

A Resolução Normativa nº 254/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que passou a vigorar a partir de 4 de agosto de 2011, dispõe sobre a adaptação e migração de contratos individuais/familiares e coletivos antigos, também chamados de não regulamentados. A RN estabelece as seguintes definições:

- **Adaptação** – aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656, de 1998.
- **Migração** – celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação “ativo”, concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999.

DIFERENÇAS ENTRE ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO

Na **Adaptação** o beneficiário continua com o contrato antigo, porém as cláusulas que não estão em conformidade com a Lei 9.656 são alteradas para que possam atender às regras estabelecidas pela lei, passando, assim, a ter as garantias dadas pela legislação e pela ANS. A mensalidade sofrerá um acréscimo de no máximo 20,59%, com comparação com o valor pago até então, percentual esse estabelecido pela Resolução Normativa 254/ANS. Na adaptação o beneficiário não perde nenhum benefício do contrato antigo que esteja compatível com a Lei, permanecendo com a mesma segmentação do plano antigo, tipo de contratação, benefícios, rede credenciada, entre outros. Na adaptação, a operadora deve apresentar proposta de adaptação ao beneficiário (responsável legal) que assinou o contrato antes de 1º de janeiro de 1999, desde que seja feita solicitação por escrito na operadora.

Na **Migração** o beneficiário assina um novo contrato com a mesma operadora, também obedecendo a Lei 9.656 e sem novas carências, exceto para novas coberturas, quando não houver plano compatível e o tipo de cobertura for alterada. Neste caso, há a extinção do contrato antigo, sem a manutenção de qualquer cláusula deste contrato. Os beneficiários que optarem pela migração, devem procurar um plano que seja compatível com o anterior e migrar. O valor pago pelo novo plano será o de mercado. Na migração o beneficiário deverá utilizar o Guia de Planos de Saúde, disponível no site da ANS, para verificar as opções de planos compatíveis com o seu. O preço do plano compatível será o valor dos planos disponibilizados pela operadora no mercado.

PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

PARA QUEM TEM PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR Esses usuários poderão optar entre dois modelos

ADAPTAÇÃO

- Após a ampliação do contrato atual, o beneficiário passa a ter direito às coberturas mínimas obrigatórias da ANS, mantendo as que já eram previstas;
- A mensalidade pode subir até 20,59% a partir da troca.

MIGRAÇÃO

- O usuário contrata um novo plano de saúde dentro de sua própria operadora no lugar do contrato antigo;
- A contratação do novo plano sem carência será possível para os planos compatíveis indicados no relatório do guia de planos da ANS (ex.: plano hospitalar para hospitalar, na mesma faixa de preço ou inferior);
- O novo valor da mensalidade será o mesmo cobrado pela empresa em sua tabela de vendas.

PARA QUEM TEM PLANO COLETIVO (Por Adesão ou Empresarial)

- Não há troca do contrato, mas sim sua atualização;
- O contrato renovado, ou cuja vigência findou a partir de janeiro de 1999, deve ser ajustado ao sistema instituído pela Lei dos Planos de Saúde na próxima renovação ou em até 12 meses a partir deste mês.

- Já o que tem prazo indeterminado de vigência não tem a obrigação de ser ajustado. No entanto, esse contrato não pode receber novos beneficiários a partir de 04/08/2012, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO

1) O que são contratos antigos e contratos novos?

Em junho de 1998, foi publicada a Lei 9.656 - a Lei dos Planos de Saúde. Esta Lei entrou em vigor em 02 de junho de 1999. Todos os contratos de planos de saúde firmados a partir de 2 de janeiro enquadram-se na nova legislação. São os chamados Contratos Novos. Por sua vez, os contratos firmados até 31 de dezembro de 1998, por não estarem necessariamente enquadrados na Lei 9.656, de 1998 - são chamados, por analogia, de Contratos Antigos.

2) Existem planos adaptados e planos não adaptados? Qual a diferença entre eles?

