

I REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO PARA REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

Marta - ...É... Informação de horários variados, então, cada um recebeu uma confirmação de horário, então hoje a gente já pode combinar qual vai ser o horário das próximas reuniões para todo mundo ter o mesmo horário recebido. Ta bom?! Primeiro a gente queria agradecer a participação de todos, todo mundo que se dispôs a vir e que quer participar da formação desse grupo. A idéia de hoje é que a gente consiga apresentar um pouco o formato do grupo, o que a gente quer dele, como ele vai funcionar, como que as instituições se representarão, e aí, a gente vai dar continuidade nas outras reuniões. Dr Alfredo Scaff está chegando, ele teve um problema, enquanto isso, a gente vai apresentar uma parte que estava um pouco mais adiante pra gente também não ficar parado. A gente queria mostrar para vocês no site da ANS... Tem uma parte... É... a gente tem um "hot site" do Rol que é esse verdinho aqui no cantinho, que a gente tem tentado divulgar porque está alimentando ele quinzenalmente. Tem uma parte dentro dele quando a gente abre, que existe um FAC é... com as perguntas mais freqüentes que a gente vem recebido e isso é para dar uma visibilidade e uma notoriedade às respostas para maior quantidade de instituições possível. Então, antes a gente respondia a uma instituição só, então agora ao invés de resposta sair só para uma pessoa, quando é uma resposta de muita demanda, a gente coloca ali dentro. Além disso, todos os documentos do Rol estão ali dentro. Então é.. o consolidado que é uma tabela em excel que é mais fácil das operadoras e das outras pessoas que usam tabela mexer. É... Tem o help, então tem várias ferramentas aqui dentro que a gente pode utilizar para um manuseio mais fácil. E a nossa idéia é que esse "hot site" também seja alimentado com as discussões que a gente vai estar fazendo nesse GT. Então a gente quer que as apresentações, as Atas, tudo que a gente for discutindo aqui dentro, todo material que a gente considerar pertinente, a gente vai colocar dentro desse "hot site". Então, provavelmente é um instrumento que a gente vai usar muito é... durante esses 6 meses que a gente vai estar discutindo. Eu acho que a gente podia ir começando a discussão e assim que o Scaff chegar a gente para, e aí a gente dá andamento, pode ser? É... a gente vai começar falando um pouquinho de como a gente organizou e eu queria falar uma coisa antes, porque deu alguns ruídos lá fora... essa câmara, esse grupo, a gente não quis chamar de câmara, porque câmara tem toda uma organização, uma formalização que a gente acha que pode emperrar o bom andamento do que a gente quer fazer aqui. Então, é um grupo, que é um grupo formal, que derivado da câmara de saúde suplementar, a gente quer todas as representações da câmara de saúde suplementar aqui, e, se a gente achar que é interessante algum outro tipo de convidado, a gente pode aqui combinar, pactuar, e que esse convidado venha, é... e que esse grupo seja representativo de todos os setores que formam a saúde suplementar, porquê? Na última revisão, a gente teve uma demanda por reunião que foi uma coisa de outro mundo. Então assim, a gente falou: óh, se a gente fizer uma reunião como instituição, a gente vai fazer com todas que demandar instituição, demandarem reunião. E foi isso que a gente fez. Quando a gente chegou na, sei lá, 398 reuniões, a gente parou de contar porque era insuportável, assim, foi uma coisa de um desgaste muito grande e aí a gente sentiu a necessidade de primeiro, estar colocando todo

mundo junto. Então, que essas reuniões não fossem isoladas. Só a gente e a instituição que está recebendo não soubesse o que a gente está dialogando, então a gente achou interessante que todo mundo dialogasse com todo mundo. Às vezes as demandas eram muito parecidas ou eram exatamente contrárias, né? Então, a gente achou que era importante esse ambiente, onde todas as reuniões que aconteceram isoladas pudessem acontecer de uma vez só, né? E com todo mundo sabendo a opinião de todo mundo. Isso pra gente é importante para e para vocês também é. Então é um mecanismo é... importante, previa consulta pública e a gente vai colocar ali a organização disso e por isso a gente pintou os cracházinhos. Para conseguir identificar a representação da Câmara de Saúde Suplementar, tá?. É... e a gente tem outras pessoas convidadas, a maior parte é da própria Agência, tá?. E dentro dessa representação do cracházinho vermelho, a gente colocou pelo menos uma pessoa de cada diretoria da Agência, para que a gente também tenha essa resposta de dentro da Agência, né? As vezes a gente está falando aqui de reunião de Rol e ao mesmo tempo apareceu alguma TUSS a Jussara está aqui..., ou a gente está falando e aparece alguma coisa da gerência de prestadores, enfim, a gente também vai dialogar com a nossa própria Agência, né?. Então, por isso, essa marcação, né?, E todas as reuniões estão sendo gravadas. A gente vai fazer a ata bem formal, para que isso fique registrado, né?. Então a gente vai é... poder identificar, dentro dessas falas, as representações da Câmara, tá?. Então é um pouco essa organização. Conseguiu colocar Carlota? (Acho que a primeira fica mais formal, mas eu tenho certeza que a partir da segunda não ficar esse silêncio em momento nenhum, né? Assim, a gente é... a gente inventou de botar o site, olha só o que aconteceu!! Prendeu Paula? O que aconteceu? Transparência!?) Só para a gente registrar: a gente convidou o Dr Cláudio Mariovitich para participar das reuniões. Ele já foi diretor da ANVISA, a maior parte de vocês deve conhecer e hoje ele é coordenador do CITEC, que é a Comissão de Incorporação da Tecnologia do Ministério da Saúde. Então, a gente faz parte dessa comissão e o Dr. Cláudio vai estar participando com a agente das reuniões também. Bem, conseguimos, Bill Gates ajudou! (Pode passar) Ah, olha só, isso tudo era obra do Scaff entendeu?! Que estava mentalizando para o negócio não funcionar! Aproveita e abre...

- Alfredo Scaff - É... Bom dia! Desculpe o pequeno atraso aí, mas eu tive uns probleminhas de trânsito... É... quero dar saudação a todos, né? Os participantes, é... desejar a todos um bom dia de trabalho! É... nesta primeira abertura o Dr. Fausto não vai participar, mas mandou uma grande saudação a todos, né?, reiterando que o Rol de procedimentos e eventos em saúde é algo que vai ser incorporado na rotina da discussão da Agência. Não é algo que vai ficar vários anos ou algum tempo ou período longo de tempo sem é...haver interferência ou haver modificação sobre ele. A gente inaugura esse ciclo, né?. Então, a gente pretende pelo menos é...como rotina da casa em dois anos ter evolução afirmativa de determine é... um novo Rol de procedimentos ou uma revisão do Rol de procedimentos, né?. Então essa é uma primeira questão que eu queria estar levantando para todos nós, né?. É... dizer que esse Rol que está vigendo a partir do ano de 2008, né? É... houve muita dúvida, né? houve muita é... grita do setor dizendo que iam quebrar, que ia falir, e de novo aquela velha história, toda vez que, uma Agência reguladora impõe um ato regulatório, né? o setor vai é... diminuir, vai parar, vai deixar de crescer, vai se tornar inviável e etc. e parece que não foi isso o que aconteceu ao longo deste ano, né? Muito pelo contrário, os números

estão apontando pelo menos um número de 2008 para um outro caminho. Então esse Rol, nesta resolução que vigendo a partir de abril, e... é... trás modificações muito importantes. Todos nós reconhecemos e... realmente ele trás alterações aí, permitindo que a agente possa discutir modelos técnicos assistenciais nos setores de saúde suplementar de uma forma aprofundada e permitindo que isso seja é... pago, né? Por um piso de procedimento que é o nosso Rol, né? E aí, de novo lembrar para todos nós aqui que, o Rol de procedimento e eventos em saúde na saúde suplementar é um piso, né? É o mínimo que todas as operadoras são obrigadas a oferecer a todos os seus consumidores, né? Para que todas as doenças do estado, na CID 10 tenham sua recuperação, né? Seu diagnóstico, tratamento, sua promoção e prevenção, né? e sua reabilitação garantidas. Então, esse Rol vem para trazer pra isso. Ele tem essa cara, né? Se nós discutirmos o Rol com uma de cara de outras tabelas ou de outras formas de classificação, né? Ou, se trouxermos para dentro do Rol a discussão, é... precificação do Rol, né? Isso não é o objetivo da nossa discussão. A gente não avançará para esse lado. Avançará sim, para uma discussão técnica bastante aprofundada e bastante detalhada nesses próximos nossos eventos que nós vamos ter hoje e mais 5 eventos com essa cara, com essa forma, né? E aí, nós podemos discutir aqui ao longo do dia. Estamos abertos para sugestões, podemos ver se tem uma forma melhor, se tem uma outra é... temas., né? Os temas que a Marta vai apresentar, foram sugeridos por vocês até o final do Mês de Janeiro. A gente recebeu é... contribuições para estar propondo as coisas que nós vamos discutir, mas estamos abertos, como sempre, para estar discutindo isso, né? É... então esse Rol, ele tem essa característica. Esse grupo técnico que agora a gente instala, ele é um grupo técnico derivado da Câmara de Saúde Suplementar, né? Com representantes da câmara, né? Ou representantes diretos as câmara. Eu estou vendo vários aqui presentes, ou seus técnicos indicados, né? Então tem essa característica, né? e, é... esperamos que a gente tenha, é... seja bastante produtivo e consiga realmente fazer o debate entorno deste Rol. É... nestes últimos tempos, né? o Rol, nos últimos anos, nos últimos 2, 3 anos, é... a regulação e a ANS, a gente avançou muitas questões, né? Eu acho que questões e ponto de vista de informação, né? Acho que a gente conseguiu saldos importantíssimos, né? A ... a troca de informação em Saúde Suplementar, e a tabela única da Saúde Suplementar, a TISS, né? ela é uma realidade, né?, isso é alguma coisa que veio, que o mercado assimilou, tendo incorporado, né? E isso trás discussões profundas nessa relação com o Rol. Nessa relação com essas tabelas. Isso é algo que há 2, 3 anos atrás, não existia com a intensidade que existe hoje. Então, é algo que a gente não é objeto deste local discutir isso, né? Existe a COPIS para discutir isso, né? A COPIS que faz esse tipo de debate, mas é algo que foi incorporado essa discussão e que nós temos que entender esses espaços. E Entender é... que cada um deles tem uma dinâmica, tem uma característica e tem um objetivo, e nós temos que sair daqui com um objetivo, o que o final dessas reuniões, né?, é... o COPIS e o TISS sai com o que no final das contas de suas atividades. Então, estes espaços, é..., muitos de vocês participam É... deste outro espaço que é um espaço de informação importante para a saúde suplementar. Com certeza daqui a uns poucos anos, nós teremos um conjunto de informações é... oriundas do TISS, né?, desta padronização, né? É... realmente, e que vai nos permitir a análise assim... é... que eu acho que vai ser muito interessante, né? e que nós não tínhamos esse horizonte a 2, 3 anos atrás. Hoje tem, e nós temos que nos conscientizar e considerar isso, né? Uma outra questão que eu queria estar só pontuando e isso vai ser debatido aqui hoje, né?

é que o Rol de procedimentos, né? E eventos em saúde, ele trás em si uma discussão bastante, é... que foi levantado muito ao longo de, final de 2007 e no início de 2008 que foi o custo desta incorporação, né? isso é uma coisa que a gente vai tentar discutir muito ao longo dos próximos, das próximas reuniões, hoje a gente vai trazer um primeiro debate de avaliação e tecnologia em saúde, né? Dizer o quanto é importante é... isso que está no Rol não ser algo é..., inventado, não ser algo achado, né? O link que nós estamos fazendo dos procedimentos do Rol com as diretrizes clínicas, ele está extremamente aprofundado, nós firmamos um convênio com a Associação Médica Brasileira para desenvolver e aprofundar as diretrizes clínicas, do projeto de diretrizes que a AMB é... junto com o Conselho Federal de Medicina desenvolve, né? e o objetivo disso é, a gente ter nas diretrizes..... referência é... científicas baseados em evidências mesmo para esse Rol de procedimentos, né? então isso é algo que ao longo desse ano é... vão ter muitas rotinas em um outro espaço que é o espaço das idéias dos projetos de diretrizes e que ANS através de diretorias de produtos da gerência geral tecnológica assistencial de produtos está muito envolvida, né? Então é um outro espaço que vai... eu acredito que vai agregar muito, mas muito mesmo para essa discussão do Rol, né? Talvez não, nesses momentos, porque esses projetos de diretrizes, ele vai... é uma construção mas é um outro espaço que se abre também com uma potencia enorme. E a questão da incorporação disso e isso serem transformado em custos, né? Nós desenvolvemos ao longo do ano é... final de 2007 e ao longo do ano de 2008 todo, é... alguns modelos de acompanhamento e monitoramento disso. A gente vai apresentar a modelagem hoje, essa avaliação dessas é... dessas despesas assistenciais e a visão, e a análise de é... de quanto ou como que acontece, ou quando acontece a incorporação, é... o quanto que isso daí interfere nessas despesas existenciais e por conseguinte nos custos disso, né? Então isso era algo que o setor, principalmente por parte das operadoras, tinha uma demanda muito grande tinha uma cobrança da Agência muito grande para isso, né? Então a gente está trazendo um modelo de avaliação que nós estamos fazendo ao longo do ano de 2008 todo e vamos manter o mesmo modelo ao longo deste ano, né? De novo. Não vamos discutir aqui reajuste, né? Não dá para linkar é... neste fórum de discussão, né? Questões de incorporação de custos e o quanto isso vai impactar nos reajustes individuais e aí, é só dos individuais, porque eu os coletivos, isso já acontece, né? Isso já é negociado a cada renovação de contrato e assim por diante como é sabido por todos nós, né?. Então o fórum para isso é a própria câmara de saúde suplementar, é a diretoria do colegiado e assim por diante, né?. Mas a gente vai apresentar isso aqui hoje e pretendemos em próximas reuniões é... se for do interesse de todos nós, estar aprofundando isso. E gostaria de finalizar é... de novo, desejando a todos aqui nós um bom dia de trabalho, né? que a gente consiga né?. é... ter serenidade para colocar todas as nossas posições e a capacidade de é... interagir com elas e de conseguir assimila-las e ter respostas e conseguir ou buscar juntos respostas pro que foram levantadas. Obrigado e mais uma vez desculpas pelo atraso inicial. Mas vamos lá! Marta.

Marta – É... só queria registrar também, que além da câmara de saúde suplementar formal, a gente na câmara, já tem como convidado conselho dos profissionais de saúde, né? Que na câmara representado pelo Antônio, além disso, a gente chamou os conselhos de Representação Profissional que hoje fazem parte do Rol. Então a gente convidou o conselho de psicologia; o conselho de Fono; conselho de TEOMA. Uma vez que eles também estão envolvidos nessa discussão, ta?. Então só para a gente deixar

marcado que eles também estão aqui com representação. E outra coisa que a gente vai discutir além do Rol da 167 que é o de Eventos em Saúde, que a gente chamava de MEDICO. Além disso, o Rol de Odonto, né?, então, pela primeira vez a gente vai tentar discutir os dois juntos, juntos no mesmo momento, apesar de a gente saber que tem segmentação e que cada um vai ser usado dentro da sua segmentação. Mas a gente acha que não dava mais para caminhar com a discussão em paralelo, Sem fazer esse link, e sem discutir os dois no mesmo momento. Então, a gente vai pela primeira vez tentar trazer essa discussão em conjunto e a gente vai ter que estar sempre alerta para lembrar-se dessa discussão em conjunto, né? Não deixar os cinco mil procedimentos de eventos em saúde engolirem os trezentos do odontológico. Então a gente vai ter essa preocupação. (pose Passar) Bom, o objetivo de a gente estar aqui é a construção desse grupo técnico, formado pelas instancias que compõe a Câmara de saúde suplementar, os conselhos profissionais de diversas categorias e alguns especialistas. A discussão técnica da revisão do Rol é... de eventos em saúde e do Rol odontológico, como a gente já falou, e, o maior objetivo é qualificar, democratizar e conferir transparência ao processo de gestão e tecnologia na saúde suplementar e como eu já falei, falei um pouquinho isso antes, acabar com as reuniões individualizadas, aonde o número de reuniões vai ao infinito e a gente só fica sabendo, a gente sabe a opinião daquela pessoa e a gente não compartilha com o grupo. Então a gente tomou a discussão de: qualquer reunião que seja solicitado pra gente, a gente vai fazer referência ao grupo e suas representações. Então, o combinado desse ano é, não termos reuniões individuais (Pode passar). Bom, esse é um pouquinho da retrospectiva do Rol que a gente revisou a 82 e fez a 167 e então a gente avaliou as demandas que tinham sido enviadas. A gente consolidou a proposta, fez muitas reuniões de consenso, algumas junto com a câmara de saúde suplementar. Apresentamos a proposta final, colocamos em consulta pública e publicamos é... a 167 que passou a valer em 2 de abril de 2008. Então daqui a um pouquinho vai fazer um ano. (Pode passar) É... a idéia é que a gente tenha essas reuniões a cada dois anos, então é... a gente publicou o Rol em 2008, o Rol ficou valendo 2008 e 2009. Esse ano a gente junta esse grupo, coloca em consulta pública e publica e o Rol passa a valer em abril de 2010 e a idéia é que isso seja permanente. Então 2010 têm o Rol, em 2011 formaliza-se, o grupo e publica e em 2012 passa a valer. Então, é... pra gente guardar, seriam sempre os números pares. Então essa é a idéia. É que num ano se discuta, no outro se publique, num ano se discuta e no outro se publique. Então o que a gente vai discutir aqui hoje, vai passar valer em 2 de abril de 2010 (Pode passar) Bom, qual o objetivo dessa revisão? Reorganizar a tabela de procedimentos orientada pela lógica de cobertura e não de remuneração. A gente mantém essa lógica diferente da reunião anterior. Então é uma tabela que em algum momento ela é única, ela nunca vai ser exatamente igual a nenhuma tabela que está no mercado. Ela, mesmo a TUSS ela é diferente. Por quê? Porquê ela é uma tabela de cobertura e não de remuneração. Por isso que a gente sempre tem a preocupação de linkar às tabelas. Dizer o que numa tabela corresponde a outra e que a nomenclatura seja a mais próxima possível, se o que está na outra tabela também tem a lógica de cobertura, então o nome ter que ser exatamente igual, mas se foge a essa lógica de cobertura e passa para lógica de remuneração, aí a gente precisa fazer a lincagem porque a nossa lógica sempre vai ser a de cobertura, não de remuneração. É... inclusão de tecnologias com evidência de segurança, eficácia, evidência e eficiência. Exclusão de procedimentos obsoletos ou de insuficiente invalidação a partir do princípio de

medicina baseado em evidências. A gente já fez um levantamento disso, a partir de algumas respostas e discussões com a AMB. E já listaram alguns procedimentos que, perante a sociedade são consideradas obsoletas. A gente vai trazer essa lista, já estou falando da 167. Então é uma coisa bem recente, né? Então a gente vai trazer essa lista, por quê? Porque na época a gente não tinha segurança de que aquilo realmente não era executado em nenhum lugar do país, né? Então aqui, a gente consegue ter essa representação que naquele momento a gente não tinha. Então a gente vai colocar essa lista para vocês, vocês vão levar para suas entidades e vão ver se aquilo realmente são obsoletos. Ou se tem alguma operadora, ou algum laboratório no Norte, Nordeste que ainda faz aquele procedimento. Aí então, não é obsoleto para a gente. E aí, ele continua na tabela. Então isso é uma avaliação que a gente também vai fazer. É... na outra revisão a gente estabeleceu a discussão de diretrizes de utilização, né?, Que foi uma inovação, a gente colocou alguma inovação de cobertura, alguma cobertura nova. É... através de diretrizes, então, ah, isso está coberto, mas coberto nesse e nessa situação e não amplo. Por quê? Porque podia ter mau uso, podia ter algum uso incalculável, enfim, aquela era a melhor utilização para aquele procedimento. A gente evoluiu muito nessa discussão. O Scaff já colocou isso, é... a gente vai falar em uma reunião especificamente desse convênio que a gente fez com AMB e como que essas diretrizes estão sendo construídas. A gente conseguiu é... uma parceria muito bacana com a AMB, é... na lógica da construção das diretrizes clínicas que a AMB produz. Então, as diretrizes das AMB agora não sai através de perguntas, então a diretriz vai ser uma série de perguntas que são respondidas. E a gente participa da formulação daquelas perguntas, então é... geralmente ,são respostas a perguntas que a gente sempre se fez, né? Qual é a melhor utilização para determinada coisa dentro daquela diretriz?, Então isso, vai dar uma cara de implementação, a gente tem usado e muito essa palavra – implementação, pra gente que, vai ser muito importante. É... a gente está reformatando um grupo que alguns de vocês já conhecem que é o GTEC que era um grupo formado dentro da ANS, com algumas representações para discutir diretriz clínica especificamente, então a gente está reativando em pouco esse grupo para gente ver, ó essas perguntas que a gente enquanto ANS fez, são aquelas perguntas que todo mundo se faz? Ou era uma curiosidade única e exclusiva minha? que saiu da minha cabeça? Então, a gente também está reativando isso, pra gente ter perguntas pertinentes e que caibam dentro da nossa angústia, dentro na nossa angústia regulatória, e dentro da angústia de vocês de respostas a problemas. E a gente vai ter uma reunião dessa aqui especificamente para falar sobre isso, para vocês poderem trazer a contribuição de vocês para dentro desse projeto e a gente vai ter que discutir aqui nesse fórum qual vai ser a utilização dessas diretrizes produzidas. A gente também não pode transformar o Rol nos 5 livrinhos da AMB, né?. Como é que a gente vai usar isso? O que vai ser o recorte de uso? o que vai ser o uso para programa de promoção e prevenção?, o que vai ser o uso par a consulta, o que vai ser o para referência?, Enfim, essa discussão a gente também vai ter que fazer (Pode passar) É... avaliação do impacto econômico financeiro. O Scaff também já falou um pouco. A tarde, o Fábio vai apresentar um modelo, é... um modelo que foi testado e que vai ser utilizado para todas as revisões. Ele hoje ele vai apresentar um modelo que está sendo utilizado para a última revisão. Então ele fecha isso. E que vai ser sempre utilizado para monitoramento desse impacto exclusivo de incorporação e tecnologia. Então ele também vai apresentar isso. É garantia de promoções, ações, promoção e prevenção,

avaliação de erros e extorsões e aí a gente já tem algumas demandas para erros de extorsões ou coisas que estão não muito claras, principalmente no corpo da RN, então, algumas instituições já é... desde o lançamento da RN já contaram pra gente que perceberam algum erro, alguma coisa que não está muito clara ou alguma coisa que parece que não está escrita, mas não está, enfim, o que não está claro, eles já encaminharam, a gente também vai apresentar essa discussão aqui. O que podia ficar mais claro e adequar à nomenclatura naquela medida que eu falei do possível (Pode passar) Bom, como é que vai ser a metodologia. A gente vai fazer reuniões periódicas, mensais, a idéia é que sejam 6 reuniões no primeiro semestre de 2009. As únicas reuniões são importantes pra gente, vocês não tem dimensão da importância. Como a gente sabe que vocês estão aqui representa instituições e não é... às vezes eu não posso falar de mim mesma. Eu, Marta. Eu tenho que falar de mim – ANS. Isso para vocês também é importante, então a gente vai previamente mandar material e dizer o que a gente vai discutir daqui á um mês, daqui á dois meses, daqui á três meses, para que internamente nas suas instituições vocês consigam representatividade e consigam é... discutir previamente isso, para trazer a demanda da instituição para essa discussão, ta?! É... a gente sabe que ás vezes é importante o direito da instituição assinar o papelinho e deixar formalizado pra gente. Ok! a gente também vai receber esse tipo de demanda ou no início ou no final de cada reunião. E a gente se compromete a, reunião que vem a gente vai discutir o corpo da RN, então, se vocês trouxerem material impresso a gente vai ler esse material, entender e tal, e na reunião seguinte fazer um resuminho de tudo que a gente levou como dever para casa da reunião anterior para também compartilhar o que chegou por escrito, ta, então, não sei se ficou claro, a gente vai ter as reuniões previamente divulgadas para vocês poderem trazer demanda, além disso, vocês podem trazer documentos referentes a reunião anterior ou a próxima reunião e cada reunião seguinte a gente faz um resuminho do que a gente recebeu de documentos, deu para entender? É... a gente também vai ter consulta pública obviamente, depois do que a gente fizer aqui, a gente acha que a discussão, ela é muito ampla. E ela atinge a 51 milhões de pessoas, então ela tem que ter uma consulta pública, né? É... a gente sabe que é uma consulta pública, que não é fácil, é a gente fez à última, teve 30 mil demandas, então assim, analisar isso é uma coisa d outro mundo, mas a gente acha que é importante. A gente só consegue se organizar da maneira que a gente conseguiu se organizar para essa, muito por causa da consulta pública anterior, então é uma instância que não dá para pular. É... a gente vai ter uma reunião deste grupo aqui nosso, depois dessa consulta pública pra gente poder também trazer para vocês o que apareceu nessa consulta pública e uma coisa que a gente quer deixar sempre claro e aí, eu acho que vou ser um pouco chata, é nessa marcação de posição é que o que a gente está discutindo aqui é cobertura, né? A gente tem sempre a tendência na hora que a gente está discutindo a cobertura, a gente sair para remuneração ou então a gente sai para algum outro canto, enfim, eu vou estar sempre marcando esse ponto. A gente está aqui discutindo cobertura, né, isso é importante pra gente não se perder porque é um assunto muito extenso, é muita coisa para gente discutir. Ás vezes a gente engrena num assunto muito excitante e foi. Então, assim, cobertura. Isso eu vou estar pontuando o tempo todo (Pode passar) É isso daqui eu acho que esta nas xérox que vocês receberam, mas se não tiver muito claro, a gente também vai disponibilizar isso para ficar mais visível, né? Porque isso vai ser importante para organizar todo mundo. Então essa primeira reunião a gente vai falar do nosso grupo, como é que vai ser a

discussão, o que a gente tem armazenado, na próxima a gente vai falar do corpo da RN, a odonto, o corpo da RN, é... simplesmente institui-se tabela, enfim, não tem muita discussão, mas tem muita coisa de Odonto dentro da parte odontológica das 167, então a gente vai estar basicamente discutindo o corpo da RN. Dentro desse corpo da RN tem algumas sugestões jurídicas que vocês já mandaram pra gente, mas dentro do corpo da RN também tem muita cobertura, né. Toda parte da assistência farmacêutica, enfim, tem muita coisa no corpo da RN que institui cobertura para além da tabela. Então também não é uma discussão muito fácil, então a gente vai trazer artigo por artigo da RN, todas as contribuições que a gente já recebeu sobre essa RN e vocês já podem ter se organizado e também trazer discussões das instituições de vocês e nesse momento, também podem trazer alguma coisa que a gente precise avaliar para dar resposta na outra reunião de abril, tá? Isso em março. 15 de abril a gente vai discutir a tabela, né? E aí, as 2 tabelas, talvez essa reunião seja a mais pesada de todas. Por isso que a gente vai precisar para essa reunião ter uma organização é... bem feita, por que a gente não vai conseguir passar procedimento por procedimento, a gente pode no máximo, passar no máximo grupo por grupo pra gente suscitar a discussão, mas se a gente não tiver uma bagagem, a gente... e aí, a gente vai falar de revisão, a gente vai falar de exclusão, vai falar de adequação de nomenclatura, tudo no mesmo momento. É... Em maio vai ser a reunião que eu falei pra vocês, pra gente falar das diretrizes e aí a gente juntou o anexo 2 de que a diretriz hoje de utilização com a discussão das diretrizes clínicas, a gente vai ter a participação da AMB, enfim, como é que a gente cria esse movimento que é imprescindível e não tem como criar, mas que a gente precisa criar em nossa especialidade. A gente vai fazer um seminário que depois a gente vai divulgar pra vocês a data que a gente vai trazer pra vocês as experiências de fora de como é... o mundo inteiro se utiliza de diretrizes, porque o mundo inteiro produz diretrizes clínicas. Como eles se utilizam, né? A gente sabe que na Colômbia vira lei, lei número 500 é uma diretriz clínica e quem não cumpre vai preso, assim, isso se adequa a nossa realidade? Nem perto! Em Portugal é muito na hora da tecnologia entrar no país, né? Então antes da tecnologia entrar no país, ela ganha uma diretriz e só entra no país para aquela diretriz. Essa é a nossa realidade hoje no Brasil? Assim, como que a gente cria é... o nosso próprio mecanismo de se utilizar dessas diretrizes, essa discussão a gente vai ter que fazer. É... a última, a penúltima que é um Junho a gente vai falar das técnicas que a gente está fazendo avaliação, então a Isabela Santos que está aqui, ela assumiu a gerência da avaliação de tecnologia recentemente. Ela vai participar junto com a gente da apresentação dessa reunião em junho. E a gente vai fazer a apresentação das avaliações de tecnologia então eu vou mostrar um pouquinho da tabelinha do que sobrou da última consulta pública já de solicitação que a gente já está avaliando e óbvio nas nossas discussões vai aparecer um monte, né? É... uma coisa que é legal a gente já começar a falar. Essa avaliação em tecnologia, elas não são necessariamente avaliação só para nossa revisão de 2009, né? A gente pode chegar em algum momento e perceber que essa avaliação de tecnologia, ela está caminhando bem e tem algum indício, mas precisa de algum trabalho que vai acontecer em 2012, 2014, enfim, tudo que a gente vai discutir aqui, não é pensando no imediato de uma revisão, ela pode ter consequência para muitas revisões. Então a gente tem que ter isso na cabeça, assim, é... a gente vai tender uma discussão que se inicia hoje que se conclui em um resumo, uma revisão que tem uma continuidade. Isso é importante. E outra coisa é que a última revisão ela veio de um caminho muito longo, né? Então desde a.

