

## **RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DA CONSULTA PÚBLICA N.º 63/2017 - ATUALIZAÇÃO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA QUE REGULAMENTA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

Cuida-se da Consulta Pública nº 63, convocada pela ANS, entre os dias 10/08/2017 e 11/09/2017, com o objetivo de atualizar a norma de portabilidade de carências, conforme decisão da Diretoria Colegiada da ANS em sua 469ª Reunião Ordinária, realizada em 24 de julho de 2017.

### **I - INTRODUÇÃO**

A Portabilidade de Carências é um instrumento regulatório, instituído pela Resolução Normativa-RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, destinado a incentivar a concorrência no setor de saúde suplementar e a oferecer ao beneficiário maior mobilidade no mercado, incrementando suas possibilidades de escolha, isentando-o da necessidade de cumprimento de novos períodos de carências.

Inicialmente a Portabilidade era permitida apenas para beneficiários de plano de contratação individual ou familiar. Posteriormente, com o advento da RN nº 252/2011, estende-se o benefício da Portabilidade aos beneficiários de planos coletivos por adesão e cria-se o instituto da Portabilidade Especial de Carências para situações especiais, em que a mudança de plano ou de operadora é ocasionada por motivos alheios à vontade do beneficiário.

Verificou-se ao longo da vigência da RN nº 186/2009 que há importantes questões a serem resolvidas na norma de portabilidade, quais sejam:

- Os beneficiários de planos coletivos empresariais não têm direito à portabilidade de carências e concentram 67% (sessenta e sete por cento) dos beneficiários da saúde suplementar, os quais representam quase 37 (trinta e sete) milhões de pessoas;
- Beneficiários que não estão sendo adequadamente assistidos pela sua operadora não podem sair imediatamente do plano, pois devem esperar pelo período para o exercício da portabilidade (janela);

- Beneficiários deixam de fazer a portabilidade por conta da assimetria de informação, seja pelo desconhecimento do período (janela), seja por não ter tido tempo hábil para reunir a documentação exigida para realizar o pedido;
- Grande concentração de beneficiários em operadora em processo de falência que aguardam a decretação da Portabilidade Especial para poder contratar outro plano sem carências por estarem fora do período para a portabilidade (janela);
- O critério de compatibilidade por tipo de cobertura restringe o acesso de muitos beneficiários que não encontram planos compatíveis, pois há uma grande concentração de planos classificados em "Internação com obstetrícia" (86%), e pouca oferta de planos de "Internação sem obstetrícia" (8%) ou "Sem Internação" (6%);
- Na portabilidade especial por liquidação de operadora, o valor da mensalidade dos beneficiários, em muitos casos, é enquadrado na primeira faixa de preço, que possui oferta escassa de planos, o que obstrui o exercício da portabilidade e leva à decretação da portabilidade extraordinária.
- Os planos em pós-pagamento não possuem um valor fixo, impossibilitando o enquadramento em uma faixa de preço, haja vista que sua qualidade não pode ser balizada pelo preço.

Em função das diretrizes fixadas pela Agenda Regulatória da ANS no biênio 2013/2014, cujo eixo de "Incentivo à concorrência" continha o projeto "Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos empresariais", foi criado o Grupo de Trabalho de Portabilidade que se reuniu em seis ocasiões, dos dias 27 de junho a 14 de agosto de 2014, para discutir as propostas de alteração e ampliação da RN nº 186/2009.

Em 29 de abril de 2015, foi publicada a Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos nº 04 que instituiu um novo Grupo de Trabalho de Portabilidade de Carências com o objetivo de discutir e elaborar proposta acerca das regras gerais de portabilidade de carências na saúde suplementar, que vise ao incentivo à concorrência e à sustentabilidade do setor. Esse Grupo de Trabalho de Portabilidade de Carências se reuniu em sete encontros, dos dias 29 de maio a 30 de julho de 2015.

As propostas de alteração da Resolução Normativa-RN nº 186/2009 feitas pelo Grupo de Trabalho de Portabilidade de Carências foi apreciada na 438ª reunião Ordinária de Diretoria Colegiada no dia 24 de fevereiro de 2016. Nessa reunião, a Diretoria Colegiada da ANS deliberou recomendando modificações na proposta de alteração da norma de Portabilidade de Carências.

A Diretoria Colegiada recomendou que fossem realizados estudos mais aprofundados sobre algumas alterações da norma de Portabilidade, principalmente em

relação a questões jurídicas e de impacto regulatório. Com isso, a proposta de alteração da RN nº 186/2009 voltou a ser estudada internamente, o que acarretou em ajustes na proposta de acordo com as recomendações da DICOL.

Em 1º de dezembro de 2016, foi realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Seminário de Regulação da Estrutura dos Produtos, cujas as bases das discussões foram os desafios na organização dos serviços da rede assistencial, o envelhecimento da população e a necessidade do aprimoramento dos mecanismos de portabilidade de carências. Foi apresentada a criação e a evolução da portabilidade na saúde suplementar ao longo dos anos e a necessidade de estudar a ampliação desse mecanismo, que permite ao consumidor trocar de plano de saúde preservando as carências já cumpridas no plano de origem.

No dia 17 de março de 2017, foi realizada a 1ª reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, cujo objeto foi a Portabilidade de Carências. O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos foi criado com o objetivo de propiciar um espaço permanente de discussão com os representantes do setor de saúde suplementar e da sociedade a respeito dos temas relacionados à estrutura dos planos de saúde.

Foram realizadas mais duas reuniões sobre Portabilidade de carências, nos dias 23 de maio e 05 de julho de 2017, em que os membros do Comitê participaram enviando contribuições e propostas com relação ao tema de Portabilidade. Pôde-se obter visões diferentes e verificar impactos constatados pelas entidades do mercado que têm a percepção prática dos efeitos da alteração normativa.

Após um profundo e rico debate no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, foi elaborada a minuta de Resolução Normativa que atualiza a Resolução Normativa-RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, de modo a oferecer maior acessibilidade e transparência ao processo de Portabilidade de Carências e a ampliar a mobilidade dos beneficiários sem prejuízo às salvaguardas da portabilidade.

Além de atualizar a norma de Portabilidade de Carências, a proposta de minuta de Resolução Normativa altera a Resolução Normativa-RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde; altera a Resolução Normativa-RN nº 254, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999; altera a Instrução Normativa-IN nº 19 da DIPRO, de 3 de abril de 2009, que dispõe sobre o detalhamento da RN nº 186, de 2009; altera a Instrução Normativa-IN nº 23 da DIPRO, de 1 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos; e revoga a Instrução Normativa-IN nº 41 da DIPRO, de 05 de dezembro de 2012.

A minuta de Resolução Normativa que atualiza a norma de Portabilidade de Carências foi colocada em Consulta Pública entre os dias 10/08/2017 e 11/09/2017

para a contribuição dos cidadãos, dos setores especializados da sociedade, das sociedades científicas, das entidades profissionais, das operadoras de planos de saúde e das representações do setor regulado.

