

Fortaleza, 14 de maio de 2018.
CIRC. 001/18 DPS.

AOS COOPERADOS ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA.

Prezado (a) cooperado (a),

Em reunião ocorrida entre a Diretoria de Provimento de Saúde e os dirigentes da Sociedade Cearense de Oftalmologia foram analisadas questões relativas ao impacto financeiro, jurídico e social da cooperativa, nos termos seguintes:

1- Cirurgias Refrativas:

Tais cirurgias estão contempladas no Rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Resolução Normativa nº 428/2017, anexo I), portanto são de cobertura obrigatória, desde que cumpridos os critérios definidos na respectiva diretriz de utilização (Resolução Normativa nº 428/2017, anexo II, item 13).

Baseada neste dispositivo, a Unimed Fortaleza decidiu realizar perícia oftalmológica nos beneficiários com solicitações de cirurgias refrativas desde que a refração emitida pelo médico assistente já não esteja incompatível com os critérios referidos. Na hipótese de não atender à mencionada diretriz, a solicitação será prontamente indeferida, sem a necessidade da análise pericial. Ressalte-se que esta decisão encontra amparo no que fora definido na 86ª Reunião do Colégio Nacional de Auditores Médicos UNIMED ocorrida em 29 de novembro de 2017.

As perícias oftalmológicas serão realizadas avaliando-se as refrações estática e dinâmica. Estando uma outra refração compatível com os critérios da diretriz, a solicitação será liberada. Nas situações em que a perícia não confirmar refração dentro de tais critérios, a auditoria médica fará contato telefônico gravado (conforme determina a ANS) com o médico assistente para informar a divergência técnica definida pela perícia. Caso o cooperado concorde com o resultado da perícia, será indeferida a solicitação. Todavia, não havendo a anuência deste, a solicitação será liberada, mas o pagamento de honorários e taxas de laser ficarão vinculados à auditoria de contas médicas.

Em todas as cirurgias refrativas efetuadas, a auditoria irá avaliar as dioptrias efetivamente operadas no relatório impresso do aparelho de laser e comparando com a refração solicitada. Esta auditoria é retrospectiva, não havendo a necessidade da presença do beneficiário.

Naqueles casos em que as dioptrias operadas não forem compatíveis com o preconizado na diretriz em comento, o recurso desta cirurgia será passível de glosa, tanto os honorários médicos quanto a taxa do laser, a menos que seja feita uma justificativa clínica plausível pelo médico assistente.

2- Solicitações de lentes intraoculares especiais:

A Unimed Fortaleza verificou que está havendo uma demanda crescente de solicitações de lentes intraoculares especiais (tóricas, multifocais, esféricas, etc.) para as cirurgias de Facetomia com facoemulsificação. Cada vez mais médicos emitem laudos orientando os pacientes que tais lentes são as melhores opções para implante na cirurgia; estes, com o laudo em mãos, vêm à Unimed Fortaleza requerer que a cooperativa custeie essas lentes diferenciadas.

O parecer técnico nº 22/2018 da ANS que trata de lentes intraoculares traz em seu conteúdo que “existe uma gama de lentes registradas com variadas características (tóricas/fácicas/dobráveis/mono-bi-multifocal)”. Todavia também estabelece que “os tratamentos estritos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente; portanto, não possuem cobertura obrigatória”, o que torna ambíguo o seu entendimento.

Porém, esclarecendo o tema, cumpre informar a seguinte Recomendação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia à UNIMED Brasil, contida na ata da 81ª Reunião do Colégio Nacional de Auditores Médicos da UNIMED:

- o Recomendação CBO:
 - Todavia, a finalidade primária da cirurgia de catarata é substituir o cristalino opaco por uma prótese (lente intraocular) aspirando obter resolução para a opacidade cristalíniana, condição esta plenamente atendida pelo implante de lente monofocal esférica (devidamente registrada na ANVISA). Portanto, desordens de naturezas diversas como aberrações de alta ordem, astigmatismo, presbiopia, miopia, hipermetropia e ceratocone, não constam no Rol vigente, portanto não possuem cobertura obrigatória.

Vale lembrar que em caso de negativa de cobertura, uma vez denunciada e julgada procedente, o plano deverá arcar com uma multa de até R\$88.000,00 à ANS.