CONSUL 2 praticam, que a gente não tinha incorporação e tecnologia que a gente não tinha de verdade uma revisão da tabela, então você tinha uma quantidade de técnicas que já estava em uso ou que o uso era muito urgente, que a gente precisava incorporar tudo de uma vez, e aí foram cento e alguns procedimentos incorporados de uma vez só. De maneira nenhuma agente pode ter expectativa disso nas próximas revisões e é por isso que as próximas revisões vão ser periódicas e já com data marcada né? A cada 2 de abril de cada ano par, porque a gente já tem a expectativa, vai fazer aqui a discussão de priorização em saúde, que é uma discussão que a gente tem, que fazer que todos os países fazem né? Tem uma lista de tecnologia para serem incorporadas, mas tem uma lista priorizada que, vem primeiro, que vem depois, que vem depois. Então é... a gente não pode ter essa angústia de esgotar tudo que possa ser possível em uma revisão, a última revisão foi muito, muito grande porque tinha muito tempo que a gente não fazia e tinha toda a aquela demanda acumulada, né? Agora a gente tem uma organização, a gente já chegou num ponto onde o Rol é razoável, bem razoável, obviamente ainda faltam algumas coisas, mas que a gente precisa ter alguma organização e a gente vai fazer também essa discussão de priorização em saúde. E no dia 08 de julho a gente vai trazer pra cá a proposta da minuta que vai para consulta pública. A idéia é que depois a gente coloque isso em consulta pública logo depois agosto, setembro e que logo depois a gente possa fazer uma reunião entre nós, de novo, para rever o que vem da consulta pública e consiga publicar em novembro para estar valendo até abril do outro ano. Então, esse é o cronograma, é... a gente não vai alterar as reuniões que é para não estar confundindo vocês. Então já sabem, a cada mês o que precisa ser discutido dentro das instituições né, para poder trazer uma representatividade legal (Pode passar) Então, essa era a organização que a gente queria mostrar. A Carla vai fazer uma representação rápida, sobre como está sendo o processo de incorporação de tecnologia no Brasil, falar um pouquinho do mundo, de tarde eu vou apresentar o que a gente já tem de acumulado da última consulta pública. Então o que a gente conseguiu trazer já de acúmulo para a discussão pra gente começar a pensar e depois o Fábio apresenta a metodologia do impacto. É.. aí a gente pode fazer, isso que eu ia perguntar, se vocês preferem fazer a discussão agora ou depois da apresentação da Carla a gente faz as duas, a gente está com tempo? pode ser agora. Aí eu ia pedir para todo mundo falar no microfone, se não a gente não consegue gravar.

- ? É... com relação ao cronograma, eu olhei aqui, todas as reuniões são nas quartas-feiras. A gente que vem de longe. Eu sou de Natal, nasci em Fortaleza, é... seria melhor que, se por um acaso pudesse, essas reuniões viessem mais próximas para o final de semana. Ou na sexta ou na segunda, não sei. Porque aí, na verdade, tem que sair, lá, na tarde do dia anterior. Pra gente não é bom, isso é uma sugestão!!!

Marta – Ta! A gente já tem essas reuniões licitadas. Eu posso ver se dá para mexer na data, mas a idéia é que se agente for mexer, então que fique toda, sei lá, segunda da mesma semana que a gente programou ali. Eu vou tentar saber isso e aí, eu dou a resposta pra vocês em breve, mas a idéia é que não se mexa pelo menos na semana para todo mundo ter essa organização e aí...

-? Então seriam dois dias antes, vamos dizer né?!

- Marta – ta bom, a gente dá uma checada nisso.

- ? Obrigado!

-Marta – A gente pode seguir então?

-? – Só para endossar esse pedido do colega de Natal... eu sou de Fortaleza. Também fica muito difícil sair no meio da semana.

- Marta – Ta bom!. A gente pensou quarta, porque a gente ficou sempre pensando que a maior parte da representação é de São Paulo e aí, fica mais fácil, mas vale a pena o pedido. Mas ficou registrado!

- Scaff – É... esse ano tem uma característica que é um ano de muito atípico, pela quantidade de feriados que acontecem segundas, terças ou sextas-feiras. Aqui, no município do Rio, bateu um recorde, no dia 21 é feriado né, dia 23 é um feriado municipal... então vai ter feriado numa terça e numa quinta. Então, tem um problema de calendário este ano que a gente tem que adequar muito bem esse, se não, vai perder... mas também eu acho que é válida essa... eu colocaria aí, nessa semana um rodízio pra acertar isso. Ok? É... tem um microfone aí pra...

-? Bom dia! Marta, é... uma sugestão. Nessa questão dos dias, é... para não coincidir com a reunião do COPIS, e outra coisa. É... Tem várias câmaras, então assim, que seja, que saia como calendário oficial por que, ah, muda tal dia, depois pula para tal dia, depois outro dia... e isso não avança!!! Então que se defina! Se é domingo, mas que seja domingo, tal dia, tal hora, né? Seja oficial. Há seis reuniões!! É uma boa sugestão! Se é sábado também! Aqui no Rio, é muito agradável passar o fim de semana! Obrigado!

- Scaff - É... é... só para lembrar, né. A gente, este grupo técnico, ele é, ele é derivado da câmara de saúde suplementar. Então, com certeza, na próxima câmara, a gente apresenta todo esse calendário, e toda essa ... um resumo dessa primeira reunião para estar devolvendo para cá essa discussão, e aí a gente coloca essa sugestão sua lá.

- Marta – Esses dias já eram oficiais. Porque também a gente se agarra à solicitação. Porque eles já estavam licitados. E aí a gente tenta dar uma mexida.

- É... Meu nome é Cláudia. Eu sou representante do CINOG de odontologia. Queria tentar esclarecer um pouquinho. O senhor comentou das discussões serem unificadas com relação aos procedimentos e em determinado momento, em determinada data. Queria ver com vocês, só para tirar uma dúvida. Ahn... a gente vai fazer dois grupos separados? A princípio para estudo e depois unificar? Porque são dois grupos. Eu não sei se a discussão vai dar tempo para fazer num dia, numa reunião!

- Marta – Ta. A idéia é que não. Por que. Porque aqui a gente tem, por exemplo, um grupo do PROCON, um representante... tem assim, são instituições que deveriam participar de todas. Então uma representação da segurança, enfim, eles teriam que participar de todas as discussões. Então, a idéia é que todas as discussões vem para este grupo, que a gente não divida em grupos pequenos, até para gente criar o hábito de trazer à discussão de todos os assuntos para grupo grandão. Então a gente vai ter um determinado tempo onde a gente só vai discutir... odontologia e o determinado tempo aonde a gente só vai discutir procedimento hospitalar.

- Cláudia - No mesmo dia, mas ...

- Marta – No mesmo dia, mas em tempos divididos. Agora, em todos os momentos a gente vai passar a discutir odonto, então a gente vai discutindo a RN tem todo o capítulo da RN só fala de Odonto, enfim, cada, a gente vai dividir os tempos, mas vai ser por todo o longo.

- Cláudia – Perfeito, obrigado!

- René - Deixa-meuu fazer só uma observação rapidinha... a gente estava comentando aqui, a reunião da câmara é sempre na quinta, né? Então, quando der para conseguir

pra gente não ter que ir e voltar. Não, assim, eu acho, Porque, se for para ter que ir e voltar, não tem nem...

- Marta – O pessoal achou complicado, é... manter as pessoas por dois dias. E aí a gente separou. A semana que tinha câmara, a gente não marcou a reunião. E aí, eu não sabia o que era melhor para vocês.

- René - Realmente. É ruim pra todo mundo, essa história de você ir e principalmente se...

- Marta – Então é melhor grudar?

- René – Se puder grudar, é melhor! Porque se a gente viaja toda semana, imagina... é dinheiro gasto. Uma despesa alta!

- Marta – Ta bom! Ta ótimo! A gente então, essa semana ainda, divulga o calendário.

- Agora, isso é uma coisa, ó, outra coisa é o seguinte: o Rol, como o anterior, também vai ser colocado só para os contratados novos, ou existe alguma provisão de, o assunto é sem, cobertura? O Rol que vai ser discutido, vai ser só pensando nos contratos depois da lei? Ou com a gente já vai começar a fazer uma pressão maior e o Rol sirva para todos os usuários da saúde complementar?

- Marta – Não. A discussão, é... contratos novos. É uma limitação legal. A gente só vai trabalhar com uma infra legal, que é uma RN. Então a gente vai trabalhar dentro dos parâmetros legais e instituídos hoje.

- René – Ta. De qualquer forma, eu quero que registre já que eu quero padronizar para os usuários

- Marta – Já está registrado!

- Carla – Bom. Bom dia a todos! É... nós vamos fazer uma apresentação aqui nessa segunda parte da manhã. Então, a primeira parte a Dr^a Marta apresentou um pouco como é que seriam, né, essas discussões. O grupo técnico, a formação do grupo técnico. Nesse segundo momento a gente é... vai tratar alguns conceitos básicos de gestão de tecnologias, a política de gestão de tecnologias, vinculadas ao ministério de saúde, é... questões sobre o impacto dessas novas revisões na saúde complementar (Pode passar a primeira, por favor) então, técnicas em saúde. O que é que a gente está chamando? É... acho que são considerações iniciais importantes, né? Tecnologia em saúde para toda essa parte de médico hospitalar e odontológico. Tudo que se referem à medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médicos cirúrgicos, e aí, nesse caso, a gente inclui também a odontologia, usados no cuidado em saúde, bem como, sistemas organizacionais de apoio mediante ao que é dispensável. Isso é um conceito da organização, é... americana... (Próximo) De acordo com essas tecnologias a gente classifica as tecnologias em alguns parâmetros importantes e o DR Scaff já salientou, a nossa visão, né, da ANS, especificamente da gerência técnica assistencial dos produtos. De estar reforçando toda parte de promoção e prevenção. Então isso é importante. Então, no Rol, vocês vão ver todas essas discussões, inclusive, de diretrizes clínicas também trazendo à questão da prevenção que a gente acha importante é... salientar. E, outras questões, como diagnóstico terapêutico e até de reabilitação. E aí a gente tem vários procedimentos de reabilitação, inclusive, incluindo, é... profissionais de saúde num amplo mais é... aberto, não só pensando na questão do médico. Acho que foi um grande avanço, o último Rol de procedimentos. A gente trouxe a inclusão de outros procedimentos que sou importantes, especificamente, eu vou dar um enfoque maior tanto na reabilitação, como na questão da prevenção. (Próximo) De acordo com a complexidade da tecnologia, né? Eu acho que quando a gente fala em tecnologia, cada um de vocês

pode, é... tentar imaginar e eu vamos perguntar aqui para cada um de vocês darem um exemplo de tecnologia, cada um vai dar um exemplo bem diferente. Porque tecnologia, a gente tem vários termos. E aí, ele vai, desde a baixa complexidade, até a alta complexidade. Nesse caso, aqui, a gente está chamando aqui, de complexidade, é... de um procedimento de alto custo. Não que um procedimento de baixa complexidade, ele não tenha todo o referencial, todo recurso que exija uma especialização do profissional. Que ele seja menor no caso da complexidade. Não é isso que a gente está falando. Aqui, neste caso, a gente está falando de custo mesmo. E aí, dentro d sistema de saúde a gente divide, é... o PAC, né? (procedimento de alta complexidade), o Rol, de procedimento de eventos em saúde. Você tem a segmentação ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia e, o procedimento, se ele é de alta complexidade ou não. Então a gente trabalha com alguns critérios para definir o procedimento de alta complexidade. Quando a gente estiver revendo aquela tabela e fazendo mais definição, a gente aprimorar essa discussão, né? Na última revisão a gente já... já houve um aprimoramento disso. E trabalhamos com alguns conceitos do ministério da saúde em termos de rede, contrato sendo discutido, mas na saúde suplementar... acho que cabe uma discussão maior em relação a isso. O que a gente está discutindo sobre a alta complexidade e alguns conceitos e aí, eu peço para vocês também, é... durante as reuniões, quando a gente estiver trazendo trabalhos especificamente, eu peço que vocês tragam critérios, e nós também vamos estar fazendo isso. Mas na realidade seria bom, a gente, sempre trocando essa discussão e esse grupo técnico, é... mesmo pra gente estar trabalhando em conjunto e estar buscando em vocês, sugestões e críticas pra gente estar avançando nessa discussão. (Próximo). Em relação ao ciclo de vida das tecnologias (Próximo) e gestão de saúde, é... na saúde suplementar e da saúde em geral. A gente percebe em alguns autores muito importantes, que a inovação, né. Quando surge uma nova tecnologia. No início, a gente ainda não tem um registro, né. Por exemplo, de um procedimento de um médico. Então isso é uma inovação. É anterior ao registro pela ANVISA. A gente marca muito essa questão da ANVISA? Que a gente começou a trabalhar isso de quatro anos pra cá! Antes disso, a gente não trabalhava nessa discussão, dessa importância de você ter como agencia nacional de vigilância sanitária que registra o que pode ser comercializado, o que pode ser usado pelos profissionais no país. Então isso é muito importante, né. A gente está sempre em discussão com a Agência nacional de vigilância sanitária. Para eles estarem aprimorando esse procedimento de registro e a gente acha importante porque interfere grandemente na saúde suplementar e no SUS também. Na saúde como um todo. Então, quando se tem um registro desse material, desse procedimento. Isso quer dizer necessariamente que é uma incorporação? A gente sempre interroga isso. Quer dizer que ele pode ser usado, mas não necessariamente é uma incorporação, mas ao mesmo tempo, a gente tem uma pressão muito grande. Tantos dos prestadores, da opinião pública, da sociedade em geral, dos beneficiários para que essa tecnologia seja incorporada a cobertura obrigatória do Rol. Mas, que essa tecnologia seja incorporada, nós precisamos, primeiro, identificar se ela está sendo usada em larga escala; se ela tem estudos de avaliação, de segurança. Porque a gente, não depende necessariamente. A gente percebe que alguns, por exemplo, a gente tem exemplo de alguns médicos que, eles são incorporados e depois a gente vai ver que, eles mataram mais; causaram mais malefícios do que benefícios. Então, a gente percebe, tem que perceber, que uma tecnologia que já está incorporada. Que já está no país, se ela pode ser comparada

com essa nova tecnologia na entrada. Depois de um tempo nesse ciclo de vida dessas tecnologias, a gente percebe que algumas tecnologias são abandonadas, caem em desuso se tornam obsoletas. Inclusive, procedimentos se tornam obsoletos. E como é que a gente, a gente tem uma tendência muito na saúde, especificamente, porque tecnologia... a gente tem tecnologia de comunicação; os engenheiros; outras tecnologias, mas na saúde, a gente tem uma tendência muito de acumular tecnologia e aí, não de excluir tecnologia, né? Quando sai um celular novo, a gente vê que aqueles celulares antigos ficaram para trás, né? E agora a gente só tem modelos novos. Mas na saúde não é assim, né? Na saúde, a gente trabalha com tecnologia muitas vezes, antiga. Ultrapassadas e tecnologias de ponta. Então essa tecnologia se torna uma tendência... Novas para perceber isso e em algum momento poder avançar. Aí isso com mais critério (Próximo) Em relação ao Rol de procedimentos, ele é a referência básica mínima obrigatória. Então, a gente sempre fala, né. São planos de uma questão legal. São os planos para que essa questão e a outra, a Dr^a Marta já respondeu. E ele oferece para nós todos, as doenças listadas na classificação internacional de doenças. E as segmentações contratadas. Vários procedimentos são exigências mínimas. Não quer dizer que as operadoras tenham que oferecer só isso, né. A gente estava até discutindo um pouco isso. Na odontologia, antes de começar, que principalmente na odontologia eles oferecem até mais do que o Rol. E aí, a gente tem que fazer uma discussão realmente com ele separada disso. Agora, isso não pode ser feito, tá? Como já foi questionado aqui antes. Uma operadora, ou, aliás, tem que, até identificar isso, se realmente foi, se oferece só ortodontia, né? Isso não pode ser feito. Até que, se vocês souberem disso, né? Tem que, é... fazer essa denúncia. Pra gente foi um levantamento do conselho federal de odontologia, que na área dele, ele conhece a operadora que está fornecendo só uma participação do Rol de procedimento, e isso está... é ilegal. (Próximo) Na 9961, ela estabelece, né? Que a ANS é, tem competência para resolver um Rol periodicamente. Então isso foi uma grande questão que foi colocada, até juridicamente no último Rol e ali todos, né? A parte do judiciário, nossa procuradoria já fez toda essa discussão. Então, acho que essa discussão já está ultrapassada. Não vamos entrar nessa discussão aqui. Vamos avançar nessa discussão no Rol de procedimentos e, é... cabe a GGTAP, rever o Rol periodicamente, e isso já foi colocado aqui também antes e a gente está pretendendo fazer essas revisões mais rápidas possíveis, para que não fique muito tempo a gente com muitas tecnologias para avaliar, pra gente ver, pra gente sabe que a associação médica brasileira está fazendo a revisão da sua nomenclatura. Pensar aqui. Essa revisão médica Brasileira está fazendo a sua nomenclatura. Ela avançou. Agora é a quinta edição. A gente está sempre revendo e modificando isso para aprimorar esse processo. (Próximo) A gente... vamos deixar as perguntas para o final, pra gente... é... manter é... a discussão. Em relação, (acho que é um pouco antes. Antes. Depois. Bom. Não está aparecendo...) Então eu vou falar um pouquinho, assim, é... o objetivo geral da política de gestão e tecnologia que vocês tem impresso de vocês, é... maximizar o benefício de saúde, que eu já coloquei que, os recursos existentes e disponíveis no sistema de saúde, claro que, garantindo segurança, efetividade e equidade nessa discussão. (Próximo) É..., no dia 10, é... 30 de outubro de 2008, foi estabelecida portaria do gabinete ministerial que (é uma antes. No slide antes) que dispõe sobre a CITEC, que é a comissão de incorporação e tecnologia do ministério da saúde. Essa comissão é uma comissão muito importante. Inclusive, o coordenador Dr. Cláudio, vai participar desse, dessa nossa discussão de grupo tecnológico. É uma comissão que a

Agencia Nacional de Saúde Suplementar participa, a ANVISA participa, a Secretaria de vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à saúde e a secretaria de ciências e tecnologia em sumos estratégicos, né? Houve uma mudança que agora é...essa comissão está vinculada a secretaria de ciências e tecnologia em sumos estratégicos. Então é muito importante essa vinculação, porque a secretaria de ciências e tecnologia tem variações em termos de estudo da avaliação de tecnologias, e essa mudança que, antes era coordenada pela secretaria de atenção a saúde. A gente acha que foi um avanço na discussão. Um amadurecimento no nosso processo e a agencia participam desde o início. E isso foi muito importante. Então isso aconteceu no final do ano passado. A gente está fazendo reuniões, é... periódicas, quase quinzenais. E está sendo muito importante ver como acontece todo esse processo. Como é que a agencia vai se encaixar nessa discussão; então toda a incorporação retirada da tecnologia do país tem que passar por essa comissão, a revisão de diretrizes clínicas, protocolo de terapêuticas e assistenciais que o ministério da saúde também tem. Isso vai ser discutido nessa reunião. Então a gente vai trazer a nossa experiência da saúde suplementar de revisão do Rol para a essa comissão e também vamos ver com a gente vai poder trabalhar da melhor forma possível (Próximo) Dentre as competências que tem a CITEC a recomendar incorporação retirada da lista de procedimentos do SUS e no Rol de procedimentos da ANS propor a revisão das diretrizes clínicas, e solicitar o estudo, então essa questão de solicitar o estudo, a gente vai trabalhar tanto com a GEAT, que é a nossa gerência de avaliação de tecnologia, como o DECIT, pra gente não ter um re-trabalho. Acho assim, que, no Brasil, geralmente, começa muitas, muitas comissões. Muitos re-trabalhos. Então a gente vai juntar os esforços, o objetivo disso é... até... por isso que eu trouxe essa discussão. É juntar os esforços com o ministério da saúde. E a agencia está andando junto, na mesma direção. Na mesma política. Não está falando é... questão diferenciada. É claro que, tem questões próprias da saúde suplementar; das operadoras de planos de saúde; das prestadoras que a gente tem que discutir, e aí, eu acho que esse grupo é mais apito para estar apresentando esse estudo, essas discussões, e levantando questionamentos. Mas quando for uma questão mais ampla, a gente vai levar essa discussão também para CITEC. (Próximo) É... dentro dessa portaria.- Depois, se vocês tiverem o interesse de ler.- é... a gente colocou o número dessa portaria, e a gente também vai fazer um link no nosso site. Tanto no ministério da saúde, vai fazer um link com o Rol de procedimentos e nós vamos fazer um link também com a secretaria do ministério da saúde. E ai, ali vão estar também legislações disponíveis para vocês. (Próximo) Estabelece um fluxo para efeito de admissão do grupo e abertura de processo para solicitantes que queiram incorporar umas tecnologias no país e tem todo uma discussão da modelagem desses estudos de avaliação de tecnologia que vai ser feito também junto com a secretaria do ministério da saúde (Próximo) Dentro do segundo anexo dessa segunda portaria, a gente identifica quais são as informações obrigatórias para avaliação. Bom, então ele está disponível agora, desde fevereiro, até o final de março para incorporação, e vai ter um segundo momento no segundo semestre. Então, a pessoa tem que identificar qual o ... se ela é uma pessoa física, se ela é uma pessoa jurídica. Qual o assunto, descrição, tecnologia, suas aplicações em massa, se ela tem registro na ANVISA, no caso de medicamentos e produtos de saúde, o preço, no caso de medicamentos, qual é o que foi aprovado pela CEMED (Próximo) o relatório técnico de evidências científicas dessa nova tecnologia, né. Porque ela é melhor. Comparativamente ela é uma tecnologia já instalada no país. Isso a gente está

comentando para evitar aquela questão que eu comentei no início de acúmulo de tecnologia e estudos de avaliação econômica, custos e efetividade; ou custo de utilidade, custos e benefício. Quando necessário, quando houver uma lesão nesse sentido, né. E estimativas do impacto e essa estimativa de impacto dentro do ministério de saúde também a gente trabalha com departamento de economia da secretaria, que está assim, aprimorando essa avaliação de impacto (Próximo) Todas essas questões estão disponíveis na página do ministério da saúde e a medida que esses procedimentos forem aparecendo na comissão, a gente vai disponibilizar no site, para que o denominante saiba se foi incorporado, ou não. E porque, inclusive, os pareceres técnicos científicos. Então, como eu falei, para solicitação: de 1º de fevereiro desse ano até 31 de março e para compor esse processo é necessário preencher toda essa documentação, esse formulário. (Próximo) O fluxo, para revisão e inclusão desse Rol, a gente trabalha muito nessa questão, é... mais especificamente, agora falando do Rol, numa discussão de, primeiro, compatibilidade e nomenclatura. Na última revisão a gente teve outro problema em relação a isso. Por quê? Porque um exame simples de urina, o EAS, é chamado aqui, no Rio é EAS. No Nordeste, é chamado: exame tipo 1 e outros estados têm outra nomenclatura. Então, a Associação Médica Brasileira trabalha nesse sentido, de compatibilizar nomenclatura, e nós também, porque havia muitas dúvidas das operadoras, se tinha cobertura ou não para aquele procedimento... ainda existe isso. Mas com essa compatibilização, isso diminuiu bastante e, a gente, toda vez que aparece uma pergunta, e essa pergunta se repete, a gente coloca no site para que as operadoras possam já saber se tem ou não cobertura no Rol. Isso facilita e diminui o tempo de resposta ao usuário, porque o usuário rapidamente sabe se tem ou não cobertura do Rol para autorização do procedimento. Isso melhora a relação entre administradora e operadora, e isso facilitam o trabalho de todos nós. Alguns procedimentos eles são de alto custo e exige uma normalização específica. Quer dizer então que, a gente trabalha na base da questão das diretrizes de utilização da inclusão do Rol, só procedimento de muitas vezes de alto custo. Que mais um uso inadequado, então a gente trabalha com a diretriz específica para isso. Quando há novas tecnologias, é importante avaliar a questão da segurança, eficácia e o impacto também. E naquele último quadradinho amarelo, são os procedimentos que não realizados, ou são obsoletos. Nesse caso, a gente exclui no Rol de procedimentos. Só que a gente precisa ter muita segurança ao excluir um procedimento né, para não diminuir uma cobertura desnecessariamente. Então essa discussão toda, a gente tem que trabalhar principalmente com especialistas do tema. Então, não adianta um clínico geral, um médico generalista trabalhar, fazer essa discussão. Muitas vezes a gente tem que recorrer a uma especialização ou a vários especialistas, porque aquela nomenclatura pode estar é... pode ser usados em alguns, em alguns estados, por exemplo, no Amapá, pode ser usado aquele procedimento e no Rio e São Paulo isso não é mais usado, estar obsoleto. Então a gente tem que ter muito esse cuidado na hora de excluir um procedimento. Nesse momento a gente vai trabalhar também com essas, já separamos, vários procedimentos, então nessa ordem de discussão para aprofundar esse procedimento. (Próximo) O convênio da Associação Médica Brasileira e o Conselho Nacional de Saúde e a ANVISA. Acho que o Dr. Scaff já salientou bem a importância desse convênio, da gente ter na literatura científica é... questões que qualificam a atenção à saúde, através da medicina baseada em evidências e então, isso é importante. A gente vai sempre trabalhar nessa discussão, o que é tratado na

literatura científica, o que é usado nos países pra gente trazer isso com segurança para o Brasil na melhor pratica medica, e aí eu acho que isso é importante na odontologia. E a gente tem que tentar trabalhar também nesse sentido. Não sei como a gente poderia fazer isso, mas eu acho que a gente tem que avançar. No Rol de odontologia não tem nenhuma diretriz atualmente, mas a gente pode avançar nisso no próximo Rol. Na última revisão do Rol a gente chegou a trazer algumas discussões, alguma associação é das sociedades de odontologia que deram algumas idéias, mas eu acho que a gente precisa se aprofundar mais nisso né, e qualificar esse processo. (Próximo) Em relação ao impacto, né? Da incorporação de novas tecnologias. Se tem que perguntar para vocês qual o impacto também, eu acho que cada um vai pensar num formato, então alguém que é mais da área financeira, vai pensar num impacto econômica; quem é da área mais social vai pensar no impacto social. Alguém lá da assistência vai pensar no impacto mais assistencial. Vamos prazer um pouquinho e nós aqui da regulação vamos pensar no impacto da regulação, então a gente vai trazer um pouquinho sobre esse impacto, mas que a gente tentou dividir aqui, para ficar um pouco mais didático, essa avaliação em relação ao impacto econômico financeiro que é... a gente tem mais discussão ainda em relação a isso. A tarde, o Dr Fabio vai apresentar essa metodologia de monitoramento. A gente como é que a ANS vem trabalhar nesse ano, né. Depois da última revisão e essa avaliação de novas tecnologias, a gente precisa fazer uma análise desse custo e efetividade. (Próximo) No impacto social a gente percebe como foi importante essa discussão do Rol de procedimentos. Como a gente teve, na mídia, como caiu na mídia. Isso é importante para os usuários para os beneficiários que não estão participando dessa discussão. Nós recebemos 30 mil demandas. Acho que foi na consulta pública que houve maior demanda, que é um clamor da sociedade, que é gerou esse assunto então a sociedade participou demais e a gente pretende estimular para que a sociedade participe ainda mais dessa revisão. Então, colocar no site, chamar, vamos colocar bastante tempo essa discussão para as pessoas é... terem um amadurecimento, não vai ser um procedimento rápido de consulta pública, a gente está pensando em 30, 60 dias de consulta pública. Mas depois a gente vai ter um momento aqui para discutir aqui com vocês. E a quantidade de pessoas que de repente planos novos e que são e que tem impacto realmente nos planos de saúde. Então, é um pacto social bastante grande. (Próximo) O impacto na regulação. Após essa revisão do Rol e nesse processo de revisão do Rol, a gente elaborou um fluxo para incorporação crítica para tecnologia utilizando parâmetros importantes estimulando a questão das diretrizes de utilização, estamos é... amadurecendo toda essa questão de avaliação e tecnologia de estudos. Acho que tem uma equipe da ANS agora, que está, já vem sendo, capacitada, esta bem treinada para fazer essa avaliação de tecnologia, avaliar um estudo, evidenciar. Então, cada vez mais estimulando a capacitação dos seus técnicos e desse processo, e agente está construindo um grupo é... de técnicos com uma massa crítica muito importante nessa questão de avaliação e tecnologia. Isso é fundamental. Eu acho, para o Brasil tanto na questão de custos em saúde, quanto na questão de qualidade da assistência. A gente está trabalhando com a melhor prática em saúde e, se esse é o momento estamos investindo. (Próximo) O impacto assistencial. A gente tem toda uma discussão no direcionamento do modelo assistencial, e essa questão do direcionamento, é importante da gente está pensando na questão de promoção e prevenção na gestão de cuidado. No foco da assistência multidisciplinar, outras, diversos profissionais desse atendimento com outros olhares. Isso é muito importante,

dado a melhoria da assistência prestada ao usuário e na, já coloquei na questão de promoção e prevenção de doenças. (Próximo) Nessa nova revisão né, além da formação do grupo técnico. A gente é... percebe que essas revisões em menores períodos, são melhores né? Geram menos impacto para a sociedade e manter o fluxo já estabelecidos na avaliação de tecnologia de saúde. Como a Dr^a Marta já colocou, nós vamos ter uma data específica para discutirmos todo esse fluxo da agência, da avaliação de tecnologia. Como é que a gente está trabalhando nisso, junto com o ministério da saúde (Próximo) No nosso site, a gente fez uma demonstração rápida no início da reunião, né? Quem chegou um pouquinho atrasado perdeu. Mas depois a gente pode mostrar como é que está. A gente tem um Rol de procedimentos em saúde; a gente tem um hot site de acesso muito grande. Então muitas pessoas estão acessando esse Hot site. Tem as perguntas mais frequentes. Tem tabelas. A gente fez um batimento da resolução 82 com 167. Temos toda a tabela da TUS também no nosso site; as dúvidas mais frequentes. As notas técnicas que estamos produzindo. Sobre medicamentos e dúvidas, a gente coloca e disponibiliza no site. Tem o help do Rol, que você digita o procedimento e vê se ele está ou não. Tem a tabela do Rol em excel. Tem PDF a gente tenta dar a melhor e mais, a melhor forma para trabalharmos com isso. Se vocês tiverem outras idéias a gente ainda pode trabalhar com isso ainda. A gente junto com a coordenadoria de ações e informações da DIPRO, a CIPRO. A gente tem um aplicativo para receber todas as demandas de consulta pública pela internet. Não receber papel para ficar uma coisa mais eletrônica e agente ser mais ágil na nossa avaliação. Se tiver forma eletrônica. Então, a gente já está em reunião com a CIPRO para discutir isso, tem um aplicativo também. Um histórico do procedimento desde o início, quando ele entrou no consórcio 10 e está até hoje. Se ele foi excluído, e se ele foi excluído, quando é que ele foi. Isso é importante. Esse histórico para o Rol de procedimentos. A gente fez da última, 82 para 167 e para CBHPM também e toda tabela da TUSS. Então vamos ter muito trabalho para isso. Mas a gente pretende ainda, avançar um pouco mais nesse histórico de procedimentos (Próximo) Acho que era isso, e a gente vai abrir agora para discutir, já foi respondido? Bom, ótimo!

