



**Degração: 3ª Reunião do Grupo Técnico de Assistência  
Farmacêutica - nº 29/2012**

**Dia: 31/05/2012**

**Rio de Janeiro - RJ**

**Degração: 3ª Reunião do Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica - nº 29/2012**

**Dia: 31/05/2012**

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Boa tarde a todos. De novo eu queria agradecer a disponibilidade de vocês de estar aqui, a gente sabe que não é fácil, não é? Muita viagem, muito grupo, muita coisa para a gente estudar. Antes de a gente entrar no tema em si, que eu acho que depois a gente... Está esquisito, não está? Assim, a minha voz já é esquisita, e ainda está mais esquisita, mas tudo bem. Antes de a gente entrar no tema em si, eu queria dar alguns informes de outras coisas que a gente discutiu na outra reunião. Então na reunião passada, essa é a terceira reunião do grupo, na reunião passada a gente fez uma oficina aqui, para a gente foi excelente, então o que está aqui hoje é resultado da reunião passada. E aí a gente, para conseguir caminhar, a gente dividiu em problemas, lembra? E aí a gente combinou que esse daqui seria um dos problemas que a gente ia estar discutindo, mas que tinham outros problemas para a assistência farmacêutica na fila. Um deles era a gente tentar listar o que precisa ser incluído no rol enquanto medicação ambulatorial, o outro problema era a gente discutir a medicação oral para câncer, enfim, a gente fez várias pontuações do que a gente precisava ver para assistência farmacêutica, então do período de lá para cá a gente encaminhou para vocês um resuminho que a gente construiu aquele dia juntos das pontuações do que a gente precisava colocar nessa resolução, lembra? A gente não recebeu nenhuma contribuição, zerinho, nadinha, estava ótima, imagina, eu achei isso, que estava ótimo. Não, porque provavelmente foi para o grupo da outra, de quem estava na reunião, a gente circula de novo, mas está tudo aqui na apresentação de hoje. E aí no meio do caminho algumas coisinhas aconteceram, tipo foi aprovado no Senado, olhei para o Tiago e lembrei, foi aprovado no Senado o projeto de lei do Senado Ana Amélia e o relator o Senador Moka, sobre quimioterapia oral, agora vai para a Câmara e depois sanção. A redação dele, e aí eu participei das audiências públicas, o Tiago também, acho que a Poliana foi em alguma, não? A redação dele, a nosso ver, ela evoluiu muito no sentido do que foi discutido nas reuniões, então para quem viu a primeira versão, participou da primeira audiência pública, ela foi evoluindo com o evoluir das discussões, então a gente considera que ela melhorou mesmo em relação ao que estava sendo discutido, e redação que está hoje aprovada no Senado e caminhando para a Câmara, aí me ajuda, ela faz uma ressalva no artigo de exclusão dizendo

que é excluindo medicação domiciliar, salvo as alíneas do artigo 12, e lá no artigo 12 ele coloca a medicação oral para câncer como uma possibilidade de inclusão, e aí ele faz uma ressalva no artigo 4º, § 4º, não lembro mais. Dizendo que isso vai ser, essa inclusão vai se dar a partir de diretrizes, consultadas em sociedades médicas e publicadas pela ANS, ainda tem um pontinho que a gente até apontou para o Senador para a gente discutir que seria assim, ele inclui a medicação oral para câncer e meio que repete o nosso próprio artigo da RN que coloca adjuvante e medicação para efeito colateral, que para a gente é um pouquinho diferente quando é venoso e quando é domiciliar, então para o domiciliar ele engloba um número infinito de possibilidades o que não acontece no venoso, então essa ressalva foi colocada para o Senador e a gente vai ver como vai caminhar, mas fora essa ressalva o resto do texto está muito redondinho em termos do que a gente discutiu aqui e do que foi discutido nas audiências públicas, e não deve ser um PL que deve demorar muito, então ele estabelece depois prazo de 180 dias para ser regulamentado e para entrar em vigor, então só uma novidade. Sobrou para a gente fazer então uma proposta para aquele item da agenda regulatória que fala da medicação domiciliar aí não para câncer, mas para as doenças prevalentes, a gente então na outra reunião fez várias observações, vou chamar de observações que foram vários pontozinhos do que a gente deveria englobar nessa proposta, com a ressalva do que a gente discutiu... Aí, melhorou agora. Com a ressalva que a gente discutiu na outra reunião da impossibilidade de isso ser obrigatório por causa do artigo 10 da lei. Então todo mundo já ciente dessa impossibilidade, o que a gente poderia construir aqui. Então o que a gente fez? Mediante aquela proposta que a gente mandou para vocês de pontinhos, a gente transformou isso em um RN, isso daqui é um filhote embrionário de uma Resolução, a gente trouxe pontinho, pontinho, pontinho para discutir com vocês, a gente colocou tudo que foi encaminhado naquela reunião, a gente vai precisar resolver algumas coisa, mas pelo menos está em um formato que a gente consiga debater hoje, então cada, a minha proposta é, eu leio tudo, depois a gente volta artigo por artigo e a gente vai debatendo esses artigos até a gente entender melhor o que a gente quer, tem alguns artigos que a gente mesmo está na dúvida do que ficou da discussão, tem umas coisas ainda assim, meio suspensa que a gente discutir então isso daqui eu considero como uma proposta conjunta que a gente conseguiu discutir naquele dia e que precisa ser muito, muito lapidada hoje, então esse é o nosso trabalho de hoje, confirmar se a gente entendeu certo, se a gente entendeu errado, ver o que a gente precisa arredondar e ter uns pontinhos que a gente vai precisar resolver que estão no final. Então vamos. Isso daqui a gente já falou para dar conta do eixo quatro da agenda.

Pode e deve João... Isso daqui é o cronograma, a gente está então na 3ª reunião, assim se a gente precisar a gente ainda pode fazer várias reuniões, isso é uma decisão da gente, a gente está fazendo essa construção em conjunto, depois isso vai para a consulta pública. Só para falar para vocês que tem uma área no site onde ficam todos os grupos técnicos e aí tem um grupo técnico de assistência farmacêutica, nesse está ruim. É grupo técnico, câmaras e grupo técnico, isso, dentro disso tem todos os grupos técnicos, quando você clica no de assistência farmacêutica tem dividido por reunião quais fora as apresentações, todos os documentos que a gente debateu, o que a gente passou para vocês por e-mail, tudo isso está aqui dentro desse lugar. A gente está fazendo um trabalho com a PNAD 2008, alguns dados da PNAD já foram debatidos e divulgados o que a gente está tentando fazer é um recorte para a saúde suplementar com alguns focos, o nosso foco maior é o idoso, a gente está tentando fazer um trabalho inclusive focado no plano de cuidado que a gente quer fazer, em cima da PNAD, mas a gente aproveitou para dar uma olhadinha em como está a PNAD para a assistência farmacêutica. Então na PNAD aparecem 49 milhões de pessoas com plano de saúde, por quê? Isso sempre acontece, no (ininteligível) acontece também, porque as pessoas informam como plano de saúde, plano de saúde público, aquele que não é regulado pela agência, então para ela é um plano de saúde só que não entra na nossa conta, uma vez que não é um plano privado. Desses 49 milhões, segundo informações da PNAD, 27% consomem medicamentos de uso contínuo, 13% recebem esse medicamento, 79% compram todos, 7% compra parte, 1% não compra, ele tem a prescrição, mas ele não compra. (Intervenções fora do microfone) É, quando a gente... Não necessariamente, quanto está ali 13% recebe todo ele pode receber todos, ou ele pode receber do Governo ou ele pode receber da operadora dele, ou ele pode receber da empresa que ele trabalha, então assim, tem várias possibilidades de onde ele recebe, mas ele recebe de alguma maneira. Só vou pedir para vocês falarem aqui para a gente gravar porque senão depois vocês não vão ter...

**Interlocutor não identificado** – Eu acho importante, na sequência o PNAD mostra que saúde é a 4ª despesa das famílias, que em média o que sai do bolso, mas dentro da saúde remédio é o primeiro, claro, porque eles não compram plano de saúde mesmo porque não podem, ou recebem gratuito ou ganha no emprego, do empregado. Então na despesa medida pelo PNAD remédio é o primeiro em saúde.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente está tentando fazer uma análise específica para o plano de saúde, porque o dado que a gente já tem de informação da PNAD, ele é uma análise da PNAD como um todo, então essa informação ela é de um todo, de quem tem plano e de quem não tem plano, aqui a gente está recortando a PNAD para quem tem plano, e a gente espera que até setembro assim, até tenha um conjunto de informações da PNAD para a saúde suplementar razoável, não só de assistência farmacêutica, mas de idoso, doença crônica, uma doença mais bacana. (ininteligível). Bem melhor, a pata choca melhorou.

**Interlocutora não identificada** – Vou falar nesse mesmo que é rapidinho. Só que esses dados aí de gastos são da POF, da pesquisa de orçamento familiar do IBGE que também tem coisas bem interessantes.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Vamos tentar juntar tudo para a gente fazer um grande apanhado de informação. É só fazendo propaganda, adoro fazer propaganda. A gente vai fazer um evento grande dia quatro de outubro muito focado em mudança de cuidados, formas de sustentabilidade através da assistência e aí a gente vai trazer uma pessoa de fora, super interessante, não sei se vocês conhecem, o Michael Donnelly, uma pessoa bem interessante nesse sentido e a gente nesse evento a gente quer divulgar na só esses dados que a gente está fazendo da PNAD, mas também a gente vai fazer o VIGITEL, saúde suplementar que a gente só fez um ano, a gente vai dar continuidade a isso até 2011, e a gente quer levar o quanto mais de informação que possa ser usada na gestão possível para esse lugar e para esse momento, então a gente vai se esforçar para a gente ter alguns meses, voltar mesmo para vamos buscar informação, vamos tentar ter isso concreto na mão, eu acho que a gente está em um momento que a gente precisa não só achar, mas ter certeza, então é isso que a gente está tentando produzir até setembro. Aí isso daí começa então a discussãozinha que a gente queria ter com vocês hoje. Vou ler tudo e a gente volta. Não é muito grande não. Bom: *“Artigo 1º - Essa resolução dispõe sobre o estabelecimento da oferta de assistência farmacêutica aos beneficiários de planos de saúde, plano de assistência a saúde suplementar pelas operadoras; Essa RN aplica-se a todos os contratos, individuais, familiares, coletivos por adesão e empresarial novos, celebrados a partir de dois de janeiro, ou adaptados; A assistência farmacêutica, ressalvada as situações de cobertura obrigatória estabelecidas na lei e nas regulamentações próprias poderá se ofertado na forma de...”* Então a gente tirou o

que está no rol, àquela primeira discussão que a gente teve lá. Contrato acessório que é o que a gente vai discutir hoje. *“Programas especiais, por exemplo, promoção e prevenção, e situações especiais.”* Então vamos lá. O contrato acessório é que a gente vai discutir hoje. Os programas muitas operadoras já o fazem, então a gente não quer criar esse estímulo, a gente acha que esse estímulo é importante e que deve continuar, então isso é permitido fora a regulamentação e algumas situações especiais que a gente vai poder discutir ao longo do dia, por quê? Porque eu posso não ter aquele produto que a pessoa vai ter que pagar por ele, vamos lembrar disso, mas que eu quero pontualmente oferecer isso, porque isso é importante para dar conta de algum problema que está oferecendo na minha carteira sem custo adicional, então isso também é permitido, a gente vai ter que discutir um pouquinho a diferença entre um e outro. (Intervenções fora do microfone) Também. (Intervenções fora do microfone) Não, a gente volta, marca esse item para a gente discutir. (Intervenções fora do microfone) Sem ônus. (Intervenções fora do microfone) Deverá, não posso. Essa discussão que a gente fez semana passada, sim, o artigo 10 da lei não permite que a gente escreva deverá. *“Para fins da CRN são consideradas as seguintes definições: assistência farmacêutica...”* Isso daqui saiu da reunião passada, eu tenho dúvidas, mas a gente pode discutir. *“A assistência farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como o insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional, consiste em um conjunto de etapas que engloba desde a dispensação do medicamento a orientação ao seu uso adequado até o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente. Contrato acessório é o instrumento contratual voltado para a cobertura de serviços adicionais de assistência médica não previstos na lei ou pertencentes ao rol. Programas especiais são aqueles de promoção da saúde e situações excepcionais.”* Eu acho que vale a pena, se a gente concordar com isso, depois voltar na redação e acrescentar isso que vocês forçaram aqui que é a coisa de aqui não ter ônus, isso é importante. (Intervenções fora do microfone) A gente vai ter que criar um, é isso que eu trouxe para cá, tem um lugar ali na frente que tem pontinho, pontinho, pontinho, então o que são situações excepcionais, a gente pensou em algumas, eu não sei, sabe por quê? Para mim, até o conceito de assistência farmacêutica em um lugar onde você não tenha ônus é uma situação especial. Então eu acho que a gente vai ter que não desce, mas do contrato acessório aqui pode existir, então a gente vai ter que pensar como é que a gente coloca isso. Vou dar um exemplo da fala, o João, o João ele já oferece um contrato acessório sem ser um contrato acessório esse que eu estou falando aqui, o que ele ia fazer? Ele ia cobrar agora de quem ele nunca cobrou? Ele tem que se enquadrar em algum lugar, então a gente