Sim, existem. Abaixo seguem as principais diferenças.

- **Contrato Não Regulamentado**

Também chamados planos antigos, são aqueles adquiridos antes de 2 de janeiro de 1999, quando a Lei 9.656/98, que regulamentou o setor, entrou em vigor. Estes planos estão amparados apenas pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), prevalecendo as condições estabelecidas em contrato.

As garantias de atendimento e as exclusões estão expressamente descritas no contrato. Este tipo de plano não pode mais ser comercializado, mas permanece válido para quem não optou pela adaptação às novas regras.

É intransferível e válido apenas para titular e dependentes já inscritos. Permite apenas a inclusão de novo cônjuge e filhos.

- **Contrato Adaptado**

É o contrato antigo adaptado à nova legislação, garantindo ao beneficiário todas as coberturas dos planos novos. Precisa ter registro na ANS e está subordinado à Lei 9.656/98.

Quem tem plano antigo pode optar por sua adaptação à nova lei. Basta pedir à operadora uma proposta. A alteração, porém, não é obrigatória. Caso a proposta não seja aceita pelo beneficiário, o contrato antigo continua a valer.

Quando a Lei 9.656/98 foi aprovada, os beneficiários dos planos de saúde foram convidados a adaptar seus planos de saúde.

3) O que é um plano não regulamentado?

De acordo com a ANS, todos os planos que foram adquiridos antes de 02 de janeiro de 1999 são planos não regulamentados. Já os firmados após essa data são planos regulamentados pela ANS.

4) O que é um contrato novo ou regulamentado?

São os contratos celebrados após 2 de janeiro de 1999, data em que a Lei 9.656/98 entrou em vigor, e os adaptados. Todos os contratos assinados a partir da data devem ter registro na ANS e estão sujeitos à legislação.

As coberturas são definidas pelo órgão regulador e garantem atendimento dentro do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

5) Como sei se meu contrato é novo ou antigo?

Regra geral, os contratos de planos de saúde assinados até 31 de dezembro de 1998, ou seja, antes da vigência da lei 9.656/98, são considerados como antigos. Por sua vez, aqueles assinados a partir de 2 de janeiro de 1999, ou seja, já na vigência da Lei 9.656/98, são considerados novos. Portanto, o consumidor deve verificar o seu contrato de adesão (ou termos aditivos contratuais, se houver) para saber se é novo ou antigo. Em caso de dúvida, o consumidor deve ligar para a central de atendimento de seu plano ou procurar pessoalmente a operadora de plano de saúde a que está vinculado.

O consumidor deve estar atento ainda para o fato de já ter realizado a adaptação de seu contrato antigo às novas regras introduzidas pela Lei 9.656/98, ou mesmo, já ter trocado seu plano antigo por um novo (migração). Para isso, basta verificar os aditivos contratuais assinados ou o próprio contrato de adesão.

6) O que é um contrato adaptado?

Contrato adaptado é aquele contrato que foi assinado antes de 2 de janeiro de 1999 (contrato antigo), mas que o consumidor promoveu, junto à operadora de seu plano de saúde, sua adaptação à Lei 9.656, de 1998, através da assinatura de termos aditivos contratuais. Nestes aditivos contratuais, deve constar a informação de que o plano foi adaptado ao que determina a Lei 9.656, de 1998. Tanto no caso da adaptação, quanto no caso de migração, o consumidor passa a ter todos os direitos garantidos pela Lei 9.656, de 1998.

7) Um plano antigo pode ser adaptado às regras instituídas pela Lei dos Planos de Saúde? De que forma?

