

ATA 1ª. Reunião do Grupo de Trabalho de Revisão do

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 26 de fevereiro

Martha Oliveira – Podemos? Bom... Boa tarde a todos. Primeiro eu queria agradecer a vocês por estarem aqui de novo. Um monte de gente já participou do outro GT. Estou vendo algumas pessoas que eu não conheço, então deve ser o primeiro. A idéia da gente hoje é efetivamente começar a revisão do Rol 2013/2014. Eu vou explicar um pouquinho o que é a nossa proposta, como é que vão ser as reuniões, qual é o cronograma, o que está programado pra gente discutir, colocar um pouquinho das dificuldades e das facilidades que a gente tem esse ano. Então a apresentação aqui, é... Eu nem me apresentei, né?... A gente vai começando, um monte de gente já se conhece. Meu nome é Martha, eu sou gerente geral na ANS. Sou gerente geral da área assistencial. A Karla é a gerente da área que faz a revisão do Rol. A gente trabalha junto. A equipe que ajuda a gente a fazer isso é uma equipe enorme de 4 pessoas, que está ali atrás de vocês ... A gente sempre trabalha muito em conjunto, quem já participou de outras revisões do Rol sabe como a gente trabalha: que vocês levam trabalho pra casa, a gente também, a gente volta com o trabalho. Então assim, durante esses meses a gente vai ter um bom trabalho, tanto interno quanto vocês também. Vocês nos ajudam muito. No final, isso é de verdade construído a várias mãos. Nem sempre a gente consegue coletar tudo que a gente desejaria, mas eu acho que a gente consegue no final todo mundo sair pelo menos representado naquilo que a gente discutiu: mesmo que concorde parcialmente, mesmo que não concorde em um item, mas concorde em outro, enfim... Eu acho que é uma discussão muito bacana. Esse é um dos melhores GT (grupos de trabalho) que eu participo. A gente efetivamente consegue chegar em algum lugar e eu tenho certeza que esse ano vai ser igual. Esse ano a gente vai ter um pouquinho mais de trabalho porque entraram alguns itens novos que a gente vai ter que dar conta. Bom, então essa apresentação é pra gente mostrar esse panorama e aí eu queria, só hoje, pedir pra eu terminar a apresentação pra gente começar as perguntas. Por que? Porque eu acho que no final da apresentação vocês vão ter uma idéia do todo. Aí não tem problema, a gente volta à apresentação, vai passando item por item do jeito que vocês quiserem. Mas eu acho que é importante a gente ter uma idéia do todo pra gente depois conseguir dividir, tá? Então vamos lá. O Rol, pra quem é a primeira vez que está aqui, é a cobertura mínima obrigatória da saúde suplementar. Então, pros planos novos ou adaptados, eles estabelecem a listagem mínima de procedimentos obrigatórios. Então no Rol a gente também tem a segmentação e se ele é ou não PAC (procedimento de alta complexidade). Aqui estão todas as revisões do Rol. Ele começou em 98 com a CONSU 10. A partir de 2008 é quando a gente vêm fazendo as revisões (ali a data está errada). A gente vêm fazendo as revisões a cada dois anos. Sempre a gente tem uma consulta pública bastante extensa. É no final dessas reuniões. Então a gente vai fazer algumas reuniões. A gente vai apresentar pra vocês a proposta que vai pra consulta pública. Isso vai pra consulta pública e volta pra cá, pra gente discutir de novo. E tudo fica no site.

Então a partir de hoje a gente tem uma área no site que se chama GT do Rol. Nessa área “GT do Rol” dentro de grupos técnicos... Dentro dessa área tudo o que a gente discutir, todas as planilhas, todas as apresentações, todo o material que a gente receber, tudo que a gente estiver falando aqui vai estar lá dentro, ok? Isso a gente coloca no máximo amanhã de manhã e aí vocês já tem esse material todo lá pra trabalhar. Aqui tem um portal também que a gente vai falar muito hoje que é o portal do CONITEC que é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde. Então a gente quis deixar isso aqui disponível pra vocês porque talvez a gente precise discutir um pouquinho sobre isso. Bom, a gente fez um cronograma inicial pra gente ter o mínimo de previsão, mas eu acho que a gente talvez precise desdobrar isso. A gente sempre acaba fazendo, não é?... Uma reuniãozinha a mais ou duas a mais. Mas a gente deixou algumas já pré-agendadas pra gente poder ter um pouquinho de organização. Então, a idéia é que a gente faça essa primeira reunião hoje; outra daqui a um mês (26 de Março); outra 9 de Abril, depois 30 de Abril, uma quinta reunião que a gente ainda não propôs uma data. Depois isso vai pra consulta pública. Depois a gente tem uma outra reunião aqui do grupo e aí, então, a gente publica. Nas outras vezes das revisões a gente conseguiu publicar com seis meses de antecedência pra entrada em vigor. Então, Julho e a idéia é que o Rol entre em vigor em 1º de Janeiro dos anos pares. Foi isso que a gente discutia... A gente revisava no ímpar e no ano par, em primeiro de janeiro, ele entra em vigor. É, esse ano, a gente vai ter uma quantidade de demandas um pouquinho maior, alguns a gente vai ter que ter uma resposta antes de Julho (vocês vão ver porque) e outros que talvez seja depois. Não sei se isso vai ser exatamente nesse cronograma, mas pelo menos o comecinho a gente vai tentar cumprir, está bem?... A gente reativou aquele email que a gente usava pra se comunicar do grupo. Então é gt.rol@ans.gov.br, esse é o nosso email, email que o grupo vai usar pra trocar documento, pra enviar documento, pra gente estar se comunicando com vocês, tá... Qual é a programação então? A idéia é que hoje a gente fale de como vai ser o GT, o estado atual, como é que estão as análises na segunda reunião que a gente possa discutir a fundo a lei 12.738 que foi publicada em Novembro e que entra em vigor em maio deste ano, que fala sobre as bolsas de (colostomia?), eu vou falar um pouquinho aqui. Que a gente possa discutir também o corpo da resolução normativa, a gente já recebeu algumas contribuições disso e que a gente possa discutir os DUTs, aí vocês vão falar, é muita coisa pra um dia só, né... Tomara que a gente consiga ao final desse dia ter discutido isso tudo. Na terceira reunião a gente vai discutir a tabela, o que significa discutir a tabela? Significa discutir todos os procedimentos e discutir o projeto de lei que (...) está na câmara em instância terminal. Só falta uma comissão sobre medicação oral pra câncer. Na quarta reunião a gente vai discutir as sugestões de tudo isso que vocês encaminharam pra gente, na quinta reunião a gente vai discutir uma proposta final, que seria a proposta que seria encaminhada pra consulta pública. Ao final dessa apresentação eu queria voltar com vocês nesse ponto. Por que? Porque em algum dos assuntos que eu vou falar, eu já recebi contribuições de alguns lugares. Uma instituição ou uma operadora que já me encaminhou uma discussão legal, bacana e aí eu queria ver com vocês se vocês também não quiserem apresentar isso aqui de alguma maneira... Dividir isso com o grupo, pra que todo mundo pense em

conjunto. Então vamos pensar algumas apresentações também... É... A gente fez e foi aprovada pela diretoria colegiada, uma nota técnica, que é a nota 26 de 2013, que revisa as diretrizes e os critérios de priorização para a incorporação no Rol. Essa nota já está no site. A gente vai botar (além do lugar onde ela está) nesse espaço do GT... Por quê? Porque ela vai, um pouco, balizar o que a gente vai estar fazendo aqui. Então ela cita algumas diretrizes gerais pra incorporação e depois ela fala das priorizações. Por que é que ela vai ser importante?... Porque a gente vai tentar, na medida do possível, passar as diretrizes. O procedimento cumpriu todas aquelas diretrizes? A idéia é que a gente crie uma lista de priorização, pela primeira vez nesse grupo. A gente sempre quis... Mas é um desejo da gente. A gente sempre quis e a gente nunca conseguiu chegar lá. Vamos ver se dessa vez a gente consegue. As principais diretrizes então... Aqui a gente conseguiu concluir estas tecnologias obviamente com segurança, eficácia e efetividade baseado em ATS que é Avaliação de Tecnologias e Saúde, avaliação de tecnologias já aprovadas na CBHPM, isso é um parâmetro que desde a última revisão a gente vêm combinando e dessa vez também é um combinado. Então se o procedimento não tiver na CBHPM, ele não é elegível. E aí vocês vão me falar, "Mas por que isso, se uma coisa não tem nada a ver com a outra?" É, porque a gente acha que é um primeiro crivo, uma primeira avaliação, uma primeira análise de uma instituição que é responsável pela prática médica no país. Então já teve uma avaliação, ele já foi aprovado naquele lugar e ele já está abonado pra ser praticado no nosso país. Então a gente acha isso importante, sim. Na última revisão, a gente viu que tinha um fluxo importante de procedimentos que não estavam na CBHPM, e que estavam sendo encaminhados direto pra gente. A gente não quer que isso aconteça. É... Uma das outras diretrizes é a avaliação das tecnologias aprovadas pelo Ministério da saúde no CONITEC. E aí vocês vão me perguntar: só o que tiver sido aprovado lá? Não, não é isso... Mas, a aprovação no CONITEC vira um item de elegibilidade. Então, se esse procedimento tiver sido aprovado lá, ele ganha uma prioridade zero pra ser aprovado aqui. Essa é a idéia. Porque a comissão de incorporação do Ministério da saúde que é o CONITEC, é uma comissão que foi feita por lei, mas já existia o CITEC. A lei foi aprovada, virou CONITEC. Ela é coordenada pelo Ministério da Saúde como uma instituição, uma comissão, que avalia a tecnologia pro Brasil. Não é só pro SUS ... A gente tem assento (ANS), a ANVISA também tem, o CFM tem e o Conselho Nacional de Saúde. E, a idéia é que o CONITEC possa ser representativo da saúde no Brasil. Ele tem critérios bastante rigorosos de incorporação e a gente tem voto, além de ter assento. Então, a gente precisa criar um link entre as duas comissões... É, tem toda uma discussão de o Brasil ter uma agência de avaliação de tecnologia em saúde, que essa agência fosse derivada do CONITEC... Enfim. Enquanto isso não acontece, a gente precisa ter uma coisa organizada. Aí para a organização, a gente resolveu criar via priorização... A gente já fez uma listinha do que foi incorporado lá nos últimos dois anos. E, aí tem uma discussão importante que a gente vêm fazendo que é o seguinte: o CONITEC faz duas avaliações, uma que é de eficácia (então aquele procedimento ele passou pelo crivo de avaliação de tecnologia, ele é eficaz, ele é efetivo, isso é comprovado... e essa a avaliação que vale pra gente) e a outra avaliação que eles fazem é de custo. Essa avaliação de custo é uma avaliação de custo pro SUS,

não pra Saúde Suplementar. Então essa avaliação de custo, não vale pra gente. O que a gente aproveita de lá é a ATS... É... Exclusão de procedimentos obsoletos, sem segurança ou com qualidade insuficiente; exclusão do que não for aprovado; exclusão da análise do que não for aprovado na AMB; do que não for aprovado no CONITEC; inclusão de novas diretrizes ou diretrizes pra procedimentos que são incorporados e revisão das DUT atuais. É... Por quê? Por que a cada dois anos a gente, da mesma maneira que analisa os procedimentos, a gente tem que voltar nas DUT e analisar cada uma delas... DUT...Eu estou falando muita sigla já na primeira reunião, então vocês têm que me ajudar... DUT é Diretriz de utilização... O que é que é isso? Desde 2009, a gente vem tentando incorporar os procedimentos com alguma diretriz. O que é isso? Esse procedimento é bom? Ele serve? Mas ele foi analisado pra alguma coisa... E o que é essa coisa que ele é bom, que ele funciona? É pra isso... Então, é... Pra que é que aquele procedimento serve e em quem ele deve ser empregado e em que momento? É isso que é uma DUT. Como é que eu uso esse equipamento ou esse procedimento da melhor maneira possível? Da maneira pra qual ele efetivamente é eficaz? Então isso é uma DUT. A gente também discute tudo isso aqui nesse grupo. Pode passar... É... Avaliação do impacto econômico financeiro das novas incorporações... E aí, a gente vai ter que fazer uma discussãozinha sobre isso, avaliação na distribuição geográfica da tecnologia. Por que?... É... A gente quando incorpora um procedimento no Rol, esse procedimento é válido nacionalmente. Então a gente não pode (não deve) incorporar um procedimento no Rol que exista só em São Paulo... A gente precisa garantir uma distribuição mínima desse procedimento pelo país, pra que todas as pessoas tenham acesso. Pra a gente não dar uma sensação de que eu teria direito àquele procedimento quando na verdade eu não vou ter acesso. É, a discussão das propostas de inclusão, exclusão com vocês, isso é uma diretriz... Consulta pública, critérios éticos e sociais, garantia de cobertura de promoção e prevenção, alinhamento às políticas do ministério, comparação com a tecnologia que já exista pro mesmo fim, adequação a nomenclatura da CBHPM, parceria com a AMB, com as sociedades, com os conselhos da área da saúde, da elaboração de DUT e avaliação de tecnologias que já possuam registro. E aí, os critérios de priorização, como a gente já falou... Um dos principais critérios que a gente pretende analisar é se o CONITEC já analisou, já aprovou aquela tecnologia, o segundo é se existem dados epidemiológicos relativos às patologias prevenidas, tratadas com o uso da tecnologia (e aí tem um item que fala mais sobre isso), mas a gente vai tentar usar bastante a questão do desfecho clínico porque a gente tem visto que muitos estudos não se pautam na discussão do desfecho clínico, então é uma discussão que a gente quer fazer aqui com vocês. Esse procedimento serve? Serve... Mas ele efetivamente é eficaz pra melhorar a qualidade, que é o que a gente chama de QUALI, e pra diminuir morbidade, quer dizer, só vai ter um período maior de vida ou não ... Essa é uma discussão que todos os países estão fazendo e que a gente precisa começar a fazer aqui. É, existem estudos de custo efetividade. Então, isso não é algo limitador, mas a gente colocou como um critério de priorização, sim. O que é isso? Estudo de custo efetividade é o estudo que fala pra gente que aquele procedimento ele é eficaz e custo eficaz... O que é isso?... Ele é eficaz ao ponto do custo dele ser possível dentro daquele sistema de saúde? Então cada país

