



ATA DA 19º REUNIÃO
COMITÊ DE REGULAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE – COSAÚDE

CONSULTA PÚBLICA Nº 61
REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE
2018

Data: 19/09/2017

Local: Edifício Sede ANS, Avenida Augusto Severo, nº 84, 12º andar – Glória.
Rio de Janeiro

Às nove horas do dia dezoito de setembro de dois mil e dezessete, no Edifício Sede da ANS, Avenida Augusto Severo, n.º 84, 12º andar, sala 1, Glória, Rio de Janeiro, realizou-se a 19ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação de Atenção à Saúde – COSAÚDE. A reunião foi presidida por Raquel Medeiros Lisboa, Gerente-Geral de Regulação Assistencial à Saúde – GGRAS e por Maria Rachel Jasmim de Aguiar Serafini, Gerente de Assistência à Saúde – GEAS, e contou com a presença dos membros a seguir: Ana Paula Alonso (ABRAMGE), Carlos Othonieel Guedes Pereira Botelho (Procons Brasil), Cristina Gama (FBH), Fabiano Augusto Sfier de Mello (CFO), Glaciano Nogueira Ribeiro (ABRALE), João Paulo dos Reis Neto (Autogestão em Saúde-UNIDAS), Marcelo Almeida Lima (SUL América/FENASAÚDE), Maria Eliza Pazos (AMIL/FENASAÚDE), Ricardo de Oliveira Rodrigues (CMB), Roberto Vellasco (FBH), Sérgio Custódio Vieira (ABRAMGE), Tatiana Cali de Oliveira (Bradesco/FENASAÚDE), Vera Sampaio (FENASAÚDE), Miyuki Qoto (AMB), Silvana Kelles (Unimed Brasil), André Luiz (Unimed São José dos Campos), Denizar Vianna (UERJ), Angélica (SBOC), Clarissa Baldotto (SBOC), Rafael Scherling (SBOC), Gilberto de Castro Júnior (SBOC), Francisco Lima (Unimed), Jorge Vaz Pinto Neto (ABHH) e representantes da ANS, conforme lista de presença anexa.

A reunião foi aberta pela Raquel, Gerente Geral de Regulação Assistencial, que ressaltou ser este o último encontro antes da reunião da Diretoria Colegiada, para a aprovação da proposta do Rol 2018 com as considerações da Consulta Pública n.º 61. Informou que a referida consulta teve mais de 5.000 contribuições. Segundo Raquel, a consulta pública do Rol é a consulta que mais recebe contribuições na ANS, tendo recebido essa última, mais de 50% de contribuições de beneficiários. Ela explicou que foram priorizadas as demandas envolvendo os medicamentos antineoplásicos sugeridos pela sociedade civil e que apenas 1% das contribuições teve recomendação favorável para incorporação. Falou em uma proposta de participação mais consciente da sociedade, e acrescentou que o cenário político-econômico atual é muito desfavorável para novas incorporações e que fará o possível para demonstrar à Diretoria Colegiada que houve muito critério e discussão para chegar a esse conjunto de procedimentos propostos para incorporação. Considerou também a melhoria do processo de revisão para o próximo rol, buscando incluir uma discussão mais técnica e aprofundada, deixando o formulário de entrada das contribuições mais criterioso. Raquel Lisboa apresentou as estatísticas da Consulta Pública, na qual a maioria das contribuições foi de sugestões de inclusão de procedimentos e alteração de Diretriz de Utilização -DUT. Na sequência, Rachel Jasmim, Gerente de Assistência à Saúde, falou sobre as alterações em comparação à RN 387, iniciando pela exclusão do artigo 22, §1, incisos I, II, III e IV, já que foi publicada a RN 424 abordando o tema da junta médica ou odontológica. Um dos participantes ressaltou que seria interessante explicar na norma o motivo da exclusão desse artigo. Rachel Jasmim explicou que há menção a essas alterações propostas na nota técnica a ser encaminhada à Diretoria Colegiada. Raquel Lisboa explicou sobre a necessidade do olhar da Procuradoria da ANS para inclusão desse tipo dispositivo no corpo da RN 387. Em seguida, deu-se início a apresentação dos medicamentos propostos para discussão, pela explanação do representante da SBOC, a respeito do Lenvatinibe para o tratamento de câncer de tireoide, abordando um sumário das evidências clínicas, estudos de impacto econômico e uma proposta de uso terapêutico. O representante da SBOC informou ter participado como investigador em um dos estudos clínicos apresentados. Sua fala abordou aspectos epidemiológicos relevantes a respeito do câncer de tireoide, destacando os tumores papilíferos e os foliculares; e foi feita uma descrição da linha de tratamento, que inclui cirurgia e iodoterapia. Frisou que o alvo da terapia proposta são os pacientes com progressão da doença após a iodoterapia e que 50% dos pacientes seguem para esse quadro, onde a doença é chamada de iodo refratária. Seguiu a apresentação falando que o Lenvatinibe foi aprovado como droga órfã pela ANVISA, em agosto de 2016, para o tratamento de carcinoma diferenciado de tireoide, localmente avançado ou metastático, que progrediu após iodoterapia; sendo também aprovado pelo FDA e EMA. Apresentou os resultados do principal ensaio clínico envolvendo o medicamento, o estudo SELECT, que mostrou um aumento na sobrevida livre de progressão de 3,6 meses no grupo placebo e de 18 meses no grupo recebendo Lenvatinibe (todos os subgrupos se beneficiaram); e uma diminuição de 80% no risco de progressão da doença. Apresentou o risco de efeitos colaterais e acrescentou que os resultados são mais expressivos que

os encontrados no estudo envolvendo Sorafenibe e placebo. Relatou que alguns estudos de farmacoeconomia fora do Brasil consideraram esse tratamento custoeefetivo - R\$ 14.069,93 (custo tratamento/mês com a dose média por paciente) e recomendou o uso do Lenvatinibe para o tratamento de pacientes com carcinoma diferenciado de tireoide refratário a iodoterapia; acrescentando que a estimativa de pacientes dentro da saúde suplementar é de 348. A representante da Fenasáude deu prosseguimento, apresentando alguns dados do estudo SELECT para o Lenvatinibe e criticou perda de pacientes no grupo placebo logo nos dois primeiros meses de estudo. Considerou pouco expressiva a sobrevida livre de doença em ambos os grupos estudados; ressaltou uma grande proporção de crossover, incerteza sobre a associação dos benefícios e o uso do Lenvatinibe, já que outras terapias antineoplásicas foram utilizadas, e que não houve avaliação sobre a qualidade de vida. Informou que não houve avaliação pela CONITEC, que o NICE ainda está realizando um estudo, e que o CADTH indicou a utilização do medicamento com a ressalva de que o custo-efetividade deverá ser avaliado. Relatou que esse tratamento irá gerar um custo anual de mais de dois milhões de reais à saúde suplementar e não recomendou sua inclusão por não haver um estudo de sua real efetividade. Raquel Lisbôa abre o debate entre os participantes e ressalva que essa discussão está diferente das anteriores, pois foram passados para os representantes do COSAÚDE os estudos primários que avaliaram cada medicamento para a discussão presencial. A gerente geral então, abre o debate. Uma representante da Unimed relatou que a qualidade dos estudos é baixa para tornar a cobertura obrigatória. Na sequência, o representante da SBOC discordou dos apontamentos, alegando que existem dados de qualidade de vida e que houve mudança de pacientes de um grupo para outro, pois essa doença é muito grave. Na avaliação da ANS, Raquel Lisbôa diz que o Lenvatinibe é uma droga promissora, mas que ainda não atingiu todos os critérios de inclusão. Em seguida, deu-se início a apresentação do Olaparibe para o tratamento de câncer epitelial de ovário por uma representante da SBOC, que iniciou a fala, informando que 85% das pacientes têm recidivas, apesar de responderem muito bem ao tratamento inicial com quimioterapia, o que impacta na sobrevida global. Em sua fala, defendeu a premissa de que a recidiva pode acontecer dentro dos 6 meses do tratamento inicial ou após esse período. O uso do medicamento é indicado após duas recidivas pós-platina. Relatou que é importante pesquisar a mutação no gene BRCA1 e BRCA2 (um dos critérios da diretriz de utilização), para avaliar o risco de câncer individual e familiar, pois a mutação aumenta o risco de câncer de mama e de ovário ao longo da vida. Acrescentou que alterações na enzima PARP pioram o quadro. Discorreu sobre estudos de pacientes com BRCA mutado, que receberam Olaparibe após a quimioterapia, comparadas a um grupo placebo, informando que houve aumento da sobrevida livre de progressão de 4 para 11 meses e uma redução de 70% na recidiva. Na sequência, acrescentou que o medicamento foi aprovado pela ANVISA e que houve um grupo de 15% das pacientes que tiveram sobrevida livre de progressão por 5 anos. Na análise de impacto orçamentário, segundo a SBOC, 66 pacientes por ano precisariam receber Olaparibe, o que representaria um custo de 252 mil reais à saúde suplementar, incluindo observações com cuidados clínicos. Dessas pacientes, 33 irão fazer uso do medicamento Bevacizumabe implicando um custo anual de 236 mil reais. Falou que a DUT incluiria pacientes com carcinoma epitelial de ovário alto grau, recidivado, sensível à platina e BRCA mutado. A representante da UNIMED, dando prosseguimento, alegou que os estudos têm nível de maturidade pequeno para se avaliar ganho de sobrevida global e o medicamento têm nível de toxicidade considerável. Alegou que o NICE só recomenda seu uso, caso o custo do tratamento com Olaparibe fosse repassado para indústria nos tratamentos por período superior à 15 meses; e que o CADTH só recomenda se tiver nível de custo efetividade aceitável. Um participante acrescentou que deveria haver um rigor maior no FORMSUS na entrada dessas contribuições. Raquel Lisbôa explicou novamente que se tratava de demandas da sociedade civil e a ANS não poderia se omitir e lembrou que para o próximo ano haverá um rigor maior. A representante da SBOC continuou afirmando que os estudos são de boa qualidade e que a ANVISA aprovou o seu uso baseado em um desses estudos. Raquel explicou que nos países ricos também há risco de altos custos com a incorporação de novos medicamentos. Em seguida, um representante da SBOC e da Beneficência Portuguesa de São Paulo, falou sobre tratamento com o Trametinibe para pacientes com melanoma não ressecável ou metastático com mutação no gene BRAF V600. Informou que o medicamento, que foi aprovado pela ANVISA em 12/12/2016, é indicado em combinação com

Dabrafenibe para o tratamento. Foi feito um estudo randomizado comparando a associação de Trametinibe 2 mg + Dabrafenibe 150 mg com Dabrafenibe em monoterapia durante três anos. Foi observado um aumento na sobrevida livre de progressão e sobrevida global no cenário de combinação de medicamentos, em todos os subgrupos. Acrescentou que há toxicidade, mas nada que afete a vida do paciente e que foi observado ganho de qualidade de vida dos pacientes. O uso do medicamento foi recomendado pelo NICE e CADTH. A representante da FENASAÚDE deu sequência alegando que há sobrevida livre de progressão, consistências no estudo e recomendou a incorporação, apenas aos pacientes com mutação de BRAF. Raquel Lisbôa acrescentou que também é favorável à incorporação. No prosseguimento, deu-se início a apresentação sobre o medicamento Osimertinibe para o tratamento de câncer de pulmão de não pequenas células positivo para mutação do gene EGFR RT790M, por uma representante da SBOC, iniciou o fala dizendo que a terapia é realizada na recidiva da doença. Apresentou os resultados de um estudo randomizado envolvendo o uso de Osimertinibe comparado a outros esquemas quimioterápicos (por exemplo, Platina + gencitabina ou vinorelbina), onde foi observado aumento de sobrevida de 8 meses para 5 anos e ganho na qualidade de vida. A palestrante relatou que aproximadamente 415 pacientes por ano dentro da saúde suplementar terão essas características clínicas e precisarão realizar esse tratamento. Acrescentou que as opções de tratamento existentes hoje para esse tipo de câncer são a quimioterapia baseada em platina, manutenção da outra droga (nos pacientes que progridem lentamente), radioterapia (quando há mutação em pontos específicos), imunoterapia (não é aconselhável, pois muitos pioram) e o Osimertinibe (quando a mutação é positiva). Em sua fala, explicou que o medicamento apresenta toxicidade menor que os inibidores de 1ª e 2ª geração e, portanto, sendo muito mais confortável para os pacientes. Acrescentou que muitos pacientes com esse tipo de câncer desenvolvem metástase cerebral e o Osimertinibe também se mostrou adequado nesse quadro. O tratamento tem alto custo, aproximadamente 342 mil reais ao ano por paciente. Na sequência, a representante da UNIMED relatou algumas inconsistências no estudo como: crossover, alteração de protocolo da pesquisa no meio da pesquisa, perda da randomização, pouco tempo de estudo com os dois grupos e divergência entre os avaliadores. Afirmou não haver dados evidentes de ganho de sobrevida global e nem custo-efetividade quando comparado à quimioterapia. Afirmou que o NICE e CADTH recomendam desde que haja boa relação custo-benefício. Em seguida um participante afirmou que, segundo os autores, esse estudo é o mais maduro em termos de sobrevida global. A representante da SBOC alegou ser necessária quebra do cegamento devido à piora na condição clínica de determinados pacientes. Raquel Lisbôa deu prosseguimento à explanação afirmando que embora seja uma doença rara não gerando altos custos à saúde suplementar, ainda não há estudos consistentes de sua real efetividade. Iniciou-se a apresentação sobre o Pazopanibe para o tratamento de sarcoma de partes moles avançado, informando que o estudo randomizado foi realizado em pacientes adultos que não responderam ao tratamento inicial de cirurgia e radioterapia, e apresentaram metástase, excluindo-se pacientes com tumor do estroma gastrointestinal (GIST) ou STS adipocitário. Foi comparado o uso de Pazopanibe com placebo. O resultado do estudo mostrou ganho de sobrevida livre de progressão em um tempo mediano de uso do medicamento de cinco meses. Não foi observada diferença significativa na sobrevida global e não houve crossover, sendo a toxicidade habitual dentro dos níveis aceitáveis. Na sequência, a representante da UNIMED relatou não haver significância estatística no ganho de sobrevida global, acrescentou que só há um estudo apenas com população heterogênea e que não há estudos comparando o Pazopanibe a outras drogas. Informou ainda que não houve recomendação pelas agências internacionais de avaliação de tecnologia em saúde. Raquel Lisbôa afirmou que a qualidade do estudo é fraca, pois não foi alcançado um ganho de sobrevida global, e que esse o único estudo. Deu-se início à apresentação do Vismodegibe para o tratamento do carcinoma basocelular avançado, por um representante da SBOC, que informou tratar-se do tipo de carcinoma mais frequente, no qual muitas pessoas não dão importância às manchas ou sinais que surgem na pele, o que leva a doença para um quadro locoregional avançado, muitas das vezes com tratamento desfigurante. Acrescentou não haver alta frequência de metástase. Os pacientes elegíveis serão aqueles que não obtiveram sucesso na cirurgia ou não são candidatos a tratamento tópico, e já falharam à radioterapia; ou que estão na fase metastática da doença. Afirmou que no principal estudo foi utilizado 150mg ao dia de Vismodegibe por paciente, foi obtida taxa de resposta de 45%, sobrevida livre de progressão de 9 meses, sendo a

droga considerada bem tolerada. Relatou ter sido aberta inscrição para um estudo internacional no Brasil no qual houve a inscrição de 17 pessoas em 15 dias, o que comprova o interesse no medicamento. Em seguida, a representante da UNIMED relatou haver taxa de toxicidade elevada; não haver respostas satisfatórias nos quesitos avaliados, dentre os quais a qualidade de vida e o custo elevado do tratamento. O palestrante discordou da alta toxicidade e afirmou que o custo do medicamento é menor que o custo com cirurgia e internação. Raquel Lisbôa afirmou que o NICE não concluiu seus estudos e sugeriu ainda uma nova discussão para o próximo rol com esses estudos terminados. No prosseguimento, houve a apresentação do último medicamento, o Ibrutinibe para o tratamento da leucemia linfóide crônica (LLC) com deleção no cromossomo 17p e recidiva. Raquel Lisbôa argumentou que já foi falado sobre o Ibrutinibe no COSAÚDE, mas houve uma nova indicação pela consulta pública, por isso o retorno ao tema. O apresentador argumentou que esse tipo de leucemia não tem cura e o diagnóstico é relativamente fácil, que 25% dos pacientes, à época do diagnóstico, eram assintomáticos e assim puderam persistir por vários anos, sendo longa a expectativa de vida desses pacientes. Acrescentou que a quimioterapia mais potente para o tratamento da LLC é a combinação de ciclofosfamida, flutarabina e rituximab e que ao se comparar o tratamento da quimioterapia com a imunoquimioterapia, foi observado um aumento de 20 para 32 meses com a inclusão do rituximab. Salientou que foi realizado um estudo randomizado com um grupo de pacientes que recebeu Ibrutinibe e outro que recebeu o anticorpo monoclonal, onde não foi observada mudança significativa no aumento de sobrevida global e sobrevida livre de progressão, pois ao longo do estudo pacientes que faziam uso do rituximab puderam passar a utilizar o Ibrutinibe. Informou ainda que nesse estudo, pacientes com mutação no cromossomo 17p tiveram sobrevida livre de progressão de 40 meses e ganho de sobrevida global, que atualmente não há outro tratamento a oferecer a esses pacientes e que o custo para a saúde suplementar seria pequeno, pois a população que se beneficiaria é bem reduzida. Acrescentou que há recomendação das agências internacionais e uma proposta de diretriz de utilização, para pacientes com LLC que tenham recebido pelo menos algum tratamento de segunda linha. Raquel Lisbôa finalizou as discussões da parte da manhã e fez agradecimentos aos palestrantes. Houve um intervalo para o almoço. Iniciou-se a reunião na parte da tarde. Raquel Lisbôa deu continuidade às estatísticas em relação aos procedimentos e explicou que os participantes receberam um e-mail com uma prévia da pesquisa para os 7 procedimentos com possibilidade de incorporação. Informou que o procedimento “Acompanhamento Ambulatorial e Hospitalar por Equipe de Cuidados Paliativos” recebeu muitas contribuições. Raquel explicou que trata de um assunto muito amplo e que será necessária uma discussão mais ampla para o próximo rol. Explicou que outros procedimentos tiveram muitas solicitações, como o TAVI, mas que existe um parecer técnico de não incorporação ainda vigente, a Inseminação Artificial, que é uma exclusão legal, a Termografia, que não tem evidências suficientes. Dois procedimentos que receberam muitas contribuições, a Terapia Imunoproliférica com Palivizumabe e o Cross linking Corneano já foram incorporados com DUT. Em relação a Eletroconvulsoterapia, Raquel explicou que houve uma discussão no COSAÚDE com a sociedade de Psiquiatria e que há muito a ser feito com relação à saúde mental dentro da saúde suplementar e que não é simplesmente implantar a Eletroconvulsoterapia. Adicionalmente, o ALK, a Elastografia e Aquaporina foram incorporados com DUT. Raquel acrescentou que a Área Técnica sugere a incorporação dos procedimentos de Septoplastia por Videoendoscopia, Sinusotomia Esfenoidal por Videoendoscopia e Sinusotomia Frontal Intranasal por Videoendoscopia, pois muitas operadoras já oferecem coberturas para esses procedimentos e o impacto orçamentário não seria tão grande frente aos benefícios que essa prática não invasiva traria ao paciente. Um participante, otorrino, concordou com as considerações, um segundo retornou à questão da incorporação dos cuidados paliativos e demonstrou preocupação, devido ao aumento da judicialização. Raquel Lisbôa argumentou de que se é crescente a judicialização, seria mais indicado a normatização e terminou informando que isso é uma tendência inevitável devido ao envelhecimento da população e que se faz necessária a discussão em algum momento. Dando sequência, Raquel falou sobre a Ureterolitotomia Laparoscópica Unilateral, que, se incorporada, segundo informações médicas só será necessária quando as outras possibilidades não derem resultado, o que acontecerá em 0,01% dos pacientes. Falou sobre os exames laboratoriais, Antígenos de aspergillus galactomannan, Detecção/Tipagem Herpes Vírus 1/2 Liqueur e Cadeias leves livres Kappa/Lambda, dosagem sangue, informando que

são exames simples que trariam ganho para o paciente ao serem incorporados ao rol. Uma participante alegou que em muitos hospitais faz-se a dosagem do antígeno aspergillus galactomannan diversas vezes ao dia para o mesmo paciente, muitas vezes sem necessidade, e que seria necessária uma diretriz de utilização bem definida. Raquel salientou que muitas vezes o hospital faz esse exame para própria triagem, e que para criar uma DUT seria pior para operadora, pois teria que passar por todo processo de autorização prévia para um paciente internado. Segundo Raquel, o exame Detecção/Tipagem Herpes Vírus 1/2 Líquor também não teria tanto impacto, já que seria feito em pacientes bem específicos, já que há necessidade de punção do líquido. Não houve objeções a esse exame. Com relação ao exame Cadeias leves livres Kappa/Lambda, dosagem sangue, Raquel afirmou que o mesmo está em uma portaria do Ministério da saúde como parte de um protocolo. Uma participante falou que há confusão desse exame na tabela TUSS X Rol. Após, Raquel Lisboa, relatou as alterações na nomenclatura em 3 procedimentos. Inicialmente houve objeção de uma participante para o procedimento Diagnóstico Citopatológico em Meio Líquido, devido a uma confusão com o exame ginecológico cervical. Um servidor da ANS explicou que o importante é deixar claro que a proposta é desmembrar o procedimento Diagnóstico Citopatológico Oncótico de Líquidos e Raspados Cutâneos em dois termos: um, que continua com a mesma nomenclatura e outro com o termo Procedimento Diagnóstico Citopatológico em Meio Líquido. Destacou ainda, que os dois termos já possuem correlação na Tabela TUSS-ROL, portanto, não há qualquer alteração nas coberturas obrigatórias, e ressaltou que a mudança proposta é para dar maior clareza a uma cobertura existente. Chamou a atenção ainda para o fato de que o Procedimento Diagnóstico Citopatológico em Meio Líquido está hierarquizado na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM/AMB como de menor porte, portanto de custo menor. Acrescentou que o procedimento LCR, Microbiologia (coloração de gram + cultura aeróbica, aglutinação pelo látex para bactérias, e, a critério do médico assistente, pesquisa e cultura de micobactérias e cryptococcus), só teve o acréscimo textual do termo “látex”, mas o mesmo já é de cobertura obrigatória. Na sequência, Raquel abordou o Anexo II, falando sobre inclusão e alteração de DUT. Houve pedido de inclusão de DUT para toxoplasmose, similar ao protocolo do Ministério da Saúde. Nas alterações de DUT, ao falar sobre as estatísticas, Raquel informou que a reunião específica sobre os medicamentos já havia sido realizada na parte da manhã e que as alterações relacionadas aos procedimentos genéticos foram apenas dúvidas levantadas pela Sociedade Genética na Consulta Pública, achando que a ANS tinha uma proposta divergente da acordada. Avisou que foi marcada para o dia seguinte uma reunião com esse grupo para a discussão desses pontos. Raquel elencou as dez principais alterações de DUT e afirmou que houve 924 pedidos para Terapia Imunobiológica e que essa discussão ficará para o próximo rol. Uma participante fez uma ressalva com relação ao tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, pois se não for feito no tempo adequado, verificado através de Tomografia de Coerência Ótica (OCT), nunca haverá a estabilização do paciente. Raquel Lisboa declarou que isso foi amplamente discutido em outra ocasião, na qual ficou esclarecido que haveria mais dificuldades quando o paciente realiza a OCT a cada 30 dias. Raquel comunicou que levaria essa decisão para a DICOL. Após, Raquel apresentou as propostas de encaminhamento para as alterações de DUT e revisão das coberturas obrigatórias sem alteração na proposta. Chamou a atenção mais uma vez para os cuidados paliativos no sentido de pacificar o entendimento, para que as operadoras não fiquem na mão do Judiciário e para que o paciente não fique sem uma assistência adequada. Mencionou também contribuições relevantes que serão discutidas no próximo ano, como a Psicoterapia, a Psicologia e a Fonoaudiologia, principalmente para inclusão de alguns CIDs. Ressaltou ainda que esse ano houve uma participação muito fraca dos outros Conselhos, fora o de medicina, apesar de a ANS ter aberto o formulário de apresentação de propostas para os profissionais não médicos. Destacou que a proposta para o ano que vem é que haja um menor tempo para o preenchimento do formulário de entrada, um maior tempo de discussão, critérios mais rígidos na entrada das contribuições, além da avaliação econômica pré-publicação. Informou que houve grande quantidade de contribuições oriundas do FormSus e da consulta pública, mas apenas um pequeno número delas foi realmente avaliado. Acrescentou que incorporações pontuais não causaram impacto demasiado para a saúde suplementar e pediu aos participantes que se manifestassem a respeito. Uma participante alegou que deveria haver um novo mecanismo de regulação para o próximo rol, pois muito se gasta com desperdícios que às

vezes inviabilizam algo que poderia ser oferecido. Um exemplo dado foi a realização de ressonâncias em diferentes prestadores para ver se o resultado será diferente. Outro participante usou o exemplo dado e disse que as operadoras são obrigadas a cobrir todas as ressonâncias que o beneficiário solicita, sugerindo a ampliação das diretrizes de utilização já existentes, pois mesmo com a coparticipação ou com o fator moderador, a situação permanece. Raquel sugeriu que os pedidos com os TISS já venham desagregados. Um participante sugeriu um grupo técnico para discussão do TISS para revisão de nomenclatura e códigos. Outro participante afirmou que um código usado para patógenos vem gerando problema para as operadoras, pois muitos prestadores acreditam que dentro desse código pode pedir qualquer patógeno. Um servidor da ANS esclareceu que o termo é genérico na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM/AMB e na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, no entanto, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde especifica cada agente, quando há cobertura obrigatória, deixando claro qual pesquisa de agente tem cobertura assegurada. Uma participante fala novamente sobre a discussão dos códigos de genética e a Raquel propôs que seja feito um GT com o COPISS e com o COSAÚDE, em janeiro. Raquel finalizou propondo aos participantes o envio das contribuições com melhorias para a revisão do próximo rol e disse que a intenção é colocar essa metodologia em uma instrução normativa para facilitar o entendimento. Raquel Lisbôa fez os agradecimentos e encerrou a reunião.