- Marta - Gente, eu esqueci de pedir é... para vocês se identificarem também. Se não, na gravação fica assim: voz masculina... e aí, a gente não sabe mais quem é.

- João Paulo representando aqui a UNIDAS nacional - É uma coisa, Marta. É... em cima do que você colocou. Uma ah, acho, absolutamente compreensível, que o Rol, ele trata de cobertura e que ele, A TUSS e ele fala que sua equivalência com a CBHPM e sua elevação, mas se realmente é isso, eu já discuti isso anteriormente. O Jorge já participou uma vez da reunião em eu comentei isso, se a gente não pensa em evoluir para um Rol mais simples que o Rol tenha exatamente a coisa de se está coberto ou não. Então tem lá - biópsia - não interessa de onde é a biópsia, é porque se então é só cobertura o Rol tem lá biópsia de prótese. Então coloca - biópsia, exceto as biópsias do fio do cabelo, ou alguma coisa assim. E aí vai e serve para outros exames e procedimentos, por exemplo, tem lá, teste ergométrico, não interessa, se são de 12, 14 26 derivações, o que interessa é que tem que cobrir teste ergométrico. Essa discussão tecnológica aí fica a critério do mercado junto com aí com as sociedades médicas. Essa é um aparte. E por último, é a questão do procedimento obsoleto. Eu acho, se a sociedade médica se reúne, se todo mundo se reúne, mesmo tendo esse procedimento lê em Orichiminá, no Paraná, é sem nenhum desrespeito à cidades menores, mas talvez, se a gente insistir nisso porque, um credenciado, um prestador de serviço. O Brasil todo faz, se a gente não retirar da cobertura, jamais ele vai tornar

um eterno obsoleto, porque, a não ser quando aquele aparelho não tiver manutenção ele vai continuar sendo feito o procedimento. Eu acho que, se tiver evidência científica, aquilo não serve mais e é plenamente substituído por outro, não há porque temer um órgão regulador a retirada dele da cobertura só porque alguém, um determinado local faz.

- Marta – João, assim.... essa discussão, a gente tem feito muito, e gente fez muito pra outra revisão, essa discussão que a gente chama do Rol grande, Rol pequeno, Rol guarda-chuva ou Rol destrinchado. Talvez tenha sido a discussão que a gente tenha mais feito eternamente, né, tem pós e contras das duas versões. E o que eu acho pior, é que o Rol hoje é meio grande, meio pequeno. Isso é que é pior. Assim, tem procedimentos destrinchados e tem procedimentos guarda-chuvas. Essa confusão de lógica, pra mim é muito pior do que você assumir a lógica do Rol totalmente grande, que aí é guarda-chuvão grande, como você está falando aí, ou Rol totalmente destrinchado. Essa discussão a gente também tem que trazer pra cá porque o Rol destrinchado é... alguns momentos ele é melhor, alguns momentos ele é pior, alguns é pequenos ou grandes. Quando você bota o guarda-chuvão, você em teoria, né? É... você atribui cobertura a tudo que está ali dentro. Então vamos que a gente coloque – radiografia, ponto. Né? É... o que pode acontecer amanhã e ai a gente já viu acontecer hoje aparece radiografia digital é... 5D, sei lá de seio nasal, ta coberto, sem mesmo passar por uma avaliação de tecnologia. Então o problema do guarda-chuvão é esse, tudo que está ali dentro tem cobertura, né? Por outro lado, quando você destrincha, você cai no outro extremo. Que é – eu destrinchei ao máximo a radiografia. Botei radiografia até da unha do pé direito, só que eu esquecida unha do dedinho esquerdo. Então assim, tudo tem pró e contra. E aí a gente oscilou, e ai é que eu acho que a gente talvez essa falha a gente consiga ou não corrigir nesse Rol agora entre as duas lógicas. A lógica do guarda-chuva quando era mais confortável, porque aquilo era muito pacífico, aquilo era muito usual, pra lógica do destrinchado, né? Então hoje o Rol tem as duas lógicas, né e ai a gente precisa, concordo com você continuar as duas discussões. O Rol todo guarda-chuva, a gente ampliaria imensamente a cobertura. Agora é até bom ouvir uma operadora falar isso, adorei!!! Mas assim, eu acho que a gente pode regatar essa discussão sim, qual vai ser a lógica que a gente vai usar entendeu. Que momento que dá pra usar que momento que dá pra ampliar, isso esta em aberto de verdade, João, a gente precisa de ajuda pra pensar isso. Os obsoletos, o problema é que alguns lá, não necessariamente tem uma avaliação de tecnologia que te comprove que tem alguma tecnologia substituta, alguns claramente, a gente vê que tem, eu acho que alguns é pneumo piritone para tratamento de alguma coisa, então obviamente que ninguém mais vai fazer isso é da época lá da tuberculose, enfim, é... tem 22, oh, não esquece. Ele fica no nosso pé diariamente. Então assim alguns diz claramente e a gente de cara vê que dá pra fazer essa discussão outros a gente acha que dá pra aprofundar um pouquinho mais. Por isso que a gente quer trazer pra apresentar e foi esse o combinado que a gente fez com o Dr Amílcar. A gente vai trazer pra cá. Pacificar isso se for bem pacífico mesmo a gente tira é.... tem mais gente inscrita, deixa eu só registrar a presença do Dr Helder aqui da ANVISA, a gente convidou a ANVISA pra cá porque a gente sabe que muitos momentos a gente vai passar por discussões e agente já passou por isso na outra divisão do Rol e tem muito interface com a ANVISA né, hoje a nossa comunicação com ANVISA ela é cada vez maior né, a gente tem formado parcerias muito bacanas e muito movimentados, então é a gente percebe que dessa discussão de tecnologia a gente também tem uma

discussão bacana com eles e que a pode pinçar aqui algum ponto que pode ser importante também pra dentro ANVISA, então a gente convidou porque a gente sabe que vai ter muita, muita coisa a compartilhar, é... quem tinha levantado o braço?

- Meu nome é Yvone – sou conselheiro do conselho federal de imagem e quero conferir com a Carla o prazo de solicitação de incorporação de produtos de saúde, se isso está valendo para esse grupo também e vale até 31 de março de 2009 para essa solicitação?

- Marta – e... eu acho que o Dr. Cláudio pode também... a gente vai dar a palavra para ele. Existem duas formas hoje legítimas dentro da saúde complementar de entrar demanda. Uma Dr. Cláudio vai explicar, que é o CITEC e a outra, depois a Isabela podia falar um pouquinho que é a nossa mais interna. E aí você vai conseguir entender um pouquinho a diferença das duas. Dr. Claudio...

- Claudio – Rapidamente, então. Naquilo que passa pela CITEC, a atenção do ministério de englobarão, que bem relatada aqui pela Marta. Existem dois tipos de impulso. Uma para as demandas internas do ministério da saúde e outro para as demandas externas. A demanda interna não tem restrição quanto aos tempos de solicitação. Quer dizer, se eu, digamos, correlação nacional de déficit, proposta no meio do ano de uma nova incorporação, ela vai fazer estudos e apresentar a qualquer momento. Agora, as demandas externas, e as que a gente percebe, as principalmente fornecedores de produtos e medicamentos, indústrias e importadores, essas obedecem à aquelas outras duas. Uma que inicia agora dia 31 de março e outra em agosto, setembro.

- Marta – É Yvone, né?.....

....isso já está pacificado, já está para ser incorporado, já está na vida do SUS, diz respeito única e exclusivamente à gente. Aonde a gente vem um fluxo enorme disso. Que aí passa pela gerência de avaliação de tecnologia que existia dentro da ANS, que a Isabela é a gerente atual, que vai chegar na gente enquanto da para incorporação. Essa, a gente tem várias maneiras, você pode encaminhar para ANS, enfim, a Isabela pode falar um pouquinho ou trazer para este fórum. Que a gente está aqui, que a gente esta aqui também pra receber esse tipo de demanda, ta? Você quer falar um pouquinho Belo?

-Yvonne – Deixa só eu complementar aqui. Quando medicamentos e produtos para saúde. Eu estou entendendo que produtos para a saúde também são procedimentos. Ações de profissionais. Não é isso Cláudio?

- Isabela – Só para complementar o que a Marta falou... você tem demanda para incorporação e demanda para avaliação. A de incorporação é pela CITEC. Avaliação, você manda pra gente, tem um e-mail, eu acabei de chegar, e não sei o e-mail lá na TC, mas depois a gente te passa, ta?

-Marta – A gente pode apresentar também depois do almoço, o telefone e tal. Mas assim, esse fórum aqui, pertence... ele também, eu não sei se você chegou um pouquinho mais tarde, a gente combinou que a gente também vai receber demandas tanto de grava tórias, né? Os depoimentos que aqui forem feitos, quanto demandas por papel. Então esse fórum aqui também cabe isso. É... tinha uma pessoa. Jussara.

- Yvonne – Bom, eu estou aqui desde o começo, mas na verdade quando ela falou isso do prazo, eu queria conferir se esse prazo também está valendo pra gente. E na verdade, agora eu fiquei totalmente perdida. Quantas solicitações eu ter que fazer? Para o Cláudio, ou para a Isabela, ou para a Marta?

- Marta – Tá. Deixa-meeu tentar entender. Vamos lá

- Yvonne – Quantas vezes e para quantas pessoas eu vou ter que solicitar?
- Marta – Você é da enfermagem, naturalmente você quer é.... alguma coisa em termos de ato profissional e não de tecnologia e inovação tecnologia?
- Yvonne – Isso!
- Marta - Então deixa o Cláudio fora disso. E aí, é pra gente mesmo. E aí, a ANS. Se for uma inovação, que é isso que a Bela está falando, que precisa de avaliação em tecnologia, .. segue para a GEAT. Se for simplesmente uma incorporação, que é o seu caso. Que é um ato profissional – GGTAP. Foi?
- Isabela – Posso complementar?
- Yvonne – Agora ficou certinho!
- Isabela – A incorporação tem uma coisa que a gente faz certinho. Incorporação não é simplesmente tecnologia. É a tecnologia passar a ser usada no termo técnico e é legal que a gente use em normas do ministério da saúde e dos órgãos ANS e ANVISA também, dentro do ministério, a incorporação é quando ele passa a fazer parte oficial d uma cobertura, então, o procedimento é incorporado no SUS, quando ele está na tabela do SUS. Então, assim, o SUS vai pagar pelo procedimento. Ele é incorporado do Rol de procedimentos da ANS e as operadoras, os setores são obrigados a fazer quando eles lá na RN e agora vai ser um novo número, mas por enquanto na 167. Para ser incorporado, tem que ter uma avaliação. Entendeu? Por isso que o fluxo de demanda para a incorporação. Você vai pedir para incorporar e pode até não ter avaliado ainda. Mas essa solicitação vai ser incorporar que é pela CITEC. E ela distribui para ANS, para a ANVISA, para o próprio DECID, ta? E se é só para avaliação. Aí, pode ser com a gente. E pode ser com o DECID também. Ta?
- É... Meu nome é ANICE, eu sou do Conselho Federal de Psicologia. Eu queria é... checar também uma interface de trabalho de outros grupos em relação ao slide 19 quando fala do fluxo. É... na reunião com os GERBS dia 11 de novembro, é... ficou o compromisso de se criar um grupo de trabalho de terminologia, né? Bem como foi pedido que os conselhos federais enviassem a questão do que é praticado, dos procedimentos praticados e prazo é colocado pela Adriana aqui, foi de abril. É... que fossem enviados pra COPIS, para a Adriana até abril de 2009. E aí, como eu estou vendo que nos objetivos está a proposta de discutir, né? É... isso, se esses prazos são para trabalhar com o grupo. Outra, outra questão...
- Marta – Deixa eu só responder essa primeiro... porque eu acho importante pra gente, é... a gente sempre começa a reunião dizendo isso. Hoje eu esqueci! Que é assim, falar a diferença do ROL na CBHPM, da TUIS, do COPIS e desse grupo aqui. Assim, a gente sempre começa toda reunião fazendo isso e hoje, fugiu... O ROL é a Tabela de Cobertura Mínima Obrigatória que as operadoras têm que cumprir. Então, está no ROL, ale não pagou, multou! é isso que é o ROL. Ponto. A CBHPM é a listagem de procedimentos cuja avaliação da AMB é que são procedimentos da pratica médica, e que ali dentro eles são hierarquizados é... por é... que isso vai dar algum custo final para aquele procedimento dentro de uma hierarquização que segue uma lógica muito mais de remuneração do que de cobertura. Então, você recebe a CBHPM. quem publica é a AMB... é isso. A TUSS, é a Tabela Única da Saúde Suplementar. Que é o que? É uma tabela que junta todos os procedimentos executados no país. Então ela é maior que a CBHPM, ela é muito maior do que o ROL, e ela serve único e exclusivamente para padronizar a nomenclatura. Então, na troca de informações dentro da saúde suplementar, todo mundo tem usar aquele nome. Ponto. Então, isso é a TUSS. É uma simples padronização, simples, como se fosse simples, é uma

padronização de nomenclatura para que todo mundo clique lá no mesmo nome que é o que a Carlinha falou do EAS. Agora todo mundo vai chamar de EAS. Eu não sei se foi o EAS que ficou na tabela. Mas, enfim, todo mundo vai chamar o mesmo nome, e isso é a TUSS. Dentro da ANS tem diretorias que tratam de assuntos diferentes, né? A nossa diretoria é a diretoria de produtos que dá, dentre outras atribuições, tem a atribuição de estabelecer a cobertura, né? Dentro da DIDS, onde fica a maior parte gerência, maior formação da gerência, tem a atribuição de estabelecer o COPIS, que é esse grupo que pactua nomenclatura, que pactua essa tabela é... de uso para nomenclatura: Formato, campo, qual entra em campo, qual não entra. Enfim, a padronização do TISS, que é a Troca de Informação, está na diretoria. Então, a reunião que você teve foi com DIDS. A Jussara também pode falar um pouquinho. E esses procedimentos são para essa tabela que diz respeito à nomenclatura. Ponto. Aqui, a gente está discutindo outra coisa. Que é incorporação dos procedimentos na nomenclatura. Então, os prazos lá do COPIS são, do COPIS, né? Não tem nada a ver com os nossos prazos aqui, desse GT do ROL, que é o GT da ação. É confuso, assim para entender. A gente que está dentro, que vai é confuso. Pra quem está fora é mais confuso ainda, mas assim, a tentativa de se separar isso, é pra gente ter muito claro, qual o objetivo de cada grupo, pra gente, exatamente, não misturar os assuntos. Ela falou das GERPES, pra quem não conhece, a GERPES é uma gerência relativamente nova, que é de relacionamento com o prestador, é... que trata de alguns assuntos, cuja demanda vai aparecer aqui claramente. Então é... a gente, Jussara está aqui, pra isso – Marcar reunião para qualquer pessoa que quiser falar com a GERPES. É... a Jussara está inscrita, ela ainda tem uma pergunta, e o Dr. Amílcar.... pode fazer...

- Anice – Então nesse caso, é que fica realmente confuso pra gente, que está trabalhando nas representações do conselho, que fica pensando assim: na medida que está aqui no slide, no fluxograma, a questão de trazer esses assuntos que tem prazos um pouco diferentes pra gente acertar esse compasso, né? Agora é... a última questão, uma marcação, mesmo de fato, do conselho, não ser referente ao slide de 20 é uma sugestão, um pedido de registro em pauta dessa sugestão que assim, quando você fala que a ANS trás assuntos de questão de mudanças de procedimentos médicos, de procedimentos em eventos em saúde, acho que é um caminho novo, é uma linha, como você está falando, de lógicas. Então, na medida em que comina com o slide 20 do convênio com a associação de medicina brasileira a sugestão do conselho é que nessa questão de validação da questão da evidência científica na qual vão ser incorporadas outras associações não médicas de outras da psicologia e das demais que estão entrando na saúde suplementar, principalmente quando a gente vê aqui a ANS colocar a intenção da revisão da 167 para promoção e prevenção em saúde, esse nível de atenção à saúde naturalmente vai nos levar a uma prática mais interdisciplinar ainda. Desse modo, eu acho que, quando vai falar de um... de sociedades que referendem a qualidade de avaliação científica não pode ser só a associação médica brasileira. Existem outras tantas associações que estão referendando procedimentos interdisciplinares com, é... com todo rigor científico. Vou dar um exemplo e eu sei que estão repletos de tantos outros exemplos na associação de psicoterapia, né? Então assim, eu entendo que nesses caminhos de abertura, eles devem ser coerentes no que é dito no slide 1 e no slide 2, porque é uma fala, uma política, uma questão que está sendo tratada aqui.

- Marta – a Gente também tem essa preocupação, e a gente já criou alguns movimentos nesse sentido. Então assim, é uma discussão que a gente também já teve

com o Benício, um pouco, do CFE, é... e aí vai um pouco da organização dos conselhos. A gente também conversou sobre isso. Quando a gente fala de ROL, dos dois róis que vai fazer uma avaliação, a organização dessa revisão, que vai tentar juntar os dois, a gente foi procurar o pessoal da odonto e falou: olha só, a gente está pensando nisso pro Rol de procedimentos e eventos em saúde. E aí, como é que a gente faz pra....odonto? a gente vai discutir junto, mas ao mesmo tempo a gente não tem já essa cultura, ou essa organização de produzir de diretrizes, por exemplo, pra odontologia. E aí, a gente começou essa discussão pra odonto e a gente já começou essa discussão pra alguns outros profissionais também. A gente teve uma reunião com a fono, onde isso apareceu, em algum momento isso apareceu pra algumas reuniões com a psicologia, nutrição, enfim, a gente tem que começar a organizar também os outros conselhos, as outras organizações profissionais pra que se crie essa organização, essa formulação de diretrizes pra que a gente possa aproveitar, assim... na odonto a gente já viu que não existe nada parecido. Então, qual vai ser a instituição que vai fazer isso, como é que a gente se aproxima disso, como é que a gente cria isso, né? Como é que a gente fomenta isso? Enfim, e a gente já está começando com essas discussões também com os outros profissionais. É... e aí. Assim, a gente tem um pouco de dificuldade na representação, porque as vezes a gente nunca consegue conversar com a mesma pessoa. Acho que vai ser ótimo você estar aqui nesse grupo e a gente poder nas próximas reuniões a gente ter contato com você. Por que a mesma pessoa que vai passar essa demanda pra frente. Assim, já tem alguma coisa organizada? Não tem.. O que você já para apresentar pra gente. A gente descobriu por exemplo, que a fono, dentro do conselho federal, organizou uma comissão pra fazer exatamente isso. Eles estão monitorando todo a prática das fonoaudiólogas e vendo, pra cada patologia, o que é feito, porque é o melhor encaminhamento? Quantas sessões levariam pra cada patologia, por exemplo em média, qual seria o melhor encaminhamento para cada patologia. Então, a gente já teve o conhecimento disso e a gente pediu pra ler, pra ver como é que dá ou não, pra gente incorporar isso dessa maneira. Então, assim, a gente quer que vocês apresentem isso pra gente, porque de cara a gente quer que aconteça igual. Dentro do projeto de diretrizes, que aí, estou falando de uma doença. Por exemplo, como um todo. Que aí vai ter a participação das mais diversas profissões. Vamos chutar – câncer de mama. É óbvio que não tem a participação só do médico. Em algum momento vai ter a nutrição, vai ter da psicologia, enfim, vão ter vários profissionais envolvidos naquele cuidado. O que a gente pediu é que, pelo menos, que em algum momento, se sinalizassem naquela diretriz, aonde entra a atuação desse outro profissional. Pra que dali pra frente ele e os outros conselhos consigam desenvolver a diretriz. Então, assim, isso já está idealizado, e já está até pensado. A gente precisa também estar mais perto, né?

- Scaff – É... Eu só queria complementar uma questão. É... Esse convênio, a ANS tem feito diversos convênios com entidades como o CFO - biólogo, estão na fase final do convênio; com o CFN e nada impede que outros convênios tem que ser federal, não dá pra fazer... Imagine fazer com diversos convênios estaduais, né? Isso seria impossível pra gente. Mas com os federais, nada impede que a gente estabeleça convênio, e aí também não tem repasse de recursos, é uma forma da gente se comprometer é... Com uma agenda, com uma atividade que é como a gente tem feito com o CFO pra um outro objeto e está dando frutos muito interessantes né? E que isso é... Nos obrigam, as duas partes, a cumprir aquilo que está dentro do convênio, porque tem

objetos, tem metas, tem prazos, né, pra estar cumprindo etc. então acho que dá pra fazer isso. Com relação ao convênio, específico com CFM e AMB, isso está dentro de um projeto do próprio PAC da saúde, que é o estabelecimento das diretrizes, de diretrizes clínicas, porquê? Porque no projeto de diretrizes, o que nós identificamos é que as diretrizes é... E aí é a questão do tratamento, do terapeuta mesmo, diagnóstico mesmo, de doenças... Elas iam até um certo ponto, né? Elas iam até uma certa profundidade, especificidade de produção e que a gente precisava, para afins da nossa discussão do cotidiano, que isso fosse mais detalhado, né? Então é nesse, nesse espaço que a gente tem trabalhado no ano de 2008 e agora 2009 com a AMB da discussão. Nada impede pra trazer outros atores nessa discussão que a gente estabeleça outros convênios. Acho que seria muito interessante que a gente conseguisse estabelecer isso, e depois a gente conversou um pouquinho mais sobre isso.

- Meu nome é Jussara, eu sou Gerente Geral de Integração do SUS, sou da DIDS e estou aqui respondendo às entidades nesse momento. À parte da TUSS, que a Marta já explicou, né? A gente tenta explicar, né? Até hoje porque a gente faz a troca e se pressupõe que agora, seja eletrônica, né? Todos estão dentro dessa troca e, para se fazer essa troca entre prestador é preciso ter uma linguagem comum. A TUSS é isso! É uma linguagem comum. Então ela é maior do que Rol sim, e ela só atende aos procedimentos todos, que são pagos, todos que estão sendo pagos no momento, pela saúde suplementar é... Não procedimentos que sejam do desejo de alguns profissionais, que eles acham que deveriam ser incluídos, mas eles vão ser incluídos em outras racionalidades e a gente criou a GEGS pra isso. Qual é a racionalidade? E Racionalidade de você como diretriz, não trabalhar com procedimento. A gente não vai botar pra ferver essa discussão do ato médico, porque aí fica, é o ato do médico, é o ato do psicólogo, é o ato da fonoaudióloga... A gente quer romper com essa lógica. Então a GERBS quer trabalhar nessa questão da interdisciplinaridade e agente... O que que vai ser incorporado? É uma questão de como o cuidado que o paciente é feito. Então, por isso que a gente, está, não está, não adiantam mandar 400, 500 procedimentos, porque a gente vai discutir isso de uma lógica do paciente, né? Do cuidado ao paciente. E o TISS, a ANS é... A gente está focalizando é... Uma questão da continuidade do cuidado. Então é o paciente, é a patologia dele, é o que ele precisa, é se ele tem alguma incapacidade, se ele tem família, um monte de variáveis que, são variáveis do médico quer incorporar nesse trabalho. É um trabalho que também não vai ser de hoje pra amanhã. É um trabalho longo, e a gente vai levar também a lógica de trabalhar separadamente com profissões. A gente vai trabalhar com a equipe que cuida do paciente... E essa é a nossa lógica.

- Bom dia! Meu nome é Amílcar Geron, representante da Associação Médica Brasileira. É... Dois detalhes... Com relação à incorporação e exclusão de procedimentos, nós solicitamos á todas às sociedades que nos envie né? Fatos, procedimentos novos e certamente eles passarão por uma câmara técnica, em que nós avaliamos e talvez isso aí vá facilitar um pouco na inserção desse Rol novo. Então nós já começamos nesse trabalho. E, outro detalhe, é com relação às diretrizes, né? Então, nós temos aproximadamente umas 400 diretrizes. Quer dizer, é um projeto que já começou. Então hoje, nós fazemos diretriz de diretriz. Então ela se atualiza e, eu lembro que veio aí um colega, um português, um colegiado português, e eles fizeram diretriz para todos os médicos, sociedades médicas, e eles ficaram assim tão afinados naquilo que, hoje, fazem para outras áreas. Então, AMB, né? Nós temos lá, um pessoal, um

departamento que é epidemiologista, eles dão aulas para determinadas especialidades e quem quiser assim, montar diretrizes, seja de outra área, que a médica, a gente está aberto a isso. São dados cursos e através desses cursos eles aprendem a fazer diretriz e avaliar um procedimento. Obrigado!

- Marta - Agora René, tem o João e tem o Bené. Ah, João, desculpa, te pulei! O João estava na frente... Tem problema?

- João - É rápido. É... Só dois comentários rápidos. É assim, só comentar e elogiar a iniciativa do convênio com a ANS, com a AMB, pra gente às vezes, quer dizer, eu faço parte da câmara técnica dentro da UNIDAS desde a primeira reunião, há oito anos atrás, e estou eu aqui, eu o Jurimar, representando a Unimed e a gente já participou de reuniões e é legal saber que vai ser nessa forma - de perguntas e respostas - aliás, essa foi à sugestão de dois anos e meio atrás, na questão de nossas respostas nas reuniões em que, assim, 400 diretrizes, mas elas são de pouco uso prático, não para o médico de consultório, mas pouco uso prático para esse prestador de serviço e operadora, né? Pelo menos a saúde privada. Então, ela é legal sair com perguntas objetivas. É... E com relação à outra pergunta é sobre esses relatos de outros profissionais da saúde, são importantíssimos, só que a gente, é bom ver o que a gente tem em a discussão desse ano que vai ser implantado no ano seguinte. Quer dizer, que dê tempo das operadoras discutirem isso. Quer dizer, ter como incluir isso no seu orçamento. Não dá, por mais visão holística em relação à saúde, essa visão da saúde plena, ela tem um custo para as operadoras. Então a gente tem que ver isso para o nosso associado, para o nosso interessado, nosso cliente. Está certo? Então, assim, parece má vontade, não querer incorporar, incorpora um limite de tantos procedimentos, que isso custa dinheiro, isso representa por inviabilizar o sistema de saúde.

- Marta - René.

- Bom, René Patriota, sou de Recife da DUSEFS Eu quero parabenizar a ANS pela iniciativa, porque eu acho que essa discussão é bastante importante. Concordo com Carla nessa questão que a gente fala que, é... Tentar otimizar é, o trabalho não está refazendo a roda. Então a vida é muito curta e a gente tem que aproveitar o máximo para não perder tempo com coisas já decididas. Agora, realmente, com a fala do João, acho que eu fui contemplada coma fala do João, Que ele está dizendo. Vou refrescar realmente meus neurônios. Porque, hora, eu achei muito interessante, Jussara falou. A gente tem que pensar muito no paciente como um todo. Imagine um paciente que faz uma cirurgia cardíaca que precisa de fisioterapia, e eu vou esperar daqui a dois anos incluir fisioterapeuta. Então. Alguém que teve um derrame cerebral precisa de um fono. Eu vou esperar, daqui a três anos, que seja incluído um fono? Então as empresas que oferecem saúde, elas tem que arcar com o risco. Isso é uma coisa que tem que ser bastante prática. Se não a gente vai estar discutindo o sexo dos anjos. Uma discussão bonita de holística, maravilhosa! Vamos falar de Deus, da vida e não sei quê. Então é o seguinte: é a história da exógena... Tentativa de suicídio, a saúde não cobre. Eu estou pensando em fazer um alt-door bem bonito lá em Recife, se vocês quiserem em outros estados, eu até ofereço o modelo. Quando tem um direito a assistência ao plano de saúde? Quando eu tentar me suicidar? - Não, não tenho!

- Marta - tem!

- René - Tem? Ah, que bom!!! Tem? Que maravilha!!! Mudou, né?

- Scaff - Todo mundo pode se suicidar!

- Marta - Nunca mudou. É plano antigo que não tinha...

- René – Mas aí é que está. É o plano antigo que ainda não tem? Então veja, ok. Plano antigo não tem. Então só podem tentar se suicidar as pessoas que assinaram contrato de 88 pra cá, é isso?

- Marta – É isso aí.

- René – então por fazer, quem tem contrato até 98, por favor, não pense em morrer!!! Vê que loucura.

- Marta – Não se suicide, pelo menos!

- René – Quê?!

-Marta – Não de suicídio!

- René – Ao menos, tem direito de 98 pra cá, né? Ok, então ninguém do contrato antigo tem que morrer?! Segundo. Quando eu sofro um acidente de trabalho, tenho direito à cobertura? Não! Então, minha gente, veja. Quando eu sofro um acidente de trabalho tenho direito à cobertura – Não, não tenho! Aí, alguém vai dizer: depende do contrato. Como você fez com aquela outra empresa. Se, tem cobertura ou não. Quando eu vou dirigindo para o meu trabalho e eu tenho um acidente de trabalho, um acidente de trânsito, eu tenho direito – não. Se eu disser que é acidente de trabalho...É a gente tem casos e casos que é o exemplo de Recife. Então não é recife, não ilha, ta gente, apesar de ter muita água, não é uma ilha. O que acontece lá, acontece no Brasil inteiro. O que eu estou querendo insistir aqui, que eu acho que a fala da Jussara foi fundamental. A gente tem que pensar não é no ato médico, no ato do fisioterapeuta, no ato do nutricionista, no ato de alguém. A gente tem que pensar na necessidade básica do paciente. O paciente preciso do quê? Ele paga um plano de saúde! E é simples aqui, em uma das lâminas que foram apresentadas aí, o Rol oferece cobertura a todas as doenças listadas na CID.Virgula, respeitadas as segmentações contratadas. Mentira! Dou com uma mão, tiro com a outra. Mordo e beijo. E as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12, que é um artigo de exclusão. Compreende todas as ações necessárias a atenção da doença. Enfim se a gente pega esse artigo aqui, a gente vai ter o ano todinho para discutir sobre ele e a gente vai ficar, vai acabar aprendendo samba aqui no Rio de Janeiro. Que eu tenho a impressão que eu vou aprender a dançar também, porque eu não sei....Mas é... Então para fechar minha fala, eu quero dizer o seguinte, e volto a falar Em relação aos contratos antes da lei e não adianta a gente ser simplista, e pensar assim, Ah, antes a lei não cobria, é uma questão inframental, ou infra.... etc, etc. por quê? Porque a doença quando chega, ele não quer saber se ela é antes da lei ou se é depois da lei. O consumidor quando paga a gente, é uma moeda que não é antes da lei, ou depois da lei. É uma moeda do dia. Se deixar de ser cruzeiro para real para ser não sei o que, sai do bolso hoje. Isso é ser um contrato sucessível? Eu li a ação de inconstitucionalidade, que está sendo tramitada no CTF. Realmente, o que as empresas queriam é excluir a lei 6956. Porque elas pediam para retirar todos os artigos. Era excluir. Era voltar ao tempo de contrato com o pacto das conservantes. Das exclusões. Então minha sugestão aqui, pode parecer chata, que eu quero que todo mundo comece a pensar: meu contrato é anterior a lei e eu não vamos mudar, por exemplo. Todo mundo aqui tem contrato atualizado. O meu não é e eu tenho certeza que se eu desce, eu vou brigar e vou ganhar. Porque, embora exista a ação direta de inconstitucionalidade é... Do controle concentrado no STF que ainda não foi julgada, todos os dias no Brasil inteiros, existem a ação direta de inconstitucionalidade através do controle difuso. Todos os tribunais do Brasil inteiro, seja na entidade de pequena causa, seja nos fóruns e tal, julgam o controle de constitucionalidade em

relação às coberturas de contrato. Só se a gente não quiser ver. Então, eu acho que muito em breve, se a gente fizer uma provocação, da defesa do consumidor ou quer que seja, começar a fazer uma provocação junto ao STF, breve, muito breve vai sair alguma súmula que vai dizer a ampliação das coberturas, e adeus ADIN de controle concentrado, que até hoje nos julgam, porque é... Então a discussão é muito mais ampla... Essa provocação, porque antes ela na 956 a gente discutia com o contrato. A gente ia para a justiça e os juízes diziam: Mas é o contrato, dr^a contrato entre a lei e as partes. Aqui existe o pacto das conservantes. Não vai brigar com o contrato. Brigamos com o contrato. E hoje os tribunais estão cheios de decisões a favor do consumidor, mesmo dizendo que aquelas eram cláusulas abusivas e excludentes e acho que isso tenha sido excluído dos contratos. Hoje, nós brigamos com as restrições da lei.

- Marta – René, hoje você está com uma canja porque o nosso tempo está lighth, hen! Nas próximas, 2 minutos, hen...

- René – Eu já estou concluindo, porque que quero que se pense nisso, pra depois a gente não ficar naquele mesmo círculo. Então, eu queria só falar ainda pra terminar e agradecer o tempo. Não tomou tempo também dos outros. É dizer o seguinte: É... Esse convênio que tam agora com AMB, é ótimo, mas a gente precisa não é planejar um convênio, acho, com a odontologia, com a fisioterapia, é uma coisa imediata, porque é inadiável, minha gente, a fono, a terapia, a psicoterapia, olha, imagina!... Eu não sei se no Rio não acontece isso, Mas talvez na minha, bela ilha do Recife, a fisioterapia, sabe quanto se paga pelo procedimento de fisioterapia? Cinco reais...

- Marta – Oh, assunto proibido.

- René – Eu falei de cobertura.

- Marta – Tá, ta...

- René- Sim, mas não cobre! Porque só se faz o procedimento e receber o dinheiro. Não pago! Logo, não tem cobertura. Então uma coisa não é ligada com a outra. Então tem que falar! Cobertura, pagamento, se eu não pago. Não existe procedimento de grátis! Não existe! Então com é que fica a cobertura para os procedimentos de fisioterapia? Cinco reis? Não vai ter cobertura para fisioterapia....Os fisioterapeutas estão fora do mercado! Mas eu não estou nem preocupada com os fisioterapeutas, estou preocupada com os pacientes que precisam de fisioterapia respiratória!

- Marta – Oh, meio segundo!!!

- René – Fisioterapia motora...

- Marta – Só temos 10 minutos!

- René - Ok. Mas eu quero saber disso! Quero saber dessa pergunta que eu estou fazendo para a mesa!

- Marta – Está bem! Então deixa a gente responder!

- René - Tá bem, eu estou terminando já. Obsoleto. Porque obsoleto aqui no Rio de Janeiro pode não ser lá no Amapá, lá no sei onde... Aquele procedimento pode ainda ser um único procedimento. A punção de fundo do saco. Pra ver se o paciente teve uma ruptura. E uma gravidez aqui tópica, que pode ser que naquele lugar que não tenha ultra-som, não tenha outra coisa. Então, vai ser a punção dele, de fundo de saco, quem ter uma agulha de ginecologista para esse procedimento. A comissão de incorporação CITEC. Muito importante, porque vai juntar as secretarias que tem especialidade. Ou seja, é importante demais essa união, esse trabalho horizontal da ANS com o setor técnico científico e aqui vai dizer, realmente, se aquele paciente tem ou não indicação, e que como foi falado também, que chegou a ANVISA, eu queria só

dizer, que eu anotei aqui e eu só vou falar isso eu prometo que não vou falar mais nada até o meu dia. A ANVISA, vê só, como é que a prótese contratada cá é, que o convênio briga para colocar, o médico briga para colocar no paciente no plano de saúde. Do Bradesco, Sul América, não o que, Geap, etc, etc. e a ANVISA permite que aquela prótese que quebra na coluna do paciente, seja usada pelos pacientes do SUS? Afinal, ANVISA, aquele produto serve para o SUS e não serve para o usuário do plano de saúde? Quer dizer, tem que ser definido isso! Isso precisa ser definido! E aí, eu acho que era só isso mesmo, por enquanto.

- Marta – Beleza, vamos lá... é... Deixa eu só fazer um ponto. A gente vai convidar também a PROGI da próxima reunião, e aí, a gente já pontua tudo que a gente está pacífico na justiça e aí a gente segue em frente. Benício.

- Benício – Conselho Federal de Odonto. Primeiramente, eu queria parabenizar por trazer essa discussão para o grupo, né? Concentrar todas as discussões só. Principalmente no que diz à odontologia. Porque é interessante que aqui, se discuta a odonto, que a odonto seja encarada com uma grande parte da saúde do paciente, tá bom? Então, tem muitos casos aí, que às vezes o paciente com infecção odontológica, ele está em tratamento, e em um determinado momento, ele perde o tratamento porque a cavidade oral não foi examinada, ele não estava com saúde oral em dia e isso é interessante aqui, para que todo mundo possa discutir. Quanto a questão da TUSS odontológica, né? Nós estamos praticamente concluindo essa tabela, essa tabela nós iremos discutir lá pelo COPIS essa questão, posteriormente ela será publicada e nós vamos seguir aquilo que a medicina, brilhantemente, já fez e aquilo que é bom dá pra gente copiar e nós vamos montar uma operação pra que a gente analise novos procedimentos, antes que eles sejam incorporados no mercado. Então, isso é muito interessante pra gente, reafirmando aquilo que a Marta já disse. E quanto à presença da ANVISA, que aqui também é muito interessante porque nos preocupa a questão dos planos de saúde odontológicos, porque eles vivem num mercado aí que a situação é um tanto quanto difícil para os profissionais e principalmente os usuários possam ter uma garantia, não só na qualidade, mas sim, de alguns procedimentos que são realizados e que eles não têm o domínio de fazer um implante aqui, e amanhã, ou seja, não tem uma padronização dos elementos de moldagem, se eu fizer um implante aqui, se eu for pra outra cidade, se eu não tiver a referência, eu não consigo colocar a prótese. Eu acho que ANVISA tem que posicionar em relação a isso, pra que se possa padronizar. Imagine que para cada carro da empresa que produz carro, tenha uma chave de trocar rodas, quantas chaves teria no mercado? Então isso eu traria para a odonto pra nós é uma aberração, é uma questão séria e que tem que ser encarado com toda a seriedade.

- Marta – É... Quanto à tabela da TUSS da odonto, a nossa preocupação para o ROL e se a gente conseguir a tempo, a compatibilização das tabelas, a gente já consegue resolver o problema da nomenclatura igual à gente resolveu a nomenclatura médica, né? Se não, a gente vai ter que deixar isso para a próxima revisão. Do que? Da nossa proposta? Então a gente vai assim, a nossa proposta, a gente colocou ali no cronograma, que tem que está pronta para consulta em julho. Então, se até lá, a gente tiver como compatibilizar essas duas tabelas, já sai com a mesma nomenclatura.

- Então, só para esclarecer – Ricardo Duarte da Associação de Odontologia Nacional, é... Eu faça parte da comissão nacional que credencia médicos, e a gente trabalhando junto na elaboração da CBHPO e o trabalho já está concluído, só falta receber o

relatório do Prof. Helio, que já está nos assessorando, e para o momento, acho que até o final de fevereiro a gente já está com isso pronto.

- Marta – PROCON. Passa pra trás, por favor?

- Selma, do PROCON de São Paulo. Eu, na verdade, estou com uma série de dúvidas, depois dessa reunião e dos comentários gerais. Eu não acompanhei a elaboração dos Róis aí, já que tem um problema com o plural, eu não entendi alguns critérios, eu não sei se isso vai ficar esclarecido depois. Também não espero que isso seja esclarecido agora, nesse momento, mas eu gostaria de pontuar só algumas coisas. Em primeiro lugar, é uma preocupação, até que me surge, é da representabilidade do grupo, essa preocupação quando decidi participar da discussão, até de procurar, vamos dizer assim, de representantes de usuários, eu não sei se a Agência se organizou nesse sentido. O que eu soube é que havia uma preocupação em participar e não apenas aqueles que têm acento na câmara de saúde suplementar, mas abrir mais para discussão para um grupo de mais entidades. Do lado médico também. As entidades de usuários, e representativas de usuários, também do lado médico, porque a gente sabe que o ROL recebeu críticas, alertas dentro da sociedade de oncologia, né? Eu não sei como isso acabou sendo encaminhado pela ANS com alguns questionamentos que fizeram de algumas coisas que não estariam excluídas no Rol. Ah... Tenho dúvidas também ao critério, nessa questão do guarda-chuva e daquilo é destrinchado, né? E isso me preocupou bastante, né? Então é... Eu acho que tem que destrinchar tudo mesmo, e tudo que for possível. Não sei se é o melhor caminho, mas enfim, parece que o caminho adotado já é esse, né? Vamos continuar destrinchando os procedimentos. A questão que o Rol é um piso de cobertura, na verdade, ele é usado como exclusão, sim, né? A pessoa só consegue a cobertura fora, quando está listado no Rol através do noticiário, né? Dificilmente ela consegue uma cobertura mesmo com o profissional médico, a clínica médica recomendando, pedindo, entidades envolvidas naquele caso, se não listado no Rol vai ficar muito difícil, e ele vai ter que ir para uma briga judiciária, e a gente sabe o desgaste, o custo que isso representa e que muitas vezes não resolve. Precisa daquele procedimento na hora. Então tem muitos pontos aí de dúvidas, né? Nesse critério, por exemplo, do obsoleto. O que que significa isso, né? Entrou em desuso, ou é uma prática que deveria estar proibida? Porque ela já trás um nível de insegurança que não se justifica mais. Né? Eu tomo por base, eu não sou da área médica, mas a dificuldade do consumidor quando enfatiza a saúde e segurança do consumidor, e nessa área é muito mais enfático, porque é próprio do serviço, o que se coloca, né? Um produto, ele vai ser considerado defeituoso para a defesa. Do consumidor quando ele apresenta risco acima do normal e apresenta-se imprevisível. E um produto não é considerado defeituoso, quando outro de melhor qualidade é colocado no mercado. Mas ele pode vir a ser considerado defeituoso, quando ele apresenta um risco acima do que seria aceitável, né? Anh.... Também não entendi quando a incorporação de tecnologias tem o critério dessa avaliação, por exemplo, quando se coloca aqui uma prática, um determinado ato ou medicamento registrado, por exemplo, na ANVISA, ele já pode estar registrado, mas se ele não seria incluído como um item a ser coberto porque ele, apesar de ter o registro, ele apresenta um grau de insegurança que não é inaceitável, né? Primeiramente, obviamente que esse produto não poderia estar com esse registro, né? Se teve um indício, esse registro devia ser caçado. Essa pergunta é então, também, se entende em relação a também ter uma tecnologia e a gente sabe que a gente vive num país em que, tem medicamentos comercializados, aprovados e que são proibidos lá fora, né? Eu entendo

até essa preocupação, não necessariamente estar incluídos medicamentos que tenha a aprovação em uma Agência, na ANVISA, no caso, mas ele é autoridade na área e fica difícil a gente discutir a questão da segurança, dessa prática, quando autoridade que deveria estar retirando aqui do mercado não o faz, né? Enfim, pontuando só porque que acho que tem aí uma série de preocupações, né? Só isso, eu queria deixar registrado essas preocupações.

- Marta – não, foi ótimo. Acho que assim, a Selma pontuou varias coisas que são super importantes. É... Assim, é... A gente copiou é... A mesma comissão da câmara de saúde suplementar, em termos de números de operadoras, em termos de representações de profissionais ou em termos de representação de consumidor, né? Então, isso pode ter algumas falhas que a gente pode discutir aqui. Então, quem a gente convidou a mais? O CITEC, porque a gente acha que tem tudo a ver com a ANVISA, e os outros profissionais que ainda não fazem parte da câmara, mas que a gente acha que, o conselho, um representando do conselheiro só, que hoje representa todas as profissões na área da saúde, não daria conta das especialidades de cada profissão, né? Por exemplo, o João Antonio é nutricionista, então eu acho que a gente tem coisas da nutrição que ele pode representar super bem, mas às vezes tem uma especialidade lá da fono, que só a fono vindo aqui e colocando. Então assim, a gente só criou essa abertura para essas instituições que a gente acha que são importantes nessa nossa discussão. Então, para além dos órgãos de defesa do consumidor, é... Todas as centrais sindicais também foram convocadas da mesma maneira que são para a câmara, inclusive algumas delas confirmaram, mandaram representação, enfim, nem sei se tem alguém aqui. Então a gente usou a mesma representação da câmara em teoria parietária. A gente também fez o convite a secretaria nacional de saúde que fazia parte da câmara de saúde suplementar que em algum momento deixou de fazer por problemas de representação do próprio conselho, né? Não estava dando conta de tanta reunião no final, mas a gente refez esse conselho, esse convite e eles estão se organizando é... Da maneira que eles podem para estar acompanhando isso também. Então, assim a gente tentou dar conta das representações e a gente também é... Eu falei no início, a gente está aberta a esse tipo de discussão se a gente achar que alguém é importante, da mesma maneira que a gente achar que a universidade do Rio Grande do Sul é tão específica em determinado assunto que a gente vai discutir semana que vem, que a gente pode convidar, e aí, a gente vai e convida. Então isso também é uma coisa a ser discutido aqui. É... A coisa do obsoleto. A gente vai trazer pra discussão, por isso que a gente quis pontuar e não tem nada que seja inseguro, tem alguma coisa que a tecnologia realmente seja ultrapassada, seja substituída por algo é a melhor. Então a gente vai fazer essa discussão aqui e aí, todo mundo vai ter essa dimensão disso tudo, mas não tem nada que marque, nada que tenha insegurança do que o outro. É... A coisa de o Rol ser mínimo. A gente sabe que isso é muito diverso para várias operadoras. Então você tem algumas operadoras que dão, de verdade, muito além do Rol. E você tem uma quantidade razoavelmente grande de operadoras que estão em cima do Rol por isso que a gente tem toda essa preocupação de estar revisando o Rol periodicamente e de ali ter o mínimo que seja razoável para tratar alguém dentro de uma faixa aceitável de, vamos dizer, oneração, em cima dessa pessoa que está passando e que também não a expulse de ter aquele benefício. Então a gente fica em cima dessa linha porque o Rol poderia ter tudo, né? E quantas pessoas no mundo, no Brasil poderiam ter plano de saúde? A gente fica em cima dessa faixa, do que é suficiente, do que basta e é razoável, do que seria ideal

quando as pessoas seriam expulsas do plano de saúde por causa do plano de saúde. Então eu fico o tempo inteiro dentro dessa linha, que é super difícil de limitar. É... Eu vou falar um pouquinho e se o Helder quiser falar do registro de medicamentos, a gente discutiu muito isso, sempre discutiu isso dentro do CITEC e dentro da própria ANVISA é... Ele se baseia em segurança. Então hoje, a ANVISA, na hora de fazer um registro, ela faz muita análise de segurança no que ela está aprovando, né? E aí, o órgão de incorporação, seja o CITEC, seja a GEAT, Seja o órgão de incorporação que for daquele lugar, ele vai olhar, se para além de segurança, você tem vários outros quesitos, por exemplo, vamos falar de medicamentos. Medicamento que é melhor do que algum outro que existe dentro do mercado? Ele é para alguma coisa diferente? Vai além ou ele só honra? É... Ele diminui, por exemplo, ação adversa que o outro não diminuiu? Então a avaliação para a incorporação, ela vai além da segurança, né? É por isso que o primeiro item para entrar nessas instituições, que seriam incorporadoras é a segurança, que é o registro da ANVISA. Então a avaliação de segurança, que de aquilo vai matar alguém e não vai dar uma ação adversa tão grave, o que é insuportável, isso vai ser feito pela ANVISA. Cabe a esses incorporadores fazer o resto da avaliação, que é se aqui ali vai atingir uma população razoavelmente grande, ou para um grupo muito pequeno, mas que vai onerar o resta da... Enfim, todos esses outros quesitos de análise, são olhadas, e aí, na outra apresentação, a gente vai mostrar um pouquinho pra além do registro da ANVISA...Pra medicamento, ou pra produto e equipamento, o que a gente também olha. Então eu acho que isso vai ficar um pouquinho mais claro. Era isso. Alguém quer completar? Jussara pediu pra falar.

- Jussara - Eu agradeço ter me citado, mas a linha da ANS não é pra gente citar nenhum paralelo ao sistema único de saúde. Eu sou gerente geral de integração com o SUS. A gente sabe que a saúde suplementar é segmentado e que ela oferece coberturas que não são coberturas que a gente sabe que as pessoas vão esperar lá..... E tem dificuldades, porque, quando cessa a cobertura, ela não tem para onde ir. A gente tem feito outra discussão com os diretores do SUS, agora a gente está num grupo da regulação do SUS, regulação de acesso. E a gente está discutindo. A pessoa só tem plano ambulatorial. Quando ela precisa de internação. Ela vai ter que entrar na atenção primária? Não. Ela tem que ter algum, alguma forma dessa pessoa pode ter, chegar a essa, a essa atenção que o SUS dá. Se a pessoa não tem medicação coberta pelo plano, tem especial, o SUS dá esse... O gestor não queria dar pra gente. E a gente está discutindo é... Pra essa questão em alguns municípios, principalmente, agora São Paulo, basicamente a gente está discutindo a questão da regulação, da segmentação, da medicação, dos procedimentos, né? Que é vacinação.... O gestor do SUS também tem que reconhecer que essa saúde suplementar não é um sistema paralelo. Por que eu estou dizendo isso? O risco que a gente corre de criar um sistema paralelo é, de a gente voltar à cobertura, da gente tem emprego, tem saúde. Quem não tem emprego, não tem saúde. Então, nós somos defensoras do sistema único de Saúde que tem uma cobertura suplementar, que tem que ser entendida como suplementar, né? E coordenada com o SUS. Então, a minha defesa não é a tudo, né? Eu acho que a gente que está aqui com o intuito de fortalecer um sistema que seja para todos os brasileiros. Então, nunca, a gente tem essa questão, então dando continuidade, Então, discutindo: São Paulo tem essa questão aqui no Rio também, a gente está procurando municípios maiores, a gente tem esse exemplo, esse trabalho. Tem um assessor da diretoria trabalhando junto com o gestor do SUS, pra ver se a gente vê essas pessoas que ficam pra lá, essas pessoas que ficam com menos

cobertura, porque essas pessoas estão no SUS, quando elas findam lá... A gente entende isso. O caminho da gente não é ficar fazendo um sistema paralelo. Pelo menos é o entendimento que a ANS com a gestão do SUS, se a gente não tivesse essa compreensão.

- Marcio Bichara – Sou da Federação Nacional dos Médicos. Estou aqui representando o Conselho Federal de Medicina, inclusive, o conselho Federal dos Médicos não foi convidada a participar desse fórum, E eu faço aqui o meu protesto. Mas eu já participo de vários fóruns aqui dentro e todos os fóruns agora que eu participar, Queria aproveitar a presença do Alfredo. E seguindo o raciocínio de você, da colega do PROCON é... Eu acho que a agencia tem um, tem uma série de identificar é... O 3º ou 4ª câmara que eu participo que fala em honorário, está proibido. O termo está proibido, com o Fausto está proibido, o gerente de prestador está proibido. Agora gente, nós tivemos uma atualização do Rol no ano passado que vários procedimentos não estão sendo contemplados, porque o valor é tão irrisório, que o usuário não é, não tem médico que faça. Então, isso não tem como fugir da discussão. Eu acho que, a gente ficar aqui confeitando o bolo, vou te dar um exemplo aqui, vou aproveitar que todos aqui são odontólogos. Eu fui fazer um tratamento de saúde, meu plano é Unimed... E eu pago um plano que está escrito assim: odontológico. À parte. Fui fazer um tratamento recente de limpeza, radiografia, agora a prótese o senhor paga. Isso aqui o senhor paga, aquilo ali, o senhor paga. Isso é muito ruim! Isso é muito ruim! Então, eu acho que esse é o momento de, você disse, atualiza o Rol hoje, pro ano que vem, pra daqui a cinco anos o cara ter direito, né? Essa questão das outras profissões. Esse choque que nós queremos participar e temos que participar. Não é participar para não receber nada. Também não participa, não! Fica fora! Eu acho que a discussão, ela é muito mais profunda. Ela passa porque a atenção de qualidade que a gente quer dar para o nosso paciente, usuário, e quem pode hoje, plano de saúde comparar, fazer operadora de saúde subir a diária do SUS. Isso também, eu acho que a Agência tem que agredir. Qual que é o papel dela nessa questão? Ah, tirando 50 milhões de usuários do SUS, o povo vai pagar. Ele vai pagar que tipo de atendimento? Ele já paga escola, ele já paga tudo. Ele tem que pagar para o plano de saúde! E agora, que plano de saúde? Quem pode ter plano de saúde hoje? Quem é que tem condição? Quanto custa, hoje, uma assistência mínima dessente e pra cada usuário! A Agência tem que ter isso. Essa discussão gente... Aí desmembrar... Você tem direito a plano ambulatorial. Aí vai internar aonde? A Jussara colocou isso aqui agora. Vai para o SUS, vai pros SUS, né? Então, eu sinceramente, eu acho, eu já fiz essa discussão no Conselho Federal de Medicina, numa outra reunião, o Heitor estava presente. Ou a Agência, eu estou falando em nome da Agência Federal dos Médicos, do diretor, ou a Agência revê esse papel, de que, confeitar só o bolo não resolve, não está resolvendo e a gente está avalizando tudo isso. Ou as entidades médicas, principalmente da FENAM, e eu posso levar isso ao CFM e aqui está o amigo pra ver... Nós vamos ver nosso papel aqui dentro. Nós vamos rever nosso papel aqui dentro. Porque pensamos até a via judicial. Para forçar uma mesa de negociação. Nós temos mesa nacional de negociação do SUS, nós vamos ter mesa de negociação da Saúde Suplementar. Que papel é esse que os prestadores estão tendo dentro dessa Agência, né? É só referendar. É só referendar e trabalhar gratuitamente, não está fazendo como o federal faz. Não fazendo as nossas custas, nós viemos pra dentro dessa Agência discutir. Agora, nós, eu estou fazendo essa colocação aqui, porque não adianta fazer revisão de Rol e acrescentar procedimentos que um médico, psicólogo ou

fisioterapeuta não vão fazer. Porque não, a tabela é irrisória! Então era esse, eu estou fazendo essa colocação aqui hoje, porque, de hoje em diante, em todos dos fóruns que eu participar que estiver a Agência Nacional de Saúde Suplementar em nome do federal ou em nome da FENAN, eu vou fazer este tipo de protesto! Porque não dá mais pra gente ficar fazendo vista grossa para o que está acontecendo no mercado, né? Então é isso. Obrigado!

