de redação.</p>
<p>Quais as informações devem ser fornecidas por este simulador? A operadora deve apresentar em uma planilha ou tela o valor de cada um dos produtos que oferece no mercado, considerando todos os Mecanismos de Regulação Financeiras utilizados ou não. Esses valores devem contemplar os gastos fixos, correspondente a contraprestação pecuniária a ser desembolsada mensalmente e gastos variáveis conforme a utilização do plano de saúde pelo consumidor. Deverão ser levados em conta os seguintes procedimentos para fins de apresentação dos gastos variáveis ao futuro consumidor: Listar procedimentos...</p>	<p>Sem proposta de alteração</p>	

<p>O que é o Simulador Pré-Utilização</p> <p>Trata-se de uma informação mais precisa a ser dada pela operadora para que possa informar seu beneficiário sobre os custos de utilização de seu produto, com a máxima acurácia possível, levando-se em conta que a operadora já saberá exatamente qual a rede estará disponível para a realização do procedimento.</p> <p>Neste simulador a operadora poderá informar o valor médio do procedimento em sua rede, mas também deverá prestar a informação exata*** do prestador na forma do art. 20.</p> <p>É admitida, desde que devidamente informado ao beneficiário, a existência de variações derivadas de fatores de difícil ou impossível previsibilidade.</p> <p>A partir de agosto de 2018 além da informação financeira também deverá ser fornecida a informação sobre qualidade do prestador, conforme orientações específicas da ANS.</p>	<p>O que é o Simulador Pré-Utilização</p> <p>Trata-se de uma informação a ser dada oferecida pela operadora para que possa informar seu beneficiário sobre os custos de utilização de seu produto.</p> <p>Neste simulador a operadora deverá informar o valor médio do procedimento em sua rede, e o valor máximo e mínimo com o qual o beneficiário terá que arcar para a realização de determinado procedimento, na forma do art. 13.</p> <p>É admitida, desde que devidamente informada ao beneficiário, a existência de variações derivadas de fatores de difícil ou impossível previsibilidade.</p> <p>O simulador também deverá fornecer a informação sobre qualidade do prestador, conforme orientações específicas da ANS.</p>	<p>Foi ajustado o conceito de simulador, conforme justificativa de alteração do artigo 13 acima. Além disso, foi inserida a exigência de que sejam disponibilizadas informações sobre a qualidade dos prestadores de serviços, fomentando a divulgação de indicadores estabelecidos pela ANS e a melhoria da assistência ofertada. Entendemos que os aspectos qualitativos não podem ser excluídos da métrica de seleção dos prestadores de serviços que será colocada à disposição dos beneficiários através dos Simuladores Pré-Contratação e Pré-Utilização.</p>
--	--	---