O presente Relatório tem por objetivo reunir os pontos levantados pelos diversos atores do setor de saúde suplementar a respeito da proposta levada pela ANS à Consulta Pública, assim como a respectiva análise da Agência.

Seguindo uma ordem lógica de exposição, será apresentada a síntese das propostas de alteração levadas pela ANS à Consulta Pública, passando-se em seguida às estatísticas das contribuições, consolidação e análise das principais propostas, e identificação daquelas que foram incorporadas ao normativo.

## **II - PROPOSTAS**

As propostas estão detalhadas ao longo desta Nota e listadas a seguir:

- Fim do período para o exercício da portabilidade (janela).
- Substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas.
- Não exigência da compatibilidade de preço para planos em pós-pagamento.
- Não exigência da compatibilidade de preço para Portabilidade Especial por liquidação de operadora.
- Extensão da Portabilidade para beneficiários de planos Coletivos Empresariais.
- Portabilidade para beneficiários de plano coletivo que tiveram o seu contrato rescindido.
- Ampliação das faixas de preço, de 5 para 6 faixas
- Outros ajustes na norma de Portabilidade de Carências

Vale destacar que a Portabilidade de Carências e a Portabilidade Especial de Carências preveem requisitos para o exercício do direito, com o objetivo de que este não venha a provocar impactos econômico-financeiros negativos nas operadoras dos planos de destino.

A título de esclarecimento, com o objetivo de tornar a norma de Portabilidade mais robusta e objetiva, os dispositivos regulatórios presentes na IN/DIPRO nº 19/2009

foram transpostos para a RN nº 186/2009, restando na Instrução Normativa os aspectos puramente operacionais.

### **A) Fim do período para o exercício da portabilidade (janela)**

Atualmente, a portabilidade de carências somente pode ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente. Ou seja, o período para o exercício da portabilidade é de quatro meses ao ano.

À época da edição da norma, hoje em vigor, o objetivo da instituição desse período para o exercício da portabilidade era evitar que o beneficiário fizesse a portabilidade apenas no momento em que necessitasse utilizar determinado serviço médico ou rede assistencial de outro plano.

No entanto, verificou-se ao longo do tempo que, tal comportamento é mitigado pela exigência do prazo de permanência no plano de destino, pelo período mínimo de um ano, para o exercício da portabilidade, dificultando a possibilidade de um beneficiário portar suas carências para outro plano somente para a realização de um determinado procedimento e depois retornar ao seu plano de origem.

Ademais, para que possa trocar de plano, o beneficiário deve atender a todos os requisitos da portabilidade, inclusive a compatibilidade de preço, o que impede o risco moral.

Com a internalização da norma por parte dos atores do mercado de saúde suplementar, observou-se ainda que muitos beneficiários deixaram de exercer o direito à portabilidade por conta da assimetria de informação, seja pelo desconhecimento do período, seja por não ter tido tempo hábil para reunir a documentação exigida para realizar o pedido. No caso dos planos coletivos, o problema é ainda maior, pois o mês de aniversário do contrato não é, necessariamente, o mês em que o beneficiário aderiu ao contrato, tornando o período para o exercício da portabilidade de difícil conhecimento.

Além disso, beneficiários que não estão sendo adequadamente assistidos pela sua operadora não podem sair imediatamente do plano, pois devem esperar pela "janela", como é conhecido o período para o exercício da portabilidade, para a realização da portabilidade.

Assim, nota-se que o período de quatro meses ao ano limita o exercício da portabilidade pelo beneficiário e é um mecanismo que se tornou dispensável para se evitar falhas de mercado, sendo restritivo ao direito à portabilidade.

Ressalte-se que a alteração dessa regra, permitindo a saída gradativa dos beneficiários interessados em portar suas carências, evitaria que houvesse uma grande massa de beneficiários em operadoras que estejam em processo de liquidação extrajudicial aguardando a decretação da portabilidade especial.

Quando é dada a mobilidade ao beneficiário de uma operadora em processo de liquidação, evita-se a demanda reprimida nos casos de Portabilidade Especial. Os beneficiários que mais necessitam da cobertura assistencial dos planos de saúde tendem a ser os primeiros a buscar a mudança de operadora a fim de manter a cobertura assistencial.

Portanto, foi proposto que, após o cumprimento do prazo mínimo de permanência no plano de origem, a portabilidade seja exercida a qualquer tempo pelo beneficiário, extinguindo-se o período para o exercício da portabilidade de carências.

## **B) Substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas.**

A regra atual estabelece que, para o exercício da portabilidade, o plano de destino deve estar em tipo de cobertura compatível com o do plano de origem com base na segmentação assistencial. No item 3 do Anexo da RN nº 186/2009 são definidos os tipos de cobertura, transcrito a seguir:

3. Para formação dos tipos, os planos de saúde ficam agrupados, com base na segmentação assistencial, da seguinte forma:

I – Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial ambulatorial e ambulatorial + odontológico;

II – Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar sem obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia e ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico; e

III – Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia, hospitalar com obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico, e referência.

A compatibilização de planos se coloca como uma salvaguarda para as operadoras que não auferem compensações financeiras quando recebem beneficiários sem o cumprimento de carências. Nesse sentido, as salvaguardas procuram restringir o risco moral, como por exemplo, cumprimentos de carências em planos de qualidade inferior para exercer a portabilidade para planos de qualidade superior, e dessa forma

assumem um papel fundamental na segurança e na sustentabilidade desse mercado, haja vista o fluxo de beneficiários que é potencializado pela portabilidade de carências.

A compatibilização pelo tipo de cobertura visa equiparar planos que tenham os mesmos riscos assistenciais envolvidos, obrigando os beneficiários somente a portarem as carências das coberturas que já eram cobertas no plano original e evitando o *upgrade* de cobertura assistencial por meio da portabilidade.

Entretanto, verificou-se ao longo da vigência da norma de portabilidade que o critério de compatibilidade ao mesmo tempo que evita que haja um upgrade de cobertura, restringe o acesso de muitos beneficiários que não encontram planos compatíveis em decorrência da falta de oferta de planos similares aos seus.

Em consulta à base de dados do ANS, observou-se a seguinte distribuição proporcional por tipo de cobertura de planos de saúde ativos:

Sem Internação	Internação sem obstetrícia	Internação com obstetrícia
6,2%	7,8%	86,0%

Fonte: RPS/ANS/MS - 07/2017.

Constata-se que há uma grande concentração de planos classificados em "Internação com obstetrícia", representando mais de 80% (oitenta por cento) de planos no mercado. Dessa forma, o beneficiário que contratou um plano de "Internação sem obstetrícia" ou "Sem Internação" fica restrito a um nicho de mercado que representa menos de 15% (quinze por cento) dos planos.

Após analisar a citada situação, foi proposto que, em substituição ao critério da compatibilidade de planos pelo tipo de cobertura, a portabilidade possa ser realizada livremente pelo beneficiário, tendo este que cumprir carências para as coberturas não previstas no plano de origem.