Os planos podem ser adaptados às regras da Lei dos Planos de Saúde. Para que isso ocorra, o titular do plano de saúde deve entrar em contato com a operadora solicitando formalmente a alteração através de uma proposta de adaptação com as informações correspondentes de valor e regras contratuais. Caso a proposta de adaptação seja aceita, será emitido um aditamento ao contrato original com a inclusão das coberturas e demais cláusulas nos termos da Lei 9.656/98. Vale esclarecer que será alterado o contrato inicial, sendo acrescentadas as coberturas constantes do Rol de Procedimentos. Além disso, também serão alterados os índices de reajuste por variação de custos (anual) e de reajuste por variação de faixa etária, de acordo com o aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por esta razão, a adaptação acarretará alteração do valor pago mensalmente.

8) A adaptação poderá ocorrer de forma parcial?

Não. A adaptação produz efeitos em relação a todos os beneficiários vinculados ao contrato, titular e dependentes.

9) Após a assinatura do aditivo de adaptação, o cliente poderá retornar ao contrato de origem?

Não. Uma vez efetivada a adaptação do contrato, não é possível retornar ao contrato de origem.

10) Quem poderá solicitar e aceitar a proposta de adaptação do contrato?

Somente o titular do plano, a pessoa que representa ou assiste o titular incapaz da contratação (responsável financeiro) ou o beneficiário dependente que assumiu as obrigações financeiras nos casos de extinção do vínculo do titular por morte poderão solicitar e aceitar a proposta de adaptação.

11) O que é migração contratual?

É quando ocorre a troca do contrato antigo por um novo, da mesma operadora de plano de saúde. Tanto no caso da adaptação, quanto no caso de migração, o consumidor passa a ter todos os direitos garantidos pela lei 9.656, de 1998.

12) Qual a diferença entre adaptação e migração?

Para a imensa maioria dos consumidores, não há grandes diferenças. Mas, para aqueles que possuíam vantagens específicas nos contratos antigos, a diferença é sutil e o consumidor deve buscar se informar para não cometer enganos. Por exemplo, adotemos como vantagem o direito, pelo contrato antigo, a tratamento no exterior. Vejamos como fica esse consumidor, adaptando ou migrando seu contrato.

No caso da adaptação, ele manterá essa vantagem do tratamento no exterior para o conjunto de doenças que estão previstas em seu contrato antigo. Já para a coberturas de novas doenças determinadas pela Lei 9.656, de 1998, não há previsão de tratamento no exterior.

No caso da migração, o consumidor pode ou não manter o direito ao tratamento no exterior, dependendo da proposta que lhe seja apresentada pela operadora. Lembrando que, neste caso, a operadora não é obrigada a manter o direito ao tratamento no exterior, mesmo para as doenças cobertas no plano antigo.

Por conta dessas sutis diferenças entre os contratos de planos de saúde, a ANS recomenda aos consumidores que não decidam sem refletir, consultem os Procon's, os órgãos de defesa do consumidor, amigos ou parentes melhor informados e, também, a própria ANS, através do 0800 701 9656.

13) Migrar é como ir à operadora e comprar um plano novo?

Não. Embora seja, de fato um plano de saúde novo, pelo programa que a ANS está instituindo, as operadoras de planos de saúde oferecerão a migração com vantagens, seja reduzindo as carências, seja reduzindo o preço, e adequando os reajustes por faixas etárias à nova regulamentação, que atendeu ao que determinou o Estatuto do Idoso: não haverá reajuste por faixa etária para pessoas de 60 anos em diante.

14) O consumidor deve cumprir novas carências?

Não. Ele vai cumprir as carências apenas para aquelas doenças que não estavam cobertas em seu plano antigo. Por exemplo, se o plano antigo previa a cobertura de transplante de córnea, tanto na adaptação quanto na migração, o consumidor não cumprirá carência para transplante de córnea. Mas, se o plano antigo não previa a cobertura do transplante de córnea, haverá carência para esse procedimento.

15) O consumidor será obrigado a fazer adaptação de seu contrato?