- Marta – É bom que a gente já sabe... A gente deixa ele falar primeiro! Ele chegou, a gente já dá o microfone pra ele!

- Scaff – É... Acho que é importante essa fala do... Marta, só queria pontuar algumas questões. E a primeira é assim... Do ponto de vista médico-político da fala enquanto FENAM é perfeita. Não tenho nenhum tipo de reparação a fazer, mas como uma posição assumida pela entidade, é isso aqui está sendo gravado, né? Tem todos os registros oficiais, que nós estamos fazendo. Acho que o espaço da câmara de saúde suplementar é um espaço é... Mais apropriado do que este, de manifestação, né? A importância da... E estão eu acho que isso aí é importante, né? Esse reparo, né? O segundo reparo, que a Marta já colocou. Eu só queria chamar a atenção, que a gente reproduziu hoje, que a gente tem hoje, que é a representabilidade da câmara aqui, está certo? Com a abertura dos conselhos que não estão lá, que eu acho que é fundamental, está certo? É... E isso, eu acho que já está bem esclarecida, precisa ser claro, é... Que ele é fundamental. Agora, essa discussão que você trás, acho que é uma discussão importante, assim... É uma discussão que passa pela questão sindical, assim... As federações estão colocadas, etc, né? E que acho que vai terminar avançando nas discussões. Né? O que a Marta coloca, o que a gente coloca é assim, nesta discussão do Rol, que é uma discussão de procedimentos, a gente quer tentar descer nesse nível de discussão. Se a gente colar a esse procedimento um valor, um preço, né? Esse fórum não dá conta de discutir isso. E não é o objeto dele discutir isso. É isso que a gente pontuou, está certo? Porque, se a gente abrir essa discussão, a gente vai cair numa fala, que eu concordo com ela. Vamos parar o nosso trabalho, porque isso aqui não vai levar a lugar nenhum, certo? Se a gente abrir essa discussão de preço. Agora, eu acho, se a gente levar a outros conselhos para estar discutindo esses procedimentos aqui, não tenho mérito. A discussão que a odontologia está trazendo tem um mérito, e que o espaço para estar discutindo é esse. Não tem outro. Está certo? Não dá pra fazer isso na câmara do suplementar, porque ela tem um outro perfil. Então, não dá pra ficar discutindo isso pontualmente com cada um dos conselhos, porque na hora que a gente juntar tudo, eu acho que a soma não vai ser tão completa, quanto esses espaços que nós estamos fazendo. Então esse reparo que eu gostaria de estar fazendo assim. Que eu acredito que o produto que estamos fazendo aqui, é um produto válido, está certo? É... Que tem um significado na ponta, tem um significado para aquele beneficiário consumidor, que tem plano de saúde, né? E a função do plano anterior a RN, 167 pra este atual, ele é evidente. Quando a gente trás outras instituições pra dentro do Rol de procedimentos, quando a gente abre a possibilidade de determinados outros procedimentos possibilitem ações de prevenção principalmente. Isso é um avanço. Eu acho que é um avanço que foi construído com um processo que foi menos rico que este que nós estamos começando hoje. Então, eu defendo que a gente continue, que as entidades aqui presentes não se retirem, está certo? Tem os espaços para isso, né? Acho que esses espaços, está muito claro o que nós pretendemos fazer nesse espaço, e vamos dar continuidade para isso. É só esse reparo que eu queria estar fazendo.

- Marta - quero pontuar só mais duas coisas. Eu acho que nessa minha fala de trazer a coordenadoria para pontuar tantos pontos específicos de tentativas de pontuar na outra revisão os parâmetros que banalizam nossa atuação, por exemplo, a segmentação, ele está na lei. Então assim, se a gente gosta ou não do ambulatorial, eu - Marta, enquanto pessoa física, RG - X, não gosto. Acho que não deveria existir plano ambulatorial. Agora, minha vontade nesse momento era ridícula, porque o que vale é o que está na lei e na lei estabelece uma acomodação ambulatorial. Então, esse tipo de discussão que é parametrizada pela lei, eu acho que vale a pena, é... Eu não vou conseguir fazer uma regulamentação dentro da ANS que acabe com o plano ambulatorial. Só um projeto de lei. Então, acho que vale a pena a gente trazer a procuradoria pra dizer em que bases legais a gente está trabalhando. Qual é o parâmetro legal. Teve uma outra discussão é... Que a gente levou pra dentro do CFM, e aí a gente fez uma consulta formal, ao CFM. É se é válida a discussão é... De remuneração, é... Tudo isso que a gente está falando aqui é válido, porém, é válido um médico negar cobertura porque um procedimento custa 600 reais ao invés de 2.000. Desculpa. A gente recebeu cartas de várias sociedades. A gente mandou formalmente para o CFM e para AMB dizendo que não atenderiam, por exemplo, a urologia mandou cartas desse tipo, enfim, é ético? Então assim, a discussão do ético em um mesmo lugar da discussão da remuneração. Então, é... Enfim, a gente não quer trazer essa discussão à tona, essa discussão é feita num âmbito razoável. É... Agora também não é ético dizer que eu não vou te atender porque são 600 reais o seu plano de saúde, quando a ANS não tinha colocado isso no Rol, era muito melhor Eu ganhava 2.000 na mão, oh. Eu ouvi um cara falar isso e também não me parece assim, tão razoável. Então aqui não é um lugar razoável para discutir isso. E aí a gente pode continuar discutindo o que é saúde, o que é saúde, o que é cobertura, e o que as pessoas deveriam ter direito. É... tem mais alguém inscrito? Tem mais uma pessoa inscrita.

- Yvone - Só para retomar um conceito, que eu acho importante... aqui é SUS. As pessoas estão falando parece que SUS e a ANS fosse duas coisas diferentes. Duas entidades diferentes. Aqui é SUS. E é assim que eu entendo, é assim que eu acho que a gente deve pensar, né? Para estar nessa discussão, né? Então essa é a primeira coisa que eu queria falar. A segunda coisa que eu gostaria de falar, que eu espero muito, não sei o que neste fórum estou aberta, se quiserem, discutir com a terceira via. Só o SUS e o plano de saúde não está dando conta. Eu quero fazer um elogio a AMB, de um plano que eles colocaram, o CENAN, no qual sou usuária até hoje, viu Amílcar, e que a AMB abortou. Que era você ter médicos credenciados para pagar pela tabela da AMB e que você escolhia isso, mas foi tanta procura, tanta procura, que a AMB não teve tempo para continuar gerenciando isso. Então, é o CENAN. É ótimo saber, porque eu tenho a carteirinha hoje, vou a médico até hoje pelo CENAN, fiz tratamento fisioterápico, pelo CENAN. Então, eu acho que está na hora de começar a discutir uma terceira via, não é? Uma terceira via que esteja do tamanho das necessidades do brasileiro e do bolso do brasileiro. Então, eu estou disposta, a se quiserem fazer um grupo, né? A gente começar a estudar isso. Começar a criar alternativas, porque realmente o que existe hoje em colocado de saúde não está dando conta de atender a demanda, né? E, gostaria de dizer a vocês que pela história do meu próprio conselho, até hoje não tivemos uma participação ativa, mas agora mudou, né? O Conselho Federal de Enfermagem estará presente e já quero dizer, quero abrir essa negociação com vocês, em nome do meu conselho. Tenho essa

autonomia para isso. Quero abrir uma conversa, porque a enfermagem, hoje, é 60% da saúde no Brasil. E vocês estão vendo que não foi contemplado em nenhuma conversa, a não ser na minha, né? São procedimentos que dão continuidade e abrem até a assistência e o cuidado ao paciente. Quem realmente cuida? E não está citado em lugar nenhum. Então eu quero abrir esta conversa de você, quero abrir um convênio com vocês junto ao conselho federal pra gente pensar essas coisas todas. Obrigado.

- Marta – Obrigada. É... O Antonio e a René. Um segundo, ela prometeu gente, vamos contar..

- René – Bom, minha gente, é essa a colocação. É ético o médico deixar de atender? Não é uma questão se é ético. Eu quero saber se a ANS vai remunerar os médicos profissionais com dois salários mínimos, os concursados vão ficar lá? Não vão mesmo! Mas a questão não é ética! Eu quero dizer aqui, é ético a empresa colocar três dias de UTI e depois tirar o paciente...

- Marta – 3 segundos...

- René - ... Ta. Tirar o paciente e jogar na rua? É ético? Qual o impacto que a gente veio discutir aqui? É... O impacto, acaba que o que é maior é o financeiro!!! A exclusão toda, minha gente, passa pelo bolso! Esse é o problema! Agora, o que eu quero dizer é o seguinte: Fico feliz com a fala do meu colega aqui, né? E dizer o seguinte: a gente tem que protestar mesmo! Eu vi o profissional ANS. É um sacrifício imenso vir pra cá. Eu tenho mil coisas pra fazer. Então, às vezes fico em cima do muro. Vou, não vou. Vou, não vou mesmo. Porque eu venho na maior seriedade. E saio da aqui sabendo qual é a ação na justiça que eu vou entrar contra a ANS! Toda vez que eu venho aqui, eu venho só para aprender e buscar qual é a ação, eu vou pedir o que contra agencia nacional de saúde. Eu venho pra cá, só para fomentar meu juízo. Entendeu? Porque não é possível minha gente, pelo amor de Deus! Não é possível!!! Não é possível! Eu acho que, na hora que você.... Já estou terminando.

- Scaff – Não... É só para lembrar que está sendo gravado...

- René – Tomara! Sim, mas eu não tenho medo de gravação nenhuma! Não tenho medo de ninguém, aliás, de nada! Absolutamente nada! Bom, veja bem. Porque eu vou ter medo de gravador? Não entendi..

- Scaff – Você falou que está vindo aqui para pegar informação para abrir processo contra a ANS....

- René – Não vim pegar informação, não. De fomentar o meu juízo. Entendeu? Ligar meus neurônios... Eu não entendo como é que a ANS não está atrás de regular os contratos anteriores a lei. Eu não entendo como a ANS fica tão calma diante de uma divisão de contratos antigos e contratos novos. Parece que todo mundo que trabalha na ANS todo mundo tem contrato novo. Todo mundo escolhe sua doença e tem cobertura...É uma influência da proteção própria! Não é possível! Não é possível! Agora, me ameaçar dizendo que está sendo gravado...

- Scaff – É só uma constatação....

- René - Bom, eu sinto muito. Eu não tenho medo. A ditadura já passou, hein!!!

- Scaff – Você está falando de outras questões, ai...

- René – É bom que fique gravado! É bom que fique gravado!!!! Que apesar da ANS fazer uma reunião dessa com a teologia do começo, e eu estou elogiando, por que...Veja bem. O faz de conta é que não dá... Entendeu? A gente vai ter um Rol de procedimentos. Vai buscar: CBHPM para que? O que é CBHPM meu colega da AMB? Ah, o Rol se baseia totalmente na CBHPM. Para quê? Para quê? O que é a CBHPM?

Cuida de preço? De valor? De quantidade? De honorário? O que é isso? O que é a TUSS? Estou terminando, De novo, mas ele disse que seria gravado.... Eu terminar o discurso!

- Scaf – Não. Mas é o tempo...

- René – Já vou parar. Veja, então eu volto aqui, a dizer que, toda vez que eu venho pra cá, venho para fortalecer o meu pensamento contra a omissão do poder público, contra um bocado de coisa. Principalmente contra a saúde pública. Em relação á... Como é o nome dela, que eu esqueci? Jussara. É... Veja, eu não quis dizer ali, que existe essa divisão de SUS e de privado. Eu acho, pelo menos no plano ambulatorial. E acho o seguinte: todos somos contra, mas permitimos. Por quê? Porque somos conniventes! Ha gente, é o dinheiro!

- Scaff –É... Temos uma programação que vai até meio-dia. São onze e quarenta e sete. Então na fala do Antonio, se a gente fizer aqui as ultimas inscrições aqui, pra quem quiser... No período da manhã. Sairemos para o almoço e retornamos no período da tarde...

- É... Eu sou Antônio Augusto, represento o conselho federal dos nutricionistas. É... Nós vamos tratar aqui também sobre impacto econômico e impacto social e impacto assistencial. Não são só, os procedimentos. É... Os procedimentos administrativos tem esses procedimentos e que a gente gostaria de discutir aqui é a história do encaminhamento. Encaminhamento médico, encaminhamento do médico assistente. O que que acontece? É... O que está ocorrendo, é que o consumidor na verdade, ele tem que se dirigir a dois profissionais num único procedimento e isso está encarecendo o serviço também para a prestadora, para a operadora. E muitas vezes esse pagamento é tão irrisório, que a gente tem orientado nossos profissionais, que cobrem diretamente dos seus usuários. Que eles, é... Tão dificultoso para eles ir ao médico, e às vezes o médico está com a agenda cheia e ele está precisando daquele procedimento. O médico nem vê a cara do paciente. Simplesmente preenche o encaminhamento e ele vai embora. Então a operadora acaba pagando uma consulta médica, acaba que o profissional, ao invés de fazer uma consulta de nutrição, ele faz um serviço de nutrição. Que é uma guia que representa metade de uma consulta. Se uma consulta médica custa 20 reais, um procedimento de nutrição custa 20, né? Então o que que está acontecendo? O usuário acaba sendo lesado, porque ele paga um plano e acaba tendo que pagar aquele procedimento. E para o profissional, no caso da nutrição, ele prefere muito mais fazer um preço de doze reais para o próprio usuário, do esperar um, dois meses para receber aquele procedimento da operadora, que muitas vezes é até glosado. Então, essa coisa da indicação é... ela tem que ser revista. E... Essa história e a citação de exames. É... O nutricionista, ele tem na sua lei, o direito de solicitar exames necessários ao acompanhamento do paciente. Não para diagnóstico, mas para acompanhamento. Então que que acontece, muitas vezes um renal crônico, por exemplo, que um nutricionista precisa conhecer os níveis do sangue do paciente para poder elaborar uma dieta para o paciente. Então, esse paciente, esse usuário, ele vai ao médico solicitar uma indicação desse procedimento para quê? Se ele é renal crônico, para voltar ao nutricionista e o plano pagar o exame. Então, eu acho que deveria ser revisto agora.

- Marta – Ela estava inscrita. Depois...

- Meu nome é Ana Luzia, eu represento o Conselho Federal de Fonoaudióloga e faço minha as palavras do Antonio também. A questão do encaminhamento médico está dificultando muito mesmo! Porque fere a lei da fonoaudióloga. O Conselho Federal da

Fonoaudióloga está montando junto com os regionais, um documento, que agora pode ser entregue até aqui, falando sobre o encaminhamento médico. Por quê? Se a opera... Muitos encaminhamentos para fonoaudióloga vem de escolas. E aí a fonoaudióloga, ferindo a lei dele, tem que informar ao paciente que ele tem que passar por um médico, que na verdade, não fará uma avaliação, simplesmente encaminhá-la. E as operadoras pedem indicação clínica e CID. E só aceitam com o CID fornecido pelo médico. Indicação clínica de uma coisa que não foi avaliada. Os nossos colegas da odontologia, por conta da odontodontia. Então, muitos encaminhamentos e não são considerados, porque tem que passar pelo médico. E isso também está dificultando muito, tá? E é lógico que aí, depois a gente vai falar sobre as consultas, que não é promoção de saúde e sim fonoaudióloga. Obrigado

- Marta - Psicologia.

- Ánice - É... Eu só queria complementar a fala do Antonio e da Ana. Nós estávamos assim, dizendo o quê...É... De um modo geral, acho que se caminha aqui. Tivemos vários incômodos aqui, porque assim, como seres humanos, numa prática a gente faz pelo que faz, claro que a gente tem um foco. Obvio! Mas é impossível a gente não escapar para pensar que a gente está fazendo aqui. Nesse sentido, eu acho assim, se a gente tem capacidade técnica política de avanço, essa questão do médico assistente é um paradigma que precisa ser quebrado. Por quê? Por todos os motivos que já foram ditos. Até motivos de custo, mesmo. De complicação na chegada à assistência de saúde. É... Na reunião que tivemos, desculpa, eu vou retomar essa história, eu confesso a minha confusão, mas acho que a gente tem, precisa contornar essa dos grupos da ANS, porque tem um momento que a ANS está representada aqui como um todo, através de um grupo. Na reunião dos, GERBS, a Ana Luiza trouxe esse assunto e eu queria só retomar porque foi escrito no apontamento de reunião. Foi levantado isso e nos foi dito que na reunião. Que foi levantado isso, E foi dito que havia um equívoco. A 167 falava disso. E tinha mecanismo para desclassificar solicitação com mecanismo de solicitação sem solicitante, digamos assim, Houve até um indicativo de que isso havia sido esclarecido via site, que isso seria esclarecido isso, era possível de ser superado. Então já se tem algumas coisas encaminhadas...

- Marta - Sim, me deixaeu falar...

- Anice - Já é hora de mudar....

- Marta - Esse sim é um assunto que não faz parte disso que a gente está falando aqui agora. Então assim, esse encaminhamento é uma discussão que a gente tem desde a outra consulta pública. E eu não sei se vocês lembram. A versão que foi para consulta pública da RN 167, ela não previa encaminhamento para o médico solicitante, né? Durante a consulta pública, apareceu uma consulta jurídica, que a gente teve que encaminhar para a procuradoria, que dizia que: a lei 9656 não permitia qualquer tipo de encaminhamento ou de solicitação que não fosse feito pelo médico assistente. É o artigo 10 linha D não consigo esquecer isso. E aí, a gente mandou para a nossa procuradoria. Na avaliação da procuradoria, essa recomendação jurídica estava válida, é isso mesmo que a lei quer dizer... Então a linha D, artigo 10 da lei 9656 diz que toda a solicitação, a operadora só tem obrigação de pagar, qualquer coisa que seja solicitado pelo médico assistente e ponto. É isso que está lá. O que que a gente tem dito? A gente concorda com tudo isso que vocês três falaram. Aumenta custo, que não gera uma consulta. Então que a gente diz, é o seguinte, e eu não sei se é isso que foi para o PAC ou se ainda está indo: é que é uma deliberação da operadora. Então assim, se a operadora não quiser, deixar o livre acesso daquele profissional. Ótimo

para ela! Vai ser menos uma consulta que ela vai ter que pagar. Agora, se a operadora quiser exigir essa consulta prévia para o médico, ela tem o direito. É isso que a gente tem dito. A mesma coisa para a solicitação de exames, né? Que também existe essa liberalidade, mas a gente, enquanto órgão regulador, a gente não tem como fugir a esse artigo 10, linha D da lei 9656. e é isso que estabelece. A gente já está vendo alguns mecanismos, algumas operadoras que não tem nada a ver com isso. Se tem alguma triagem, é feita pelo próprio profissional com encaminhamento diferenciado, enfim. A gente está vendo isso se modular. Só que isso também é muito recente, né? Isso entrou na obrigação há um ano. Isso ainda está se conformando. Algumas estão arcando com esse custo para ver o que acontece..... Operadora. A gente não tem como obrigar que ela aceite esse fluxo. Se ela construir esse fluxo e perceber que é melhor para ela – ok! É válida, ta? É isso que a gente tem dito, e a gente está com essa consulta jurídica na mão, que não tem muito como a gente fugir disso, a não ser que a gente revogasse esse artigo lá na lei no Senado, Câmara, ba,ba,ba,ba,ba,ba,ba... Só assim, vou pedir para vocês falarem e aí a gente vai para o almoço, ta?

- Wernewck – PROCON – São José dos Campos. – É... Eu não ia nem comentar, mas por uma questão... Agora, aí eu estava comentando em of, né? Com relação a essa possibilidade da operadora criar um médico porteiro, que a gente acha que seja isso, né? Um médico precisa passar por um médico e ele vai abrindo porta do plano para outras profissões. É... Eu tenho a seguinte ponderação de se fazer agora: o que a gente tem verificado é que muitas operadoras se preocupam principalmente com o comercial, ou seja, expandir a sua carteira. Os clientes vão aumentando, os consumidores vão aumentando, mas não aumentam o número de médicos credenciados. Por exemplo, eu tenho um número de operadora no meu município, que já tem cento e sessenta mil vidas e a não sei quantos anos ela não credencia profissionais. Chega ao cúmulo, então do PROCON ser procurado porque a população começa a reclamar que demora às vezes noventa dias para se marcar uma consulta. Ou seja, cria-se um médico porteiro, ao mesmo tempo que esse médico porteiro crie ônus e esse ônus acaba sendo freiado em função desse médico porteiro, porque ele não chega a ter acesso a ele. Então eu só gostaria de fazer esse alerta. Eu que é uma matéria a ser discutida na câmara. Eu acho que precisa-se pensar, a ANS precisa pensar em regular, de maneira de que, ela só pode aumentar pela medida que ela aumenta na mesma proporcionalidade dos seus médicos credenciados, ou seja, da sua rede de consumidores.

- Marta – É assim dessa parte de rede tem toda uma proposta de ver isso esse ano. Depois ele vai falar um pouquinho... é... Eu acho que ela desistiu de falar.É... Eu só queria fazer uma parte antes da gente sair para o almoço. A gente colocou uma parte dessa reunião, porque a gente sabia que toda reunião tem a parte do desabafo, né? Enfim, do panfleto, do discurso. É normal principalmente, quando você coloca muita gente junta. Todo mundo vai lá e deixa o seu registrado numa ata. A gente já sabia disso. Isso é saudável. Então a gente colocou essa reunião com horário frouxo pra gente poder ter esse momento. Por quê? Porque a gente sabe que as outras reuniões vão ser muito pesadas, muito! Então a gente precisa estar minimamente bem com todo mundo, fui lá, falei o que eu queria, lindo, a gora eu consigo avançar naquilo que eu queria e era muito pesado. Então, só para quem está participando pela primeira vez de um grupo como esse. A gente não vai brigar. Afinal está tudo evoluindo coisas. Vai dar tudo certo, vai ser tudo lindo! Então é...São meio-dia a gente tinha proposto

duas horas de almoço, só que não tem almoço previsto e aqui, é um pouquinho longe das coisas. Então, se vocês acharem que uma hora e meia dá, a gente volta com uma hora e meio pra acabar... Duas horas? Então duas horas a gente começa. Ta?

Recomeçar a nossas atividades agora no período da tarde, e pedir para o pessoal que esta ai na porta chamar quem estiver no corredor para a gente ir tomando acento para reiniciar.

Ok, vamos lá gente, acho que o pessoal que for chegando vai se juntando a gente, então agora a tarde nos vamos ter duas apresentações, começamos a discussão, mais propriamente dita a estas questões do Rol, umas das questões técnicas essenciais a revisão dos procedimentos e o que tem prioridade de avaliação e a outra questão da metodologia de avaliação do impacto. Vamos começar imediatamente com a Marta e depois a gente abre para algumas perguntas e debates depois do Fábio.

MARTA, Bom agente vai tentar mostrar agora o que a gente já percebeu de demanda para avaliação e como que agente vai estar procedendo, e ai o pessoal do Odonto ainda não voltou do almoço, mais isso para a gente é muito notório assim, a gente já recebeu muita demanda da médico hospitalar e nenhuma das odonto, e agente costuma dizer que esta sim é um Rol que não é questionado, e é verdade a gente não tem recebido muita demanda então talvez esse reconhecimento das demandas e esta coleta de demanda comece e parecer à partir de agora. Por que na verdade não temos nenhum acumulo de demanda para o Rol de odonto, então por isso que aqui só aparece pro Rol de procedimentos e eventos de saúde, então a gente fez esta busca e no conseguiu achar, pode colocar?

Pode passar... bom, este daqui são aqueles resgates iniciais que a lei 9656 diz que compete a ANS elaborar o Rol de procedimento e eventos em saúde e a competência da REGETAP, mentalmente fazer estas revisões. O Rol atual é da 167, pode passar, então em 2008 quando a gente fez a ultima revisão em 2007 que foi quando a gente coletou os dado a a gente viu a necessidade de reduzir este lapso de tempo entre as revisões por tudo que eu já falei e a gente continua tendo demanda e demanda para a revisão do Rol. Então a gente fez um planejamento para esta revisão baseado na construção de critérios de priorização para análise em corporação e o levantamento das principais demandas que a gente já recebeu, não quer dizer que a gente não venha ater outras. Pode passar. então que critério de priorização do que é isto que estamos falando? Este grupo que a gente aqui montou ele não é um grupo inventado da nossa cabeça vários países já trabalham com esta organização na hora de incorporar um procedimento, é um grupo formado por varias aspectos da sociedade então dependendo de cada, da conformação de cada país esta organização muda mais esta coisa de você levar para um fórum a discussão do que vai ser incorporado ou não é pratica já em um monte de países não é uma coisa que a gente venha a inventar, então quando você coloca um monte de tecnologia para ser avaliada para um monte de demanda então quem tem determinada doença ou determinada necessidade de saúde, sempre acha que a prioridade dele é a maior prioridade de todas não é, e é para ele não é? Sem a menor duvida disto! Então o sistema de saúde tem que ter o

sistema de corporação seja ele qual for tem que ter critérios para estar estabelecendo com alguma lógica, não que esta vá ser a melhor lógica mais é a lógica que vem sendo utilizado para os países qual o procedimento é prioritário em relação a outro quando você vai incorporar então esta lógica que a gente esta trazendo é a lógica que a gente vai trabalhar ao longo do tempo desde a revisão do ultimo Rol, é uma lógica que alguns países usam, não quer dizer que este grupo aqui não descubra uma lógica, como a gente precisava partir de alguma, a gente partiu desta. Então priorizar é isto, é a gente conseguir estabelecer dentre várias possibilidades qual é a principal para aquele momento. Então os critérios que a gente estabeleceu, em registro na ANVISA, este é o primeiro critério de todos, porque a gente sabe que primeiro a ANVISA é o ente legítimo aqui dentro para dizer o que pode ou não ser utilizado no país, e segundo porque isto já dá um respaldo que aquele procedimento ou aquele medicamento ele tem segurança para ser utilizado, então o registro na ANVISA é o primário que a gente vê, quando a gente vai ou não incorporar, então se não tem registro na ANVISA não tem nem discussão a gente nem começa discutir. A tecnologia consta na tabela da CBHPM... como se apresenta descrita em termos de monenclatura porque primeiro por causa da monenclatura que a gente acha importante estar sempre junto e segundo por que a CBHPM de alguma maneira paramétrica o que para instituição médica é de bom uso nos pais então eles

Uma câmara de avaliação e de utilização de procedimentos que também avaliam tecnologia de alguma maneira, pode não ser a mesma maneira que o sistema de saúde faz avaliação mais existe uma avaliação previa, então este parâmetro também é importante para agente. A gente pode incorporar alguma coisa que não tenha esta CBHPM? Com certeza ! podemos! mais é um parâmetro que a gente utiliza diferente da ANVISA, que se não tem registro a gente nem começa a conversar. A tecnologia consta da tabela do SUS é um outro parâmetro que a gente olha, quando a gente esta analisando algum procedimento. Como é que ele esta descrito nesta tabela de novo pensando em compatibilizar monemclaturas. A monenclarura nossa é muito mai próxima hoje da CBHPM do que da tabela do SUS. A gente esta fazendo um trabalho de compatibilização também de monenclatura com a tabela do SUS eu acho que a gente sabe que vai dar bastante mais trabalho a AMB também esta participando disto Dra Amilka também esta ajudando a pensar como e que a gente vai fazer isto, a tecnologia foi avaliada com vista à corporação no ministério da saúde aprovada pelo CITEC isto também dá pistas para gente, que aquela tecnologia já passou por alguma comissão que avaliou a incorporação ou não daquela tecnologia, o CITEC a Karla já explicou antes e lhe dá, instruções tanto para incorporação do ministério como na saúde suplementar e cada subsistema faz a sua avaliação de impacto para ver se aquilo deve ou não se incorporar. Acontece muito mais para a tecnologia nova enfim. Mais a gente também dá uma olhada de isto já foi analisado pelo CTEC ou se esta na fila para ser avaliado. Pode passar. A tecnologia em procedimento de avaliação é isto esta naquela filinha para ser avaliada pelo CETEC os dados epidemiológicos relativos à patologia prevenidas ou tratadas com uso da tecnologia tem informação de uma incidência alta prevalência qual é a letalidade daquela doença, qual é a mortalidade, qual é a morbidade. Já existem outas formas de tratamento para aquela doença? Então isto também é avaliado. Qual é o custo unitário ou o agregado daquela tecnologia que vai ser importante depois na hora que a gente esta avaliando as vezes o custo unitário daquele tecnologia baixa, mais para você usar aquele procedimento você tem que ter feito 59 ultrasom antes. Então este custo que beira a utilização

daquela tecnologia tem que ser avaliar. Qual é a abrangência da aplicação da tecnologia? Ela consegue alcançar varias patologias? Vários cidios olha especificos por um incidiu de alta prevalência ele é especifico para um incidiu de baixa prevalência. Isto a gente

Esta nova tecnologia... vai substituir as outras tecnologias ou ela vem agregar? Hoje a grande maioria das tecnologias agregam, elas não substituem o que causa maior dificuldade ainda quando a gente esta calculando este impacto ou avaliando estas tecnologias porque as vezes o que ela traz de beneficio ela traz um custo agregado muito mais alto. Que ai fica mais fácil ainda para a gente avaliar, por exemplo, alguma coisa que substitua tem muito isto, e você tomava seis doses daquele medicamento e agora aquele medicamento é dose única, é obvio que ele tem algum beneficio agregado mais quanto de isto traz de beneficio em razão de melhora de morbidade e mortalidade, então isto é super difícil de avaliar. Tem facilidade de utilização e manuseio da tecnologia em saúde ou você precisa de uma mão de obra muito especializada super difícil de encontrar em território nacional que só existe no Rio e São Paulo, como é que a gente faz com o resto do Brasil, ENTÃO ISTO TAMBÉM A GENTE TEM QUE PENSAR pode passar . tem facilidade de obtenção ou de disponibilização dos insumos e matéria primas necessários para os tratamentos tecnologia um exemplo que a gente sempre dá disto é o PETCA como é que a gente faz para tem um insumo do PETCAN espalhado pelo Brasil inteiro? Você teria que ter uma uma indústria perto de cada cidade como é que se pensa isto no Brasil como um todo? Tem facilidade de acesso a tecnologia então uma das coisas que a gente trabalha junto com impacto que o Fábio vai apresentar é rede, então a gente faz um monitoramento prévio antes da incorporação de qual a rede disponível tem daquela tecnologia ou daquele profissional ou do que quer que a gente vá incorporar no Rol, essa avaliação de rede ela é complexa e ela é muito mutável então as vezes você não consegue aquela rede num primeiro momento mais alguma induzida que você faça aquela rede rapidamente se cria e depois você consegue incorporar um exemplo são os profissionais que a gente na ultima reunião, então a gente tinha certeza e que não tinha rede de alguns deles, a gente sabe que até hoje é difícil esta rede, mas a gente induziu esta rede se criou de alguma maneira mais para alguns profissionais menos para outros a gente também tem isto, então como é que a gente tem este monitoramento de rede ou da existência daquele profissional para credenciamento. Como que esta a dispo de um determinado equipamento para que a operadora possa ir lá e né utilizar aquela rede, isto a gente também pensa. E com a interface que isto tem com a política depois do ministério da saúde com a interface que tem nos programas da saúde suplementar então a gente tem programas que a gente fortemente quer induzir então isto fortemente tem que estar contemplado no Rol isto também tem um peso para agente é obvio e qual é a necessidade de estabelecimento ou atualização das diretrizes clinicas ou das diretrizes de utilização. Pode passar.

Qual a potencial mudança na pratica que a - desfechos clínicos..... tinham falado antes nos medicamentos, o que é de verdade vai afetar o desfecho clinico com a incorporação daquele procedimento você muda desfecho? É você muda tratamento? Você muda é sobrevida ou não? Você só vai fazer um diagnostico que você não vai ter o uso para aquele diagnostico então qual é o desfecho clinico a gente também se preocupa muito e isto tem sido uma das coisas que a gente se apóia bastante na hora de incorporar. Com o impacto da incorporação da tecnologia sobre a frequência de

usos ou gastos de outras tecnologias em saúde de alta complexidade ou alta frequência. A tecnologia foi abordada em protocolo de sociedades médicas e brasileiras, a tecnologia apresenta em números relevantes de publicações relativas a evidências de eficácia segurança em busca rápida. Pode passar. Então a gente para cada tecnologia que a gente analisa a gente passa por cada etapa daquela então é uma análise completa uma análise que não é rápida mais que é necessário para a gente ter segurança na hora em que a gente esta incorporando. Na quinta reunião a gente vai apresentar e aí a Isabela vai ajudar a gente a apresentar as apresentação ES QUE FORAM FEITA DE DENTRO DA ANS AS QUE NÃO foram feitas dentro da ANS, a gente também vai apresentar se for encomendadas para alguma universidade enfim... a gente vai trazer a avaliação para vocês terem conhecimento do que foi feito de como foi feito que resultado que teve, a te para agente poder discutir, ah, cinqüenta avaliações foram positivas e aí ? ou cinqüenta foram inconclusivas, ou cinqüenta foram para não incluir. Como é que agente vai caminhar? Então a gente vai apresentar também

Como é que a gente fez o levantamento das demandas porque a gente já viu que esta coisa de avaliação de tecnologia além de levar um gasto energético e de pensamento muito grande ela leva tempo então a gente já começou desde o dia que a gente botou o Rol na rua, lá em janeiro do ano passado. A gente já começou fazer avaliações de tecnologias pensando no futuro isto é uma coisa que você tem que fazer constantemente. Então a gente se aproveitou das demandas que a gente já tinha para começar estas avaliações então com base nas demandas encaminhadas ou elo correio eletrônico ou por correspondência na consulta publica lá em 2007 a gente fez consultas também aos bancos de dados da GETAP porque além da consulta publica, a gente tentou pegar o que chegou fora da consulta publica depois, ou antes, e o que mais esta aparecendo para os núcleos de fiscalização por que também é um lugar muito fértil para a gente ver o que é de verdade e esta aparecendo de necessidade para as pessoas então a gente também fez esta busca nas demandas que chegam para agente dos..... não que o núcleo demande um.... mais o núcleo pergunta muito sobre existência ou não de coberturas de determinado procedimento. Então a gente sabe o que esta chegando enquanto a necessidade de cobertura. Então a gente também olhou isto.

Depois desta etapa a gente apontou umas tecnologias como avaliação prioritária que tem muita demanda então a gente precisava avaliar, e a gente encaminhou estas avaliações então boa parte foi para a GEAT que é Gerencia de Avaliações de Tecnologias as avaliações que a gente achava que precisava de uma análise mais detalhada maior que uma busca rápida não ia dar conta e algumas que agente achava que já tinha bastante, evidência disponível a gente fez também busca rápida dentro da própria GEAT. Pode passar.

Então a gente já colocou lá no cronograma que a gente vai apresentar o resultado disto na quinta reunião mais na terceira reunião a gente vai estar discutindo um fator dela, então nesta reunião também vai ser uma reunião fértil, para agente descobrir demandas tanto que vocês tragam para avaliação ou para retirada por ser obsoleto ou não enfim, isto vai estar aparecendo muito forte na terceira reunião, então hoje a gente queria apresentar o que a gente já sabe que é demanda e que a gente esta avaliando. Pode passar. O que mais tem chegado de frequência é , não esta em ordem alfabética ou estar em ordem ... em fim não tem uma ordem quantitativa nisto que eu vou apresentar .

***** oxigeno terapia hiperbárica para diabético oxigeno terapia hiperbaria para queimadura, oxigeno terapia hiperbarica para lesões refrataria de ulceras, procedimentos cirúrgicos vídeo assistido, pode passar.

Cirurgia de redução de estomago por vídeo, terapia foto dinâmica injeção em cravitea, foto coagulação a laser, tomografia de coerência ótica, terapia por ondas de choque pode passar

Tomografia multi slice para avaliação crononariana e tomografia multi slice para nódulo pulmonar, e tomografia pulmonar pra TEC. Por que a mesma tecnologia tem três indicações? Por que quando a gente faz à avaliação a gente pega o dia senão consegue fazer avaliação de tecnologia para tomografia multi slice você te que ver para que ela e eficaz. Ela pode ser eficaz para os três ou para nenhum dos três ou para um dos três então é para este tipo de pergunta que gera a demanda. Nucleoplastia Cápsula indos copia , pode, IMRT, que é uma radioterapia barreira contra aderência e GRT que é um outro tipo de raio, radioterapia rotatória e radio este eu não consigo nem falar, radio cinoviortese, pode passar

Então estes procedimentos eles já se configuraram como uma demanda recebida de desde a última consulta publica eles já estão em processo de avaliação algum em avaliação rápida outros em avaliação mesmo de trabalhos, mais complexas em algum momento durante este GT a gente vai passando ao que se chegou como resposta desta avaliação significa que se todos estes vamos dizer que tenha quarenta e cinco perguntas ali, as quarenta e cinco perguntas foram Ok são ótimos procedimentos precisam ser incorporados significa que os quarenta e cinco vão entrar nos processos no Rol não e aí que esta a priorização em saúde é para isto que a gente esta aqui, a gente vai dizer olha, se incorporar os quarenta e cinco você tem um custo agregado de tanto, você não tem rede para isto você teria que criar rede para que... qual é a priorização como é que a gente reorganiza isto? Sabendo que é, incorporação de Rol não só procedimento não é a toa que os outros se eles estão aqui para a gente discutir isto também, não é a toa que a gente foi discutir corpo de RN onde tem existência farmacêutica. E onde tem um monte de outros pontos que agregam valores e agregam cobertura então isto daqui são só procedimentos estanque. Então a gente tem muita coisa alem disso para discutir, mais a gente achou que era importantes vocês terem conhecimento do que a gente esta avaliando as vezes é uma demanda da própria instituição que a gente já esta pelo menos avaliando. Quais são os outros pontos importante na discussão do Rol Corpo da RN como eu já falei, a discussão entre diretrizes clinicas e diretrizes de utilização e como que a gente faz este link com a cobertura e esta rotina que a gente esta criando aqui para avaliação experimental periódicas e como que a gente planeja isto para as avaliações futuras, pode passar. Então a gente já queria deixar isto no ar assim pelo menos para não gerar outras demandas acima de coisas que a gente já esta estudando e a gente vai estar aceitando qualquer contribuição de qualquer sentido não sei se a gente para para pergunta ou se o Fabio apresenta ou a gente apresenta o turno e faz as perguntas no final. Que é muito diferente, João, não esta funcionando, da para ligar este gente?

JOÃO PAULO (UNIDAS) Diz: Excelente assim a é legal a gente ver estas iciniativas são realmente demandas que acontecem no nosso dia dia da operadora mais a pergunta é a seguinte: Nós já temos dentro das operadoras equipes técnicas que fazem também avaliação de tecnologia seja para cobertura excepcional ou não ou para validar aquelas que estão dentro do próprio Rol. A Agencia não pensa em aproveitar estas diretrizes, este add lines estas normas e avaliação de tecnologias das próprias operadoras não

para, mais para pelo menos que sejam submetidas e validadas aquelas que tiverem algum valor que não tiverem interesses econômicos aí da própria operadora a UNIMED tem, eu estava conversando com o JURIMAR ele deve ter mais de 200 ou 300 diretrizes a UNIDAS é banca uma equipe que Sá trabalha com evidências para também dar uma orientação para os seus auditores então o que a ANS pensa é com relação a isto?

MARTA: Muitas destas a gente tem acesso que é a maior parte das coisas que vocês produzem acaba chegando até a gente ou por que vocês enviam ou por que a gente vai a algum evento e acaba recebendo enfim então muitas a gente tem acesso e aí para esta discussão de diretrizes especificamente a gente, acho que eu já falei um pouquinho disto a gente tem um grupo que a gente discute um pouco, e já discutia esta equipe é um pouquinho mais antiga, é como que isso pode se dar na saúde suplementar quem vem desensolvendo o não, qual experiência deu certo,.... algumas operadoras participam deste grupo e a gente esta tentando reativar esse grupo para discutir assim olha, para agente é importante demandada AMB X, isto também é importante para vocês isto também se configura numa demanda lá na vida real, sim ou não, então esta resposta, e este envolvimento a gente acha bacana. A gente acha que não dá para simplesmente pegar a diretriz que esta pronta e a gente utilizar, muito menos por causa da coisa técnica que a gente vê que algumas diretrizes tecnicamente que vocês produzem são bem legais, são bem consistentes, se pautam em avaliação de tecnologia sim, mais muito mais por legitimidade, a gente não conseguiria fazer com que o medico se sentisse confortável e utilizando uma diretriz que quem construiu foi uma operadora, ou que não foi a diretriz da AMB ou enfim.

INTERGEIÇÃO: FALOU EM VALIDAR

MARTA: sim, sim. Mais assim por isto que a gente acha precisa, teve esta preocupação de tornar este processo legítimo, que as pessoas de verdade se sintam com ali representadas e possam usar.

JOÃO PAULO (UNIDAS) Diz: certo e assim só finalizando, com relação a eu sei que a tendência natural quando a gente fala de corporação de tecnologia é material e medicamento mais todo mundo que esta aqui sabe que não é só isto que tem técnica cirúrgica tem exames diagnósticos quer dizer então embora chame mais a nossa atenção então a gente tem que ter muito cuidado porque as vezes em corporação diz simplesmente um ato, vou chutar aqui Fisioterapia para bursite do ombro direito, e ela talvez tenha um impacto maior do que um reconstrutor, do que uma oxigênio terapia hiperbóreo então se a gente não levar em consideração isto na parte da análise de impacto isto termina sendo importante.

MARTA: É a gente tem clareza de algumas coisas deste tipo.

JOÃO PAULO (UNIDAS)- uma duvida Marta, nos vamos utilizar aquela aquele material aquela demanda da ultima consulta publica?

MARTA: sim isto daí partiu daquele material mais posso estar publicando... sim isto é o ponto de partida por que a gente já precisava e ia adiantando as avaliações por que se juntasse a demanda do passado com a demanda do presente com a demanda do futuro acho que a gente não a dar conta então isto daí já esta em processamento e agora a gente vai estar aberto para receber outras demandas. Então...

JOÃO PAULO (UNIDAS) – Com relação a diretrizes só para colocar que, estas diretrizes aí da AMP foi ponto aí inicial para não existe nenhum interesse nenhum conflito então elas são legítimas neste aspecto.

MMARTA: o QUE FOI?

FABIO FACHINNI: Bom, Boa tarde ! Vamos-nos falar um pouquinho agora sobre, antes de entrar na apresentação propriamente dita, a gente vai falar um pouco sobre o histórico deste processo e a importância de um planejamento a gente vai ver ao longo da apresentação, que, foram testados outras possibilidades de avaliação de impacto só falando de impacto econômico financeiro não é então fico satisfeito pelas pessoas da área financeira não entendo nada desta parte medica, acho que só para entender um nome de um produto ou procedimento aí eu ia levar umas duas semanas, então já viu que o impacto é demorar e se eu fosse para um lado médico. Mais do ponto de vista financeiro a gente tem uma metodologia bastante rica do ponto de vista de análise de impacto baseada em series históricas de despesas que a gente vai apresentar aqui para vocês, mais antes eu gostaria de apresentar um vídeo rápido que eu acho que ilustra um pouquinho o que foi este processo para a gente chegar até este ponto aqui. Se pudesse apagar a luz aqui da frente do aqui do palco (risos). Só para facilitar a visualização, se não foi muito difícil isto a gente pode deixar a luz acesa. Era justamente o contrario era apagar este e... isto... medico vai dormir agora com dado econômico financeiro e vai correr tudo bem. Penumbra acalma é bom, acho que tem acho que uns trinta disjuntores ali para ela testarem... pode assar, por favor:

APRESENTAÇÃO

FABIO FACHINNI: Ta bom agora são os créditos podem desligar, então pode desligar este foi o anuncio vencedor ai. Mostra o menino fazendo o seu planejamento o estratégico, ele queria um irmão pra jogar bola, e planejou isto muito bem com estratégia e foco e chegou o resultado que ele queria lá com a chuteira do irmão. Tinha um risco de 50% mais uma menina hoje até joga bola bem então daria certo também mais o fato é o seguinte é eu trouxe este vídeo só para ilustrar que este trabalho que a gente vai apresentar para vocês hoje ele foi fruto de um processo similar obviamente mantido proporções a um processo de planejamento quer dizer agente identificou um problema pode passar por favor o slide, este problema foi identificado lá na câmara de saúde suplementar em 21 de novembro de 2007 quando nos apresentamos os resultados da medida de custo e freqüência de um estudo a priori de custo e freqüência de uma amostra de operadoras dos novos procedimentos, e a gente se deparou com um problema então, quando você identifica o problema é que nasce a necessidade do planejamento e quais são os problemas desta metodologia que foi apresentada lá em novembro de 2007? Basicamente que não havia padronização de informação entre as operadoras este processo agora esta evoluindo com o TISS e com o TUSS, naquela época ainda não havia está padronização suficiente as estatísticas de freqüência custo médio ela eram de uma estimativa muito precária, dificuldade das operadoras em recuperar o histórico destas despesas que eram um processo a priori e não captava determinados comportamento tipo sazonalidade, demanda reprimida etc.

A outra conclusão desta Câmara de saúde Suplementar de novembro de 2007, foi uma proposta, vamos acompanhar o impacto de atualização do Rol após sua implementação, quais seriam as vantagens deste processo você teria uma medida de estatísticas de freqüência e custo a posteriores para a medida mais realista do que um estudo a priori, identificar claramente os procedimentos cobertos na praticas pela operadoras, quer dizer: as operadoras que já tinham uma rede, uma operacionalização capaz de fornecer aquele serviço que a gente sabe que determinado procedimento pode levar um tempo até a empresa se preparar para ofertar adequadamente aquele serviço. E a gente poderia ser capaz de acompanhar a evolução do longo prazo dos

custos associados às diversas incorporações no Rol. Quer dizer que, este processo agora é um processo dinâmico e de preferência num período de tempo mais curto, pode passar.

Bom o que aconteceu antes de entrar propriamente no modelo no primeiro semestre de 2008 nos fizemos uma tentativa de acompanhar a incorporação, o procedimento essa é uma metodologia chamada ===== econômica em saúde, basicamente existe um autor chamado DRUMONT que é o que levantou toda esta parte bibliográfica sobre esta metodologia e a gente viu o cara – uma coisa do ponto de vista teórico e lindo, por que você deveria se relacionar com médicos, enfermeiros com as diversas especialidades e tal para levantar os custos e benefícios, de cada um daquele procedimento visa vez o restantes de todos os procedimentos. Então do tipo a, a videoparoscopia ela tem este custo mais ela tem este benefício em relação a cirurgia que vocês chamam de céu aberto, cirurgia de céu aberto. Então isto é o mundo ideal, realmente, se você olhar procedimento a procedimento, só que no ponto de vista pratico demandaria uma equipe enorme de pessoas uma base de dados de casos empíricos médicos e enorme para você poder ter uma estatística razoável do custo benefício ----- e a gente optou então por não levar a diante esta metodologia foi então que segundo semestre surgiu esta alternativa que nos parece alternativa mais viável e do ponto de vista metodológico, com muita fundamentação quer dizer depende muito mais dos dados que a gente já coleta dentro da agencia do que criar-se um novo modelo de coleta e esta coisa de coletar e depois pensar é muito ruim é melhor pensar e coletar então a gente já tem coisas coletadas e em cima disto a gente resolveu trabalhar este modelo. O que seria isto? Este modelo ele é mais abrangente do que exclusivamente a questão do Rol, a gente optou por analisar a operação desta empresas com um todo e ao longo da vida destas empresas ao longo desta operação voltam a tecer coisas. Vão acontecer fatores exógenos que podem gerar algum tido de desequilíbrio no padrão de comportamento daquela destes existenciais, que nada mais é que o resultado do custo vezes a freqüência de utilização tomar conta do plano de contas das agências que é a questão da despesa assistencial que é a informação primaria que aparece no di óculos, que é um sistema, uma base de dados da diretoria de operadoras e daí nasceu a uma integração e que no meu ver é fundamentação para agencia que a integração entre a área que faz esta avaliação de impacto e a área econômica financeira da DIOP que é responsável por estas informações econômico financeira então tem alguns representante da DIOP aqui. E a gente tem trabalhado bastante integrada com estas bases de dados que são bases fornecidas pelas empresas e que tem por obrigação legal as auditorias independentes. Então em tese são bases mais confiáveis do ponto de vista de analise das despesas como resultado deste custo da freqüência do procedimento do que eu simplesmente pedir planinhas para as empresas e analisar planilhas caso a que seria uma coisa bastante imprecisa do ponto de vista contábil, do ponto de vista financeiro. Então a gente optou por desenvolver uma mitologia ai com hoje nos somos uma equipe multa disciplinar tem economista atuário mais existem parceiros que estão se agregando a esta equipe que hoje a gente tem a presença do Ministério da fazenda aqui mais tem uma forte tendência a nos juntarmos com profissionais que tenha expertise para tratar deste tipo de problema por exemplo os profissionais de de----- estão acostumados a olhar serie, serie históricas de números etc. mais o que, qual é a vantagem deste modelo, primeiro que ele é de monitoramento constante, quer dizer eu não preciso estabelecer uma data agora eu vou olhar o que esta acontecendo, não ... eu estou

olhando o que esta acontecendo. A despeito dos fatos dos dados de despesas serem dados trimestrais a diretoria de operadoras ela já começa implementar coleta de dados mensais através do fluxo de caixa das empresas. Fluxo de caixa mensal das empresas, então ai isto é um ponto positivo do ponto de vista de checagem desta metodologia, agora, o que é um fator exógeno, pode ser uma incorporação de um procedimento novo que não estava previsto naquele contrato pode ser uma epidemia de dengue que aconteceu e que também não estava, gerou um desequilíbrio qualquer em determinado operação pode ser um fenômeno extraordinário qualquer, que a gente por isto é chamada de fatores exógenos, são exógenos por quê? Porque estão fora da governabilidade daquela relação contratual ou não estão previsto naquela relação contratual sem entrar no mérito aqui do que deveria estar previsto, do que não deveria estar previsto, quer dizer aqui a nossa discussão basicamente é uma discussão técnica, eu vou tentar transformar isto numa coisa menos árida do ponto de vista de calculo, estas coisas, a gente não vai estar nesta parte mais pesada ai da metodologia e isto envolve enfim estatísticas avançadas etc. não é um North Fórum, mais do conceito acho que dá para a gente discutir bem. Pode passar.

O que a gente resolveu fazer então? A gente pegou a base de dados de OPTIS desde primeiro trimestre de 2002, que são os dados que tem um maior grau de confiabilidade quer dizer, os dados que já começa demosntar uma coerência e começamos a tratar este dado eliminado, isolando, determinados efeitos. E a vantagem você trabalhar com estas series históricas é que você é capaz de isolar efeitos que nas outras propostas metodológicas você não conseguiria então a questão da SAZONALIDADE a questão da evolução do numero de beneficiário, as empresas elas crescem, por que crescem o numero de beneficiários também, a despesa não cresce só por que tem fatores exógenos. Ela cresce por que tem uma inflação no setor então tudo isso precisa ser tratado por gado isolado dessa análise para que você não tenha um vícios de estorcendo resultado daquelas analises.

O que vem a ser isto? Se entrar mais a fundo a analise de serie temporal você pegar um comportamento no tempo de uma determinada variável, o nosso caso vai ser despesa assistencial, e estabelecer se houve algum distúrbio neste comportamento a medida que alguma coisa externa aquele ambiente começou a afetar esse comportamento e como é que a gente mede esta coisa externo? No momento no tempo, no momento tempo, onde esta coisa externa apareceu ai você faz um teste de hipótese: Será que esta coisa, ela, foi forte suficiente para mudar a tendência do comportamento desta serie. Então é isto que a gente vai tentar para isto você tem técnicas consagradas ai e ai o pessoal do MINISTERIO DA Fazenda, se eu tiver mentindo, por favor, me corrija aqui. Mais existem series metodologias que já são aplicadas em outros mercados, são aplicados em diversos mercados regulados inclusive e eu não vou entrar no detalhe você tem em media móvel você tem filtro HP, tem regressão polinomial que são técnicas bastante conhecidas pode passar.

Bom o que foi feito, bom, nos precisaríamos pegar um conjunto de operadoras que tivesse uma regularidade no envio do DIOPS ao adiantava pegar o meu universo de 1000 operadoras que mandam o DIOPS ou 1200 não sei ao certo o numero atual, mais o fato é que muita destas operadoras lá no passado tiveram problemas, estão mudando seus sistemas, demitiram contador, uma serie de coisas que podem acontecer e que geram GEPS, geram vazios nestas series

Então a gente optou por pegar o que? Pegar as 620 operadoras e daí a gente só tem dados até o terceiro trimestre de 2008 o quarto trismetre de 2008, ele fecha agora no

final de fevereiro. E lembrando que esta 600 e poucas operadoras respondem por 80% quase da despesa total do setor. Então a despeito de não ser o universo de operadoras é um conjunto de operadoras bastante significativo do ponto de vista de representatividade dessa despesa assistencial de setor. Então isto aí a gente está falando e algo de torno de 9 bilhões de reais por trimestre em despesa assistencial, que equivale a uma sinistralidade média em torno de 75%. E isto pega num total de 31 milhões de beneficiários então pode passar por favor. Então isto aí é o retrato da curva de crescimento de despesa no setor isto é o retrato eu não sei se alguém já viu este retrato, mais este retrato é o comportamento da despesa de assistência à saúde no setor de Saúde Suplementar Brasileiro, que expressa através dos números do plano de contas publicados em Diários Oficiais ou Jornais de grande circulação e editados por auditores independentes. Então existe claramente aí um padrão de crescimento neste negócio como diria um amigo meu: existe um mundo melhor mais custa muito mais caro não é? Então a despesa naturalmente por tudo que vocês vão falar aqui ou por que já falaram quer dizer por evolução natural da medicina, necessidade crescentes de um indivíduo em utilizar PETSCAM e coisas que valham então o mundo evoluiu e a despesa acompanha esta evolução que é o processo natural não é um processo não supremamente não é um processo... isto aqui se eu tirasse uma foto dos Estados Unidos.. Brasil, se eu tirasse dos Estados Unidos da Alemanha do Japão da até do Canadá até do Canadá que que é o ***** de saúde para o mundo aí e tal você veria que estas despesas são muito crescentes elas têm padrão de crescimento. E aí tem duas formas da gente olhar este padrão de crescimento na despesa a gente pode olhar na curvinha verde na reta verde ali no primeiro, primeira método superior do slide a gente pode olhar que aquela série que parece um eletrocefalograma para os médicos aquele negócio assim, essa ela pode ser vista como uma coisa só, ou pode dizer, não! Isso é a tendência natural daquela reta verde ali, a tendência natural de crescimento da despesa no setor. Ou seja, eu não considero nenhuma mudança estrutural no setor, olha, a despesa cresceu por que a vida é dura, e a despesa cresce e aí não tem jeito, isto é um comportamento natural do sistema agora eu posso olhar e dizer o seguinte: não mais espera aí... inte zero inte zero, aconteceu um negócio diferente neste setor, mais o que aconteceu? Ah, aconteceu uma tragédia uma Tsunami varreu aquela região ali e você tem um índice de sinistralidade totalmente fora do padrão considerado normal dentro de um mercado se comportando dentro de condições normais, ou agora o Rol é tão amplo, tão amplo que houve realmente um descolamento daquele padrão. Ou enfim pode acontecer as mais diversas os mais diversos fatores exógenos que vão.. perdão poder causar alguma mudança estrutural nesta curva e aí você pode olhar mesma série de forma diferente você pode dizer que até os 3 zeros eu tinha um determinado comportamento e depois dos três zeros eu mudei o comportamento. E para que serve isto? Bom a gente é capaz através de técnicas de estatísticas testar para ver qual é a hipótese é mais provável se é a de cima, tudo está como antes não há nenhuma modificação ou a hipótese de baixo é a mais provável, não, houve de fato um distúrbio nesta série temporal de despesa e isto pode ser transformado em um número. Isto pode ser transformado em número que eu posso através de uma compensação financeira trazer esta curva de despesa para o padrão anterior que ela estava se comportando então o que a gente está falando é que existem técnicas estatísticas para se testar com um grau de confiança que é de acordo com a sua necessidade de confiabilidade quer dizer eu posso testar isto com um grau de quase 100% posso dizer olha: com 99% ou 100%

de estatística só quando você é o fenômeno. Quando você é o fenômeno, poxa aqui ninguém morre atropelado! Você morreu, você 100% mais em estatística você trabalha com uma coisa com numero não determinístico, você vai olhar com 99% de certeza eu posso dizer que esta serie aqui sofreu distúrbio e por tanto tem um numero atrelado a este comportamento que expressa a avaliação desta despesa decorrente desta mudança fatorial

Eu não tenho este numero hoje, então não sei se além estava esperando esse numero mais não temos por um fato bastante razoável, é que nos temos poucos pontos coletados a partir da incorporação do Rol do ano passado capaz de gerar uma distribuição a posteriori do Rol para ser comparada com a distribuição a priori do Rol. Então a gente não tem, a gente só tem 2 pontos que é o segundo e o terceiro trimestre de 2008, a gente esta esperando agora o terceiro ponto que é o quarto trimestre de 2008 se a gente esperar mais um ano, vamos ter mais quatro, se esperar mais dois anos oito pontos e assim por diante. O que não impede que a gente busque o numero com quantos pontos existirem no entanto aquela significância estatística que outrora era 99% ela vai cair para um numero bem menos confiável do ponto de vista estatístico. Então com 2 pontos eu vou.... com 90% com 91%, que estatística não é uma medida boa ta, estatística a gente só toma a decisão há cima de 95% por que aí o grau que a gente pode estar errando é muito baixo. Quais são os próximos passos? Bom primeiro é receber então a gente já faz um apelo para que as operadoras mandem o DIOPS do quarto trimestre de 2008 com antecedência para a gente poder medir mais rápido este negocio. Bom a gente estava fazendo simulações com vários cenários, cenários de crescimento da inflação, cenário de aumento da do numero de beneficiário, cenário de baixa do numero de beneficiário, cenário macro econômico, que já não sei nem mais se é uma simulação ou se já é o reflexo da realidade, um cenário macro econômico de que queda no volume de beneficiários no setor então a gente esta trabalhando com muitos cenários, muitos, da ordem de 10, 20 mil cenários. E isto para que? Para agente estar a consistência do que a gente esta fazendo então se nas simulações o modelo então no caso real a gente vai ter uma mínima garantia de funcionalidade deste negocio, e a partir daí a gente vai avaliar qual é o grau de certeza que a gente quer nesta historia, mais isto é uma decisão do colegiado, é uma decisão que uma vez tomada, vai ser levada a Câmara de Saúde Suplementar não é uma decisão do técnico, o técnico apresenta um ... de possibilidades o colegiado vai lá e decide o que ele acha mais confortável do ponto de vista de uma serie de informe sobre o problema, e aí sim a gente pretende apresentar os resultados deste ano ou ser for do ano que vem ou do ano que vem enfim. Então basicamente era isto.

ROBERTO (FEDERAÇÃO BRAS. DE HOSPITAIS): O seu trabalho realmente este muito bonito, só que neste seu trabalho todo nos falou uma só vez em prestadoras de serviços que falou somente sobre impacto econômico financeiro o custo operadoras e etc. Você citou aí vários fatores que influenciaram o aumento de custos das operadoras que fatores exógenos, fenômenos extraordinários só que está fatores impactaram também custo de prestadores, os prestadores tiveram que contratar mais gente, os prestadores tiveram que gastar mais dinheiro para a aquisição de novos equipamentos, os prestadores tiveram em fim que fazer uma serie de adaptações econômicas para fazer em face de este progresso da medicina que foi tão citado aqui. Eu gostaria de saber se existe alguma intenção da ANS de fazer um trabalho semelhante com relação aos prestadores de serviços para ver se a semelhança das

operadoras, esta aumento de custo que elevado em planilha e que vai se refletir no aumento de contribuição dos usuários também será feito com relação às prestadoras de serviços.

FABIO FACHINNI: Eu posso só... alô...

DR SCAFF: Só para começar o debate aí, eu acho que esta ----- só para talvez, a terminologia que ele esta usando, a semestralidade ou despesa assistencial das operadoras, talvez fosse isto que queira falar é exatamente o que é pago para os prestados, a parte do que é pago do disto aí. Então isto expele, então é um Proxy bastante interessante ou da para a gente enxergar com isto aquela parcela de recursos que esta sendo pago para os prestadores então o que eu estou enxergando, e aí é assim: veja bem o que nós estamos fazendo aqui é uma análise macro de todo o sistema esta certo? Eu não vou conseguir chegar no prestador A ou no prestador B, mais eu estou fazendo uma análise de comportamento de todo sistema para conseguir enxergar como isto esta se comportando dentro de uma tendência histórica dentro de um estudo que esta sendo determinado. Como o Fabio falou, tem toda uma técnicas de estatísticas econometrias por trás disto o pessoal que estudou isto realmente se dedicou muito é aí não foi só uma diretoria foram duas diretorias e mais a própria DIDES de trabalhou muito estas bases de dados para a gente então houve um esforço enorme de conseguir ser para análise. Então do ponto de vista da avaliação deste macro ambiente e esta despesa assistencial ela é uma Proxy muito importante do que o senhor estava falando. Agora ela não desce neste tipo de minúcia de discutir uma planinha de um determinado prestador, esta certo? Ela esta um outro nível de análise que é o nível que a gente esta se propondo a estar estudando.

= só lembrar que o prestador é fundamental e não há como discordar quer dizer o prestador é no final da conta a ponta que fornece a qualidade que presta o serviço que precisa ser de fato, precisa ter talvez um grau de solvência e liquidez tão importante quanto a operadora. E se não ele não consegue pagar não consegue... o que pelo menos, eu me lembro de duas ações, uma que foi feita e uma que esta sendo feita agora sem contar que hoje existe uma gerencia de prestador na ANS quer dizer, eu acho que cabe as entidades que representa os prestadores encaminharem propostas deste tipo de demanda, ou seja, talvez aqui não seja o fórum mais adequado mais eu acho que nesse cenário macroeconômico que a agente esta vivendo este ano que provavelmente vai estender até o final do ano se Deus quiser não se |Deus quiser isto vai acabar logo, mais se não acabar certamente o senhor tem toda razão, quer dizer, prestador ele porta equipamento ele sofre com a variação cambial, ele o que a gente pelo menos na época que eu estava na DIOP à gente montou uma provisão especial para os prestadores que era a provisão para dependência operacional por que a gente viu comportamento eu estou fugindo um pouquinho do assunto só para dar uma resposta para o senhor não ficar sem resposta mais na verdade La atrás a gente criou esta provisão para que a operadora não se financiasse em cima dos hospitais e dos prestadores em geral. O que a gente via era o seguinte: o cara recebia em pré pagamento e pagava o prestador com 90 ou 120 dias ou 300 dias, era uma coisa absurda havia uma, se era sócio da operadora sem querer, então o que a provisão ----
----- olha até trinta dias tudo bem o que passar acho que, até 60 dias, a agência aceita, o que passar de 60 dias você tem que garantir numa conta custodiada na agencia e isto já foi um grande passo para melhorar a relação não contratual mais a relação de pagamento, a relação financeira entre a operadora e o prestador. Isto foi uma coisa que aconteceu ano passado. Este ano a gente recebeu a Secretaria de

Acompanhamento Econômico, estava eu e o Scaff na reunião, e o Dr. Alfredo Cardoso estava na reunião do diretor da DIOP que conhece bem a situação econômica financeira das operadoras e quando a secretaria de acompanhamento econômico nos perguntou, qual era a nossa preocupação com o setor, o Dr. Alfredo virou e falou: OLHA EU ACHO QUE VOCÊS DEVERIAM SE PREOCUPAR COM OS PRESTADORES QUE OS PRESTADORES SÃO A PONTA QUE VAI SOFRER DIRETAMENTE AO CENÁRIO MACRO-ECONOMICO. Então neste sentido a gente tenta uma aproximação com os órgãos que envolvem são as cinza este tema financeiro para justamente poder dar a visão correta da onde você tem que dar um tratamento especial para evitar problemas maiores ai no futuro, então eu concordo plenamente com o senhor então eu acho que este aqui não é o fórum para isto mais já que tem uma gerencia de prestadoras, vamos fazer propostas e encaminhar para estas gerencia e a gente então passa a internalizar este problema na agencia e discute num outro fórum mais especifico.

MARTA: A Solange agora depois o Benicio João e depois o...

SOLANGE BEATRIZ (FENASAUDE): Boa tarde sou a Solange Beatriz da FENASAUDE, mais uma vez vou dar os parabéns aos técnicos da agencia pela condução da discussão de temas de interesse importante como este. O Fabio demove parabéns, a Marta ao Alfredo, eu tenho uma duvida com relação ao modelo quer dizer pelo longo tempo entre a o penúltimo Rol e este ultima, o que aconteceu no mercado foi que inúmeras operadoras já tinham contemplado estes procedimentos nas suas coberturas, o que se espera é que daqui para frente esse tipo de comportamento se veja minimizado em função da atualização constante do Rol. Mais este primeiro ele teve um forte viés deste tipo de conduta, esse modelo para este primeiro momento considerou, como é que você tratou este assunto?

FABIO FACHINNI: O modelo ele... considera na medida em que isto seja um fator exógeno, se era um fator que já foi internalizado pelo setor, significa o seguinte olha neste mercado que em tese é mutua lista, se o setor que é composto por 80% de planos coletivos e 20% de plano individual se 80% dos planos coletivos desde já conseguiram absorver o impacto deste negocio certamente isto não vai aparecer aqui. Por quê? Porque você esta olhando a operação como um todo eu não estou, eu estou olhando a operação do ponto de vista mutua lista, quer dizer a operação... o importante é que a empresa como um Toto tenha sede financeira, tenho solvência, tenha liquidez, quer dizer, não dá para a gente olhar eu vou até cometer uma Gafe aqui, não dá para olhar produto por produto. Mais este negocio é mutua lista você tem que olhar a operação como um todo se não vamos dar um exemplo do Vale do Rio Doce, produz cobre, cobalto, manganês, minério, ferro, alumínio etc. a Vale ela tem uma carteira de produtos e hora um produto do lucro e hora outro produto dá prejuízo e só que a empresa como um todo ela tem um desempenho fabuloso do ponto de vista de lucratividade então o que a gente procura medir neste modelo são fenômenos que afetem o comportamento da empresa como um todo e não que afetem parcelas especifica desta população na carteira.

MARTA: Deixa-me só pontuar uma coisa disto que a Solange falou? o que é importante para a discussão que estamos tendo agora.

Quando a gente fez esta primeira incorporação a gente sabia que eram muitos procedimento em termos de numero mais que uma parcela do mercado já havia absorvido estes custos insto a gente sabia muita segurança então a gente sabia que se uma parcela já absorver o resto consegue absorver... então a gente colocou muitos procedimento sabendo que aquilo não ia dar conta e que a gente já tinha um pouco de

noção de isto não ia ser um impacto. Que as pessoas teriam como absorver e já sabia até o que não ia dar para absolver ou o que seria mais difícil de absolver. Por outro lado sobraram alguns procedimentos e estes procedimentos sobraram ou por que faltavam avaliação ou também por que o impacto dele junto com aqueles outros eram muito maior. Então isto que a Solange falou é uma verdade esses procedimentos que a gente está avaliando daqui para frente, um número infinitamente menor de operadoras os cobre hoje então assim estes procedimentos à medida que eles são incorporados, talvez o seu impacto de um ou dois daqueles seja muito maior do que os 160 que a gente incorporou para trás, isto é verdade a gente tem noção disto e não é a toa que sobraram alguns daqueles procedimentos. Então isto é uma realidade que a gente vai ter que trazer para a discussão desta avaliação agora.

SOLANGE BEATRIZ (FENASAÚDE): Quer dizer que neste primeiro, quer dizer para efeito de um primeiro resultado deste último Rol eu acho que fica um pouco prejudicado, em função dessas situações. Porque embora seja o sistema mútua lista carteira e tal, e se tratam de empresas isoladas de carteiras e desolados e de realidades diferentes então você tem, por exemplo: determinada empresa que já ofereciam 90% deste procedimento. As auto-gestões, por exemplo, a UNIDAS declarava isto olha grande parte eu já cubro, então nessas neste nesta amostra que serviu de base de cálculos quer dizer você já tem incorporar, quer dizer não é uma novidade. Não houve, não foi incorporado este procedimento novo. Por exemplo, você já está tratando da informação ao longo do tempo, quer dizer que daqui para frente é que eu acho que há a metodologia ela vai refletir mais proximamente essa variação deste impacto de custo na operação.

FABIO FACHINNI: Agora que eu entendi direito, mais é isto mesmo quer dizer: o que não impede que você estratifique este comportamento para determinados modalidades, por exemplo, de operação ou determinadas regiões do país, você consegue isolar um pouco este feito então, tudo é correto e o modelo ele tanto pode do macro ao micro, eu posso olhar uma empresa aqui eu posso pegar uma empresa, vamos supor que aquele instrumento chamado revisão técnica estivesse vigorando. Eu poderia olhar uma empresa ver o comportamento dessa empresa ao longo da série e olhasse para se aquela empresa houve algum tipo de distúrbio, ou para aquela modalidade ou de algum tipo de distúrbio. Ou para aquele porte de beneficiários que o porte aqui é fundamental né? vamos esquecer. Por isto que o modelo isola a questão do número de beneficiários. A gente vai olhar a despesa per capita, é isto que a gente vai olhar.

BENICE (CONSELHO FEDERAL DE ODONTO): A Saúde Suplementar no Brasil ela é feita por três componentes, o órgão regulador, a operadora e o prestador. O que se vê na realidade nas avaliações nas avaliações principalmente dentro da agência, é que o prestador ele não hoje, eu não digo que ele o Fabio levantou que ele é uma ponta dentro do sistema ou acho que o prestador, e a coluna mestres no sistema de saúde não é? Eu acho que a prioridade na avaliação e na preocupação no prestador ela é muito pouca em relação ao que são feitas as operadoras. então eu gostaria de que saber primeiro: é uma decisão política esta? Ou se PE uma decisão meramente aleatória na questão das avaliações? Outra pergunta que eu queria fazer é em relação, me parece que aí não estão incluído as operadoras que não estão muito odontológicas ----- eu gostaria de saber se tem alguma previsão para que estas operadoras odontológicas também a gente tivesse essa avaliação, este impacto entre o sistema econômico que hoje está vigente nos países.

FABIO FACHINNI: Isto que é reprodutivo para área odontológica DA MESMA FORMA QUE EU RECEBO que a DIOP recebe os dados ou quando o financeiro do médico-hospitalar recebe do odontológico, então é uma veia. Por que a gente testa para o médico hospitalar? Por que este efeito são mais pronunciado aí no médico hospitalar. E a ultima revisão foi focada nisto mais é totalmente aplicável e se será aplicado a questão odontológica. Em relação as prestadoras tem uma questão fundamental que a gente tem que citar a Lei toda hora. Mais a Lei ela não deu mesmo poder para agência atuar sobre o prestador como deu para operadora então a gente tem 90% de ferramenta para atuar sob mercado de operadoras e uns 10% residuais aí que a Lei garante por pedir informação da uma olhadinha em alguns números e tal, então o que a agencia tentou ao longo deste ano, tentou vir a relação operadora, prestador conseguir trazer um pouquinho o prestador para dentro da regulamentação. Sá para dar um exemplo desta tentativa, no PACK saúde mais, existe um projeto de acreditarão de operadoras e de prestadores, então a gente levou esta demanda para o Ministério da Saúde para o governo federal no sentido de dizer o seguinte: Olha não dá para ter uma operadora creditada, se a rede não tem nenhuma medida objetiva de qualidade ou a agencia acabou de desenvolver uma linha de financiamento com o BNDES, para acrescentar os prestadores, quer dizer. Para que os prestadores se preparem para este processo de mensuração da qualidade deles que é fundamental para você ai sim a medida que você conhece os prestadores e se a gente tem 1200 operadoras você não imagina quantos prestadores não existem no Brasil estão o 1200 a gente já corta um dobrado para poder olhar este povo todo você imagina acho que a agencia tem que ter mais braços para poder alcançar mais se você olhar pelo menos na gestão, nesta ultima gestão agora quer dizer houve um esforço grande. Na primeira gestão os esforços era arrumar que a lei mandava, que eram as operadoras, depois que arrumou isto, na segunda gestão você ah vamos agora começar olhar os outros agentes tão importantes, você citou 3 eu chutaria o 4 para o consumidor. Quer dizer o consumidor é o agente que paga este negocio aqui, é consumidor esta para plano de saúde assim como universitário esta para universidade, universidade é muito bom o que atrapalha são os alunos tem professor que fala isto mais eu acho que não, eu acho que o que sustenta a universidade são os alunos e o que sustenta o plano de saúde são os beneficiários este dinheiro é que gira no sistema então eu botaria quatro elementos fundamentais e a agencia tem se aproximado desse quarto elemento, não sei se tem o 5º elemento isto é um filme não é " O Quinto Elemento".

MARTA: Deixem eu só pontuar uma coisa que talvez não esteja clara para todo mundo eu acho que a gente deu um pulo assim no que a gente vinha discutindo, para que serve este modelo o que é isto que estamos discutindo, impacto econômico financeiro isto todo que o Fabio apresentou é para ver se existe um numero de valor de reajuste para ser repassado para os beneficiários é isto que a gente esta falando, só para não, o que é este numero mágico, encantado que o Fabio esta tentando chegar é isto. Existe um numero um valor de um impacto em cima que seja tão grande e insuportável que precise ser repassado nas contratações peculiares, é isto. É este o numero ele não mede nenhuma outra coisa senão esse.

Dr. SCAF: só vou completar uma coisa, para os planos individuais por que nos coletivos isto já acontece nas negociações.

MARTA: Porque você tem ai às atribuições de liberar o reajuste da operadora então só o Fabio pode dizer o quanto vai ser o valor do reajuste, então assim isto tudo é por causa disto. Então não tem outra atribuição por isto.

FABIO FACHINNI: "POR ISTO QUE EU GOSTO DE VOCÊ!" Quem pode dizer o numero seria o colegiado, e não sou eu, eu apresento a formula.

MARTA: Então estes numeram serva para isto para somar ou diminuir do quanto a gente vai ter que pagar a mais do final do mês.

FABIO FACHINNI: Quem fez sabatina no senado foi o diretor, deixa eu só complementar a resposta da doutora Solange que hoje o DIOPS ele é capaz de capturar despesa dos planos individuais então se você imaginar que este impacto ele pode ser muito mais sentido no plano individual do que no plano coletivo. Já que o plano coletivo absorve esta informação um bom teste mais ai tem que ter uma base de coleta de dados de planos individuais que a gente começou a medir isto este ano de 2009 então daqui a uns 3 ou quatro anos exatamente nossos sucessores vai ter esta base de dados para poder medir esta historia toda.

**** tratando só deste caso deste Rol, não dos futuros quer dizer, não é uma questão.... e sim deste caso concreto. É que algumas empresas efetivamente já tinham incorporado nas suas tabelas nas suas coberturas estes procedimentos então a variação desta vai ser menor. Outras não. Por quê? Porque o Rol é mínimo não é? então tem empresa que deliberadamente fornece mais e nos teste o Fabio foi isto. Haverá determinada situação o que onde determinadas empresas ou se poderia chegar até ao corte de modalidade de porte de que aquelas precisam de nós, por quê? Porque elas estavam ali naquele piso mínimo do Rol então essa metodologia ela não mede o custo destes procedimentos. Mede o impacto não é na operação e a operação daquele momento desavisa a novidade de obrigatoriedade.

JOÃO: Bem quando eu vi este assunto aqui na pauta eu fiquei muito feliz, mais eu confesso que eu estou um pouco decepcionado, não com a apresentação que foi excelente, decepcionado por que eu tinha a expectativa de que este assunto fosse seu impacto econômico antes da incorporação das tecnologias ao Rol que é o futuro e não o passado. Passado já passou inclusive não tem mais jeito, a gente vai ter que pagar aquilo que acontecer, tudo bem vai influenciar na próxima no próximo reajuste como foi mostrado, então assim, o que a agencia pensa efetivamente. E ai não dá para só mostrar modelo matemático que é usado para outros ares, na área da saúde infelizmente têm que ser usado outras técnicas com o custo utilidade, custo beneficia, minimização, aquelas cambadas que o pessoal sabe muito bem. E analisar desfecho que foi o falado aqui pela Marta muito bem. Então para analisar desfecho é mais difícil ainda sobrevida, outros fatores principalmente na priorização então assim, com relação a este passado concordo plenamente com todos com a Solange de que realmente varia de empresa na nossa empresa foi pequeno **** cobria. Mas tem outras particularidades também que eu não citei. Se nesta avaliação neste modelo que você usou Fabio, que é uma pergunta primeira para Marte, se vai ter analise econômica mesmo no próximo Rol, antes de ser lançado. E para o Fabio é o seguinte: como é que você conseguiu ou se conseguiu separar o que é custo do Rol e o que é custo de outros aumentos tabelas hospitalar honorários, horta e prótese como é que separa isto para saber o quanto efetivamente foi o Rol que pesou não os outros fatores.

MARTA: João assim, depois de a gente ter estudado isto enfim o Fabio ter chegado nesta metodologia, ficou muito claro para agente que a gente consegue avaliar de duas maneiras. Uma é o impacto que isto causou na operação e que isto venha ou não a ser repassado isto é uma coisa. Outra coisa é na hora antes de a gente incorporar o quanto é ou o quanto é meio que um valor mais assim, qual é o custo unitário, qual é

o gasto ou a análise econômico financeira ou o impacto de eficácia, eficiência que gera custo agregado daquele procedimento que a gente vai analisar procedimento por procedimento. porque que a gente não segue previamente ter um valor, por exemplo: decidimos incorporar a câmara hiperbárica, então isto vão custar 0,2 centavos para cada beneficiário de cada operadora, por que a operação e o financiamento deste sistema ele é muito diferenciado as tabelas são muito diferenciadas e a operação e a negociação de cada operadora, isto é muito diferenciada. O que a gente vai trazer são todos os estudos de custo que a gente encontrar daquele procedimento. E ai você sabe que a maior parte dos estudos de custo ou de custo eficaz e efetividade que a gente encontra são internacionais estudo de custo nacional é praticamente uma raridade, mais todos os gente encontrar para trazer esta discussão à tona e aí à gente vai ter que se apoiar muito em vocês também aqui nesta discussão. Por que bem ou mau algum procedimento daquele já foi pago seja via judicial enfim, esta discussão também vai poder trazer se efeito aqui dentro. Então os estudos de custo que a gente achar que a maior parte é internacional agente também vai agregar a esta discussão sim agora este numero previa a gente não consegue ter.

FABIO FACHINNI: Só para desculpe me intrometer só para complementar mais imagino eu que à medida que o tempo entre as revisões vai encurtando as revisões vão sendo marginais na medida que é marginal é muito mais fácil você entrar com a metodologia pontual de avaliação econômica de custo efetividade de custo beneficio em saúde, por quê? Você vai estar analisando 1, 2,3 procedimento, por quê? Porque já se tornou processo natural este primeiro que teve o ano passado ele veio em conjunto maior que há muitos anos não era feito este tipo de análise então fica muito mais difícil você tentar ponto. Ainda mais que á eram procedimentos, na maioria deles já internalizados na operação mais imagina que marginalmente este processo ela vá amadurecer essas câmaras vão ser quase que automáticas e isto então vai facilitar muito essa tua análise que é ideal que é o que você falou, é o mundo ideal mais enquanto a gente não tem o mundo ideal à gente vai trabalhando com...

MARTA: Mas também não é custo efetivo. Em fim é só uma análise...

FABIO FACHINNI: Agora em relação a sua pergunta feita especificamente, a resposta é NÃO, eu não consigo separar o efeito exclusivamente do Rol, por isto que a metodologia de avaliação de impacto econômico financeira de fatores exógenos são. Agora eu consigo mitigar esse viés de não conseguir separa? Consigo! porque eu vou medir a partir de que momento? A partir do momento que eu sei que entrou o novo Rol então eu não peguei qualquer momento, eu peguei o momento direcionado para que capturar aquela informação ali, e o utilizo algumas técnicas de tirar. deflacionar as curvas de despesas por algum índice de inflação, mais ligado ao setor por exemplo a gente tem olhado muito a PCA saúde exportado aquilo de esta na PCA saúde não tem nada haver com saúde. Suplementar que sabonete e não sei o que, esta parte que não afeta diretamente a relação à gente faz a despesa per capta para justamente mitigar o efeito de Beneficiário. Então a gente procura mitigar mais isto tem uma vantagem e desvantagem qual é a desvantagem: é que eu não consigo ir cirurgicamente ali ao Rol. Qual é a vantagem, que eu consigo monitorar outros efeitos que certamente estão acontecendo que vão acontecer e que não são considerados num equilíbrio destas relações. Tsunami não é um TISSuname não.

MARTA : DESCULPE-ME NÃO SEI O SEU NOME!

HERIVALDO GUIMARAES (CENTRAL DOS TRABALHADORES): eu gostaria em primeiro lugar de mudar um pouco o foco da discussão até por que vamos ver se o

usuário também é lembrado neste processo. Eu tenho certeza disto. Que veja bem, a metodologia que você apresentou aí ele trabalha com o aspecto somente de custo é isto. Mais tem outra questão que eu acho que a gente precisa lembrar qual foi o impacto efetivo que a conheceu na implantação do novo Rol para o usuário, isto não pelo menos não foi apresentado até agora e eu não vi nenhuma referencia a esta questão. Com o novo Rol com os procedimentos os usuários efetivamente foram beneficiados com isto? E se não foram por que não foram? Por que é muito comuns algumas operadoras incorporarem novos processos tecnológicos eu sou medico, aqui tem eu e o Almir e o Marcio entre outros aqui colegas que a gente sabe muito bem disto quer dizer é muito comum as operadoras incorporarem alguns procedimentos na área de diagnostico na área de clinica etc. e estabelecer um valor lá em baixo e efetivamente existe a lei de mercado não foi revogado ainda, ou seja, então se existe a lei de mercado alguns médicos não vão fazer aquele procedimento pelo pagamento por exemplo de valores irrisórios, que a gente sabe que alguns procedimento são feitos são pagos desta forma o valor irrisório e termina o medico não fazendo e não sendo, não beneficiado. E eu gostaria de que neste processo o seja de incorporação de novas tecnologias de analise de custo também tivesse uma analise de impacto para o usuário. Eu acho que isto é fundamental e por que ate agora não se pensou nisto e efetivamente nesta analise de impacto fazer uma se possível ter esta serie de história de um ano pra cá, dessa aspecto até porque ai alguém falou aqui os prestadores de serviços precisam no caso dos profissionais médicos e precisam inclusive ter uma perspectiva um pouco diferente deste processo e a perspectiva seria ao incorporar tem um valor de referencia alguma coisa para que pudesse a partir daí se trabalhar e ter uma vamos dizer assim uma idealização um pouco mais firme um pouco mais determinada no sentido de buscar o vamos dizer assim este impacto efetivo para o usuário.

DR SCAFF: Ok, só um comentário, eu acho que tem umas questões interessantes na sua fala acho que a agencia e acho que o Fabio conseguiu demarcar algumas frases acho que no primeiro momento **** da agencia que era necessário um grade esforço sobre a questão das operadoras é quase que só questões econômicas financeiras e algum momento eu acho que o Marco de 2005 e 2005 isto passa a discutir de uma forma bastante intensa a questão da qualidade do que é presa do de serviço e isto claramente voltado para o beneficiário. E hoje eu acho que a gente vive uma discussão da qualificação só para lembra o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi lançado em 2005 deve ser lançado amanhã ou no Maximo sexta feira os resultados referentes ao período passado do programa de qualificação que anualmente é avaliado através do índice de desempenho da qualidade destas operadoras, este índice varia de 0 a 1. O 1 é o que a gente espera que a operadora apresente então isto é um esforço muito grande para a que a agencia fez de criar um critério mais objetivo de dizer de um comportamento da qualidade daquela operadora e acho que agora estamos avançando nesta um passo que acho eu do ano passado para cá isto começou a ser construído no sentido da discussão com esta outro ator. O nome que nós demos melhor para isto que seria o ator dos beneficiários ou consumidores eu prefiro usar o termo beneficiário. Mais consumidor de plano de saúde é e a gente tem avançado em discussões muito interessantes disto, não é o Fórum de a gente debater isto mais só como informação a agencia tem trabalhado junto com os PROCON os órgão de defesa do consumidor e com as Centrais Sindical inclusive feito através do Dieese um esforço bastante grande inclusive de financiamento da agencia no sentido de criar grupos

focais e o DIESE é que tem desenvolvido, ele que tem esta metodologia de fazer a análises desse tipo. E aí não é só a análise quantitativa mais também trazendo dados qualitativos desta relação. Porque na saúde o subjetivo do qualitativo é fundamental que traga para esta análise então a diretoria de fiscalização ao longo do ano de 2008 e com certeza este ano nos vamos ter muitos resultados disto, tem feito muita coisa e esta usando as Centrais Sindicais como ponte e o DIESE como o método como o instrumento de fazer este tipo de análise que tem avançado nisto. Não é exatamente isto que você levantou não é um estudo de quanto que custa para o beneficiário isto. Mesmo por que como isto foi incorporado praticamente a partir de abril do ano passado então talvez o impacto disto não seja sentido de uma forma mais objetiva e tal, eu aumentei tanto a minha mensalidade, mais com certeza o subjetivo disto e a qualidade disto estes nossos estudos vão apontar, vão mostrar isto para a gente, eu não tenho um resultado que eu possa estar trazendo para mostrar aqui para vocês agora e etc. mais com certeza ao longo deste ano a diretoria de fiscalização esta trazendo e estará apresentando na câmara de saúde suplementar esse resultados que é eu diria assim que é muito no sentido que você tem apontou mais embalei na questão do qualitativo. E o programa de qualificação esta semana publica os seus resultado referente ao período passado que é a análise do desempenho das operadoras então eu acho que a gente tem conseguido e isto não é simples gente, saúde não é um tema que de para a gente abordar de uma forma única ou de uma forma que não seja, tenha varia facetas e acho que a agencia tem construída estas interlocuções, com quem são representantes disto então Cho que a opção de fazer via centrais sindicai, via PROCOM esta discussão ela é bastante excitada por que quem seria o interlocutor deste consumidor beneficiário individual? E ai eu aço que isto é uma forma bastante interessante da gente trabalhar e com certeza todos nos teremos o resultado isto ao longo do ano.

