



Operadoras contestam novas regras para planos de saúde

A nova norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para as operadoras de planos de saúde entra em vigor no dia 2 de abril sob protesto. A Resolução Normativa 167 da ANS atualiza e amplia o rol de procedimentos que devem ser garantidos pelos planos básicos de saúde oferecidos pelas seguradoras.

A resolução foi publicada dia 10 de janeiro de 2008 e prevê 100 novos procedimentos que devem ser incluídos na cobertura obrigatória dos planos. A norma vale para contratos feitos a partir de 1999. Portanto, quem tem plano de saúde anterior a esta data não pode usufruir do novo rol de procedimentos.

Representantes desse setor do mercado criticam as novas normas. Para o advogado **Rodrigo Alberto Correa da Silva**, especialista em negócios de saúde, a resolução fere princípios da retroatividade, previsto no artigo 5º, inciso 36, da Constituição Federal. O argumento é de que a nova resolução não pode estender esses procedimentos aos planos firmados antes da sua vigência. “Essa retroatividade é inconstitucional. A ANS pode regulamentar um rol de serviços, mas não pode determinar sua retroatividade.”

Segundo o advogado, a norma que obriga ampliar as coberturas deve gerar um desequilíbrio econômico nas seguradoras. Isso porque não podem alterar o valor de contrato com o usuário. Portanto, terão de cobrir novos procedimentos para os quais não estão estruturadas a oferecer.

Com base nessa discussão, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) já ingressou na Justiça Federal do Rio de Janeiro pedindo a suspensão das novas coberturas. A entidade confirma que ajuizou a ação, mas não comenta o teor do processo.

A ANS se defende das alegações e diz que vai recorrer de ações judiciais que contestem a nova resolução normativa. Para a gerente técnico-assistente de produtos da ANS, **Karla Santa Cruz Coelho**, a reforma e ampliação do rol de procedimentos ditado às operadoras de planos de saúde aumenta a qualidade de vida dos usuários e proporciona a redução de custo para as próprias empresas que operam na oferta do serviço. “Temos somente o conhecimento da ação judicial da Abramge. Vamos recorrer dessas ações.”

Entre o novo rol de procedimentos, a ANS determinou que os planos passem a cobrir intervenções para anticoncepção como implantação do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e operação de vasectomia. Há também cobertura para determinados de casos de câncer e outros tratamentos como hemodiálise.

Quem perde mais



Essa grande discussão, segundo Correa da Silva, atinge, sobretudo, os planos individuais, pois são nesses contratos que a operadora terá de arcar com os novos procedimentos sem poder alterar valores anteriormente estabelecidos com o usuário. A operadora também não pode romper o contrato, caso o usuário queira permanecer com o plano de saúde e cumpra o acordo. Sendo assim, não pode prever o gasto que a determinação vai gerar e não poderá repassá-lo, seja qual for o valor.

Já nos planos empresariais coletivos, há a flexibilidade para um rompimento de contrato. Para este tipo de plano, é possível que se rompa o contrato num prazo de um ano bem como os valores podem ser negociados entre as partes. Para o advogado Correa da Silva, os planos individuais saem perdendo com as novas regras. “Alguma parte acaba assumindo um possível prejuízo”, diz.

A ANS ressalta que a resolução é fruto de um estudo longo feito com uma equipe técnica e com consulta popular. Mesmo assim, segundo Karla, as operadoras tiveram o período, desde janeiro, para se adaptarem. As mudanças serão acompanhadas pela agência, que vai verificar se as novas regras vão de fato causar um significativo desequilíbrio financeiro no mercado de planos de saúde.

Leia a Resolução 167

RESOLUÇÃO NORMATIVA 167 DE 9 DE JANEIRO DE 2007.

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 4º parágrafo do artigo 10 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como, no inciso III, do artigo 4º e inciso II, do artigo 10, ambos da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando a necessidade de revisão das diretrizes para a cobertura assistencial instituída pela Resolução Consu 10, de 4 de novembro de 1998, alterada pela CONSU 15, de 23 de março de 1999 e a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e formatação, bem como de inclusão e exclusão de itens constantes no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução Normativa — RN 82, de 29 de setembro de 2004, em reunião realizada em 8 de janeiro de 2007, adota a seguinte Resolução Normativa, e eu, diretor-presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



Artigo 1º — Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, passando a se constituir em um rol de ações em saúde, na forma dos Anexos I e II desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde identificada no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária — CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes — DLP, conforme o disposto em resolução específica.