O consumidor não será obrigado a fazer nem a adaptação, nem a migração de seu contrato antigo. Ele terá o direito de, se quiser, manter seu contrato exatamente do jeito que está hoje, caso conclua lhe ser mais vantajosa essa opção. Ou seja, será garantido ao consumidor de plano antigo o caráter facultativo da adesão aos planos regulamentados. Além disso, as operadoras terão de continuar a manter em operação os contratos não adaptados à Lei dos Planos de Saúde, lembrando sempre que a imensa maioria dos contratos antigos de plano de saúde não possuem as mesmas vantagens e exigências determinadas pela Lei 9.656, de 1998.

16) Quais as vantagens de possuir um contrato com direito ao Rol de Procedimentos da ANS?

O Rol de Procedimentos da ANS é revisado a cada dois anos com inclusão de novas coberturas e ampliação de indicação de procedimentos, ambos decorrentes dos avanços da tecnologia em saúde. Este processo de revisão é resultado do trabalho elaborado pelo Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE) e de Consulta Pública aberta a todos os cidadãos interessados em contribuir com sugestões para melhoria no setor da saúde suplementar.

Desta forma, os contratos com direito ao Rol da ANS terão a oportunidade de atualização das coberturas de acordo com os avanços tecnológicos da saúde.

Para consultar as mais novas ampliações do Rol, consulte a página da ANS na internet (www.ans.gov.br).

17) Quais são as coberturas excluídas dos planos novos e adaptados?

De acordo com a legislação, estão excluídas das coberturas obrigatórias:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para obesidade mórbida);
- Tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPAS, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos ou ambiente hospitalar;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como órteses e próteses para fins estéticos;
- Inseminação artificial;
- Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerra ou comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

18) Se o consumidor quiser manter seu plano antigo, a ANS não vai poder defendê-lo contra abusos por parte das operadoras?

A ANS teve recentemente ampliado seu poder de fiscalizar os planos antigos. No entanto, a fiscalização da ANS para a proteção dos consumidores que decidirem permanecer com contratos antigos terá de respeitar a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF).

Além disso, para os consumidores que possuem contratos com operadoras que possuam até dez mil usuários e que não comercializem planos novos, será possível se promover um 'ajuste técnico' nos contratos.

19) Em que consiste esse "ajuste técnico"?

As operadoras oferecerão aos consumidores a possibilidade de permanecer com o contrato antigo, com as mesmas obrigações e direitos, mas promovendo-se um 'ajuste técnico' neste contrato, de maneira a que o contrato passe a respeitar quatro direitos básicos: 1) proibição de rompimento unilateral de contrato pela operadora; 2) proibição de todo e qualquer limite às internações; 3) reajustes e revisões de preços submetidos ao controle da ANS; 4) reajustes para usuários com idade superior a sessenta anos controlados pela ANS.

20) O preço do plano vai aumentar se for feita a adaptação ou migração?

A adaptação ou migração do contrato está sendo proposta para que o consumidor tenha mais direitos. Ou seja, para incluir no seu plano o direito a tratamento e cobertura de doenças que não estavam previstas no contrato antigo, como cirurgias cardíacas, quimioterapia, transplante de córnea, transplante de rim, hemodiálise, tratamento de Aids, entre outras. Neste sentido, haverá necessidade de se ajustar o preço hoje vigente, onde não há previsão destes tratamentos e doenças, para um novo patamar em que há a cobertura destes procedimentos.

21) Qual o percentual será aplicado para a adequação dos valores da contraprestação pecuniária (mensalidade) no processo de adaptação?

O valor do percentual a ser aplicado sobre o valor da mensalidade será de 20,59%, que corresponde à ampliação de coberturas assistenciais e direitos previstos pelo sistema da Lei 9.656/98. Este valor e o valor da mensalidade ajustada constam na proposta de adaptação. Exemplo:

- Percentual de ajuste da mensalidade: 20,59%
- Valor da mensalidade antes da adaptação: R\$ 100,00
- Valor do ajuste correspondente à adaptação: R\$ 20,59
- Valor da mensalidade ajustado após a adaptação: 120,59

Todos os consumidores receberão em sua casa uma carta da sua operadora de plano de saúde. Essa carta deverá conter, pelo menos, uma proposta para adaptação do contrato. Poderá conter, ainda, proposta de migração, se a operadora achar conveniente.