tem que prever a possibilidade de ele continuar fazendo sem ônus do jeito que ele faz aqui, vamos pensar. Bom, a Cassi também está aqui, esqueci de falar. *“A oferta do contrato acessório de assistência farmacêutica, é facultado as operadoras o oferecimento de assistência farmacêutica na forma de contrato acessório, esse contrato deverá apresentar características diferentes, poderá apresentar características diferentes entre o individual e o coletivo.”* Por quê? Porque a gente discutiu aqui semana passada, na outra reunião, que provavelmente as regras tanto do financiamento quando as de estrutura do programa de assistência farmacêutica terão que ser diferentes para o coletivo e para o individual, senão você não vai conseguir atingir o público do individual, mas ele se tornara tão, tão cara o para individual que você não ia conseguir fornecer, então você pode ter dois contratos acessórios, três, quatro com características diferentes para atingir o coletivo e para atingir o individual. *“A adesão dos beneficiários aos contratos é facultativa; A faculdade que alude o artigo 6º pode ser exercida.”* Então isso aqui você compra igual você compra o plano, obviamente, o titular, o familiar ou a adesão você faz via titular e pessoa jurídica de contrato empresarial. *“O prazo mínimo de vigência é de 12 meses, renovável automaticamente.”* Aqui a gente vai ficar umas três horas discutindo, mas a formação... (Intervenções fora do microfone) É porque na verdade o contrato, você pode... Então vamos lá, o contrato... (Intervenções fora do microfone) Porque quem contrata o plano coletivo é a empresa, como isso está ligado ao produto, é um contrato acessório, depois a gente volta na definição de contrato acessório, o contrato acessório ele é um contrato que é comprado junto com aquele seu produto, ele está acoplado a um produto. (Intervenções fora do microfone) Não, se for empresarial você compra igual você compra o plano, você pode ter produtor diferentes, então, por exemplo, eu tenho uma empresa enorme, um contrato coletivo grandão, eu não tenho um contrato só para aquela empresa, eu tenho vários contratos, um padrão A, B, C, D, E, para cada um daqueles eu poderia comprar um contrato com padrões diferentes, isso é possível, não tem problema, isso seque muito a regra de como você compra plano hoje, é igual, é um contrato acessório. (Intervenções fora do microfone) É, a gente vai voltar de um em um para a gente ir reescrevendo cada item, então a gente vai ter que ver cada item, como é que a gente faz. *“A formação de preço para esse serviço pode se dar em regime de pré pagamento, pós pagamento ou misto.”* Aqui a gente só colocou as definições que já estão previstas em Resolução, eu vou até pular isso, porque a gente vai ficar horas nesse. *“É facultada a adoção de mecanismo de regulação como...”* A gente colocou aqui os que apareceram na reunião passada, eu acho que hoje vão aparecer outros, com participação a gente falou de teto, a gente

falou de mínimo aqui, a gente não colocou, mas no papel que a gente passou para vocês estava uma discussão que se não for mínimo de 20% acho que vocês lembram, inibiria o uso não racional. Como você dá um teto e você que vai construir um contrato isso pode estar implícito que pode ter um mínimo, mas a gente pode discutir isso aqui. *“As operadoras poderão estabelecer período de carência.”* A gente fez uma discussão aqui na outra semana diferencia carência para individual e coletivo, a gente pode voltar nessa discussão. Das regras gerais, eles vão ser estruturados de acordo com a característica da operadora e do contrato, claro. Esse treze a gente vai ficar horas também, os programas deverão oferecer no mínimo cinco grupos de patologias, a gente listou algumas, isso pode mudar, a gente listou o que a gente discutiu aqui semana passada, na outra reunião. Isso daqui de novo, a gente tirou do PNAD é o quê? É o percentual da população diagnosticada com doenças crônicas por faixa etária e qual tipo de doença, então o que a gente vê que isso aqui é diagnosticada, não quer dizer que é a prevalência da doença. E aqui já tem diferencial com plano e sem plano e o verdinho é de zero a 29 que vocês não dever estar enxergando, o vermelhinho de 30 a 59 e o azulzinho 60 e mais, então com plano, sem plano, com plano, sem plano, com plano, sem plano, com plano, sem plano, com plano, sem plano. Aqui é diabetes, hipertensão, bronquite ou asma, depressão e tendinite, isso aqui é diagnosticado, então o que a gente vê? Que a prevalência ela só é muito diferente para mais na saúde suplementar na parte da depressão e da tendinite, o resto ela é muito semelhante, por quê? Óbvio, não é? Então assim a parte do diagnóstico ela é diferente, mas isso daqui também serve para a gente pensar naquela distribuição do que a gente vai pensar em fornecer como medicamento. *“A operadora deverá disponibilizar a lista completa dos medicamentos a serem cobertos.”* Aí eu tenho uma pergunta. *“Por classe terapêutica, classe química, princípio ativo e marca. As regras de utilização e controle devem estar claramente descritas no instrumento contratual, devendo contar entre outros: regras para recebimento do medicamento; necessidade ou não de receita, período para validação da receita, forma de distribuição, dispensação, acesso; controle e número de caixas, diretrizes, genérico ou não, regra de exclusão material.”* A gente colocou tudo que apareceu. Incentivo, a gente fez uma reunião com a DIOP, a gente está pensando em incentivo, como que a gente pode criar um incentivo interno, a DIOP também está fazendo uma oficina de plano de contas, então a gente está tentando discutir junto, a gente já tem um compromisso de criar um incentivo, a gente vai ter que criar a partir de então uma forma de controle desse incentivo e aí depois, Tiago, eu volto na sua pergunta. Isso daqui é o final de qualquer Resolução, sempre vai ter previsão para se o que está em



contrato não for cumprido e a data de quando ela entra em vigor. Vamos voltar? Então vamos lá. Artigo um, ok, não é? Artigo dois também. Artigo três: “*Assistência farmacêutica ressaltadas as situações de cobertura obrigatória estabelecidas na forma da lei e das regulamentações próprias poderá ser ofertada na forma de: contrato acessório, programa especial, situação especial.*” Vamos para a definição, aí eu queria que vocês falassem o nome a instituição para a gente gravar. (Intervenções fora do microfone) Está gravando o dele?

**Interlocutor não identificado** – (ininteligível) quando se coloca contratos individuais não deveria especificar se é hospitalar... Plano Hospitalar ou individual?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Sim, a ideia é que você tenha, pelo menos eu estou falando a ideia da Martha, não é a ideia da resolução, a gente tinha pensado antes que para você ter um acesso a uma medicação que é ambulatorial, você deveria ter um plano ambulatorial, mas realmente a gente não discutiu e não colocou, o que vocês acham? Porque a ideia é que a ciência farmacêutica seja uma continuidade de um tratamento para ele ter prescrição. (Intervenções fora do microfone) Todos, porque a químico-oral, ela vai estar no rol e não necessariamente a pessoa vai ter essa prescrição única e exclusivamente no ambulatório, aqui eu concordo que ela precisa ter um acompanhamento ambulatorial, mas nada impede, não tem nenhuma regulamentação ou previsão que impeça de ele ser comprado com plano hospitalar. Por exemplo, é fácil de a gente pensar no contrato acessório quando a gente pensa, por exemplo, resgate aéreo, resgate aéreo é um contrato acessório, então você pode comprar resgate aéreo como qualquer módulo de produto que você compre. E aí? Eu vou colocar aqui. (Intervenções fora do microfone)

**Sr. Erminio** – Erminio. Da mesma forma que você pode ter uma segmentação ambulatorial com um...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Resgate aéreo?

**Sr. Erminio** – Um resgate aéreo ou uma assistência farmacêutica, talvez nós pudéssemos deixar não que.... Não faz muito sentido você ter o plano, a segmentação hospitalar com assistência farmacêutica, só que eu poderia, por exemplo, programar que em segmento a uma internação eu forneceria a medicação e nessa parte teria lógica você fazer esse tipo de adendo

na... Não fechar isso, ou seja, que para sequência de uma patologia, de um evento de internação eu forneceria medicamento.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Só vem uma dúvida aqui na hora que você falou. Qual vai ser o tipo de exigência em termos de prescrição que esse contrato de assistência farmacêutica vai ter, porque aí você estaria, vamos lá, pagando por uma listagem de medicamentos que não necessariamente são só da tua saída da sua internação, tem uma continuidade, então...

**Sr. Erminio** – Mas assim, na ideia seria você, o evento internação teria uma origem determinada, e eu acho...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas a sua proposta é um *rol* diferenciado.

**Sr. Erminio** – Como?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Um *rol* diferenciado. Estou falando *rol* é péssimo, vamos parar de falar *rol* senão parece outro *hall*, uma lista de medicamento diferente para quem tem ambulatória e para quem tem hospitalar.

**Sr. Erminio** – Poderia ser, não sei nem se precisaria de uma lista nesse caso de hospitalar, por exemplo. Para ficar uma situação pontual quase que emergencial, teria um aspecto muito securitário, muito seguro.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Isso que você está falando, a sua possibilidade de calcular isso, ela é muito mais fácil do que o cálculo na ambulatorial, por isso que eu te perguntei se você teria listas diferentes.

**Sr. Erminio** – Sim, nesse caso sim, nesse caso especificamente, especialmente não teria uma lista, mas teriam situações onde você cobriria.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Previsão de internação. Entendi.

**Sr. Erminio** – Seria uma situação, porque até você fornecer medicamento você tem que ter uma prescrição e o médico que te deu alta te deu essa prescrição.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Deixa eu tentar explicar o que o Erminio está falando com o que o Tiago falou. A gente faria a precisão, a gente vai discutir isso lá no artigo que está lá no final, mas a ideia que saiu na outra reunião é que a gente falaria quais as patologias e aí ficou uma discussão entre classe terapêutica ou não e o beneficiário teria por esse contrato tudo que ele deveria ter coberto. A ideia do Erminio é diferente, é o seguinte, para o plano ambulatorial, é isso que a gente está discutindo aqui, vê se é isso, para o plano hospitalar ele não tem lista de doença, ele tem uma previsão sim de uma cobertura de tudo que for pós internação, a limitação que ele teria era o tipo de internação que o cara fez, então é um outro tipo de contrato. (Intervenções fora do microfone) Pois é, que é a dificuldade que a gente tem tudo que é depois de internação. (Intervenções fora do microfone) É isso que ela falou. (Intervenções fora do microfone) Sim, o que a gente está falando aqui sim, ele está falando uma outra proposta, uma terceira proposta. (Intervenções fora do microfone) Então olha só, a gente está chegando a uma conclusão, só para eu ir me orientando, a gente está chegando a conclusão que você precisa ter plano ambulatorial para isso, para fazer o segmento, o João acha que não, fala. Apresenta Luis.

**Sr. Luis Monteiro (PBME)** – Luis Monteiro da PBME. (Intervenções fora do microfone) Na verdade tem uma coisa que não está contemplada que a gente queria por em discussão e entender o motivo dessa comissão, porque quando a gente começou a conversar o início pelo menos estava pelo menos previsto que fosse compulsório que as operadoras vão dar remédio pelo menos para os crônicos e no conceito de estar por dentro do programa de assistência a saúde, mas na medida em que a lei impediu e que as coisas foram... Já que é uma oferta acessória e com isso inclusive torna um pouco mais facilitado o próprio aceite (ininteligível) eu pelo menos entendi, acho que os meus colegas também que a gente estava dando uma formatação mais ou menos como assistência odontológica, um novo modelo, um novo segmento e uma nova forma de atuação, é isso? Mas eu não leio isso aí.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É isso e não é isso. A gente pode interpretar o contrato acessório como uma outra coisa, você está chamando de segmentação, uma outra coisa que eu estou comprando por fora, é isso, da mesma forma que eu compro resgate aéreo eu estou comprando assistência farmacêutica, nesse sentido ela se assemelha a uma segmentação, é uma coisa a mais que eu estou acoplando no meu plano de saúde, só que a gente não pode, para a assistência farmacêutica deixar ela sozinha, então assim, primeiro que contrato acessório você compra junto com o plano de saúde, você não pode comprar ela sozinha, eu não posso chegar em uma seguradora e falar assim, me vende só o resgate aéreo, não pode, ele é um contrato acessório, esse acessório ele está ligado a um outro contrato e segundo que para a assistência farmacêutica e aí a gente discutiu isso muito na diretoria colegiada porque tem alguns PLs nesse sentido que aí sim eles criam uma segmentação a assistência farmacêutica e a discussão que a gente fez é, essa segmentação a assistência farmacêutica ela pode ser igual a odontologia que eu vou lá e compro só a odontológica, a ANS entende que não, por quê? Porque a assistência farmacêutica ela tem que estar prestando a assistência a alguma coisa de cuidado que eu tenho em baixo, porque senão isso vira um simples cartão desconto de assistência farmacêutica, eu vou lá na farmácia, faço um desconto, compro, isso é o meu plano de assistência farmacêutica, o que a gente gostaria é que a assistência farmacêutica tivesse integrada ao cuidado, para ela estar integrada ao cuidado fazendo sentido para a saúde suplementar ela tem que estar atrelada a uma segmentação, qual segmentação a gente não escreveu e é isso que está sendo discutido aqui, o João já acha que não, que pode estar atrelada a qualquer tipo de contrato.

**Sr. João Paulo** – Eu acho assim... João Paulo. Eu acho que não faz muito sentido atrelar ao tipo de segmentação ou vincular uma forma diferenciada de assistência farmacêutica, eu acho assim, enquanto operadora eu nem tenho plano hospitalar nem pretendo ter, mas o plano hospitalar seria o primeiro a se beneficiar caso a saúde daquela pessoa melhore e evite um sinistro, então assim, se essa operadora de plano hospitalar quiser oferecer a assistência que siga as regras gerais de contrato acessória de assistência farmacêutica, não vejo assim porque diferenciar, ter uma lista diferente de medicamentos. (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – No microfone.

**Sr Tiago (ONCOGUIA)** – Desculpa. Tiago, Instituto ONCOGUIA. Mas reservadas as devidas proporções eu acho que até tem alguma relação com a questão da assistência domiciliar, a internação domiciliar quando ela é feita em substituição a hospitalar, ela entra um pouco, ela não é um contrato acessório, mas ela entra um pouco nesse aspecto também, até de reduzir custos etc., e tal e eu não sei se de repente entraria até uma possibilidade de não ser um contrato acessório eventualmente, mas entrar em uma modalidade parecida com a da assistência domiciliar.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Por que eu não posso? Porque a assistência domiciliar ela não é uma exclusão da lei, se eu quiser amanhã a gente pública um rol e obriga a ter assistência domiciliar, ela não está excluída. Não, o que está excluído é medicação, então eu poderia sim, olha a complicação, não é o tema, a gente não vai se estender nisso, mas eu poderia sim incluir assistência domiciliar no *rol* sem medicação domiciliar. (Intervenções fora do microfone) Por quê? (Intervenções fora do microfone) Mas eu poderia obrigar, o medicamento não, o medicamento ele é excluído, ele tem uma exclusão, como é que vocês chamam? Exclusão, vocês chama expressa, então tem uma diferença. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – (ininteligível) eu queria compartilhar o que o João falou, não vejo sentido em ser só o plano ambulatorial, ou só o plano hospitalar, (ininteligível) os pacientes de ambos, porque senão você não vai ter assistência, agora mais um ponto. Sendo um produto vendido separadamente eu não entendo, assim, entendo que se tenha uma ideia maior do que é a assistência farmacêutica, mas eu acho que o consumidor também tem o direito a querer comprar um produto que ele acha que lhe convir, que ele pode ter o médico dele, ser um cliente particular de alguém e querer ter o plano de assistência farmacêutica, eu acho que não invalida.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É, na verdade a nossa discussão é facilitada, porque assim a gente teve essa discussão porque era um projeto de lei, então o projeto de lei criava uma segmentação, aí isso poderia acontecer, aqui não, porque aqui já é um contrato acessório, então aqui sem o plano eu não compro isso, então assim por RN eu não posso criar segmentação então não é isso que a gente está discutindo, aqui a gente está discutindo só o contrato acessório, só estou falando aqui, da discussão macro que a gente

teve quando aparecer um projeto de lei, entendeu? Mas aqui não cabe, aqui só cabe a gente definir, deixa assim igual a gente propôs sem atrelar nenhuma segmentação ou a gente atrela alguma segmentação, é o máximo que a gente pode fazer por RN. Então podemos seguir em frente? Então vamos. *“Para fins dessa RN serão consideradas as seguintes definições.”* Então para a primeira definição que é assistência farmacêutica: *“É o conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e seu uso racional, consiste em um grupo de etapas que engloba desde a dispensação do medicamento ou orientação quanto ao seu uso adequado até o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente.”* Só para dificultar um pouco, Gisele, assim, a gente quando começou a discutir isso, tem quatro pelo menos que eu me lembro projetos de lei rolando nesse sentido de criar assistência farmacêutica, segmentação. A ideia da gente é o seguinte, se algum desses PLs vier a vigorar, for aprovado, sancionado, que a gente automaticamente puxe as regras do contrato acessório para uma segmentação, claro que talvez a gente tenha que adequar uma coisa ou outra, mas vamos também pensar macro nesse sentido, a gente já está criando uma regra para isso então a gente não vai precisar fazer GT de novo, então vamos tentar pensar um pouquinho nesse sentido, da assistência farmacêutica, ok? Eu achei uma definição gorda assim, mas...

**Interlocutor não identificado** – Mas essa é a clássica mesmo, eu acho que é a mais completa que tem, está muito boa. A dúvida aqui, eu não sabia que tu ia passar um por um, mas a minha (ininteligível), posso já falar?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Pode.

**Sr. João Paulo** – A parte de programas especiais isso aí mata, a gente tem que deixar isso aí muito bem definido, porque no caso do que a gente está falando aqui é programas especiais de assistência farmacêutica, não é um programa... Ou é um programa qualquer, por exemplo, eu tenho um programa de diabetes e só cubro medicamento dentro do programa de diabetes, é isso? Então a gente tem que deixar isso muito claro não confundir os programas...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – O que a gente não quer, João, a gente quer que a assistência farmacêutica dê certo, obviamente, mas eu não quero inibir uma coisa que hoje é boa para o beneficiário que assim, eu não vou conseguir comprar

um produto de assistência farmacêutica, mas hoje eu já ganho o meu remedinho para diabetes, só diabetes, entendeu, porque eu estou dentro de um programa pontual que não é o ideal, mas é nada disso, mas assim é o que eu ganho hoje, então... (Intervenções fora do microfone) Que incluem, isso.

**Sr. João Paulo** – Qualquer forma de assistência farmacêutica, alguma coisa assim. (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Sandra (Departamento de Assistência farmacêutica Ministério da Saúde)** – Boa tarde. Bom, meu nome é Sandra, sou do Departamento de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, infelizmente a gente não pode participar das duas primeiras reuniões, estou vindo agora, é até bom que eu estou aqui no cantinho, dá que ouvir todo mundo para pode acompanhar melhor. Estava conversando aqui com o Manuel que foi o nosso companheiro, o nosso amigo de trabalho lá no Ministério da Saúde, foi diretor também já lá do Departamento, e para a gente a nível de Ministério da Saúde e SUS, Conselho de Assistência farmacêutica é muito mais amplo, envolve muito mais, acredito que vocês tenham feito um recorte desse conceito mais amplo para poder adequar as definições da RN para aquilo que vocês desejam, porque no Conselho de Assistência Farmacêutica várias da seleção do medicamento, a compra, a armazenagem, a distribuição, a programação em si e por aí vai, só essa observação que eu gostaria de colocar, estou querendo entender um pouco mais todo o trabalho que foi feito e no decorrer da reunião conforme puder eu vou colaborando com alguma coisa.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Vai mesmo, é um artigo que é seu. Alguém? Quando eu falei que está gordinho é por causa dessa última frase. Do que a gente está desenhando aqui o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente não é uma coisa que faço de hoje para amanhã, a gente aqui na outra reunião que se isso, sem informação, sem a gente acompanhar a gente não deveria fazer, então a gente colocou nesse sentido, mas não é uma coisa de você mandou o medicamento e acabou, então só para a gente saber. (Intervenções fora do microfone) No microfone, porque senão você não vai aparecer na ata. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Só lembrando que essa definição que você acabou de falar, ela se adéqua mais ao plano ambulatorial, se você permitir isso ao plano exclusivamente hospitalar você perde, você não consegue...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Eu concordo com você, eu só acho o seguinte, isso daqui eu não estou obrigando a operadora a fazer, se ela fizer um hospitalar ela vai criar uma estrutura para isso.

**Interlocutor não identificado** – E tem que deixar claro isso, porque todo mundo já tirou, nessa altura do campeonato já...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É isso, é só operadora decidir fazer isso para o plano que tenha ambulatorial, ela pode escolher o produto.

**Interlocutor não identificado** – Mas é isso que eu estou falando, de qualquer forma tem que deixar claro que ela vai ter que criar essa estrutura, o custo disso é muito maior.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Ok, é a gente explicar isso aqui, concordo, eu só queria para vocês que estão aqui participando do GT falar, é isso mesmo. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Não, é uma estrutura realmente para fazer direito que foi a discussão que a gente teve no último encontro, fazer acompanhamento farmacêutico do paciente adequadamente, verificar junto com o médico assistente que necessariamente vai querer ou não, até também pelo número de farmacêuticos que a gente tem no país para poder fazer isso, a gente sabe que tem aí uma série de questões que estão acopladas a isso, eu acho que realmente acho que essa é difícil.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É para a gente pensar. Eu coloquei o que saiu da outra reunião. Aí a gente explica o que é contrato acessório: “*É um instrumento contratual voltado para a cobertura de serviços adicionais de assistência saúde, não previstos na lei ou pertencentes ao rol.*” Essa definição já existe, é IN 23? Não lembro mais. Aí tem dois itens que a gente vai ter que detalhar muito mais que é o programa especial



que é isso que o João falou, deixar claro que não é o programa de assistência farmacêutica e sim o programa de promoção e prevenção e aí vem as situações excepcionais. Fala Poliana.

**Sra. Poliana (PROTESTE)** – Poliana da PROTESTE. Eu fiquei com uma dúvida desse acompanhamento porque o seguinte, um beneficiário, um consumidor que participa de um programa de promoção, a gente sabe que existe um controle da participação dele, tudo bem, ele aceitou a participar desse programa, então se ele deixa de comparecer as consultas, se ele tem qualquer tipo de atitude que vá contrária ao programa ele pode ser excluído desse programa de promoção, quando eu compro eu tenho uma assistência farmacêutica através de um contrato acessório, eu estou pagando e aí eu sou diabética estou recebendo o meu medicamento, mas deixei de ir na consulta pela operadora ou eu não quero ir, eu fiquei dois anos sem ir e aí a operadora está fazendo esse acompanhamento.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, não é isso, eu entendi a sua dúvida, ele não pode excluir o cara porque ele está comprando isso, não é a ideia do acompanhamento farmacoterapêutico, a ideia é seguinte ele vai ter, uma coisa é você dispensar por receita, então o cara vai lá todo mês e pega aquele remedinho, outra coisa é saber se aquilo dali está sendo de verdade acompanhado por um médico, se de verdade ele está tomando, se de verdade aquilo tem a ver com a patologia dele, então é diferente de você ser um repassador de medicamento, é isso que a frase quer dizer.

**Sra. Poliana (PROTESTE)** – Exclusivamente para isso. E aí não é para controle de...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, não é para controle de exclusão, é diferente, é para ela ser uma gestora daquele uso de medicamento, e não ela simplesmente comprar mais barato e repassar, é essa a ideia, é ela ter a alguma...

**Sra. Poliana (PROTESTE)** – Mas, você acha que isso não pode vir a constar em um contrato acessório, por exemplo.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, não, ele não poderia uma vez que aquilo dali, você parou de tomar no mês seguinte você não recebe, não é isso. (Intervenções fora do microfone) Gente, olha que coisa velha. Valeu João. Situações

excepcionais, já falei, quando a gente pensou nisso, a gente pensou a possibilidade em manter o que tem hoje, tenho muita dificuldade de escrever isso, de verdade, então assim, como é que a gente retrata que o que tem hoje que já é oferecido por algumas operadoras, seja na integralidade ou parcialmente quando eu falo isso, é assim, ele não precisa necessariamente estar comprando a CRN toda, ele pode estar dando hipertensão, diabetes e sei lá, asma, ou ele está dando só hipertensão ele está dando só diabetes, não necessariamente lá ligado a uma programa isso pode estar ligado só ao acompanhamento da patologia na operadora, só que hoje ele já recebe esse medicamento, e ele não precisa se adequar a essa norma para receber tudo ou perder tudo que seria o pior, então a ideia da excepcionalidade é essa. E aí? (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Martha, nessa questão não seria uma liberalidade da operadora? (Intervenções fora do microfone) Então porque tem que estar no normativo? Essa que é a (ininteligível) que eu não entendi. (Intervenções fora do microfone) Não é uma assistência.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Porque se a gente não coloca isso, em algum momento você pode estar dando lá por boa vontade, aquilo tem um efeito comprovado e algum vai falar assim, opa, você não está cumprindo a Resolução, porque você não está dando A, B, C, D, você só está dando A, então aqui cria a possibilidade de você só dar o A, não cobrar pelo A, entendeu? (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Se colocar um parágrafo lá e dizer, parágrafo único, não será considerado isso, fornecimento... Não precisamos dessa definição. Não será considerada assistência farmacêutica os programas... Por liberalidade.

**Interlocutor não identificado** – Porque a questão é a situação de excepcionalidade não remete ao A, quer dizer, se eu faço de uma forma diferente, ou... Isso, aqui eu vejo uma certa dicotomia entre o A e C. (Intervenções fora do microfone) Não, o A...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Até eu, ele está falando que o A ele perpassa tudo, inclusive o C, então em vez de o C estar em uma outra definição ele poderia estar em um outro artigo igual o Erminio falou.

**Sra. Neuza (Grupo Abril)** – Deixa eu colocar um coisa. Sou Neuza do grupo Abril, vou falar enquanto empresa. Tem uma modalidade muito comum para as empresas é a questão do benefício farmácia totalmente independente algumas empresas subsidiam mais ou menos, depende do poder que a empresa investe no benefício e como é que se vê isso dentro da normativa? Quer dizer, por exemplo, tradicional, a maioria das empresas, as grandes empresas oferecer, tem o seu plano de saúde, as pessoas mediante alguns critérios com receituário médico, não estou nem falando daqueles programas específicos, acesso a todos os medicamentos, umas dão até o reembolso também, como é que a vocês vêem dentro disso?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – De várias maneiras e aí acho que vai ser importante quando a gente mexer lá com incentivo, então assim, hoje você faz isso por fora ou por dentro do plano de saúde, então você contrata diretamente uma PBM, ou você faz por dentro, tem algumas, poucas empresas que fazer por dentro, aqui a ideia é você ter alguma coisa organizada que por ser organizada fique mais acessível e você tenha algum incentivo também, para a operadora tenha algum incentivo para que isso seja facilitado então na hora que a gente fala que a gente está pensando em incentivo, a ideia que a gente pense um incentivo que atinja todo mundo, então que atinja a operado, que atinja as empresas e que na medida do possível atinja o beneficiário para que isso seja em cadeia, quando a gente permite algum incentivo financeiro aqui é obvio que isso pode afetar só a operadora, mas pode afetar a cadeia como um todo, tem uma discussão grande que eu deixei lá para o final que é a coisa do imposto de renda, então assim, se a gente conseguir construir alguma coisa nesse sentido, então em, mas futuro muito próximo seja muito melhor para você fazer isso dentro dessa maneira organizada, ou não, então a ideia de vocês estarem aqui é exatamente isso, está pensando qual é o tipo de incentivo e qual é o tipo de organização que você empresa precisa para contratar esse tipo de coisa, ou se vai continuar sendo melhor para você contratar por fora, entendeu? Então a gente precisa do olhar de vocês para a construção disso, hoje é isso que você dá? Você precisa de mais? Você precisa de menos? E como que será o ideal para uma empresa que contrata um plano coletivo esse tipo de organização, se a gente chegar nesse modelo depois a gente tem que pensar as formas de incentivar... (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Neuza (Grupo Abril)** – Porque uma das coisas para você administrar, às vezes é a sensação, por mais que você esteja fazendo um programa, eu vou colocar que você já tenha coisas encadeadas a sensação de perda daqueles que tinham a liberdade de fazer e isso para uma organização às vezes é um ruído enorme, ninguém percebe o benefício de imediato, porque o que as pessoas prezam é a sua liberdade, de escolher de comprar, o seu médico e tal, então quando você hoje introduz um programa você tem todo um conceito onde você vai apresentar isso para o usuário de uma forma bacana no sentido que você está fazendo algo para ele, mas ele entende mais, então o ruído que existe às vezes dentro da organização porque a sensação que vai tirar vai se limitar a determinadas coisas é muito ruim para as empresas também, fica a sensação que estão tirando de mim.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente tem essa preocupação e assim, a gente tentou escrever essa Resolução, João, depois... Assim, a gente tentou fazer essa Resolução de uma forma que caiba hoje exatamente o que você faz, mas que a gente também crie alguma proteção também maior, porque na medida, como esse é um contrato acessório também vai ter mais uma pessoa para te ajudar a regular talvez isso, então é esse sentido de a gente tentar primeiro englobar tudo que vocês precisam, eu acho que esse é o papel de vocês estarem aqui, tem mais gente aqui.

**Sr. João Paulo** – Praticamente eu não sei se tu respondeste praticamente a questão, eu acho que também seja a dúvida que ela tem, qualquer outra pessoa vá ter, é o seguinte, o que eu tenho hoje, eu preciso deixar de fazer e me adequar a norma? Essa que é a pergunta clássica, então assim, mas se você se quiser se beneficiar de alguns pontos da norma, você vai ter que adaptar os eu programa existente, ou programa ou qualquer benefício aquilo para você se beneficiar, eu acho que é diferente, por exemplo, da internação domiciliar que existe uma regra o seguinte, você quer cobrir, vai incluir no seu contrato? Então para você incluir você tem que cumprir algumas coisinhas básicas, que são aqui, aqui não, eu acho que como o mecanismo é indutor e não...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É de expansão, é diferente, eu acho que é isso.

**Sr. João Paulo** – É isso? É isso que você pensa, que todo mundo pensa?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É isso mesmo, a gente criar regras protetoras e de expansão para que isso aconteça, mas consiga ser flexível o suficiente para englobar as experiências.

**Interlocutora não identificada** – Não, eu só queria esclarecer uma coisa que eu estou entendendo e acho que está surgindo essa dúvida é que assim, são agentes de mercado diferentes, as operadoras e as empresas que são algum benefício para os seus funcionários, então do ponto de vista das empresas, elas não estão proibidas e enquadradas de forma nenhuma em oferecer o benefício que elas quiserem para os seus funcionários, então quem tem um programa que acha que é bom, que é adequado, basta que continue com o mesmo programa, a ideia é que as operadoras criem uma oferta extra que hoje não é regulamentada e que isso seja útil as empresas e não obrigatório, a empresa que quiser manter o seu próprio programa ela tem plena liberdade disso, até porque ela não é regulada nada para fazer isso.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Erminio.

**Sr. Erminio** – Só lembrei uma coisa. Eu posso terceirizar isso? Como ela falou, eu posso terceirizar esse serviço, a norma não teria que prever...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Hoje você não terceiriza milhões de coisas?

**Sr. Erminio** – Não, não, estou dizendo que com a norma se eu posso terceirizar esse oferecimento, contratar uma empresa e colocar no termo aditivo.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Da mesma maneira que você terceiriza um monte de coisa do rol, você terceiriza o que você quer.

**Interlocutora não identificada** – Outra coisa, a gente quando falou de assistência, voltando na definição onde ela está completa, se pensou, eu não me lembro de a gente discutiu isso de ter patamares ou níveis de assistência farmacêutica que você até pudesse ir galgando até chegar a um nível completo de atendimento ao usuário, em vez de a gente ser ou sim ou não,

se a gente tivesse, olha, assistência farmacêutica desses itens, dessas patologias, ter um escopo que seria nível um, nível dois e um nível completo.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Só responder ela, a gente discutiu isso sim, a gente achou que a gente já está fechando de mais, o meu nível um tem que ser o nível, agora o meu nível dois pode ser para mim o que o nível dois pode ser outro. Então assim, a gente preferiu deixar o nível um bem organizado com a discussão de todo mundo e o que eu tenho o nível dois, três, quatro, cinco, você faça em contato, por exemplo, com a Neuza, você pode combinar com a Neuza, a Neuza fala assim, hoje eu quero focar em saúde mental, a gente tinha posto saúde mental lá eu vou voltar com essa discussão, então tem o nível dois vai ser saúde mental, então é uma coisa que a gente pode discutir.

**Sr. Otelo (Sindicato dos Médicos de São Paulo)** – Otelo, sou do sindicato dos médicos de São Paulo, representante da CUT, eu tinha visto aqui uma reocupação única e exclusiva na questão do custo, evidente, está certo que essa discussão é uma discussão, não dá para negar que é importante, mas hoje eu não sei, eu não participei da segunda reunião, infelizmente não pude vir, que era se foi feito algum estudo em relação ao custo da doença especificamente, porque quem lida com internação, hospital de grande porte, eu sou de um hospital de grande porte em São Paulo, fica nítido quando você fornece o medicamento o nível de internação cai drasticamente, você chega a internar uma insuficiência cardíaca três, quatro vezes por ano, você dá os medicamentos para ele, porque esse é o medicamento que ele toma, ele toma, então reduz e porque não é feito isso, não sei se foi feito, se foi pensado, eu acho que é por isso que só tem, por enquanto, cinco grupos lá, diabetes, etc., hipertensão, inclusive no sistema público que é oferecido, então é uma pergunta.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente fez essa discussão não só do impacto positivo que isso tem, a gente fez a discussão de quem já oferece, como que é isso, qual o retorno que se tem, a gente fez a discussão com o público, qual é o papel e a interferência da farmácia popular e aí depois a gente pode voltar nisso que foi uma discussão super bacana, a gente discutiu o seguinte, só rapidinho gente, assim, a gente discutiu, o que, o que a gente faz? O que está na farmácia popular a gente não oferece, ou a gente oferece também, os usuários da saúde suplementar eles tem acesso? Eles usam? Ou isso não é representativo, aí o que a gente viu é o seguinte, eles usam, só que eles usam até um

limite, a grande maioria, pelo menos foi isso que os dados mostraram, assim, tem muita, muita, muita prescrição da saúde suplementar que é diferente da prescrição da saúde pública, mesmo que a hipertensão, da diabetes que a farmácia popular não atinge todos esses tipos de princípio ativo e de medicações que são prescritas, então ela seria um pouquinho maior do que a prescrição que está lá possibilidade da farmácia popular, aí a gente combinou assim, ah, então vamos tirar o que está na farmácia popular, alguém falou de jeito nenhum, porque senão a gente vai estimular a prescrição errada, entre aspas, a prescrição mais cara, então a gente fez um pouco dessa discussão aqui, como que seria essa interface com a farmácia popular, e aí a gente discutiu também assim, o custo disso que a gente está propondo, então o que a gente viu, a gente viu que o custo disso para o plano empresarial ele é muito razoável, por quê? Porque você tem o risco não certo, você está entrando com uma massa de pessoas e que risco ali ele não é risco certo que você conseguiria ter um preço acessível para esses medicamentos, o que você não consegue para o individual, porque como isso é pago vai pagar tem o risco certo e aí isso seria intensificado de uma maneira muito mais elevada, então hoje a gente tem a missão de descobrir como é que a gente vai fazer para o plano individual, como é que a gente vai lidar com isso, surgiram algumas propostas que a gente não conseguiu pensar como viabilizar, mas a gente não ainda uma proposta concreta. (Intervenções fora do microfone) Isso é um contrato acessório, o custo de risco é (ininteligível), está lá atrás, está escondidinha. Tem mais alguma? (Intervenções fora do microfone) Podemos? Então a proposta aqui para esse artigo é a gente passar o D para o inciso, para uma alínea, não sei, e aí a gente escreve isso de uma maneira mais global, como parágrafo. Então vamos. (Intervenções fora do microfone) Se adequar, é isso. Não, a cobrar, enfim, é resguardar a possibilidade de manter do jeito que está. (Intervenções fora do microfone) Eu acho que a gente podia ir para a minha fala que está igual um degelo polar. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Só uma coisa que me deixou em dúvida, quando vocês falaram que estavam discutindo a relação de medicamentos a serem ofertados através do plano de saúde, poderiam ser os mesmos que o SUS já contempla e mais alguma coisa que não está no RENAME, a relação nacional de medicamentos, então no caso vocês vão fazer uma prévia seleção dos produtos que vocês vão ofertar.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Isso está lá no último parágrafo, a gente discutiu isso também, a ideia é que a gente não tenha uma lista dos

medicamentos, que isso possa ser modulado de acordo com a sua formação de preço, então senão você baixaria um preço que pode não ser o adequado, e aí vai ao encontro do que a Neuza falou, agora o que a gente não quer é retornar naquele pensamento que a gente tinha tido antes de que, ah, então vamos excluir o que está na farmácia popular, então pelo menos a esse acordo a gente chegou.

**Interlocutora não identificada** – A preocupação é o seguinte, vai deixar por conta dos médicos para descreverem o que querem? Ou vai poder fazer a cobertura...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, não, não e mais ou menos.

**Interlocutora não identificada** – Porque senão fere um pouco o conceito que vocês deram da assistência farmacêutica, que vocês ali estão colocando desde a dispensação em diante, então se vocês forem fazer uma prévia de uma lista de uma relação de medicamentos, vocês vão selecionar, vão fazer uma seleção.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A ideia é a seguinte, o contrato ele prevê o seu limite de lista, então você pode ter um contrato nível A em que seja qualquer prescrição, isso é possível, mas você pode ter um contrato em um outro nível que você pode ter uma lista, igual você tem, por exemplo, a farmácia popular que você tem a RENAME, enfim, do que é oferecido, o que a gente queria combinar aqui é que contemplasse ao menos o da farmácia popular e mais alguma coisa porque senão não faria muito sentido.

**Interlocutora não identificada** – Então não vai ter uma relação limitada, é um relação aberta.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Aberta, mas a gente tem que dizer qual é o mínimo. (Intervenções fora do microfone) Conceito a gente queria, então a gente vai ter que chegar lá.



**Interlocutor não identificado** – São linhas de tratamento, então você pode ter inclusive primeira linha de tratamentos, de anti-hipertensivos aí vai ter três grupos, segunda linha tantos grupos, então vai ter que definir isso claramente, é o que diz ali, na tua regra, do teu custeio.

**Interlocutora não identificada** – Vai ter protocolo?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Tem um itenzinho lá no último que está protocolos e diretrizes, a gente queria que tivesse, mas aí a gente vai ter que ver, não...

**Interlocutora não identificada** – Tratamento por linha e por doença, não é?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Vamos ver como é que a gente evolui na discussão. (Intervenções fora do microfone) Ah, deixa eu voltar naquilo que você me perguntou de PROMOPREV. Depois eu falo do ressarcimento ao SUS. Aqui quando a gente fala que ele vai poder continuar oferecendo o medicamento que ele Justiça Eleitoral oferece no programa, isso já é uma prática, e é uma prática com evidência científica, então para alguns programas hipertensão e diabetes é provado na literatura que o programa tem muito mais efetividade caso você ofereça o medicamento, então hoje alguns programas, muitos já oferecem o medicamento. Hoje o que é ativado lá no plano de contas é a sua organização do programa, então em teria esses medicamentos não são da organização, são do programa, o que a gente está fazendo daqui para frente, deve sair ainda esse ano, a gente vai fazer uma lista, mas é uma proposta do que pode ser ativado ou não, então a gente vai deixar claro o que pode ser ativado, o que não pode ser ativado. Hoje isso está mais aberto, mais frouxo, então assim, se alguém coloca isso dentro de alguma outra caixinha é possível, mas não é o ideal. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Só uma dúvida, quando houve a proposta de colocar aquela alínea, isso, das situações excepcionais já existentes como um artigo a parte para resguardar o que já existe previamente a norma, após a publicação da norma...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Pode existir, não é um já existente, é um modelo que já está existindo, é essa a diferença.

**Interlocutora não identificada** – É essa a minha dúvida, eu posso ter colocado dessa forma, mas na verdade é resguardar situações que não se enquadram aquilo, não necessariamente já existe.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Alguma operadora pode chegar e falar assim, a partir de amanhã eu quero oferecer gratuitamente medicamento para A, B, C, D, E, F ela pode continuar fazendo, eu acho que essa coisa que a Poliana colocou de atrelar isso ao desembolso é importante, porque aí diferencia uma coisa da outra. (Intervenções fora do microfone) Artigo 5º: *“É facultado às operadoras o oferecimento de na forma de contrato acessório.”* Ah, respondendo o ressarcimento (ininteligível), gente, me voltar, porque assim com a memória péssima. Não, na verdade hoje o ressarcimento ao SUS, (ininteligível) está ali, depois se ele quiser falar um pouquinho, o ressarcimento ao SUS ele é voltado para hospitalar e a PAC, então não. *“É facultada às operadoras de planos privados de assistência a saúde o oferecimento de na forma de contrato acessório. Esse contrato poderá apresentar características diferentes para planos individuais, coletivos, desde que observadas as regras.”* A adesão obviamente é facultativa, quem compra tem que estar comprando o plano de saúde e algum falou aí que queria falar sobre prazo de vigência. Quem era?

**Sr. Jobe (Cassi)** – Jobe da Cassi. A dúvida é exatamente a forma de rescisão, como você depois falou que ele agrega ao contrato original, entendo que ele possa ser rescindido apenas quando rescinde o contrato original ou o contratante tem a prerrogativa de rescindir?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Então, igual você rescinde de novo o resgate aéreo, você pode rescindir o resgate aéreo e continuar com o seu contrato, agora você não pode ter só o resgate aéreo uma vez rescindindo o contrato original você rescinde o acessório.

**Interlocutor não identificado** – Mas e a operadora, ela não tem a prerrogativa de encerrar um contrato acessório de assistência farmacêutica ao final de 12 meses?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É igual funciona... Não, ao final de 12 meses tem, igual você tem com qualquer outro contrato. (Intervenções fora do microfone) Não, na verdade como que é o contrato empresaria, ele é renovado a cada ano, no final daquele contrato você pode rescindir.

**Interlocutora não identificada** – O empresarial sim, mas e o individual?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Também, ele é renovado a cada ano, agora você só pode... Você não pode expulsar o cara, só que do contrato acessório eu não sei tem que perguntar para (ininteligível), não tem ninguém aqui, tem que ver se no contrato acessório você pode parar de oferecer, isso é diferente. Vou anotar. Então é parar de oferecer no individual, na verdade. Pode? Eu pensei que ele já ia me dar a resposta. Eu não sei, alguém sabe? Eu não sei a resposta para isso.

**Interlocutora não identificada** – Posso? A adesão (ininteligível) aos contratos (ininteligível) do contrato coletivo o contrato é da empresa, e se eu tenho esse contrato como empresa, ele vai pode optar ou não?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Quem? O beneficiário?

**Interlocutora não identificada** – O beneficiário, o funcionário.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, igual você dá o plano de saúde, você não dá o plano de saúde para ele.

**Interlocutora não identificada** – É optativo, você pergunta se ele quer ou não, não é obrigatório.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas você oferece. É isso. (Intervenções fora do microfone) Porque ele pode não querer pagar co-participação, ele pode não querer, mas na hora que você oferece você está fazendo uma contratação para aquela massa que pode não ter aquela adesão. É igualzinho, a ideia é que seja igual.

**Interlocutora não identificada** – É que você sempre gente que vai querer e que vai usar.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas essa seleção de risco ela é muito menor, muito menor. Você acha que não?

**Interlocutora não identificada** – Você sabe o que é comum? Mas é muito comum dentro da empresa, o funcionário fazer o que ele paga, seja em um plano contributivo ou na co-participação e fala assim, deixa eu ver se é vantagem eu ficar aqui, tipo assim, eu só fico porque eu uso.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mesmo para o plano de saúde?

**Interlocutora não identificada** – Mesmo para o plano de saúde. É impressionante hoje a pessoa fala, não sei se vale a pena eu ficar aqui, estou pagando tanto, quem tem contributivo e na farmácia eu vejo mais isso ainda, na farmácia isso é tão presente, porque como você tem muito mais esquemas hoje de benefício onde você subsidie e tal, para ele entrar em alguma coisa que ele vai contribuir, mesmo que seja na co-participação, porque ele vai usar, ele não tem o sentido de coletividade, eu vou fazer, não, eu vou ver se eu pago 100 de medicação e a co-participação aqui é 10, 10% disso eu só vou fazer se eu for usar, eu acho difícil o convencimento, tem pela doença, (ininteligível) dentro do programa é uma coisa, mas o seu acesso direto, não sei, (ininteligível) em que situações eu teria uma amplitude do que eu tenho hoje, entendeu? Pensando em ampliar a condição. Porque dentro do programa você consegue fazer um conceito de programa.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Na outra reunião que a gente fez não foi isso que a gente discutiu, o que foi discutido é que quando era um plano empresarial era muito mais fácil você diluir na massa, ninguém trouxe essa coisa da contribuição da pessoa mesmo se afastar dentro de um empresaria. (Intervenções fora do microfone) É uma boa coisa para a gente pensar hoje.

**Interlocutor não identificado** – Como fica no plano empresarial no caso de não renovação esse paciente que tem um medicamento de uso contínuo? Para de receber? Ou é a empresa a responsável ou é a operadora?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Na verdade como é um benefício e esse contrato foi rompido ele para de receber.

**Interlocutor não identificado** – Esse paciente vai a justiça e vai ganhar para continuar a recebendo, com certeza.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente sempre corre esse risco, o que a gente tem tentado colocar aqui é o seguinte, a saúde suplementar ela é um contrato e como qualquer contrato, é óbvio que ele tem o projeto saúde então ele causa mais sensibilidade na gente, mas como qualquer contrato ele é um contrato, se eu tenho um contrato com a NET hoje e eu rompo esse contrato com a NET minha televisão vai ser cortada. (Intervenções fora do microfone) Pois é, só que assim, a gente está tentando trabalhar isso com o judiciário, Carlos, assim, não é uma coisa que a gente se omite de discutir, eu tenho recebido mais de 100 processos por semana para discutir isso com o judiciário, então assim em algum momento eu acho que a gente avança nessa discussão. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Eu sou fiscal aqui no núcleo de fiscalização do Rio de Janeiro, e o que a gente tem visto, uma tendência, é que o judiciário ele dá uma liminar para preservar a vida e evitar lesões permanentes, e isso ele vai dar sempre, porque se a pessoa chega lá e fala que existe risco de vida, o judiciário sempre vai conceder a liminar, mas depois no julgamento a gente tem visto que o judiciário tem levado em conta as nossas decisões e quando não há cobertura a gente avisa a operadora, que geralmente a pessoa entra no judiciário e entra na ANS também, e a gente avisa a operadora de que a gente arquivou aqui o processo e ela tira cópia do processo e lá ela vê a nossa justificativa de que realmente não havia cobertura, e o judiciário a gente tem tido notícias que o judiciário tem acatado isso, agora isso não quer dizer que ele vá parar de dar liminar, porque a liminar, justamente o objetivo da liminar é evitar o dano, evitar que morra, que fique paralisado e depois quando ele dá a sentença que a pessoa perde, aí em geral a operadora executa, existe aí uma ação a favor

da operadora e as pessoas tem que pagar por isso tal, e aí vai normalmente como qualquer coisa na justiça.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Pode ir para a nove? A gente não vai prolongar essa discussão, porque senão a gente vai ficar a tarde inteira discutindo isso. “*A formação de preço para esse serviço poderá se dar em regime de pré pagamento, pós pagamento ou misto. Pré pagamento quando o valor da compra de prestação pecuniária é calculado antes da utilização, pós pagamento quando o valor é calculado após a realização das despesas e misto.*” A gente discutiu isso bastante aqui dentro assim, o que significa, a gente discutiu isso na outra reunião, o que saiu da outra reunião é que poderia ser qualquer forma, a gente tem algumas dificuldades de entender, por exemplo, pós pagamento isolado em assistência farmacêutica. Complicado, mas assim, é possível? É possível, não tem nada que restrinja, a gente deixou aqui para a discussão o misto, talvez o misto seja a forma de se viabilizar um individual, por exemplo, então a gente deixou o misto aqui para a discussão, mas eu queria ouvir de vocês, preestabelecido é o que está mais fácil na nossa cabeça, ou pós-sozinho eu tenho muita dificuldade de pensar, e o misto pelo menos para o individual eu acho razoável ou também seja a única solução, mas eu queria ouvir de vocês.

**Sr. João Paulo** – Quanto a isso, Martha, João Paulo, eu entendo que assim, vai ser esse conjunto de coisas, então você pode ter lá um *per capita* fixo, que para ele ter direito ao benefício se vir a ter aquela doença no futuro, espero que as pessoas não entrem só porque vão precisar da patologia, porque aí não faria sentido, qualquer tipo desse raciocínio. Mas o pós estabelecido sozinho ele pode acontecer, talvez em um benefício de empresa, um plano coletivo empresaria que na verdade o que vai se fazer é um financiamento de parte daquele valor, então como está limitado a 50% a empresa vai adiantar o pagamento...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Ela estabelece um teto mínimo do que ela participa, ela participa no pós...

**Sr. João Paulo** – Acho que a maioria opte por ter um fixo e mais uma co-participação sobre o...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente pensou em um misto para o individual como uma forma importante porque você inibe a seleção de risco na forma do pré e você participa na medida do possível do pós, talvez seja com uma facilidade simulando uma coisa de cartão e você consegue entra de alguma maneira nessa população, porque se não for assim no pós você não vai dar conta, então o misto está ali nesse sentido. O pré é óbvio que tem que deixar, o pós talvez nessa situação que o João colocou.

**Sr. João Paulo** – Só voltando um pouquinho naquela outra questão que ele falou da questão de tutela antecipada, liminar, é assim, eu penso que não ter a regra, não ter qualquer norma é muito pior, inibe as empresas de darem qualquer benefício, que aí sim tem medo, como não estar nada escrito, e aí ter vai continuar tendo como vai existir para sempre essa questão judicial, a tendência eu acho que é diminuir com o envolvimento aí do judiciário, mas ter a norma vai ficar melhor, para pelo menos no mérito discutir melhor a questão.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mais alguém?

**Interlocutor não identificado** – Martha, não foi pensado em franquias?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Está no próximo, assim eu sabia que aqui tinha uma palavra franquias e eu apaguei, mas eu acho que a gente pode discutir.

**Interlocutor não identificado** – No empresarial deveria constar que não renovação com outra empresa deveria assegurar ao funcionário um tipo de contrato que incluía também esse tipo de assistência farmacêutica.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não entendi.

**Interlocutor não identificado** – No caso de não renovação com a mesma operadora, uma mesma empresa deveria constar que aquela assistência farmacêutica deveria ser...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas deixa eu te falar, além dos complicadores gerais, eu vou te falar de um complicador jurídico para isso, isso aqui

é um contrato acessório, então na verdade ele não pode existir sozinho, eu só posso, sabe o lanchinho do *Mac Donald's* que você só ganha o brinquedo se comprar o *Mac Lanche Feliz*, então, hoje já não é mais assim, mas se o *Mac Lanche Feliz* morre o bichinho morre, então assim, eu não posso ter só o contrato acessório, eu preciso ter o contrato para ele existir por isso que ele é acessório, então isso juridicamente é inviabilizado. Rosana, pode falar.

**Interlocutora não identificada** – Não, só concordando com João que eu acho importante que a Resolução preveja essas formas de precificação diferentes, preestabelecido ou pós, na forma de rateio e misto para que esse produto se configure da melhor forma, cada empresa faz a sua avaliação e também a agência tome conhecimento, mas eu acho importante não engessar nesse momento, então como a gente não sabe bem o que vai vir na configuração de preço desse produto eu acho importante que a Resolução dê liberdade para que as empresas possam precificar esse produto adequadamente ao modelo que elas obedecerem.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Neuza.

**Sra. Neuza (Grupo Abril)** – Assim, eu vou insistir muito mais no sentido de tentar viabilizar do que não inviabilizar, mas qualquer coisa que a gente faça nesse sentido tem que pensar muito, muito, porque os jovens não vão bancar essa conta, quando você tem dentro de um empresa, eu trabalho em um empresa que nós temos um plano de saúde com 20 mil vidas, o que a gente está percebendo... Não é um salário, se você olhar no mercado é um salário acima da média, porque é uma empresa que trabalhada com uma população já formada, para que você vê? as pessoas indo para os planos gratuitos e diminuindo os planos contributivos, que você vê é isso, aí quando você vê a média de idade do pessoal que está nos planos gratuitos é muita gente jovem, a empresa que está bancando ela subsidia, eu fico pensando a gente tem uma cultura muito assim, ter que trabalhar muito essa preocupação do coletivo, porque em saúde, seja plano farmácia, seja qualquer coisa, não tem, o funcionário, o usuário ele olha e fala assim, eu não tenho que pagar a conta do outro, então a minha preocupação é de isso no final virar o quê? Entendeu? Não sou contra, ao contrário, eu estou tentando viabilizar, porque se hoje eu colocar, eu fiquei aqui pensando, seria bacana a gente ter tal coisa, mas quem vai comprar se o sinal que eu já tenho no plano de saúde, eu vou para o gratuito, e eu só vejo essa coisa funcionando se eu tiver a participação de todo mundo, porque senão ou vai sobrar para a empresa e ela também não... Vai falar, não, eu vou colocar e vou ter o risco de ficar de ficar



depois com um grupo só que usa e voltado para fazer subsídio, entendeu? Então eu fico pensando como é que o jovem poderia participar disso, entendeu? Olha os números, quando você vê lá as doenças, você vê até determinada idade o nível que tem, para mim é cultura, tem que trabalhar muito não só o produto e as pessoas tem aquela informação muito ruim do tipo eu tenho esse benefício eu posso tudo com ele, tem esse outro lado.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Essa preocupação que você tem para como fazer, captar todo mundo da sua massa, a gente tem, por exemplo, para o plano individual, que assim, imagina, como é que essa pessoa vai fazer adesão a isso é uma preocupação que a gente tem importante, por isso que a gente está tentando deixar coisas do tipo, como você minimiza esse risco, você seleciona menos, então tornando o produto mais barato e como é que se torna o produto mais barato? Diminuindo a tua entrada só do risco, então você favoreceria que esse jovem, por exemplo, entrasse, mas você possibilita a entrada do risco e ele contribui um pouco mais já que ele é de risco, então é um tentativa de misturar esse que a gente está chamando de pré e pós pagamento para tentar você modelar isso um pouquinho, então todo mundo entra de uma forma mais barata, você atrai mais esse baixo risco e quem está em baixo risco ele tem um pós pagamento, enfim, para tentar fazer um pouquinho essa dança da cadeira.