MARCIO: EU QUERIA FAZER UMA PERGIUNTA. Para o Fabio. Como a agencia trabalha reajuste para o usuário que é o principal ator nesta historia toda, reajuste sendo que não existe nenhuma negociação entre operadora e prestador se a agencia não sabe como esta negociação entre operadora e prestador vocês dão reajustes baseados só no que é pago? Qual que é à margem de lucro das operadoras? Qual critério vocês usam então? Por exemplo: existe um desequilíbrio econômico-financeiro hoje entre os prestadores como usar sazonalidade nos tínhamos um dólar há R\$ 1,20 centavos e agora esta R\$ 2,40 a maioria não esta defendendo isto, laboratório nem nada porque não trabalha nesta área a maioria dos laboratórios dos hospitais que compram equipamentos, que compra insumos estão pagando esta sazonalidade e ai a agencia não tem este cálculo, de como é que então este ajuste para o usuário é baseado na margem de lucro das operadoras somente! Porque o que você apresentou ali a sinistralidade esta 75% e este 25% é o que é sobra? É lucro? E onde é que entra a previsão, quando vocês divulgam o aumento olha desses 9% que nós estamos dando vocês vão negociar com os prestadores quanto? Isto não existe então nossa critica quando a gente fala na questão de honorário para todos para o hospital para laboratório e para médico não é sobre esta questão que o usuário acaba pagando essa conta e a qualidade da assistência esta cada dia pior esse é que é o grande problema. Por que o laboratório quando ele compra um kit para hemograma por 2 dólares e se o dólar esta hoje a 2,40 atualidades deste exame vai ser ruim. A qualidade do atendimento hospitalar vai ser ruim. Pois ele tem que economizar na hotelaria então esta discussão então o que a gente quer fazer, e não simplesmente pagar as contar

olha foram gasto 80 bilhão tem uma sazonalidade ali que a dengue chegou e nos precisamos dar 10% de reajuste para o usuário. Para resolver um problema pontual das operadoras então eu acho que esta equivocada a forma, esta equivocada o método que a gente esta se continuando persistindo nos mesmo erros que é desequilíbrio econômico-financeiro entre prestadoras e operadoras e Agencia Nacional de saúde Suplementar tem que dar sua opinião sim por que isto é qualidade na assistência e isto a gente não consegue discutir com a agencia olha os prestadores se reuniram a FEBH esteve presente todos os prestadores se reuniram a sim que o Amâncio tomou posse elaboramos um documento com todas as propostas reenviadas entregamos para o Dr. Amâncio seis meses não temos nenhum retorno, todos os operadores é isto este é o fato real então o que você sugeriu nos já fizemos infelizmente nada aconteceu.

FABIO FACHINNI: bom hoje como é que é que é calculado o reajuste dos planos individuais mais hoje então essa metodologia ela é apresentada ela hoje não guarda qualquer relação com o reajuste dos planos individuais, até porque a gente olhou que isso é uma análise de uma serie de despesa da operadora como um todo, então na verdade você pega planos coletivo, planos individuais você pega todo mundo aí nesta historia e inclusive do ponto de vista de beneficio quer dizer o beneficiário individual por essa metodologia eles se beneficia sem querer ser redundante da incorporação que é feita n plano coletivo de uma forma muito mais rápida então na verdade o impacto para o beneficiário individual ele é bastante diluído por conta da gente olhar a operação como um todo. E é a mesma lógica do reajuste hoje, hoje o que é o numero de reajusto no plano individual é a media do reajuste dos planos coletivos. Se eu fosse olhar a avaliação de custo individual certamente ela seria muito maior do que a capacidade que os grandes grupos de beneficiários tem de negociar com as operadoras de planos de saúde. Então é este poder de barganha que são os contratos com o grande numero de vidas ele é totalmente capturado por esta metodologia de hoje. Então acho que é preciso esclarecer acho as pessoas tem que perceber que não se esta analisando o custo individual de operação esta se analisando o custo geral da operação e isto beneficia o indivíduo. Porque o individuo não tem o mesmo poder de barganha que tem o coletivo então certamente e você pode ter certeza disto nesta crise neste cenário macro econômico difícilimo que a gente esta passando onde as empresas estão demitindo sim e muito, o que esta conhecendo é as negociações estão ficando cada vez mais duras. Cada vez a operadora tem menos condição de passar custo para estes contratos. Por quê? Porque os empresários estão tirando os benefícios eles estão dizendo assim: o meu diretor não vai ter um plano top da Bradesco ele vai ter o plano Top menos 2, top menos 3, então o cenário hoje é um cenário que certamente o que a gente captura em termos de variação de custo não representa a variação de custo individual dos planos individuais e familiares. Mais vai isto é um dado do problema isto foi dado num momento e esta metodologia que esta sendo utilizada agora a agencia pode sim eu acho que vai repensar esse modelo de reajusto no sentido de tentar extrair alguma eficiência neste modelo. E ai talvez e eu concorde não há como discordar disto quer dizer que a relação passa necessariamente por essa relação entre prestadora e operador isto é um fato acho que ninguém discorda disto. Deixa outro fato é que a Lei não deu essa possibilidade da agencia para atuar sobre esta relação da forma como ela atua sobre a relação da operadora então isto é uma coisa que a sociedade precisa se organizar e ir aos seus representantes legislativos e pedir olha eu quero uma mudança da lei 9656 no sentido

de contemplar esse tipo que isto é um protesto legítimo de um setor da sociedade que se precisa ter um representante lá no legislativo que seja capaz de convencer os seus colegas a mudar o processo de laboratório que a agência trabalhar no poder executivo é muito simples tem uma lei e agente precisa cumprir a lei. É muito mais fácil do que se eu não tivesse escrito você teria que pensar então eu acho que o modelo de reajuste ele é muito mais benéfico hoje para o indivíduo do que seria se a gente olhasse Só a questão do individual.

E segundo, o protesto é válido é legítimo agora é um protesto que talvez neste fórum aqui ele não tenha esta opinião que você quer por que é uma coisa que tem que ser levada num ambiente onde tem que ser feita as regras. É ali que você tem que atuar antes da regra proposta. Que depois que a regra esta posta ai eu estaria cometendo um ato ilegal.

DR ALFREDO: Eu queria acrescentar que todas as informações econômicos - financeiros das operadoras, elas estão publicadas se não me falhe a memória desde 2004 através de um anuário das operadoras que trás o balanço na verdade é um resumo do balanço de todas as operadoras organizadas em ordem alfabética de operadora. Então despesa assistencial, despesas administrativas, lucro, como que esta se comportando esses dados que a gente esta apresentando isto já é praticamente há 4 anos. Então se não existe esta informação isto é uma cegueira de mercado ou de uma determinada operadora ou da própria agência todos estes dados que a agência tem esta no nosso site a agente publica isto em edição também.

PRICIPANTE: Primeiro eu acho que tem que deixar claro que a gente não esta na lei que agente tem que regular lucro nem para o bem nem para o mau. É importante deixar isto claro! Então a gente não regula margem de lucro de ninguém, o mercado é livre, livre iniciativa agora segundo ponto a sinistralidade média é 75%. Beira 20% despesa financeira tem gente que eu não quero entrar na questão financeira que acho que não foca mais você tem muitas operadoras ai gastando muito mais do que recebem são fato. Por quê? Porque a crise chegou é um. Mais é algo que a DIOP fez, ter fechado muito.

MARTA: VAMOS SEGUIR A ORDEM GENTE!

CLAUDIO: A verdade a questão já foi colocada pelo João aqui... a grande preocupação que a gente vive também como o Ministério é como utilizar os insumos da informação econômico financeira para precisão de incorporação que é uma decisão previa uma decisão sobre projeções e já existe, pelo menos para nós do campo da saúde tendo a metodologia relativamente conheci Ada para impacto de saúde. Claro que foi interessantíssimo isto que o Alfredo falou. que também possam verificar impacto de saúde, não apenas os indicadores que a gente utiliza. Agora a grande questão é que as incorporações são competitivas. Incorpora isto ou incorpora aquilo já que eu não vou me dobrar os custos de seja no publico ou operadoras e para isto a gente teria que ter mecanismos de projeção que se aproximassem mais da nossa realidade, se no campo novamente das indicadores de saúde é mais fácil transpor estudos epidemiológicos bem feitos sobre corporação tecnológicas para outros ambientes para população indiferente conhecidos por sua diferenças.... quando se fala da projeção de custos as diferenças são muito grandes, as diferenças sociais as diferenças de rede de serviço de organização de serviços de relação com prestadores então acho que é um trabalho que a gente vão precisar fazer tanto no campo do SUS como da Saúde Suplementar, se a gente se aproximar um pouco mais de estimativas de corporações e individuais nos custos globais.

RENEE: bom uma empresa quando esta quebrada das pernas fecha as portas , o grande problema que eu vejo é que interesse do Governo federal de fazer de conta que dá assistência a saúde, porque ele o oferece permite que empresas a exemplo da que eu vi em Garanhuns recentemente eu acho que vocês vêem pó ai em todos os estados onde ainda vende o plano de saúde e o plano funerário, a mesma empresa ela vede o plano de assistência para a família e tem juntado do lado o plano para o funeral. Veja isto resolve tudo qualidade total eu engano e todo mundo esta vendo. Veja a ANS não vê isto o governo não vê isto à autoridade publica não vêem isto, lógico que vem minha gente, claro que vê mais não se quer decidir, esta é a verdade e aí o que acontece. Como o Fábio colocou os estudantes é o problema da universidade é o problema do professor é o estudante o usuário o consumidor é o problema do sistema de saúde suplementar quando é que este usuário é problema? Quando ele esta doente. Enquanto ele esta pagando todo mês certinho e não precisa não tem problema ele é muito bem vindo o dinheiro dele cabe no bolso da operadora, mais na hora que ele precisa da assistência plano de assistência não esta programado no Rol de procedimentos nem da ANS . veja bem o Rol chegou atrasado para algumas empresas acredito que para o Bradesco, Sul America com as seguradoras ou Rol veio abaixo, por que as empresas já cobriam mais elas cobriam por que eram boazinhas? Não ! elas cobriam por que a lei 9656 já determinava isto, a então me desculpe a ANS, a ANS é quem estava atrasada porque a lei o artigo 10 da lei já fala no plano referente na assistência ampla etc. e etc. só que o grande problema também da lei é que quando fizeram a regulamentação de plano laboratorial, planos só odontológicos como se o paciente que tem um problema odontológico não precisasse fazer uma cirurgia buco maxílo como se a paciente odontológica não precisasse de internamento às vezes. Isto também cai para nos médicos e dentistas e fisioterapeutas e etc. porque um determinado momento parece mais que esta procurando mercado, os profissionais também procuram no mercado, e querem estar dentro do mercado mais a gente tem que pensar o seguinte, qual o meu medico ou fisioterapeuta nega assistência a um paciente que esta na UTI é por que ele não quer fazer? Não é por que as operadoras não querem pagar minha gente o problema vem daí. mais aquele consumidor já vem pagando a sua conta há 20 anos imagina o consumidor que em pagando há 30 anos um plano de saúde que mau ele fez para não ter direito hoje a um estende. Isto não existe! então eu gostaria de questionar quem sustenta o sistema? Quem segura o sistema? O consumidor é um pilar? O prestador é outro pilar? A operadora é um mero arrecadador, entendeu e ela é que tem que administrar lógico que tem algumas empresas que estão gastando muito mais hoje do que a arrecadam por quê? Porque elas estão saindo do mercado? Só por que elas querem..

MARTA: EU GOSTARIA DE PEDIR SÓ DOIS MINUTOS, eu só queria dar um aviso alem de todos os mecanismos que a gente já falou de comunicação a te a próxima reunião e entre as reuniões vocês podem estar usando o nosso e-mail institucional da gerencia para estar mandando contribuição ou mandando coisas que vocês já estejam prevendo para as próximas reuniões para a gente já estar processando o e-mail é: ggtap.dipro@ans.gov.br. Só para não sair todo mundo correndo pode continuar.

RENEE: obrigada então eu acho que esta questão ela é muito mais ampla eu estava querendo daqui um exemplo claro que a ANS sabe que existe um calo muito grande em Pernambuco que é a APIVIDA que é um plano de saúde e outro que é o MMS, olha ... estas empresas elas foram revendidas para outras empresas com o aval da ANS. A ANS deu registro que segundo nos informaram a APIVIDA definitivo a APIVIDA

segundo os seus vocês me digam , me corrijam. A APIVIDA tem registro definitivo da ANS? E é uma por cari. É uma coisa absurda! Ela funciona em fortaleza e autoria os procedimentos em Pernambuco e até convida o paciente a viajar para se operar lá, pois é mais barato do que aqui ou do que em Pernambuco, então eu acho que isto é uma coisa minha gente que não se pode mais admitir a gente tem, por exemplo, a empresa Excelsior quê ate um empresa que cobre algumas coisas quando a gente da um aperto, ela tem um plano chamado Max Excelsior da à para entender que é o Maximo mais este plano é um plano capenga que eles fizeram contrato com algumas empresas por que tem a empresa fornecedora a empresa de plano de saúde e uma empresa que faz um seguro coletivo para os seus consumidores o que acontece esta empresa Ela é consumidor final porque ela tem um plano de saúde para o seu beneficiário, e o que acontece neste contrato eles excluíram acidente de trabalho o paciente estava de moto e foi atropelado e a empresa disse que não cobre por que é acidente de trabalho e o paciente ficou na unidade de trauma sem medico.

E a empresa disse: mais Renée isto esta excluído do contrato! Não pode ser então tem coisas muitos apenas que precisam ser vistas e diante do que Fabio apresentou quando ele diz assim: observar alem dessa sazonalidade evolução do numero de beneficiários. Quando aumenta o numero de beneficiário aumenta o gasto mais também aumenta a arrecadação. Claro !

MARTA: RENEE a gente ainda tem mais pessoas.

RENEE: Eu vou apresentar então eu queria que fosse visto esta questão dessa evolução o aumento no numero de beneficiários como uma coisa que aumenta arrecadação lógico que vão aumentar o gato o consumo na hora da necessidade ais eu Tb perguntaria quando você coloca, por exemplo: eu fiz uma pergunta para a mesa no final que acabou que vocês não responderam. Por que no Rol anterior no que esta em vigor não esta acrescentado transplante de fígado, transplante de medula óssea, por que não foi concebido os transplantes. Sem o própria definição do Rol ele diz que é para garantir cobertura para todas as doenças listadas no CID, então se tem o Rol se tem a ACHPN se tem as outras profissões às outras entidades que não medicas mais de outras especialidades, por que então que esse convenio que vai ser feito agora da ANS com a CHPN falando no caso do medico a indicação da AMB não já fecharia todas as coberturas? Por que se a gente fosse ficar trabalhando no varejo a gente não vai dar conta nunca, vai ser um trabalho exaustivo para ANS e ninguém vai garantir nunca se for detalhar muito. E a pergunta final para o Fabio seria o seguinte: primeiro um paciente que esta na carência contratual que tenha sentença durante 12 horas num hospital esse paciente tem cobertura pelo Rol apenas de expectativa? O paciente chegou enfartando mais ele tem carência para cobertura cardíaca ele fica 12 as naquela emergência só aguardam espetando a hora do óbito ou a aspiradora vai pagar pela assistência que o hospital que o prestador faz ou às vezes o hospital fica segurando aquele paciente ai dizendo que a operadora não autoriza enfim é uma simulação completa, como é que fica isto?

Outra pergunta é em relação aquele mapa que você fez o gráfico de crescimento dos custos. Que pelo que eu entendi e que pelo que a Solange falou, um exemplo pratico, a empresas que já cobria aquele procedimento do Rol não tiveram nem impacto ou seja por que já cobriam. Então de fato o impacto no custo financeiro foi para aquelas empresas que viviam enganando muito e que não cobriam nada, estas devem ser excluídas do mercado vocês não acham? Se não dá assistência se só o consumidor arrecada então não pode mais continuar, eu queria tirar esta dúvida.

MARTA: ELE QUE EU NÃO SEI O NOME !

ROBERTO (CONF DAS SANTAS CASAS): eu gostaria de cumprimentar a mesa, pelo belo trabalho do dia de hoje, eu só vou fazer umas operações a respeito do que a gente fez um pouco do dia de hoje, eu me coloco na posseção de medico na posição de cliente, na posição de auditor médico e na posição também de que em participa dentro de um hospital filantrópico, então eu posso agir por todos os lados com mais tranqüilo por eu ver um todo. Eu gostaria até de dizer para o tem varias representações aqui de vários órgãos e conselho eu acho muito importante eu até digo que lá da nossa região eu sou lá da Jacareí. Eu fui um dos introdutores até do serviços das equipes de fonoaudióloga e psicologia dentro do hospital foi na minha gestão como diretor clinico que introduzi e que o fisoterapeuta pudesse passar a visita dos pacientes internados no hospital, isto foi uma coisa muito grande e ajudou muito. Por outro lado ao longo do tempo isto foi crescendo e evidentemente no acesso voluntario na época do hospital. E qual é o impacto que estas questões tem? É que a dificuldade e repassar estes custos hoje para as operadoras, então durante um certo tempo a gente conseguiu que o pessoal fizesse isto. Mais a partir do momento que a pessoa também não recebe ou recebe, ela também acaba desistindo então desestimulado um pouco sérvio mais por outro lado eu entendo que é difícil mesmo você acabar repassando isto em negociações agora com o advento da do plano evolução a gente conseguiu colocar uma destas sessões então eu acho que isto já foi um grande ganho. E eu percebo também que a medida de as coisas vão evoluindo vão se agregando mais recursos até, sobretudo da ordem de ver um paciente comum isto ai é fundamental mesmo. E mais a gente não pode realmente de cuidar de que isto é um custo final para operadora e esse custo ele precisa ser bem estimado bem delimitado porque todo mundo precisa do atendimento, e então eu gostaria que fosse visto com carinho por todos eu entendo a sua colocação também e sobre eu ter que dar tudo na verdade nos estamos deste de uma prestação de serviços suplementar e cabe ao SUS na verdade por constituição dar a seguratoria de entregam eu acho que quem este indo para uma saúde suplementar já sabe que não vai poder ter tudo eu acho impossível realmente você pagar e nem outro seguro você paga por turno você paga por um teto e recebe menos que um teto. Talvez na saúde suplementar você deveria ter um teto, para você poder pagar por ele. Não sei se esta é lógico mais acho que dentro aqui se oferece muito hoje o Sr. Oferece bastante esta incorporações foram discutidas no ultimo Rol, realmente quer fornecia antes era uma seguradora eram maiores e a UNIDAS também porque muitos deste contratos vem por co-participação cobra-se algo deste cliente , não daquele que era pré pagamento. Então no nosso segmento filantrópico que era o pré pagamento isto não tinha como acontecer. Então o que vocês possam fazer é apresentar depois por seguimento quem é que teve o impacto maior ou não e como é que impactou. Eu não acredito que hoje ainda agente há numero suficiente para analisar isto. Por quê? Porque muitos deste procedimentos estão reprimidos com certeza. Por exemplo, tem medico que não esta fazendo procedimento. Então você tem que negociar e o valor saem maior, e o cliente não sabe todo direto que ele tem.

Então estes números por mais que se possa ser dado agora, Cho que ainda vão ser inferiores a realidade. Também acho que no caso, por exemplo, que a ANS poderia nos apresentar digo na minha região daquilo que eu vejo dentro no nosso seguimento. O que tem impactado muito nossos planos tem sido realmente a sua PMS de hoje, hoje tem sido um impacto muito grade então eu gostaria que a ANS junto com o Ministério

da saúde já ANVISA quando eles forem registra restos produtos, que fossem intensificados parecem que até tinham os dois anos neste sentido que a mesma coisa que o SUS paga, a operadora tb tem que pagar. Eu tive a semana passada na Bahia visitando um hospital, doença vem doença vai. Quem vende o produto não tem prejuízo, ou seja, o laboratório ele não perde. Então tem que ter gordura nisto, quem esta pagando a conta é o cliente final por que isto vai para a conta da operadora, e a operadora vai à ANS e a ANS começa a dar um reajuste maior então isto é uma curva meio, muito complicada eu acho que isto precisava ser visto na base. Essa negociação acho que impavocêta batarnte hoje o câncer tem a facilidade de então a grande descoberta de novos casos tem impactado bastante também, então tem pro exemplo procedimento que a operadora é obrigada a cobrir. o SUS não cobre e a operadora tem que cobrir. o cliente é a mesma este certo e se o cliente é o mesmo então ele tem que ter nas duas coberturas equivale pelo menos aquilo que você vai pagar pela conta. Quer dizer, isto tem que acabar eu acho que este é um ponto que precisávamos ajudar agente sente que nos estamos fracos nesta brca com estes, o governo pode fazer de cima para baixo e nós não estamos conseguindo negociar e esta muito difícil o repasse falou bem o Fábio, operador não esta conseguindo passar para frente não. Todo mundo então precisa ter um pouco de ciência deste sentido e só este índice que você já deu desta sinistraiedade que é de 70 % ou 75% não chegar em 80 e a lucratividade não é alvo de operadora não , não tenham esta ilusão não, se estiver mais ou menos em torno de 4 a 5% é muito se tiver. E bom eu acho que em suma era esta consideração que eu gostaria de falar e só finalizar talvez com plano odontológico eu gostaria que também fosse revisto esta cobertura que hoje o plano de saúde da para parte odontológico. Sobretudo aquilo relacionado a bucomaxilo que é uma cirurgia dentista que vai com ação é preparado para isto. Eu acho que esta segmentação ele tem que ficar no segmento odontológico e não tem que ficar no segmento médico eu acho que se eles vendem o produto em que dar esta cobertura não tem que ficar só dando assim olha o básico, não dá um implante, não dá uma prótese e na medicina eu sou obrigado a dar tudo isto o plano é obrigado a dar tudo isto então acho que algumas coisas precisavam ser repensadas e revistas acho que caberia ao segmento da odontologia, e se tiver que internar no hospital ele contrata o hospital ele faz o convenio com um medico ou assistente para dar uma cobertura mais eu acho que deveria ficar no seguimento odontológico. Por que envolve o cirurgião dentista ele que faz isto ele que é preparado para isto.

MARTA: eu só vou comentar duas coisinhas do Alberto, uma esse discussão do Rol odontológico que eu estou aqui desde o inicio tentando estigar coisas para esta discussão porque eu acho que tem muito coisa para a gente discutir do Rol odontológico em algum momento esta discussão fica muito em progressiva, talvez por que não chegue a demanda para gente é uma coisa mais pacificada ou por que o numero de planos é menor, em fim. Eu acho que tem vários motivos para isto mais eu acho que é uma discussão que precisamos fazer e a tentativa da gente integrar esta discussão tem haver com algumas coisas. Quanto a OPMS é uma discussão que para a gente ela também é cara, mais é uma discussão que a gente também quer fazer a gente emite muito parecer sobre optar e prótese enfim tem uma câmara técnica dentro da amb da qual a gente participa que esta definindo o que é hortense o que é prótese e o que é matéria parece bobagem mais que para agente esta sendo tudo de bom porque antes você não sabia o que era hortense e o que era prótese o que era material isso se confundia na cobertura ninguém tinha certeza do que tinha cobertura

e do que não tinha, e esta listagem esta quase pronta ou esta evoluindo muito rapidamente ainda não é o ideal o que a gente esta falando que você no citou é por exemplo: de quartil uma que tem cabeça de marfim a outra de titânio, qual é a equivalência das duas eu posso da uma em depoimento da outra o que é similaridade. Essa é um outra discussão e esta tendo uma discussão muito forte em cima disto. Com a própria ANVISA a própria GIBOTE que a própria associação de ortopedia esta ressuscitando esta discussão então é uma decisão que ele importante para o segmentos e que eu não tenho duvidas que entre um ou dois anos a gente vai ter que se resolver por que senão vai ficar uma coisa incontrolável.

ROBERTO (CONF DAS SANTAS CASAS): é fundamental se resolver por que hoje o medico é pago para ter o horário dele então ela não esta indo até recebendo essas ofertas do domínio publico todo mundo sabe disto, viagem e o diabo a quatro, as custas disto, chegou a te não cobrar nada de você ai não , só de você colocar esta prótese para mim já esta bom ... e eu queria só finalizar se você pudesse depois disponibilizar para todos os e-mails para que as pessoas pudessem trocar os e-mails entre si e duvidas, pudessem ganhar mais um pouquinho e eliminar um pouco de duvidas para as próximas reuniões.

MARTA: Ok, olha só tem mais 3 pessoas para fazer pergunta e o Fabio ainda quer complementar o Alberto senão a gente não vai terminar.

Fabio: esse numero ai... bom... toma cuidado com este número de 75% que isto é uma média, uma estimativa. Se eu disser para você a media do salário na Arábia saudita vocês vão achar que todo saudita ganha muito bem o sheik ganha 10 milhões de dólares e a piãozada lá ganha 500 patas então cuidado com a média é uma medida que não serve para muita coisa não. Normalmente para nada então a gente tem que olhar é por segmento. Deve não sei nem quanto é que esta acha que nem quero discutir isto com você mais é certamente estes números variam de acordo com a modalidade da empresa de acordo com o porte o numero de beneficiários só tentando responder duas perguntas que foram feitas. Só para deixar claro por que a gente tira faz a despesa per capta, que você elimina justamente este efeito que foi falado. E quando você manter o numero de beneficiários constantes você desconsidera receita tão você analisa só despesa você consegue isolar o efeito do crescimento do numero de beneficiário em relação ao crescimento de custo é verdade algumas empresas vão contribuir para que este reajuste seja nenhum, porque elas já absolveram todo este processo de incorporação do Rol, então é exatamente isto a analise de vocês esta certo esta empresas vão contribuir para um impacto zero. Pode até ter alguma economia de repente. O cara que só fazia cirurgia de céu aberto pode até ter um ganho de custo aí neste processo.

ANVISA: Assim como a ANS a ANVISA existem 5 diretorias e a área de produtos da ANVISA responsáveis pela estão sobre a rege à coordenação de outro diretor que não o diretor da área de serviço da qual eu sou gerente geral portanto por isto que foi encaminhado para esta reunião então eu queria elogiar, primeiro eu acho assim que citado o problema a incorporação tecnológica no Brasil ela é uma coisa relativamente recente não no mundo mais aqui no Brasil eu pude freqüentar um mestrado nesta área o ano passado e havia e há um problema de incorporação irracional de tecnologia e nesta discussão no momento em que a ANS coloca a necessidade de implementar métodos de avaliação e de tecnologia e no momento em que o Ministério da Saúde institui uma comissão de maior estruturação para avaliar a incorporação de tecnologia, isto também tem sido uma preocupação da ANVISA e eu como sou de carreira posso

dizer aqui com liberdade que é muito incipiente acho então que parabenizar a iniciativa de vocês por colocar no centro do debate mesmo na incorporação do Rol que na avaliação tecnológica agora há um risco de ter dois vieses um viés é você ter a avaliação de tecnologia somente o viés relacionada à contenção de custos este é o viés que não leva em consideração o papel do SUS o papel da saúde e todos os pressupostos que nos todos aqui eu acho , defendemos para implantar uma saúde de qualidade para o povo brasileiro este viés ele é muito freqüente em vários órgão e em varias entidades e é obvio que o custo pesa sobre tudo nesta conjuntura que nos temo si e o outro viés e a não demonização da tecnologia que em outros momentos ela reduz o custo e melhora a atenção eu acho que este é o viés que deve reger as nossas discussões. E queria dizer que vocês que em relação a área de serviço para saúde nos estabelecemos algumas prioridades. Eu acho que vai haver a partir de agora uma grande interface entre as ações da nossa gerencia geral da nossa diretoria que esta relacionada com o serviço saúde. Todas as tecnologias precisam produzidas pela industria, todos os medicamentos que são produzidos pela industria são testados nos serviços de saúde não é isto? o hospital é um só então nos temos que começar a trabalhar e a ver o hospital dentro desta visão maior. E nos elegemos seguindo inclusive os compromisso do Brasil e nos sistema de saúde 5 ou 6 prioridades para orientar o nosso trabalho e que eu acho que quando agente diz estas prioridades não se refere apenas ao sistema de saúde publica como agente esta costumado a pensar mais também vai envolver o sistema de saúde suplementar e isto pode gerar custo vou fazer por que pode aumentar custos. Primeiro é a questão da redução da mortalidade materna e neonatal essa é uma grande linha de trabalho. Eu estou dizendo isto e por que eu acho que toda este trabalho só para vocês entenderem o que eu quero dizer, ele deve ter em mente o aspecto final que no caso da ANS aqui é chamado de beneficiário ou consumidor e no caso do SUS é chamado de população brasileira ou nos o usuário não é isto eu não quero fazer esta diferença aqui por que a rigor o pais como um todo é signatário de alguns objetivos macro.