A proposta enviada deverá conter, detalhadamente, as vantagens e desvantagens de cada opção do consumidor, relativamente ao seu contrato antigo, bem como o custo de cada opção.

O consumidor terá, então, sessenta dias, para analisar cuidadosamente a proposta, buscar informação junto a sindicatos, órgãos de defesa do consumidor, parentes e amigos melhor informados, à própria operadora e, também, junto à ANS - 0800 701 9656. Só depois dessa avaliação, o consumidor deverá se decidir se permanece no contrato antigo, se migra ou adapta o contrato antigo.

Os consumidores vinculados a operadoras com menos de dez mil usuários e que não comercializam planos novos, receberão apenas a proposta do 'ajuste técnico'.

22) A ANS exercerá algum controle sobre as propostas?

Sim. Todas as propostas, antes de serem enviadas aos consumidores, deverão ser previamente registradas e aprovadas pela ANS.

23) A ANS deixará que o custo da adaptação seja fixado livremente pelas operadoras?

Não. A ANS estabeleceu um índice médio geral de quinze por cento. Esse índice médio vale para toda a carteira de planos antigos de cada operadora. Assim, se uma operadora possui, em sua carteira, vinte planos antigos, a média de reajuste destes planos não poderá ser superior a quinze por cento, embora considerado individualmente, por plano, possam haver reajustes de até vinte e cinco por cento.

Isso significa que, em uma determinada operadora, os planos de saúde com maior número de beneficiários deverão situar seu reajuste próximo ao índice médio (15%).

Um outro ponto importante é que o índice de reajuste deve ser igual para todos os consumidores de um mesmo plano (veja bem, de um mesmo plano, não de uma mesma operadora, a qual pode possuir vários planos de saúde). Ou seja, não poderá haver tratamento diferenciado. Para clientes de um mesmo plano, a proposta de adaptação não poderá prever um percentual maior para os mais idosos.

24) No caso de migração, como é definido o reajuste?

Nos casos em que o consumidor optar pela migração de seu contrato antigo para um contrato novo, não há o que falar em reajuste, já que o contrato antigo já não tem mais valor jurídico. Assim, a operadora deverá oferecer um contrato novo, fixando seu preço de acordo com o que tradicionalmente comercializa, mas garantindo alguma vantagem para o consumidor, seja desconto no preço, menor prazo de carência, e ajustando o contrato à nova regulamentação dos reajustes por faixas etárias, que respeita o que determinou o Estatuto do Idoso: não haverá reajuste para pessoas de 60 em diante.

25) E o consumidor que estiver no caso do “ajuste técnico”, terá algum tipo de aumento de preço?

Por considerar que o ‘ajuste técnico’ implica em aumento de custos para as operadoras, a ANS resolveu fixar um teto máximo de reajuste de três por cento, no caso do ‘ajuste técnico’.

26) Como ficam os consumidores de planos com dificuldades financeiras? Terão alguma regra especial?

A ANS entende que deve preservar o equilíbrio econômico-financeiro do mercado. Isso significa, por um lado, não onerar abusivamente o consumidor. E, por outro lado, deve preservar a capacidade da operadora em prestar o atendimento de saúde que o consumidor contratou com ela. Assim, foi estabelecido que nos planos onde o índice de utilização (quantidade do que é gasto com tratamentos, exames e consultas do total que é arrecadado) é superior a 90%, só poderá haver migração de contrato antigo para contrato novo.

A adaptação de contratos, neste caso, não é recomendada tecnicamente, tendo em vista que, dentro do índice médio definido - 15% - não se conseguiria reequilibrar a carteira da operadora, persistindo o risco de, no futuro, o consumidor não ter garantido o atendimento à saúde por debilidade financeira da operadora.