Esse entendimento já havia sido adotado pela Súmula Normativa nº 21, de 12 de agosto de 2011, para contratos sucessores na mesma operadora, transcrito a seguir:

Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Por exemplo: um beneficiário de um plano "Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia" poderia exercer a portabilidade para um plano "Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia", tendo que cumprir carência de até 300 dias somente para parto a termo.

Cabe atentar para a possibilidade de cobrança de nova declaração de saúde e de alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) quando a portabilidade é feita para um plano com coberturas não previstas no plano de origem.

A RN nº 162/2007 veda a cobrança de nova declaração de saúde na contratação de plano em substituição a outro na mesma operadora e mesma segmentação, vedando também alegação de DLP, de acordo com o caput e parágrafo único do seu art. 14.

Portanto, nos casos de portabilidade para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, em que haja mudança de operadora e mudança de segmentação, pode-se permitir a cobrança de nova declaração de saúde relativa às coberturas não previstas no plano de origem, tendo como consequência a possibilidade de alegação de DLP.

Dessa maneira, o problema da restrição de planos seria resolvido, além de reduzir a possibilidade do risco moral, pois somente seriam portadas as carências das coberturas que já eram oferecidas no plano original. Essa medida amplia as opções de portabilidade sem que a operadora de destino passe a prestar assistência a coberturas que o beneficiário não tenha tido na operadora de origem.

Além disso, é proposto que, em caso de Portabilidade com *upgrade* de cobertura, o prazo de permanência para a próxima Portabilidade será de 2 (dois) anos ao invés de 1 (um) ano, como é feito atualmente.

### **C) Não exigência da compatibilidade de preço para planos em pós-pagamento.**

Os planos em pós-pagamento, por definição, não possuem um preço preestabelecido. O Anexo II da RN nº 85/2004, que define as características dos planos de saúde, traz em seu item 11 a explicação das diferentes maneiras de Formação do Preço. A norma esclarece que Formação do Preço são as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada, podendo ser:

- Pré-estabelecido: o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas;
- Pós-estabelecido: o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à



contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

- Rateio: a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura; ou
  - Custo operacional: a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário.
- Misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03.

Assim sendo, nos planos de saúde em pós-pagamento, os beneficiários utilizam os serviços médico-hospitalares e, no final do mês, a operadora encaminha à empresa contratante a fatura total das despesas.

Dessa forma, o aspecto peculiar do plano em pós-pagamento é a imprevisibilidade do valor da sua mensalidade. Ou seja, nem a contratante, nem a operadora sabem de quanto será o valor mensal. Isso porque as despesas médico-hospitalares pagas ao final do mês pela empresa contratante estão diretamente relacionadas com a frequência de utilização dos serviços pelos seus empregados e dependentes, podendo aumentar ou diminuir o valor mês a mês.

Vale esclarecer que as despesas dos planos em pós-pagamento não são apuradas com base atuarial, mas com base em tabela de honorários médicos. Por esse motivo, a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 28/2000, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, exige os planos com formação de preço pós-estabelecido de enviar a NTRP como requisito para obtenção de registro na ANS. A NTRP é a justificativa atuarial da formação inicial dos preços dos planos, o que só é aplicável a planos em pré-pagamento.

Nesse contexto, considerando o fato de que o valor da mensalidade paga à operadora de plano de saúde é variável mensalmente de acordo com a utilização efetiva dos serviços e que não é exigido o envio da NTRP, não é possível o enquadramento do valor dos planos em pós-pagamento em uma faixa de preço para fins de compatibilização de planos para a realização da Portabilidade de Carências. Desta forma, não é possível balizar a qualidade de um plano com formação de preço pós-estabelecido pelo seu valor mensal.

A média anual das mensalidades ou a definição per capita das despesas totais dos planos em pós-pagamento não representam o risco calculado dos gastos com a

cobertura, como ocorre com os preços dos planos em pré-pagamento. Isso ocorre porque os valores mensais dos planos em pós-pagamento são baseados nos gastos assistenciais reais multiplicados pela frequência de utilização.

A única alternativa para o enquadramento do valor dos planos em pós-pagamento em uma faixa de preço, para fins de Portabilidade de Carências, seria a apuração pela operadora, por meio de cálculo atuarial, de qual seria o valor comercial do plano se este fosse comercializado na modalidade pré-pagamento. Entretanto, essa alternativa não é recomendável, pois o valor comercial do plano seria uma estimativa de difícil validação pela ANS e traria um acréscimo de despesas à operadora.

Por fim, cabe ressaltar que o fato de ter aderido a um plano em pós-pagamento não deveria impedir o beneficiário de mudar de plano portando as carências já cumpridas. Por isso, o entendimento atual da área técnica e da gerência que cuida da Portabilidade de Carências, apesar da omissão normativa, é de que os beneficiários que estejam em um plano em pós-pagamento possam realizar a Portabilidade sem a exigência da compatibilidade de preço para o plano de destino.

Diante disso, foi proposto que a norma de Portabilidade de Carências preveja a não exigência da compatibilidade de preço para os beneficiários que estejam em um plano em pós-pagamento, tendo estes que cumprir o prazo de permanência mínima no plano de origem e as demais exigências da norma para portar carências.

#### **D) Não exigência da compatibilidade de preço para Portabilidade Especial por liquidação de operadora**

A Portabilidade Especial é regulamentada pelos artigos 7º-A, 7º-B, 7º-C e 7º-D da RN n.º 186/2009, que, tal como a Portabilidade comum, exige a aplicação do requisito da faixa de preço para a compatibilidade dos planos de origem e de destino.

O principal motivo da aplicação do requisito da faixa de preço para a compatibilidade de planos é evitar o risco moral do uso da portabilidade para ter acesso a um plano superior ao seu sem o cumprimento de carências.

Contudo, na Portabilidade Especial por Liquidação Extrajudicial da operadora, regulamentada pelo art. 7º-A da RN n.º 186/2009, o beneficiário não dá causa à mudança de plano. Nesse caso, a mudança de operadora se dá por circunstâncias alheias a sua vontade.

Além disso, em muitos casos em que a operadora foi liquidada extrajudicialmente, o valor da mensalidade dos beneficiários estava defasado e muito baixo, sendo normalmente enquadrado na primeira faixa de preço. Assim, esses beneficiários provenientes de operadora liquidada ficam limitados a contratação de planos enquadrados na primeira faixa de preço, que possuem oferta escassa, o que leva à decretação da Portabilidade Extraordinária, que exige os beneficiários da compatibilidade de preço.

Cabe observar que a capacidade de pagamento já é um grande limitador para o beneficiário no momento da escolha de um novo plano, o que leva naturalmente o beneficiário em gozo de Portabilidade Especial a optar por um plano do mesmo padrão do seu sem a necessidade da compatibilização pela faixa de preço.

