

PARECER TÉCNICO Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016

COBERTURA: LENTE INTRAOCULAR - CATARATA

Nos termos do art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961, de 2000, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e suas excepcionalidades.

Trata-se das coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados “planos novos” (planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 2/1/1999), e pelos “planos antigos” adaptados (planos adquiridos antes de 2/1/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35, da Lei nº 9.656, de 1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

Considerando tal competência, a ANS, desde sua criação, editou normativos, instituindo e atualizando o Rol em questão, que vem sendo revisado a cada dois anos. Atualmente, as regras do Rol encontram-se estabelecidas pela Resolução Normativa – RN nº 387, de 2015, em vigor desde 2/1/2016, estando os procedimentos e eventos de cobertura obrigatória listados no Anexo I do normativo.

O art. 5º da referida RN estabelece que os procedimentos e eventos listados 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 profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a

operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Nessa esteira, impende acentuar que o profissional assistente tem a prerrogativa de determinar a conduta diagnóstica e terapêutica para os agravos à saúde sob sua responsabilidade, indicando em cada caso, a conduta e os procedimentos mais adequados da prática clínica, inclusive quanto às quantidades solicitadas.

Visto isso, cabe anotar que, de acordo com o art. 20, § 2º, da RN nº 387, de 2015, considera-se prótese qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Por seu turno, o § 3º, do art. 20, do mesmo normativo, traz a definição de órtese, que é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

Cabe acentuar que a RN nº 387, de 2015, assegura a cobertura obrigatória somente às órteses, às próteses e aos materiais especiais – OPME ligados ao ato cirúrgico, isto é, aqueles cuja colocação ou remoção requeiram a realização de ato cirúrgico.

Vale assinalar que, em conformidade com o art. 17, da RN nº 387, de 2015, os materiais necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde contemplados pelo Rol possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados, e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde.

Deste modo, as órteses e as próteses cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, independentemente de se tratar de materiais de alto custo ou não, têm cobertura obrigatória

por aqueles planos de saúde, não se aplicando nestes casos o disposto no artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656, de 1998, o qual permite a exclusão de cobertura a materiais não ligados ao ato cirúrgico.

Ressalte-se também que o artigo 22, § 1º, inciso I, da Resolução Normativa nº 387, de 2015, estipula que cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução das intervenções listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Já o inciso II do mesmo dispositivo institui que o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

Exposto isso, o procedimento FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO consta listado no Anexo I da RN nº 387, de 2015, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação ambulatorial e/ou hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência, conforme indicação do médico assistente, não cabendo qualquer ônus financeiro ao beneficiário, ressalvada existência de cláusula contratual entre beneficiário e operadora, na qual se aplique mecanismo de regulação, como por exemplo, franquias/coparticipação.

Cabe destacar que a "FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO" é o procedimento utilizado no tratamento da catarata, sendo o único tratamento existente para a catarata é a remoção do cristalino. Nessa cirurgia, o núcleo e córtex

cristalino são extraídos, mantendo-se apenas a cápsula que envolve o cristalino, dentro do qual será implantada uma lente artificial. A lente é chamada de “lente intraocular - LIO” e terá poder refracional semelhante ao do cristalino. Existem lentes de diversos valores de dioptrias (valor de refração). O valor da LIO é calculado no pré-operatório, tendo como objetivo aproximar o sistema óptico do indivíduo em um sistema equilibrado entre córnea e cristalino, ou seja, tentar neutralizar eventuais erros refracionais existentes previamente à cirurgia. Importante destacar que, a lente intraocular é considerada prótese ligada ao ato cirúrgico, conforme classificação estabelecida pela Associação Médica Brasileira - AMB.

Conforme consulta efetuada ao sítio eletrônico da Anvisa, existe uma gama de variedades e características de lentes registradas (tóricas/fácicas/dobráveis/mono-bi-multifocal, etc). Sendo assim, as lentes intraoculares (LIO), quando utilizadas no tratamento de catarata, possuem cobertura obrigatória pelos “planos novos” e pelos “planos antigos” adaptados, desde que estejam regularizadas e registradas, e suas indicações constem da bula/manual junto à Anvisa, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde, bem como as segmentações contratadas.

Cabe destacar que, o tratamento estrito do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone, por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente, portanto não possuem cobertura obrigatória.

Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela

operadora, nos moldes do artigo 22, § 1º, inciso III, da Resolução Normativa nº 387, de 2015. Nos termos do inciso IV do mesmo dispositivo, o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

Por fim, é relevante salientar que, no caso de “planos antigos” não adaptados (planos contratados até 1/1/1999 e não ajustados à Lei nº 9.656, de 1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

Gerência de Assistência à Saúde – GEAS

Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS