

ATA 4ª. Reunião do Grupo de Trabalho de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 30/04/2013/Manhã

Martha (ANS) – Gente, bom dia! A gente vai começar tudo hoje bem pontual gente, até o almoço, tudo, porque a gente vai ter que passar tudo que chegou de todos os grupos, então é assim, é muita coisa, a gente tentou fazer um resumo pra todo mundo ter uma idéia de tudo que ta acontecendo, mas mesmo assim é uma reunião pesada. A gente fez aqui uma coisa de como vai correr o dia pra vocês terem uma noção mais ou menos de que horas vai ser o que, mas vai ser bem pesadinho. A gente tem algumas pessoas novas hoje então quem não estiver entendendo para, porque a gente já tá na quarta reunião e tem algumas coisas que a gente vai falar mais rápido. Aí a gente vai seguindo. Bom a gente fez a primeira reunião no dia 26, que a gente formatou o grupo, apresentou o que tava acontecendo no dia 26 de Março, foi a segunda reunião, a gente discutiu a lei que já foi publicada a resolução sobre Estomia, o corpo da resolução da RN do ROL das DUTs, na terceira reunião do dia 29 de Abril, a gente discutiu tabela e medicação oral e hoje a gente já tinha se programado pra discutir o Rol odontológico e todas as discussões recebidas. E a gente tem mais uma reunião então, marcada para o dia 23 de Maio, falta pouco, menos de um mês que a gente já vai trazer então a proposta pra ir pra consulta pública. Então a gente tem menos de um mês pra fechar tudo isso que for discutido hoje. Isso passa pela colegiada, a gente já vai tentar ir passando algumas coisas pela colegiada pra já vir mais amadurecido pro dia 23, a gente vai colocar em consulta pública, depois formata o grupo de novo e aí a gente publica. Isso daqui é importante, então hoje, dia 30, é o ultimo dia pra gente receber contribuição, depois de hoje só na consulta pública, senão a gente não vai conseguir terminar uma proposta pra consulta pública. Então hoje é o ultimo dia, o que a gente precisar discutir aqui hoje a gente levanta a mão, fala, os grupinhos ainda vão se reunir até o dia 30, então dentro do grupinho a gente consegue discutir alguma coisa, mas a demanda, contribuição é hoje. Como é que a gente vai fazer hoje? A gente ta com essa ordem na apresentação, então a gente começa hoje a discussão pela odontologia, depois a gente vai falar só rapidinho o que saiu na RN de Estomia, depois a gente passa pra medicação oral pra câncer, a gente apresenta a metodologia do impacto do Rol, que foi a demanda de vocês na última reunião, depois a gente vai discutir PAC, RN, DUT, Procedimentos. Então a gente vai passar por tudo isso já trazendo consolidado tudo que a gente já discutiu, ta? Bom, isso daqui eu vou passar, são as diretrizes do que a gente ta discutindo, o que é priorização, como é que a gente analisa o Rol. Se precisar a gente volta nisso. Rol Odontológico, a gente recebeu contribuição da Fenasaúde, do Conselho Federal de Odontologia e do SINO. Da Fenasaúde e do SINO, a gente recebeu 27 procedimentos que

eles discordaram dos batimentos do Rol, que foi o que a gente foi analisar e do CFO a gente só recebeu a solicitação de 11 procedimentos, que é o que a gente vai discutir hoje. Eu queria pedir um favor para a Abrange e a Fenasaúde: Quando me mandar todas as contribuições repetidas, manda no mesmo documento assinada pelas duas entidades, porque senão eu tenho que ler os dois documentos inteiros e aí eu vejo que é tudo igual. Então quando for fazer isso manda o mesmo documento com as duas assinaturas, que assim, a gente ganha muito mais velocidade quando isso acontece. A gente entende que é a contribuição dos dois, a gente acha isso válido, vocês dois estão falando a mesma coisa, ok, é bacana. Não me mandem dois documentos, porque aí é muito mais trabalho que eu tenho assim. É um pedido que a gente ta fazendo, se vocês puderem fazer isso eu agradeço. Bom, TUSS/Rol, esse daqui foi o batimento que a gente recebeu da Fenasaúde, de contradição. Então a gente dizia, todos esses procedimentos aqui, eles estavam no nosso batimento como Rol sim, ta? E aí a Fenasaúde falava assim: Não a gente discorda, a gente não acha que isso ta no Rol Odontológico. Aí aqui é a nossa análise depois das contribuições. A gente concordou com eles na maioria dos quesitos, tá? E o CFO também. Então o CFO também olhou esse batimento e ele concordou com as contribuições da Fenasaúde também na maioria dos casos, ta? Então a consulta Odontológica pra avaliação técnica de auditoria, a gente concorda que não cabe mesmo o batimento que havia sido feito antes, e qual é a nossa proposta? E eu vou pedir aqui pra Michele apresentar todos os procedimentos, qual foi a nossa análise, o que a gente discutiu sobre o batimento, qual é a nossa proposta então pra gente resolver essa divergência e o que, que a gente recebeu de proposta tanto do CFO, quanto nossa pra discussão Rol Odontológico, ta bom? A Michele acho que todo mundo já conhece, quem não conhece, ela é gerente da minha área, ela não é da área do Rol mas é dentista, nesses momentos ela ajuda a gente, já fez várias vezes revisões do Rol, então a gente tem alguns dentistas na equipe e ela vai apresentar um pouquinho melhor do que eu isso, porque eu não entendo nada disso.

Michelle (ANS) – Bom dia. Eu vou passar procedimento por procedimento e a gente vai discutir a questão do batimento, da cobertura e da proposta da equipe técnica da ANS. Primeiro procedimento: Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria. Entendemos que esse procedimento não tem cobertura, não tá coberto e a proposta é de incluir. E a proposta de inclusão desse procedimento. Segundo procedimento: Diagnóstico e tratamento de Estomatite Herpética também não possui cobertura, proposta de inclusão do procedimento. Diagnóstico e tratamento de Estomatite por Candidose. No batimento com a TUS não possui cobertura e a proposta é de inclusão. Diagnóstico e tratamento da Halitose, sem cobertura e a proposta é não incluir com essa denominação, da mesma forma que o Diagnóstico e tratamento da Xerostomia também é não incluir com essa denominação, por

quê? Porque a gente entende que tratamento da halitose e da Xerostomia estão contemplados em outros procedimentos já existentes no Rol. Então a gente não precisaria incluir especificamente com essa denominação, ao contrário desses dois tratamentos da Estomatite Herpética e da Candidose, ok? Diagnóstico por meio de incremento, não tem cobertura e a proposta é não incluir, que tá ligado à outro procedimento de prótese que não possui cobertura. Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais, proposta também de não incluir com essa denominação. Vocês vão ver mais a frente que a gente tem proposta de incluir alguns procedimentos laboratoriais, então não teria necessidade de incluir esse procedimento com essa denominação. Levantamento radiográfico, exame radiodôntico: Entendemos que esse procedimento tem cobertura, porém não com essa nomenclatura. Então vamos fazer uma adequação de nomenclatura, incluir esse procedimento com essa nomenclatura, o que hoje já existe a cobertura com a denominação radiografia periapical, radiografia (bet wing?). Então na verdade, esse levantamento é um conjunto dessas radiografias unitárias, né? Então a proposta é de adequar essa nomenclatura com a inclusão. Radiografia anteroposterior: Não tem cobertura no Rol Odontológico, não é um procedimento pra inclusão em ambiente laboratorial, odontológico e tem cobertura na segmentação hospitalar. Radiografia da ATM, igualmente. Tem cobertura na segmentação hospitalar, não é pra inclusão no odontológico. Radiografia de mão e punho carpal, radiografia de posteroanterior, telegrafia, enxerto com osso autógeno da linha oblíqua da mandíbula, também não são procedimentos para inclusão do Rol Odontológico, já possuem cobertura na segmentação hospitalar para especialidade bucomaxilofacial. Então, não há prejuízo ou benefício, esses procedimentos estão inclusos em outra segmentação. Enxerto com osso autógeno do mento, a mesma lógica. Implante zigomático também, o procedimento é de especialidade bucomaxilofacial. Punção aspirativa orientada por imagem bucomaxilofacial não é procedimento para ambiente ambulatorial, para ser realizado em consultório, já possui cobertura na segmentação hospitalar pra especialidade bucomaxilofacial. Re-educação ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-facial igualmente. Remoção de tamponamento nasal também é um procedimento de cobertura hospitalar. Retirada de corpo estranho oro-antral ou oro-nasal da região bucomaxilofacial, esse procedimento, ele já está presente hoje na cobertura odontológica, existe o procedimento retirada de corpo estranho, da mesma forma que retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso. Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial, esse é um procedimento da especialidade bucomaxilofacial, já tem cobertura na segmentação hospitalar. Coroa total acrílica prensada é um procedimento que na verdade entendemos que possui cobertura. A cobertura tá contida no procedimento Coroa unitária provisória, tá? A diferença é desse material, que esse material acrílico, hoje

é um material com a evolução dos materiais odontológicos, ele é um material menos resistente usado apenas como um procedimento provisório, pra tratamento provisório. Então entendemos que já existe essa cobertura. Então o dentista, ele pode fazer uma coroa unitário-provisória, que é um procedimento que tá coberto no Rol, tanto manipulando a resina no seu consultório, fazendo, usando dentinho de estoque ou podendo fazer em laboratório com uma coroa de resina acrílica. Então já possui cobertura. E contenção fixa é um procedimento ortodôntico, entendemos que tem cobertura e não sugerimos inclusão. Esses foram os procedimentos sugeridos para inclusão no Rol pelo Conselho Federal de Odontologia. Mantenedor de espaço removível com DUT, entendemos que é uma exclusão da Lei, isso é uma órtese/ prótese. Então não sugerimos pra inclusão. A fotografia também não, o procedimento mais usado pra tratamentos ortodônticos. Radiografia panorâmica de mandíbula com traçado cefalométrico, a panorâmica já tá inclusa, esse procedimento já tem cobertura e o traçado cefalométrico é uma complementação desse exame com uma finalidade exclusiva ortodôntica. E a ortodontia não possui cobertura no Rol, então a gente entende pela não inclusão do traçado cefalométrico. Tomografia, também entendemos que não cabe para procedimentos ambulatoriais pelo dentista. Tomografia é solicitado pelo cirurgião dentista, pode ser solicitado sim, porém para procedimentos de uma maior complexidade, para cirurgias de maior porte bucomaxilofacial e já tem cobertura na segmentação hospitalar para essa especialidade. Enxerto pediculado foi outra sugestão. Acatamos, entendemos que é um procedimento bastante utilizado que pode ser realizado em ambiente ambulatorial pelo dentista, da mesma forma que remoção de implante dentário não ósseo integrado, teste de capacidade tampão da saliva, teste de contagem biológica, teste de PH da saliva e tratamento da fluorose com microbasal. Então, do cinco ao dez nós acatamos a sugestão para a inclusão. E por ultimo, a ultima sugestão foi da prótese parcial removível provisória que também há semelhança do primeiro procedimento, trata-se de uma prótese, de uma ortese onde temos a exclusão permitida pela lei. E esses são alguns procedimentos discussão de outras inclusões que nós recebemos e a gente tá aberto a discussão e opinião dos senhores. Enxerto gengival livre, enxerto pediculado, tunelização, procedimento (pério-unantal?), bastante realizado para lesões de furca enxerto ósseo, osso liofilizado, implante dentário unitário e coroa unitária pra implante.

Martha (ANS) – E aí gente? Discussão. Lembra de falar o nome e a instituição, por favor.

Benício (Conselho Federal de Odontologia) - Sobre os envios, sobre os procedimentos que nós enviamos... Não, voltando ao primeiro que você passou. É que a agência tá concordando e nós discordamos da questão dos

implantes zigomáticos, que na nossa avaliação, esse implante com a codificação que ele tem lá na TUSS odontológica, ele tem finalidade de apenas colocação de implantes pra sustentabilização e reabilitação com prótese posterior. Então, esse foi o intuito quando foi feito a TUSS odontológica desse procedimento. Entendo também que o enxerto tanto da linha oblíqua, como do mento é um procedimento ambulatorial e eu até aqui entendi que ele não estava coberto no plano médico, né? Ele como é ambulatorial, deveria, quando for incluído, ser incluído no plano odontológico, não seria incluído no plano médico. Isso aí, agora tem outro...

Martha (ANS) – Esse enxerto com osso autógeno na linha oblíqua, não é isso?

Benício (Conselho Federal de Odontologia) – É. Exato, exato. O autógeno, é que você tiraria a parte do osso da mandíbula e colocaria lá e também a do mento. Então nós entendemos, essa foi a nossa colocação inicial dizendo que esses procedimentos especificamente a implantes ambulatorial, esses dois últimos, do enxerto e o zigomático, ele precede uma reabilitação oral com prótese. Então já que é baseado naquilo que a Michele defendeu, já que não cobre a prótese, esse implante não estaria aí, diferente daquilo que a Agência entendeu, que seria uma cirurgia, não uma cirurgia letiva, e sim uma cirurgia emergencial que eu acho com aquela descrição deve estar e com certeza estar coberto lá no plano médico, né?

Martha (ANS) – Esse aqui é ambulatorial né?

Benício (Conselho Federal de Odontologia) – Esse aqui é ambulatorial, pode ser feito... Do mento também, é tirado daqui, é, é ambulatorial. Pode ser, a não ser em caso de necessidade maior que você vai pro hospital, mas dentro do padrão normal é um procedimento ambulatorial. Pode ser que vai para o coisa e hoje pelo que eu entendo, ele não está coberto pelo Rol médico, então esses três... Agora, a coroa prensada, eu concordo com a Michele né, quando ela diz que ela já está coberta, mas lá como está coberta, lá dentro do Rol é provisório com pino e sem pino, isso aí eu entendi que estaria aí não como provisório, mas como coroa definitiva, por isso que nós colocamos não concordando com essa. Até porque, outro lugar que ela poderia ser usada é na bateria anterior, dependendo da mordida da pessoa e hoje nós já temos as coroas em cerâmica. Então essa foi a nossa colocação pra que essa coroa prensada não entrasse, que já estava contemplado. Quanto a questão do levantamento radiológico, entendemos que ele está contemplado, né? A ceriografia, quantidade de oito ou dez radiografia, para que eu possa fazer um levantamento do meu paciente, se tem problema periodontal, se tem presença de cárie, não sei. É um processo preventivo que em alguns casos a gente recorre a esse exame pra certificar, ele está, ao meu modo de viver, ele está hoje coberto dentro do

Rol Odontológico, já estava lá bem declarado, bem, bem taxativamente pronto. Quanto à alguns procedimentos que a gente entendeu, é o diagnóstico exatamente de estomatite e a candidose, a Agência sugeriu que fosse consulta, nós entendemos que ele é mais que uma consulta, no entanto optamos pela sua inclusão também dentro desse procedimento dentro do Rol. Agora Martha, faz um favor, passa lá para o outro.

P/4 – O mantenedor de espaço, o número um, a sugestão, qual foi? O que acontece? É que eu não entendo ele como órtese/prótese, entendo como tratamento emergencial. Suponha que uma criança perdeu um ou dois dentes anteriores, dente descido e se eu não colocar um mantenedor de espaço, aquele espaço vai fechar e vai me trazer um problema ortodôntico lá adiante. Então ele teria essa finalidade de preservar o espaço pra que os dentes permanentes venham erupcionar dentro do correto. Então esse foi o nosso entendimento, e da DUT seria essa limitação né? A radiografia, eu concordo com a Michele né, ou agora né? Depois da avaliação dela do três, como não cobra ortodontia, o tratado tem essa finalidade. Essa linear estaria muito associada a questão do implante, como não cobra o implante, e aí nós vamos lá pra uns que teria praticamente o mesmo objetivo da primeira da número um, no entanto, seria dentes anteriores por questões emergencial. A pessoa perdeu, ou tem a necessidade por doença periodontal ou qualquer outro acidente perdeu os dentes anteriores, principalmente os dentes anteriores, ele teria que retirar, aqui ele botaria uma prótese de dois ou três meses pra que ele não fique sem nada, então seria na realidade uma prótese parcial removível, no entendimento de que, ela é provisória e ela teria um período x. Então esse foi o objetivo do nosso entendimento, não só do conselho federal, mas sim de todas as entidades odontológicas com esse procedimento, então, tanto o primeiro, quanto o último que é o meu questionamento, o meu objetivo era esse. Eu não entendo que ele esteja lá tendo órtese/ prótese convencional, certo? Lógico que é uma prótese, mas talvez com a visão um pouco provisória e um pouco diferenciada. Esse foi o objetivo e agora, eu não entendi, a inclusão disso aí seria no procedimento hospitalar, ou no procedimento odontológico, né?

Martha (ANS) – Odontológico...

P/4 – Nós assim, né, é a questão dos implantes? Eu assim, o entendimento nosso é que com o passar do tempo todo o Rol, a questão do Rol Odontológico deve ser incluído né? Só que, a inclusão da maior parte desses procedimentos aí, pode trazer uma série de consequências hoje para o mercado, as operadoras irão falar posteriormente, principalmente a questão dos implantes, até porque não cobra prótese, então você vai colocar um implante né, unitário ou em região, né... Unitário com coroa, unitário, ai ta

propondo tanto o implante quanto a coroa, mas eu acho que outras coroas em cima de raiz residuais, que é feita em quantia, teriam prioridade maior do que a própria questão do implante, então eu inicialmente, tirando a número três, de anti-mão eu não concordaria, não concordaria com a inclusão nesse momento no Rol Odontológico. Isso é a posição do Conselho Federal e da entidade que o Eduardo depois, pode depois dar a sua contribuição também.

Martha (ANS) – Nem os enxertos então?

P/4 – Esse é um tratamento um pouco, talvez, a gente teria que sentar e estudar um pouco melhor essa questão do enxerto... Enxerto livre né? Que tira a gengiva de um lado, vai pra outra, é uma coisa muito minuciosa que a gente teria que sentar mais detalhadamente, estudar melhor isso, para que a gente possa incluir com o pé no chão e bem ciente disso. Alguém deixa o Eduardo...

Martha (ANS) – Ok, alguém anota aí, pelo CFO desses aqui só tunelização e pelo CFO daqui da TUSS Rol só pra gente ter isso registrado, os enxertos teriam uma cobertura odontológica, ok? O Ronei ta inscrito, os dois enxertos aqui...

Martha (ANS) – É, sugestão de inclusão.

P/5 – Não, não, não. Já ta. Já ta lá incluso.

Martha (ANS) – Isso! Então é o batimento. Já ta ou não ta gente?

P/5 – Não, ta no hospitalar, não ta no... (Inaudível.)

P/6 – Seguinte, a nossa avaliação que hoje, ela é ambulatorial... Ambulatorial, não está incluso no hospitalar e nós não concordamos que ele seja incluso nem nos hospitalar e nem odontológico nesse momento.

Martha (ANS) – Ok. Então, ele concorda que não ta no Rol Odontológico e acha que não deveria estar no Rol Hospitalar, anotaram? Vai, o Ronei ta inscrito, Mércia. Ronei e Márcia e depois Eduardo. Vai Ronei.