Artigo 2º — O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado por esta Resolução Normativa é composto por dois Anexos:

I – o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II – o Anexo II contém as Diretrizes de Utilização necessárias para a cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo I.

Artigo 3º — O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Artigo 4º — A Atenção à Saúde na Saúde Suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I – atenção multiprofissional;

II – integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III – incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de

Riscos e Doenças, bem como de estímulo ao parto natural;

IV – uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos no caput deste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da 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.

Artigo 5º — Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para



a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde.

Parágrafo 1º—Todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa poderão ser executados pelos profissionais de saúde, de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

Parágrafo 2º — São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

CAPÍTULO III

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Artigo 6º — As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos Ambulatorial, Hospitalar, Hospitalar com Obstetrícia, Odontológico e suas combinações.

Artigo 7º — A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Art. 8º O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

Parágrafo único. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Artigo 9º — Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Artigo 10º — O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

Artigo 11º— 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 contratos de planos individuais é obrigatória a cobertura dos Procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Artigo 12 — As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, atenção domiciliar e assistência farmacêutica, inclusive medicação de uso oral domiciliar que substitua a terapia em regime hospitalar ou ambulatorial de cobertura obrigatória.

Seção I

Do Plano-Referência

Artigo 13. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária –(ANVISA) (uso off-label).

II – procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: 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: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, 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 e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).



VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

VII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxiliem as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de 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.

Seção II

Do Plano Ambulatorial

Artigo 14 — O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 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 serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista 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 consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, conforme indicação do médico assistente;

IV – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo 5º desta resolução, conforme indicação do médico assistente;



V – cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Anexo I, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

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

VII – 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 da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; e

VIII – cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

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

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais. Parágrafo único . Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

1) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

2) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

3) embolizações; e

4) radiologia intervencionista.

Seção III



Do Plano Hospitalar

Artigo 15 — O Plano Hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso V deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

- I – cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- II – cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- III – cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IV – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e
- V – 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 peritonial – CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, inciso VIII, alínea b desta Resolução;
 - 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 descritos no Anexo I desta Resolução Normativa;
 - g) embolizações: aquelas listadas no anexo I desta Resolução Normativa;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;



j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Anexo I desta Resolução Normativa;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo 1º — O imperativo clínico, referido no inciso IV deste artigo, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

Parágrafo 2º — Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

Parágrafo 3º — Para fins de aplicação do caput deste artigo é permitida a exclusão, de acordo com o art. 10 da Lei 9656, de 1998, dos seguintes itens:

I – tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

II – clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

III – transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I desta Resolução Normativa; e

IV – consultas ambulatoriais e domiciliares.

Seção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Artigo 16 — O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Artigo 15 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

II – cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;



Parágrafo Único . Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa.

Seção V

Do Plano Odontológico

Artigo 17 — O Plano Odontológico compreende todos os procedimentos listados no Rol Odontológico, publicado em resolução específica, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Parágrafo 1º— Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

Parágrafo 2º — A estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida nos planos de segmentação hospitalar e referência, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

Parágrafo 3º — Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência, a exceção dos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa.

Parágrafo 4º— Os exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar, terão cobertura assegurada pelos planos de assistência à saúde da segmentação hospitalar e pelo plano-referência, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Artigo 18 — O Rol de Procedimentos para os Planos Odontológicos encontra-se listado em Resolução específica.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Finais

Artigo 19 — Esta Resolução Normativa, bem como seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br .



Artigo 20 — Ficam revogados a Resolução Consu 10, de 4 de novembro de 1998, inciso VI do artigo 1º 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.

Artigo 21. Esta Resolução entra em vigor no dia 2 (dois) de abril de 2008.

Fausto Pereira dos Santos

Diretor-presidente da ANS

Date Created

30/03/2008