

Minuta de Resolução Normativa

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XXX, DE OXX DE XXXXXXXXX DE 2007.

Atualiza o Rol de Procedimentos que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no inciso III, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10 da Lei nº 9.961, de 2000, considerando a necessidade de revisão das diretrizes para a cobertura assistencial instituída pela Resolução CONSU nº 10, de 4 de novembro de 1998, alterada pela CONSU nº 15, de 23 de março de 1999, e a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e formatação, bem como a necessidade de inclusão e exclusão de itens constantes no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução Normativa – RN nº 82, de 29 de setembro de 2004, em reunião realizada em XX de XXXXXXX de 2007 adota a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Atualiza-se o Rol de Procedimentos, que passa a se chamar Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar, que constitui a referência básica para cobertura de Atenção à Saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir da vigência da Lei 9.656 e àqueles a ela adaptados na forma do Anexo I e II desta Resolução Normativa.

Art. 2º A Atenção à Saúde na Saúde Suplementar deve incorporar as seguintes diretrizes: atenção multiprofissional; integralidade das ações respeitando a

segmentação contratada; incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, bem como de estímulo ao parto natural e uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde.

Art. 3º As ações estabelecidas nesta resolução devem ocorrer em todos os níveis de Atenção, respeitando as segmentações contratadas visando: a promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação.

Art. 4º O Anexo I desta Resolução enumera o Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar e o Anexo II contém as Diretrizes de Utilização para os procedimentos que se fazem necessários.

Parágrafo Único. Para os Procedimentos com Diretrizes de Utilização listados no Anexo I, a obrigatoriedade de cobertura está condicionada às indicações previstas no Anexo II desta Resolução.

Art. 5º Atualiza-se também o Rol de Ações em Saúde de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução sobre Doença e/ou Lesão Preexistente específica vigente, na forma do Anexo I desta Resolução Normativa.

Art. 6º Fica estabelecida a classificação do Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar de acordo com a segmentação contratada: *Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Hospitalar sem Obstetrícia* ou suas combinações que deverá ser utilizada como referência de cobertura para todos os planos contratados a partir da vigência da Lei 9.656 e aqueles a ela adaptados; na forma dos Anexos I e II desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. O Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Art. 7º Os Procedimentos que possuem cobertura obrigatória, listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executadas por qualquer Profissional de Saúde desde que, devidamente habilitado pelo seu Conselho de Classe para a realização do Procedimento.

Art. 8º A cobertura assistencial de que trata o plano-referência, estabelecido pelo artigo 10 da Lei nº 9.656/98, compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, os atendimentos de urgência e emergência, representando o somatório das segmentações e as exceções definidas no art. 10 da referida Lei.

Parágrafo Único. Nos contratos de planos individuais, respeitadas a circunscrição geográfica estabelecida no contrato, fica assegurado o atendimento, dentro das respectivas segmentações, independente da circunstância ou do local de origem do evento.

Art. 9º Os procedimentos listados nos anexo I desta Resolução atualizam a referência básica de cobertura obrigatória, nos planos privados de assistência à saúde, respeitando-se à segmentação contratada com exceção dos Planos Odontológicos que possuem Resolução própria que descreve o Rol de Ações em Saúde Bucal. As coberturas assistenciais respeitam as exclusões previstas pelo Artigo 10 da Lei nº 9.656/98. Para tais exclusões, para fins desta resolução, entende-se como:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental: caracterizado como procedimento experimental de uso diagnóstico, terapêutico ou profilático e de aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda se encontram em estudo, em grupos selecionados de acordo com critérios pré-

determinados de elegibilidade e observados para evidências pré-definidas de efeitos favoráveis ou desfavoráveis.

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim. Para fins desta Resolução, entende-se como Procedimento Estético todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial: para fins desta resolução entende-se inseminação artificial como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplásmicas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados. Para fins desta Resolução medicamentos importados não nacionalizados são os medicamentos produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e os medicamentos importados nacionalizados são aqueles medicamentos produzidos fora do território nacional com registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: entende-se como medicamentos para tratamento domiciliar aqueles medicamentos cuja administração não necessite de intervenção ou supervisão de profissionais de saúde podendo ser administrados fora do ambiente de Unidades de Saúde (hospitais, clínicas ou ambulatórios) e adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Art. 10º Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos.