estabelece um limite pra custo efetividade. ... É... O que, que é isso? Eles fazem uma análise de quanto aquilo custa em relação ao benefício que se tem e eles (enquanto país) tem um parâmetro pra dizer se aquilo cabe ou não no sistema de saúde deles. Quase todos os países têm. Qual é esse limite? Óbvio que a gente não tem, não é? A gente não quer descobrir qual é o parâmetro, não quer discutir nada disso, de jeito nenhum. O que a gente quer é mostrar para as pessoas e fazer o sistema de saúde entender que custo efetividade é importante. Porque isso serve, não é? Enquanto eu estou incorporado um procedimento que não é custo eficaz, 15 estão ficando pra trás... Então 15 pessoas poderiam ser tratadas de uma maneira, enfim... Então, a gente vai dar prioridade aos procedimentos que tenham um estudo de custo efetividade... E, não existem outras tecnologias incorporadas que desempenhem a mesma função. Isso é uma outra história que vem sendo discutida. É claro que isso é possível, se a tecnologia for melhor, tem menos efeito colateral, claro. Mas a gente precisa comparar uma coisa que a gente não vem fazendo... Tem mão de obra especializada disponível? Tem insumo e matéria prima disponível? Tem rede de prestação de serviços comprovada e tem resultado efetivo e desfecho clínico? Então, a idéia é que a gente pegue cada procedimento que for sugerido e vá marcando um X em cada coluna dessas, como um exercício pra esse grupo, pra gente chegar numa lista final. É, pode ser que dê tudo errado, mas eu tenho certeza que a gente vai fazer um exercício, que vai ser bom pro sistema de saúde, que a gente espera que a gente consiga fazer isso crescer. Como têm vários assuntos que a gente começou aqui de uma maneira muito primária, muito provinciana e de repente aquilo ganhou uma dimensão bacana porque fazia sentido... Então, é essa a idéia. Bom, aqui eu acho que é o slide mais importante de hoje, né? Aqui estão os principais pontos que a gente vai ter que discutir nesse grupo. Entre os primeiros, óbvio, são os procedimentos com solicitação de inclusão. Então, a gente já tem uma listinha, que é a listinha que a gente já parte dela... São as demandas anteriores. Como é que a gente fez essa lista que a gente vai deixar disponível com vocês?... De várias maneiras. Primeiro, a gente juntou o que sobrou da consulta pública anterior. Então o que sobrou da consulta pública de 2011, que não foi incorporado, a gente viu que era possível, elegível e estava lá na planilha. É, a gente juntou a isso, demandas que a gente recebe lá na agência via despacho ou via sistema de fiscalização. Então, a gente foi juntando isso tudo e a gente criou uma planilha com alguns procedimentos pra gente começar a discussão, ok? Os procedimentos que estão ali são os que vão ser incorporados? De jeito nenhum. A gente trouxe a planilha pra ser acrescida a discussão ... Se deve; se não deve; qual é o outro que está faltando; qual é a outra demanda?... A gente tem também uma planilha que veio da (AMB) que é uma planilha que compara o que tem na CBHPM com o que tem hoje no Rol (o que faltaria a ser acrescido no Rol). Essa planilha também vai para a discussão. Além disso, a gente fez uma reunião na AMB na sexta feira? Quinta feira passada, é... Todas as sociedades médicas foram convidadas. Das 56, 33 estavam presentes. E aí, a gente discutiu exatamente isso: como é que se revisa o Rol? Como é que se analisa? Por quê? Porque a gente viu que hoje, hoje em 2012, não foi assim o tempo inteiro, os principais demandantes são as sociedades médicas... E a gente precisava se preparar para o volume que possa vir e, principalmente, que eles entendam, antes de pedir, quais são os critérios

para inclusão... Porque eu acho que isso diminui muito a expectativa. Diminui muito o nosso trabalho.... Foi muito boa a reunião, foi muito produtiva, é... E o combinado agora é que eles vão preencher uma planilha parecida com aqueles critérios com os procedimentos que eles gostariam que entrasse, mas sabendo a priori, quais são critérios de priorização, como é que a gente analisa as demandas. Então, a gente vai esperar. O nosso prazo pra receber isso é 26 de Março e a gente vai incorporar estas demandas dentro daquela tabela lá de demandas. É... Além disso, a gente tem adequações e correções para fazer. Então, ao longo desses dois anos, a gente foi recebendo um monte de demanda e a gente viu que tinham coisas erradas no Rol. Pode estar escrito errado; pode não fazer sentido, enfim... Tem demanda, tem coisa errada dando volta, a gente precisa corrigir e adequar o que está equivocado. É a lei 12.738 foi publicada, é... A sensação que eu tenho é que muito pouca gente leu essa lei. Muito pouca gente conhece essa lei e principalmente muito pouca gente viu a dimensão disso. Então, a gente trouxe pra cá hoje, só pra gente levantar a discussão, a redação da lei, dos problemas e coisas que a gente vai ter que discutir em cima redação da lei que deixa alguma margem de segurança. E, principalmente, a gente vai precisar regulamentar essa lei até o dia 30 de Maio que é quando ela entra em vigor... Isso é Rol? É Rol. É acréscimo de cobertura na saúde suplementar. Então isso entra dentro dessa discussão do GT? Entra... Isso entra dentro da discussão de custo de impacto econômico financeiro? Entra... Então a gente vai discutir aqui nesse grupo a regulamentação dessa lei, ok? É... NAT. NAT é um exame que se faz no sangue... Os bancos de sangue que fizeram isso na hora em que processam o sangue é... E ele tem uma janela menor do que o processamento de sangue que é feito hoje, então você conseguiria mais rapidamente ver se aquele doador é portador de hepatite ou HIV, ... É, teve uma discussão durante anos sobre NAT no Brasil, pelo menos durante dez anos a gente acompanha essa discussão, ... e a ANVISA, existe uma resolução da ANVISA que fala sobre processamento de sangue no Brasil. Ano passado eles revisaram essa... essa redação e eles deixaram de uma maneira ambígua a obrigatoriedade ou não do NAT. Ano passado, em novembro a gente foi chamado pra uma reunião no Ministério da Saúde e coordenador de sangue do Ministério da Saúde, é... falou que o Ministério tem a intenção de nos próximos meses tornar obrigatório o uso do NAT no processamento de sangue no Brasil. Se isso acontecer mês que vêm, daqui a dois meses enfim, isso vai ter uma incorporação imediata e a gente vai discutir um pouquinho o porque... Mas a gente vai precisar discutir isso aqui, sim. Porque obviamente cresce um procedimento no Rol e qual é o impacto que isso vai ter tanto de benefício quando o financeiro. Saúde ocupacional, isso é uma demanda principalmente das Unimeds, eu não sei se tem alguém ai representando as Unimeds, ... Eles encaminharam pra gente demandas e ai a gente quer discutir um pouquinho porque isso é um dos procedimentos do Rol. O projeto de lei de medicação oral pra câncer, a gente também vai poder discutir ele aqui. A lista da CONITEC, que a gente chamava de CITEC, e às vezes eu vou falar errado. É... A gente já separou as demandas que eles analisaram nos últimos dois anos e trouxe pra vocês o que é que foi aprovado e o que é que foi reprovado dentro daquele nosso critério lá de priorização. Exames pré-transplantes e tratamentos continuados, isso é uma discussão que a gente está fazendo lá dentro. A gente

achou por bem trazer isso pro GT e talvez ter um artigo no Rol sobre isso. Está tendo uma dificuldade importante pra realização de exames pré-transplantes por conta do tempo de atendimento. Então, a gente vai discutir um pouquinho isso aqui. Revisar todas as DUT. O Rol odontológico, que às vezes as pessoas acham que a gente esqueceu, a gente não esqueceu, não. Então toda vez que a gente revisa o Rol médico hospitalar, que agora se chama de procedimento de eventos em saúde, a gente revisa o Rol odontológico ... E, na última revisão, o GT decidiu que não haveria revisão do Rol odontológico, então ao contrário do de procedimentos e eventos em saúde, o Rol odontológico não foi revisado na última vez... A gente vai ter que discutir isso aqui, é isso mesmo? A gente parou de revisar o odontológico? É uma discussão que a gente precisa ter... OPME é uma demanda importante que a gente tem para discussão. A agenda regulatória prevê um grupo técnico específico pra discussão de órteses, próteses e materiais especiais. A gente vai perpassar o tema aqui, com isso, obviamente a gente precisa separar o que dá pra esperar pro GT discutir e o que a gente precisa discutir aqui dentro do Rol. E, pelo menos, criar apontamentos pra esse grupo técnico. E tem uma coisa que a gente também empurra com a barriga pelo menos a uns seis anos que é rever o PAC. O que é rever o PAC? Primeiro, o PAC que a gente fala aqui não é o PAC do Ministério, nem programa de aceleração do crescimento, nem o procedimento de alta complexidade de lá. O PAC que a gente chama aqui também é procedimento de alta complexidade. Mas o que é isso? Tem o procedimento no Rol, ai do lado tem qual segmentação ele é: ambulatorial, hospitalar, odontológica... E tem uma coluna que se chama PAC. Quando está marcado ali, significa que aquele procedimento pode ter CPT, que é cobertura parcial temporária. Então para aquela pessoa que afirma já possuir aquela doença ao entrar no plano de saúde, onde cabe carência CPT pra isso, ele vai ter dois anos de um atendimento que não inclui aquela alta complexidade. Então, pra saúde suplementar PAC é isso. É o que é possível se atribuir cobertura parcial temporária. Mas o mundo foi passando. Aquela coluna do PAC que está lá, ela foi revisada em dois mil e... Sei lá... Seis... Depois outros procedimentos foram incluídos, alguns com PAC, outros sem PAC. A lógica é muito ruim... Então não tem uma lógica. Então, o que é que significa aquela alta complexidade? É alto custo? É dificuldade pra fazer? É exame que precise estar relacionado a uma patologia? Não tem lógica, não é... Várias lógicas ao longo do tempo foram incluídas ali e tem procedimento totalmente obsoleto nesse sentido. Então, eu acho que dessa vez a gente tem que parar e dar uma olhadinha no PAC. Da última vez, a gente falou que ia fazer isso. Ninguém conseguiu... A gente foi atropelado pelas discussões, pelo tempo. Mas a gente precisa se organizar pra fazer isso, nessa discussão. Então, quando a gente olha pra esses pontos é muita coisa pra gente fazer, em um tempo muito curto. Eu não sei se a gente vai precisar se dividir em grupos menores ou se todo mundo leva como dever pra casa e vai trazendo. Mas tem discussões aqui que a gente levaria três meses num ponto, e a gente não vai ter tempo pra isso. Eu vou detalhar um pouquinho cada uma delas pra gente poder discutir. Então, primeiro, Rol odontológico... É a gente fez uma revisão grane do Rol odontológico em 2010. Alguns procedimentos que nunca tiveram cobertura, pelo menos na listagem mínima começaram a ter cobertura. A gente tem acompanhado pelo sistema de informações de produto um

número cada vez maior de procedimentos, principalmente de implante dentário sendo realizado ... Alguns procedimentos tiveram uma inversão lá de números, enfim... A gente não tem demanda de Rol odontológico. Eu posso espremer apertar, ninguém me pede... E, aí, é ninguém mesmo. Não tem beneficiário pra pedir. Não sei se tem alguém do conselho de odontologia aqui. Eu não recebo demanda. Eu não recebo demanda de dentista e eu não recebo demanda de operadora. Então, pra mim, seria muito mais fácil falar assim, não tem demanda gente, vamos seguir em frente ... Não tem problema, o mundo é lindo. Mas eu acho que a gente está aqui pra rever tudo, discutir tudo... No último GT a gente fez uma discussão até acalorada sobre isso... A PROTESTE tinha uma posição importante que eu acho que apesar da Pollyana não estar aqui hoje, era uma posição que eu acho que a gente tem que pensar... E o conselho muito se posicionou no mesmo lugar que as operadoras assim, tinha um consenso entre eles, mas eu acho que um ponto que eu vou voltar em todas as reuniões é, não tem mesmo demanda de Rol odontológico?... Porque, se não tiver, o que eu posso mexer mais? Então, é obvio que a gente faz lá dentro, a gente faz toda uma discussão importante sobre isso, mas efetivamente eu não tenho nenhuma demanda de Rol odontológico, tá? Então a gente vai discutir isso toda reunião, depois era legal vocês se posicionarem um pouco... É...Procedimentos passíveis de inclusão, então a gente tem lá as demandas recebidas que eu vou mostrar aqui nos slides a seguir e a gente tem uma tabelinha que eu também vou disponibilizar pra vocês, que são procedimentos que constam da CBHPM e que não constam do Rol... A gente fez uma discussão lá dentro da AMB que é bacana e eu queria mostrar pra vocês aqui. Essa planilha é um batimento da CBHPM com o Rol. Vocês não vão conseguir ler aí atrás, mas isso tudo vocês vão poder abrir em casa. A gente discutiu o seguinte: existem procedimentos que hoje estão na CBHPM e não estão no Rol? Sim... Mas o que a gente discutiu também é o seguinte: sempre vão existir vários procedimentos que estão na CBHPM e que nunca vão mostrar no Rol... Por quê? Porque existem lógicas diferentes... Então, primeiro a gente tem o artigo dez, está todo mundo lá atrás com o pescoço esticado. É, existe o artigo dez que é o artigo da lei que fala sobre exclusões. Então, algumas exclusões são permitidas por força de lei... E, quais são estas exclusões? Têm várias. Tem a medicação oral para câncer que a gente vai discutir daqui a pouco, mas também tem, por exemplo, procedimentos estéticos... Ou procedimentos que não sejam realizados em território nacional ou enfim... Essas exclusões nunca vão estar no Rol e muitas delas estão na CBHPM. Outras vezes são procedimentos de uma lógica distinta, por exemplo, medicina esportiva... está na CBHPM, mas nunca vai estar no Rol... Ou medicina do trânsito... Então, exame pra você fazer carteira de motorista, está na CBHPM, nunca vai estar no Rol... Então, sempre vão existir procedimentos que vão estar na CBHPM e não vão estar no Rol. Então, primeiro tem essa distinção. E, segundo, tem todos os critérios do que sobrou. Vão ter os critérios pra entrar no Rol e não vão estar na CBHPM. Se a gente contar, tem um número importante de procedimentos na CBHPM que estão destrinchadas, e por quê? Porque tem que estar, porque a lógica da CBHPM é de hierarquização de procedimento de nomenclatura e de atribuir valores. A lógica do Rol é uma lógica de cobertura. Então, às vezes na CBHPM você tem, sei lá... exame ocular do olho direito, do olho esquerdo...