**Interlocutor não identificado** – Só tentando ajudar aí essa, até para tranquilizar ela... O nosso plano cobra a 10 anos assistência farmacêutica a 12 anos e assim a gente tem hoje, tem um produto lá nosso ele tem dois produtos que a pessoa pode entrar, o com assistência farmacêutica e o sem, o com assistência farmacêutica tem 125 mil pessoas e tem cinco mil no sem assistência farmacêutica, tudo bem que um é mais jovem, mas assim, eu não consigo enxergar esse tipo de preocupação, é lógico que vai ter a pessoa que vai ter esse raciocínio pequeno e outra coisa, ninguém está pensando em cobrir assistência farmacêutica apenas para ser bonzinho, todo mundo está com expectativa de que isso traga algum retorno do investimento para a operadora, que garanta a qualidade da assistência a saúde, que ela seja ampla, mas que por outro lado, talvez algumas pessoas melhores a sua saúde e usem menos o plano, então esse plano ainda que, vamos supor, só entrasse gente doente que seria impossível, porque nem toda a população é doente, as doenças são limitadas, então ele vai ter um plano um pouquinho mais caro só para ter direito a um medicamento, pode ser que

alguém pense dessa forma, mas talvez ele diminua a utilização e esse plano não seja tão cara quanto o outro e aí fica... (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas assim, a gente tem discutido também como é que eu faço para atrair esse cara, o jovem, por exemplo, aí a gente voltou as doenças agudas, será que atrair esse cara não é interessante, a gente discutiu isso para o individual, será que não é interessante eu ter um modulozinho lá de doença aguda? Doença aguda mesmo, antibiótico, será que isso não é interessante, porque aí você atrai esse cara que usa esporadicamente, mas que vai contribuir para o resto do grupo, a gente discutiu isso um pouco, o problema disso é você ter uma previsão, um controle um pouco maior, mas também seja interessante a gente voltar nessa discussão, porque talvez esse tipo de medicamento atraia um tipo diferenciado, então a gente pode voltar isso lá no final. Bom, vamos lá Erminio, olha a franquia aí. “*É facultada a adoção de mecanismos de...*” Ah, tinha uma pergunta ali.

**Interlocutor não identificado** – Um pergunta rápida, (ininteligível) da PBMA. Sobre a... Não sei se eu entendi certo, mas ninguém vai fazer plano pré-pago se ter a seleção do risco, então para promover produtos com pré-pagamento no mercado teria que autorizar o plano a oferecer planos de assistência farmacêutica corporativos onde não tenham outras seleções, isso seria permitido fazer um plano corporativo de assistência farmacêutica compulsório para o cliente pessoa jurídica?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, vamos lá, você pode ter planos de contrato acessório diferentes, então você pode registrar aqui na agência quatro, cinco, 10, quantos vocês quiserem, e você oferecer esses planos de forma diferente, então para o plano empresarial da Neuza você vai oferecer um tipo, você vai oferecer um tipo, vai oferecer outro tipo para outro, enfim, isso vai poder escolher como vai ser a sua carta de oferecimento desse tipo de plano, você não pode atrelar obrigatoriamente a venda de um para o outro, por isso que o *Mac Donald's* se deu mal, então o *Mac Donald's* falou só pode o brinquedinho com o *Mac Lanche Feliz*, aí foi lá e falou, não e agora o brinquedinho custa a mesma coisa que o *Mac Lanche Feliz*, mas eles são vendidos a parte, então, não pode obrigar a estar colado, mas você pode fazer isso de... É essa a sua pergunta?

**Interlocutor não identificado** – Não, só queria se a gente quer incentiva a oferta de planos pré-pagos de assistência farmacêutica, o plano deveria ser formatado para que todo mundo na população da pessoa jurídica entrasse, porque senão...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Para o cálculo.

**Interlocutor não identificado** – Para o cálculo, porque senão ninguém vai fazer o pré-pagamento.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É, a Rosana quer explicar para você quando é que forma o produto, você não pode obrigar, mas você pode levar isso em consideração sim e mostrar para ele a diferença, por exemplo.

**Sra. Rosana** – É, exatamente, eu acho o que ele quer dizer é o seguinte, ele vai oferecer um plano para uma empresa de assistência farmacêutica, a ideia é evitar anti-seleção, ou seja, a operadora não quer que somente pessoas que precisam da utilização do remédio façam adesão ao plano, então ele está propondo que esse plano possa ser oferecido em uma pessoa jurídica para toda a massa de empregados ali de uma forma compulsória, eu não sei se tem uma vedação legal para isso, assim como hoje as empresas já oferecem planos coletivos onde todos os funcionários fazem adesão a esse produto toda aquela massa tem que aderir ao plano coletivo porque que ele exista, eu imagino que o plano seja...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Na verdade não é a massa, o que eu acho que ele pode fazer é o seguinte, ele mostra a diferença do cálculo porque você vai ter um impacto no cálculo do plano hospitalar e ambulatorial, por exemplo, é isso que ele está falando, uma coisa vai interferir no cálculo do outro, e você pode mostrar o impacto que isso vai causar, por exemplo, na mensalidade que foi o que o João calculou, então ele sabe que se a massa inteira aderir ele vai ter uma redução de custo de X por cento e ele atribui esse desconto ao plano, entendeu? Então esse tipo de coisa ele pode fazer, mas atrelar uma coisa com... (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Jurídica é que ele faça a opção, mesmo o plano gratuito onde ele tem uma co-participação, que o risco e no nosso caso é co-participação limitada, chegar a um valor ele não pode, tem que ter a opção dele.

**Sra. Rosana** – É, o que Martha disse é o seguinte, ele oferece o plano em pré-pagamento por R\$ 5,00 por pessoa, por exemplo, se toda a massa aderir, se for opcional esse plano provavelmente custaria 25.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Isso, isso pode, fazer esse tipo de simulação.

**Interlocutor não identificado** – Martha deixa eu ver se eu entendi, que agora me deixou um pouco confuso, lá no nosso caso a gente tem dois produtos assistenciais, um que inclui a assistência farmacêutica e outro que não inclui, seria o equivalente depois da regra, da norma, ficaria o seguinte, o produto X ele pode ser completando por um acessório, o outro eu não deixo ele entrar se não for...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Por acessório.

**Interlocutor não identificado** – O acessório já poderia estar incluído, ou não?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas aí você tem dois para oferecer.

**Interlocutor não identificado** – Não, tenho, (Intervenções fora do microfone) Está no principal.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Na verdade o seu contrato acessório ele só existe para um produto e ele não existe para outro, isso é possível.

**Interlocutor não identificado** – Então, por exemplo, eu continuaria com o meu lá...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas você oferece os dois, você não obriga a pessoa a fazer a adesão só no que tem, é essa a diferença, entendeu?

**Interlocutor não identificado** – É, seria tipo assim, hoje a minha realidade eu manteria o meu produto que inclui assistência farmacêutica e para aquele que não incluiu eu até ofereceria por adesão, como contrato acessório, só que o advogado ia lá e praticamente o preço de um tratamento mensal, per capita, entendeu? Eu não vou fazer isso.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Você não precisa oferecer para esse.

**Interlocutor não identificado** – É exatamente.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não precisa.

**Sra. Rosana** – Uma questão, Rosana, em relação a composição final do custo do produto, eu só tenho um preço baixo se eu tiver a maioria ou uma grande massa aderindo, então confortável para mim enquanto operadora é oferecer um produto que contenha o benefício farmacêutico, é isso? É isso que vai fazer o produto ser atraente porque uma coisa não funciona sem a outra, porque a adesão, eu só faço a adesão se o preço for interessante para mim, quando eu dou a opção de aderir só vai aderir quem precisa dele, então tem uma questão de lógica aí que não fecha, só fecha se o produto, o acessório obrigatoriamente estiver somando ao principal.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Mas então, foi isso a gente falou isso, vou dar o exemplo do João, o João já faz isso hoje, vamos pensar que o produto do João ele se chame, ele dois produtos um que tem o contrato acessório e um que não tem, então ele registrou um aqui atrelado a um contrato acessório e o outro não tem, ele poderia oferecer para os dois, ele só oferece para um, beleza, então o dele ele já faz isso, ele já tem um preço um pouquinho mais para o outro, mas ele já descontou do preço do produto o que ele está em teoria recebendo de retorno desse programa de assistência farmacêutica, então provavelmente o preço de um é muito pouquinho maior que o preço de outro, estou chutando, então isso é atrativo para que essa massa grande entre, é isso. Viu? O caso é um (ininteligível)

em loco. Vamos? “É facultada a adoção de mecanismo de regulação ou outro...” Olha, depois vai querer falar da franquia. “É facultada a adoção de mecanismo de regulação como: co-participação, que é participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente a operadora após a realização do procedimento.” A gente discutiu co-participação aqui, na última reunião o que ficou de co-participação é o seguinte, que a co-participação seria essencial para um produto de assistência farmacêutica, porque ele inibe até o uso exagerado e uso não real daquele medicamento, mas que obviamente você tem que ter um teto, não pode ser uma co-participação de 80% e que segundo a discussão que você teve aqui você deveria ter um mínimo de 20% que segundo estudos seria o mínimo para você diminuir o risco, foi isso que a gente discutiu, a gente tirou mínimo, por quê? O máximo a gente até acha que tem que regular sim, porque é o máximo, agora o mínimo, cada um coloca o que quiser, se já tem estudo dizendo que o mínimo é 20% usa 20%, mas se quiser dar 5%, quatro enfim. (Intervenções fora do microfone)

**Sr. João Paulo** – No meu caso é um pouquinho diferente, no meu tem uma franquia, ou seja, um teto financeiro, até R\$ 730,00 por semestre que dá 117 senão me engano por mês, até 117 por mês 100% de cobertura, ultrapassou esse valor, o que ultrapassar essa franquia aí é financiado para a pessoa, ou cinco, ou 10%, ele paga 5% sobre o que exceder a franquia, é uma forma mista, teria que ter o terceiro ali para atender a mista.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Tem um pontinho.

**Sr. João Paulo** – Tem essas doenças crônicas, tem mais do que essa daí. (ininteligível).

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente vai votar nisso, a gente vai tentar... Porque eu tirei os dois, franquia, que porque o João usou a palavra franquia e porque eu acho que a gente tem que rever a palavra franquia, então vamos lá. franquia hoje na Resolução, João, está assim, fala outra coisa, senão a gente vai apanhar aqui, olha, franquia na Resolução quer dizer, a franquia serve para internação, e é um valor em reais, não é um valor em percentual, e aí toda, por isso que eu peguei a palavra franquia, toda vez que a gente coloca a palavra franquia ela deveria ter esse uso, correto? Então todo o resto que a gente faz deveria se chamar co-participação, só que, por exemplo, que nome que a gente dá para isso que o João faz? (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Rosana** – Na definição de seguros isso é uma franquia.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Ok. Que nome que eu coloco ali gente? Por isso que é em branco, não é a toa não. João, o modelo João. (Intervenções fora do microfone) Pode falar.

**Sr. Alam (PBMA)** – Na verdade aí o termo franquia no fim da história acaba que em alguns casos a gente... Alam, PBMA, desculpe. Alguns casos a gente acaba usando também o termo subsídio. (Intervenções fora do microfone) Então talvez pode ser uma alternativa de limite ou teto.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Aí Rosana de novo, subsídio é o termo certo de subsídio é uma forma de financiamento e não uma forma de mecanismo de regulação, as minhas regras não me permitem fazer nada, entendeu? E já pensei em usar um outro nome assim, lindo, para a gente definir isso que a gente quer. (Intervenções fora do microfone) A definição? Porque na verdade se for ler, hoje, isso que o João faz, isso é uma franquia. É uma franquia o termo, mas dentro da nossa regulamentação isso é uma co-participação. (Intervenções fora do microfone)

**Sr. João Paulo** – Teto financeiro, subsídio.

**Interlocutor não identificado** – Isso seria o limite financeiro. (Intervenções fora do microfone) Isso não é uma co-participação que ele devolve um percentual? (Intervenções fora do microfone) É uma co-participação onde ele devolve um determinado valor, se aquilo custa 300 ele devolve 117.