Diante disso, foi proposto que a Portabilidade Especial seja exercida pelos beneficiários eximindo-os do requisito da faixa de preço. Com isso, as possibilidades de contratação de planos pelos beneficiários seriam expandidas e haveria uma maior diluição da massa de beneficiários no mercado local ou mesmo em mais de um plano dentro de cada operadora.

## **E) Extensão da Portabilidade para beneficiários de planos Coletivos Empresariais**

Inicialmente, cumpre recordar que a RN nº 186/2009, com redação dada pela RN nº 252/2011, já assegura ao beneficiário de plano coletivo empresarial o direito de exercer a portabilidade para um plano individual/familiar ou coletivo por adesão. Esse benefício é concedido nos quatro casos de Portabilidade Especial de Carências, quais sejam: liquidação extrajudicial da operadora; morte do titular; ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados; e extinção de vínculo pela perda da condição de dependência.

Apesar de representarem 67% (sessenta e sete por cento) do mercado, os beneficiários de planos Coletivos Empresariais não podem realizar a Portabilidade comum, precisam esperar a decretação da Portabilidade Especial.

A proposta de extensão da Portabilidade de Carências aos Planos Coletivos Empresariais compreende somente a possibilidade de mobilidade individual ou pelo grupo Familiar, em que o beneficiário decide ou precisa sair do contrato, podendo levar os seus dependentes, como já ocorre na Portabilidade Especial. Não foi vislumbrada a possibilidade da realização da Portabilidade pela Pessoa Jurídica contratante.

Quando a Portabilidade for exercida individualmente, ela poderá ser realizada independentemente da quantidade de vidas do contrato de origem, e os beneficiários,

titulares e dependentes, deverão comprovar o seu tempo de permanência no plano de origem.

Quanto ao requisito de compatibilidade de preço, este deverá ser cumprido quando o plano de destino for de contratação Individual/Familiar ou Coletivo por Adesão. Quando o plano de destino for de contratação Coletivo Empresarial, não se crê necessária a compatibilidade de preço entre os planos, haja vista que o beneficiário não dá causa, pois irá aderir a um plano que fora escolhido pela empresa em que passará a trabalhar.

Vale ressaltar que, independentemente do tipo de contratação, todos os planos devem cobrir o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, sendo que as peculiaridades de cada tipo de contratação serão respeitadas na medida em que o beneficiário estiver vinculado a cada tipo de plano. A Portabilidade de planos Coletivos Empresariais seguirá os mesmos requisitos impostos aos Individuais e Coletivos por Adesão.

Além disso, o beneficiário de contrato Coletivo Empresarial que não cumpriu carência no plano de origem possui risco menor do que os beneficiários que cumpriram carência, pois ficou mais tempo com cobertura assistencial.

Portanto, é de suma importância para o avanço da norma de Portabilidade de Carências e para o aumento da concorrência e capacidade de mobilidade dos beneficiários que Portabilidade seja estendida para os beneficiários de planos Coletivos Empresariais.

#### **F) Portabilidade para beneficiários de plano coletivo que tiveram o seu contrato rescindido**

Quando o contrato coletivo é rescindido unilateralmente pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante, os beneficiários ficam impedidos de realizar a Portabilidade comum, pois é exigido que o contrato do plano esteja vigente no momento do pedido da Portabilidade.

Há previsão na CONSU nº 19/1999 de que as operadoras que operam planos coletivos para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano na modalidade Individual ou Familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Entretanto, essa regra somente se aplica às operadoras que mantenham plano de saúde de contratação Individual ou Familiar.

Assim, foi proposto que, tal como ocorre nos casos de portabilidade especial em que os beneficiários ficam sem plano pela perda de vínculo, os beneficiários de contrato

coletivo rescindido pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante tenham o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da perda do vínculo com a operadora de planos de saúde, para realizar a Portabilidade de Carências.

### **G) Ampliação das faixas de preço, de 5 para 6 faixas**

O preço, calculado atuarialmente para um plano de saúde, representa o risco inerente a esse plano. O preço de um plano de saúde está atrelado a todas as suas características, tais como: tipo de contratação, segmentação assistencial, abrangência geográfica, padrão de acomodação, presença de fator moderador e rede assistencial.

Para que a Portabilidade de Carências seja realizada, a RN nº 186/2009 define em seu artigo 3º, inciso IV, que a faixa de preço é um requisito para caracterizar que o plano de origem e o plano de destino sejam compatíveis.

Se a comparação entre os planos considerasse todas as características de cada plano, a compatibilização seria impraticável. Dessa forma, optou-se por compatibilizar os planos pela segmentação assistencial, que representa as coberturas definidas na Lei nº 9.656/98, e pelo preço, que representa o risco vinculado a todas as características do plano.

A Lei nº 9.656/98 possibilita a exigência de carências para cada segmentação assistencial, e, por isso, poderá ser exigível o cumprimento de carências no plano de destino para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, mesmo que tenham preços compatíveis.

Planos com preços similares e características diferentes têm perfis de risco equivalentes, e, portanto, são compatíveis. Tal afirmação pode ser comprovada com o exemplo a seguir, em que são comparados dois planos reais, disponíveis no mercado, que tiveram apenas os nomes trocados, e que possuem valor comercial igual.

Exemplo:

Operadora	ABC	XYZ
Plano	Plano Alfa	Plano Diamante
Contratação	Individual ou familiar	Individual ou familiar
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Referência
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios
Acomodação	Individual	Coletiva
Fator Moderador	Co-participação	Não
Faixa de Preço	\$\$	\$\$
Faixa Etária	44 a 48 anos	44 a 48 anos
Valor Comercial	R\$ 336,00	R\$ 336,00

No exemplo, o plano "Alfa" da operadora ABC e o plano "Diamante" da operadora XYZ têm características iguais, com exceção do padrão de acomodação e da presença de fator moderador. O plano "Diamante" não possui fator moderador e possui padrão de acomodação coletiva (enfermaria). No plano "Alfa", a acomodação é individual (quarto particular), mas há a presença de coparticipação.

Verifica-se, nesse caso, que a melhoria do padrão de acomodação foi compensada pela presença de fator moderador, o que levou a uma equivalência do risco entre os dois planos, confirmada pelo valor comercial igual.

Inicialmente, foram definidas cinco faixas de preço, as quais classificam o plano qualitativamente em cinco estratos que buscam juntar planos semelhantes dentro de um mesmo tipo compatível.

Todavia, verificou-se ao longo da vigência da norma de Portabilidade que a quinta faixa de preço agrega planos de alto padrão e planos de altíssimo padrão, planos denominados *premium*, os quais possuem valores comerciais fora da curva.

Para separar esses planos *premium*, foi proposta a criação de uma sexta faixa de preço, esta nova faixa seria um estrato que agrupa os planos com preços considerados *outliers*.