Ronei (Unidas) - O levantamento radiografico... O exame radiodôntico, ele, a gente tem que dar uma nomenclatura para que ele seja...

Martha (ANS) – É esse aqui, né?

Ronei (Unidas) – Esse aí, é. Normalmente, ele é executado por clínicas de radiologia. Ele pode ser executado no consultório, mas normalmente o profissional prefere passar isso pra clínica de radiologia. E na clínica a gente paga isso como pacote. Então paga todos os exames de uma vez só. Só pra que se saiba que vai fazer esse pacotinho lá,... Pode deixar esse nome. Tem

ta no mercado, ta sendo usado, não tem problema nenhum. Tem cobertura, tem tudo, é só uma questão de mercado e adequação de mercado, ta?

Martha (ANS) – Ok, ok.

Ronei (Unidas) – Pode passar o resto, concordo aí com todos... Ah, desculpa! Volta um pouquinho. A coroa total prensada é aquilo que se falou mesmo. Hoje é provisório, o uso é como provisório mesmo, e é uma temeridade você usar isso como uma coisa definitiva. A pessoa precisa saber que é provisória, porque não tem resistência, se colocar no Rol como algum produto que possa parecer ser definitivo, a pessoa vai colocar esse procedimento, vai fazer e vai dar problema no futuro. Então concordo que não seja incluso mesmo. Na outra... Bom, aí, o mantenedor de espaço, o que, que acontece? Vai ser pra pediatria, e ele precisa...

Martha (ANS) – Deixa eu só, assim, explicar as cores. É que tava vermelho e ficou azul ali. O que ta clarinho foi uma sugestão do CFO, mas por motivos de regulamentação, a gente acha que não cabem a inclusão. O que ta em negrito, foi uma sugestão deles, que a gente acha que cabe. Então ta em negrito ta?

Ronei (Unidas) – Eu concordo com a Agência de não colocar, porque mesmo um mantenedor de espaço, ele vai requerer do profissional depois, uma manutenção disso periódica e isso, tudo que se parece com manutenção, isso ta mais pra ortodontia do que pra clínico mesmo. E quando não está, a ortodontia não é inclusa, vejo que deve ficar fora mesmo. Não tem nenhum problema do cinco ao dez. E o dez, o primeiro, também não concordo com o CFO de que seja uma prótese removível provisória em acrílico pelo mesmo motivo, ela acabará se tornando definitiva, não estão no Rol as próteses parciais, nem as totais, e então até ai estamos concordando. Na próxima, enxerto livre não tem problema, enxerto apendicular _____, até tunelização também são coisas pouco utilizadas, né? Se quiser, não tem problema nenhum, não vai mudar nada. Do enxerto ósseo pra baixo não concordamos pelo mesmo motivo, o enxerto...

Martha (ANS) – Com ou sem o enxerto ósseo?

Ronei (Unidas) - Sem o enxerto ósseo?

Martha (ANS) – Sabe por que? O enxerto ósseo não ta aqui gente? Não é a mesma coisa?

Ronei (Unidas) - Não, esse é pediculado...

(Mércia fala muito baixo, não dá para ouvir.)

Martha (ANS) – Ham? Fala no microfone Mércia, por favor.

Mércia (Fenasaúde) – Desculpa te interromper, Ronei. eu sou periodontista. Enxerto apendicular é um evento da periodontia, e ele é o mesmo evento que está no outro slide. Então um slide estamos a favor da _____ e no outro estamos contra, né?

Martha (ANS) – Ok. Esse aqui é esse? Isso daqui...

Mércia (Fenasaúde) – Não. Eu to falando da visão do CFO, que eu concordo com eles, que eu não sou contra, a Fenasaúde é contra essa inclusão.

Martha (ANS) – Isso...

Mércia (Fenasaúde) - Mas nós estamos falando do mesmo evento, é quem um slide ficou _____ a favor...

Martha (ANS) – Ok, é isso que eu não tava entendendo. Então, ta. Beleza, o cinco, não, o que ela ta falando é o seguinte...

Ronei (Unidas) – O cinco é pediculado e o dois é pediculado...

Martha (ANS) -... O CFO é contra esses daqui, retirando a tunelização.

Ronei (Unidas) – É.

Martha (ANS) – Esse enxerto pediculado...

Ronei (Unidas) – É o mesmo...

Martha (ANS) – É esse enxerto pediculado.

Ronei (Unidas) – do três eu concordo, _____ não tem problema, do quatro pra baixo não, o enxerto ósseo não, o implante não e a coroa unitária não. O enxerto apendicular é diferente, é de pele e esse enxerto ósseo é usado muito comumente para implante, ou quase cem por cento só para implante.

Martha (ANS) – Ok. Mércia.

Mércia (Fenasaúde) - da parte da odontologia. Desse quadro, não somos a favor da inclusão, né? Concordamos com o CFO, quer dizer, eles são a favor da tunelização, eu como periodontista gostaria de dizer que é importante estudar um pouco mais, porque a taxa de sucesso desse evento é baixa, ta? Realmente é um procedimento indicado para lesão de furca, é o indicado, mas os estudos mostram que a taxa de sucesso, ela é muito pequena. Até mesmo porque existe um acompanhamento do paciente em termos de higienização, o que é muito difícil, porque você acaba as vezes perdendo dente por cárie, na região da furca. Então a Fina Saúde na verdade entende

que essa lista não deve ser incluída e em especial, com muita ênfase na parte de 4 à 6 que com certeza é associado ao implante, associado ao enxerto, como bem colocou o Ronei.

Martha (ANS) – Tá...

P/7 – Tá, eu só queria falar uma coisa, não sei se acabou Mércia, desculpa...

Mércia (Fenasaúde) – Não, eu queria os outros slides que eu comecei no final né? Concordamos com a posição inicial da ANS, de que esses eventos mais claros eles não devem ser incluídos pelo raciocínio tanto de que ortodontia não está coberta no Rol, quanto de prótese, né? Concordamos com o Ronei, que a prótese espacial removível, ela acaba sendo definitiva no Brasil isso acontece, né? E a tomografia também é associada à implantes, né? Em relação ao enxerto é a mesma posição do slide anterior né, entendemos que não deve entrar nessa cobertura. Eu não terminei, obrigada. Em relação aos testes, eu tenho uma colocação. Primeiro nós teríamos que levantar custos atuais desses testes, né? São testes importados, acho que precisaria um pouco a mais de análise de custo benefício. Em relação à capacidade tampão, o meu conhecimento é que se mede... Saliva tem uma boa capacidade tampão, mas na prática você não tem nenhuma conduta clínica que você muda a capacidade tampão da saliva. Então eu acho que caberia aprofundar um pouco mais o custo benefício dos testes. Já estudei muito promoção de saúde, sabemos que são testes muito interessantes pra esse diagnóstico de cárie, o pessoal da cariologia, concordo com isso, mas entendemos que na prática cabe uma discussão um pouco mais profunda, o que a gente espera desses testes no Rol, né? Quer dizer, vão pessoas, vão ta pagando por um uso de um teste, hoje tudo bem, nós podemos dizer que é um teste de baixa utilização, baixa frequência, mas uma vez que se incluí no Rol esse perfil muda. Então acho que caberia uma discussão aí, eu acho que no meio do Rol, por que inserir esses testes nesse momento? É uma pena que a gente não tenha recebido essa lista com antecedência até pra gente se preparar e estudar, eu não sou especialista nesse assunto, mas eu acho que caberia sim uma discussão um pouco mais profunda.

Martha (ANS) – Ok, também pedir desculpa, a gente recebeu essa lista do CFO sexta-feira oito horas da noite e aí a gente não conseguiu repassar, né...?

Mércia (Fenasaúde) – Naquele último email tava escrito que vocês receberiam contribuições até o dia 25, né?

Martha (ANS) – Isso.

Mércia (Fenasaúde) – Mas eu achei que não tinha _____ .

Martha (ANS) – Pois é, a gente também achou. Mas o Benício mandou sexta-feira, oito horas da noite e como a gente ainda recebeu a tempo pra hoje a gente resolveu trazer.

Mércia (Fenasaúde) – Entendi.

Martha (ANS) – Só alguns comentários assim. A gente obviamente deu uma estudada em alguns procedimentos, não muito a fundo, a gente tinha um dia pra fazer isso. A gente trouxe esses procedimentos aqui pra discussão porque a gente achou importante a gente colocar na mesa algumas coisas, tipo, eu acho que é importante, é seguro por saber e entender e pensar o que, que é o Rol Odontológico hoje, né? A gente fez essa discussão internamente e a gente queria trazer essa discussão novamente para esse grupo, né? Hoje o Rol Odontológico, ele é um Rol que inicia um tratamento, ele nunca termina um tratamento, né? Ele é bom pra coisa preventiva, pro tratamento em si ele deixa algumas coisas no meio do caminho. A gente sabe que a lei limita muita coisa. A lei, quando foi pensada as inclusões, ela foi pensada por um Rol Médico Hospitalar e é isso, e aí no meio do caminho alguém enfiou uma segmentação odontológica que teve que seguir as mesmas regras, né, que ta seguindo as mesmas exclusões, mas que aquilo não foi pensado, na hora que foi feito, ninguém penso que tinha uma segmentação odontológica, e aí a gente fica tentando equilibrar essas forças, né? A gente discutiu um pouco assim, em cima da TUSS, até do batimento que a gente tinha feito, o que, que tava de fora, o que existia, o que você podia fazer com o Rol Odontológico, qual era a limitação dele e a gente viu que assim, o que é estético e odontologia? O que, que é funcional, né? Qual é o limite disso? O que, que é estético, o que, que é funcional? E a gente ficou discutindo assim, que era muito mais fácil a gente entender o implante como funcional, do que a gente tentar adequar algumas coroas, algumas próteses para alguma coisa mais estética, né? O quanto isso é funcional e não é? O quanto é nossa limitação no Rol Odontológico para implante? A gente ta discutindo isso no Rol Médico Hospitalar, né? Algumas limitações pra inclusão são um custo bacana. A gente vai falar sobre isso aqui, a gente tem falado sobre isso. Qual é a nossa limitação nesse grupo para a discussão do implante? É a formação do preço do Rol Odontológico? É o que? É uma discussão mais teórica de que isso realmente não cabe no Rol Odontológico? Enfim, a gente trouxe esse slide como uma provocação de verdade. A gente não precisa resolver isso agora, a gente tem mais duas reuniões pra resolver o odontológico, a gente sabe que é totalmente essa discussão diferente da discussão médico hospitalar, então a gente vê uma quantidade enorme de sociedades aqui pedindo e trazendo procedimentos para serem incluídos. O CFO e as sociedades de odontologia, pelo contrário,

não querem que alguns procedimentos sejam incluídos, por quê? Por causa da organização do trabalho. É completamente diferente, né? Então o Rol Odontológico, ele serve como uma porta de entrada e depois você dá uma continuidade de tratamento, que é importante pra quem ta envolvido naquele tratamento, diferente do médico hospitalar, se você não tem a entrada do Rol e aquele procedimento não é coberto, não se faz. Então o que, que é isso? Eu acho que é importante a gente parar pra pensar. Até aonde a gente vai nessa revisão? É uma discussão que a gente precisa fazer. A gente precisa terminar ela hoje? Não, senão não termina o dia. Mas já entendi, a gente vai parar na tunelização, ok? Mas eu queria que a gente fosse pra casa com esse pensamento: O que, que a gente quer do Rol Odontológico, ok? Pode falar, Mércia.

Mércia (Fenasaúde) – Ta ligado, acho que... Bom. Em relação à questão que o Rol Odontológico é só inicial, a visão da Fina Saúde, é que realmente na penúltima revisão do Rol, ele deixou de ser inicial, quando houve aprovação da prótese unitária. Então realmente a gente inicia e finaliza um tratamento, né? Nas necessidades de menor complexidade. E realmente os de maior complexidade, elas estão, não fazem parte do Rol, que eu acho que cabe até inclusive uma reflexão sobre a questão do implante. Operadoras como eu conheço em bastante detalhe, que tem planos com cobertura em implante, sabe da dificuldade de ter cobertura nacional de implante. Dependendo do cliente, você não comercializa o plano de implante, porque ele ta localizado em alguma região que você não consegue dar cobertura de implante com as regras da Agência, de todas aquelas regras de abrangência. Então, esse é um outro ponto a ser considerado, né? E eu vejo que no Rol Médico muitas vezes é decisor, é de rede, rede habilitado para implante e produto nacional, né? Tem região que você não consegue, só quem faz e eu to falando como experiência de operado que faz, que tem esse produto e que entrega com qualidade, que você não consegue em todas as regiões do Brasil. Então eu acho que é o mesmo raciocínio que a gente precisa ter em mente quando se discute isso porque é um argumento muito utilizado na área médica, né? A questão, não adianta você fornecer no Rol e não ter como entregar, né?

Martha (ANS) – Assim, a gente entende, a gente concorda, eu acho que é uma coisa importante de se colocar na mesa, né? A gente vai discutir vários procedimentos médicos hoje, onde a coisa do custo vai ser militante. A gente vai discutir isso e a gente vai falar isso. E eu acho importante que a gente fale isso. Da rede, Mércia, eu tenho um pouco de dúvida porque assim, se você for ver, todos os planos odonto... Sem querer estender essa conversa, né? Mas praticamente todas as operadoras que vendem planos de odontologia, elas tem planos diferenciados que no limite tem ortodontia, tem implante, enfim. Então, existe a rede constituída, né? Eu acho que ok,

a gente pode não ta preparado hoje pra discutir isso da mesma maneira como a gente não estava à dois anos atrás. Então, a dois anos atrás a gente colocou o Rol Odontológico na mesa e a gente não concluiu nenhum procedimento, por que? Porque não teve nenhuma demanda no grupo, não teve nenhuma demanda na consulta pública e os que a gente colocou na mesa absolutamente todo mundo foi contra. Ok, a gente ta aqui pra isso, eu só quero que fique claro que a gente ta decidindo aqui, ta? Então vamos lá. Da lista daqui da frente, a gente concordou...

Mércia (Fenasaúde) – Só faltou eu falar dessa lista, agora, pra finalizar...

Martha (ANS) – Ta.

Mércia (Fenasaúde) – Concordamos com esse evento da auditoria, até mesmo porque já é coberto pelas operadoras que pedem esse tipo de consulta. A questão do levantamento radiográfico, no último Rol a gente discutiu essa inclusão e não incluimos, decidimos não incluir. Com qual objetivo? Ela realmente, esse evento, ele ta coberto...

Martha (ANS) – Esse aqui?

Mércia (Fenasaúde) – É levantamento radiográfico, exame radiodôntico. Ele está coberto de forma individualizada. Isso aí é um pacote e é o que a gente discutiu muito no último Rol e realmente a gente entendeu por não colocar, foi a questão de indução de demanda por ser pacote, né? Não necessariamente você precisa por paciente pra todos eles, em situações periodontais sim, então já é coberto de uma forma individualizada. Então essa é a argumentação que somos contra essa inclusão, com o mesmo raciocínio, mantendo coerência com a última discussão.

Martha (ANS) – Por isso que a nossa sugestão era aqui nesse quadro a gente manter como que ta lá e colocar batimento sim. Então no batimento esse nome tem cobertura, porque essa é a ideia do batimento, dizer tudo que tem cobertura na TUSS, que tem alguma referência no Rol. Não necessariamente colocar esse nome no Rol, porque...

Mércia (Fenasaúde) – Entendi. Então... Perfeito.

Martha (ANS) -... O Rol não tem essa lógica. É essa a nossa intenção. Então o que ta batimento sim, pra gente já tem cobertura e na hora de ligar a tabela a gente vai dizer sim, sim, sim, sim, sim, tem, não tem, tem, não tem. E o que não tem cobertura, na TUSS ele não tem correspondência. E quando a gente coloca aqui incluir, é porque a gente pretende com essa discussão incluir exatamente com esse nome, ok?

Mércia (Fenasaúde) – Certo, ok. E concordamos também com a posição do CFO de não incluir os enxertos e o implante zigomático no Rol e a questão

da coroa total acrílica prensada, com certeza, o uso dela seria pra provisório mas o que a gente sabe é que na realidade as pessoas usam de forma definitiva e então entendemos que não deve ser inserido no Rol. E eu só gostaria de complementar a questão do implante, só pra finalizar, que realmente existem sim implantodontistas no Brasil inteiro, mas dependendo de onde o cliente está, você não consegue dar a cobertura de implante regional, na região onde ele está. Então não é uma situação simples. As operadoras tem plano de implante, mas elas selecionam na venda, isso que acontece. Então...

Martha (ANS) – Ok. Então gente, vamos só repassar para a gente passar para o próximo assunto... Ah, Eduardo, desculpa!