**Sr. João Paulo** – Deixa eu só explicar como surgiu isso. Assim, esse valor não foi um mero chute, então o que a gente pegou foi através de uma pesquisa que foi feita com os portadores de doenças crônicas, quanto cada doença crônica dessa consumia por mês, mais ou menos, na média, então esse teto financeiro é estipulado baseado de que eu vou cobrir, subsidiar 100% de todas as pessoas que tem esse valor, então com esse valor que é a nossa franquia, seja qual for o nome, 80% das pessoas que estão no benefício tem a cobertura integral sem a ver com a

participação, então isso é revisado a cada período de tempo e então eu não sei qual é o nome melhor, mas talvez seja uma co-participação sem vínculo percentual e sim ao teto financeiro.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Então vamos lá, a gente... (Intervenções fora do microfone) Não, tira uma média, dá para tirar uma média. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Porque você vai colocar pelo menos um mínimo, pelo menos um plano mínimo de patologias ou de substâncias, quando eu tiver um número maior de patologias eu vou conseguir ter essa média?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – O que ele fez foi pela média de gastos, então assim, ali já está pessoa. Não, não, de tudo. Então, entendeu? Ali tem gente que tem uma só, mas tem gente que tem quatro, cinco, ele tirou uma média que com isso ele engloba 80% do uso de medicamento, é isso? Então ele pega gente que tem mais do que uma. (Intervenções fora do microfone) Então está bom, eu vou pensar um nome, limite financeiro seria o item dois, teto financeiro, sei lá. (Intervenções fora do microfone) Anota todos, e um terceiro que seria misto, ele usa os dois? Porque depois que ultrapassa esse teto ele permite a co-participação. (Intervenções fora do microfone) Sim. Alguém pensou em outra?

**Interlocutor não identificado** – Só lembrando que na franquia você paga a operadora, no outro você paga ao prestador, a gente tem que especificar aí como é feito isso.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Então olha só, por isso que eu estou fugindo desses nomes porque eu usei a definição de co-participação que é aquela que você paga à operadora, a franquia, pode definição você pagaria direto ao prestador, o que nesse caso é esquizofrênico, então por isso que usar limite financeiro talvez seja melhor do que usar a palavra franquia e aí a gente deixa a coisa acontecer da maneira correta. Ok? (Intervenções fora do microfone) O problema é que assim, a franquia, o que está na regra, a ideia é pagar direto ao hospital, só que a gente imagina a pessoa que tem quatro patologias e você tem quatro distribuidores diferentes de medicamentos ou você tem uma empresa que você terceiriza ou você tem, a pessoa fica doida para pagar isso, então assim, não é essa a



ideia, não é atrelar a quem você vai pagar, é atrelar o teto que você está utilizando, eu acho. Ok?

**Sr. Roberto (Telefônica Vivo)** – Martha, é Roberto da Telefônica Vivo. Acho que talvez pudesse ser reescrita essa única frase, esse item, que colocasse o limite financeiro até um valor específico a ser definido e a partir daí uma co-participação nos valores.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Para o modelo dele sim, o problema é que você pode ter uma operadora que só utiliza o limite financeiro e você poder ter uma outra que só utilize co-participação, você pode ter... (Intervenções fora do microfone) Que horas são? Eu nem sei. (Intervenções fora do microfone) Vamos dar uma paradinha, 10 minutos, no máximo que ainda tem coisa para caramba. É aqui no final desse corredor na salinha lá da frente, vai ficar um pouquinho emboladinho, porque é meio pequeno, mas a gente vai dando um jeito. (Intervenções fora do microfone)

(Intervalo)

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Vamos lá? Vamos gente? Então vamos lá, o artigo 10, ele, então, fica acrescido do limite financeiro que a gente vai pensar aqui a melhor palavra e do modelo misto, tudo isso que a gente está discutindo aqui a gente vai colocar no papel, escrever direitinho e encaminhar para vocês semana que vem, vai ter um tempo que vocês olharem para ver se é isso mesmo, o que a gente precisa fazer mais, porque a gente precisa que vocês mandem, mandem contribuição dessa vez, de verdade. Vamos lá, a gente está no 11: “*As operadoras poderão estabelecer períodos de carência para os programas. Parágrafo único: Período máximo a ser estabelecido não poderá ultrapassar 90 dias.*” Do resumo que a gente tinha alguém tinha falado 180, outros tinham falado 90 e tinha uma discussão se era ou não igual para individual e coletivo. Como é um período máximo a gente achou que não teria muito problema a gente não dizer para quem tem ou não, porque se você quiser colocar você não coloca. Para o individual a gente tem certeza que vai ter, para o coletivo não sei. E a discussão de 90, 180 é uma discussão que a gente pode ter, e aí?

**Interlocutor não identificado** – A sugestão, Martha, é até no grupo que eu participei lá que eu participei a gente aumentou isso que eu acho assim, 90 deveria ser tipo assim, a co-participação é até tanto, talvez um pouco mais, o que a gente fez lá foi o seguinte, não é uma carência, mas é o tempo de permanência que você tem naquele produto, entendeu? A gente colocou o seguinte, para você ter direito ao benefício farmácia você tem que estar no produto vinculado a pelo menos seis meses, mas a partir dos seis meses você pode entrar a qualquer tempo de permanência, para evitar os aventureiros, eu vou para lá me benefício do tratamento e aí depois eu saí, volto para o produto que é mais barato e fica esse vai e volta.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Entendi a diferença disso, a minha dúvida é, acho que cabe isso para o coletivo, por exemplo, mas para o individual eu fico na dúvida porque assim, na verdade, a pessoa poderia, vamos pensar em uma massa, em um plano individual de, sei lá, 60 pessoas, eu poderia ter todos os seis meses de plano, mas não necessariamente todos tenham a intenção de migrar para um plano de assistência farmacêutica, e aí tenderia a ter entrada nesse programa só o de maior risco, não sei, tenho dúvida. (Intervenções fora do microfone) Ah, é, deixa eu só falar isso. (Intervenções fora do microfone)

**Sr. Erimar (CMB)** – Só uma coisinha, Erimar CMB. Eu tenho (ininteligível) quando nos procuram até assistência médica, pelo menos no período de experiência os caras não querem cobrir, preferem cobrir assistência médica depois dos 90 dias, principalmente empreiteiras, quando ela quer uma empresa a outra atividade muito grande, então se você limitar a 90 dias vai ficar meio complicado como é que eu vou, ele vai estar iniciando o plano de assistência médica, precisa ver como é que fica essa condição dentro da empresa, a inclusão dele. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Posso fazer uma pergunta Martha? Eu queria entender essa questão um pouco melhor, porque como se trata de um contrato acessório e que é uma faculdade da operadora oferecer ou não e o período, na verdade isso vai ter um custo e tudo isso acaba sendo uma base de um cálculo atuarial, haveria condições de haver uma espécie de agravo como existe nos planos e aí de repente poderia ser 180, mas com um agravo, enfim, alguma alternativa?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Um agravo que ele diz eu acho que é igual aquele de CPT que você tem cobertura parcial temporária para DLT e aí você compra assim. Vou te dar um pouquinho da minha experiência com agravo, a DLT não está mais na minha Gerência, mas há muito tempo e o que a gente vê é o seguinte, sei lá, 0,001 dos planos oferecem agravo, é muito raro tanto o oferecimento quanto a utilização do agravo, nada impede que tenha, da mesma forma que você pode ter o mercado chama de compra de carência, você compra a carência, um período inteiro ou um período curto e não tem carência para você, porque você é um risco menor ou porque tem interesse que você entre na minha carteira, tudo isso é possível assim não tem nada que impeça isso não, tanto que é um período máximo que ele pode utilizar de carência. E aí?

**Interlocutor não identificado** – Eu acho que só para ter questão de lógica no produto, deveria ser o mesmo molde de que hoje é permitido você colocar carência.

**Interlocutor não identificado** – Na carência do produto contratado que for menor, se eu contratei um plano ambulatorial é 90, se eu contratei um plano só hospitalar é só 180.

**Interlocutor não identificado** – Poderia. (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Você cumpre a carência, a preocupação deles não é se você contrata depois, porque aí eu acho que vai muito no que o João falou, você conhece aquele risco, você já tem um tempo de adaptação do risco, o problema é quando compra junto que você vai ter um risco não conhecido, possível, vamos colocar como uma outra possibilidade. Na verdade são três possibilidades, você pode seguir a carência se ela for inicial, você pode ter seis meses de utilização e não ter mais, enfim, são pelo menos quatro possibilidades que a gente descreveu aqui. Ok? Vamos. *“Os programas deverão ser estruturados de acordo com as suas características sócias demográficas e epidemiológicas daquele beneficiário; os programas deverão cobrir pelo menos cinco grupos.”* Aí eu acho que a gente vai gastar um tempinho discutindo isso. A gente colocou na verdade não tem cinco, tem cinco, seis, sete aí, porque os cinco têm três grupos diferentes. Na última reunião a gente viu que a gente precisava ter um mínimo que esse deveria vir de um estudo de prevalência, que esse mínimo deveria contemplar pelo menos as doenças que já são contempladas, eu estou falando do que já veio de regra de a gente fazer isso. Deveria

contemplar pelo menos as doenças que já estão contempladas no programa de farmácia popular, que a gente deveria ter alguma coisa a mais do que está na farmácia popular, tem uma coisa que apareceu hoje, que eu escrevi aqui, que não está escrito na Resolução que é você oferecer pelo menos o que está na farmácia popular, então isso também perpassou a discussão, e a gente chegou a um consenso de eu acho que três, naquela reunião, que era diabetes, (ininteligível) e hipertensão, o resto a gente ficou pensando no a mais, tem uma discussão do Ministério em cima das lipidemias, depois se a (ininteligível) quiser falar um pouquinho quais são as perspectivas do Ministério, e a gente ficou aqui pensando em cima de prevalência lá naquele gráfico que a gente mostrou para vocês que eu acho que é o próximo *slide*. Então a gente pegou aqui a prevalência e a diferença um pouquinho que tem na saúde suplementar e na saúde pública e aí vieram as proporções de propostas de DORT, saúde mental e osteoporose. A gente tem uma dúvida, por exemplo, se a gente for colocar saúde ocupacional, a gente vai ter que dizer o que, porque do jeito que está, está muito confuso, em teoria, agora essa coisa do estabelecimento do nexo ela é muito mais ampla, aprendi isso em um evento que eu fui semana passada, então a gente vai ter que pensar um pouquinho como que a gente escreve isso. Saúde mental hoje a gente não tem a menor dúvida na prevalência, que a gente discutiu na última reunião era o incentivo que a gente ia estar dando para um uso hoje não adequado dos medicamentos para saúde mental então a gente tem que pesar assim, realmente as empresas tem essa demanda, as empresas e as pessoas de plano individual mesmo tem uma utilização enorme desses medicamentos, seria um incentivo bacana em termos de doença, mas o que seria isso enquanto um política, a gente vai incentivar, não vai, isso é um incentivo ou não é, também é uma discussão. E a (ininteligível) por causa da prevalência futura, enfim, mas está totalmente aberto. É difícil, está vendo, todo mundo quieto.

**Interlocutor não identificado** – Eu acho Martha, assim, é como tu falaste, tem que fazer o estudo de prevalência naquela população que pode mudar um pouquinho aí esses resultados, as três primeiras não vai mudar, mas assim, eu acho que, por exemplo, eu acho que falta aí algumas doenças cardiovasculares como, por exemplo, a insuficiência cardíaca que tem um impacto enorme clínico, social e econômico, talvez algum tipo de arritmia, por exemplo, a fibrilação atrial crônica, poderia explicar um pouco mais, dislipidemia é praticamente, eu posso quase te garantir porque a gente já fez estudos, tem estudo no Ministério da Saúde mostrando que não se consegue pagar a conta se depender da forma que você for cobrir esse

tratamento, se você for medicamento de A à Z, entendeu? Teria que ter muita restrição, lá a gente, é experiência nossa, a gente cobre dislipidemia como comorbidade das doenças cobertas, então se é um hipertenso que tem dislipidemia a gente cobre, mas eu não cubro a dislipidemia pura porque eu não teria condições de abrir isso para a população inteira, não conseguiria fechar a conta. Osteoporose é absolutamente custo efetivo, então acho que deve-se pensar em cobrir, obviamente que com critérios também porque não dá para ser todas as mulheres que vão prevenir hoje para evitar uma fratura daqui a 15 anos, porque ficaria difícil fazer esse cálculo, mas osteoporose para mulheres de alto risco eu acho que teria que ser incluído e doença relacionada ao trabalho e saúde mental eu particularmente eu sou contra incluir, não que não seja importante, mas não como obrigatoriedade, que seria uma opção baseado nos estudos de prevalência daquela população específica. Então a sugestão é essa dislipidemia como comorbidade das principais crônicas e a exclusão ali das duas e mantendo a osteoporose com critérios, como se fosse com uma DUT.

**Interlocutora não identificada** – Eu acho que a questão das lesões e segurança do trabalho é bastante complicado a gente ter essa definição, fechar e tem assim um mundo de coisas que podem acontecer e existe, infelizmente a gente tem que falar sobre isso até fraudes em relação a isso do próprio trabalhador, então isso fica muito imbricado em várias coisas com a empresa que a gente precisaria ter, eu acho que complica mais o processo que já não é simples. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Só medicamentos ou entraria seringas e equipamentos para (ininteligível)?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente colocou isso no próximo artigo, aí a gente volta.

**Interlocutor não identificado** – Martha, eu acho que eu reitero a opinião do João que eu acho que os três primeiros fazem lógica, mas o quarto teria que estar associado a alguma outra comorbidade, e quanto a osteoporose, eu sinceramente em um benefício efetivo a longo prazo eu nunca vi nada que pudesse dizer, oh, que maravilha, sinceramente.