Assim sendo, os valores das quatro primeiras faixas de preço serão calculados com base na distribuição dos valores comerciais dos planos em quintis, o valor inicial da quinta faixa de preço será o 80º percentil da distribuição dos valores comerciais dos planos, e o valor inicial da sexta faixa de preço será o 95º percentil da distribuição dos

valores comerciais dos planos. Com isso, a sexta faixa de preço agregará os planos cujos preços estão agrupados nos 5% maiores valores da distribuição de planos.

## **H) Outros ajustes na norma**

### – Vínculo Ativo do Beneficiário

Foi incluída a redação “o vínculo do beneficiário com do plano de origem deve estar ativo” no inciso III do artigo 3º da RN nº 186/2009 como critério para a Portabilidade de Carências..

### – Plano de destino coletivo suspenso por solicitação da operadora

Foi incluída a redação “salvo planos coletivos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados” no inciso V do artigo 3º da RN nº 186/2009, para atender ao estabelecido no §1º do artigo 12 da RN nº 85/2004, que permite o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados. Essa proposta segue a lógica de que a Portabilidade deve ter o mesmo tratamento de uma nova adesão de beneficiário a um plano de saúde.

### – Portabilidade para operadoras em Direção Fiscal e/ou Técnica

Exclusão dos incisos III – “Liquidação Extrajudicial”, V – “Direção Fiscal”, e VI – “Direção Técnica” do artigo 7º para permitir que operadoras submetidas a Direção Fiscal e/ou Direção Técnica possam receber beneficiários por meio da portabilidade de carências. Operadoras submetidas a liquidação extrajudicial têm o seu registro cancelado e estariam naturalmente impedidas de receber beneficiários.

Tendo em vista que as operadoras em direção fiscal ou técnica estão aptas a comercializar planos de saúde, eles devem receber também beneficiários que desejam portar suas carências pela Portabilidade.

### – Comunicação aos beneficiários da Portabilidade Especial

Substituição da redação dos §§ 3º e 4º do artigo 7º-A, sobre a comunicação aos beneficiários da abertura de prazo para exercício da portabilidade especial de carências, em que essa comunicação era exigida da operadora que estava sendo retirada compulsoriamente do mercado ou da ANS a publicação em jornal impresso de grande circulação em caso de desmobilização operacional da operadora. A nova redação do §4º dá à ANS a responsabilidade da divulgação “por qualquer meio que entender cabível e

a seu critério”, haja vista que a desmobilização operacional da operadora ocorria em quase todas as liquidações extrajudiciais.

– Portabilidade em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário

Inclusão da Seção II que trata da portabilidade de carências exercida em decorrência da perda do vínculo de beneficiário e reunião dos dispositivos tratados nos artigos 7º-B, 7º-C e 7º-D no artigo 7º-C com a redação: “A Portabilidade de Carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo, nas seguintes hipóteses: I - Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998; II - Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009; III - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; IV - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante”.

Dessa forma, a norma ficou mais simples e enxuta, tratando unificadamente todas as possibilidades em que a portabilidade poderá ser exercida em decorrência da perda do vínculo de beneficiário.

Ressalte-se que o termo “Portabilidade Especial de carências” passou a designar somente os casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial, não mais se referindo à portabilidade exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário, que será tratada como uma portabilidade regular em que não é exigido o prazo de permanência e o contrato vigente.

– Portabilidade Extraordinária

Foi incluído o artigo 7º-B na RN 186/2009 prevendo a possibilidade de decretação da Portabilidade Extraordinária para beneficiários de operadora a ser retirada compulsoriamente do mercado, nos casos em que não seja possível a aplicabilidade das disposições da norma ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público.

– Forma de cálculo das faixas de preço na IN/DIPRO 19/2009



Foram incluídos três parágrafos no artigo 13 da IN/DIPRO 19/2009 para mostrar como são constituídas as faixas de preço, da seguinte forma:

“§1º Os valores das quatro primeiras faixas de preço serão calculados com base na distribuição dos valores comerciais dos planos em quintis.

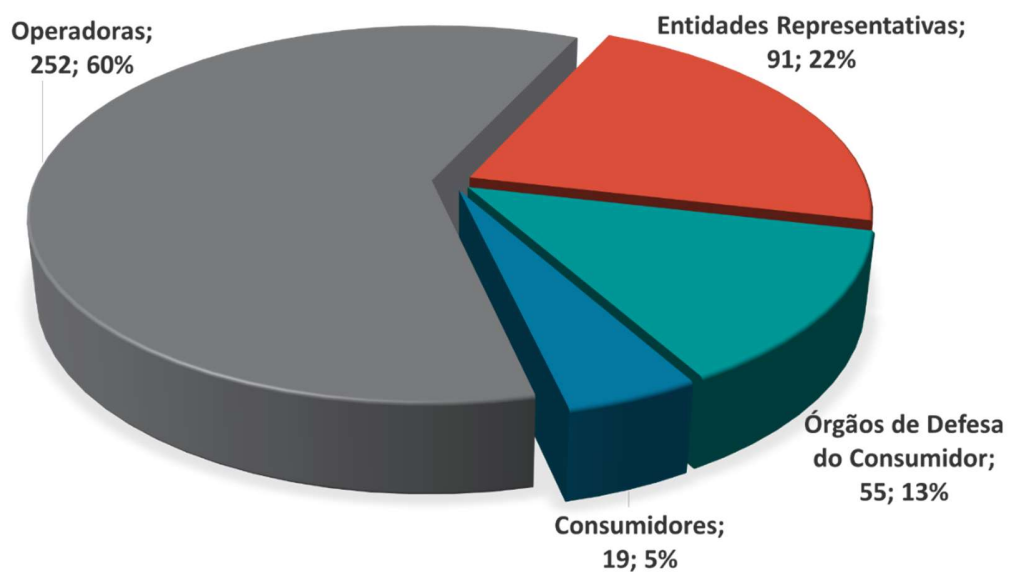
§2º O valor inicial da quinta faixa de preço será o 80º percentil da distribuição dos valores comerciais dos planos.

§3º O valor inicial da sexta faixa de preço será o 95º percentil da distribuição dos valores comerciais dos planos.”

Além disso, o §2º do artigo 14 da IN/DIPRO 19/2009 foi alterado para mostrar que a faixa etária que, estatisticamente, melhor reflete a equivalência entre os planos é a faixa etária dos 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos.

### III - ESTATÍSTICAS DAS CONTRIBUIÇÕES

A Consulta Pública sobre a Portabilidade de Carências recebeu 417 contribuições de operadoras, consumidores, entidades representativas e órgãos de defesa do consumidor. O gráfico a seguir mostra a distribuição das contribuições.



A tabela a seguir mostra a distribuição das contribuições da Consulta Pública por tema.