Eduardo Gomes (Presidente da Comissão Nacional de Convênio e Credenciamento da Odontologia Brasileira) - As considerações ali com relação, primeiro a gente tem que focar, eu entendi o papel da Agência, mas a gente tem que, não podemos esquecer de alguns detalhes antes de fazer essa avaliação. Hoje 15 por cento dos pacientes vão ao dentista regularmente, 32 por cento só vão quando o dente dói, quando ta sentindo dor e 11% nunca viu dentista. Então, na verdade, a gente tenta sinalizar pra vocês que é importante considerar a prevenção e a promoção. Não adianta você oferecer o implante, né, a periodontista ta aqui, oferecer um implante pra um paciente que já perdeu o dente por ele justamente não ter acesso ao programa de prevenção e promoção. Então ele vai perder o implante também né, da mesma forma, ele vai perder o implante por problema periodontal, né? Então às vezes você ta dando pra ele uma coisa que ele não tem condições de ter e cuidar. Então nós entendemos que a gente tem que focar, construir debaixo pra cima, né? Nós temos que vindo, estendendo, o posicionamento, os procedimentos, cobrindo a tensão básica, né? Os eventos mais executados, a gente tem que ver a frequência, né? Senão a gente vai entulhar o Rol de procedimentos de nomenclaturas e números que não são utilizados, de baixíssima frequência e o usuário, paciente, né, o cidadão, vai ficar sem assistência. Porque o que ele precisa não é oferecido, né? É oferecido de alta frequência. Então é importante também ter essa direção. Importante a gente enxergar para onde estamos indo, entender também de onde viemos, qual que é o cenário e pra onde pretendemos ir que é importante. Então, com relação à essa tabela, a coroa total acrílica, só fechando, é um procedimento já superado, né, toda essa posição aqui, inclusive pode causar problemas. Então a gente realmente entende que o enxerto _____ e oblíquo, o enxerto autógeno e de mento, implante Zigomático, que faz parte de um tratamento de reabilitação, né? Então é como se você desse uma meia, mas não dá outra meia e nem hum outro sapato. Então, a gente entende que isso aí não há consistência, uma vez que o paciente pode vir à um dano, a maior preocupação nossa é o

dono, que você faz um procedimento, enxerto do mento, mas não dá sequência no tratamento, amanhã esse paciente não tem de onde tirar o osso né? Já tirou dali, do oblíquo, já tirou do mento, não tem de onde tirar, aí você não executou os outros procedimentos, os passos, porque o paciente não tem acesso, então a gente entende que isso tem que ser executado dentro de um planejamento de reabilitação global. E o dia que chegarmos nesse estágio, aí a gente oferece pra ele, né, o que ele realmente pode fazer. Sobre os riscos, né, vai expor à um procedimento cirúrgico, ele vai ter perda de ossos, complicações pós-cirúrgicas, etc, etc... sendo com qual objetivo? Então é uma discussão posterior. Pode passar. Só um segundo, a questão do diagnóstico ali. O diagnóstico, tratamento estomatite Herpética e o tratamento de litose, esses a gente sabe, que por exemplo, da litose é um assunto bem complexo, tanto na medicina, quanto na odontologia, a gente sabe que não é fácil tratar, que é multifatorial, multidisciplinar, então é uma questão que realmente não dá pra você fazer um diagnóstico de tratamento. Ninguém vai numa consulta diagnosticar e pensar que ele vai tratar uma litose. Isso aí, na literatura tem um livro só sobre a litose. Então, isso aí a gente entende que é um tratamento, né, então precisa realmente fazer não só a consulta, tem que dar também a questão do tratamento e esse tratamento ele pode ter começo, meio e nunca ter fim, né? Porque isso daí é realmente complexo. Pode passar. Essa questão aí, primeiro, o mantenedor de espaço removível, eu quero esclarecer, que isso não é um procedimento de execução somente do ortodontista não, né? Na nossa formação, nós temos a disciplina de odontopediatria e ortodontia, né? Apesar de não saímos clínicos gerais e o mantenedor de espaço removível, ele é importante sim, pode ser executado pelo clínico, né? Uma parte dos dentistas no Brasil fazem clínica, a maior parte, né, por incrível que pareça, com exceção de talvez só do Distrito Federal, que você tem a maior porcentagem de especialistas do que clínicos, acho que é só o Distrito Federal mesmo, e aí, então o mantenedor de espaço removível, a gente entende que as complicações, é essa que é a nossa visão, a nossa questão aqui é defesa não somente o olhar do dentista, nós estamos olhando o olhar da população, o que pode ter por simplesmente não ter acesso à esse mantenedor de espaço removível, vai desestabilizar todo o desenvolvimento do aparelho estomatognático, tendo complicações sérias, amanhã ele não precisaria ser usuário de ortodontia, ele vai ter que ser usuário de ortodontia, vai ter dente retido por fechamento do espaço. Então, o custo benefício, inclusive esse que se caminhamos na direção de no futuro todos os procedimentos odontológicos serem cobertos, se caminhamos nessa direção de estarem inclusos, então se esse é o futuro, nós temos que imaginar que, nós temos que imaginar que prevenindo os danos maiores, né, às vezes então, veicular o acesso. É lógico, que não podemos: Ah, é porque vai cobrir, agora todo mundo vai

colocar! Olha, (Risos.) isso aí é um argumento muito fraco, né, que todo mundo vai colocar, não, porque o profissional ele tem que ter capacidade de avaliar, ele é formado pra isso. Então, a gente entende que é necessário fotografia, já existe esse procedimento e esse procedimento tá sendo cobrado, essa discussão tá sendo na odontologia. Então ele é um procedimento que já está sendo usado e que não existe. Então como é que vai ser isso daí? Vai remunerar, não vai remunerar, e aí, vai remunerar? Então é importante ele tá dentro da realidade hoje. A radiografia panorâmica e a tomografia, ela não é só utilizada só para cirurgia, só para implante não. Pra avaliação de fratura, pra avaliação às vezes de suspeitas de lesões cancerígenas, etc, etc e etc... Então o profissional, ele tem que deixar isso para o cargo do profissional é importante sim, né, o profissional tem condições, se tiver condições de justificar ele tem que justificar e eu acho que é importante isso ser incluído. Os outros que estão incluídos a gente entende como normal e a prótese espacial removível provisória, a gente tem hoje que entender, né, e não podemos olhar só friamente, né? Nós temos que entender, tem pessoas hoje que sofrem por um trauma, ou por um problema periodontal, perda de elementos até anteriores e as vezes a pessoa não consegue o emprego porque ela não tem, né? Então, nada que possa substituir ali, nem que for do caráter provisório e também pode ter movimentação dentária, desestabilizando todo também o sistema de inclusão, então a gente entende que é importante o custo benefício que ele seja incluído. Pode passar. Só finalizando aqui. O enxerto gengival livre, o enxerto pendiculado da tunelização, olha, agente sabe aqui, que a doutora periodontista me corrija, que os eventos de periodontia, os tratamentos de enxerto de periodontia, a gente sabe que requer muita técnica né, requer muito conhecimento, o paciente tem que ter uma colaboração muito grande. Então requer uma série de fatores, realmente são procedimentos de uma complexidade de fatores que contribui muito no seu insucesso, né doutora, se eu estiver errado aqui, ela me corrige aqui. Então, a gente, que isso tem que ser bula de medicação e o tipo de utilização a gente entende que realmente poderia ser incluso, não tem problema. O enxerto ósseo e o implante dentário e a coroa unitária, é porque eu acho que tem que ser discutido um pouco mais aprofundadamente, por que? Porque todo mundo pensa que é simplesmente colocar o implante. Não é simplesmente colocar o implante. O paciente, primeiro tem que ter condições de receber o tratamento, então é uma série de problemas, se já perdeu o elemento dentário tem que entender aquela perda, a maioria dos pacientes que perdem o elemento dentário é justamente por culpa dele mesmo porque ele não teve acesso à informação, não interessa. Então, acho que nós temos que construir uma outra direção, né? Na direção que vai ser bom pras operadoras, porque elas vão ter um menor custo, né? Investindo em procedimentos que dão acesso á informação, a prevenção e ao cuidado e a

promoção e eu acho que essa questão dos tratamentos avançados, né, a gente vai fazer o que? Vai ficar botando implante, depois perde o implante pelo mesmo motivo que ele perdeu o dente, aí põe outro implante e aí? Então nós temos que entender isso como saúde, como um todo e tentando realmente trazer o benefício para o paciente. Então, não vou me preocupar em escovar os dentes não, porque depois o plano cobre, né, se eu perder meus dentes é só colocar um implante. É assim, tão simples? Então a gente não quer passar essa cultura, né, dessa forma e finalizando.

Martha (ANS) – Ok. Gente. Então eu vou passar pra frente, só pra resumir porque ficou... É, essa planilha vai ficar exatamente igual ficou aqui, ok? Benício, eu vou deixar mas rapidinho, ta? Porque senão a gente não vai terminar o dia. Essa planilha vai ficar igual ta aqui, isso daqui vai ficar desse jeito, o que ta em negrito entra, o que não ta em negrito não entra, isso daqui infelizmente a gente só vai botar a tunelização, ok? Linha dois eu acho que foi consenso que não é pra botar, é isso? Então, a gente vai botar só a tunelização.

(Pessoas da platéia falam muito baixo, não dá pra ouvir.)

Martha (ANS) – Ah é? Tá, então o um, o dois e o três? Ok? Tá parecendo leilão, um, dois...! Um, o dois e o três, ok?

(Alguém da platéia fala muito baixo, não dá pra ouvir.)

Martha (ANS) – Mas eles não pediram aqui na dois, a gente não falou... Gente, o cinco é ou o cinco não é?

(Alguém da platéia fala muito baixo, não dá pra ouvir.)

Benício (CFO) – O cinco é, o cinco é!

Martha (ANS) – O cinco é? Então se o cinco é, o dois é?

Benício (CFO) – É, porque na realidade é a mesma coisa, foi transcrito daqui pra lá, a mesma coisa, a mesma coisa...

Martha (ANS)– Ok! Então é o um, o dois, o três e eu vou passar para o slide seguinte, ok? Fala Benício.

Benício (CFO) – Não, eu só queria aqui, que quando a Marta colocou que o Conselho Federal na verdade não era de acordo com algumas alterações, quando eu falo ali no enxerto ósseo, eu coloco o enxerto de osso, eu tenho que ter uma previsão de colocar o implante e tenho que ter uma previsão de colocar uma prótese. Se eu coloco o enxerto de osso e não coloco a prótese dentro de seis meses, o organismo reabsorve todo aquele osso e ele não vai ter mais sentido, Então tenho que ter tudo associado. É uma

cadeia, é o enxerto, é a colocação do implante, a colocação da prótese, ta certo? Então essa é a razão da não aceitação hoje disso, do Rol Odontológico, ta certo?

Martha (ANS) – Então eu me perdi. Porque a nossa ideia era essa linha, o enxerto, o implante e a coroa e aí ok, um leva outro. Então esse cinco é pra tirar daqui ou não?

Benício (CFO) – Não, que esse aqui, oh, o cinco é enxerto de tecido mole. Tecido mole...

Martha (ANS) – Ok. Ok. Então, aqui...

P/8 – Só um minutinho...

Martha (ANS) -... É realmente só a tunelização? Ok?

P/8 – Só uma pequena correção na sua fala que é importante. Quando você falou que hoje o plano é só dado como porta de entrada e _____. A maioria das especialidades odontológicas, vamos dizer, a maioria dos procedimentos odontológicos de frequência e percentual, eles estão hoje cobertos. Então tratamentos de várias especialidades como endodontia, a maioria desses procedimentos tão inclusos.

Martha (ANS) – Ok.

P/8 – Então algumas poucas especialidades, como ortodontia, implante e alguma outra coisa que não ta coberta, então...

Martha (ANS) – Eu já to super convencida, e acho que todo mundo também, né? Ninguém falou mais nada. Então vamos lá, tunelização aqui, o resto é pra trás, ok? Então vamos lá. Ostomia, a gente publicou então, isso daqui fez parte da discussão do grupo um, a gente fez um grupo só pra discutir estomia, a gente publicou no dia 18 de abril a Resolução 325 de acordo com o que a gente tinha discutido aqui na última reunião, ok? Só pra todo mundo tomar conhecimento, ta lá no site da ANS. Medicação oral pra câncer... Uiii! Vai! No outro slide? Pode falar.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Bom dia, eu sou Nélia, to representando a nossa sociedade, Associação Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas, que é estomia, incontinências e feridas. Bom, pra começar, o termo não é Ostomia, e sim Estomia...

Martha (ANS) – A gente resolveu na resolução a primeira coisa do protocolo é: Tanto faz chamar de Estomia ou Ostomia. Saiu lá bonitinho pra todos os gostos, está bem bacaninha.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Não consegui ler isso que...

Martha (ANS) – A gente te mostra, tá lá. É o primeiro item do protocolo.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) - No anexo?

Martha (ANS) – Para todos os gostos.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Eu não recebi os anexos.

Martha (ANS) – A gente te mostra.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Tá. Eu volto a discutir e gostaria de ver a questão de que, a prescrição, ela seja específica de equipe de enfermagem, porque nós trabalhamos em equipe multidisciplinar e o enfermeiro estomaterapeuta é o enfermeiro capaz e mais capaz ainda de indicar e prescrever as bolsas de estomias. E essa resolução acabou saindo sonda vesical, sonda vesical de demora e a gente tinha discutido e tinha enviado material sobre a utilização da terminologia cateter..

Martha (ANS) – Deixa eu só te interromper assim, eu vou te dar o anexo, você lê o anexo, se mesmo assim não estiver contemplado, a gente discute. Porque a gente colocou no corpo da resolução que estava escrito na lei, porque aí eu não tenho culpa de ter saído errado na lei, mas no que a gente podia corrigir, que é no protocolo, a gente corrigiu, você dá uma lidinha e a gente não... Desculpa mesmo, de coração assim. A gente não vai ter tempo de voltar na discussão de uma coisa que já tá publicada, porque a gente tem que dar conta do resto que a gente precisa publicar daqui a um mês. Então é assim, a gente fez a descrição da prescrição, a gente explicou que não pode perante a 956, a gente exigia a prescrição da enfermagem, que na 9656 está escrito lá prescrição do médico assistente, a gente sabe das limitações, a gente tentou discutir elas um pouquinho aqui, mas agora assim, tá publicado, né? Tá publicado de acordo.

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Não, mas não existe como isso se tornar de uma forma ou de outra que um enfermeiro capacitado, isso nós discutimos da última vez, o enfermeiro capacitado e o enfermeiro estomaterapeuta seja o prescritor, porque isso é de competência do estomaterapeuta.

Martha (ANS) - A gente sabe, a gente discutiu, a gente reconhece a importância mas a gente precisa alterar a lei, a gente não consegue alterar a lei agora, a gente que ir lá no Senado, no Congresso, enfim. Qual é o...

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas)– Só esse o caminho, porque a nossa Associação, ela vai verificar isso em relação...

Martha (ANS) – Eu acho bacana...

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Nós vamos entrar com um documento mostrando que o próprio SUS já tem o código brasileiro do estomaterapeuta, ele é o prescritor de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, no sistema único de saúde.

Martha (ANS) – A gente sabe, a gente fez essa discussão, a gente botou esse documento no site, a gente entende tudo isso, os médicos... A Ana Paula eu não sei se tá aqui hoje, ela deu o depoimento dela, que assim, os médicos não sabem prescrever, a gente entende tudo isso. A gente colocou na reunião as limitações, né? Hoje a gente não tem rede de enfermagem pra gente colocar a consulta de enfermagem como obrigatória, a gente também discutiu isso. Hoje a gente não tem como dizer que alguém que faça uma prescrição, que não médico assistente tenha cobertura obrigatória na saúde suplementar por conta do Artigo 12 da Lei 9656, então é necessário a prescrição do médico assistente. Então é assim, a gente teve vários poréns que a gente já discutiu, então desculpa, a gente não vai conseguir discutir isso aqui hoje de novo, porque senão a gente não vai conseguir avançar. Depois a gente senta com você na hora do almoço e te mostra como saiu o protocolo que tem todas essas observações de nomenclatura, todas essas observações foram contempladas, ta bom?

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Eu vou continuar insistindo qual vai ser o melhor caminho para que o enfermeiro estomaterapeuta esteja incluído nesta questão.

Martha (ANS) – A gente senta com você e discute, ta?

Nélia (Sociedade Brasileira de Enfermeiras Estomaterapeutas) – Pode ser.

Martha (ANS) – Vamos lá. Discussão oral pra câncer. A gente tem um grupo, que discutiu isso, é o grupo dois, a gente já fez duas reuniões com esse grupo, o grupo avançou bastante nessa reunião então eu vou tentar fazer um resuminho aqui de como esse grupo ta caminhando e quais são os agrupamentos desse grupo, ta? O grupo ta a maior parte aqui, se vocês quiserem me ajudar. Bom, a última reunião que a gente fez foi no dia 26 de abril, a gente discutiu alguns critérios que a gente pudesse fazer pra incorporação. Primeiro a gente venceu na primeira reunião a etapa judicial, né? Legal, então, a gente viu que sim, ok, vamos incluir e a gente acha que o parecer é razoável pra gente encaminhar pra discussão da possibilidade de inclusão, apesar da lei, ok? Então a gente venceu isso na primeira reunião. Na segunda reunião a gente discutiu como é que a gente faria

essas inclusões, tá? O primeiro ponto que a gente fez o levantamento, então a gente fez levantamento de várias tabelas e levamos essas tabelas pra reunião. A gente tinha tabela de tudo que tinha registro na ANVISA, a gente tinha tabela de tudo que algumas instituições tinham como cobertura e a gente foi copilando essas tabelas. Então algumas coisas eram extremamente importantes pra gente, obviamente o registro na ANVISA, né, que era o balizador de absolutamente tudo, se não havia registro a gente não ia discutir. Depois as indicações da bula, então o off label, ele não cabe como cobertura na saúde suplementar e depois a gente foi para uma discussão que era pra gente priorizar o que é o seguinte: A gente precisa analisar o que o CONITEC já viu, então a Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério teria prioridade no que ela já tinha analisado pra ser incorporado na saúde suplementar. E a gente viu que do CONITEC a gente já tinha tido essas avaliações. O DESTINIB pra LMC em 2008 já havia sido aprovado e IMATINIB também em 2008 e pra LMC e pra LMA, Leucemia e Mieloide Crônica e Leucemia e Mieloide Aguda. E MILOTINIB em 2010. A reprovação do IMATINIB tinha sido por uma doença do estômago em 2011. Então, isso daqui eram os protocolos que a gente tinha dos Ministério, fora isso aqui, foram contabilizados 38 indicações orais que a gente precisava analisar. A partir daí, a gente pegou essa lista de medicação oncológica e não oncológica e a gente começou a fazer uma discussão do que, que era o desfecho fechado pra gente. Então, o que, que eram o desfecho razoável e importante e associável a que custo? Ok? A gente sabe que hoje tem bastante medicação oral pra câncer, muitas são muito importantes, algumas até atrapalham a discussão exatamente por conta disso. O desfecho é um desfecho, ok, ele tá lá, ele foi aprovado pela ANVISA, mas ele é razoável pra ser incorporado ao sistema, o sistema suporta aquele custo para aquele desfecho e a gente não pode pensar em desfecho individual. A gente vai tá o tempo todo pensando num desfecho coletivo, porque é obvio, se aumentar a minha sobrevida em um dia, ele é um desfecho importante pra mim. Mas e pro sistema? Então a gente fez essa discussão. Não é uma discussão fácil de fazer. O grupo está fazendo muito bem, aliás o grupo andou muito bem. Então, a gente tem caminhado de uma maneira bem bacana nesse grupo. E aí a gente quer deixar aqui em público, o agradecimento ao João Paulo, que compilou todos os dados, fez uma lista super bacana pra gente, sem a qual a gente não caminharia pra frente. Então, a gente tem uma hoje, uma já listagem, que a gente chamou de uma listagem consenso, que, que é isso? Pra cada medicamento, as indicações consensuadas pelo grupo. Então, tinham várias pessoas de várias instituições que estudam e que lidam com esse assunto e que já tinham alguns consensos de indicação para alguns medicamentos. O que, que sobrou dessa discussão? Sobrou a medicação para câncer renal. Então é essa a única discussão que sobrou pra gente fazer numa próxima reunião

exatamente por conta daquilo que a gente falou, desfecho e custo. Então, numa próxima reunião, a gente vai estudar medicação pra câncer renal, o resto a gente já tem essa tabelinha consenso, que a gente vai passar obviamente pra todo mundo, pra todo mundo tomar conhecimento do que, que foi discutido, de cada medicamento das suas indicações, ok? Então o grupo ta caminhando bem, a gente vai precisar então estudar medicação renal e foram poucos os medicamentos que a gente teve o consenso de que não deveriam ter cobertura até o momento, ok? Então vou falar só o nome dos medicamentos que ficaram, porque alguém pode conhecer e o resto renal ta pra discussão na próxima reunião. A bilaterona, a anastrosol, a bicalutamida, a bisufano, capecitabina, ciclofosfamida, clorambucila, dasatimibia, erlotinib, etoposide, exemestano, fludarabina, flutamida, gevetimibi, hidroxiureia, imatimibi, dilosilato, dipalatumibi, letrosol, megestral, megestal., megestral de novo, mefalana, mercaptopurina, metrolexato, mitotano, milotinibi, sunitinibi, metafoximeno, temos olamida, tioguanina, topotecana, tretionina, não, tetinoina. Ok? Então a gente vai passar pra vocês essa tabela, agora que a gente já sabe o que significa. E a gente vai fazer mais uma reunião desse grupo pra gente fechar então, pra gente trazer a proposta pra consolidar. Alguém do grupo lembra de alguma coisa mais importante? É, tem uma discussão que ainda resta a fazer que é o seguinte, tem dois medicamentos aqui que ainda não foram publicados, publicizados pela ANVISA, pela sua reprovação, mas já foram pra consulta pública com parecer negativo. E a gente ta estudando esses dois medicamentos porque pra algumas indicações, o grupo tem a sensação de que eles tem um outro parecer um outro tipo de indicação. Então, esses dois medicamentos a gente vai conversar com o Ministério pra gente não ter atrito, então a gente precisa resolver as coisas lá antes de serem publicadas lá e não tentar resolver aqui depois. Então a gente também se comprometeu a fazer isso no grupo, certo? Ok? Ninguém quer falar nada sobre isso? Podemos? Rosana. Na última reunião do GT do Rol, várias pessoas pediram que a gente apresentasse aqui a metodologia que hoje avalia o impacto do Rol. Então a Rosana que é a gerente geral da área, vai falar um pouquinho de como é feita essa metodologia, de novo eu vou reforçar o que eu já falei de novo na primeira reunião, a gente pra próxima revisão do Rol, vai sim trabalhar com custo efetividade e vai discutir muito mais custo, né? A gente pretende fazer uma coisa permanente, esse GT daqui vai se prolongar no próximo dois anos pra gente poder quando chegar na data de revisão, a gente ter isso tudo construído, a gente não vai conseguir construir isso em poucos meses mas a gente vai analisar de uma forma diferente e vai trazer essa discussão à tona sim, ok? Mas por enquanto a gente só tem o estudo a posterior e porque a gente também acha que esse estudo é importante e vai sobreviver mesmo que com a gente fazendo análise de impacto? Porque o impacto real no custo da

operadora, a gente só vai conseguir ver na vida real, então todo mundo que simula esses impactos, o João também tem uma simulação sobre isso, às vezes você espera uma determinada frequência, um determinado uso que não tem. Pode ter maior e pode ter menor, ou aquele uso afeto, uso de outro procedimento pra mais ou para menos e esses impactos, nem sempre eles são previstos. Então, é importante sim a análise posterior, né, que geralmente dá pra menos do que pra mais. Então, o que se esperava geralmente não é tão grande do que acontece, por conta do uso da frequência, do acesso, enfim. Então, Rosana vai falar um pouquinho de como isso é feito, eu não sei se ela trouxe aqui os números do que já aconteceu pra trás, mas pra gente pensar o que, que a gente faz aqui vai ter reflexo pra gente. Então, o tamanho da decisão que a gente resolver tomar aqui é o tamanho da decisão que a gente vai ter reflexo daqui à um ano na hora do reajuste. Então, isso é importante, todo mundo tem em mente e a gente tem que tá sempre pensando nisso.

Rosana (ANS). Então eu vou falar um pouquinho do impacto financeiro do Rol, como a Marta já introduziu. Pronto. Então, pensando nessa questão, né, aonde esse Rol, onde a gente tá discutindo aqui, todos os demais, onde ele vai impactado os beneficiários dos planos de saúde. Então, atualmente os planos, né, eles são sub divididos lá na agência com os planos de cobertura, categoria, então planos antigos, como individuais eles não são impactados por essas análises do Rol que a gente tá trazendo, porque eles tem contrato congelado e isso dá mais de 6 milhões de beneficiários que não são impactados por essas discussões do Rol. Então só os planos novos é que vão ser afetados pelas alterações do Rol e nos planos novos a gente tem uma sub divisão importante pra essa análise financeira que a gente faz, que são os planos novos individuais que tem o reajuste regulado pela agência. São cerca de 8,4 milhões de beneficiários e 12 por cento de beneficiários no setor. Esses são diretamente impactados, tanto pelas alterações no Rol, quanto por essa questão da análise financeira que a nossa área de GSP faz. Vou até convidar o André Guimarães, por favor, pra ficar aqui na frente. O André participa do GT do Rol e na nossa área ele é responsável por esses, enfim, condução desse trabalho de análise do nosso impacto. Então, todos os anos ele participa dessas análises lá na área. Então, tava falando dos planos novos que são diretamente impactados. Os planos exclusivamente odontológicos que tem cerca de 18 milhões de beneficiários, apesar deles serem impactados com novos procedimentos, o reajusto que eles recebem é definido no contrato. Os planos individuais que são exclusivamente odontológicos, recebe um ajuste atrelado ao índice de preço IPCA, IPGM, então não existe ali uma interferência da agência nacional de saúde na determinação de qualquer reajuste adicional ou extra em função do novo Rol para os planos exclusivamente odontológicos. E para os planos coletivos, a negociação do reajuste também é feita no caso à

caso. Existem cláusulas contratuais determinando como que vai ser o reajuste e normalmente essas cláusulas já prevêm uma análise da sinistralidade daquele contrato, uma revisão técnica. Então, nesses contratos coletivos, a negociação é feita caso à caso e a operadora tem a liberdade de estipular junto com a pessoa jurídica contratante qual será o percentual aplicado. Então esse percentual é apenas comunicado à gente, por isso a gente não tem uma interferência direta na análise do impacto do Rol para planos coletivos, novos e para planos exclusivamente odontológicos. Então a nossa análise ela afeta diretamente esses 12 por cento de setor que são 8 milhões de beneficiários. Bom, aqui é uma linha do tempo, mostrando exatamente de que forma a agência avaliou essa questão do Rol ao longo dos anos, né? Então em 1998 o primeiro Rol foi definido pela CONSulSTE(?) e nessa época, em 98, a agência nem existia, não existia essa análise do impacto do Rol. Em 2000, eu coloquei ali na linha do tempo, os anos e todos os reajustes que a agência deu no longo do tempo e eu vou mostrar quais foram os reajustes que afetaram os planos individuais novos que foram impactados por alguma revisão do Rol. Então em 2000 a agência deu um reajuste, ele seguiu em 42, que não foi impactado por essa análise, enfim, por qualquer mudança no Rol, porque não tinha havido nenhuma mudança ainda. Em 2001 a agência também recalculou o seu ajuste normalmente, em 2001 também teve uma mudança no Rol através da RD 167. Em 2002 a agência re-calculou um re-ajuste, não teve análise de impacto do Rol, em 2003 também não teve essa análise. Até 2006 que é o último ano da linha do tempo, essa análise não foi realizada. Então, a gente teve aqui com a CONSULDESTe(?) RD 167 e a RD 82 lá em 2004 e essas três resoluções... Tá aqui né? Essa luzinha bem pequenininha. Mas essas três resoluções trouxeram novas diretrizes pro Rol, que não tiveram essa análise dos impactos realizados. Em 2007 começou uma discussão pra mudança do Rol. Essa discussão resultou na Resolução Normativa 167. Essa resolução sim trouxe alguns impactos. Então lá em 2007, numa câmara de saúde suplementar, o mercado, o setor fez uma certa pressão pra que a Agência fizesse então o primeiro cálculo desse impacto, que seria importante, era um Rol com muitos procedimentos. Foi uma mudança grande no Rol, foi a primeira grande mudança, né, em 2008. Então, a nossa área fez uma análise exosante, ou seja, antes mesmo do Rol começar a vigorar, e existe uma dificuldade enorme de fazer uma análise antes do Rol começar a vigorar, que é exatamente saber quais serão os custos e frequências que cada procedimento vai ter. Então a gente fez um requerimento de informações, foram mais de 130 operadoras selecionadas pra fazer parte desse inquérito e encaminhamos planilhas em Excel com todos os procedimentos que iam ser incluídos, excluídos, alterados, justamente pra tentar fazer uma análise do custo e da frequência desses procedimentos e então determinar qual seria o impacto dessas alterações

previstas na Resolução Normativa 167. Na época eu até trouxe uma outra apresentação que foi exatamente a que foi feita na Câmara, se vocês quiserem ver depois, a gente pode detalhar um pouquinho mais, mas é só pra tentando resumir aqui, a gente teve esse requerimento, teve uma taxa de resposta razoável, no entanto variabilidade das informações foi muito grande, foi muito alta, ou seja, tinham procedimentos que custavam de 30 reais à 1000 reais em determinada operadora, uma frequência que variava de 0,001% até 12%. Existiam uma variabilidade enorme em cada procedimento que a gente tentou avaliar nessa análise exozante. Então, no final das contas esse reajuste que foi apurado através dessa metodologia, ele tinha uma variabilidade que podia ser de 1,38 à seis e poucos por cento. Então de um a seis por cento a gente teria que escolher o número que representasse o impacto desse Rol, como era um intervalo muito alto, né, existe aí um limite inferior e superior muito elevado, uma diferença muito grande, a gente optou então, devido à falta de confiabilidade nos dados, que as operadoras forneceram à Agência na época, a gente resolveu mudar a metodologia e então fazer uma análise expost. Então, em 2007 o reajuste não teve nenhum adicional em função desse Rol, então a gente fala que o reajuste da Agência tem um determinado índice e a gente acrescenta o índice que seria o impacto do Rol. Então ali a gente acrescentou zero por cento lá em 2007, em 2008 esse Rol foi incrementado e só em 2009 a partir de 12 meses de despesas, né, então a gente precisa de pelo menos um ano da experiência de vocês pra conseguir calcular ou capturar o efeito do novo Rol pra então fazer um novo cálculo. Então lá em 2009 a gente fez a primeira análise do reajuste final foi de cinco e sessenta, que foi o reajuste calculado pela agência com a metodologia lá que ela utiliza desde 2000 e... Ali tá errado, desconsiderem esse zero aqui, esse número aqui é 1,10%. Então a gente conseguiu calcular através dessa metodologia expost 1,10% de impacto do RN 167 que resultou no reajuste de seis e setenta e seis. Essa soma aqui é meramente simbólica, na verdade como são dois índices a gente multiplica um pelo outro, mas isso é pra vocês entenderem que ele foi adicionado ao número do reajuste oficial da Agência. Bom, em 2010 nós tivemos um novo Rol vigorando, que foi a Resolução Normativa 211, a gente nessa nova metodologia de cálculo expost a gente só pode calcular esse reajuste lá em 2012 e a gente fez a análise expost desse Rol de 2010 e o cálculo gerou nenhum impacto. E aí eu vou explicar daqui a pouco como é que a gente faz essa análise. Então em 2012 o reajuste foi de 7,93 mais 0%, não é dizer que a gente não calculou, a gente calculou e deu 0% de impacto. Então o reajuste total da Agência em 2012 foi 7,93. E agora em 2013 a gente tá fazendo uma nova análise, que é uma avaliação expost, do Rol que foi implementado lá em 2011, que é a Resolução Normativa 262. E aí essa avaliação ainda, esse cálculo ainda está em avaliação, a gente elabora um cálculo pré-liminar, aprova uma diretoria colegiada, esse cálculo

vai pro Ministério da Fazenda, que aprecia um número do reajuste, então depois que o Ministério da Fazenda se manifesta, a diretoria colegiada aprovando esse índice, a gente tem então o resultado total do índice de reajuste da Agência pra 2013. Então a gente tá num momento de negociar esse reajuste, deve ser divulgado lá no mês de maio, então a gente tá exatamente num momento de fazer essa análise, ministério e diretoria colegiada, esse número ainda é sigiloso, então não vou poder aqui falar muito sobre o resultado do cálculo para esse ano. Em 2014, ou 2015 a gente então vai fazer uma análise também expost do Rol que a gente tá discutindo agora em 2013. Então a gente já tem a Resolução Normativa 325 que vocês acabaram de editar pra fazer análise, como a gente não vai ter um ano ainda de vigor dela lá em maio de 2013, é provável que a gente só faça esse cálculo lá em 2015. Bom, então aqui eu explico um pouquinho sobre esses antecedentes, como eu falei, a metodologia, ela tentou usar essa verificação ex ante do impacto do Rol lá em 2007 na Câmara de Saúde Suplementar, e existiu uma falta de padronização das informações. Às vezes uma nomenclatura, ela significava coisas diferentes pras operadoras e é por isso também que a gente teve uma grande variabilidade nos resultados de cada procedimento e a gente verificou uma necessidade de melhoria dos gastos, tanto de custo, quanto de frequência, e a gente verificou também uma dificuldade das operadoras em verificar na sua base de dados a série histórica de utilização e da frequência desses procedimentos. Então, justamente naquela época a proposta foi fazer análise do Rol expost após a sua implementação. O Rol que a gente tava lendo esse ano é o RN 2002 né, que foi incrementado lá em 2011 e ele trouxe alguns procedimentos importantes pro setor, como cirurgias por vídeo, os consumidores tiveram 13 novos exames, incluindo análise molecular de DNA, programas de promoção prevenção criados, né, número de consulta pra nutricionista, terapeuta ocupacional, tratamentos como terapia imunobiológica, endovenosa e novas tecnologias como petscan e a oxigenoterapia hiperbárica. Esses foram os principais procedimentos incorporados na RN de 2011 que a gente vai fazer a avaliação, já fez na verdade, a avaliação do impacto agora. E falando um pouquinho da metodologia de reajuste. O reajuste, como eu mostrei pra vocês, ele é a função do número do índice calculado pela Agência anualmente, esse índice é fruto da média dos planos coletivos e a gente tenta trazer um pouquinho do poder de barganha que esses contratos tem na negociação do percentual para os planos individuais, aqueles oito milhões de beneficiários, então esse número reflete uma média dos reajustes aplicados aos planos coletivos. E esse Y aqui é exatamente o fator que a gente adiciona o reajuste por conta de novos procedimentos. Então a gente chama esse número aqui de fator de eventos exógenos, e por que a gente chama de eventos exógenos e não de impacto do Rol? Porque a metodologia que a gente consegue utilizar hoje, ela não seleciona

exclusivamente efeitos do Rol, e sim qualquer tipo de efeito, como por exemplo a mortalidade epidêmica ou pandêmica. Então, por exemplo, quando há um surto de Dengue no Brasil ou no Rio de Janeiro, isso faz, leva a um aumento de procedimentos, de consulta, exames e terapias, isso vai ter um reflexo nessa metodologia e esse fator vai captar esse reflexo. Então a gente não tá falando aqui exclusivamente do Rol, mas a gente espera que o Rol seja de fato o procedimento que mais impacta esse indicador de fatores exógenos. E outra questão que pode impactar o Y são fenômenos extraordinários, por exemplo, em 2008 teve uma crise muito elevada, as operadoras não conseguiram repassar os custos, uma crise internacional, obviamente ela tem reflexos aqui no empresariado. Então as operadoras tiveram dificuldade de repassar esses custos, então de alguma forma isso também impacta no repasse de custos. Essa é a questão que mais impacta no reajuste que a Agência calcula atualmente, mas pode ter eventualmente uma catástrofe ou algum evento externo que impacte também essa análise do evento exógeno. A metodologia que a gente utiliza na verdade é um conjunto de metodologias. A gente tem uma nota explicativa com todo o detalhamento, ela utiliza os dados do DIOPS. O que, que são os dados do DIOPS? São dados dos contábeis das operadoras. Então a gente ali tem todas as despesas de operadoras a cada trimestre. Então a gente queria avaliar... A função dessa metodologia foi a seguinte: Avaliar a mudança da tendência dessas despesas em função dos novos royalties de procedimento. Então, a metodologia usa o seguinte: As despesas ao longo do tempo, a gente faz uma série histórica dessas despesas e verificar somente o aumento de despesas não faria sentido, porque se você tem o aumento do número de beneficiários, essa despesa obviamente vai aumentar também. Então a despesa per capita, então a gente usa despesa por beneficiário. Então além de a gente usar essa variável, despesa por beneficiário, a gente faz uma deflação dessa despesa, porque obviamente ela já tem o aumento de custos inerente, ela tende a aumentar cada trimestre em função da inflação, então a gente deflaciona a informação que vocês caminham lá pra área contábil através de um indicador que a gente chama é... O IPCA Saúde Expurgado. É um pedacinho do IPCA que a gente tira pra deflacionar essa despesa, e esse saúde expurgado é porque a gente tira justamente o componente do IPCA que avalia a variação de preços pra não ter uma redundância da análise. Então a gente usa um pedaço do IPCA pra deflacionar essa despesa. Então, a variável é despesa per capita deflacionada. E a gente faz uma análise da série do comportamento dessa despesa, se a despesa normalmente tem um comportamento desce e e a gente traça aqui através de modelos econométricos uma tendência sem considerar qualquer tipo de mudança no Rol. Então vamos supor que ela tivesse esse comportamento pra todo o setor, na verdade esse aqui seria o comportamento, né, das despesas ao

longo do tempo e a gente traçaria aqui uma linha de tendência. Então a metodologia que a gente usa, ela traça o seguinte: Vamos supor que a despesa tivesse esse comportamento aqui antes da implementação do Rol, então a partir de um determinado momento do tempo houve uma mudança do Rol. Então o que a gente verifica é se houve uma mudança do comportamento dessa curva, ou seja, ela tinha aqui um comportamento linear e de repente ela passou a ter um comportamento também linear, mas aqui com uma angulação diferente, né, então houve um queda estrutural no comportamento dessa despesa. Então é isso que a gente avalia. Então, na verdade, o reajuste que a gente dá em função do impacto do Rol é esse alfa aqui, quando existe uma diferença e esse alfa aqui é maior do que zero, é esse número que a gente utiliza pra aplicar o reajuste nos planos individuais em função do Rol. Então, a gente pega essa série original, faz um ajuste polinomial nessa série, essa série econometricamente, né, pra você fazer esse ajuste polinomial você tem que tirar irregularidades, ciclos, né, que se repetem, sazonalidades dessa série, então após esse ajuste polinomial a gente tem uma tendência dessa curva de despesas. Uma tendência antes do impacto do Rol, ou seja, como a curva se comportaria se não tivesse havido Rol e como curva se comportaria com o novo Rol de procedimentos. E a variação dessa curva antes para a curva depois é justamente o impacto que a gente apura como reajuste pra essa questão do Rol, do impacto. Então eu falei que é um conjunto de metodologias porque a gente faz a projeção dessa série de diversas formas. A gente usa ajuste polinomial a gente também, a gente usa uarima, que ele projeta a série antes e depois desses eventos. E a gente também faz um teste pra verificar se houve mudança estrutural nessa série, se houve uma quebra na estrutura, ela mudou radicalmente de comportamento. E aí a gente chama isso de variável *dame* pra fazer avaliação dessa série. Então a gente usa esse conjunto de metodologias, o reajuste final é uma média de todos os números que são apurados nesse conjunto de metodologias. Atualmente aqui, a gente leva em consideração cerca de 60 operadoras nessa base pra fazer esse cálculo, tem todas as modalidades e foi em 2008 que a gente começou a usar essa metodologia. E considerações importantes sobre essa metodologia. Primeiro a gente aponta uma necessidade de revisão de acordo com os estudos do novo modelo de ajuste. O que acontece, a agência fez um grupo técnico nos últimos dois anos pra discutir a mudança do modelo de reajuste. Então a gente tem uma forma de calcular o I, que é o índice do setor e a gente também mudando essa forma de calcular o índice setorial, certamente a gente vai ter um reflexo na metodologia também de cálculo de impacto financeiro do Rol. Então existe uma tendência de mudança, de revisão dessa metodologia ao longo dos próximos anos assim que a gente conseguir determinar um novo modelo de reajuste pro setor que não é uma tarefa fácil. Bom, todos esses dados,

como eu falei, eles vem do diops, que é uma base contábil, essa base já sofre uma auditoria, então a gente já tem uma expectativa de que esses dados sejam combustíveis e confiáveis, mesmo assim a gente observa todos os estudos que a gente faz com essa base, que às vezes a gente tem que tirar muita informação, porque tem muito Out-layer, tem informação discrepante na base, então agora a gente tem um grupo interno na Agência discutindo procedimentos pré-abordados. São procedimentos de auditoria que tiram informações mais detalhadas lá do DIOPS e transforma essas informações em informações gerenciais, mas que são também auditadas. Então a gente espera que com esses procedimentos pré-acordados, que o contador faz parte, o auditor, a gente espera que com esses novos procedimentos esses dados sejam mais qualificados e que a gente possa então avançar tanto no novo modelo de reajuste, quanto na revisão da metodologia do Rol. Um outro projeto que a Agência vem desenvolvendo, que vocês devem fazer parte é o TISS. Então, o TISS trás a informação no nível mais detalhado possível. A gente tem exatamente qual foi o evento, quem era o beneficiário, qual foi o custo daquele evento, quanto que a operadora pagou. Então, quando a gente tiver uma base, uma série histórica do TISS, a gente vai ser capaz de fazer uma análise novamente de custo e frequência desses procedimentos, mesmo expost com um pouco mais de segurança na informação. É um projeto de longo prazo, o TISS só começa a vigorar em novembro desse ano, então pra que a gente tenha pontos suficientes pra traçar tendências, enfim, pra fazer uma análise mais robusta, no mínimo 12 anos pra fazer a primeira análise preliminar com os dados do TISS. E o desafio que a Marta já falou aqui é justamente disseminar uma cultura da realização, que a gente ta aqui o tempo todo falando de impacto financeiro, mas isso não impede que a agência faça essa análise de custo efetividade, custo eficiência, isso é realmente um grande desafio pro setor, né? E usando os dados mais realistas possível para que a gente possa então ter um resultado melhor dessas análises financeiras que hoje são realizadas. Então basicamente a metodologia é essa, não sei se vocês querem tirar alguma dúvida específica...

Martha (ANS) – A ideia era só a gente apresentar é como é que é feita e mais do que isso eu vou deixar o Benicio e o João falarem que eles levantaram a mão, mas assim, mais do que isso a gente ter consciência do que a gente ta fazendo e ai a minha preocupação pra esse ano é muito maior que 2008, 2010, 2012, né? Não sei se vocês conseguem ter a dimensão do que é essa revisão de hoje né, e eu queria que todo mundo tivesse então em 2008 que teve lá o impacto de 1,1 é isso? É a gente incluiu muito procedimento, mas o Rol era extremamente defasado então assim a gente tava falando de uma coisa muito defasada que a gente incluiu uma quantidade razoável de procedimento, mas que na maioria eram procedimentos muito usados, muito praticados né, agora a gente ta falando

de coisas macro, a gente ta falando de da bolsa de estomia, a gente ta falando da medicação oral pra câncer, a gente ta falando de um monte de outras coisas que não é uma simples e pura inclusão de procedimentos então só pra gente ter sempre isso na cabeça na hora que a gente ta discutindo o GT do Rol. Benício e João.

Benício (CFO) - Rosana esse estudo só é feito pra área médica? Pra Odonto individualizado não né?

Rosana(ANS) – É o estudo considera os dados contábeis esses dados eles são agrupados então a gente utiliza tanto dados de planos individuais quanto dados de planos coletivos e ai a gente usa médico-hospitalar é a despesa como um todo. A gente não faz essa segregação para análise somente do mercado, é do setor exclusivamente odontológico, por quê? Porque não adianta a gente fazer análise aqui calcular o impacto se o reajuste é regulado pela própria operadora então já ta lá na clausula qual é o reajuste que ela pode aplicar em função da variação de custo no setor então o setor de odonto hoje ele não tem uma media especifica pra ele.

João Paulo (Unidas) – Primeiro parabéns pelo trabalho ai que vocês desenvolvem lá e na metodologia, mas ai Rosana assim é o obvio que o ideal é que a gente faça essas contas obviamente que antes pra saber o impacto que o novo Rol vai ter a gente sabe que isso é extremamente complexo de ser feito, mas nesse caso assim eu já eu acho que eu já conversei uma outra vez com a ANS da gente fazer algo tão mais simples quer dizer sem, sem deixar de fazer essa utilizar essa metodologia a ANS ela tem a prerrogativa de questionar as operadoras sobre os procedimentos que ela paga ou realiza em seus, seus beneficiários. Então se são 60/50 procedimentos novos num Rol e já que é uma análise posterior porque não pedir que algumas operadoras ou parte fazer uma amostra significativa de operadoras que informem aquilo que ocorreu a partir de uma determinada data da implantação do Rol a gente sabe cada procedimento qual é, existe um código e uma descrição, os beneficiários, as quantidades e o custo e não esperar o TISS, a TISS né porque vai demorar muito até ter essa série que você falou não seria tão mais simples perguntar pra esse grupo de operadoras é selecionada de forma aleatória, suas quantidades e ai sim você ter um real impacto de cada novo Rol? Isso porque é a ninguém mais do que a própria agencia sabe a importância disso, a cada ano, é um desastre toda vez que tem um novo Rol é um desespero dos usuários do plano de saúde porque acham que vão perder o plano, que vai aumentar muito, e sai no noticiário que operadoras vão quebrar, algumas até quebram, mas outras crescem bastante apesar do Rol a gente acha que vai ser, anunciam vai ser 15/20% e na verdade dá 1% então esse impacto a gente sabe também que ele é extremamente variável, depende de cada tipo

de operadora, de cada região do país, do acesso aos novos procedimentos e assim por diante...eu acho que seria a forma mais simples. Você manda uma planilha operadora você tem 30 dias e é obrigada a preencher essa planilha com as quantidades e faz uma mostra que eu acho que seria bem interessante.

Rosana (ANS) – Hein João essa ideia foi exatamente o que a gente tentou fazer lá em 2007 eu até trouxe aqui vou pedir pra ela passar os meus slides. Bom, então a gente fez um estudo lá, selecionou várias operadoras, tinham procedimentos para serem incluídos, excluídos, adequados a gente pediu essas variáveis pras operadoras, número de expostos, as pessoas que não estão cumprindo carência e que podem já utilizar esses procedimentos, total de eventos utilizados né em cada um deles, um total de despesa, se houve participação do beneficiário, ou seja, se ele fez alguma co-participação naquele procedimento e se a operadora possuía por exemplo um re-seguro e ela conseguia recuperar de alguma forma aquela despesa, ou uma co-seguro, a gente avaliou por é agregando os tipos de cobertura, ambulatorial, hospitalar, e ambulatorial mais hospitalar, não fez essa separação de individual e coletivo e essa era a planilha que as operadoras preenchiam. Então exatamente tinha ali o item, o código na tabela LPM ou na tabela AMB, o código correspondente na tabela CBHPM, o nome do procedimento e todas as colunas então pra operadora ir preenchendo, isso aqui, aqui, um exemplo, um exemplo de como a gente teve uma variabilidade enorme desses dados então Traquelectomia amputação conização sem cirurgia de alta frequência/ CAF. Era um procedimento na época que tava sendo discutido. O custo médio de uma operadora A foi de R\$ 39,00 para esse procedimento, a experiência que ela tinha na base porque também algumas operadoras nem cobriam alguns procedimentos já que eles estavam sendo incluídos né então a experiência de muitas operadoras foi zero, ela não tinha nenhuma informação sobre aquele procedimento novo então a operadora A que tinha alguma informação informou R\$ 39,00 de custo médio desse procedimento a operadora B informou R\$ 1.128,00 a frequência de utilização pra operadora A foi 0,0015%, pra operadora B uma frequência muito maior 0,07% então isso foi só um dos exemplos o de baixo planejamento técnico pra radioterapia conformal conformacional ele variava de 549 pra uma operadora e 148 na outra, é e a frequência também tinha uma variabilidade grande, macroscopia podia ser R\$ 24,00 ou R\$ 10,00 também com uma grande variação em termos de frequência então justamente esses resultados que geraram esse intervalo, o limite inferior do reajuste que a agência poderia ter calculado ex-anti poderia ser de 1.85% por exemplo com base nesses dados, nessa amostra. Isso foi uma amostra, foram poucas operadoras não foram as 1.600 e o limite superior foi de 6,39, então justamente existem variáveis regionais, algumas operadoras conseguem

implementar facilmente alguns procedimentos, outras não e todas essas variabilidades do setor, porte, segmentação, o tipo de modalidade da operadora, são todas elas que influenciam no resultado que a gente busca. É lá no novo modelo de reajuste a gente passou dois anos estudando uma forma de mudar o reajuste, que é uma média pro Brasil todo dos planos individuais né, e a gente fez todos os estudos, por região, por porte, por modalidade e a gente não conseguiu consistência nos dados suficientes que garantissem que o melhor a melhor forma de fazer aquela análise do reajuste seria, por exemplo, por região ou seria por porte então todos os dados trouxeram uma falta de segurança estatística né então a gente não conseguiu mudar a metodologia em função da falta de confiabilidade e de possibilidade de utilizar essas informações como reais então realmente o ideal seria ótimo se a gente tivesse informações confiáveis e falar ah não precisa esperar o TISS, eu acho que o TISS traz sim uma grande padronização das informações, e a tendência que pelo menos esses é a unificação dos procedimentos do que significa cada um é só quando a gente tiver esses dados é que a gente vai poder fazer uma análise da robustez deles a partir do novo TISS, é um exercício pesado pra área então assim, é uma boa sugestão João, a gente quer repetir essa experiência assim que a gente tiver condições de ter pontos mais é robustamente estatísticos pra gente fazer essa análise.

Martha (ANS) – Só dar um depoimento disso que a Rosana ta falando que é o ponto que a gente vai entrar agora, a gente fez um grupinho pra discutir PAC e nessa discussão a gente precisou de novo dessa tal dessa planilha de preço não tenho ela e não vou ter né porque pra todo mundo que a gente pediu é uma planilha não enviável então assim a gente até arrumou uma enfim, mas João é quase que descobrir a mina do ouro a gente conseguir esses dados né, então assim não é uma coisa simples, se fosse simples tava resolvido desde 2008 o problema é que efetivamente a gente não consegue, a gente até vai voltar nesse assunto agora quando a gente discutir PAC mas é bem complexo isso. Alguém mais quer fazer pergunta pra Rô? Vamos só tentar encerrar nele pra gente passar pro resto.

Reinaldo (Abramge) – Reinaldo da Abramge. É... duas colocações breve assim eu vi na sua apresentação muito boa a metodologia, mas eu não vi uma coisa assim, sua análise é pós, como você falou e que na verdade primeiro a operadora tem o gasto pra depois ela ter o reajuste e eu não vi onde é imputado nesse novo reajuste a perda que ela teve desse período que a rigor ela deveria ter recebido esse reajuste anterior, a segunda coisa ainda é um pouco dentro do que o João falou eu até entendo da dificuldade da análise com os dados das operadoras mas eu imagino que ele devia servir pelo menos como balizador porque assim, ainda que os dados não sejam convergentes, o que mostrou uma variação significativa de 1,85 pra

6.39 o dado encontrado por vocês e liberado por vocês foi 1,10 ele fugiu dessa curva e se a gente imaginar que por pior que seja o dado que venha ele assim a fragilidade dele deu pra ver por aquele slide que você colocou, jamais uma traquelectomia tem o preço daquela operadora A muito provavelmente o que ele botou foi o preço do honorário médico, do procedimento então assim esse 1,85 talvez servisse como um balizador, uma um nortear o dado do trabalho que vocês fizeram, tendeu?

Rosana (ANS) – De fato é a forma como a agencia hoje apura todos os reajustes é uma inflação inercial a gente verifica o passado, repassa aquela variação de custos para o próximo período, então esse é o conceito econômico lá de inflação inercial e ele não prevê então uma atualização extra dessa análise, então por isso que você viu a gente calculou 1.10 e não 1.10 e atualizado então hoje o modelo de reajuste ele utiliza esse conceito econômico de inflação inercial e realmente a gente quer rever esse modelo então ele é essa discussão da mudança da metodologia do Rol ela faz parte de um outro grupo de trabalho que é mudança ela depende da mudança no novo modelo de reajuste também é e em relação a utilização dos dados a gente até poderia fazer um requerimento de informações isso é um trabalho muito burocrático gera processos e processos administrativos, se a operadora não enviar o dado ela pode ser multada por não-envio de informação a ANS é então assim é um processo muito burocrático e a gente ta caminhando com o TISS a gente espera que essa informação fique mais acessível a gente já vai ter ele em novembro desse ano então acho que vai ser uma excelente oportunidade de fato pra gente conseguir fazer um acompanhamento paralelo né da metodologia atual com a informação é que já ta padronizada a gente não precisa inventar, re-inventar a roda né então o TISS já traz tudo isso bem detalhado então a gente a partir de novembro a gente espera que a gente possa sim fazer esse acompanhamento até pra revalidar a metodologia enfim, discutir o que é utilizado hoje.

Martha (ANS) – Vamos seguir em frente então?

Rosana (ANS)– Obrigada boa tarde!

Martha (ANS) – brigada Rô. Bom ai tem que voltar pra outra. É agora a gente vai discutir uma coisa que tem um pouco a ver com isso que é a discussão de PAC que aqui pra gente é Procedimento de Alta Complexidade então o Rol hoje ele tem uma, uma categorização então quando vocês olham a lista do Rol ele tem o procedimento, a qual segmentação ele pertence, então tem uma coluna ambulatorial, uma coluna hospitalar, uma coluna odontológica, uma coluna obstetrícia e uma outra coluna que se chama PAC, o que, que é isso? O procedimento que tiver um xisinho no PAC esse procedimento a ele cabe cobertura parcial temporária. Que, que é isso? Pros beneficiários que comprarem um plano de saúde, portanto uma

patologia e ele declarar essa patologia então na hora que ele entra ele já tem aquela patologia pros procedimentos de alta complexidade, pros procedimentos cirúrgicos e pros leitos de alta tecnologia né que são o CTI pra esses procedimentos ele pode ter uma carência, não é carência a palavra certa ele vai ter um delay de uso de dois anos, então é como se você estendesse a carência para aqueles procedimentos por dois anos então o PAC, esse xiszinho nessa coluna serve pra isso pras pessoas que tem DLP, Doença Pré-existente, para aquela patologia ele estende a carência pra dois anos ta resumindo então a gente já sabia desde o início que a gente ia precisar rever essa listagem de PAC, é uma listagem que ta desatualizada, é uma listagem que vem se arrastando desde o primeiro Rol a gente nunca conseguiu sentar pra discutir, por quê? O principal motivo é porque a gente não conseguia ter critérios palpáveis pra gente rever o PAC, então achava-se que um procedimento era de alta complexidade por critérios não totalmente estabelecidos e ai quais são os critérios? Os critérios são o que a gente tem na nossa cabeça de alta complexidade, você precisa de uma especialização do profissional que faz, você tem uma dificuldade de acesso, uma rede diferenciada, então quando a gente fala da complexidade ta na nossa cabeça né o que é alta complexidade, mas como é que você torna isso palpável, como que cê torna isso objetivo então na falta dessa objetividade a gente não conseguia nunca rever essa tabela de PAC. É com o passar dos anos em 2011 a gente começou a ter um outro uso pro PAC que foi o tempo de atendimento, então isso daqui foi o primeiro uso dele que era pra cobertura parcial temporária e depois ele começou a ser usado dentro da RN 259 como um dos itens do tempo de atendimento então tem um artigo que diz que os procedimentos que tem PAC eles vão ser usados e vão ser tem a possibilidade de serem feitas em até 21 dias úteis, o PAC lá do início o procedimento de alta complexidade ele não tinha sido pensado e criado com essa finalidade né? Essa finalidade trouxe uma outra função pra aquela coluninha lá que era usada pra cobertura parcial temporária, então na hora que a gente fez o grupo a gente teve em mente que hoje aquela coluninha tem dois usos, ela tem um uso pra cobertura parcial temporária e ela tem um uso pro tempo de atendimento e ai a primeira pergunta que a gente fez no grupo é o seguinte: O que, que é PAC, pra que, que ele serve e como é que a gente torna isso objetivo? ta, foi uma discussão bem bacana e ai eu vou mostrar um pouquinho das conclusões que a gente tirou nesse grupo. Então primeiro a gente propôs uma definição pra PAC, que é essa seriam procedimentos que possuem especificidades quanto o seu acesso e necessidade de especialização para realização que se refletem em um custo diferenciado e que tem por usos a aplicação de CPT e os tempos de atendimento previstos na 259. Por que, que a gente chegou nessa definição? Porque tudo e qualquer coisa que a gente falava se refletia no custo, então quando a gente pensava assim, ah um procedimento ele é

mais difícil de ser realizado, ele precisa de especialização, por isso que ele é mais caro. Ah ele tem uma dificuldade de acesso por isso que ele é mais caro. Então a gente viu que tudo isso tinha algum reflexo no custo e que de todos esses critérios que a gente tava falando o único que era palpável era o custo. E aí a gente também fez uma discussão bacana lá que é a vergonha que a gente tem de falar do custo né, não parece uma coisa feia, vergonhosa? Aí é feio falar disso... não, não é feio a gente trabalha com saúde e a gente trabalha sabendo que cada coisa custa uma coisa e que a gente paga por isso e que a gente tem que pensar nisso pra ter uma sustentabilidade de qualquer setor de saúde não é só no nosso país é em qualquer país, aliás os Países mais ricos pensam muito mais nisso do que a gente então é a gente viu que sim tudo isso se refletia no custo e que o custo era um fator palpável, a gente conseguia botar a mão nele. Diferente de especialização pra realização, diferente de dificuldade, ou de especificidade de acesso, então a gente tinha já alguma coisa mais palpável na nossa mão. E aí a gente discutiu também que é importante lembrar que: outros procedimentos são alvo de cobertura parcial temporária sem ser PAC. Quais são eles? Todos os leitos de alta complexidade e os procedimentos cirúrgicos. Então a gente viu que hoje na lista de PAC tem um monte de erros, por exemplo, tem procedimento cirúrgico marcado como PAC, não faz sentido uma vez que ele já é um procedimento cirúrgico então a gente também precisa limpar isso, precisa organizar isso. Bem como a gente é objetiva preço do procedimento. E aí a gente começou a discutir uma coisa que é o seguinte a gente tá falando de preço, a gente não tá falando de custo então tem algumas limitações quando a gente fala disso, e aí assim a gente começou a pensar custo, esse custo é o custo que a gente tá falando de, por exemplo, custo efetividade no Rol? Não. Por quê? Porque esse risco que eu quero analisar, então a gente começou a discutir, pra que, que serve a cobertura parcial temporária? Porque que alguém criou isso na lei? Por quê? Porque existe uma coisa na precificação e na organização dos produtos que é a seleção adversa e o risco moral, o que, que é isso? Quando eu sei que eu tenho uma doença eu poderia então uma coisa serve pra operadora outra coisa serve pro beneficiário. Uma coisa é você ter mais informação que o outro e essa informação diferenciada pode trazer algum benefício pra você, tanto pra operadora quanto pro beneficiário então de parte do beneficiário seria o risco moral, eu sei que eu tenho alguma coisa e vou comprar para usar diretamente aquela coisa e esse risco não consegue ser embutido no cálculo do plano de saúde então a cobertura parcial temporária ela serve pra isso pra minimizar esse risco do dano moral, é difícil, é complicado, mas é pra isso que serve essa entidade, então a gente começou a pensar o seguinte esse risco ele não é um risco coletivo, quando eu incluo um procedimento isso é um risco coletivo, quantos daquele grupo vão usar aquele procedimento? Nesse caso é um risco

individual então a frequência que eu deveria ter não é a frequência do uso do coletivo e sim a frequência do risco individual do uso individual isso aqui é uma limitação quando a gente não leva em consideração o custo e sim o preço e da mesma maneira a gente chamou de clusteriza, mas assim, ele não vê o procedimento como um todo, o que, que a gente ta falando? Por exemplo eu vou fazer, o exemplo que a gente usou lá não é bom mas é uma cirurgia mas é isso, eu vou fazer um procedimento que tenha vários outros procedimentos agregados então o Rol ele é destrinchado por procedimento às vezes um único ato cirúrgico por exemplo leva três, quatro procedimentos que tão no Rol, quando você vê o preço unitário eu não levo em consideração o preço do conjunto do procedimento que eu to fazendo naquele momento eu levo em consideração o preço de cada procedimento, isso também é uma limitação porque você não vê o preço do conjunto você vê o preço de cada um, ok. Hoje a maneira como é feita o PAC também é dessa maneira e a gente não teria como fugir dessa lógica então essas são as limitações do que a gente teria quando a gente leva em consideração o preço do procedimento mas a gente fez uma proposta eu queria chamar o João que é economista do grupo pra apresentar um pouquinho o que, que é essa proposta que a gente fez.