Exame do dedo mindinho até chegar no dedão... Então são vários procedimentos que tem uma determinada lógica que no Rol ele é um só, exame ocular, exame do dedo, não necessariamente aqueles procedimentos... Então, como é que a gente fez pra resolver isso? Primeiro que a gente fez um batimento entre o Rol e a CBHPM e a TUSS que ainda é um pouquinho maior... E a gente disse, esse exame no Rol corresponde a esses quatro, cinco da CBHPM que correspondem a... Por que é que a gente fez isso? Porque a gente viu que tava tendo muita negativa de cobertura desnecessária, seja por falta de entendimento ou não. Então a gente fez isso, a gente já fez com a TUSS nova, a AMB já revisou, a gente também está contando com apoio de operadoras que fazem isso. A Bradesco está ajudando a gente também. Eles também têm essa tabela e esse batimento. A gente está juntando tudo pra ter certeza que o que está saindo está saindo direito e a gente vai tornar isso público pra facilitar a vida das pessoas, mas a lógica é diferente. Então, só pra vocês terem uma idéia, essa planilha veio nessa ordem da AMB, aí depois a gente queria (até, porque a gente falou assim: não é tanta coisa que a gente tem pra discutir)... Por exemplo, em domicílio não se constitui um procedimento ... é uma classificação de vários procedimentos que estão em volta. Mais embaixo, transporte extra hospitalar aéreo, isso não é um procedimento que vá pro Rol. Esse é um agregado, quando você compra isso na operadora, você compra isso como uma coisa à parte do plano de saúde. É, exame de aptidão física e mental pra concessão de benefícios fiscais da secretaria da receita, exame de aptidão física e mental pra, é... de veículo automotor, exame de aptidão físico e mental pra CNH, que é carteira de motorista... É... prova de direção veicular... é... controle antidoping. Só ali naquela primeira página a gente já eliminou uns 30, 40 procedimentos que nunca iriam fazer parte do Rol. Então, esse exercício a gente também está fazendo pra gente efetivamente ver o que está faltando. Então eu acho que esta revisão das tabelas e revisão da demanda é super importante pra gente também começar a exercitar a lógica e ver o que sobra realmente de demanda. Bom, isso daqui são os procedimentos que eu falei pra vocês que tinham sobrado da revisão anterior ou das demandas que a gente recebeu de beneficiário ou da justiça ou de qualquer outra pessoa que mande pra gente questionando ou solicitando um procedimento. Então, como é que a gente separou? A gente separou aqui, por exemplo, procedimento cirúrgico invasivo que estão na CBHPM. Então um dos critérios lá que foi o primeiro que a gente analisou, ele cumpriu. Então, a priori, estes procedimentos, depois a gente vai ter que checar todos os outros critérios, eles poderiam ser por nós analisados pra gente então criar a priorização. Depois deles passarem pelo primeiro ponto que seria ATS. Então eu vou deixar tudo isso disponível com vocês pra vocês darem uma olhada em cada um deles. Ver se as demandas que vocês recebem, que vocês têm, são parecidas. Aí depois a gente colocou, procedimentos cirúrgicos invasivos sem CBHPM... Por quê? Isso daqui é só um exemplo... A gente tirou muito daqui porque se não ia ficar poluído e a gente não ia nem conseguir ler. Então, por exemplo, todos estes procedimentos foram solicitados pra mim, mas estes procedimentos não estão na CBHPM. É até legal pra gente ver se está certinho... É... então num dos critérios eles já ficaram? Eu coloquei isso aqui só pra gente começar a discutir, muito desses procedimentos aqui são os mais solicitados pra mim. Então só pra gente ter uma idéia de como funcionaria essa

nossa discussão aqui. Então, é... Tem alguns que me pedem todo dia. Todo dia chega uma demanda diferente daquele mesmo procedimento? Pode passar. É, clínico ambulatorial com CHBPM... Diagnóstico terapêutico, e aí aqui eu vou precisar muito da ajuda de vocês. A parte de diagnóstico principalmente de patologia clínica é uma parte pesada, difícil né... Todos esses aqui então constam hoje da CBHPM,... E, esses, por exemplo, não constam. Então eles estariam fora de novo. Por que é que a gente escolheu esses? A gente escolheu esses porque chega tanto, que assim... É... CONITEC, então, o que é que foi analisado no CONITEC entre 2011 e 2012? Foi incorporado a tomografia de coerência ótica. A gente já tem. Mas, qual é a diferença pra gente? Lá tem mais indicações... Então lá são todas as doenças da retina... É aqui no nosso Rol são só um dos tipos de DMRI. Então, teria mais indicações com prioridade zero, prioridade super alta pra serem incorporadas. O NAT. O NAT como eu falei pra vocês, ele primeiro passou pelo CONITEC e depois a gente foi convidado lá nessa reunião onde o Ministério vai fazer essa discussão sobre NAT. O BAHA, por exemplo, a gente vai ter que fazer uma discussão importante. Porque o BAHA não tem na CNHPM... Então não é um procedimento que está com uma prioridade alta, uma vez que ele foi incorporado no CONITEC ele é um dos nossos critérios de incorporação, mas ele não está na CNHPM. Isso é uma outra discussão que a gente vai ter que fazer aqui no grupo. Uma tecnologia que é muito solicitada pra gente é a cápsula endoscópica, que é um exame que a gente faz pra olhar o estômago em que você engole tipo uma micro filmagem e ele vai filmando. O CITEC reprovou essa tecnologia e não foi por custo, foi por falta de evidência. Essa tecnologia está na CBHPM, então ela é uma outra discussão que a gente vai ter que fazer. Bom, aquilo ali também era só um exemplo. É lógico que a gente vai parar depois pra discutir cada um deles. NAT, o NAT passou pelo CONITEC, ele tem diretrizes da SAS, do Ministério e da ANVISA e provavelmente nos próximos meses vai sair uma regulamentação do Ministério que estabelece que todos os bancos de sangue são obrigados a fazer o NAT. Hoje o que a gente tem de tudo NAT é o seguinte: não é uma regulação que dependa da ANS. A ANS não regula banco de sangue e como o sangue é processado, quem regula isso é o Ministério da Saúde junto com a ANVISA. Uma vez que a ANVISA e o Ministério da Saúde definam que todo o sangue no Brasil tem que ter NAT, tem que ter NAT. Não tem discussão... Por quê? Porque não vai ter outro sangue, né, não vai ter outra forma de processar isso. Então uma vez isso definido, isso cabe também à saúde suplementar. Então não teria que ter uma discussão onde a gente vai incorporar ou não, está incorporado. Todos os bancos de sangue vão ser obrigados a fazer dessa forma. O que a gente tem que discutir aqui é que é mais um procedimento sim que vai entrar na tabela porque vai estar na tabela do Rol e que é um procedimento que também agrega custo, além de agregar valor, uma vez que ele passou pelo CONITEC e teve toda essa discussão. Então só pra gente lembrar que esse é um procedimento que também deve ser incluído no Rol obviamente e que vai estar lá juntinho no cálculo do impacto. Bom, saúde ocupacional, eu queria depois que, na reunião quando a gente fosse discutir isso, a Unimed também se posicionasse. A gente têm um artigo que a gente fala sobre saúde ocupacional e acidente de trabalho, é... Esse artigo foi feito na anterior a vigente, então foi em 2010... Depois a gente mexeu na redação pra ficar mais claro em 2011, mas não

resolveu... Em 2011 a gente soltou uma Súmula explicando o que é que aquilo queria dizer e parece que ainda tem problema. Então eu acho que a gente vai ter que rever esse artigo, tentar entender quais são os problemas de hoje. É um artigo difícil mesmo de se ler e de se entender. Então isso tem que ficar claro, isso tem que ficar bem direitinho, a gente tem que voltar nessa redação. É... revisão e elaboração das DUTs... A gente vai ter que rever todas as existentes. Algumas sociedades já estão procurando a gente com demanda de revisão de DUT, mas todas vão passar por aqui por esse grupo também. A gente vai construir isso em conjunto. Todas as DUTs vão ser construídas obviamente com esse grupo, mas também com a sociedade pertinente, junto com a AMB. Esse é um compromisso que a gente tem a algum tempo. Por quê? Porque a gente precisa que a DUT tenha penetração e que ela efetivamente seja usada. Então a gente precisa dessa parceria. A gente gostaria de novo que só entrassem procedimentos que tivessem DUT quando fosse cabível, quando isso pudesse ser feito. Então, a gente continua com essa diretriz, tem uma DUT que incomoda profundamente a gente e a vocês que é a de genética. É... Tem outras que a gente também acha que tem que ser revisadas... Cardiologia procurou a gente com uma, tem algumas outras que a gente já viu que tem erro, enfim... A gente vai precisar melhorar todas, mas tem umas que a gente não vislumbra solução e, é muito ruim... Quando você não consegue ver solução. Há algum tempo atrás a gente foi procurado pela Fenasaúde pra tentar discutir isso, a gente colocou tudo que a gente já tinha feito até então. Eu não sei o quanto isso andou lá. Vera, vc sabe? Depois vocês podiam tentar descobrir, passar pra gente aqui se tem alguma perspectiva, se tem alguma idéia. Não é fácil, a gente está há 6 anos ralando em cima disso e a gente não consegue ver uma saída pra isso. Então, é... Se alguém tiver alguma luz que ajude a gente a rever essa diretriz, é uma diretriz ruim mesmo, sobre genética, exame de genética. A gente na época fez essa diretriz porque era a única solução pra gente conseguir incorporar esses procedimentos, mas a gente sabe que ela não é ideal. A gente foi em busca disso já que a gente não tem solução nacional de uma solução internacional... Achemos? Achemos. Era um livro desse tamanho só de diretriz de genética... Então a gente não achou que era adequado publicar isso, então como é que a gente vai dar nosso jeito aqui? A gente vai ter que pensar isso efetivamente, depois a gente volta na diretriz pra gente poder discutir. Vamos lá, Lei nº 12.738. Ela foi publicada em 30 de Novembro de 2012 e entra em vigor em 180 dias, então no dia 30 de Maio de 2013. Daqui a três meses. Ela altera o artigo 10 que é aquele artigo que eu falei das exclusões. Por quê? Porque isso daqui estava lá no artigo das exclusões. E ela fala o seguinte: cabe às operadoras por meio de rede própria credenciada contratada ou referenciada ou mediante reembolso oferecer bolsas de colostomia, ileostomia, urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector para uso hospitalar ambulatorial ou domiciliar vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade. É uma lei, então a gente não tem que discutir a lei, a gente tem que regulamentar a lei. Quando essa redação saiu e foi aprovada e foi sancionada, a gente ficou com muita dúvida na redação, várias, muitas... E, mais do que isso, dúvidas na operacionalização disso. Então a gente acha que têm vários pontinhos aqui que vão dar problema, não tem jeito, vai dar problema. A gente gostaria de se antecipar a alguns problemas e tentar resolver antes que desse. Já que a gente

sabe que vai dar problema porque vai esperar dá, não é? Então a gente separou aqui num outro slide, então eu queria de verdade que fosse um dever de casa de todo mundo: os problemas que a gente já vislumbrou. Hoje eu fiz uma reunião com a Sheila, a gente já viu outros problemas... Quem tiver idéia para a discussão, já pensem sobre isso, me liga, a gente marca, a gente senta, por quê? A gente tem muito pouco tempo pra fazer isso. E aí a gente vai ter que contar com a ajuda, por exemplo, do conselho de enfermagem, não sei se tem alguém aqui... A gente vai ter que contar com a ajuda de um profissional que é o cara que está acostumado a lidar com as ostomias, então... Como é que a gente vai desenvolver isso? Bom, vou colocar as dúvidas que a gente já levantou, ok? Bom, ele fala sobre bolsa de colostomia, ileostomia e tal... Só que não é só a bolsa que você usa. Você usa uma pasta, um pó, um molde, uma placa, um cinto, um clamp e milhões de outras coisas e a lei não fala sobre isso. Então, se a gente for seguir ao pé da letra o que está na lei, a pessoa ganharia a bolsa e nada disso... O que ajudaria pouco, né? Porque como é que ela vai usar a bolsa se ela não vai usar a pasta, o pó, o molde, a placa, o cinto, o clamp... Então, e aí? Isso está ou não está incluído? Ao pé da letra não está... Como é que a gente vai resolver esse problema?... Ele fala de, Colostomia, ileostomia, urostomia e sonda vesical de demora e ... É você tem outras coisas, você tem traqueostomia, hoje eu descobri que a gente tem várias outras coisas que usariam essa bolsa. É... a gente tem lido vários e vários documentos de secretarias de saúde que já fazem isso há muito tempo e eles discutem muito como que é esse processo... Eles falam o seguinte: não adianta nada você fornecer se você não fizer instrução pro autocuidado e uma consulta, que no caso é uma consulta de enfermagem que você possa fazer esse acompanhamento. Na saúde suplementar a gente não tem consulta de enfermagem prevista. Como é que a gente vai dar conta de programar o cuidado disso? Porque não basta você entregar a bolsa, você tem que fazer com que aquilo funcione... Tem uma outra discussão que a gente tem lido muito que é o seguinte: a expectativa de consumo ela é um pouco diferente dos usuários da saúde suplementar pros usuários do SUS. Teve uma secretaria que inclusive colocou em números isso. E aí têm o seguinte, usuário da saúde suplementar tende a trocar mais vezes a bolsa do que um usuário do SUS, só por conta dele pertencer a um sistema ou outro. Influenciado pela renda. A gente leu também que quanto mais vezes você troca, mais chances você têm de ter intercorrências e problemas. Porque você cola, descola, cola, descola... E aquilo vai acabando com a tua boca, que é a boca da ostomia. Então é... é importante que você troque sim, mas que você troque no momento certo. Tudo isso é uma orientação. Ao mesmo tempo é a regulamentação disso, que é o que a gente faria, tem alguma dificuldade jurídica porque veda a limitação de prazo, o valor máximo e quantidade. Então, ao mesmo tempo que a gente sabe que tem uma portaria do Ministério. E aí a SAS tem um documento que a gente viu hoje que tem uns parâmetros de utilização disso... Quanto você deveria trocar por mês de colostomia? Como é que a gente traz isso pra regulamentação com essa redação? Diretriz Clínica, a gente não consegue ver uma diretriz clínica... É a gente acha que vai ter que fazer uma diretriz de utilização, mas pela primeira vez a gente vai ter que fazer uma diretriz de utilização diferente de tudo que a gente já fez. Primeiro porque seria uma diretriz de utilização de enfermagem. Faz um

tempão que a gente quer fazer, mas que a gente nunca conseguiu efetivamente fazer. A gente vai precisar fazer pra cá. Segundo, que não vai ser uma diretriz de utilização atrelada a uma patologia e sim atrelada a um material. Então a gente vai estar falando de um material e não de uma doença. Tem algumas coisas, por exemplo, na hora que ele coloca a sonda vesical de demora, ela está entre a urostomia e o coletor de urina. Na hora que a gente lê a gente fala assim “Ah, sonda vesical, vou usar lá pra você colher a urina” só que ela pode ser usada pra gastrostomia também, e aí? Em teoria não tem nada que atrele qualquer área anatômica ou patologia a utilização desse material. Então a dificuldade de se fazer uma diretriz é grande... Como é que vai ser definido o projeto terapêutico? Quem é o profissional solicitante? Isso a gente tem discutido muito. Então em todos esses lugares que distribuem isso e que usam isso, um profissional solicitante é um enfermeiro. É na Lei 9656 esse artigo foi revogado. E nem foi mexido, o único profissional com obrigatoriedade de cobertura pra solicitação é o médico. Então essa solicitação perante a nossa regra, deve vir do médico. Mas a gente sabe que o profissional que está habituado a fazer isso é o enfermeiro. Então a gente também vai ter que adaptar o que a gente tem hoje pra conseguir chegar em um bom termo pra isso. É a vedação de prazo, valor máximo e quantidade, é uma discussão enorme que a gente está tendo com os nossos advogados. Que é o seguinte, vocês também vão poder ajudar a gente nisso. Primeiro, têm várias discussões, o que é o prazo, valor máximo e quantidade? Eu leigamente, como médica que sou, lendo isso falei o seguinte: prazo? Eu não posso dizer que só vou dar uma semana, eu vou dar pra sempre se esse cara for meu beneficiário. Então, pra mim, prazo é isso. Eu não posso limitar um prazo pra dar. Valor máximo pra mim é o seguinte, eu não posso dizer que eu só vou dar até 500 reais, eu vou dar o quanto ele precise, sem ter limitação de valor. E quantidade é quantidade, quantas ele pedir, o médico solicitar eu vou ter que dar. É... Tem uma discussão no que é que significa esse valor máximo, esse valor máximo... Primeiro, quem está limitando para fazer isso é a operadora ou é a ANS? Porque se a gente ler o artigo, está escrito: “Cabe as operadoras fornecer e é vedada a limitação disso” quem está vedando? A regulação ou a operadora? Essa é a primeira dúvida. A segunda dúvida é o seguinte: esse valor máximo que está ali inclui a distribuição e a definição da marca? Pra mim é o valor máximo em relação ao que eu não posso limitar, mas também não está claro. E a quantidade tem essa coisa da quantidade que a gente já discutiu, sem falar que às vezes, por uma questão até de meio, não tem jeito, se eu tenho vizinho de um lado que também tem aquilo... E eu tenho uma “ilimitação” de quantidade, como é que essa relação vai se dar, será que eu também não vou ajudar a pessoa que está do meu lado... Então, como é que a gente vai ver essa coisa da quantidade? Bom,... Então, outra discussão importante que a gente está tendo é o seguinte: e a marca? Ninguém falou da marca... A gente foi ver, tem várias marcas. Obviamente, com preços muito diferentes... Mas, mais do que isso, têm vários tipos e cada tipo tem uma indicação diferente. Então, tem a bolsa de colostomia tipo A1, essa A1 é pra uma boca que é de uma especificidade redonda, mais puxada... Então assim, cada um tem uma especificidade, isso tudo a gente vai ter que tornar isso um protocolo, tornar isso uma diretriz. Mas a marca efetivamente, “ah, eu gosto mais de uma que é branquinha, a outra é amarelinha” e aí? Não tem nada escrito sobre isso... A

distribuição, o projeto cita a rede, mas como é que isso vai se dar? Um hospital dificilmente vai distribuir. Cada um vai formar um serviço próprio? Isso vai ser por reembolso? O reembolso tem toda uma discussão disso e nunca foi constante de contrato, de regra de contrato... O reembolso ele teoricamente tem que seguir as regras do contrato. Então quem não tem o reembolso previsto poderia passar a ter pra isso? Isso é uma outra discussão jurídica. Enfim, é... Só tem discussão e dúvida. Na verdade a gente tem clareza de muito pouca coisa, apesar disso, a gente têm três meses e a gente tem muito medo. Primeiro, de ficar coisas faltando. “Ah, vamos ler nua e crumentemente. Então vou te dar a bolsinha, quantas você quiser, mas o resto não está incluído” ou, enfim... Como é que a gente vai regular isso? Então a gente tem que começar por isso. Isso começa a valer em 30 de maio e a gente vai precisar criar uma saída pra isso e eu não vou criar sozinha, vou criar junto com vocês. A gente tem algumas idéias que foram essas que a gente foi passando, mas a gente vai precisar discutir bastante isso. Agora, é... Tem os projetos de lei. Esse projeto de lei é o 352 de 2011, ele já passou pelo Senado, já passou pela Câmara em duas comissões e está na última. A relatora agora é a deputada Jandira Feghali e está só na CCJ, só falta a CCJ. Então muito provavelmente esse projeto de lei deve ser ainda regulamentado esse ano. Por que é que a gente trouxe ele pra cá? Primeiro porque há muito tempo a gente discute a necessidade da gente discutir isso. Segundo que isso tem um impacto importante que se a gente for fazer revisão de Rol a gente já tem que começar a discutir isso. E aí eu não estou falando só de impacto financeiro, não. Estou falando de impacto assistencial. Então, mesmo que não existisse esse projeto de lei, a gente já tinha que estar discutindo isso por conta da importância que isso tem hoje pra assistência. É, e terceiro, porque tem uma redação talvez mais complicada ainda do que têm o da colostomia. Diferente do da colostomia. O da colostomia é um projeto de lei de 2004 que estava muito parado e de repente ele andou muito rápido. Esse daqui ele sempre andou rápido e desde a origem, a gente foi chamado pra discussão. Então, assim, eu já fui ao Senado três vezes falar sobre ele. Tem alguns apontamentos que a gente fez lá... Alguns surtiram efeito, outros não. E, os que não surtiram, eu acho que a gente já consegue se antecipar a esses problemas, então a gente pensar um pouquinho sobre ele. Então, o que é que ele fala, que o fornecimento de medicamento pra tratamento domiciliar ele continua no item da exclusão, lá no dez, mas ele ressalva o que está disposto abaixo que é o seguinte: a cobertura de quimioterapia oncológica domiciliar de uso oral, incluindo medicamentos para os efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes. E depois ele coloca um outro item que é o seguinte: cobertura quimioterapia oncológica ambulatorial e domiciliar, procedimentos hemoterápicos, radioterápicos após a internação, ou seja, vincula a necessidade de internação. E tem um artigo que ele vai e volta, vai e volta, vai e volta, mas eu acho que ele está dentro... Que ele fala que tudo isso vai ser feito através de diretrizes clínicas publicadas pela agência em conjunto com a AMB. Então quais são os problemas que a gente está vislumbrando aqui? O primeiro que eu acho o mais grave, é alínea G... Que fala o seguinte... isso a gente já apontou, é... O medo das pessoas que estão tentando fazer esse projeto passar é que com a correção disso isso volte muito pra trás e o projeto não saia... Mas eu acho que a gente precisava fazer alguma coisa, porque isso que está escrito aqui

não vai ser bom ... Então assim, o que é que está escrito? Que a quimioterapia oncológica ambulatorial e domiciliar, radioterapia e hemoterapia. Então ele pega a hemoterapia que já existe hoje, radioterapia que já existe hoje e mais a medicação oral pra câncer e fala que isso vai ter cobertura se ela estiver relacionada à continuidade da internação. No limite disso que é que acontece, todo mundo que precisa de hemoterapia e radio antes da internação não vai ter cobertura, e hoje tem. A gente discutiu muito isso, muito. Aí a última resposta que eu tive que foi quando eu larguei de mão foi assim “Não tem problema não, depois a gente judicializa”... Aí eu falei, pra judicializar, judicializa o que está hoje, fica judicializando a medicação oral, não dá no mesmo? Então, assim... Essa parte preocupa a gente ... O que é que vai acontecer com esse artigo. É... fora isso tem um artigo que a gente vai ter dificuldade de regular que é alínea C. Por quê? A medicação oral, a medicação pra câncer de uso oral... Mas ele fala que também vai ter cobertura, é... Medicamento para efeito adverso e adjuvante. O que é isso? Isso aqui é uma cópia do que está hoje no Rol pra quimioterapia venosa. Então quando a gente colocou isso pra quimioterapia venosa, isso tinha um porque. Qual é o porquê? Quando a pessoa ia fazer a QT venosa, vários outros medicamentos precisavam ser dados na mesma hora, mas tinha remédio pra pessoa não vomitar, hormonioterapia também faz parte da quimioterapia, enfim... Tinham vários medicamentos que faziam parte daquele tratamento e que como isso não estava escrito tinha muita dificuldade de cobertura. Tinha toda uma dúvida se isso tinha ou não cobertura e a gente escreveu isso pra quimioterapia venosa. E aí o mesmo artigo foi feito pra QT oral domiciliar, quando a gente passa isso pra oral domiciliar é... O adjuvante você ainda teria um porque,... assim, vai dar um hormônio junto, enfim... Mesmo assim a gente não tem o menor controle sobre isso. A ANVISA não sabe dizer hoje o que é adjuvante oral pra câncer. A gente fez essa pergunta e não tem como responder. Quando a gente passa pra efeito adverso, aí acabou... Porque aí o paracetamol que é uma medicação pro efeito adverso de quimioterapia. E aí, isso é uma coisa que a gente efetivamente receber, não vai conseguir dar conta de regular... Então, é... A gente também colocou que a gente quer demais viabilizar esse projeto. Esse projeto é totalmente necessário... todo mundo concorda que ele é necessário, mas o efeito adverso nele praticamente inviabiliza a prática disso ... Assim, pelo menos a regulação e a fiscalização da agência, por que?... Como fazer isso? Por efeito adverso. Então tem esses pontinhos que a gente vai ter que dar uma discutida e vai ter que dar uma pensada no que faz. Então, além disso, a gente tem uma dificuldade grande na obtenção da bula desses medicamentos pra medicação oral pra câncer na Anvisa. São medicamentos novos, algumas bulas não estão disponíveis, ou seja, a indicação dela pra cada medicamento é diferente na bula. Então a gente não teria como dizer o que é que tem cobertura ou não se a gente não tem a bula disponível. Então isso é uma coisa importante até pra gente ver o que tem cobertura e o que não tem... É... Às vezes uma mesma patologia ela tem vários medicamentos que tratam ou um mesmo medicamento trata várias patologias, ou pior do que isso... Às vezes um medicamento em associação ao outro trata uma patologia, só que sem estar associado ou em associação a um terceiro ele já não trata mais. Então não é só o medicamento, é o medicamento e as suas associações. Qual é o problema disso? Isso não é regulado pela Anvisa, então

uma bula decide colocar até a primeira associação. Só que um outro medicamento que serve pra mesma coisa decide colocar até a quarta associação. Então às vezes é o mesmo medicamento, mas que um serve pra uma coisa e o outro deveria servir também, só que ele não colocou na bula. Então a coisa da associação ela é muito, muito difícil da gente conseguir criar uma regra com isso. Esse é um problema que a gente vai ter. Então pra gente fazer a avaliação, a gente teria que fazer a avaliação do medicamento e das associações. É... O adjuvante, efeito adverso, eu já falei... E a coisa da continuidade da assistência hospitalar, isso também preocupa. Bom... Exame pré-transplante pra continuidade é o seguinte, é... exame pré-transplante a gente sempre teve cobertura no Rol, então vários exames podem ser feitos normalmente, ou antes, do transplante. E existem outros procedimentos que são específicos pra se fazer antes de um transplante. Qual foi o problema? Em algum momento saiu a 259 que estabelece os tempos de atendimento e que estabelecem tempos de atendimento genéricos pra vários procedimentos, o que ajudou muito na marcação das consultas e tal... Só que pra algumas coisas, muito específicas, e aí o transplante foi a principal demanda que chegou pra gente: o que aconteceu? Quando eu vou fazer um transplante, eu sei rapidamente que eu, para eu conseguir os órgãos, eu vou ter que fazer vários exames rapidamente pra conseguir ser transplantado. A gente recebeu esta demanda de uma Secretaria Estadual de Saúde. E aí o que, acontece se eu postergar realização desses exames pro tempo de atendimento,? A pessoa perde o transplante. Isso vem acontecendo. A gente perde um procedimento grande, importante, enfim, por causa do tempo de um exame. Então a gente quer discutir um artigo com vocês que fala o seguinte: pra esse tipo de exame, isso é uma urgência / emergência. Isso não tem tempo de atendimento, então, a mesma coisa acontece e aí não são todas as operadoras, obvio não é gente, mas a demanda chega de alguém, pra quimioterapia, por exemplo, e tem ciclos programados. Quando eu autorizo a quimioterapia, eu não autorizo o ciclo necessariamente. Algumas operadoras autorizam o ciclo. Só que aquele ciclo, ele tem um tempo pra acontecer depois do outro. Se eu joga o tempo pra autorização no 2º ciclo eu perco prazo que eu deveria estar fazendo pra aquele medicamento ter efeito. Então esse tipo de coisa obviamente não cabe aqui nos tempos da 259 e é isso que a gente quer escrever, pra deixar escrito uma coisa que acho que nem precisava, mas que a gente vai ter que escrever. E voltei. Bom, a OPME é órtese, prótese e materiais especiais. Então o que é isso? A gente tem um problema grande com órtese e prótese. Todo mundo sabe tanto de autorização quanto ao tempo da realização. Uma discussão se essa serve, a outra não serve. Um pede uma coisa outro autoriza outra. Enfim, a gente já fez essa discussão no último GT. A gente colocou aquele artigo pra tentar minimizar uma situação que é muito maior do que aquilo que é das três marcas. Então, o médico oferece três marcas, o operador escolhe uma, minimizou muito pouco o problema. Ele continua bem importante e na agenda regulatória está previsto uma discussão exclusiva pra OPME. Aí sim, pra mexer no negócio mais profundamente, na origem, na distribuição, no como que isso é feito. Uma discussão grande sobre similaridade, sobre o que pode substituir o que, o que é igual a que, enfim, a gente não teria tempo nem condição de tentar discutir isso aqui senão a gente acaba com o GT

do Rol e fica com GT de OPME. Não é essa a intenção, mas eu acho que aqui a gente vai precisar olhar para aquele artigo com carinho.

INTERRUPÇÃO COFFEE BREAK

P/Martha – Podemos? Ficou mais vazio, tem alguém lá fora. Então, órtese e prótese a gente tava falando, a gente vai firmar um GT específico pra gente discutir tudo sobre isso, mas a gente aqui vai precisar fazer alguns apontamentos. Tem gente lá fora? O procedimento de alta complexidade - PAC a gente já discutiu um pouquinho, então eu queria que a partir de hoje a gente selecionasse os procedimentos do Rol que tem PAC pra voltar a discutir isso. Qual é a nossa visão sobre isso? Quais são os critérios que deveria ter um procedimento pra ele ter PAC? A lógica é confusa, ela não tem uma coisa única, então como que a gente cria isso no PAC? Bom, de novo o endereço gt.rol@ans.gov.br. Eu vou voltar lá naquele slide dos problemas que a gente vai ter que discutir que aí eu acho que é um pouco resumo e a gente passa para as discussões.

P/João Paulo – João Paulo, Unidas Nacional. Martha eu vou te pedir... é porque como são muitas perguntas... mas eu vou ser bem breve e bem direto. É, com relação ao que foi dito, como aqui eu vejo que tem algumas pessoas novas no grupo, eu queria só destacar um ponto que a Martha comentou sobre desincorporação e sobre impacto financeiro e econômico. Toda vez que a gente discute aqui no grupo técnico, a gente passa meio que ao largo da desincorporação e do impacto financeiro e econômico. A gente sabe das dificuldades pra realização de estudo de impacto financeiro e econômico, mas eu acho que nesse Rol, minimamente a gente teria que fazer essa discussão melhor. Eu queria que tu comentastes sobre a desincorporação, porque é um assunto extremamente importante e talvez tão importante pra sociedade quanto a incorporação de novas tecnologias. Não existem outras tecnologias já incorporadas que desempenhem a mesma função. Eu sinceramente fiquei com muita dúvida com relação a esse tópico, a esse critério, quais diferenciais que vão ser considerados. Então se eu tenho lá dois tratamentos ou dois exames, métodos diagnósticos, como que a gente vai mensurar esse ganho de valor que essa nova tecnologia vai ter pra ser incorporado ou não. Com relação a custo efetividade, tu já destacastes a dificuldade, não é? Que é a linha de corte. Existe um padrão da Organização Mundial de Saúde, de três vezes o PIB. A gente sabe que isso aí nem sempre é válido, mas é uma situação extremamente difícil e que provavelmente a gente vai ter dificuldade. Eu queria que a ANS, só um pouquinho mais, tu já comentastes, mas pense sobre isso. Eu vou dar um exemplo depois, o Rol, a gente sabe que é mínimo, existem eventos que não tem respaldo legal, não tem respaldo legal, mas cientificamente está mais do que absolutamente comprovado de que, um exemplo disso, o medicamento oral pro câncer, tu mesmo destes um exemplo do, da prótese auditiva e tal, como que a gente vai lidar com isso uma vez que um dos critérios que vai ser excluído da discussão é se ele não tiver um respaldo legal, vamos dizer assim, de cobertura na legislação. Gente, é o seguinte, exemplo também a medicação oral pro câncer, um imunobiológico subcutâneo que tem a mesma eficácia, efetividade, às vezes até melhor do que

um medicamento injetável, mas só porque não está na lei, na cobertura obrigatória, a gente não discute aqui, eu acho que isso era importante incluir isso na discussão, pra quem quiser se cobrir, esse tipo de produto ou esses tipos de produtos que a gente, é basicamente isso. Como que a gente pode incorporar na discussão itens, mesmo que não sejam de cobertura obrigatória. Com relação, eu já sugeri isso de uma outra vez em alguns eventos passados, que é a preocupação da banalização de sugestões de incorporação no Rol. Então qualquer um pode chegar, pedir, preencher lá aquele formulário... eu acho que já está mais do que na hora de pelo menos, obviamente que não para uma pessoa física, quer dizer a população sugerir, ele não é obrigado a seguir determinados padrões, mas criar um formulário padrão minimamente com, já com os critérios de elegibilidade que sempre a agência coloca como desejável, mas eu acho que talvez a gente já possa evoluir com formulário que tenha que seguir aqueles critérios que tu já destacaste também e por fim, com relação ao NAT, eu comentei rapidamente com a Martha no intervalo, tem um impacto financeiro e econômico extremamente significativo, talvez de todas as incorporações que já houve no Rol desde a RN 167 pra cá, esse seja o maior impacto econômico, impacto financeiro. Então a gente tem que ter muito cuidado nessa análise e realmente se preparar pra isso, e se for o caso, que pelo visto vamos ter que realmente cobrir. Eu acho que é isso.

P/Martha – Posso responder muito mais do que você fala? Então vamos lá, muita coisa junta, o João falou quase tudo. Desincorporação eu considero também super importante. Da outra vez a gente conseguiu desincorporar três procedimentos, mas porque eles já estavam no limite de serem quase ridículos. Eu acho que a gente precisa em algum momento parar e fazer uma revisão do Rol pra trás. Então, o que é pra trás? Pegar o Rol inteiro e falar assim, isso ainda está sendo usado, isso ainda funciona. A gente colocou em consulta pública 8 ou 10 procedimentos pra excluir porque a gente tinha certeza absoluta que eles eram obsoletos. Aí vem na consulta pública: não, mas isso daqui eu ainda faço no hospital no Maranhão. Então assim, hoje a gente tem uma dificuldade enorme de fazer essa análise no Rol e eu tenho certeza de que se a gente não fizer, daqui a pouco o Rol está cheio de coisa suja lá dentro e isso é ruim pra gente que está tentando tornar uma tabela dinâmica. Eu não tenho a menor dúvida que a gente tem que não só tirar o que hoje é obsoleto, mas também tirar algumas coisas que a gente sabe que se a gente fosse fazer aquela avaliação que a gente está fazendo hoje, a gente tinha tentado lá atrás. É difícil isso. É difícil culturalmente principalmente, porque é como se fosse um ganho permanente ter um procedimento no Rol. O que nem sempre é. A gente sabe que alguns procedimentos até pra segurança, eles precisavam ser revistos, mas eu concordo que é uma discussão que a gente tem que fazer. Qual é o meu medo, João? A gente vai tentar fazer isso? Sempre. A gente vai conseguir para essa revisão? Não sei. O tamanho do problema que apareceu na minha frente quando a gente foi organizar essa revisão, ele é tão grande que eu não sei se a gente vai dar conta de fazer isso. Eu estou falando sinceramente. Eu acho que se a gente conseguisse criar um subgrupo aqui dentro pra começar a discutir isso. Algumas pessoas se ofereceram pra fazer isso, Otávio que é uma pessoa que tem uma

empresa, que faz avaliação de tecnologia, já fez palestra em um monte de lugares, vocês devem conhecer, e se ofereceu também pra ajudar nisso. Eu acho então que quem tiver essa expertise, quem puder ajudar nisso, excelente, porque aí o trabalho vem pronto e o que a gente faz aqui é ver se aquilo corresponde a realidade ou não. Então, se a gente puder, excelente! Agora, eu jurar que eu vou ter perna pra fazer isso, eu acho que não vou conseguir. Então, se a gente conseguir trazer uma coisa mais maturada pra cá, claro que vale. Claro que a gente devia fazer e, principalmente, começar uma discussão cultural sobre isso também. Não é uma perda de valor, não é uma coisa que eu estou perdendo. Não. Se a gente está tirando é porque tem outro melhor, ou que aquilo não faz mais sentido. Impacto econômico, eu gostaria muito, a gente está na 4ª revisão efetiva do Rol, eu gostaria muito que a gente já tivesse uma maturidade maior do que a gente tem hoje, até pra desenvolver esses estudos. Então no Brasil, que faça análise de impacto econômico, mesmo, de verdade, com dados nacionais, tem o que? Três pessoas? A gente vai dar conta de fazer pra tudo? Não, mas eu acho que se a gente não começar a criar essa cultura, a gente não vai conseguir chegar no lugar que a gente deseja, então se a gente conseguir pelo menos nessa revisão olhar alguns estudos deste tipo, colocar pra fora, mostrar o que é, mostrar que isso tem prioridade aqui dentro, talvez na próxima revisão a gente já esteja fazendo tudo com impacto. Então, acho que é meio que criar um campo pra isso, e as pessoas entenderem que isso aqui não é pra limitar o acesso, não é pra limitar a incorporação, pelo contrário, é pra você saber que você vai conseguir incorporar cada vez mais coisas da maneira correta. Quando a gente falou de tecnologias que desempenham a mesma função, hoje no Rol tem várias coisas conflitantes, então, não estou falando do Rol pra trás, gostaria muito, mas eu acho que a gente tem que pensar daqui pra frente também. Então, se eu tiver duas tecnologias que estão lá empatadas, no meu critério de priorização, uma não tem nenhuma outra tecnologia no Rol que possa substituir e tem uma outra que tem uma tecnologia que a substitui, é claro que vou dar preferência pra outra, então foi nesse sentido que a gente colocou, é um critério de priorização. Ela ganharia um xizinho porque ela é diferente de uma outra que já tem uma parecida. Ponto de corte de análise de custo efetividade, a gente não tem. Qual é o nosso desejo? Primeiro é mostrar como que esses estudos são feitos, pra que, que ele serve, explicar pra todo mundo que, que é isso, mostrar pelo menos um critério mínimo e tal, à parte disso, a gente mostrar, vamos começar pela comparação, então assim, esses dois procedimentos foram solicitados, esse daqui é pra isso, esse daqui é pra aquilo, o custo efetividade dele é esse, pra gente começar a criar essa maturidade, então não tem a menor expectativa da gente usar um número pra barrar, não é isso, mas é obvio se a gente tiver um altamente custo eficaz e um muito baixo, que isso fique claro pra todo mundo. É nesse sentido que eu gostaria de começar, pelo menos. Imunobiológico subcutâneo, por exemplo, ele foi aprovado no CITEC, apesar de não estar ali naquela listinha, a gente esqueceu de colocar, então, imunobiológico subcutâneo, ele já está lá com grau de priorização máximo, porque ele foi aprovado no CONITEC, então é claro que a gente sempre pode discutir outras coisas e acrescentar outras coisas nessa discussão. Eu estava discutindo aqui que a gente sente uma necessidade tão grande de discutir a incorporação da medicação oral pra câncer, que a gente tem estudado isso lá

dentro da agência juridicamente, junto com a procuradoria, de uma maneira muito importante e a gente quer trazer essa discussão pra cá também. Até onde a gente precisa do projeto de lei? Até onde a gente pode ir sozinho? Será que não é melhor a gente tentar ir sozinho mesmo com algum risco jurídico? Mas, pelo menos, fazer isso acontecer de uma maneira que a gente acredita e aí, acho que essa discussão vai ter que ser colocada no dia que a gente for discutir isso. Banalização das sugestões de Rol. Apesar de eu gostar muito disso. Por exemplo, CONITEC, ele tem um padrão fixo e um padrão complicado de você escrever. Eu acho que tem que ser assim mesmo, ele tem um formulário, tem tudo que tem que ser preenchido, tudo que você tem que enviar, não é qualquer pessoa que pode enviar, é uma decisão do ministério que eu acho bacana. Se a gente pega o NICE, se a gente pega qualquer outro lugar que faça isso, é assim, tem um padrão. Por que a gente ainda mantém essa possibilidade? Primeiro porque a gente acha que a mobilização e a participação das pessoas é importante. Ah, tudo bem. Não dá pra ser mais, só recebendo a demanda, mas pode ser enfim, dando algum outro tipo de palpite... Eu acho que tem que ter um espaço para as pessoas participarem. E, segundo, que hoje a gente não consegue também fazer uma análise tão profunda de alguns itens do jeito que a gente gostaria. Então como é que a gente cria isso de uma maneira que se torne viável, mas não se torne impeditivo (até pra gente). Porque hoje a gente se aproveita de estudos já feitos, a gente tem parceria com a AMB, vocês trazem os estudos e a gente aproveita. Como que a gente também cria uma possibilidade sem a gente criar uma coisa que amarre tanto a gente que a gente não consiga fazer mais nada. Eu acho que é válido, a gente tem que pensar. Talvez uma outra forma das pessoas participarem de uma maneira mais organizada, mas que eu não sei se a gente já tem isso preparado, entende? NAT. A gente fez uma discussão, a gente não fez uma discussão com eles ainda, pelo que entendi, a discussão ela é muito mais ministerial, mesmo. O ministério tem um entendimento de que não precisa se alterar o RDC da ANVISA, que basta a decisão da portaria do ministério. Que a RDC da ANVISA, como ela é ambígua, ela não diz que é obrigada nem que não é obrigada, bastava uma portaria do ministério pra regular isso, e foi isso que foi discutido. Então, pelo que entendi, não vai sair outra portaria da ANVISA, vai sair só uma do ministério. A gente discutiu um pouco isso, essa coisa assim de quanto seria esse acréscimo, quanto não seria, é um acréscimo importante? É, é importante, sim. Pelos cálculos que eles fizeram lá, isso vai além de 10 vezes o preço de cada bolsa. Se você for ver o volume de bolsa que você faz por componente, o que você faz por dia é uma coisa importante. Por outro lado, ela ultrapassa a possibilidade da gente dizer que não vai incorporar, por quê? Porque se você tem todos os seus bancos de sangue tendo que fazer aquele processamento obrigatório, como que a gente fala na saúde suplementar que não é obrigatório? É, porque tem uma política maior que não permite que o sangue seja processado de outra maneira. Eu não vejo a gente aqui analisando a incorporação ou não do NAT, porque isso vai ultrapassar a nossa decisão. Por que, que eu trouxe o NAT pra cá? Porque o NAT ele tem, sim, um impacto importante. Ele não está sozinho. Se estivesse sozinho ele já ia ser pesado, importante, mas ele está junto com toda aquela discussão da colostomia, das bolsas, junto com a discussão da medicação oral pra câncer e junto com a nossa

discussão de revisão do Rol. Assim, se a gente somar tudo isso, é hiper-relevante, e é por isso que a gente trouxe essa discussão do NAT pra cá assim, a gente não tem nem como dizer em que caso tem em que caso não tem, porque isso é uma decisão desse comitê, então a gente tem mais é que esperar pra ver quando isso vai acontecer, se preparar, porque a notícia que a gente teve é que vai acontecer em breve e saber incorporar isso na nossa discussão de cálculo.

P/Roberto Velásquez – Boa tarde, Roberto Velásquez, Confederação Brasileira de Hospitais. Martha, eu anotei aqui algumas coisas e realmente algumas você já respondeu, mas eu gostaria de frisar outras. Por exemplo, o problema do custo efetividade, uma das que eu anotei aqui. Eu acho muito difícil que a gente consiga fazer isso, apesar de achar muito válido a tentativa, certo? Uma coisa que me chamou que você falou, foi a questão da distribuição geográfica. Que muitas coisas que existem, por exemplo, em São Paulo, não existem em Salvador ou não existem em cidades do interior. Eu não sei até quando isso é prejudicial ou não, porque quem quer fazer alguma coisa bem feita, normalmente procura os grandes centros e se você fizer uma restrição baseada em distribuição geográfica, nós incorremos aí num erro grave de esvaziar muitas vezes certas localidades. Uma outra coisa é a questão da CBHPM, do Rol e do CONITEC, esse Comitê Nacional de Novas Tecnologias, de Implantação de Novas Tecnologias, eu gostaria de saber o seguinte, tudo que o CONITEC aprova é introduzido imediatamente na CBHPM, porque nem tudo que está na CBHPM está no Rol, mas tudo que está no Rol está na CBHPM, então não sei até onde esses conflitos o que, que, se o CONITEC aprovar alguma coisa, isso quer dizer que automaticamente aquela alguma coisa está no Rol? Não sei. Uma outra, você falou aí, é essa Lei 12.738, realmente eu acho que essa é uma lei que vive em gabinete porque não vive realmente a nossa realidade, e cabe a nós regulamentar esse tipo de lei. Eu acho muito complicado, assim como também o projeto de lei 352 da Jandira. Eu queria submeter aqui uma sugestão que se todos esses assuntos forem tratados por todo grupo em conjunto, eu acho que esse prazo até junho é muito curto, a não ser que a gente faça reuniões de 24 horas diárias, eu sugiro que você crie grupos, grupos de quatro, cinco, desse grupo fazendo parte pessoas de especialidades ou de conhecimentos diferentes e de a cada um desses grupos uma tarefa específica, tarefa do grupo 1: discutir a lei, tarefa do grupo 2: discutir o projeto de lei, grupo 3: procedimentos de alta complexidade que é um assunto extremamente importante, o que, que é de alta complexidade, como se define, é a mesma definição pra todo mundo? Enfim, a minha sugestão final é essa, que você crie grupos, esses grupos façam seus trabalhos e até o mês de junho que eles apresentem o resultado, aí sim, o grupo geral se reuniria outra vez e apresentariam um conjunto disso aí, porque da forma que está colocado aqui eu tenho participado de todas as reuniões desde que o Rol foi criado e eu acho que é praticamente impossível pra nós discutirmos todos esses assuntos, todos eles de grande complexidade de uma forma geral, obrigado.

P/Martha – É, a distribuição geográfica, Doutor Roberto assim, não necessariamente tem que ter em todas as cidades ou em todos os Estados, o que a gente fala é que ele tem que ter uma distribuição mínima razoável daquele

procedimento. A gente já discutiu muito isso, o quanto é bom esse procedimento. Está tão espalhado, às vezes era melhor ter um núcleo, genética tem muito isso, um lugar só concentra tudo. Então como que é isso, essa distribuição demográfica? O que a gente fala é o seguinte: não tem que ter em todos os lugares, mas tem que ter o mínimo de viabilidade das operadoras de todas as regiões oferecerem. A gente começou a discutir isso lá em 2008, quando a gente começou a discutir o Petscan, então Petscan tinha algum nível de evidência, tinha uma demanda importante e ele só existia na Avenida Paulista. Tinham seis máquinas no Brasil, todas na Avenida Paulista. A gente falou: não dá. A gente não tem plano de saúde só em São Paulo, a gente tem no Brasil inteiro, como é que vais sair uma pessoa do Sul, ou do Nordeste, ou do Norte pra São Paulo, pra ser um exame obrigatório, porque esse que é o problema do Rol, o que está no Rol é obrigatório, a operadora vai ter que se virar e colocar aquela pessoa pra fazer aquilo. Não necessariamente tem que ter em todos os lugares, mas tem que ter o suficiente, a gente tem que saber que aquilo ali é suficiente pra dar conta dos possíveis usuários, e segundo, tem que ter uma razoabilidade de distribuição pra gente conseguir incorporar porque senão a gente inviabiliza que haja credenciamento. Como que eu vou fazer referenciamento para aquele lugar? Enfim, inviabiliza a operacionalização. Tem uma coisa que quando a gente incorpora um procedimento no Rol, a gente faz aquele procedimento crescer exponencialmente. Isso a gente acompanha, todo mundo acompanha, então existe um procedimento que é feito, e essa discussão a gente fez no outro GT. Não é a gente que incorpora os procedimentos no Brasil, nem o CONITEC, o procedimento, ele é incorporado quando a ANVISA dá registro, ela deu, entrou no país. Essa discussão a gente tem feito de uma maneira muito forte que assim, hoje, quando a gente observa os maiores países do mundo, a gente está igualzinho a África. Nenhum outro país no mundo funciona ainda como a gente funciona. Todos os outros países na hora que eles vão dar o registro, eles param, olham e falam assim: vem cá você que é o incorporador, que é o cara que vai efetivamente tocar o sistema de saúde, como que vai usar esse procedimento? Onde vai ter? Quem vai fazer? Qual é a diretriz? Prá onde isso vai e tal? Distribui isso no país e permite a entrada daquilo no país, organizadamente, já sabendo quem vai usar, aonde vai usar quantos vão ser. A gente aqui dá o registro, entra, aí depois de alguns anos, porque depois que entra alguém vai ter que usar, depois de alguns anos a gente fica se estapeando pra ver se incorpora na saúde suplementar ou se incorpora no ministério. Já incorporou, já tem gente fazendo, já está usando. A avaliação que a ANVISA faz, é uma avaliação hoje de segurança, a avaliação que a gente faz e que o CONITEC faz é uma avaliação de eficácia. Então antes estava se fazendo sem ser eficaz? É um pouco essa discussão que a gente faz. Então a pressão da incorporação ela vem de antes. Quando a gente efetivamente incorpora esse procedimento no Rol, o número de vezes que esse procedimento é feito, a frequência de utilização dele sobe exponencialmente e aí o número enorme de locais de realização são montados, então a gente fala que a incorporação no Rol, ela influencia formação de rede, então cada vez que a gente incorpora a gente faz ele crescer, mas antes da gente incorporar, a gente tem que ter o mínimo de noção do que está acontecendo. Quando o procedimento é reincorporado no CONITEC, ele não é imediatamente incorporado ao Rol. O que a

gente faz, o que a gente está propondo aqui: ele é incorporado no CONITEC, na hora da revisão do Rol, a gente vê tudo que foi incorporado (ou não), o que teve avaliação positiva do CONITEC naquele período e a gente traz pra cá pra discussão. Com a CBHPM já é totalmente diferente. O CONITEC ele é a lista do SUS, que é derivada agora do CONITEC. Ela é totalmente apartada e não tem absolutamente nada com a CBHPM. Então a CBHPM tem seu funcionamento, a sua incorporação, as suas discussões, a câmara técnica..., e o CONITEC não leva em consideração. A gente que tentou criar esse link com os dois, tanto com o CONITEC quanto a CBHPM. Também não sei como regulamenta as leis, por isso a minha angústia aqui é que a gente conseguiu definir os problemas, mas as soluções eu acho que a gente vai precisar de uma troca, pra gente conseguir. A gente estava até aqui discutindo e talvez a gente precise mesmo dividir em grupo. Eu acho que a gente precisa das reuniões em conjunto, porque todo mundo que está aqui representa uma instituição e essa instituição precisa do todo, então não tenho dúvida que a gente vai ter que continuar esse grupo com aquele cronograma lá, mas eu acho que talvez, pelo menos, não que a gente não consiga se encontrar pessoalmente, mas pelo menos ver quem pode especificamente durante esse período ajudar em algum ponto de interesse. Por exemplo, o João tem interesse de ajudar, sei lá, na medicação oral e outro, vou ajudar na lei. Eu acho que a gente já podia já sair daqui com essas contribuições. Vocês, quem que pode ajudar em que e a gente começar essa troca de alguma maneira com reuniões ou com e-mail, o que vocês puderem ajudar a gente, meio que dividido, mas eu acho que a instituição de vocês precisa também do todo, então vamos ver como que a gente divide isso. Alguém?

P/Emilio Cesar Zíli – Bom boa tarde pra todo mundo, meu nome é Emilio Cesar Zíli. Eu vou falar em pé pra me apresentar, porque eu acho que a maioria não me conhece. Eu sou medico, eu sou cardiologista e eu sou presidente da câmara técnica da CBHPM, da AMB - Associação Médica Brasileira. Bom, em primeiro lugar eu queria dizer que eu assumi esse cargo em outubro por uma contingência da Associação Médica Brasileira. O Doutor Jurandir não pode dar continuidade, então nós fomos convidados pra assumir o lugar dele. Eu fui indicado pela minha sociedade, Sociedade Brasileira de Cardiologia, pra assumir esse cargo. Quando a gente vê todo esse questionamento da Martha, da Karla, a gente tem vontade de tentar responder tudo isso, só que a gente não tem competência pra responder tudo isso e a primeira coisa que chama atenção, que a gente tenta de uma certa maneira é pegar tudo isso que foi colocado aqui e trazer pro nosso entendimento atual. Em primeiro lugar eu queria dizer a todos vocês que CBHPM, me desculpem a redundância, mas quer dizer Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Essa tabela, essa classificação por quaisquer que tenham sido tomados os viés anteriores ela tem que ser uma tabela técnica, ela não pode ser interpretada como uma tabela de honorários, como uma tabela de hierarquização pra receber dinheiro, não é isso, ela pode ter essa referencia, mas essa tabela, necessariamente tem que ser uma tabela técnica. E, por que, que ela tem que ser uma tabela técnica? Porque é uma tabela que vem oriunda das especialidades médicas então tudo isso que a gente está discutindo aqui. Claro, deixando de lado as especialidades que atendem as outras profissões, mas

basicamente o grosso, são especialidades médicas, elas tem que passar necessariamente por uma coisa chamada crivo científico e quando a gente avalia, as nossas avaliações tecnológicas de saúde, quando a gente fala em custo efetividade, por exemplo, a gente tem que lembrar que o viés começa dando custo efetividade, o viés começa no custo científico que extraí-los, que as evidências que nós utilizamos para tentarmos amparar as nossas decisões, elas também são enviesadas, por melhores que elas sejam, não existe nenhuma avaliação tecnológica de saúde hoje no mundo, nem nos países mais desenvolvidos, que demonstre de uma forma clara, de uma forma precisa qual é o procedimento que deve ser utilizado no lugar de outro. Então, o que nós estamos buscando hoje dentro da câmara técnica da CBHPM? Nós estamos procurando incorporar a essa câmara técnica e, as operadoras que têm participado: Unidas, ABRAMGE, Unimed, que nós temos tido o prazer de estar lá conosco, têm estado junto e vendo o esforço que está sendo feito lá dentro pra gente incorporar análises econômicas, pra gente incorporar análise de distribuição geográfica, pra gente incorporar análise científica. Agora isso tudo, obviamente, que nunca vai ser perfeito, quando você fala em regulamentação (e essa é a função da agência, regulamentar), mas vai ficar muito longe dessa perfeição, você nunca vai conseguir o que está na tua cabeça que seria o ideal, nós temos que trabalhar com ideal, e o ideal é isso, nós temos que partir da pressuposição que as nossas ferramentas são falhas, agora por outro lado, nós temos que partir pra pressuposição também que a gente não vai fazer nada disso, não vai incorporar nada disso se não tiver uma grande base científica e uma agregação de valor real ao paciente, esse que é o grande fundo da questão, não adianta a gente ficar discutindo o custo efetividade e quaisquer que sejam os viés que eles tenham se a gente esquece que lá atrás tem uma base científica e uma base de ligação, por que a gente está discutindo isso tudo? Por que a gente está preocupado hoje com...? Porque eu acho que a lei, o espírito da lei é muito válido, ela é ótima, a intenção dali é a melhor possível. Quem escreveu aquilo só teve um erro: provavelmente não foi suficientemente assessorado de uma maneira mais eficaz e não é que não tenha nem sido convenientemente assessorado, talvez quem assessorou não tivesse convivência de novas ferramentas pra esse trabalhar. Então eu acho que se a gente tentar também partir da premissa que a gente tem que normatizar tudo que está dentro da lei, a gente não vai conseguir andar, a gente tem que pegar o fulcro da lei e tentar entender, interpretar e dentro dessa interpretação colocar da melhor da maneira possível dentro dessa, do quê? Da evidência científica, da agregação de valor ao paciente e obviamente, dentro do custo que a gente tem que pensar sempre nele. Na realidade eu quero que vocês entendam que hoje eu acho que essa discussão toda a gente tem que trazê-la pra dentro da sociedade de especialidade que na minha opinião, nós temos que mudar nossas diretrizes, nós estamos tentando fazer um projeto com a AMB, com a ANS, nós temos que criar maneiras de translacionalizar toda essa ciência que a gente tem, e translacionalizar não é só tornar ciência palpável, é tornar ciência aplicável, então nós estamos procurando dentro da AMB e dentro da câmara técnica que eu acho que é o local de toda essa discussão. Só que toda vez que a gente tenta levar isso pra câmara técnica dá a impressão que a gente está querendo fazer espírito de corpo, dá impressão que a gente está querendo fazer

reserva de mercado. Não é isso, se isto aconteceu no passado, eu garanto a vocês que nesta diretoria, nesta diretriz isso não vai ocorrer. Eu queria, a câmara técnica vai ser aberta pra todas operadoras, pra CONITEC também, que nós já estamos levando, pro pessoal, pro serviço de proteção ao paciente que eu acho que é fundamental que estejam lá dentro, e o que a gente quer transformar isso numa coisa técnica e não numa coisa política, então eu acho que a partir daí as coisas na minha opinião, na minha visão, desculpem-me o simplismo do pensamento e complexidade do mesmo, olha na minha opinião, as coisas ficam muito mais fáceis se a gente encaminhar a questão por aí. Obrigado.

P/Martha – Alguém? Doutor Alexandre.

P/Alexandre – Alexandre da ABRAMGE. Olha, uma das coisas que mais me preocupa é saber se as pessoas, as empresas, e as pessoas físicas terão capacidade econômica de atender a todas essas inclusões de novos procedimentos que cada dia serão mais caros e que isso que é uma obrigação do Estado que assumiu perante a população, frente ao povo no sentido de que é uma obrigação do Estado de dar o atendimento, está sendo transferido para a saúde suplementar e as pessoas que estão pagando isso, se continuar dentro desse aspecto, acho que não haverá condições econômicas da população assumir todas essas responsabilidades. Então, a gente tem defendido muito a ideia de haver uma subsegmentação dos produtos para que a gente consiga, havendo as condições regionais e as condições econômicas, de cada região, fazendo que como houvesse algum tipo de atendimento, mas não necessariamente de haver a obrigatoriedade de ter todos esses processos que sequer ficam disponíveis em muitas regiões, eu estou em Piracicaba, que é perto de São Paulo, 150 Km, você vai em Araxá Paulista, em Rio das Pedras, em Tiete, em Sequilho, não existe, só tem um hospital, uma Santa Casa, não tem médicos, não tem hospitais, não tem serviços capazes de prestar todos esses novos procedimentos, e essas pessoas vão ficar sem plano de saúde? Acho que podem ficar com plano de saúde dentro das características de cada região. Eu acho que a agência nacional de saúde precisa avaliar com mais seriedade esse aspecto, quer dizer que isso, toda vez que há um novo Rol de procedimentos, eles tem que valer pro Brasil inteiro e nem sempre, nem em todas as regiões do Brasil, tem técnicos, médicos especializados, serviços especializados, capaz de atender a essas novas demandas que são fáceis de serem efetuadas em grandes centros como São Paulo, Rio de Janeiro, eventualmente Belo Horizonte e tal, mas não em muitos outros locais. Acho que isso realmente em termos práticos preocupa muito quem está na linha de frente, em contato com seu público.

P/Martha – Doutor Jorge, tem duas coisas, uma coisa que eu acho que a gente tem que pensar assim, a nossa angústia de querer um Rol cada vez melhor e que as pessoas tenham acesso a tudo que é viável e a que elas precisam. Então acho que esse é o papel do Rol e aí na hora que agente tiver fazendo isso a gente, claro, levar em consideração o impacto econômico, eu acho que não dá mais pra gente ficar só no custo e frequência, a gente chegou no momento onde o Rol, ele é bastante completo. Claro, tem coisas pra se incluir. Claro, tem coisas pra se

melhorar. Cada vez mais essas coisas são mais custosas. E qual é o impacto disso em relação ao benefício e em relação a quantidade de pessoas que vai conseguir suportar isso ou não? Isso é uma discussão que está aqui dentro desse grupo, que a gente tem que fazer. Outra coisa é a discussão da segmentação que aí já é uma discussão pra além desse grupo, que é uma decisão de lei. Hoje a lei 9656, no entender da agência, não permite a subsegmentação, então não é uma discussão que cabe pra esse grupo, é uma discussão maior, agora, a discussão do impacto de suportar esse impacto, de quanto é esse impacto. O André está aqui e eu lembrei de falar isso, a gente continua todo ano aferindo impacto no Rol, sim. Com uma revisão desse tamanho é óbvio que a gente vai medir, daqui há um ano a gente vai conversar de novo. É difícil que isso não tenha um impacto positivo e que isso não tenha que ser revisto no reajuste. E aí? Claro que a gente tem que discutir isso, sim. Bom, tem mais alguém que quer falar?

P/João Paulo – João Paulo, Unidas. É só até em cima aqui do que o pessoal falou, mesmo sabendo da ingerência da agência com relação ao NAT, mas eu não sei se todos já estudaram esse assunto, se se preocuparam com esse assunto, mas uma coisa é você ter uma nova tecnologia que vai ser incorporada e que essa tecnologia por condições do próprio país, da acessibilidade das pessoas que tem plano de saúde a esse procedimento, de ser uma opção terapêutica pro medico decidir se ele quer prescrever aquela nova tecnologia ou manter uma conservadora que custa muito menos, isso não acontece com o NAT. O grande problema, é que é um exame que passa a ser obrigatório, não é cada paciente que vai fazer, é cada componente hemoterápico vai ter que incorporar esse novo exame e é um exame que não sei quanto que está na tabela hoje, não me lembro, mas é um exame que custa muito caro. Então uma coisa é você ter opção, então você está lá em Oriximiná, no Pará, você tem um plano de saúde e não adianta, pode incorporar imunobiológico, incorporar tratamento de regeneração macular que talvez lá não tenha um oftalmologista para. Então naturalmente o custo daquele plano já é um pouco mais barato porque lá não vai ter acessibilidade pra aqueles pacientes, se não eles vão pra Belém, vão pra uma outra cidade. Esse (NAT) não, seria uma irresponsabilidade do laboratório correr o risco de liberar uma bolsa de sangue, a partir do momento que a ANVISA diz que passa a ser obrigatório no sistema público e privado. Então essa que é a grande preocupação e aí sim, a gente tem que se preparar pra isso, diferentemente de outras incorporações. Eu fiz uma análise, Martha, antes de vir pra cá, da incorporação da RN262 até o final do ano passado. Pelo menos numa operadora, que é a que eu trabalho, e foi ridiculamente inferior aquilo que todas as perspectivas epidemiológicas demonstravam. Pelas próprias condições do paciente de não ter acesso, nem todo mundo quer tomar seis injeções no olho pra dar uma degeneração macular, mesmo correndo risco de ficar cego, nem todo mundo vai ter um reumatologista que vai prescrever um imunobiológico e substituir um outro medicamento que já existe há décadas e que é tão eficaz quanto, então é natural a incorporação, por isso que não impacta tanto, mas alguns desses tipos seriam o equivalente a toda consulta médica, pagar anamnese que já está dentro do ato médico. Entendeu? Vamos supor, decidi isso agora, vai pagar uma anamnese, ou seja, não vai haver uma consulta sem anamnese.

P/Martha – Só pra piorar um pouquinho a situação do João, a gente fez uma pergunta lá: qual era o percentual disso, que já tava acontecendo, quantos bancos de sangue hoje já praticavam isso? É um percentual mínimo, então realmente é importante.

P/Miyuki – Miyuki da Fenasaúde. Eu participava na época do RDC do Hospital Sentinela com a Clarisse Petramali. Essa questão do NAT ficou ambígua na RDC porque de fato não havia bancos de sangue que fossem capazes de fazer. A questão também não é só o NAT simplesmente. É que na ocasião a alternativa seria os dois Elisa, mas não são de HIV, aqui quando a gente abre já está lá, eu vi que esta, HIV, HCV e HBV, então as hepatites também. A questão é quanto ele é importante na janela imunológica do HIV e pras outras hepatites e a questão é que apesar de ter passado na CONITEC eu tenho ainda dúvidas se os nossos bancos de sangue vão conseguir atender essa demanda no Brasil inteiro. Pro SUS, essa portaria do ministério pro SUS, então a gente está, está certo que a gente está se angustiando, porque de fato vai custar. Mas se um banco de sangue numa região do Norte ou Nordeste não estiver fazendo, é muito complicado a operadora ter que estar fazendo também.

P/Martha – O ministério garantiu que todos os bancos de sangue público conseguiriam absorver demanda do pull, porque aí você não precisa fazer sangue por sangue, né, do pull, mesmo dos bancos privados. Eles garantiram que na hora que a portaria saísse, pelo menos absorver a demanda, eles conseguiriam fazer. Agora realmente o custo é bastante mais alto e hoje não é um procedimento, metade já faz, metade não faz. Não, não é assim, efetivamente isso ia ter um impacto importante. Bom, esse time também a gente não controla, né, isso também é uma coisa importante. Junto com a lei que entra em vigor em 30 de Maio, que é antes do cronograma previsto pro termino da revisão do Rol, o NAT a gente também não controla. Então se a portaria sair amanhã dando 30 dias que a gente não sabe quantos dias vão ser, isso entra em vigor antes do Rol, então esse time a gente também não controla, por que, que a gente colocou aqui junto? Primeiro porque a gente tem que discutir e segundo porque o cálculo do impacto vai ter que ser feito junto.

P/Albucacis – Boa tarde, meu nome é Albucacis, eu represento a Confederação Nacional do Comércio de Bens Serviços e Turismo, eu falo aqui em nome dos empresários do comércio e nós estamos seguindo desde quando foi feita a lei 9656, a preocupação do custo médico. Nós tínhamos uma transformação de pessoas físicas em pessoas jurídicas, intensa, naquela época era 70% físico, 30% empresas e hoje nós temos o inverso. Os artifícios que na realidade foram criados com os planos incentivados para caminhar pra essa negociação, na realidade das operadoras pra se ajustarem quando eu tenho, na realidade, uma coisa que me obriga a fazer isso e eu só posso cobrar isso, é impossível, quer dizer, na realidade vai ter uma quebra nesse meio aí. Todo prestador de serviço tem que se adequar e chegar a um ponto em que ele cubra seus custos e tenha sua margem de lucro que tem ali dentro. O que está acontecendo? Hoje, se vocês acompanharem os últimos 10 anos ou mais, desde quando foi feita a lei, a gente

tem uma inflação do custo médico, do custo do serviço como todo, na área de saúde, infinitamente maior do que a inflação. Está ficando muito difícil pras empresas médias, pequenas e mesmo as grandes manterem esse custeio. Então o que acontecia? A empresa pagava 70, 80% do custo, hoje ele está caindo pra 20, 30 e está diminuindo intensamente o poder de aquisição do usuário, então a gente tem que estar preocupado, muito preocupado com a introdução, eu sou médico, que é fundamental a gente estar incluindo e dando assistência médica o máximo que pudermos, mas não podemos esquecer naquilo que tem subjetividade. A Lei 12.738 tem muita subjetividade, a introdução do medicamento oral tem muita subjetividade. Acoplado a isso, o que, que vem junto com isso? Então a gente tem que estar muito preocupado. Nós que vamos discutir o novo Rol, o quanto isso realmente impacta no custo e quanto isso vai influenciar por um custeio das empresas. A gente já está prevendo uma inflação do custo médico sem a sinistralidade, em torno de 15% pro próximo período, isso é altíssimo. Ninguém aguenta isso, então nós precisamos estar dividindo em grupos e pensar no custo efetividade. Obrigado.

P/Martha – Bom, eu não sei se tem mais alguém que queira falar, eu queria fazer uma proposta. Doutor Zili.

P/Zili – Eu só queria fazer uma observação rápida. Só voltando, eu queria deixar bem passado que a gente discutiu um pouco, como foi colocado, o critério de regionalização. Eu acho que até pra atender um pouco dessa demanda, acabou de se colocar aí que eu concordo plenamente com você, eu acho que talvez seja à hora da gente rever alguns paradigmas. Eu não sei até que ponto que a regionalização, ela da maneira como ela é colocada, ela melhora ou piora o sistema. Sabe por quê? Quando você olha pra alguns países que já tenham uma historia mais evoluída que a nossa, como Estados Unidos, por exemplo, de assistência a saúde (não estou dizendo melhor, estou dizendo mais antiga), você percebe que aquela, um dos locais que as operadoras começaram a encaminhar um certo número de pacientes poderá atender a demanda de um certo tipo de exames pra um determinado local que não atendia essa questão demográfica e geográfica que você coloca, houve uma melhora, houve uma performance superior igual a performance do sistema, só que no Brasil a gente continua discutindo isso e pior, a gente assume isso como uma realidade absoluta, eu acho que também está na hora, já que a gente está discutindo o Rol, a gente tem que discutir os paradigmas que têm levado ao Rol, porque se não a gente pode cair num círculo vicioso.

P/Martha – Eu concordo totalmente. A gente tinha uma discussão importante, acho que a gente tem dois problemas no Brasil: um é o tamanho, isso dificulta muito isso que a gente está discutindo e outra a Lei 9656 porque ela fala o seguinte: se não tem naquela região, se vira e manda o cara pra outro lugar e banca esse custo. A gente criou uma amarra pra gente mesmo, estamos falando no nosso país que é muito difícil a gente pensar e aí eu estudei tudo isso, eu aprendi tudo isso. Quando você vai fazer políticas públicas e tal não é pra ter tudo em todo lugar, você tem que ter referência e contra-referência. Um lugar é

especializado em uma coisa, outro é especializado em outra. Principalmente na saúde suplementar, com as amarras que a gente criou, Dr. Zili, a gente foi criando problema pra gente mesmo, e hoje a gente se depara com o seguinte: é, primeiro, muito grande. Como é que eu faço pra deslocar? Então teria que ter vários micropolos de algumas coisas. É isso mesmo, concordo na teoria com isso. Aí a gente vem e fala assim, não pela Lei 9656 todos os planos tem que, ... os que são nacionais tem que dar tudo em todos os lugares e se esta no Rol, tem que oferecer em todos os lugares e se não tiver você transporta o cara pra outro lado. Então a gente criou algumas amarras que dificultam a incorporação disso dentro desse contexto. Mas eu concordo com senhor, acho que a gente tem que resgatar essa história que a gente aprendeu lá na faculdade, do que é referencia contra referencia, polo de saúde e de alguma maneira tentar criar e, criar possibilidade pra isso acontecer aqui. Agora, eu acho que a gente vai ter que mexer em vários pedacinhos da lei que a gente mesmo criou. A gente foi transformando isso em alguma coisa que hoje tem uma forma muito esquisita; então como que a gente faz pra rever isso? Bom, vamos lá, que a gente pensou a gente tem uma reunião marcada dia 26 e nessa reunião do dia 26 de março, a gente tinha colocado como proposta lá no slide anterior a esse, eu acho, ... antes, pra frente, não, antes, volta, volta, volta, mais, mais, está voltando, é, então vai, lá no cronograma a gente colocou. A gente colocou pra outra reunião a discussão da lei, corpo da RN e de DUT, é coisa pra caramba, então, a ideia é que a gente fizesse de manhã só a discussão da lei de colostomia. É o dia inteiro, agente começaria de manhã e ficaria até a tarde. Então de manhã só a lei de colostomia e de tarde o corpo da RN e as DUT. Se a gente conseguisse para essa reunião e, aí nada impede que os outros grupos continuem trabalhando, mas se a gente conseguisse pra essa reunião já trazer um pouquinho de massa critica, temos um mês pra isso, da lei do corpo da RN. A gente já tem mais ou menos ideia das demandas e acho que é um pouco mais fácil e das DUT's a gente vai precisar das demandas de vocês, mas de qualquer maneira a gente também já está preparando o que já foi chegando de demanda. Algumas sociedades já estão procurando a gente, então a gente também já esta se organizando. Se a gente conseguisse hoje, eu separei aqui, na linha que vocês colocaram como proposta que eu achei legal, seis grupos, né, um seria obviamente da lei de colostomia, o 2º grupo pra discutir medicação oral, o 3º pra discutir Rol odontológico, o 4º é pra discutir a tabela o 5º... Até pra gente chegar a conclusão, é isso mesmo, a gente nunca mais vai falar disso, não tem problema, a gente pode chegar a essa conclusão. O que não pode é fingir que a gente discutiu, eu estou falando com elas porque cada vez que eu falo disso elas dão um pulo da cadeira desse tamanho. O 5º pra discutir o corpo da RN que eu acho que é um pouco mais fácil e o seis pra discutir PAC. Eu não sei como a gente se divide, se cada um propõe o que gostaria de fazer e aí a gente entra em contato pra discutir. Agora, pelo menos pra discutir a lei das ostomias, eu queria que a gente já levantasse o dedinho agora, porque a gente vai ter que começar amanhã, não vai dar nem pra esperar semana que vem. Eu acho que a gente vai precisar de muita ajuda amiga. FENASAÚDE, PROCON. Então vamos lá, FENASAÚDE, vou botar FENASAÚDE depois vocês me dão o nome, PROCON Rio, Claudia, Cristiane Pena Brás. Vou botar Eduardo mais Alessandra PROCON?

André, Ministério da Justiça, Carlos... Vem cá, cadê o enfermeiro pra ajudar a gente?

P/Claudia – Não tem ninguém da enfermagem.

P/Martha – Cadê? Tem Psicologia, Fisioterapia, eu estou vendo, Nutrição, e o enfermeiro. Não, claro a gente vai provocar alguém? Você tinha levantado?

P/Claudia – É Psicologia e Nutrição, né?

P/Martha – Então.

P/Claudia – Fisio e Nutrição.

P/4 – Eu ia falar com o pessoal do INCA, do Ministério da Saúde, que tem um serviço especializado em ostomia lá.

P/Martha – E você não vai mais falar? Claro que vai.

P/4 – Mas tem muita gente aí.

P/Martha – Qual é a ideia? A gente vai passar pra esse grupo, claro que pra todo mundo. Mas a idéia é que esse grupo, a gente pudesse se reunir pelo menos uma vez no meio do caminho, a gente vai reunir todas aquelas dúvidas que a gente já trouxe aqui hoje que vocês vão poder levar pra casa pra estudar, a gente vai entrar em contato com o COFEN, mas a gente vai também entrar em contato com a especialidade dentro da enfermagem que faz só ostomias pra gente poder ter mais detalhes sobre isso, vamos tentar reunir o máximo de informação que a gente tiver e vamos tentar por e-mail antes dessa primeira reunião, trocar as nossas impressões, então o material que a gente tiver a gente vai mandar pra esse grupo e tentar se reunir, a gente senta, monta uma proposta pra trazer pra cá pra esse grupão, pode ser? Então, no meio do caminho...

P/Claudia - ...o gt.rol@ans.gov.br , eles mandando e-mail e o contato deles pra gente mandar o contato nosso.

P/Marta – Todo mundo assinou a lista e se a gente mandar pra instituição que recebeu esse convite, chega em vocês, não chega?

P/Claudia – Só pra sugestão, Tem o GT.Rol@ans.gov.br. Aí era mais fácil vocês me mandarem por e-mail dizendo que querem participar do grupo 1, o telefone, o e-mail de vocês pra gente entrar em contato e agendar essa reunião.

P/Martha – O que, o e-mail?

P/5 – Passa o último slide, por favor, o último slide.

P/Martha –... Fora isso eu acho que tem um outro grupo que eu acho que aí sim a gente vai precisar de advogados que é o de medicação oral pra câncer.

P/Martha – Pode e se dividir por e-mail? Sem problemas, pode ser? Eu só vou precisar, por exemplo, esse um, amanhã a gente já vai mandar material e os outros a gente envia por e-mail e vocês dão uma dividida e a gente vai conversando. Nos outros tem que por os problemas principais pra gente começar a debater, ta? O que eu queria ver com vocês: a gente também combinou que a gente ia ver quem quer fazer apresentações pros itens. A gente colocou mais ou menos a ordem dos pontos que a gente vai discutir, então se alguém tiver alguma coisa interessante... Por exemplo, a gente queria que o João fizesse uma apresentação sobre medicação oral; se mais alguém tem alguma sugestão de alguma coisa pra discutir dentro desses itens; não sei se a Sheila vai querer apresentar da colostomia; não sei quem mais tem algum material pra isso que antes da reunião, fala com a gente: olha, eu tenho, preparei o material. Não tem problema, a gente deixa um horário reservado, por que acho que às vezes a gente se coloca demais e apesar da gente conhecer o produto de vocês, nem todo mundo conhece, então essa troca é bem importante. Vocês que vão lá apresentar a DUT, que vão lá apresentar depois se vocês quiserem dar um feedback pra gente de como foi essa discussão do projeto de lei, eu acho importante e tal. Pra quem nunca participou, isso aqui hoje foi muito calmo, não é assim, a gente quase não consegue falar, não é Danilo. É muito participativo, né, ah é.

P/Fátima – Martha. E se a gente convidasse pessoas de dois grandes Estados tipo Rio e São Paulo da Secretaria de Estado pra mostrar como que eles desenvolvem programas de ostomizados e aí fazer uma projeção pra população da saúde suplementar, sei lá.

P/Martha – A Fátima é da ANS, ela não se apresentou.

P/Fátima – Ah desculpa, eu sou Fátima, trabalho na GGRAS, sou enfermeira.

P/Martha – E sim, eu acho que a gente pode fazer nessa reunião e tinha uma menina aqui que é das Santas Casas, eu esqueci o nome dela, ela falou que a Santa Casa dela tem um programa legal com a Secretaria Estadual de São Paulo e que lá eles têm um programa enorme, super bacana, a gente também pode tentar fazer essa ponte, pra ver como é que hoje é oferecido, eu acho que é bacana. Ah dois, a gente vai mandar por e-mail, a gente tinha pensado 1: esse da lei de ostomia, 2: medicação oral, 3: odonto, 4: tabela, o que vai incluir, o que não vai, como é que analisa, como que não analisa, o 5° só de corpo de resolução. Aí, não sei, já chegou alguém da Unimed? Porque eu só recebo demanda deles, então eu queria muito que eles participassem desse grupo. É? Então, eles têm muita demanda de corpo, então quem mais tiver eu acho bacana e o 6° de PAC.

P/Claudia – Os critérios de alta complexidade.

P/Martha – Tabela é toda discussão de procedimento, o que, que tem de sugestão incluir, o que, que tem pra excluir, a 4 é efetivamente o que a gente faria se fosse uma vida normal. Pra OPME, não vai ter um GT específico que não pertence ao GT do Rol. Isso aqui não é um GT, isso aqui é só pra gente poder viabilizar, é um subgrupo. A ideia não é marcar milhões de reuniões pra esse subgrupo que a gente não vai dar conta de fazer. É a gente juntar material, trocar por e-mail, no máximo uma reunião pra cada um só pra gente ajeitar pra trazer pra cá uma discussão mais andada, mas não é ficar fazendo milhões de reuniões porque nós somos muitos.

P/6 – Discutindo o OPME em vários grupos e em vários locais, remuneração hospitalar, enfim, a gente precisa unificar senão é mais um grupo sobre o OPME que é um assunto que realmente é mais policiaisco do que médico, enfim.

P/Martha – É pelo menos o que está na agenda regulatória hoje é a gente criar um grupo pra OPME, mas pra tentar traçar primeiro um caminho dessa prótese e quais são os problemas dela, por exemplo, tem o problema de fornecedor, tem o problema de definição de similaridade, tem o problema de escolha da prótese e depois tem o problema de indicação que ninguém diz se prótese de titânio tem indicação pra idoso, enfim, tem problemas. A ideia desse grupo é que depois da definição de todos os problemas se faça o caminho disso pra descobrir se é isso mesmo e se trace ações pra cada um desses problemas. Então eu não consigo ver esse grupo com menos de oito meses de funcionamento. É um grupo pra gente sair com produto amanhã, é um grupo que vai pegar enorme e levar um tempo pra pelo menos traçar alguns e resolver alguns, né. Ele vai ter vários subprodutos, por isso eu acho que não vale a pena trazer isso pra cá pra dentro senão a gente não consegue. Tudo bem? Então, hoje tudo isso aqui, inclusive todas as tabelas que estão por trás disso, a gente vai deixar disponível. A gente consegue deixar hiperlink numa apresentação do site? Se a gente não conseguir deixar o hiperlink, a gente deixa as tabelas identificadas. A gente vai tentar colocar esse material hoje ainda. Se a gente não conseguir, amanhã de manhã, amanhã de manhã já vai estar lá? E se tem alguém que quer receber o e-mail por algum outro e-mail, antes de ir embora deixa aqui na lista com as meninas que aí a gente incorpora esse e-mail na lista e vocês ficam recebendo por esse também. Se não a gente vai mandar pro e-mail pelo qual vocês foram convidados, está bom? Obrigada, gente. Eu acho que a intenção de hoje era pedir ajuda e mostrar o tamanho do problema e a gente vai ter que trabalhar muito num tempo não muito longo, está bom? Obrigada, até o dia 26.