<b>Tema da Contribuição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Proporção</b>
Questões Operacionais da Portabilidade	42	10%
Contribuição Ininteligível	36	9%
Portabilidade por Extinção de Vínculo	30	7%
Registro de Produto (RN 85)	30	7%
Prazo para a Portabilidade (Janela)	25	6%
Carência de Rede/Acomodação	21	5%
Plano Antigo	21	5%
Administradoras de Benefícios	20	5%
Planos Empresariais	20	5%
Documentos para a Portabilidade	14	3%
Portabilidade Especial	14	3%
Revisão Técnica	14	3%
Faixas de Preço	13	3%
Fora de objeto	11	3%
Redação	11	3%
Requisitos para a Portabilidade	10	2%
Coletivos suspensos por solicitação	9	2%
Migração / Adaptação (RN 254)	9	2%
Pós-Pagamento	9	2%
Agravo / CPT	8	2%
Direção Técnica / Fiscal	8	2%
Prazo de Permanência	8	2%
Comprova	7	2%
Produtos exclusivos para ex-empregados	7	2%
Remissão	7	2%
Portabilidade para segmentação superior	6	1%
Fidelização	3	1%
Autogestão	2	0%
Beneficiário Internado	2	0%
<b>Total</b>	<b>417</b>	<b>100%</b>

#### **IV - ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES MAIS FREQUENTES**

Neste tópico será feita uma breve análise dos oito temas mais abordados dentre os 29 temas das contribuições enviadas na Consulta Pública (excluindo-se as classificadas como "Contribuição Ininteligível"). As contribuições mais frequentes referem-se a: Questões Operacionais da Portabilidade, Portabilidade por Extinção de

Vínculo, Registro de Produto (RN 85), Prazo para a Portabilidade (Janela), Carência de Rede/Acomodação, Plano Antigo, Administradoras de Benefícios, e Planos Empresariais.

Acerca das Questões Operacionais da Portabilidade, identificam-se as seguintes contribuições principais:

- Contribuição: No momento do pedido de Portabilidade, deve ser disponibilizada uma "proposta de portabilidade" ao invés da proposta de adesão. Proposta: A redação do artigo 8º da RN 186 foi alterada para que a proposta de adesão seja disponibilizada, mas com o início de vigência sujeito à aceitação do pedido de Portabilidade.
- Contribuição: A resposta da análise do pedido de Portabilidade deverá estar justificada pela operadora e terá o prazo alterado de 20 para 10 dias. Proposta acatada, a recusa de aceite da Portabilidade de Carências deve ser feita de forma justificada, garantindo acesso a informação clara e adequada. O prazo de dez dias é suficiente para a operadora analisar o pedido de Portabilidade.
- Contribuição: Estabelecer um prazo para o beneficiário formalizar a contratação/adesão ao plano de destino. Proposta acatada, foi incluído um prazo de dez dias para que o beneficiário formalize a contratação/adesão.
- Contribuição: Exigir na norma que as comunicações feitas pela operadora ao beneficiário sejam feitas por meio do PIN-SS ou por correspondência escrita. Proposta não acatada, a norma exige que comunicações sejam feitas por qualquer meio que comprovadamente assegure a ciência do beneficiário.
- Contribuição: Passar ao beneficiário a responsabilidade de requerer o cancelamento/exclusão à operadora de origem, nos termos da RN nº 412/2016, quando da realização da Portabilidade. Proposta não acatada, a operadora de destino deve avisar a operadora de origem sobre o pedido de Portabilidade para garantir que o plano de origem seja cancelado, evitando que o beneficiário mantenha dois planos ativos. A RN nº 412/2016 não se aplica à Portabilidade.

Quanto à Portabilidade por Extinção de Vínculo, as principais contribuições foram:

- Contribuição: Não deve ser concedido o direito de Portabilidade ao beneficiário que foi demitido por justa causa. Proposta não acatada, mesmo que um beneficiário seja demitido por justa causa, ele poderá se manter no sistema de saúde suplementar, não há que se confundir os direitos previstos no artigo 30 e 31 da Lei 9656/98 com o exercício da Portabilidade.

- Contribuição: Deve ser exigido o prazo de permanência na Portabilidade por Extinção de Vínculo. Proposta não acatada, o artigo que trata da Portabilidade por Extinção de Vínculo refere-se aos casos excepcionais em que o contrato foi rescindido sem que o beneficiário tenha dado causa, não cabendo a exigência do prazo de permanência.
- Contribuição: O prazo da Portabilidade por Extinção de Vínculo deve ser de trinta dias, pois já possui embasamento na resolução CONSU nº 19/99. Proposta não acatada, o prazo de 60 dias é mais adequado para que o beneficiário realize a portabilidade e é o prazo adotado na Portabilidade Especial desde a sua edição em 2011. A CONSU nº 19/99 trata de um caso específico de oferecimento de plano Individual ou familiar aos beneficiários que tiveram seu contrato coletivo empresarial cancelado pela pessoa jurídica contratante.

Quanto às questões de Registro de Produto, ressaltamos que as alterações realizadas na RN nº 85/2004 estão diretamente relacionadas às alterações propostas na norma de Portabilidade. As questões substanciais da RN nº 85/2004 não estão em discussão.

O prazo de 60 dias para suspender/reactivar os planos de saúde foi colocado em substituição aos dispositivos da norma que impediam a suspensão de registro de produto cujo município de comercialização fosse compatível com os planos de operadora em via de ser liquidada, no curso de prazo para a Portabilidade Especial de Carências. O prazo de 60 dias impõe que haja um maior planejamento para a comercialização de seus planos.

As contribuições que trataram do Prazo para a Portabilidade (Janela) se manifestaram no sentido de se manter a regra atual, ou seja, solicitaram que a janela não fosse extinta mantendo-se o prazo de 4 meses ao ano para a realização da Portabilidade, sem, contudo, apresentar uma justificativa consistente. O fim da janela já foi discutido e pacificado tanto internamente na ANS, em grupos de trabalho, quanto externamente, em reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. Está disposta neste relatório a justificativa da proposta de que a Portabilidade possa ser exercida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo mínimo de permanência no plano de origem, extinguindo-se o período para o exercício da Portabilidade de carências.

Em relação ao tema Carência de Rede/Acomodação, as contribuições solicitavam que fosse permitida a cobrança de carências para acomodação superior ou rede assistencial mais abrangente no plano de destino quando realizada a Portabilidade, tal como é normatizado pela Súmula nº 21 da ANS. Essa proposta não foi acatada pois o

tipo de acomodação, a rede hospitalar e as demais características do plano são consideradas na compatibilidade de preço. O preço representa o risco inerente ao plano, por isso planos com características diferentes e preços iguais têm perfis de risco equivalentes. A Súmula nº 21 regulamenta a mudança de plano na mesma operadora, em que não há compatibilidade de preço, o que permite o upgrade e a cobrança de carências de rede hospitalar e acomodação.

No tocante ao Plano Antigo, ou seja, plano não regulamentado firmado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, é possível citar dois tipos de abordagem na consulta pública: uma parte das contribuições pugnava que não houvesse diferenciação de tratamento entre os planos contratados antes ou depois de 1º de janeiro de 1999, permitindo que beneficiários de planos antigos e não adaptados exercessem a Portabilidade de Carências tal como um beneficiário de plano regulamentado, e outra parte solicitava que beneficiários de planos antigos não pudessem exercer a Portabilidade Especial de Carências ou a Portabilidade por Extinção de Vínculo, da forma vigente, regulamentada pela RN nº 252 em 2011.