João – Bom dia pessoal! É a proposta que a gente fez então ela leva em consideração então essa ideia de que é mais fácil avaliar o procedimento de alta complexidade não pela soma, ou pela média, ou pelo conjunto de vários procedimentos, mas sim pelo é limite que precisaria ser ultrapassado para que o dado beneficiário como a Martha mencionou pudesse então ter acesso aquele, aquele tipo de procedimento ou aquele conjunto de procedimentos né, e ai a premissa que nós discutimos lá internamente que poderia ser orientativa desse valor seria a carência né, quer dizer o que, qual é o elemento da regulação né que inibi por exemplo uma situação clássica de risco moral para fazer exame a toda hora, a todo momento, são por exemplo os fatores limitadores de co-participação e franquia e qual seria o elemento regulatório que inibiria essa seleção adversa que a gente chama de seguro de carro batido, quer dizer, o cara bateu o carro agora ele faz o seguro e tem direito né exatamente pra que evite essa situação no caso da saúde existe a carência né então pra que o cara uma vez sabendo que esta doente contrate o plano e passe a poder utilizar então foi que foi estabelecida a o mecanismo de carência. Então o tempo de carência essa seria a primeira premissa né tempo de carência necessária então pra que o individuo pudesse ter acesso a esses procedimentos de alta complexidade, né e o tempo de carência da maior parte dos procedimentos exceto aqueles casos de DLP que são dois anos né a maior parte dos procedimentos são seis meses de carência. Então é... Ultrapassada essa premissa, a ideia seria calcular um valor médio que esses indivíduos que estão sujeitos a carência teriam né, e ai seria uma conta fácil você multiplicar o valor médio da conta

prestação por esse período de carência, a partir daí então ele teria ultrapassado o limite necessário pra que ele pudesse ter acesso a aquele conjunto de procedimentos. A outra premissa que nós desenvolvemos, é que como nós estamos numa fase ainda de simulações e tal, esse foi só um primeiro numero que a gente calculou, um numero com uma serie de limitações, uma serie de simplificações. A outra premissa é que como esse trabalho vem sendo um trabalho desenvolvido pelo grupo, todos pudessem fazer a mesma conta né, ou seja, a gente ter a informação absolutamente aberta pública pra que todos pudessem simular. Então nós trabalhamos com dados do site da ANS na internet, quer dizer, num clique todos podem chegar a esse valor né. E a simulação então que nós realizamos foi o valor das NTRP's que são as notas técnicas de registro de produto, esses dados são dados fornecidos pelas operadoras, as operadoras registram na ANS uma nota técnica de registro de produto né, onde estão ali apontados todos custos envolvidos para determinação de uma conta prestação, não tem a margem da operadora, portanto não tem o que ela vai lucrar em cima daquele produto que ela ta oferecendo. Daí então nós fizemos várias simulações né, consideramos planos é... Todos os planos, coletivos e individuais, conjunto de planos... E ai tem um problema, porque os planos coletivos eles não tem aquela , não satisfazem aquela premissa anterior que é a carência né, e consideramos somente os planos individuais ou familiares, esses sim com certeza sujeitos a aquele limite de carência. E ai pegamos a média dessas notas técnicas de registro e produto, é importante frisar que algumas dessas informações não estão boas, a gente tem, são notas técnicas de registro de produtos, já estão algumas registradas a muito tempo e algumas informações não estão boas, e notas com valores simbólicos de um real que atrapalham no cálculo da média. Por isso nós também usamos a mediana pra verificar a diferença. Ai fizemos uma hipótese considerando o limite de seis meses de carência e uma outra hipótese considerando dois anos que ai seria o limite máximo da DLP. E ai os números estão ali né, são números ainda como eu disse bastante preliminares porque tem algumas simplificações por exemplo, vocês se acessarem essa base de dados vocês vão ver que a pirâmide etária da nota técnica de produto obviamente é a pirâmide etária da RN63 né, do pacto _____. Mas a pirâmide etária que nós utilizamos dos, da composição dos beneficiários do plano de saúde é aquela que ta mostrada no caderno de formação que não bate, não é a mesma né, então tivemos que fazer uma coxambrada no numero pra fazer bater. Mas então esses são os primeiros números preliminares que a gente chegou né, é... Nessa hipótese 3 então, as contratações individuais ou familiares né, ai sim, como a nota técnica de registro de produto ela não tem margem né, o valor sem margem nenhuma... E pela norma, as operadoras podem praticar até 30% em cima desse valor, nós fizemos três simulações né, com 0% que é o valor sem

margem, com 30% e um valor no meio de 15% né. Então a gente tá assim com um número ali na hipótese três em torno de 1.760 a 7.000 que conceitualmente a gente acha que dentro dessa faixa seria o valor que conceitualmente primiria a ideia do limite para a utilização do PAC, mas a gente ainda tá trabalhando e as contribuições do grupo certamente serão muito bem vinda. Obrigado.

Martha (ANS) – Eles vão ficar aqui porque a gente vai abrir daqui a pouco pras discussões, eu só queria terminar a apresentação que assim... Isso daqui seria um ponto de corte, com esse ponto de corte a gente revisa a tabela inteira e estabelece acima desse valor PAC, abaixo desse valor não PAC. Qual é o problema disso? Em que tabela eu vou aplicar isso? Né... Qual é a tabela... De novo, voltando no assunto da Rosana assim... Não existe uma tabela de preço e nem uma tabela média de preço praticado, nem eu sei qual é o preço praticado... Então assim, dizem que existe 900 tabelas de preço, não é isso? Então se existem 900 deve-se existir uma média, eu só preciso da média, mas nem a média eu tenho né. A única tabela que tem uma referência de preço é a CBHPM que não tem insumo, então ela não tem o preço real do procedimento, ela tem a tabela de honorário, ela não é um reflexo imediato. A gente discutiu no grupo a existência ou não de uma tabela, a possibilidade ou não da gente ter acesso a uma tabela pra fazer esse ponto de corte, o que for entrar daqui pra frente é mole, a gente pega procedimento por procedimento e faz uma pesquisa de mercado, isso não é nada complexo... Agora, o que tá pra traz pra gente rever na tabela de 4.000 procedimentos, a gente precisa de uma referência né. A gente tem hoje a CBHPM sabendo de todas as limitações dela, mas é a única publicada e a gente tem uma RI que foi feita com 30 operadoras pela diretoria de estrutura e operação _____ que serviu como orientadora sobre o que eles estão estudando lá sobre hierarquização. Essa tabela tem quase todos os procedimentos, tem uma média, qual é o problema dessa tabela? Não tem nenhum exame laboratorial... Então eu tenho o rol inteiro menos os exames laboratoriais. Então uma vez a gente decidindo, OK... Essa metodologia faz sentido, OK a gente ter um ponto de corte, OK acharmos qual é esse ponto de corte. Então eu vou falar as simulações que a gente fez hoje em cima da CBHPM, errado OK? Já que a gente não tem insumo, só tem honorário. Se a gente pegasse a CBHPM hoje e colocar tudo que tem PAC e tentar tirar uma média da 990 reais. É, enfim... A gente pode passar essa régua e tentar medir com as simulações que a gente fez hoje, erradas de novo né. Hoje a gente tem, eu tirei daqui, aqui oh... Hoje a gente tem esses procedimentos no rol como PAC, então a maior parte são métodos de imagem, depois de medicina nuclear, radioterapia, enfim... Como é que vai ficar isso? O que a gente passar a régua vai refletir aquele pressuposto lá de que o custo reflete a alta especialização de que o custo reflete o acesso? Será? Então a gente vai ter

que fazer essa análise também depois que a gente decidir o ponto de corte. Vou voltar aqui pra tabela do João, ele mostrou um monte de números, cadê ela? Aqui... Ele mostrou um monte de números, é obvio que tem um que a gente acha que faz mais sentido não é? O que a gente acha que faz mais sentido é esse aqui oh 1.760 na teoria, é o que a gente ta estudando. Porque? Porque é a media dos seis meses na media da margem. Vocês podem ser a favor ou contra discutir esse numero? A gente precisa chegar nesse valor e a gente precisa chegar nesse ponto de corte. Depois que a gente chegar, depois a gente vai ter que escolher qual é a tabela que a gente vai passar a régua, porque toda vez que a gente for revisar o rol a gente vai ter que revisar os PAC's, eles mudam de preço. E ai fazer pesquisa de mercado com os procedimentos que hoje são PAC é muito mais fácil do que a gente fazer com a tabela inteira, então o ponto de corte ele vai ser muito mais difícil do que depois você revisar. Ta tudo na mesa, a gente pode fazer uma discussão rápida, a gente não precisa se estender aqui, ainda vai ter mais uma reunião desse grupo pra gente tentar detalhar mais isso, explorar mais isso, o grupo ta pequeno ele não ta grande, então a gente achou importante trazer pra cá exatamente por conta disso, pra estender a discussão e é isso. Muita informação, é isso? Não deu nem pra...

João Paulo (Unidas) – Embora assim, pra Unidas isso praticamente não se aplica porque são planos de alta gestão que não utilizam carência normalmente. Eu não sei, provavelmente o grupo, me perdoa, como eu não participei, já deve ter discutido isso. A CBHPM ela é hierarquizada já pela complexidade, pelo menos em teoria, independente do valor. Quando tu falaste de BHPM foi pelo valor ou pela complexidade? Complexidade 14C, 12A, como é que foi a análise. Só pra eu seguir aqui na...

Martha (ANS) – Pelo valor.

João Paulo (Unidas) - Pelo valor. Talvez pela complexidade seria um negocio interessante, não pelo valor, é... Pra procedimentos cirúrgicos que são os mais complicados de se definir.

Martha (ANS) – Então, ai a gente partiu do principio que o cirúrgico já é.

João Paulo (Unidas)– Já é o que?

Martha (ANS) – Já é PAC.

João Paulo (Unidas) – Já é PAC?

Martha (ANS) – É. Já é possível de ser CPT, ele não precisa ser PAC pra isso. Então a gente não vai analisar o capitulo cirúrgico.

João Paulo (Unidas) – Ta, então é basicamente métodos diagnósticos que também não tem a complexidade, mas esse é praticamente o valor da

CBHPM mesmo, que tem custo operacional envolvido, então eu acho que é mais simples, da pra considerar o valor. Eu tava entendendo que a dificuldade tinha sido nos outros.

Martha (ANS) – É, a gente... No limite João, é isso, a gente não tem outra, a gente vai usar a CBHPM. A gente levantou um exemplo lá que é injeção de toxina botulínica, não foi isso?

João Paulo (Unidas) – Isso.

Martha (ANS) – É Ai por exemplo, eu tenho lá um determinado valor em risório porque o custo do processo mesmo tá no medicamento que não tá lá, Ah, então a gente vai juntar o preço com a renome, com, enfim... A gente fez um monte de lucubração nesse sentido. Qual é a minha discussão mais importante? Tá certo pensar isso? A gente vai traçar um ponto de corte? Qual é o ponto de corte? A partir do momento que eu tenho um ponto de corte, a tabela a gente arruma né, assim... Eu preciso é discutir a metodologia assim, faz sentido... O ponto de corte vai refletir isso mesmo, vai refletir a especialização, vai refletir... Ele faz sentido pro PAC, faz sentido a gente passar esse nível de discussão e esse numero faz sentido, sim não. A partir dessa discussão, aí a gente arruma uma tabela e começa a simular pra gente ver se faz sentido. Agora, no limite é usar a CBHPM.

João Paulo (Unidas)– É porque eu acho que esses exemplos aí tipo a toxina, outros lá que são procedimentos que tem um custo adicional que não tá previsto na tabela, nessa área de procedimento, eles são exceção, são menores né. Então não são talvez importantes pra operadora.

Ricardo (Abrange) – Ricardo Fortes Abrange. Eu tava na reunião, eu sou meio teimoso nesse sentido, eu continuo achando apesar de ser complicado né, só pelo custo já tá complicado por si só, mas eu acho que deveria também entrar algum conceito técnico até pra resguardar no futuro a gente teve uma facilidade de incluir as novas tecnologias que vão chegar no mercado. Então eu acho que a CBHPM seria um norteador, mas como você falou, existem desproporções e alguns seguimentos, como oftalmologia por exemplo, que a gente tem portes elevados e que a complexidade técnica do procedimento não é tão grande assim. E uma outra sugestão ne,, que provavelmente não será viável, mas eu gostaria de colocar, é a de estratificar PAC, mais uma vez... Até falou no passado, Pelo amor de Deus não! Mas assim, uma ressonância ela tem menos complexidade do que um exame laboratorial e assim por diante. Então inclusive isso poderia ser aplicado também numa revisão da RN 259. Isso aí, é um caso bastante complexo pra ser...

Carlos Moura (CBR) – Carlos Moura, Colégio Brasileiro de Radiologia. Tem dois pontos, um o colega citou... Ressonância e tomografia nós temos

vários procedimentos que estão confundindo alto custo com alta complexidade, então o ponto que eu gostaria de discutir, vão ta nessa reunião do grupo e outro ponto é a CBHPM, quando a gente ta falando de CBHPM a gente ta falando de uma (uco?) que ela varia, depende da negociação de 6 a 14 e 33. Estamos falando de uma variação muito grande, então não é só usar a CBHPM, a questão é qual (uco?)? Qual porte? Tem negociações no mercado usando (uco?) a 6 e 20 e porte a 50%. Então você faz um procedimento pra poder ter uma variação de 150% o valor, e ai isso vai impactar diretamente aqui, então não é só a tabela, é também qual (uco?) e qual porte que a gente vai ter que definir de alguma forma buscando essa informação. Nós sabemos que a partir dessa ano s operadoras vão ter que fornecer informação, isso é até reunião do (Copis?) no nível do procedimento usando codificação tus, esse seria o valor real pra fazer esse corte, porque realmente o que o mercado pratica, e ai a gente sairia de qualquer outra analogia e tendo codificação tus melhor ainda diminuiria a interpretação e teria o seu material e seu medicamento dentro.

Martha (ANS) – Então, é... De novo, eu concordo, a tus vai servir não só pra isso, vai servir pra Rosana fazer o cálculo, vai servir pra gente fazer milhões de outras coisas, eu acho que é isso, a expectativa é essa, mas antes disso a gente tem um degrauzinho a vencer, que é, é isso? Isso ta antes da gente decidir qual é a tabela, como é que a gente vai cortar, como é que vai fazer a simulação né... A pergunta é, é simulável por preço? Primeiro, segundo, qual é o preço? É, a gente achou importante então essa discussão pra cá, porque? O Ministério da Saúde ta começando uma discussão com Nice sobre qual é o valor aceitável pra se fazer incorporação de tecnologia no país né... Todos os países já tem esse ponto de corte, três vezes pib, enfim. É, o Ministério da Saúde ta começando a fazer essa discussão lá, eles começaram um convênio com Nice, depois se a Claudia quiser falar um pouquinho... E vamos começar a fazer essa discussão lá. A gente já tinha falado que a gente queria fazer essa discussão aqui e que não vai ser o mesmo ponto de corte de lá né, a gente já tinha meio que discutido isso. Então na próxima revisão do rol que não vai acontecer daqui a dois anos, vai estar acontecendo, igual telemarketing até lá, é... A gente vai ter que discutir isso, qual é o ponto de corte pra incorporação na saúde suplementar? E a gente achou que trazer essa discussão pra cá pro PAC que é uma coisa que a gente precisava rever, a gente precisava discutir um ponto de corte, a gente precisa fazer esse link com custo... era uma boa metodologia, um bom exercício pra gente começar a pensar sobre isso. Pra mim o mais importante é que a gente tem uma base teórica e uma base técnica bastante importante na hora da gente escolher um numero, pra mim isso é o mais importante. Então assim, existe uma explicação econômica, uma explicação técnica, uma explicação importante de todos esses números aqui. A gente precisa achar qual é o numero que mais se

assemelha ao que a gente quer, ou não! Existe um outro numero que é muito melhor, e ai vocês vão contar pra mim qual é a base teórica dele. Isso é o mais importante, depois a gente acha a tabela... Eu acho que assim, eu tenho certeza que a gente vai conseguir uma tabela razoável pra fazer esse ponto de corte e a gente vai ajustando na medida que a gente conseguir fazer pesquisa de mercado pra preço, a gente faz isso hoje pra rol. Então quando a gente vai incorporar um procedimento a gente não tem a menor noção do preço, o que a gente faz? Pega o telefone, liga pra três prestadores dos mais variados locais, divide por três e traça a média.

Carlos Moura (CBR) – Espero que não seja tabela particular.

Martha (ANS) – Olha, eu não sei... Geralmente é. Assim, é o que eu tenho...

Carlos Moura (CBR) – Ela não é referência.

Marta (ANS) – Não é, mas o que eu vou fazer? Eu preciso de um numero e vai ser o numero que eu encontrar. Aqui a mesma coisa, vou precisar do numero, o numero que eu encontrar vai ser ele que eu vou passar a régua. Então a gente também vai precisar de parceria nesse sentido né.

Carlos Moura – O CNR ele se oferece a fazer essa pesquisa no mercado com uma abrangência boa dos nossos procedimentos, pra garantir uma qualidade desse preço médio entendeu?^

Martha (ANS) – Ótimo, muito bom! Assim, se a gente conseguir isso pra tudo é obvio que a gente vai usar, não tenha a menor dúvida disso.

