

ABERTURA

DR. MAURÍCIO CESCHIN

Boa tarde a todos. Sejam bem vindos. Obrigado pela presença. A gente começa a Segunda Reunião do Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica. Vim aqui só para desejar uma boa tarde a vocês. Esse projeto é importante pra mim. Lembrar a todos a importância desse tema, que é parte integrante da Agenda Regulatória. O nosso cronograma será cumprido em sua íntegra e, portanto, é importante começar a discutir já o escopo, o formato e os limites da atuação da agência sobre o assunto. Dar prosseguimento a agenda e buscar a construção de normativos que amparem a atuação desse segmento no âmbito da Saúde Suplementar. Nós temos absoluto interesse em dar caminho, entre outras coisas, para a pesquisa do tema e a importância de se avançar dentro desse tema de atuação, principalmente no que concerne ao tratamento do beneficiário, e da questão do sub-tratamento dos beneficiários que deve ser evitado na Saúde Suplementar. Portanto, a ideia é dar andamento as discussões, contar com participação de vocês e começar a problematizar a discussão em torno do que nós devemos fazer, em termos de normativo, para que a gente comece a ter esse benefício, ou esse direito, de alguma forma incluído na Saúde Suplementar de forma clara.

Então, é com essa orientação e com essa fala que eu queria dar início, e a Martha e as meninas que estão conduzindo o GT já tem essa orientação, e o objetivo era só enfatizar essa necessidade de a gente evoluir, no sentido de dar algum tipo de resposta à sociedade. O que nós podemos começar a trabalhar com a Assistência Farmacêutica? O que interessa ao setor? Interessa aos players do segmento? Interessa à sociedade? Interessa ao país? Nós não

queremos fechar esse item até o final do ano. Obviamente, posteriormente, pra subir toda a escada que a gente quer subir, nós vamos pôr o primeiro passo, depois outro, depois outro, sempre com esse objetivo, de trazer esse benefício pra dentro do sistema.

Então, peço a vocês ajuda no sentido que a gente possa levar da melhor forma possível. Peço a contribuição de todos. Estaremos abertos, e nós vamos tentar direcionar no caminho do diálogo, nesse sentido de tornar palpável, de modo que vá permitir o que a agência pode definir em relação ao tema.

Eu agradeço a vocês, espero que tenham um bom trabalho. E qualquer incêndio, em algum degrau, eu ajudo a apagar. Obrigado a todos, boa tarde.

APRESENTAÇÃO

Dra. MARTHA OLIVEIRA

Primeiramente eu queria agradecer a todo mundo. A gente sabe que tem que ter disponibilidade pra participar do Grupo Técnico. Eu acho que a gente não precisa conduzir essa reunião de maneira tão formal, eu aqui na frente e vocês aí do outro lado. A ideia é que seja um grupo de trabalho de verdade, que a gente consiga colocar a mão na massa juntos. A gente fez uma proposta de uma apresentação pequena, pra tentar contextualizar, e também pra conduzir um pouco o trabalho da reunião. O quê que a gente fez, sobre o grupo de trabalho de hoje? Se a gente tiver que parar, não tem nenhum problema, a gente pára, vai discutindo ponto a ponto, melhor não deixar passar. A ideia é que a gente possa mesmo fazer uma conversa, um bate-papo, uma coisa bem produtiva. Não é uma coisa da gente estar apresentando e vocês aí ouvindo.

A gente está gravando, para depois poder ter o material no site. Isso é importante. No site tem uma área que se chama Grupos Técnicos, e dentro de Grupos Técnicos tem um lá que é Assistência Farmacêutica. Então lá ficam todas as apresentações, tanto da primeira reunião, quanto dessa, fica a gravação da ata, fica tudo disponível lá, pra gente poder ir acompanhando junto. Todas as contribuições que a gente recebe entre uma reunião e outra, a gente traz na reunião seguinte. Então, se vocês tiverem encaminhando coisas pra gente, entre uma reunião e outra, a gente sempre vai discutir na reunião seguinte.

Uma coisa que a gente sempre esquece de falar (eu acho que é importante) é que esse projeto de Assistência Farmacêutica faz parte do projeto piloto de AIR - eu não sei se vocês estão acompanhando isso na Agência - que é a Análise de Impacto Regulatório. A gente faz uma análise diferenciada, a idéia é que isso sirva - que é uma política nova, para analisar o impacto que se vai ter na regulação. E essa análise é anterior à publicação de qualquer regulação, de qualquer tema. Um estudo prévio para municiar e para dar mais condições dos diretores decidirem por qualquer assunto que seja.

O primeiro assunto foi Envelhecimento Ativo. Vocês devem ter visto, pra quem acompanha aqui, que a Nota que acompanha o Envelhecimento Ativo tem um formato bem diferente, ele é bem maior e acompanha a informação. E, a Assistência Farmacêutica no mesmo sentido. Então, a gente vem acompanhando. Faz parte desse projeto a construção de cenários, quais os prós e contras de cada decisão que o grupo discute; tudo isso faz parte desse processo, e depois fica disponível no site, no seu espaço.

Vou começar o grupo do dia de hoje. Vou tentar resgatar para quem não estava na outra reunião, só pra gente atualizar. A Assistência

Farmacêutica na Saúde Suplementar hoje é composta desse tipo de cobertura. Na segmentação hospitalar, tudo. Qualquer medicamento, desde que registrado na ANVISA e solicitado pelo médico assistente tem cobertura. Na ambulatorial têm cobertura todos os medicamentos que fazem parte dos procedimentos que estão no rol, além disso, a quimioterapia oncológica ambulatorial. E na domiciliar, existe a previsão de exclusão da obrigatoriedade na lei. O rol, então, instituiu as coberturas obrigatórias e a gente está na atualização da RN 262. A gente fez a inclusão, por exemplo, da imunoterapia endovenosa.

Esse grupo, ele foi instituído por causa desse item da Agenda, que é o item 4 – Assistência Farmacêutica - e a meta desse grupo que a gente está é “Estudar alternativas de oferta de assistência farmacêutica ambulatorial para beneficiários do setor de saúde suplementar portadores de patologias crônicas de maior prevalência, como forma de reduzir o sub-tratamento.”

Na outra reunião, a gente viu que a gente queria falar disso sim, mas tinha muito mais coisa que o grupo desejava falar sobre assistência farmacêutica. Então a gente combinou que ok a gente iria cumprir o item da agenda e que a gente também iria pontuar quais outros itens que a gente quer discutir. A partir da discussão do primeiro grupo, a gente fez uma proposta, que é a que vem a seguir, das coisas que esse grupo poderia discutir. Então, a gente fez um cronograma inicial, mais ou menos pontuando os prazos que a gente tem, que vocês estão vendo que são curtos, e bem mais curtos pro primeiro item, que é o da agenda. O resto a gente pode ter um pouquinho mais de prazo, pra discutir.

Na primeira reunião, a gente teve várias apresentações, então a gente fez a discussão de como a Farmácia Popular afetaria os

usuários de planos de saúde, a gente teve a apresentação da pesquisa da FIESP, onde foram entrevistados, e coletaram várias informações de empresas que oferecem benefícios farmacêuticos; a gente teve a apresentação de várias experiências de algumas empresas: da Vivo, da Capesesp, da CASSI e da Golden Cross (todas as apresentações estão no site); a gente teve a apresentação de um representante de uma PBM , de um da INTERFARMA e do PROTESTE.

No período entre a primeira reunião e a segunda, a gente recebeu três – não vou chamar só de contribuição, porque é um parecer da Procuradoria, então não é contribuição – recebeu três documentos, vamos chamar assim. Uma contribuição do Grupo Otimismo; o nosso parecer da Procuradoria – que a gente tinha combinado, naquele momento, que a gente ia solicitar, e uma nota técnica do IESS. Então, a contribuição do Grupo Otimismo, eu acho que é muito no sentido da importância desse grupo e de algumas reivindicações que eles perceberam nas apresentações que foram feitas na primeira reunião. A nota técnica do IESS é um estudo que eles fizeram e publicaram sobre o impacto da assistência farmacêutica na saúde suplementar, se isso contribuiria ou não pro aumento de tratamento, pra redução ou não do tratamento e pra diminuição de custo da Saúde Suplementar. Esse estudo não tem problema a gente replicar pra vocês, pois é um estudo publicado. E o estudo mostra que não contribui. Não contribuiria diretamente para a redução do custo na Saúde Suplementar. Depois a gente replica o estudo e vocês analisam. E o parecer da Procuraria, esse parecer foi despertado pelo nosso próprio grupo. Na outra reunião, o grupo percebeu que para implementar as políticas que a gente desejava para aquele item da agenda, a gente esbarrava numa limitação, que era uma limitação jurídica, uma limitação da lei. E aí a gente combinou de cada um buscar na sua própria instituição análises jurídicas, da possibilidade

ou não, da gente discutir o que a gente vai discutir aqui. Então foi isso que gente fez, a gente não recebeu nenhum outro parecer, nenhuma outra contribuição nesse sentido. Nosso parecer, ele ainda é um parecer interno, a colegiada ainda está analisando, então a gente não tem como disponibilizar nesse momento, mas uma parte dele, a gente vai discutir aqui, hoje. A primeira parte desse parecer a gente questionava sobre a possibilidade ou não da obrigatoriedade de oferecimento de medicação oral, domiciliar. E o parecer é claro quando ele fala que para medicação domiciliar, você não teria como obrigar realmente por causa do artigo da Lei (9656). A gente faz outras perguntas, como por exemplo se a gente poderia sugerir ou induzir esse tipo de cobertura de uma outra forma que não fosse obrigatória. Sim, é possível. É possível ter estímulos pra essa indução? Com alguns incentivos? É possível a gente construir uma regulamentação sobre essa questão que seja indutora e não obrigatória? Sim, é possível. Tem outras perguntas nesse parecer que a gente vai discutindo ao longo dessa reunião. Então foi essa a nossa missão, o nosso trabalho durante esse período. A partir disso e da primeira reunião a gente propôs (a gente aqui, esse grupo), discutir quatro encaminhamentos. O encaminhamento que é o primeiro que é o item da agenda e a gente tem que cumprir o cronograma, que é como construir esse aditivo (que a gente está chamando de aditivo), essa forma de regulamentação indutora, não obrigatória, mas que de alguma maneira tem algum atrativo e por isso a gente colocou incentivo com uma interrogação para gente começar a discutir o assunto com o setor. Então, que forma teria esse aditivo? Quais seriam os termos desse aditivo?. Como se daria o financiamento? Como seria o contrato em si? Quais seriam os termos? A gente precisa discutir isso. É válido o incentivo? É válido um aditivo não obrigatório? Isso tudo a gente vai discutir hoje. A gente pontuou mais três assuntos que foram muito debatidos na 1ª. reunião e

provavelmente vão ser discutidos nesse grupo. Um que é a medicação ambulatorial, tendo em vista o que a gente tem hoje no rol. O que ele contempla? E, o que ele não contempla e que se encaixa nessa definição? O que hoje tem evidência científica e o que não tem? E como seria o escalonamento disso para as próximas revisões e atualizações do rol. O outro item seria a medicação oral para câncer. Existe alguma diferenciação desse tipo de medicamento juridicamente que seja possível a sua obtenção diferenciadamente dos outros tipos de medicação domiciliar? Se sim, como se daria esse termo? E outra que a gente tem que ter e a gente já percebeu na primeira reunião é se a gente precisa de um arcabouço legal, talvez mais potente pra gente introduzir a medicação domiciliar de forma obrigatória. Existem vários projetos de lei já falando sobre isso, alguns a gente participou da audiência pública na Câmara. Tem um da Senadora Ana Amélia. Têm vários que estão correndo no Congresso Nacional sobre esse tema. A gente precisa de algum material, ou algum tipo de texto, ou alguma proposta de substitutivo que esse grupo pense? De uma forma PL seja encaminhado pra lá? Isso também é possível. Que a gente chegue no limite pra pensar sobre isso. É eu acho que acabei me adiantando aos outros, vou passar primeiro pros dois primeiros pontos. Então medicação ambulatorial, avaliar as necessidades e as formas de distribuição, medicação oral para o câncer, o arcabouço legal, e a proposta de hoje, era a gente discutir isso aqui. No caso de medicamentos para tratar das doenças crônicas mais prevalentes na população brasileira, como Diabetes e Hipertensão, os medicamentos utilizados no tratamento são predominantemente de uso domiciliar e, portanto, constituem exclusão permitida pela Lei 9656/98, de acordo com o artigo 10. Então a gente tem que pensar hoje. Essa possibilidade de regulamentação não obrigatória, ela é válida? Uma vez que é facultativo. Quais os incentivos necessários para que isso aconteça?

Ela tem que ser válida, e isso é uma premissa que eu trago da colegiada de que ela tem que ser válida para planos individuais e planos coletivos. A norma pode ser diferente? A gente pode até chegar aqui a conclusão que sim. Mas a gente tem que pensar em alguma coisa para o plano individual e para o plano coletivo. Quais são os incentivos que a gente deveria pensar? Como seria a forma de oferecimento? Tem tabela, não tem tabela? É um medicamento que a operadora é melhor quando usa pra aquele contrato, não é. É por nome de medicamento? Como que é a forma de oferecimento disso? Vai à farmácia buscar? A gente vai entrar nesse lugar? Não vamos? Como que é o arcabouço dessa regulamentação? E quais as formas desse financiamento? É desconto? É subsidio? É integral? Não é integral? Com coparticipação? Sem coparticipação? Agora, a gente tem que pensar como seria essa regulamentação, sempre levando em consideração as prerrogativas legais que a gente tem hoje.

Na verdade, é pra gente produzir dois grupos, aqui dentro, que a gente pudesse de alguma maneira discutir a norma e os incentivos necessários para que essa norma tivesse eficácia e saísse daqui com alguma, não precisa ser nenhuma proposta pronta, mas pelo menos com algumas prerrogativas dessa proposta. Para que a gente pudesse escrever esta norma e levá-la pra colegiada. Quando a gente fala de uma norma que não é obrigatória, mas indutora, às vezes a gente perde aquela coisa de que era tão legal, agora ela não vai ser obrigatória. Mais ou menos, né? Na minha gerência a gente tem uma experiência bem diferente dessa. A gente às vezes tem uma norma que é obrigatória e que você sua a camisa pra ela acontecer e, às vezes, você tem uma norma indutora que ela acontece muito rápido. Depende de como a gente tem essa norma e depende do sentido que a gente dá para ela acontecer. Eu não tenho mais nenhuma dúvida que a gente tem possibilidade de fazer essa norma acontecer, mesmo

com o arcabouço legal que a gente tem hoje. Mas, eu queria ouvir primeiro a opinião de vocês sobre isso tudo que eu apresentei e depois a gente tentar se dividir para, de verdade, produzir o material que a gente tem que produzir hoje.

Bom, gente, hoje não vai dar para ser tímido! Só fala o nome e o lugar pra gente poder gravar.

CARLOS VARALDO, DO GRUPO OTIMISMO.

Martha, medicamentos de Diabetes e Hipertensão provavelmente eles têm um custo mais caro de distribuição do que o próprio custo do medicamento. Esse medicamento é possível de ser distribuído gratuitamente, que a farmácia agora aceita. É um assunto bastante simples de resolver, porém é um custo muito alto. A proposta que eu tinha feito, que você recebeu não era referente a esse medicamento, era referente a medicamentos da lista especializada do Ministério de Saúde, medicamentos de alto custo, excepcional. Tem um grave problema para os Planos de Saúde porque são caros, são tratamentos crônicos, medicamentos de uso contínuo. Um medicamento controlado, realmente tem que ser caro. E hoje, através da associação de pacientes está acontecendo uma judicialização contra os planos e geralmente todas as ações judiciais são ganhas, com um custo muito grande para os planos. O que é que está acontecendo hoje? Se o medicamento é injetável, por mais que não seja hospitalar, o simples fato do médico receitar a aplicação assistida configura para o Juiz tratamento hospitalar. Pronto, se ganha a ação. O plano de saúde tem que contribuir, o plano de saúde tem que pagar ao Governo um tanto, porque como ele (...)tem diretamente (...)o medicamento ele tem que comprar este medicamento de uma distribuidora ao preço de tabela. O custo é muito alto para o plano. E a cada dia se judicializa muito mais. Eu tenho hepatite, ganho tudo

facilmente recorrendo ao juizado de Pequenas Causas, Juizado Especial. Considerando isso (...) um tratamento hospitalar. No meu orçamento, o custo o medicamento numa lista de sessenta e poucos medicamentos, na sessão desses medicamentos, todos os exames necessários para o diagnóstico estão no rol de procedimentos. Só falta o medicamento. E se fizesse um acordo, não pra todos os Planos, porque não serve pra todos, mas pra muitos serve. Por que o plano não combina, faz um acordo com o Ministério, trata o paciente, o Ministério da Saúde fornece o medicamento, o plano reembolsa o medicamento ao Ministério da Saúde. A diferença do preço é de oitenta por cento. Se o medicamento custa mil e oitocentos reais, o Governo paga trezentos e sessenta. Seria uma questão não dentro desse debate. (...) poderia ser uma norma. Poderia ser uma coisa muito bacana para planos como AMIL, BRADESCO, Sul América, Poderia ser combinado com o Ministério Público um termo de ajuste de conduta (...). Isso está se propagando e é um custo muito alto. A ideia é começar uma discussão para tentar evitar ações judiciais, para lidar com essa judicialização. Em relação a isto, disse no começo, vai ser mais caro a distribuição do que o custo do medicamento. Hoje o medicamento ele é vendido a oito reais. E quanto custa para entregar isso? Quanto custa a dinâmica disso? Uma parte tem que ter um bom incentivo e a gente deve discutir aqui hoje.

PIERRE SHINDLER, DA PBMA.

Boa tarde. Contribuindo com uma linha de discussão, a gente tem umas ideias nas duas caixas. Quando a gente fala de normativo, a gente se pergunta quais patologias considerar. Se a gente pegar diabetes, hipertensão, dislipidemia, e DPOC a gente tem uma cobertura importante de impacto na sinistralidade do plano. E talvez a gente possa agregar uma outra patologia que é a depressão, que

embora não impacte tanto no custo do plano, se a gente vai numa linha funcional, talvez os empregadores, no caso de um plano coletivo, tenham interesse de pagar para um plano de assistência farmacêutica, pois considera também que a depressão tem um impacto muito grande no absenteísmo. Tem um custo para o empregador que o resultado em saúde não sente tanto, diretamente.

Uma outra consideração seria sobre o percentual do subsídio. Talvez, no lado normativo, seria importante, poder ter um laque das patologias cobertas, pensar um percentual mínimo de subsídio deixando um co-pagamento que não desincentive a adesão ao tratamento. Nós, na PBMA, a gente pode constatar, em milhões de transações subsidiadas já por empregadores brasileiros, que a partir de 60% de subsídio e somente 40% de co-pagamento, compartilhado pelo associado, o usuário, a gente consegue chegar a um nível de adesão ao tratamento interessante, onde o lado financeiro não mais impacta na não-adesão. Efeitos como: efeito colateral, a preguiça do próprio usuário a aderir essa "barra", o esquecimento de tomar o remédio, e outros fatores culturais, de não acreditar no tratamento, fazem com que a pessoa não tenha adesão. Nos parece, na PBMA, que o patamar de 60% de cobertura seria adequado para maximizar a adesão ao tratamento. Mais consideração, se a gente está indo agora a caminho de um benefício opcional, cujo custo seria repassado para o empregador de novo, no plano individual teríamos que ver como resolver. Mas a gente teria que pensar no que o empregador está pronto a pagar, e o que resolve o problema dele(...).

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Obrigada. Na verdade, a minha primeira pergunta – ele já entrou muito mais no como fazer - e a minha primeira pergunta é OK, a gente pode discutir dessa maneira. Alguém tem alguma contra-

argumentação sobre as coisas que eu falei antes? ou não? Todo mundo teve a mesma impressão, ou o mesmo estudo depois que a gente saiu da primeira reunião? Uma vez que todo mundo tope, a gente poderia se dividir. Agora, enquanto ele estava falando, eu pensei que talvez, em vez da gente se dividir em um grupo que pense o normativo e outro o incentivo, a gente deveria dividir de modo que todos pensassem a mesma coisa. Eu acho pode ser mais rico, depois a gente junta tudo. E aí? Tudo bem?

É, eu acho que sim, Pierre. A gente perde quando a gente cria mais uma obrigação. Por isso que esse grupo de incentivo, ele é tão importante. Por outro lado, a coisa de ser indutora, ela é muito mais rica na forma de criação. Então, talvez, a gente tenha ideias muito mais legais, a um custo bem acessível, quando a gente deixa essa oportunidade de criação mais aberta, mais ampla, então a gente tem que saber como pesar. Hoje, por causa dessa diferença, e aproveitando que eu estou falando, a gente fez um monitoramento daquela RN de bônus e prêmios, que é a do envelhecimento ativo. Quando a gente estava discutindo a construção, a primeira fala do grupo foi de que isso não ia acontecer nunca. A gente tinha programado o monitoramento para 1 ano e depois a gente resolveu fazer com 6 meses. A gente viu que aumentou 400% o número de programas, em seis meses. Então, assim, se isso não é um impacto! O número de pessoas beneficiárias, com isso, passou de 100 mil pra um milhão. Então, assim, às vezes uma ação indutora tem uma repercussão e um efeito muito melhores e maiores do que a gente imagina. A gente tem que ter é criatividade pra conduzir uma proposta. Eu não tenho nenhuma dúvida de que é muito mais difícil construir. O impacto não pode ser muito singular. Então, esse é o nosso trabalho: construir. Vamos fazer isso, então? Eu queria pedir assim, que se tem mais de uma pessoa da mesma instituição, que

ficasse um em cada grupo, que eu acho que a gente incrementa. E acho que a gente podia fazer três grupos. Nós somos quantos? Quarenta.

PARTICIPANTE – É melhor quatro grupos.

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Quatro? Então, quatro grupos. Então, a gente deixa dois aqui nessa sala, dois grupos numa outra, a gente se divide.

Qual é a ideia do grupo? Se a gente tivesse que escrever hoje uma norma, como seria essa norma? Que patologias a gente incluiria? Como seria essa regulamentação? Tem ou não tem limitação de patologia? Tem ou não tem limitação de medicamento? Essa limitação é por nome, é por classe terapêutica, como que é isso? Como é a forma de financiamento? tem co-participação? tem subsídio? tem um desconto? Como a gente construiria essa norma? O que é que a gente precisa? Precisa de registro? não precisa de registro? Como que é a organização disso, a regulamentação disso? Uma coisa. E a outra coisa é, uma vez tendo isso, como que a gente incentivaria, criaria incentivos dos mais variados, desde o incentivo de propaganda, até o incentivo financeiro, pra que as operadoras conseguissem também apreender com esse novo regulamento. Ok?

REPRESENTANTE INTERFARMA

Desculpe, eu estou meio perdido, é a primeira reunião que venho. Eu sou da Interfarma, ex ANVISA. Cinco anos da ANVISA e seis da INTERFARMA. E eu faço parte do comitê da Farmácia Popular. O programa “aqui tem Farmácia Popular”, o primeiro que falou aqui tem um percentual incentivado, e esse sistema restante faz parte da gratuidade. O plano da Farmácia Popular conta hoje com um

percentual de cem; são 10 milhões de pacientes atendidos. Primeiramente o foco está sendo hipertensão, no um, segundo, diabetes; e terceiro dislipidemia. Falta convergência do que a Agência devia fazer com aquilo que o Ministério da Saúde está querendo fazer, com o programa de gratuidade. Já foi solicitada uma suplementação orçamentária, ou seja, a perspectiva é de que o programa continue e novas patologias sejam incorporadas. A pergunta é: vale a pena tentar as mesmas patologias? A gente vai separar isso? É bom manter o diálogo com o Ministério da Saúde com relação a farmácia popular para ver qual seria o alcance e para poder destrinchar um pouco essa parte de normativos e incentivos. Por um lado, você tem o Programa da Farmácia Popular que vem com gratuidade, ou seja, que já o programa se encarregou de tratar do risco moral (moral hazard),(...). Então isso aí significaria o quê para um programa que precisa dos planos de saúde?

DRA. MARTHA OLIVEIRA

A gente ficou metade da primeira reunião discutindo isso. O que a gente chegou a conclusão foi o seguinte: primeiro, essa ligação ela pode ser mais direta ou menos direta, dependendo da onde você está. Várias questões são referentes à prescrição de medicação. A prescrição, na saúde suplementar, para as mesmas patologias, é muito diversa da prescrição no SUS. E que o alcance da Farmácia Popular, mesmo com hipertensão e diabetes, ele é muito diferenciado, por conta da prescrição que é diferenciada. Então, esse foi o primeiro ponto que foi colocado. Apesar disso, teve uma apresentação do Michel da Vivo, que ele mostrou que, apesar disso, as pessoas utilizam muito a Farmácia Popular, mesmo tendo plano de saúde. Então, apesar da prescrição ser diferente, de alguma maneira as pessoas estão procurando uma maneira de se buscar esse medicamento. A gente fez uma discussão, vale a pena a gente fazer

pra mesma patologia, ou a gente ultrapassa as patologias e vai além? A discussão situou em torno disso, a farmácia popular hoje é suficiente pra atender a demanda da saúde suplementar? Na experiência de algumas operadoras, não. Então assim, passa ao largo do que eles têm vivido hoje, mesmo as operadoras que hoje já oferecem o medicamento. Mesmo que a operadora ofereça o mesmo medicamento da Farmácia Popular, faz diferença na experiência das operadoras no oferecimento desse medicamento seja por dificuldade de acesso, facilidade no caso de acesso ou por prescrição diferente. Então a gente chegou a uma conclusão de que a Farmácia Popular sim, ela se sobrepõe. Mas ela não se sobrepõe totalmente ao que a gente estaria discutindo. Agora cabe hoje, aqui, a gente definir. Ah, tudo bem, vamos colocar Hipertensão e Diabetes, mas a gente não vai pôr os mesmos medicamentos? Ou não? Ou com classes diferentes? Tudo isso está pra gente discutir aqui. O arcabouço disso é um pouco o que a gente discutiu na nossa reunião. Que eu acho, que pelo menos pra mim ficou essa conclusão, não sei pra vocês. Que se sobrepõe sim, ela é válida sim, mas hoje ela não consegue se sobrepor, totalmente, a necessidade da Saúde Suplementar.

JOÃO PAULO, da CAPESESP.

Só corroborando o que a Martha falou e dando a título de exemplo. Lá, um Plano de Saúde que cobre medicamento oral para doença crônica, e uma despesa muito aproximada, quase 8 milhões por ano, só com o benefícios de farmácia. A gente fez esse estudo, quanto pegando todas as classes terapêuticas e os medicamentos prescritos dentro do Programa, e quanto a gente deixaria de gastar se usasse a Farmácia Popular. São oito milhões e dá mais ou menos cento e cinquenta mil, por ano, que a gente reduziria do nosso custo, se as pessoas ao invés de adquirirem nas farmácias cadastradas e o benefício fosse usado. Então, é o que a Martha falou, na verdade

seria uma espécie de complemento da prescrição da Farmácia Popular, da mesma forma que a saúde suplementar, em teoria. No entanto, o SUS cobre tudo que os Planos de Saúde cobrem. Mas as pessoas terminam optando pelo diferencial no atendimento.

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Bom, então a gente divide assim: dois grupos ficam aqui e dois grupos vão pra outra sala e aí se faz um fecho.

CARLOS VARALDO

A primeira discussão só a Normativa?

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Não. Todo mundo discute tudo.

(TRABALHO EM GRUPOS)

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Vamos voltar. Podemos? Vamos fazer o seguinte, eu acho que podia dar 10 minutinhos pra cada grupo apresentar. E, aí, depois a gente tentava consolidar o que saiu daqui. A ideia é que se a gente consolidar aqui, hoje. A gente transforme isso em um texto, que a gente vai disponibilizar pra vocês, vamos dar um tempo pras sugestões, e que na próxima reunião a gente feche esse texto. E que esse mesmo texto seja apresentado para os diretores. Então, a gente vai sair daqui hoje com alguma proposta. Nem que a gente saia com algumas perguntas também, mas a gente vai sair com alguma proposta. Qual é o grupo que vai ser o primeiro?

GRUPO 1

REPRESENTANTE GRUPO 1 – JORGE CARVALLHO

Os pontos que foram levantados no grupo. Que o oferecimento, como aditivo, a ser normatizada, deve ser facultativo, ou seja, não seria obrigatório propiciar esse produto, mas ele sendo oferecido ele seria tanto para contratos coletivos, quanto individuais. O pessoal tocou nesse ponto, e se deveria dar acesso a toda carteira.

PARTICIPANTE

Mas uma vez que o produto pega direito, todo mundo tem direito.

REPRESENTANTE GRUPO 1

Todo mundo tem direito a comprá-lo. Foi colocado pelas pessoas que seria necessário que houvesse um período de carência pra evitar seleção adversa de risco; que também o produto tivesse uma vigência e uma regra de cancelamento; que seria desejável ter uma lista de patologias – uma lista mínima de patologias (que naturalmente pode ser ofertada a mais). Isso foi bastante discutido no início, devido a questão da fragilidade judicial disso.

HERMÍNIO MENDES

A gente achou que podia ser por uma prevalência de patologias que nós temos no país, para a escolha desse produto inicial. Seria um produto básico e com aquelas patologias que os planos quisessem oferecer a mais, ofereceria.

REPRESENTANTE GRUPO 1

E também foi – só colocando aqui novamente – se o foco realmente poderia ser nas doenças crônicas. Seria uma das opções.

DRA. MARTHA OLIVEIRA

Vamos complementar. O grupo, fique à vontade.

Representante GRUPO I

São coisas pontuais, assim. Poderia ser restrito aos princípios ativos, naturalmente registrados na ANVISA, comercializados no país. Também foi sugerido que fossem adotados protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, pra balizar a cobertura.

Martha Oliveira

Como? Não entendi.

CARLOS VARALDO

Para evitar medicamentos extremamente caros. Essas doenças têm protocolos médicos. Não pode aceitar a marca convencional e o princípio ativo. Aí sim o plano teria como opção ofertar pelo melhor preço. Segundo, não é para todos os medicamentos, mas para aqueles com o maior custo-efetividade.

PARTICIPANTE3

E outra coisa. O lado inverso da coisa é o paciente escolher determinadas coisas que pareciam mais baratas, e descobrir que são mais caras, e entrar com uma ação judicial, em função de não estar seguindo os protocolos e diretrizes terapêuticas. Lá tem dizendo o que tem que ser, e como tem que ser feito.

REPRESENTANTE GRUPO 1

Foi colocada a possibilidade de haver coparticipação. O grupo achou que seria razoável um teto de 50% para essa coparticipação. Deixar bem claro: só pra medicamentos, excluindo produtos da saúde, materiais, equipamentos, como por exemplo a bomba de insulina. E a previsão do mecanismo de regulação, mais ou menos nos moldes da Consu 8: se o médico assistente prescrever, e o auditor da operadora discordar da medicação, tem cláusula prevista pra solucionar.

Alguns problemas que foram levantados são basicamente da área econômica. Primeiro é como seria formatado esse preço, principalmente se for focado nas doenças crônicas. Naturalmente teria uma utilização muito maior nas faixas etárias superiores.

HERMÍNIO MENDES

Talvez seja assim uma faixa etária diferenciada pra esse serviço.

REPRESENTANTE GRUPO 1

Além dessas duas questões aqui também, como é que vai ser calculado o reajuste desse produto.

HERMÍNIO MENDES

A dificuldade que a gente teve foi como faríamos um critério de reajuste para um plano tendo em vista a evolução do medicamento do Ministério, com registro na ANVISA é muito grande; a inclusão de novas tecnologias também é muito grande; então seria, grosso modo, como um rol atualizado mensalmente. Então, teria uma dificuldade de cálculo pra isso. Foi o que a gente falou lá: sinistralidade? Variação do custo do medicamento? Enfim, tem que pensar muito bem, nessa estruturação, e como a gente vai aplicar isso. No plano coletivo ele é muito mais fácil, a negociação com a

própria empresa. No plano individual, a gente tem grandes dificuldades nisso.

REPRESENTANTE GRUPO 1

Junto a isso, outra questão que a gente levantou é a oxigenação da carteira, também nos planos individuais, como vai ser essa renovação, etc. E ficou-se, na verdade é mais uma dúvida, se o que o beneficiário gastar nesse produto se pode entrar no desconto do Imposto de Renda, também. É um ponto interessante.

Alguém quer complementar alguma coisa?

Incentivos que foram levantados: o IDSS, pra acreditação da operadora. Se também, outra questão, se a empresa poderia – isso mais do que perguntado, seria negociado - poderia ter algum abatimento, algum incentivo na parte fiscal pra operadora oferecer esse produto. Se esse produto poderia entrar com uma melhora no PEONA.

HERMÍNIO MENDES

Na PEONA, ou qualquer outra previsão junto a ANS, Se, de alguma forma, a operadora que oferecesse esse produto tivesse algum benefício junto à ANS.

CARLOS VARALDO

Eu acho que a operadora vai ter um problema muito grande no preço que a farmácia cobra esse medicamento. Hoje, o registro de preço na ANVISA tem um valor integral. E, qualquer um chega a farmácia e tem 30% de desconto, 50%, 100%. Incrível, isso. Por quê? O laboratório farmacêutico registra o seu preço máximo, se tiver uma variação cambial, se aumentar, se o governo não autorizar o

aumento, o laboratório não tem problema, é só diminuir o desconto que vende àquela farmácia. Então, como fica a operadora, se o mesmo medicamento um associado está pagando oitenta reais e outro paga quarenta? Qual o preço do reembolso que a operadora vai dar, presumindo que eu pago pra aceitar aquele preço da farmácia, quando o paciente chega na farmácia e eu vendo pela carteirinha, eu estou cobrando um preço máximo. Porque na verdade o desconto, o desconto não pode ser cumulativo. Então, esse ponto foi muito discutido lá, e poderia também ser trabalhado um pouco para que a ANS analise isso.

DRA. MARTHA OLIVEIRA

O Grupo 2? A gente depois tem que voltar ponto por ponto pra consolidar tudo. João?

GRUPO 2

REPRESENTANTE GRUPO 2 – JOÃO PAULO

A gente discutiu no grupo, com relação às normas. Na verdade, a gente discutiu, primeiro, o conceito do quê que vai a ser a cobertura. Então, a gente discutiu o conceito da Assistência Farmacêutica, da forma mais ampla possível. Não é só fornecer o medicamento, nem dar desconto em farmácia. Então, é o conceito de Assistência Farmacêutica como: suporte com especialista, interação medicamentosa, 0800 pra tirar dúvida,... Então, quem oferecer, oferecer realmente nessas condições. Discutimos também que teria que ter um padrão mínimo de cobertura definido nessas regras. Então, da mesma forma que tem o Home Care, por exemplo, (Assistência Domiciliar) quem quiser cobrir, vai cobrir minimamente

isso. Na plenária nossa, a gente está discutindo isso aqui. Quem quiser cobrir a mais, fique à vontade para aditivos contratuais.

Discutimos a mesma coisa que o grupo que nos antecedeu. É plano coletivo e individual, eu acho que não tem como restringir pra um determinado tipo de grupo. Discutimos também a questão seleção de patologias, e verificamos, que eu acho que é melhor forma, não pegar casos da população brasileira, porque é bem diferente da população que tem uma assistência à saúde supletiva, vide o Vigitel, que foi feito em 2008 (se não me engano), mostra que é bem diferente. Bem, não, mas tem alguma diferença entre o grupo de patologias. Então, a gente até conversou com a Martha que estava no grupo, ver se não seria possível a ANS, baseado na base de dados que já tem, ajudar nessa definição das patologias que geram mais sinistros de morbimortalidade dentro da saúde suplementar, juntando dados da população brasileira, a gente chegaria em algo mais próximo do que aquilo que acomete os nossos associados dos planos de saúde.

Discutimos também, dentro desse grupo, não só a patologia, mas a necessidade de se definir protocolos clínicos. Por exemplo, se a gente definir que a hipertensão vai ser coberta, teriam que ser definidas as linhas de tratamento? Então, primeiro começa com o doente hipertenso jovem – estou chutando aqui qualquer coisa – então começa com diurético, depois eu vou pra um diurético mais (...), e assim sucessivamente, claramente definidos junto das sociedades médicas, que são as pessoas mais indicadas para isso, a AMB, representantes nossos, representantes dos planos de saúde também, pra definir os protocolos clínicos.

Na mesma discussão, se seriam para todos os associados de um determinado produto assistencial no conceito da ANS. Ele vem como

produto registrado, ou se seriam aditivos a um determinado grupo de pessoas de um mesmo produto, que fariam aditivos para ter cobertura ou não. A gente não chegou muito a um consenso. Eu tenho uma visão particular de que, quem aderir àquele produto é que teria a cobertura, mas predominou no grupo, que seriam aditivos contratuais, dentro do mesmo produto. Teriam duas pessoas em um produto, uma com aditivo outra sem aditivo. Foi o que predominou no grupo.

Com relação a que tipos de tratamentos seriam cobertos, a gente discutiu a questão do tratamento preponderante de doenças crônicas, não temos dúvidas de que o resultado que a gente vai encontrar de morbimortalidade são doenças crônicas. Aí entram, principalmente, as cardiovasculares, o diabetes, dentro das cardiovasculares, hipertensão, AVC, a insuficiência cardíaca, o DPOC, a asma. Então, o grupo de patologias, a ideia do grupo é que se começasse com um grupo mínimo de patologias, restrito, aqueles que realmente causam maior impacto social e econômico para os Planos de Saúde, e a partir daí fosse migrando com essa experiência pra novas coberturas, como se fosse um rol de revisão pra esse grupo de patologias.

Discutimos a questão do quimioterápico oral. Hoje, o câncer é considerado uma doença crônica. Hoje, não, há muito tempo. E, pela – a gente não chegou também a uma formação de ideia, mas deixo aqui para discussão – que, pelo menos, ali no entendimento até mais pessoal, que o quimioterápico oral substitutivo – aquele que substitui o tratamento venoso, coberto, que pudesse ser avaliada a possibilidade de ser incluído nessa cobertura. Com relação aos outros, pela questão financeira das operadoras pequenas, o grupo entendeu que talvez não devesse fazer parte dessa discussão inicial, mas ficar aí a discussão como substitutivo.

Discutimos ainda a questão da coparticipação, cofinanciamento, a mesma coisa do grupo anterior, que não fosse uma coisa abusiva, aqui comentou-se 50%, a gente não chegou a um número, mas eu posso dar uma experiência pessoal, no nosso caso, a nossa coparticipação é vinculada ao salário da pessoa, não ao preço do produto. Então, no caso como é um plano coletivo, então se ele ganha três mil reais, a coparticipação é no caso limitada a 5% de três mil reais. Se eu fosse colocar 5% em cima do produto, se ele tivesse um tratamento de 10 mil reais, ficaria talvez uma coisa inviável. Então, obviamente não para o mercado inteiro, não daria pra ser dessa forma, mas talvez há um valor fixo de coparticipação, ou um valor relacionado à contribuição mensal daquela pessoa. Se ele paga cem reais, teria um valor proporcional aos cem reais. Ou uma coparticipação sobre o valor também, mas pode ser que isso chegue a número inviável, dependendo do custo do tratamento. A gente só chegou à conclusão que deve ter coparticipação e ela não pode ser abusiva, discutindo a melhor forma de(...) Discutimos também a questão se vai ser lista de medicamentos. Todo mundo não teve dúvidas que tem que ser classes terapêuticas específicas dentro daqueles protocolos, e a partir – já foi dito aqui, acho que Dr. Carlos ou o grupo anterior, é dentro dessas classes terapêuticas poder entrar genérico, com incentivos pro genérico, poderia ser uma bonificação para o genérico, e se fosse o caso, quem tivesse marca e quisesse entrar dentro dessa instituição, aí seria negociado com a indústria farmacêutica, com os participantes do mercado. E, sim, seria uma lista fechada de produtos por classes terapêuticas, desde que abrangesse os vários tratamentos, e essas patologias fossem cobertas.

Carência. Também foi muito discutida a questão da carência, porque como a gente vai ter planos de vários tipos, como o nosso de

autogestão, planos de mercado... que tem a possibilidade de mudanças de pessoas maior. Então, a carência foi muito discutida. Então, como sugestão que ficou, seria uma carência pra adesão daquele produto, ou aquele aditivo. Não definimos uma quantidade de período, mas eu acho que seria bem razoável, uma data anual, quando é feito o aniversário do contrato, pra aquela pessoa aderir, só pra evitar os oportunismos, aquela pessoa que vai e o pessoal entra. Eu achei bastante interessante aquela regra que o Grupo 1 sugeriu, a regra de cancelamento. Para as doenças crônicas, talvez não seja o caminho, mas ter uma regra é interessante. Eu imagino que seja como eram os planos odontológicos, que pra você sair era com um ano depois, você irá pagando uma contribuição a mais, mas eu achei bem legal essa ideia. Essa daí se a gente tivesse visto, a gente copiava.

E a outra, e por fim, é uma preocupação do grupo é com relação à rede de distribuição, como seria a distribuição disso. Particularmente, diminui o número de fraudes se for um sistema de delivery, você entregar pras pessoas esse produto. Se a gente entregar através de uma farmácia, ou através de um sistema unificado, em nível nacional distribuir isso. Mas tem, também, a questão do custo administrativo.

Outra preocupação também foi o treinamento dos prescritores. Então, tentar – não adianta nada implementar um programa, desenvolver isso, se ninguém vai querer. O médico vai chegar na porta e vai dizer pro paciente: olha, essa listinha aqui do teu plano é uma porcaria, não dá pra eu te tratar com isso, tem tratamento muito melhor. Então por isso que as discussões têm que ser baseadas em protocolos, e um treinamento, que Gisele sugeriu, de treinar redes para prescrever dentro da importância do paciente estar incorporado nessas coberturas, são benéficas pra ele e pro Sistema de Saúde como um todo.

Eu acho que é isso, da parte de normas era basicamente isso.

Com relação aos incentivos, não ficou muito diferente do grupo anterior. Até aproveitar o exemplo que dei aqui, o IDSS, sem dúvida nenhuma. Não falamos de acreditação, falamos de alguma forma mais – mas foi rejeitado pelo pessoal da ANS que estava no grupo, não tem como mexer em Copom, nem incentivos (estou brincando), mas eles disseram lá, não, isso não, não tem como. Falou-se até em repassar o custo, da mesma forma que tem o ressarcimento ao SUS, seria uma espécie de ressarcimento para operadora quando fosse uma cobertura que o governo oferece lá na Farmácia Popular. Mas a gente viu que isso, operacionalmente, é muito complicado.

Carga tributária. Incentivos à carga tributária da operadora, e também – desculpe, não é não é da operadora, é a carga tributária da indústria farmacêutica, pra que ela consiga fazer o que Carlos falou, diminuição do custo do tratamento. E a gente conversou também, que é exatamente o que ele falou, é a indústria ter uma margem muito grande, ou bastante razoável, de lucros, que pode repassar pra programas dessa natureza, a partir do momento que você aumenta o volume de pessoas usando aqueles produtos. E, foi dito pela Vera Valente, que representa a interfarma na reunião anterior, que a interfarma e o grupo de laboratórios que representa, estava totalmente aberto a uma conversa, a uma discussão nesse sentido, de ver a melhor forma de participar.

PARTICIPANTE –

Na verdade, é uma negociação entre as partes. Na verdade, é uma negociação entre a operadora e a indústria.

JOÃO PAULO –

É. Mas é interessante isso que falaste, porque foi dito também..., a colega ali deu como sugestão - doutora Rosana - que é a seguinte, é de, por exemplo, uma operadora pequena, ou média como a nossa, não teria tanta força quanto um Bradesco, uma Amill para comprar. Então hoje não compra. Era fazer pools de compras.

Rosana Neves -

O cross funding, ele reúne todo mundo que está interessado num medicamento em um site, onde aqueles interessados se cadastram. E alguma instituição ou alguém fica responsável pela compra dos medicamentos. (...)

JOÃO PAULO -

Então, só para ficar gravado lá.

CARLOS VARALDO -

Então, o sistema de incentivos que o governo, que o Ministério, tudo isso facilita para a indústria. Então, como acontece? O usuário que tem a receita entra no site da indústria, coloca o número do plano de saúde e automaticamente o sistema emite um bônus, que se apresenta na farmácia para o desconto. Então, é extremamente simples, você trabalha diretamente com a indústria.

PARTICIPANTE -

Com o laboratório.

CARLOS VARALDO -

O laboratório. O laboratório é simples, também. Chegou na farmácia, recebe a receita e fazem o pagamento. Mais simples, impossível. Não tem um pré-controle, não tem diferença de farmácia para farmácia.

JOÃO PAULO –

Então, só tinha uma coisinha das normas que eu esqueci, que é a questão de, eventualmente, uma doença, uma patologia, um tratamento não coberto, como é que seria, se ficaria com pagamentos, que não estão, por exemplo, no Rol. Então, a ideia preliminar é ficar restrito só a patologias cobertas, tratamentos cobertos, e depois, se for o caso, ir ampliando conforme for a necessidade.

DRA. MARTHA OLIVEIRA –

Grupo 3.

REPRESENTANTE GRUPO 3 – LUIZ CARLOS MONTEIRO da PBMA –

Eu vou tentar ser mais sucinto. Foram várias ideias, onde a convergência das discussões foi que realmente foi focado nesse grupo mínimo, e nessas alternativas e nesses processos. Falou-se também em medicamentos de alto custo, e necessidade. No grupo teve uma tendência a entender que tem uma alta distorção de valores desses medicamentos. Momento de migração, talvez deva ser encaminhado para, realmente, uma inclusão no rol deste modelo de tramitação. Tornar um pouco mais simples a entrada. Tanto a cobertura inicial, ter um modelo mínimo, um prazo mínimo e para operadora poder operar com a assistência farmacêutica ela em que cumprir minimamente este rol de patologias. E entendeu-se também no grupo que não seria papel da Agência descer muito ao detalhe, inicialmente descer ao princípio ativo e talvez em segundo lugar as patologias e

classes terapêuticas, parar por aí e a partir daí. Inicialmente falar em classes terapêuticas. Quanto a superposição com a farmácia popular, entendeu-se que a gente deva sim fazer no sentido da superposição porque no frígir dos ovos é importante que essas patologias, embora sejam as mesmas, as classes terapêuticas são diferentes e o que se falou é que talvez busque-se junto ao Ministério da Saúde e a partir daí o Ministério fique ciente que a gente está tratando de um Programa da Assistência Farmacêutica e não de um simples programa de acesso. E é unânime que no conceito de um programa de Assistência Farmacêutica vem a partir do acesso, vem gestão. Então tão importante quanto dar o remédio, é saber se aquele paciente de diabetes continua aderente ao tratamento. Ou seja, o que se deve é pedir pro Ministério da Saúde, abrir um pouquinho mais a regra do farmácia popular e permitir que a gente tenha acesso àquele usuário e eventualmente, como ele é hipertenso e não comprou no sistema mas comprou na Farmácia Popular. Quanto as formas de genérico para se vender só mesmo em Farmácia Popular. Falou-se muito que talvez a regulação se dê com nos exemplos dos Países que já têm bastante trabalho sobre isso, pode ser na Europa, etc. Existe um tratamento totalmente diferenciado pra genérico. (...) Fazendo com que o paciente e o médico busquem a melhor opção para o caso dele.

Foi falado muito também, que as operadoras que tem um produto mais voltado para os beneficiários da classe A e B, de certa forma já tem esse problema resolvido. Não oneraria muito a operadora, no sentido de cobrir aqueles 20% que ficaram sem acesso. Mas citou-se, também, que isso possa ser visto com outra ótica, no sentido de possa ter visão de inclusão, e mesmo esses que têm acesso podem pagar o médico, receber a receita ou a internação, não é difícil.

Em termos de limites, foi pensado como todos, que tem que haver uma coparticipação, e essa coparticipação tem que ter um teto máximo para facilitar a toalha de formatação e precificação. Eu cubro sim, mas limitado a 150 reais. Isso facilitaria muito a securitização do processo.

Falou-se, também, do que não deveríamos aceitar. E houve uma convergência, também, de que não se aceitaria programas que não tivessem algum tipo de efetividade por exemplo, plano de desconto, que a rede proíbe, esses não seriam aceitos. E também que tivesse um subsídio mínimo. Subsídio seria entendido como o valor final pago pela operadora sobre o preço final de venda. Por exemplo, o preço C, o mercado já pratica um desconto de 30% do preço C, então o preço de venda é esse, então em cima desse preço de venda, estamos falando um mínimo de 50% de subsídio.

Quanto aos planos individuais, que é a grande dificuldade, teve uma ideia, que não foi minha, de que eventualmente pudesse criar uma regra que houvesse uma regra de aceite mínimo por operadora. Ou seja, naturalmente, existiria algum tipo de seleção adversa. Não haveria, pra citar uma regra, alguém querer pagar 20 reais por mês pra ter 150 de cobertura. Então, pra não onerar o todo, a operadora poderia ter um limite de aceite mínimo. Ou seja, tem que aceitar um individual pra cada 100 coletivos, alguma coisa desse tipo, é uma forma de diluir o individual no coletivo, pra que se possa criar outros programas e benefícios.

Em relação aos incentivos, a gente não desceu ao detalhe de qual o incentivo, mas devolvemos a questão para agência pensar em algum tipo de incentivo cabível dentro de suas leis, pra incentivar as operadoras operar os planos.

Eu acho que é isso, mas talvez tenha esquecido alguma coisa.

MARTHA OLIVEIRA –

Eu tenho aqui a minha lista das coisas que eu achei importante. Uma é a questão de como vamos sobrepor a Farmácia Popular? E a gente chegou a uma discussão que é a seguinte: a gente poderia estar estimulando com isso uma prescrição cada vez mais errada na saúde suplementar, porque a gente colocaria pras mesmas patologias e classes diferentes de medicamentos, provavelmente mais caros, e você está estimulando uma prescrição não correta, por conta disso. Mas na hora a gente achou que ok, vamos sobrepor, por tipo de classe, esse tipo de coisa.

E outra coisa que a gente ficou discutindo muito foi: por onde a gente começa? Eu acho que foi meio um consenso a coisa da patologia, e a gente demorou muito tempo nisso, porque tinha lá a palavra “prevalência” e tal e a gente tinha pessoas de empresa no nosso grupo. E aí a gente pensou, tudo bem, Diabetes, Hipertensão e dislipidemia é fácil, mas e aí, pra onde a gente vai? E aí a gente chegou meio a um consenso: hoje a maior necessidade seria a saúde mental. E aí a gente coloca uma linha do tipo “vamos estimular isso?” Será que a gente vai estimular o uso do Rivotril? É isso, ou não? Apesar de ser hoje o maior problema e o maior gasto. A gente entender isso como uma prioridade, estimula ou não estimula? Então, a gente não conseguiu no nosso grupo fechar um grupo de patologias que fossem prevalentes e apontasse pra um lugar desejável e não pra um lugar não-desejável. E aí a gente pensou em DPOC, a gente pensou na obesidade, mas também ficou pensando na coisa do medicamento. A gente também entendeu que se trata de uma coisa mínima, porque precisa de vários graus de negociação, mas até esse mínimo a gente teve dificuldade de pautar. Porque, ao mesmo tempo,

que a gente vislumbrou que a necessidade talvez esteja ótima de se mudar, o estímulo podia sair pela culatra, então a gente tem que pensar muito na hora que a gente for propor alguma coisa desse tipo.

LUIZ CARLOS MONTEIRO

Nessa linha, falou-se também de que, se a gente for fazer um escopo, onde o pagador final será a empresa. Porque a gente tem que olhar o lado do pagador, e o lado do pagador é diferente do nosso. Então, essas doenças prevalentes que atingem mais a terceira idade, não necessariamente é onde dói o calo de um grande empregador que tem uma força de trabalho na faixa de 20 a 40 anos, talvez a sua classe trabalhadora, então as incidências são diferentes. As doenças que são prioridade, são as doenças de nível psicológico/psiquiátrico, e úlcera...

FRANKLIN PADRÃO-

É. Nós discutimos também em relação ao reajuste. A necessidade de que o reajuste nesse aditivo, nessa cobertura, não tenha vinculação nenhuma com a sinistralidade, seja do plano empresarial, seja do adesão, ou seja, do Plano Individual. Pode-se até imaginar que tenha vinculação com o coletivo, empresarial. Mas com outros produtos ele não pode ter vinculação nenhuma, porque a seleção de risco desses produtos, com relação a esse tipo de coisa, vai colocar em degradação o próprio plano. Então, é importante que já saia com a idéia, com essa separação.

CARLOS VARALDO -

Um ponto que temos encontrado nos planos empresariais, a adesão/participação será da empresa ou do funcionário. Por quê? Você tem que a empresa cancela ou não renova o contrato com

aquela operadora e vai para outra operadora que não oferece Assistência Farmacêutica. O que acontece com o empregado? Para o tratamento?

(SOBREPOSIÇÃO DE VOZES)

JOÃO PAULO –

Esses aspectos que vocês abordaram aí da desvinculação do reajuste da cobertura adicional e do per capita. Mas, por outro lado, se a gente pensasse: vamos supor que aquele estudo do IESS não se comprove aqui no Brasil, seja mais parecido com outras experiências, e de que realmente traga melhora pra saúde das pessoas, menos sinistros, e com isso o gasto, ou seja, tenha um retorno para o investimento, ou pelo menos, um equilíbrio. Aí como é que fica a outra parte do reajuste, da parte assistencial? Se os resultados esperados estiverem descompensados? Tu podes aumentar o custo da terapêutica, mas reduzir o custo da assistencial, então eu acho que tem que ser um conjunto de coisas a se pensar na hora de fazer esse cálculo atuarial.

ROSANA NEVES –

Em relação ao reajuste, o que a gente tinha discutido aqui, é o seguinte: esse produto Assistência Farmacêutica seria um aditivo ao contrato, esse aditivo teria uma cláusula própria para o reajuste. A gente está discutindo duas questões diferentes. O plano de saúde, suas regras de precificação e o reajuste. Outra coisa é o aditivo com uma regra de reajuste. Então, discutir essa regra de reajuste do produto da Assistência Farmacêutica. Então um atuário vai estabelecer preço, através de uma lista de medicamentos que vão ser criados pra esse produto, e o ajuste nesse caso vai ser com a variação de preços desses medicamentos. Existem já indicadores e índice de inflação, como por exemplo, o IPCA Saúde. Todos os índices

de inflação, eles têm uma parte que é exclusiva pra medir variação de preço de medicamento, e também de outras variações de saúde .

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO –

O produto tem uma variação específica e controlada pelo governo. Quem diz a variação que esse produto pode ter é o próprio governo. Então, pega essa lista de produtos, vê a variação que ele teve e vai aplicar. É só pra não vincular.

ROSANA NEVES –

Então o volume também estaria acolhido, nessa avaliação de inclusão de medicamentos desse aditivo, e o reflexo da redução da sinistralidade do plano de saúde em função da utilização desses medicamentos, seria medido automaticamente na variação. Nos reajustes aplicados nesses planos. Então, por exemplo, no plano coletivo, se a sinistralidade da assistência desse plano fosse reduzida em função da variação na utilização dos medicamentos, ela será automaticamente apurada quando você fizer a verificação da sinistralidade no plano de saúde. Então você não precisa atrelar esses outros produtos pra poder modificar. São totalmente separados. Totalmente distintos e separados.

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO–

Como é que você vai avaliar o efeito que o medicamento tem, na rede que vai ser vistoriada? Você tem várias ações dentro da tua operadora que podem reduzir a sinistralidade, negociação com a rede, uma série de coisas que reduz.

ROSANGELA SANTOS–

Quando a gente estava discutindo a lista de patologias, a gente discutiu isso. Por quê? A gente sabe que houve uma mudança na Lei 8.080, artigo 6º, exatamente por conta da judicialização. Que é a questão da dispensação de medicamentos caríssimos e que não estavam, no caso, registrados pela ANVISA ou no Ministério da Saúde. Às vezes até essa demanda é um impacto daquilo que a pessoa não consegue fazer o tratamento, até pelo que os Estados que não cumprem a sua obrigação de dispensação. Só com o impacto. Mas como a gente viu a lista? A gente viu a questão dos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde que a gente vem acompanhando. (...)e é importante isso. Porque a gente está na linha da Política de Assistência Farmacêutica, que não pode ser só a dispensação. Por isso é muito importante que se diga isso aqui. Então, você tem que ter um resultado, até pra gerar incentivo, e se comprovar o por que do incentivo. Então a gente discutiu essa lista mínima, para colocá-la dentro dos parâmetros, que já estão no próprio Ministério da Saúde, de doenças que podem se agravar e custar muito mais caro, se a gente não adotar uma linha de prevenção. A própria ANS começou com esse trabalho, quando estabeleceu consultas de prevenção. Então as doenças elas têm que estar exatamente na linha de reduzir doenças, e não se estar programando mais medicamentos pra cuidar doença, essa que seria a lista mínima.

E aquela questão das diretrizes, que a gente falou, isso que vai dar, inclusive pra os planos terem uma perícia. Para não gerar também – tanto pela parte de quem usa, ou tanto pela parte de quem não concorda – um parâmetro em que pessoa possa acessar publicamente que aquilo, aquela diretriz é daquela maneira e que o produto, se ele quiser pagar, ele vai ter que pagar pelo produto. Então o parâmetro de patologias, como a gente fala aqui dessa lista

mínima, ela deve compor aquilo que, no futuro, vai ter uma redução no resultado de todos esses fatos, (...).

SAMIR NAJJAR -

Não sei se o momento é pertinente, mas é uma preocupação que eu tenho. Faço parte do Comitê Nacional dos Medicamentos do Ministério da Saúde e eu tenho receio de ter alguma Assistência Farmacêutica que estimule o uso de medicamentos. Estou só registrando pra que a gente possa discutir depois nas próximas reuniões. Para que a gente venha a ter um programa como esse "Remédio em Casa", que tem no interior, que esta transformando o consumo, o consumo de medicamentos.

HERMÍNIO MENDES-

A dificuldade que eu tenho, embora não seja válida, é precificação desse produto. Como é que eu vou calcular o meu preço de saída, não só do reajuste como o Franklin falou, mas como eu vou calcular o preço de saída desse produto. Pra o cliente ver, lógico, a minha sugestão é que se fale com os atuários, para ver se a gente consegue formatar minimamente e que tipo de contribuição a gente tem que ter ou uma nova técnica pra ver se isto se sustenta. Eu não sei, por exemplo, hoje, foi isso que ele colocou, as faixas etárias, ao meu ver, não são adequadas. Precisam ser readequadas pra essa nova utilização. Outra coisa é você prever exclusões para isso. Pode ser que algum tipo de medicação seja extremamente cara e de pouca utilização, impacte no preço do produto pra uma pequena operadora, e já seja contemplado pelo SUS. Que seria o caso de excluirmos essa cobertura desse tipo de plano, pra permitir que uma operadora com uma baixa carteira, consiga fazer essa precificação. Fazer algum tipo de estudo, em que patologia, qual é a situação que possa haver uma

exclusão daquela patologia mesmo. Por exemplo, teve uma preocupação muito grande, no meu grupo, com medicação com transplante. Porque o transplante é o maior custo individualizado. Mas se você colocar isso numa pequena operadora, pode ser um evento catastrófico. Ou até uma medicação oral, com o câncer, numa pequena operadora de um pequeno grupo. A gente tem que dar essa previsão.

MARTHA OLIVEIRA –

Eu acho que a gente vai ter que estudar muito mais tudo o que a gente discutiu aqui. No nosso grupo a gente viu três coisas diferentes. Então, assim, eu coloquei esse slide de propósito para identificar: o quê mesmo a gente está falando aqui?; e o que mesmo a gente acha que é não-suportável para o custeio de um beneficiário. Porque a gente sempre tem que levar isso em consideração; e que isso se passa integrado, com cobertura obrigatória. Então, essa discussão a gente vai ter que fazer. O quê que é suportável pra se ter no aditivo e o que não é suportável pra se ter no aditivo. Aí a gente vai ter que estudar. Vai ter que fazer uma lista para ver o que a gente inclui no rol. Essa diferença a gente vai ter que fazer.

O preço, eu acho que, eu posso estar enganada, nosso grupo falou isso claramente, a gente está estudando um projeto mínimo. Esse projeto mínimo ele pode ser ampliado de diversas formas, dependendo de como você está negociando isso. Então, o custo do projeto mínimo, talvez seja fácil de calcular, o resto vai ser muito mais complicado, por causa da sua especificidade. Agora, com o projeto mínimo, cada um sabe o que está acoplado ali. A gente podia discutir mais isso, mas eu acho que dá pra gente realizar mais alguma coisa.

Deixa eu tentar consolidar, que já são cinco horas. Qual o combinado eu queria fazer com vocês? A gente vai consolidar tudo isso que foi discutido aqui, a gente está com todas as historinhas de todos os grupos, a gente vai passar o resumo disso pra vocês, e depois a gente vai começar a pensar um rabisco. No mesmo ponto – por exemplo, “financiamento” – pode ter várias linhas com vários pontos de interrogação e o que foi consolidado, que saiu daqui. Para gente começar a tomar uma cara de uma coisa ordenada, que um dia vai virar uma Resolução. Então, a gente vai começar a agrupar as contribuições que chegarem dentro de artigos. A gente promete fazer isso muito rapidamente. Então, no máximo, até o final dessa semana que vem, vocês vão estar recebendo esse resumo e esse apanhado de sugestões. Pra quê? Pra gente ter 20 dias, mais ou menos, pra gente receber a contribuição de vocês, de 15 a 20 dias, a gente consolidar tudo, aí sim, tomar uma cara razoável e a gente fazer uma outra reunião. E aí eu acho que a gente vai ter pensado mais nos prós, nos contras, nas consequências, quais outros assuntos vai precisar acoplar, como é que a gente vai fazer as diretrizes, da onde que vai sair, como é que a gente vai juntar isso, como é que a gente faz para os planos individuais, como é que a gente vai, de verdade, construir essas coisas. Pode ser assim?

Vinte dias a contar do dia que eu mandar pra vocês.

Então, a gente consolida tudo e marca uma outra reunião. Pode ser assim? Por que eu coloquei esse slide, gente? Porque eu queria que vocês ficassem com ele na cabeça. A gente está falando desse primeiro ponto. Na hora que vocês estiverem estudando o a proposta, talvez vocês mesmos já comecem a contemplar os outros pontos. Então, na próxima reunião, além da gente começar a dar conta da Resolução, a gente vai começar a preencher esses outros pontos. Vamos passar rapidinho por eles. A gente pode aqui chegar à

conclusão de que o (...), a gente vai colocar no rol, é o segundo ponto. De que a medicação oral pra câncer, a gente vai ter que colocar no rol. Então, assim, a partir dos nossos estudos aqui, com o que sobrou a gente vai ter dar conta. Ou a gente vai chegar à conclusão de que o nosso objetivo ficou superbacana, mas os incentivos que a gente criou não são suficientes e que a gente precisa de uma proposta de um projeto de lei. Então, a gente vai continuar complementando todos os itens. Por isso aqui esse slide que eu queria que vocês mantivessem na cabeça. Porque o que sobrar daqui vai cair em algum outro lugar. OK? Obrigada.

Não sei pra vocês, mas pra gente foi impressionantemente produtivo. Vocês podem não ter ideia, mas foi ótimo.