Nesse panorama, faz-se necessário ponderar que aos planos antigos é aplicada a regra de Adaptação ou Migração regulamentada pela RN nº 254/2011, a qual garante a adaptação contratual à Lei nº 9.656/98 ou a mudança para um plano regulamentado na mesma operadora. Além disso, nos casos de Portabilidade Especial ou Portabilidade por Extinção de Vínculo é permitida a Portabilidade pelo beneficiário de plano não regulamentado, pois o beneficiário não dá causa da extinção do contrato, sendo obrigado a mudar de plano.

No que concerne às Administradoras de Benefícios, as contribuições demandaram a exclusão desses entes do processo de Portabilidade de Carências, justificando que as administradoras podem prejudicar os beneficiários e as operadoras no trâmite da Portabilidade. Esse argumento não foi acatado, haja vista que as Administradoras têm as mesmas obrigações e responsabilidades das operadoras no que diz respeito à adesão de beneficiários. Seguindo essa lógica, a Portabilidade deve ter o mesmo tratamento de uma nova adesão de beneficiário a um plano de saúde.

O oitavo tema mais frequente nas contribuições se refere à Portabilidade para beneficiários de Planos Coletivos Empresariais. Nessa matéria, foram identificadas as seguintes contribuições: a Portabilidade não deve ser estendida aos beneficiários de contratos Coletivos Empresariais, esta modalidade pode gerar o desequilíbrio atuarial das carteiras; os contratos Coletivos Empresariais são celebrados entre pessoas jurídicas, não hipossuficientes e com condições negociais específicas, as quais não podem ser baralhadas com as condições estabelecidas para contratos celebrados entre pessoas físicas e operadoras; poderá acontecer a insustentabilidade do contrato

empresarial; deve-se manter a redação da RN nº 186/2009; planos Coletivos Empresariais com mais de 30 vidas são isentos de carência e CPT; e planos Coletivos Empresariais PME podem ter valores baixos e não há suporte financeiro para exercer Portabilidade sem prejuízo à operadora de destino.

A extensão da Portabilidade para beneficiários de planos Coletivos Empresariais foi exaustivamente discutida e pacificada tanto internamente na ANS, em grupos de trabalho, quanto externamente, em reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. As questões afetas aos contratos Coletivos Empresariais em nada influenciam a troca de plano pela Portabilidade. O beneficiário de contrato coletivo empresarial com mais de 30 vidas permaneceu no plano com todas as coberturas previstas no Rol de procedimentos, portanto não há que se falar em privilégio ou comportamento oportunista. Todo o embasamento para a proposta de extensão da Portabilidade para os planos Coletivos Empresariais está disposto neste relatório.

## V – CONTRIBUIÇÕES CONSIDERADAS PERTINENTES PELA ANS

Além das contribuições mais frequentes ao longo da Consulta Pública, mostra-se relevante apresentar aquelas consideradas pertinentes pela ANS, devidamente listadas na tabela a seguir:

<b>Tema</b>	<b>Artigo</b>	<b>Tipo de Proposta</b>	<b>Texto proposto</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Análise da Contribuição</b>
Requisitos para a Portabilidade	Art. 4º	Inclusão	Incluir inciso VI no art. 3º da RN 186: No caso de portabilidade para plano coletivo deverá ser comprovada a elegibilidade, de acordo com o plano de destino, observadas as regras de aceitação de dependentes previstas em contrato.	É necessário dar destaque ao beneficiário sobre as regras de elegibilidade para os planos coletivos, bem como as condições contratuais para aceitação do grupo familiar. A norma deve reforçar a informação ao beneficiário que, por muitas vezes, desconhece as regras de elegibilidade para os planos coletivos, o que gera conflitos e demandas infundadas.	Acatado. É requisito da Portabilidade o vínculo do beneficiário à PJ contratante de plano coletivo. Foi incluído o inciso VI no art. 3º da RN 186.

Operacional	Art. 4º	Alteração	Art. 8º caput (Não há no site ANS espaço de contribuição): O benef. que pretender exercer a portab. de carên. deverá entregar os seguintes docs à OPS do plano de destino, caso se pretenda contratar pl. diretamente junto a esta ou à Adm. de Benef. responsável pelo plano de destino, na hipótese do benef. optar por contratar um plano intermediado por uma Adm., ocasião em que esta deverá disponibilizar o formulário de Pedido de Análise de Portabilidade, fornecendo 2ª via, datada e assinada.	A entrega de proposta neste momento pode criar a expectativa no beneficiário de que o plano já iniciou a vigência, até porque de acordo com as normas da própria ANS, a vigência se inicia com a assinatura da proposta. Além disso, o beneficiário deverá entregar a documentação/pedido de análise na pessoa jurídica responsável pela sua inclusão no plano, que nem sempre é a Operadora.	Acatado. Foi acrescido ao artigo 8º que deve-se informar o início de vigência do contrato após o aceite da proposta Portabilidade.
Redação	Art. 4º - RN 186, artigo 7º-A, §1º	Alteração	§1º Não se aplicam à portabilidade especial de carências o requisito de prazo de permanência.	É premissa básica que o contrato esteja ativo. Caso contrário será permitido ao beneficiário, por exemplo, com seu contrato cancelado há 120 dias se utilizar da portabilidade. Compatibilidade por faixa de preço é necessária para evitar a portabilidade de um plano básico para um muito superior, sem cumprimento de carência.	Acatado. Redação alterada.
Redação	Art. 4º - RN 186, artigo 8º, §2º	Alteração	§2º A operadora do plano de origem, quando solicitada pelo próprio beneficiário ou seu responsável por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, deverá informar a data da inclusão do beneficiário ao plano de saúde, o número do registro da operadora e o número do registro do plano contratado pelo beneficiário.	É importante e necessário que a norma preserve a confidencialidade dos dados dos beneficiários, de forma a contribuir com a obrigação da operadora de manter o sigilo de tais informações.	Acatado. Deixa claro que a requisição dos dados deve ser feita pelo próprio beneficiário.