Parágrafo Único: Nos planos individuais mantém-se a obrigatoriedade da cobertura dos Procedimentos listados no Rol de Ações em Saúde; para o Segmento Médico ambulatorial-hospitalar; relacionados ou não com a saúde ocupacional; respeitadas as segmentações contratadas.

Art. 11 As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão, além do plano Referência, oferecer alternativamente os planos: Ambulatorial; Hospitalar com Obstetrícia; Hospitalar sem Obstetrícia; Odontológico e suas combinações.

Art. 12 O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Ações de Saúde para o segmento Médico ambulatorial-hospitalar, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-

anestésica, unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas; inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II – cobertura de Sessões com Nutricionista, Psicoterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional de acordo com o número de sessões por ano de contrato estabelecido no Anexo I desta Resolução;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo profissional assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

IV - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

V - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, portanto de cobertura obrigatória:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) medicamentos de uso ambulatorial. Para fins desta Resolução, entende-se como o uso de medicamentos que necessitem ser administrados em Unidades

de Saúde (hospitais, clínicas ou ambulatórios) independente da via de administração, sob intervenção ou supervisão de profissionais de saúde ou quando for vedada a venda para pessoas físicas em farmácias de acesso ao público, ou seja, obrigatoriamente dispensados em Unidades de Saúde (hospitais; clínicas ou ambulatórios).

c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

d) hemoterapia ambulatorial;

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656/98 consideram-se excluídos para a segmentação ambulatorial:

a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

b) quimioterapia de longa duração que demandem internação;

c) quimioterapia intra-cavitária

d) embolizações e radiologia intervencionista;

Art. 13º O Plano Hospitalar, compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656/98, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso III e IV deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente sobre urgência e emergência, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de no mínimo um acompanhante em condições adequadas de acomodação para crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir do 60 anos de idade, bem como aqueles portadores de necessidades especiais;

II - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar realizadas por profissional considerado habilitado pelo seu conselho de classe;

III – cobertura aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

IV - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar.

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;



i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção;

K) procedimentos do Rol de Ações em Saúde para o segmento ambulatorial listados no Anexo I desta Resolução, realizados apenas em regime de internação, desde que, indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica;

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei 9656/98, consideram-se excluídos:

a) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), Spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

b) transplantes à exceção de córnea e rim;

c) consultas ambulatoriais e domiciliares;

Art. 14º O Plano Hospitalar incluindo atendimento obstétrico compreende toda a cobertura definida no art. 13 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal; da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – Cobertura de no mínimo um acompanhante indicado pela mulher, em acomodação adequada, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

II - cobertura assistencial ao filho recém-nascido natural ou filho adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto ou a adoção;

II – opção de inscrição assegurada ao filho natural recém-nascido, ou filho adotivo do beneficiário, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT devido a Doença ou Lesão Preexistente - DLP, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) do nascimento ou adoção. Para fins desta resolução entende-se:

a) filho adotivo: o menor na condição de adoção definitiva, bem como no período de guarda provisória.

Art. 15 O Plano Odontológico compreende todos os procedimentos listados no Rol de ações em Saúde Bucal, publicado em Resolução específica e realizados em consultório, incluindo exame clínico; cobertura de serviços de apoio diagnóstico (cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares); tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo Profissional Assistente tais como: Procedimentos de prevenção; dentística; endodontia, periodontia e cirurgia.

Parágrafo Único: Os procedimentos buco-maxilo-faciais, por necessitarem de internação hospitalar, bem como, aqueles procedimentos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, não estão cobertos pelos planos odontológicos. Em consequência disso, ambos os casos têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano referência.

Art. 16 A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução, terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação médica específica.

Art. 17 Nas complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de Procedimentos não cobertos (procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, etc) estão obrigatoriamente cobertos os procedimentos necessários ao seu tratamento se constarem no Rol de Ações em Saúde do Segmento Médico ambulatorial-hospitalar, respeitadas as segmentações, carências e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo Único: Os Anexos I e II desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

Art. 18 Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19 Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 20 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação. Ficam revogadas: a Resolução CONSU 10 de 04 de novembro de 98; o inciso VI da Resolução CONSU 15 de 23 de março de 1999; a Resolução Normativa RN 82 de 29 de setembro de 2004 e as disposições em contrário.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS  
Diretor - Presidente