Carlos Moura – Acredito que a CNPC também se oferece...

Martha (ANS) – Já temos ta vendo... Os principais a gente já tem, acabou o problema do preço, agora é só ponto de corte. Oh, patologia clinica e radiologia acabou gente, não tem mais problema. Tinha alguém com o braço levantado lá atrás. Passou?

Cristiane (Abrange) – Cristiane da Abrange. É, eu acha que a definição desse corte é muito importante para novas atualizações, é importante pra trazer transparência pro setor, mas eu tenho a impressão de que pra gente definir e fazer avaliação agora nesse momento vai depender de algumas simulações né... Eu não sei se eu to equivocada aqui, mas... A gente ta falando aqui em definir nesse momento, qual seria, se essa metodologia ela é adequada e qual seria o nível a ser aplicado dentro dessa metodologia né... Eu sugiro que a gente pratique e faça algumas simulações... Pra que a gente possa passar até pra um outro nível de decisão que seriam as tabelas.

Martha (ANS) – É exatamente isso a tinha proposto. Na verdade assim, a gente tá fazendo aqui um resumo de todos os grupos, todo mundo tem que ter conhecimento e vai ter outra reunião desse grupo. O que esse grupo precisa decidir, que o grupinho pequeno não consegue decidir sozinho é que esse grupo pequeno não consegue decidir sozinho é, vamos usar essa metodologia A partir disso o grupinho consegue simular, ver qual é o número adequado, vê qual a tabela que vai arrumar, enfim... E aí estabelecer quais são as regras. Mas o grupo inteiro precisa ter a noção que primeiro vamos estabelecer um ponto de corte, que esse ponto de corte vai ser um preço e que a gente vai usar esse preço baseado nos dados que a gente tem públicos da ANS. Precisa ser exatamente esse? Não. A gente pode receber sugestão e a gente vai analisar pra ver se é melhor, a gente tá colocando na mesa o que a gente já estudou e o que a gente trouxe de proposta. Fala doutor Velasco.

Roberto Velasco (Federação Brasileira de Hospitais)– Bom dia, Roberto Velasco, Federação Brasileira de Hospitais. Eu faço parte desse grupo de procedimentos de alta complexidade e realmente eu acho que encontrar um ponto de corte é alguma coisa muito difícil e mais difícil do que encontrar esse ponto de corte é encontrar os critérios de variação desse ponto de corte de acordo com a evolução tecnológica e de acordo com o preço ou o custo, o nome não importa daquilo que tá sendo analisado. Então é muito a gente falar em encontrar ponto de corte, mas é preciso que a gente estabeleça além dos pontos de cortes, critérios que permitam variar esse ponto de corte, quais são esses critérios, de quanto em quanto tempo eles vão ser revistos... Isto é, a sugestão que nós demos na última reunião que não seja isso feito somente quando houver reunião de rol, mas seja praticamente uma tarefa contínua desse determinado grupo para que se estabeleça sempre um valor adequado. Porque não adianta eu estabelecer um ponto de corte de 2.000 por exemplo e daqui a dez dias eu ter um ponto de corte de 2.200, ou daqui a 50 dias eu tenho um ponto de corte de 5 mil. Então esse critério é muito importante.

Martha (ANS) – É, beleza. A gente registrou isso, achou super importante, então a cada revisão a gente vai ter que com a mesma metodologia rever isso. É, a gente discutiu também uma coisa que é importante que é o seguinte, as vezes os procedimentos marcados como PAC eles tem outro uso dentro do contrato, que não é proibido, isso é permitido, então alguma operadora pode querer estender uma carência que ela compra e não estender a compra de carência pros procedimentos que são PAC... O que é isso? Ela diz que compra sua carência, mas que os procedimentos que são PAC continuam com carência de 180 dias, a gente já viu alguns contratos assim, ou que os procedimentos que são PAC, eles vão ter uma co-participação de X enquanto outros tem co-participação de Y, isso tudo é

cláusula que é possível dentro de um contrato. Então a gente também tem que lembrar que essas cláusulas elas vão permanecer e que esses procedimentos vão ser alterados de acordo com o que a gente decidir aqui. Então não tem só impacto do que a gente falou, podem ter impactos dos mais diversos tipos dentro de um contrato, a gente tem que lembrar disso. Ta? Então é isso, a gente vai marcar a próxima reunião do grupo no dia 23, a proposta já tem que vir pronta pra cá, mesmo que a proposta seja o número é esse, a gente fez algumas simulações com algumas tabelas que tinha era esse e a gente conseguiu uma tabela que agora a gente vai rodar pra efetivamente marcar o que é PAC, OK. Mas a gente já tem que trazer pra cá pelo menos o que é que o grupo decidiu como proposta, ta? Bom, é... Agora a gente vai entrar no grupo 4. A minha proposta, eu nem sei que horas são mais... 11 e 20... Eu acho que a gente consegue até meio dia, meio dia e pouquinho mais ou menos terminar RN e aí a gente fica pra de tarde com dut e com listagem de procedimento que aí a gente guarda essa parte mais debatível pra de tarde ta. O que é que a gente fez, eu preciso que você entre nesse link... Você entra pra mim nesse link aí? A gente pegou a resolução e a gente compilou... Foi ali que ele clicou? Isso... E a gente compilou, arruma aí pra mim Rafa, daquele jeito que dá pra todo mundo ver. É, e a gente compilou todas as contribuições que a gente recebeu de resolução. E no cantinho a gente já colocou qual é a nossa proposta em cima das contribuições que a gente recebeu. A gente acha e aí vou ver no final a sensibilidade de vocês, a gente acha que dá pra gente encerrar RN aqui e não voltar mais... Mas aí a gente vai precisar ver como é que vocês sentem isso. Coloca só naquele que tem alteração... Alguém sabe mexer nisso? João! [risos] Agora coloca só nas alteradas... Aí nem eu leio, mas tudo bem... eu vou ficar aqui pertinho, aí eu leio. Aí, aí, não, passou... Aí, aí... É tirar, isso... Pronto, vamos lá. Eu acho que não vai dar pra ler aí atrás, eu vou ler devagar e a gente vai prestar atenção, ta bom? Então vamos lá. O artigo 18 foi uma sugestão de alteração, proposta da Fina Saúde e da Abrange... É, as propostas são iguais, sempre ta gente? É isso que eu pedi porque me dá o dobro de trabalho. Então vamos lá, eu vou ler como é o artigo e qual foi a proposta. É, cobertura hospitalar para transtornos mentais de acordo com as diretrizes de utilização estabelecidas no anexo dois dessa resolução. E aí as entidades pedem que se junte esse inciso com um artigo que vem lá em baixo, então isso acontece algumas vezes na resolução, você tem vários incisos e depois começam parágrafos daquele artigo... E aí o negócio fica deslocado, você tem um artigo aqui que fala de saúde mental, aí depois tem que falar várias coisas, depois volta a falar de saúde mental. A gente também acha ruim, mas parece que a organização possível jurídica disso é isso, a gente vai discutir, a Cátia ta aqui... A gente senta com a procuradoria e vê se tem alguma outra forma de reorganizar isso pra aproximar o inciso do artigo, ta bom? Então toda

vez que acontecer isso a gente já marcou aqui e a gente vai rever se existe alguma possibilidade jurídica de aproximar um escrito do outro, é só isso tá? Artigo 18 também é alteração, e aí ele fala. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos e manutenção. Isso aqui é transplante, então há um artigo que fala que depois do transplante numa paciente que só tem plano hospitalar, ele teria direito a um acompanhamento pós-operatório imediato e tardio exceto medicamento e manutenção. E aí a sugestão é o seguinte, sugere-se substituir os termos imediato e tardio por um prazo definido para que os produtos com cobertura exclusivamente hospitalar tenham sua natureza respeitada. O que é isso? É uma solicitação que se defina o que é tardio tá? A gente já fez isso quando a gente tava falando de pós-parto imediato e tardio, e aí a gente definiu o que era tardio por quê? Porque existia uma portaria que estabelecia, uma portaria ministerial que dizia o que é que era pós-parto imediato e pós-parto tardio. A gente vai procurar a portaria, só que a gente gostaria que quando esse tipo de demanda viesse já viesse com a definição e dizendo em que portaria está, porque facilita muito a nossa vida. Então se alguém achar essa portaria antes de mim, manda porque se não eu vou ter que procurar qual é a portaria ministerial que diz o que é que é... Como é que é... Acompanhamento tardio pra transplante, se não tiver uma definição em portaria eu não vou colocar uma. Eu acho que a gente não tem condição aqui nesse momento de pensar o que é que é tardio pra transplante, não sou eu quem devo dizer isso, então se a gente não achar nenhuma publicada eu não vou colocar tá bom? Então se a gente achar ótimo, se não achar não vai ter como. Artigo 18, cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente, e a proposta é cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente e de acordo com a indicação clínica. A gente não entendeu. Porque assim, eu não entendi... Se vocês quiserem explicar... Tá desligado, liga aqui, por favor.

Sheila (Fenasaúde) – É, o que a gente queria deixar claro e transparente é a pertinência clínica de quando manter e quando chamar um profissional de saúde pra acompanhar em paralelo do médico assistente, única e exclusivamente isso, pra tornar mais claro, mais transparente e mais fácil a regulação que nem sempre a gente tem essa clareza na solicitação ou na hora de regular...

Martha (ANS) – Mas vocês acham que a frase de acordo com a indicação clínica muda alguma coisa?

Sheila (Fenasaúde) – Acho que sim, pra gente fica mais claro.

Martha (ANS) – Porque a gente ficou na duvida assim, quando se dá indicação clinica? Quando da a solicitação do médico assistente. A gente achou que era uma coisa redonda assim.

Sheila (Fenasaúde) – É, mas na operação essa coisa meio redonda facilita pra que a gente possa tornar mais claro, mais transparente, acho que não tem prejuízo já que é em função, a gente ta respeitando o médico assistente, a gente só gostaria de ter a informação mais clara.

Martha (ANS)a – Eu não vejo nenhuma alteração, se ninguém for contra, não faz diferença.

P/Homem não identificado – Eu pergunto se invés de indicação clínica, o protocolo clínico não seria o mais adequado?

Martha (ANS) – Claro... _____.

P/Homem não identificado – Eu queria só per...

Martha (ANS) – Gente, não ta ligado esse aqui também. Ih, ta tudo... É a hora do almoço. [risos]

P/Homem não identificado – Eu queria perguntar se ao invés de indicação clínica, o protocolo clinico do hospital pudesse ser, a forma de dizer quando utilizar determinados procedimentos pra uma outra equipe.

Martha (ANS) – É, na verdade assim é... Já tem inciso na lei que fala que tem cobertura todos os exames tanananam prescritos pelo médico assistente. Então a gente acha tudo isso meio que redundante uma vez que já ta na lei escrito isso né. É... A gente colocar d acordo com a indicação clinica do médico assistente pra mim não vai fazer a menor diferente, menor diferença. Então... OK?

P/Mulher não identificada – Martha, eu gostaria de falar o que eu penso sobre isso. Eu acho complicado porque isso pode abrir brecha pra que sejam estabelecidas limites numéricos assim, eu acho que tem que deixar do jeito que ta e o que estabelece o limite é a necessidade do paciente, o medico vai avaliando junto com a equipe que ta atendendo... Num tem como saber isso, Ah, vamos estabelecer um protocolo com 10 sessões pra tal patologia eu acho meio complicado, eu acho melhor deixar do jeito que ta.

Martha(ANS) – Eu só acho que isso daqui diz a mesma coisa que já tava dito antes.

P/Mulher não identificada – Não sei, as vezes é uma brecha pra introduzir alguma diretriz de limitação, uma coisa que é ilimitada, não sei.

Martha(ANS) – Num sei gente, assim... Eu acho que a gente ta discutindo uma coisa que pra mim é totalmente redonda, eu vou pensar numa proposta disso daqui, incorporar no texto, enfim... Pra mim não fez a menor diferença. Vamos lá, o outro. Artigo 18... Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17 desta resolução. E ai algumas instituições, é... Procon, Oncoguia, Ministério Público, enfim... Fizeram algumas sugestões em alguns artigos pra gente já incorporar no texto da RN a medicação oral, a gente entendeu a intenção e isso vai ter que acontecer, a gente só não achou que ali era um artigo legal, a gente acha que a gente tem que fazer um artigo específico pra ele. Qual é a nossa sugestão? Na hora que a gente terminar de definir os medicamentos que a gente já ta caminhando, a gente vai ter que voltar e ver, como é que a gente insere isso na redação da RN, como é que a gente insere isso na tabela... Então a minha proposta é que o grupo também que ta discutindo medicação oral discuta como é que vai ser a inserção na resolução. Na hora que eu li eu achei que não fez muito sentido a gente colocar dentro no mesmo bolo do resto, eu acho que merece um artigo especial, mas ai a gente discute isso na hora que a gente estiver discutindo medicação oral, pode ser? A gente acho que fico meio esquisito aqui. Bom, artigo 18, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio é a mesma coisa pro transplante de novo porque existe a mesma redação, então é a mesma discussão, se tiver portaria OK, se não tiver portaria não vai dar. Hã... É esse né? Alteração também do artigo 18, para fins do disposto no inciso 3 desse artigo entende-se o hospital dia para transtornos mentais como recurso intermediário aqui é definição de hospital dia, é a mesma coisa do artigo anterior que eu falei, a gente tem escrito... O que é que é hospital dia no inciso e depois num parágrafo a gente tem a definição do que é hospital dia. Quem pediu, pediu pra juntar o inciso com o parágrafo pra ficar uma redação perto da outra, a gente entende a lógica, concorda... Só que eu acho que não pode botar ponto no que a gente ta escrevendo, não é isso? Eles me ensinam, eu esqueço... Parece quando você ta escrevendo uma frase de um inciso de um parágrafo você não pode botar ponto e continuar, você tem que ta tudo na mesma frase não é isso? E ai a gente, ela vai dar um jeito pra gente, né... Então é isso, então depois a Cátia da um jeito nisso pra gente. Artigo 18, para fins do disposto no inciso 6 desse artigo, deve ser observado o seguinte, para facilitar a consulta e o entendimento da população é reagrupar também os parágrafos, pode subir. Isso, é esse né... É esse? Para fins dos dispostos no inciso 9º desse artigo imperativo clínico caracteriza-se pelos atos, enfim... E ai aqui a discussão é a reorganização também do imperativo clínico. Quando a gente viu a proposta, a proposta é igual a redação da RN anterior [risos] a gente sabe que é complicado, a gente sabe que é muito complicado passar essa mensagem, a gente até se compromete a rever de novo a redação, só que

essa eu acho que é exatamente igual a anterior, ai a gente pode fazer um meio termo entre isso ta? Porque a proposta é dividir em duas frases não é isso? OK, a gente reescreve ela, bota um ponto, ai a Cátia me ajuda a botar o ponto e a gente reorganiza essa definição. É... Em se tratando de atendimento odontológico, o medico, o cirurgião dentista assistente e o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar, a proposta é se dividir, um inciso pro medico assistente e um inciso pro cirurgião dentista, não entendi.

P/Mulher não identificada – A ideia que quando a indicação pra internação para o tratamento odontológico for por motivos sistêmicos que seja indicação do médico assistente e quando for referente a complexidade do tratamento em si que seja do dentista. O que acontece na prática é que muitas vezes a indicação é... Internas e por motivos sistêmicos justificando um sistema odontológico que não é o que vai ser feito na prática, então paga-se o incluso, mas na verdade está internando pra fazer implante por exemplo. Então com essa separação fica bem transparente que o dentista, cada dentista indicar se o motivo for complexidade do evento a ser realizado. E sem indicação exclusivamente sistêmica cabe ao medico, essa que é a ideia.

Martha(ANS) – Agora eu entendi a tua intenção, mas ali ta o mesmo texto... Então eu vou ler, ta? Quando o [FALHA NO ÁUDIO] necessitar realizar o atendimento odontológico em ambiente hospitalar em razão de sua condição [FALHA NO ÁUDIO] frase... Caberá ao médico assistente avaliar e justificar a necessidade de suporte, e aqui em baixo, quando o beneficiário necessitar realizar atendimento odontológico em razão da complexidade do procedimento, é isso.

P/Mulher não identificada – Assim, é... Se vocês forem ler.. Depois o Vinicius pode falar um pouquinho, nas regulamentações do CFO e do CFN ele já estabelece em que caso cara um pode praticar esse tipo de ato, tem uma resolução conjunto, umas separadinhas, enfim... Tem tudo isso bem detalhado que eu acho que deixa um pouco claro isso, mas a RN do rol vai resolver isso? É...

P/Homem não identificado – Eu entendo que a RN do rol ela não deva entrar nesse aqui, porque é um entendimento do conselho de odontologia e do conselho de medicina, que nessas áreas aonde há ponto de intercessão dos dois, está pacificado essa condita. Então não há porque a gente entrar nessa diferenciação naquilo que já é pacificado. Então isso é pacificado, onde entra os conselhos essa tua ação.

Martha (ANS) – Eu tenho uma proposta intermediária agora que eu entendi, a gente pode deixar a redação iniciar e colocar aqui no final, O que couber

de acordo com as regulamentações dos conselhos a gente não divide e não separa nada, a gente continua jogando pra regulamentação e a gente deixa claro o que vocês querem OK? Quem escreveu isso? Anotou? [risos] então ta beleza... Artigo 18, meu Deus... Eu acho que é parágrafo 3º inciso primeiro, a gente vai colocar vírgula no que couber de acordo com as regulamentações dos conselhos, ta? Então vai. Agora é o artigo 18, parágrafo 3º inciso 3. Os honorários do cirurgião dentista é... Ah, isso aqui só uma renumeração, pode passar... Para fins dos dispostos no inciso 3 deste inciso, é permitida a fixação de co-participação crescente ou não no limite máximo de 50%, isso daqui é co-participação de saúde mental, também é um artigo super difícil, todo ano a gente tenta melhorar, e ai a sugestão é a gente separar isso em dois artigos igual já foi um dia também, mas esse daqui a gente tem a sensação de que antes era menos pior do que agora. Então antes a gente vai rever e vai tentar mexer nessa coisa de novo tentando separar em dois incisos ta? É... Artigo 20, parágrafo 3º, é obrigatória a cobertura nos atendimentos caracterizados como urgência/emergência conforme as normas específicas. Ai a sugestão é citar as normas específicas, não, a gente não pode fazer isso ta? Porque cada vez que a norma específica é revista a gente precisa voltar naquela resolução, então não tem como fazer isso. Pode subir... É, o rol de procedimentos e eventos de saúde deverá ser revisto a cada dois anos podendo ser atualizado. E ai teve uma, na verdade é uma recomendação, eu acho que é esse o nome, do CNJ pra que a gente incorporasse essa redação nesse artigo falando que as operadoras devem comunicar individualmente por escrito em linguagem clara e acessível aos beneficiários quantas alterações nas coberturas obrigatórias notadamente quanto às inclusões e exclusões no rol. E ai a proposta que chegou era tirar a palavra comunicar individualmente por escrito e colocar, disponibilizar em formação. É, a gente entende por conta dos planos coletivos é muito difícil você notificar individualmente, a gente vai tentar discutir isso daqui melhor com a procuradoria, porque todas essas notificações vêm de lá da PROGE, vê o que a gente consegue escrever sem necessariamente afetar o objeto que veio do CNJ. Então a gente não sabe o que é que vai sair ainda dessa redação, mas a gente quer dar uma mexida pra contemplar a possibilidade real disso ser feita junto com a recomendação que foi feita. Então a gente vai tentar dar uma adaptada nisso, não sei se divide, não sei se a gente escreve isso de uma maneira que torne viável e que também não modifique a intenção de quem mandou ta? Então a gente vai dar uma discutida, talvez a gente traga esse único artigo pra gente discutir no final ta? Na ultima reunião, acho que o resto a gente ta indo. Artigo 22, inclusão é... Uma proposta de inclusão que foi a gente que fez que é aquela de quando houver negativa de procedimento na hora do... Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimento é... Tem que ser dado por escrito em 48

horas, isso aqui é uma repetição do artigo da RN que foi publicado, OK? Aqui é uma inclusão também, é... Dizendo, isso aqui é só na verdade uma reescrita... A proposta maior é a seguinte, ninguém ta conseguindo dar conta de uma 211 modificada pela 262, 232 ou pela 325, ninguém aguenta né... A gente também não. A gente vai sentar com a Cátia, ta vendo... Ficou sensibilizada. [risos] Ai a gente via sentar com a Cátia e ver se a gente consegue revogar tudo e deixar uma única resolução valendo igual a gente fez das outras vezes.