Operacional	Art. 4º - RN 186, artigo 9º, caput	Alteração	<p>Art. 9º A OPS do plano de destino ou a Adm. Benef. responsável pelo plano de destino deverá concluir a análise do formulário de Solicitação de Portabilidade e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de 20 dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução. Após tal comunicado, o beneficiário terá 10 dias para assinar a respectiva Proposta de Adesão junto a Operadora.</p>	<p>Entende-se que somente após a aprovação de todos os documentos, poderá a Operadora disponibilizar a proposta. Ademais, não pode haver aceite compulsório pela Operadora sem que ocorra, previamente, a assinatura da proposta.</p>	<p>Acatado. Foi acrescido ao artigo 8º que deve-se informar o início de vigência do contrato após o aceite da proposta Portabilidade.</p>
Operacional	Art. 4º - RN 186, artigo 9º, caput	Alteração	<p>Art. 9º A operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de dez dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução.</p>	<p>.O prazo máximo de 20 dias para a operadora de destino ou Administradora de Benefício analisar proposta do consumidor que pleiteia a portabilidade é demasiadamente longo, considerando as informações obrigatórias e documentos que consumidor deve juntar para o pleito, entendemos, que o prazo máximo de 10 dias se mostra suficiente. Além disso, considerando o prazo para o consumidor realizar a portabilidade, todos os prazos de resposta devem ser o mais exíguo possível para evitar prejuízos ao .....</p>	<p>Acatado. Prazo reduzido para 10 dias.</p>



Redação	Art. 6º - RN 186, artigo 3º, §10, inciso V	Alteração	Art. 3º (...) § 10 (...) V- prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência.	A ANS não pode inovar onde a lei 9.656/98 não autorizou. O art. 12, V, da lei fixa limite de 24 horas para carências em atendimentos de urgência e emergência sem especificar a segmentação. Mesmo que a migração ocorra no sentido de cobertura hospitalar, sugere-se, para evitar confusão de sentidos, que a redação repita o conteúdo da lei 9.656/98.	Acatado. Redação alterada.
Redação	Art. 6º - RN 186, artigo 8º-A, §7º	Alteração	Art. 8º- A §7º O procedimento previsto neste artigo poderá ser realizado pelos Núcleos da ANS, cujos endereços e horários de atendimento deverão estar indicados no sítio eletrônico da ANS.	Considerando o direito básico à informação garantido pelo CDC (Art. 6.º, III) o beneficiário deve ter ciência de onde, como e quando poderão ser realizadas as solicitações.	Acatado. Redação alterada.
Operacional	Art. 6º - RN 186, artigo 8º-A, caput	Inclusão	§8º A partir do protocolo efetuado pelo beneficiário, fica suspenso o prazo previsto para a realização da portabilidade, o qual voltará a correr do recebimento da informação pelo beneficiário.	O acréscimo do §8º, visa garantir que não haja prejuízo ao beneficiário, em razão da falta de informação sobre o plano de origem, ou a sua demora, não colocando o consumidor em situação de desvantagem considerando o prazo para o exercício da portabilidade.	Acatado. Um parágrafo foi acrescido ao artigo 8º-A.

Operacional	Art. 9º	Alteração	<p>Art. 9º A operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de vinte dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução, DEVENDO O BENEFICIÁRIO FORMALIZAR SEU ACEITE EM ATÉ 72H, SOB PENA DE CANCELAMENTO DA PORTABILIDADE.</p>	<p>É comum que os beneficiários desistam da portabilidade após sua formalização, até porque a Operadora de destino tendo à oferecer planos menores e mais baratos. Segundo, criou-se prazo apenas para a Operadora e não para o beneficiário, sendo fundamental que ele retorne a Operadora para enfim assinar o contrato. A ASSINATURA DO CONTRATO NO MOMENTO DA SOLICITAÇÃO DE PORTABILIDADE ESTÁ INCORRETA, POIS O BENEFICIÁRIO PODE SE RECURSAR À IR PARA OPERADORA CASO ESTA SEJA NEGADA.</p>	<p>Acatado. Foi acrescido ao artigo 9º um parágrafo estabelecendo um prazo de dez dias para o beneficiário formalizar a contratação/adesão ao plano de destino.</p>
Operacional	Art. 10	Alteração	<p>Art. 10 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de Portabilidade de Carências.</p>	<p>E se o beneficiário, diante da negativa da portabilidade, voltar atrás quanto a portabilidade? Lembrando que ele assinou o contrato no momento da formalização do requerimento. É necessário alterar o momento de assinatura do contrato, já que, presume-se que a partir da assinatura a Operadora já tenha obrigatoriedade de fornecer a cobertura e até mesmo cobrar pelo serviço, o que pode conflitar com eventual DESISTÊNCIA diante de uma recusa de portabilidade ou nova proposta da Operadora de origem.</p>	<p>Acatado. Foi acrescido ao artigo 8º que deve-se informar o início de vigência do contrato após o aceite da proposta Portabilidade.</p>
Redação	Art. 10 - IN 19, artigo 19, §2º	Alteração	<p>§ 2º A apresentação do relatório extraído do Guia ANS com as informações sobre o plano compatível é requisito para o exercício da portabilidade de carências e da migração.</p>	<p>Adequação da redação para constar Guia ANS no lugar de aplicativo.</p>	<p>Acatado. Redação alterada.</p>

Operacional	Art. 11	Inclusão	A proposta de adesão do plano de destino deve conter uma cláusula que conste que o beneficiário pediu à operadora a portabilidade de carências. Tal cláusula deverá mencionar que o beneficiário estará dispensado do cumprimento de novos prazos de carência ou CPT, caso o seu pedido de portabilidade de carências seja aceito. Na prática, algumas operadoras usam propostas que não identificam que a portabilidade foi pedida e obrigam o consumidor a assinar propostas c/cumprimento de nova carência.	A proposta de adesão do plano de destino deve conter uma cláusula que conste que o beneficiário pediu à operadora a portabilidade de carências. Tal cláusula deverá mencionar que o beneficiário estará dispensado do cumprimento de novos prazos de carência ou CPT, caso o seu pedido de portabilidade de carências seja aceito. Na prática, algumas operadoras usam propostas que não identificam que a portabilidade foi pedida e obrigam o consumidor a assinar propostas c/cumprimento de nova carência.	Acatado. Foi acrescido ao artigo 8º que deve-se informar o início de vigência do contrato após o aceite da proposta Portabilidade.
Migração / Adaptação	Art. 16 - RN 254, artigo 15, §4º	Alteração	§ 4º Para os planos exclusivamente odontológicos, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no caput deste artigo, sendo considerado o valor da contraprestação pecuniária paga.	Adequação à proposta da Federação e ao entendimento da ANS, que decidiu por não excluir a compatibilidade de preço para odontologia.	Acatado. Redação alterada.
Redação	Art. 16 - RN 254, artigo 15-B, inciso V	Alteração	V- prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência.	A ANS não pode inovar onde a lei 9.656/98 não autorizou. O art. 12, V, da lei fixa limite de 24 horas para carências em atendimentos de urgência e emergência sem especificar a segmentação. Mesmo que a migração ocorra no sentido de cobertura hospitalar, sugere-se, para evitar confusão de sentidos, que a redação repita o conteúdo da lei 9.656/98.	Acatado. Redação alterada.

## **VI – CONCLUSÃO**

Após a análise de todas as 417 contribuições recepcionadas na Consulta Pública n.º 63, que revelou a participação da sociedade, foram realizadas as adequações possíveis e julgadas pertinentes.

Após submissão à Diretoria Colegiada da ANS, todos os esforços enveredados na atualização da norma sobre portabilidade de carências culminarão na publicação de uma nova Resolução Normativa.