A Unimed Fortaleza entende que o tratamento da catarata faz-se com a cirurgia de facectomia com facoemulsificação e o implante de lente intraocular. Para tanto, disponibiliza a quantia de R\$ 130,00 para aquisição de lentes intraoculares dobráveis. Conforme o Estatuto Social da cooperativa, em seu artigo 7º, inciso XII e Regimento Interno, artigo 69, inciso XX, o Cooperado se obriga a: *"- ressarcir a Cooperativa de todos os danos, prejuízos e/ou perdas causados por si a Cooperativa, por desobediência as determinações do Estatuto Social da Cooperativa, deste Regimento Interno e da legislação vigente a que está submetido"*.

Portanto, como foi recebida uma demanda administrativa de alguns médicos cooperados insistindo em solicitar por escrito lentes especiais, foi decidido então levar os casos ao Conselho de Ética da Sociedade Cearense de Oftalmologia, a fim de conversar com os colegas e deixá-los cientes do dano causado à cooperativa e, conseqüentemente, a todos os envolvidos na saúde financeira desta.

3- Solicitações de antiangiogênicos intravítreos:


A injeção intravítrea de antiangiogênicos sofreu uma mudança no rol de 2018, com ampliação das indicações passíveis de autorização (edema macular diabético, edema macular pós-oclusão de veia central da retina e pós-oclusão de ramo venoso central da retina, além da DMRI exsudativa que já compunha este grupo desde o rol de 2016). Todas essas indicações, porém, possuem diretrizes específicas, devendo constar todas as informações necessárias na solicitação médica, em laudos ou formulários, para que a liberação do procedimento esteja conforme o preconizado no rol.

A fim de facilitar aos médicos cooperados, a Unimed Fortaleza elaborou formulários a serem preenchidos para as requisições de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênicos. Haverá um formulário para cada diagnóstico e, a cada injeção requisitada, deverá ser enviada a guia acompanhada do formulário e dos exames realizados – imagens e laudos.

Agradecemos a compreensão de todos e o apoio em cumprir estas medidas acordadas.

Atenciosamente.


Dr. Alberto de Oliveira Júnior
Diretor de Provimento de Saúde


Dr. Elias Bezerra Leite
Presidente



**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE
PACIENTESUSO DE ANTIANGIOGÊNICOS – EDEMA
MACULAR PÓS OVCR (OCCLUSÃO DE VEIA
CENTRAL DA RETINA)**

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO
FOR.004.ADM.DPS.UNI
22/05/2018 – V.01

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED FORTALEZA

PÁGINA: 1 de 1

OD

OE

| | |
|--|------------------------------|
| Nome do Paciente: | |
| ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO: | |
| OD: | OE: |
| ACUIDADE VISUAL PIOR QUE 20/400 E ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA, COM IMAGEM DE TODOS OS TEMPOS DO OLHO ACOMETIDO, AFASTADA A POSSIBILIDADE DE QUE HAJA RUPTURA EXTENSA DE ARCADA PERIFOVEOLAR: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MELHOR QUE 20/40, MAS COM AUMENTO DA ESPESSURA FOVEAL COMPROVADA POR OCT: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Se sim, descrever olho acometido e espessura foveal: _____ | |
| HOUVE RECIDIVA DO EDEMA APÓS CESSADO O TRATAMENTO: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| PRESENÇA DE ISQUEMIA MACULAR QUE INVIABILIZE A MELHORA VISUAL COMPROVADA PELA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL E ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| EVIDÊNCIA DE HIPERSENSIBILIDADE A UM DOS AGENTES ANTIANGIOGÊNICOS: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| APÓS INICIADO TRATAMENTO, FOI ATINGIDA A MÁXIMA ACUIDADE VISUAL, OU SEJA, ACUIDADE VISUAL ESTÁVEL POR 3 MESES CONSECUTIVOS: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| APÓS INICIADO TRATAMENTO, HOUVE DIMINUIÇÃO DA ESPESSURA FOVEAL (MEDIDA POR OCT) APÓS 3 APLICAÇÕES MENSAS CONSECUTIVAS: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| NÚMERO DE INJEÇÕES JÁ REALIZADAS: | |
| OD: | OE: |

Médico Solicitante – Assinatura e Carimbo

_____/_____/_____
Data



**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES
USO DE ANTIANGIOGÊNICOS – EDEMA MACULAR
DIABÉTICO**

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO
FOR.005.ADM.DPS.UNI
22/05/2018 – V.01

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED FORTALEZA

PÁGINA: 1 de 1

OD

OE

Nome do Paciente:

ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO:

OD:

OE:

ESPESSURA FOVEAL:

OD:

OE:

PIORA PROGRESSIVA DO EDEMA MACULAR COMPROMETENDO ÁREA CENTRAL DA MÁCULA, COMPROVADA POR 2 OCTS CONSECUTIVOS COM INTERVALOS DE 30 DIAS:

Sim

Não

Obs.: _____

DANO ESTRUTURAL PERMANENTE NA FÓVEA CENTRAL:

Sim

Não

Obs.: _____

EVIDÊNCIA DE HIPERSENSIBILIDADE A UM DOS AGENTES ANTIANGIOGÊNICOS:

Sim

Não

Obs.: _____

NÚMERO DE INJEÇÕES JÁ REALIZADAS

OD:

OE:

Médico Solicitante – Assinatura e Carimbo

____/____/____
Data



**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES
USO DE ANTIANGIOGÊNICOS – EDEMA MACULAR PÓS
ORVCR (OCCLUSÃO DE RAMO DE VEIA CENTRAL DA RETINA)**

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO
FOR.003.ADM.DPS.UNI
22/05/2018 – V.01

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED FORTALEZA

PÁGINA: 1 de 1

OD

OE

Nome do Paciente: _____

ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO:

OD:

OE:

ACUIDADE VISUAL PIOR QUE 20/40 COM AUMENTO DA ESPESSURA FOVEAL COMPROVADA POR OCT:

Sim

Não

Se sim, descrever olho acometido, acuidade visual com correção e espessura fovea: _____

ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MELHOR QUE 20/40, MAS COM POSTERIOR PIORA DA ACUIDADE VISUAL DURANTE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E AUMENTO DA ESPESSURA FOVEAL COMPROVADA POR OCT:

Sim

Não

Se sim, descrever olho acometido, acuidade visual com correção e espessura fovea: _____

HOUE RECIDIVA DO EDEMA APÓS CESSADO O TRATAMENTO:

Sim

Não

Obs.: _____

PRESENÇA DE ISQUEMIA MACULAR QUE INVIABILIZE A MELHORA VISUAL COMPROVADA PELA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL E ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA:

Sim

Não

Obs.: _____

EVIDÊNCIA DE HIPERSENSIBILIDADE A UM DOS AGENTES ANTIANGIOGÊNICOS:

Sim

Não

Obs.: _____

APÓS INICIADO TRATAMENTO, FOI ATINGIDA A MÁXIMA ACUIDADE VISUAL, OU SEJA, ACUIDADE VISUAL ESTÁVEL POR 3 MESES CONSECUTIVOS:

Sim

Não

Obs.: _____

APÓS INICIADO TRATAMENTO, HOUE DIMINUIÇÃO DA ESPESSURA FOVEAL (MEDIDA POR OCT) APÓS 3 APLICAÇÕES MENSAS CONSECUTIVAS:

Sim

Não

Obs.: _____

NÚMERO DE INJEÇÕES JÁ REALIZADAS:

OD:

OE:

Médico Solicitante – Assinatura e Carimbo

_____/_____/_____
Data



**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES
USO DE ANTIANGIOGÊNICOS - DMRI**

CÓDIGO / REVISÃO / VERSÃO
FOR.002.ADM.DPS.UNI
22/05/2018 – V.01

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

ÁREA: UNIMED FORTALEZA

PÁGINA: 1 de 1

OD

OE

| | |
|--|------------------------------|
| Nome do Paciente: | |
| ACUIDADE VISUAL: | |
| OD: | OE: |
| DANO ESTRUTURAL PERMANENTE NA FÓVEA CENTRAL: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| CRESCIMENTO DE NOVOS VASOS SANGUÍNEOS, CONSTATADO POR OCT OU ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA, OU PIORA DA VISÃO: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| EVIDÊNCIA DE HIPERSENSIBILIDADE A UM DOS AGENTES ANTIANGIOGÊNICOS: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| AUMENTO PROGRESSIVO DO TAMANHO DA LESÃO CONFIRMADO POR OCT OU ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA, APESAR DA TERAPIA OTIMIZADA POR MAIS DE TRÊS APLICAÇÕES CONSECUTIVAS: | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Obs.: _____ | |
| NÚMERO DE INJEÇÕES JÁ REALIZADAS: | |
| OD: | OE: |

Médico Solicitante – Assinatura e Carimbo

____/____/____
Data