Alexandre (Sinog) – Alexandre do SINOG. Só uma duvida com relação ao item anterior, ele vai substituir a RN 319, não... Mas ele ta dizendo a mesma coisa, porque a RN 319 ela ta um pouco confusa pra pelo menos é... Pro SINOG ela ainda ta confusa porque ela diz em um artigo que é obrigatório a informação ao beneficiário quando houver negativa e depois no artigo terceiro ela diz que se ele solicitar por escrito tem 48 horas pra enviar isso por escrito. Então o entendimento que eu tenho lendo ela friamente é que qualquer negativa que eu der eu sou obrigado a informar ao beneficiário... e se eu sou obrigado, eu sou obrigado a ter uma prova que eu informei ele... Não sou? Não, se vocês perguntarem... Não, ta escrito no artigo segundo que eu sou obrigatório, que é obrigatório eu informar o beneficiário quando eu der uma negativa independente dele pedir, lendo friamente. Então, mas como que eu provo que eu falei isso pra ele? Na odontologia, é... Uma guia ela pode ter 10, 15 procedimentos, eu posso autorizar de repente 14 e um deles é negado através do prestador...

Martha (ANS) – É, a gente vai ter que rever como isso é feito, porque em teoria se você negou, você tem que contar pra ele que negou. O que ta dizendo na regra é o seguinte, se ele pedir por escrito você tem que dar por escrito... Quem pede, é o beneficiário ou o prestador? Quem pede é o beneficiário ou o prestador? Ai você nega pra quem pediu e ele vai retransmitir... Não... Ai a gente discute isso, é mais fácil do que você... Fala Rosangela.

Rosangela (FARBRA) – Marta, Rosangela (Farbra). É, você falou de informação pra não deixar passar, a questão da informação da sensibilidade pra pessoas surdas e cegos também, a gente esquece muito isso. Já que você vai pra uma discussão, não deixar esse ponto mais uma vez, a dificuldade de acessibilidade dessa população com algum tipo de deficiência.

Martha (ANS) – Mas ai a tua proposta é...

Rosangela (FARBRA) – Não, dado a aquilo que você falou que vai ser reavaliado quanto a informação ao beneficiário.

Martha (ANS) – É, ali é o seguinte, o CNJ pede pra toda vez que o rol for revisto, que a operadora comunique ao beneficiário de que ele tem novas

inclusões no rol ou exclusões, enfim... Mostra pra ele o que foi incluído né, e ai isso vai ser feito de acordo com os meios que ela tiver.

Rosângela (FARBRA) – Então, mas isso tá dentro da lei. Então já tem a lei, já tem a ratificação da convenção, já tem uma legislação própria que tem que se adequar a questão da sensibilidade. Hoje já existe isso como posso até mandar pra você direitinho...

Martha (ANS) – Manda, manda não só isso, mas também assim... Uma proposta de como fazer isso. Já que assim, a maior parte das vezes isso vai se dar via boleto se for chegar na casa do beneficiário, se não for chegar na casa do beneficiário...

Rosângela (FARBRA) – Então, se ela deu um acesso, por exemplo, via internet, hoje tá evoluindo muito essa questão da tecnologia...

Martha (ANS) – OK, OK, OK...

Rosângela (FARBRA) – Já tem a tecnologia de assistir, essas coisas... Eu te mando isso tá.

Martha (ANS) – Manda.

Rosângela (FARBRA) – Tá bom. Obrigada.

João Paulo (Unidas) - Só confirmando... Naquele artigo 22 ainda, é mais ou menos esse mesmo sentido do colega aqui que falou... É com relação a... Porque ali você coloca só um pedacinho da resolução normativa e coloca no rol, aqui na resolução normativa...

Martha (ANS) – Melhor tirar né, também já tô achando, é...

João Paulo (Unidas) - Eu acho porque o seguinte, isso daí vai gerar, e cadê as particularidades daquilo, de ser por escrito...

Martha (ANS) – Eu vou botar um vírgula lembrar da RN bla bla bla e vambora.

João Paulo (Unidas) – Eu acho melhor também.

Martha (ANS) – Também tô achando, é... Retirar, escreve retirar ai e pronto. Eu acho que pro final, sobe ai Rafa... Acabou? Então, aqui tudo isso é um remendo pra gente chegar numa resolução única, a gente entendeu... Pode subir... E acabou. Então assim, isso foi tudo o que a gente recebeu de contribuição de resolução normativa, tirando o que a Rosângela apontou que gente já anotou que é a coisa da sensibilidade que ela vai mostrar pra gente como escrever, é... A gente não vai mais receber contribuição de resolução normativa, o que a gente tinha combinado né, hoje era o último

dia pra tudo e a gente acha que a gente já ta como uma coisa mais ou menos preparada, tirando então o artigo que a gente vai trazer de volta que é o do CNJ pra gente ver melhor redação, o resto a gente não vai mais trazer pra discussão do grupo. OK? A gente vai levar... Isso, mas já ta ali, já ta contemplada a discussão, a gente também vai procurar junto com vocês e a gente coloca isso, OK? Então, RN foi bacana... Então eu não sei mais que horas são... Então... Pera ai, tem duas mãos, Marlene e a Rosangela.

Marlene (Cofito) – A contribuição vocês não receberam?

Martha(ANS) – De RN?

Marlene (Cofito) – É.

Martha(ANS) – Não, você pode falar por favor? Fala pra gente que ai fica gravado e a gente coloca aqui.

Marlene (Cofito)– Então, não me lembro exatamente, teria que rever o texto né, mas eu acho que até foi falado na ultima reunião que é lá quando fala sobre reeducação e reabilitação física.

Martha(ANS) – Não, isso é na tabela.

Marlene (Cofito) – Não, ta na resolução...

Martha(ANS) – Eu lembrei qual é a sua, que você falou comigo. Então vou falar ela e mais uma que eu lembrei que a gente recebeu que ta ali na aba, aba ta olhando pra mim. A gente recebeu de uma sociedade médica, bota lá 9656 por favor. Uma alteração de redação, mas que é pra alterar a lei. Então obviamente a gente não pode alterar a lei e a gente, esqueci de apresentar essa solicitação que a gente recebeu OK? Que é pra realização de exames no exterior, não tem como. E a da Marlene é o seguinte, tem alguns artigos que falam de reabilitação, a gente foi procurar no rol inteiro pra ver se existia a palavra fisiatra, não existe, não existe... A gente olhou o rol localizar vinte vezes e não tem mais a palavra fisiatra ta? Depois a gente pode até sentar com você e olhar de novo. Então, e na hora que a gente coloca reabilitação física, a proposta dela é que a gente substituísse isso por fisioterapia, eu acho que era isso... Mas eu não lembro de ter recebido a demanda por escrito, a gente volta e checa. É, qual é o meu problema Marlene assim? Da mesma maneira que eu tirei o fisiatra e deixei reabilitação, eu não posso botar fisioterapia entende... Assim... Tenta resgatar agora no almoço e a gente volta com ela, eu vou também... Eu tenho o arquivo original de tudo, a gente vai tentar resgatar aqui também. Pode falar... Você quer falar também? Então fala depois.

Thiago (Instituto Oncoguia) – É, Thiago do instituto Oncoguia. É, eu queria fazer uma observação, eu não sei se isso foi falado porque eu discuti um

outro ponto com alguns colegas ali atrás, mas na outra reunião a gente chegou a comentar, esse assunto chegou a ser ventilado da possibilidade de se instituir na resolução uma incorporação automática se avaliado pela Conitec e não só pra medicações etc e tal, eu não sei se vocês chegaram...

Martha(ANS) – Não, na verdade assim... O que a gente discutiu é o seguinte, é... Pra medica, por isso que eu falei que a medicação oral ela vai ter que ser discutida lá no grupinho especial. Única e exclusivamente pra medicação oral, uma vez que estivesse mudança lá, a gente mudava aqui só durante esses dois anos pra gente conseguir equivaler uma coisa com a outra e depois entra na regra geral, mas isso não é uma regra geral pra tudo, é só pra medicação oral pra câncer, então quando a gente for discutir lá a medicação oral e que a gente for fazer o artigo de inclusão dela no rol, a gente também vai ter que preparar essa observaçãozinha ta?

Thiago (Instituto Oncoguia) – Ta, eu não sei se talvez pro próximo, pra próxima revisão, mas acho que vale a gente começar a refletir sobre isso. Se a Conitec começar a desempenhar um papel acelerado no processo de incorporação, e considerando que ela avalia não só medicamentos, mas outras tecnologias e procedimentos em saúde, talvez seja interessante a gente começar a pensar na, num vínculo maior entre as atualizações da Conitec e a cobertura obrigatória, não só de medicamentos, mas de outras procedimentos entendeu...

Martha(ANS) – É, eu entendo, eu só faço duas vírgulas nisso. A primeira vírgula é que para o sim e para o não, então reprovou lá sai daqui, se for assim OK. E a outra vírgula que eu faço é o seguinte, a gente precisa de uma maça de tempo, acho que você conseguiu ver na apresentação que a Rosana fez pro calculo do impacto né, a gente ta com o rol, a gente tem vários poréns, várias sociedades aqui, mas se a gente comparar com o rol de cinco anos atrás, o rol de hoje é super atual, é obvio que ainda falta muita coisa, mas é um rol atualizado. É... A gente não tem, assim, obviamente que se acontecer uma coisa né, vai parar tudo e vai se fazer a revisão do rol. Agora, a gente tem um tempo de dois anos pra poder ter maturidade pra avaliar, fazer os cálculos que precisa fazer, fazer todas as revisões sistemáticas que precisa fazer. Então assim, eu não vejo isso acontecendo imediatamente, mas a gente pode no final dessa revisão combinar a partir do próximo rol entra e sai tudo eu for lá, porque ai eu acho que também a gente tem que seguir pelo e paço. Então se lá tirou, aqui tira, se lá botou, aqui bota...

Thiago (Instituto Oncoguia) – É, agora só uma observação, você mesma acho que comentou na reunião passada ou retrasada de um procedimento que o SUS, acho que a cirurgia bariátrica, que o SUS [FALHA NO ÁUDIO] que reduziu pra dezesseis anos, alguma coisa nesse sentido. Que aqui na

saúde suplementar por perfil _____ desse cenário, então acho que nesse mesmo raciocínio talvez na saúde suplementar exija uma avaliação especial pra algumas categorias de procedimento.

Martha(ANS) – Por isso que eu acho que não dá pra ser.

P/Thiago – Não um vínculo direto entre incorporou e não incorporou...

Martha(ANS) – Por isso que eu acho... Eu acho que assim, se é pra gente fazer o vínculo, a gente faz o vínculo... Mas a gente faz o vínculo igual, a gente não vai conseguir analisar cada procedimento que eles analisarem lá a gente re-analisa aqui. Então assim, entrou lá, entrou, saiu de lá, saiu. Agora, eu acho que a gente tem toda uma especificidade econômico-financeira, toda uma especificidade de análise. Por exemplo, pra medicação oral a gente viu exatamente isso né, a gente ta aqui discutindo coisas que lá já foram reprovadas... [FALHA NO ÁUDIO] a cada dois anos a gente tem a oportunidade de fazer isso, que a gente não vai ter automaticamente. Então prós e contras, é só uma decisão da gente. A coisa da cirurgia bariátrica, a gente vai ter que voltar a discutir isso, mas a primeira reunião que a gente fez que a gente falou sobre isso, a gente tem um excesso de cirurgias bariátricas na saúde suplementar, a gente tem estudado isso e a gente tem algumas pessoas que também vem fazendo estudos acadêmicos sobre isso, é... E a gente sabe que na saúde suplementar não se cumpre protocolo da maneira como o protocolo deveria ser cumprido, que no SUS a gente tem muito mais o cumprimento desse protocolo do que a gente tem aqui e que não cumprindo o protocolo você diminuía a idade pra 16 anos, é um risco muito maior do que um benefício e por isso a gente precisava ponderar, então é toda essa discussão que a gente faz que eu acho que a gente perde se a gente fizer com menos tempo, mas pode ser uma discussão que a gente venha colocar a mesa na ultima reunião. É, a gente vai voltar a discutir uma decisão que o Conitec tomou, a gente tomou diferente e agora ta na mesa de novo que é embolização de artéria uterina, então a gente tendo a possibilidade da gente fazer isso AC Ada dois anos a gente consegue fazer discussões que a gente não vai conseguir _____, agora se no final o grupo achar que vale a pena, pra mim é até mais fácil pam pam e foi né, e a gente segue a vida. Pode falar.

Antonio Augusto (CFN)– É, Antonio Augusto do Conselho Federal de Nutricionistas. Eu queria deixar aqui uma proposta de inclusão que nós não participamos das duas ultimas reuniões ai por um problema de email né, então eu queria deixar registrado... é um pleito nosso já dê de algumas revisões atrás que seria a inclusão lá no artigo 17 que trata sobre cobertura de serviços e demais procedimentos ambulatoriais, a gente incluía ai um parágrafo, talvez um parágrafo único colocando a cobertura de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico solicitados por

nutricionista assistente. Porque isso já é uma, uma prerrogativa da nossa lei solicitar esse tipo de exame pra acompanhamento dietoterápico e tendo em vista que a gente entrou com uma ação ai pra isso ser incluído e em primeira instancia a gente já foi favorável, eu acho que seria oportuno da gente agora se for possível já incluir nessa revisão do rol né.

Martha(ANS) – Então eu vou pedir pra você repetir logo que a gente voltar do almoço porque é quando a gente vai abrir as duts, ai a gente já coloca o arquivo a tua demanda.

Antonio Augusto (CFN)– Mas essa não seria dut, seria no corpo da resolução que seria lá na cobertura de serviços e apoio, diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais.

Martha(ANS) – Hn... Ai repete.

Antonio Augusto (CFN) – Seria lá, a gente colocaria talvez um parágrafo único no artigo 17 dizendo assim Cobertura de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico solicitados por nutricionista assistente

Martha(ANS) – Qual o problema, então assim... Vou falar de novo o que eu conversei com Anisio, assim... É, a resolução ela na ordem das leis ela é inferior a lei 9656 né, e tem um artigo na lei 9656 que não permite que a gente coloquei esse artigo na RN do rol. Então é... A gente não ta conseguindo nem avaliar Antonio, porque na 9656 no artigo 12, ai eu já não sei mais o inciso, ele estabelece a obrigatoriedade da prescrição pelo médico assistente. A gente tem dito o seguinte, todas as demandas que chegam pra gente a gente fala o seguinte, que a gente não interfere nas decisões dos conselhos. Então assim, cada conselho é que tem a atribuição de dizer o que cada profissional tem que fazer e isso ta mantido na saúde suplementar. O que a gente diz é o seguinte, pra ser obrigatória a cobertura, é necessária a prescrição do médico assistente, cada operadora pode não prescindir disso. Então ela pode dizer assim, Eu... OK, eu prefiro que venha a prescrição do nutricionista do que eu ter que pagar, além disso, uma outra consulta no médico só pra ele replicar essa prescrição ou pra ele replicar esse pedido de exame OK... Isso é uma possibilidade real e que a gente sabe que acontece, agora a gente colocar esse artigo no rol a gente não poderia por conta da limitação da lei entendeu...

Antonio Augusto (CFN)– Não, essa ai é a nossa discussão antiga né... Mas tendo em vista que a decisão judicial do Tribunal Regional Federal que coloca pra notificar a agência nacional de saúde e as é... empresas operadoras de plano de saúde e seguro pra que, pra que modifique o rol e o outro pra que faça a cobertura né.

Martha(ANS) – Eu entendi, mas como a gente não pode ser contrário a lei, a minha resposta pro juiz vai ser a mesma que eu to te dando. Então assim, eu vou falar 'Juiz, por favor, pede pra mudar lei porque eu não posso também atuar em desacordo com a lei. Então assim, obvio que isso na ultima instancia isso virar uma decisão ahahahananan OK, muda-se a lei e a gente né... Agora, enquanto a lei estiver em vigor, isso não vale só pra isso, vale pra um monte de outras coisas que a gente tem decisões judiciais, por exemplo pra procedimentos experimentais... E ai não porque o juiz mandou dar que eu vou incorporar no rol, de jeito nenhum né, a gente tem é que chamar o juiz e falar 'Olha só, você pode não estar fazendo tão bem assim Então, esse não é o caso, esse caso é diferente, mas a gente precisa seguir o que ta escrito na 9656 independente da decisão judicial. A Rosangela tava com a mão levantada primeiro, depois a Marlene.

Rosangela – Só pra amarrar, ficou pendente a definição de acompanhamento tardio pra transplante, só pra amarrar depois pra mandar a contribuição.

Martha(ANS) – Então, do pós, é isso. Ai o que a gente combinou Rosangela, é o seguinte... Se tiver portaria OK, se não tiver portaria...

Rosangela – Não, mas ai eu já to colocando pra gente não perder.

Marlene (Cofito) – Bem, só pra amarrar... Pegar a tua fala que você disse que quem decide né, o que um profissional ou uma profissional deve fazer é o seu conselho federal né, então eu acho que nem cabe discussão novamente aqui da consulta fisioterapêutico né Marta, porque isso é uma definição que o Conselho Federal nosso ta ai na nossa lei inclusive e se não fere a 9656 é porque não fede né, então não acho que tem justificativa.

Martha(ANS) – Por isso que ele ta lá na lista pra gente discutir inclusive.

Marlene (Cofito) – Beleza, mas é só pra pegar e lembrar.

Martha(ANS) – E ai gente, podemos ir almoçar? Então já não sei mais, são meio dia e? Meio dia e cinco... A gente consegue voltar uma e quinze de verdade? De verdade? Em tão ta, então uma e quinze a gente ta aqui de verdade, ta?