**Interlocutor não identificado** – Eu não sei se eu compreendi muito bem a sua dúvida João, em relação ao quarto item, mas, por exemplo, acredito que vá ter algum tipo de protocolo, por exemplo, diabetes você pode fornecer tanto uma insulina NPH como uma bomba de infusão, de jeito que haja aí uma padronização. Agora eu entendo e compreendo assim a dificuldade de estabelecer critérios, por exemplo, para a saúde mental, mas até pegando assim um gancho com todas as políticas que se tem discutido sobre políticas públicas que tem discutindo em saúde, a saúde mental é um exemplo em praticamente todas elas, e pega índices como carga global de doenças, acaba sendo uma discussão mundial que acredito que se possível fosse discutir um modelo também padronizado e que o custo também não inviabilize a implementação desse tipo de tratamento seria atual, moderno e totalmente necessário.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Assim, a gente estudou muito essa coisa da saúde mental e aí assim, se você pegar, por exemplo, um medicamento hoje, Rivotril, se você analisar o uso do Rivotril com as reais indicações do Rivotril, um surto psicótico, entendeu? Então assim o uso que se faz disso de uma forma completamente desordenada é muito complicada, então ao mesmo tempo em que a gente acha que seria um grande benefício porque muitas pessoas se beneficiariam desse uso, ao mesmo tempo você aumenta ainda mais o acesso a uma coisa que a gente não sabe até que momento que está certo e que não está, e hoje já é um medicamento que você tem que comprar com receita especial, então assim, esse tipo de controle da receita ele já foi experimentado, não é isso, a gente precisa de uma orientação para o uso mesmo, tanto por parte dos médicos, quanto por parte de quem está usando, então a gente ao mesmo tempo que queria implementar porque a gente acha que vai ter um uso enorme, ao mesmo tempo a gente vai ficar com medo de a gente estar incentivando uma coisa não muito adequada. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – É importante entender isso, tem gente que não entra na ponte aérea sem tomar um Rivotril, essa pessoa vai se beneficiar? Então assim, a gente não pode esquecer que a gente está discutindo aqui de cobertura na saúde suplementar, nas operadoras, então as operadoras também por mais benefício que queiram causar de impacto na carga de doença elas pensam também em alguma coisa a mais, pensam em custo efetividade, em ter retorno do seu investimento junto com a melhoria da saúde da população, então acho que por isso que talvez não desmerecendo a doença mental que é extremamente importante, mas é deixar isso para programas específicos, como é que se diz? Opcionais e não obrigatórios.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A gente pensou em uma coisa e daí de onde veio o DORT, a coisa do antiinflamatório, ponto. Qual é a dúvida do antiinflamatório? É que ele tem um uso agudo e um uso crônico, ele teria que estar atrelado, enfim, é complicado você começar a atrelar isso a uma prescrição ou a uma doença, ele tem uns usos muito variados, mas quem tem o uso crônico e aí hoje tem cada vez mais pessoas com uso crônico e isso faz diferença na saúde suplementar, a gente viu lá atrás, seria um benefício razoável com um custo não muito alto, mas assim, como é que a gente implementa isso, a gente também ficou assim, a que a gente atrela esse uso? Outra discussão que a gente fez, que aí a gente estava falando antes um pouquinho é a coisa da doença aguda, não faz parte para o controle da doença crônica, mas talvez faça sentido quando a gente quer atrair um público diferenciado, é uma outra coisa para a gente pensar.

**Sr. Paulo (Unidas)** – Paulo, Unidas. Queria só fazer uma colocação, sem dúvida se a gente for considerar as necessidades, nós vamos fazer uma lista infundável, mas não pode só em cima desse critério, é claro que nós vamos ter uma prevalência, isso é fundamental até porque a gente precisa dar uma amarrada nisso na hora que a gente pensa a custo efetividade na hora que tem aquele item do acompanhamento terapêutico, eu espero que uma assistência farmacêutica não só dispensar remédio, mas que eu tenha uma efetividade nesse tratamento e com o custo adequado, então a gente precisa ter essa preocupação para a gente não tentar colocar necessidades acima de tudo, você vai ter operadoras, lá na Unidas, por exemplo, você vai ter de diversos tamanhos, os perfis são diferentes, claro que essas prevalências, essas três primeiras não vão variar muito como o João, concordo plenamente com ele, agora a gente também precisa na hora que colocar, várias falas assim, segundo certos critérios, segundo alguns protocolos e isso me preocupa muito, mesmo que os protocolos sejam da sociedade brasileira, tal, tal, tal, isso me preocupa muito, até de amarrar dentro de uma norma o protocolo X, cada operadora, eu trabalho, por exemplo, na Cassi, também a gente tem alguns protocolos que a gente constrói em cima de evidências, claro que aproveitando, ninguém nega o que está nas sociedades, mas construindo através das evidências um protocolo próprio, então a gente precisa tomar esse cuidado de não deixar na norma alguma coisa que vai engessar o trabalho de cada uma das operadoras. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Por conta de estudos que eu fiz a algum tempo com base nos dados no INSS, e Auxílio Doença e essas duas questões do DORT e de doença mental, na última década foi o que mais aumentou a outorga de auxílio doença, aumento por conta de doenças mentais e por (ininteligível), aumentaram muitíssimo, mais do que dobraram no INSS que são só trabalhadores com carteira, por isso que a gente colocou também, foi uma das... Foi uma coisa que foi evidência mesmo.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Sandra, você quer falar alguma coisa? (Intervenções fora do microfone) E aí gente? A gente decide só no final, a gente está aqui colhendo muitas informações, vocês viram a gente está usando tudo que vocês falaram na outra reunião, tudo. E aí? A gente começar por aí? Nada além? A gente achou que ia aparecer alguma coisa, principalmente como demandas das empresas que ia aparecer alguma coisa da experiência de vocês assim, o que vocês cobrem hoje, por exemplo, já teria uma boa pista para a gente.

**Interlocutora não identificada** – E posicionar um pouquinho aqui, é em relação ao que tinha sido colocado no início que é a ideia de assistência farmacêutica, contrato acessório, situações especiais e ou programas especiais, situações excepcionais, concordo com a prevalência elevada em relação ao (ininteligível) auxílio doença e relacionados a DORT e a doenças mentais, porém talvez isso se encaixasse melhor, lembrando que isso é um tema de discussão da saúde suplementar em programas especiais, não especificamente em um contrato onde seria acessório aos modelos já existentes já oferecidos a situação, seja individual ou coletivo, da forma que eu penso. E em relação também, eu entendo que não deveria estar incluída osteoporose, osteoporose é um diagnóstico de uma doença óssea específica, que é muito mais abrangente do que isso, da mesma forma que eu não posso colocar no mesmo grupo saúde mental que envolveria um grupo de doenças enorme a gente não estaria falando especificamente de depressão ou de transtornos de ansiedade ou de esquizofrenia, então acho que isso teria que ser trabalhado em grupos completamente diferentes.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Concordo, mas assim, o que você precisa hoje? Isso seria um bom... Uma coisa para a gente começar a trabalhar, o que vocês três enquanto empresas precisam hoje?



**Interlocutor não identificado** – Pensando do lado da empresa o importante para nós são os três primeiros grupos, quer dizer, diabetes, doença pulmonar, e incluindo insuficiência cardíaca como o João disse anteriormente, e hipertensão arterial, a dislipidemia realmente eu acho que ela pode estar incluída nisso, mas de uma forma acessória dentro de uma patologia onde o risco aumenta, a dislipidemia possa aumentar o risco de saúde de indivíduo, mas que a gente possa ter um acompanhamento desde dispensação de medicação até um controle e observação do custo benefício disso, senão não faz sentido o que a gente está discutindo até agora, é o que eu penso. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutora não identificada** – Só para quem não ouviu, eu concordo com o que ele falou, eu acho que as três principais são muito evidentes, eu acho assim ninguém tem... Tem dados de todos os lado, vai se ver essa comprovação, as outras duas, as últimas, principalmente a DORT, porque a DORT tem muita coisa de depressão junto e o osteoporose já caiu nesse meio que não dá para entender porque que está aí, não sei, não participei, então não sei, mas eu acho que são outras questões, mas eu acho que as três primeiras seriam mais evidentes e mais convincentes.

**Interlocutor não identificado** – Queria aproveitar a dúvida que está surgindo aqui para questionar um pouquinho e exteriorizar um pouquinho da minha decepção...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – (ininteligível) mais alto.

**Interlocutor não identificado** – Eu estou aproveitando a dúvida para exteriorizar um pouquinho da minha decepção, eu achava, e aqui a gente ao fazer um programa de assistência farmacêutica a gente ia descer no nível da necessidade, da forma como foi colocado, ok, não dá para fazer, eu estava esperando uma segmentação, e eu estou decepcionado porque eu acho que a negativa a segmentação no sentido que ela tem, eu concordo que isso, tem que estar atrelado ao conceito da saúde, mas esse atrelamento talvez a gente pudesse discutir mais, porque essa seria assim, a melhor forma de colocar, por exemplo, exigir, mandar algo semelhante ao TISS, fazer um TISS da assistência farmacêutica e incluir e aí dar o *link* e aí a própria operadora teria como lincar essas coisas porque você aí sim você tem aquela coisa da continuidade que a assistência farmacêutica ela traz para as empresas que dão algo mais

amplo informações importantes, por exemplo, ela consegue tirar níveis de utilização de doença mental, isso é muito importante, nós temos o exemplo aqui de empresas que tem (ininteligível), desculpa citar, mas você vai em uma grande editora, a gente jovem, gente que não tem diabetes, hipertensão, de 20 a 40 anos, então é outro tipo de doenças que estão atacando, ou seja, esse programa não vai servir para as grandes empresas que já pagam assistência farmacêutica, que já co-participam, ele é limitado, então a gente vai buscar que tipo? Talvez buscar as operadoras, mas a operadora, quando for oferecer vai chegar com um produto que não serve para os seus clientes maiores, por exemplo, é pequeno, por isso que eu digo, talvez a gente devesse estudar melhor e em vez de limitar, olhar, agora da forma que está sendo criado, ok, nós não podemos, vai ser tudo light e a gente não pode tentar cercar o que já existe qualquer uma que você coloque você cerca a outra, se você põe três aí, alguém já dá um programa de diabetes, você cercou. Agora se for para deixar da forma como está, eu acho que só os três primeiros membros, porque eles já têm estudo, já tem tudo muito claro na literatura que esses fazem parte, e é claro que você já tem tudo segmentado, agora fica, aproveito mais para deixar registrado aqui, mas...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Deixa eu só pontuar algumas coisas da sua fala? Então assim. Um, não pode ser segmentação, a gente não está trabalhando com a lei, a gente está trabalhando com a Resolução normativa, então hoje, dentro das bases legais que eu tenho, o que pode ser é isso, contrato acessório, e aí além disso vou dar a minha opinião, se fosse segmentação a gente ia ter que fazer uma discussão muito mais ampla do que é permitido, o que não é, eu enquanto médica acho que tinha que ser uma segmentação atrelada a outra, mas não é essa a discussão que a gente está tendo aqui, a gente está tendo aqui o que eu posso colocar dentro de um contrato acessório, dentro do contrato acessório eu posso fazer o meu contrato acessório, construir um único contrato acessório focado na Neuza, eu quero atingir a Neuza, eu vou construir o meu contrato acessório focado na Neuza e vou construir o estudo de prevalência da carteira dela e vou colocar os medicamentos que eu quero focar com ela dentro das bases legais lá que a gente construiu e vou vender isso para ela, isso está totalmente permitido, o que a gente está colocando aqui é o mínimo do mínimo, se você já sabe que na carteira dela ninguém tem hipertensão e diabetes porque isso vai constar porque isso é o mínimo, mas a precificação disso vai estar lá em baixo, você já sabe que ninguém tem e aí eu vou precificar a saúde mental, ou seja lá o (ininteligível) que eles tem, entendeu? Então assim... (Intervenções fora do microfone) Eu

também acho, eu também acho, o que eu quero dizer é o seguinte, você pode construir um contrato acessório focado na Neuza sim, isso daí só dá o parâmetro do que a gente precisa regulamentar em termos do que é possível na saúde suplementar e eu acho que as coisas podem conviver sim, tanto que o João ele tem esse programa de assistência farmacêutica, estou dando o exemplo do João porque ele está aqui na minha frente, mas a Cassi está ali e é exatamente a mesma coisa. Eles têm os programas e eles tem a assistência farmacêutica e os dois convivem e se falam perfeitamente, eu acho que um da sustento para o outro, depois se vocês quiserem falar, mas eu acho que uma coisa não inibe a outra, eu acho que eles dão sustento, pelo menos eu acho isso então eu acho que a gente está construindo uma base legal que é muito base e que vai precisa, e aí eu acho que isso é importante, vai ser moldada de acordo com cada caso e é isso que a gente espera mesmo, o que eu preciso dizer é o que não pode, e começar a criar um meio para que isso cresça, então acho que o artigo próximo que é o de incentivo, ele é muito importante para isso funcionar, e é por isso que eu acho que a gente vai ter que gastar um tempinho nele também, tinha...

**Sr. Otelo (CUT)** – Otelo da CUT. A questão de novo é custo, se isso não custasse caro não tinha ninguém negando os principais, os demais, eu lembro que (ininteligível) o João fez um comentário interessante, eu acho que realmente a dislipidemia em relação a hipertensão arterial poderia aparecer hipertensão/dislipidemia, porque uma das patologias mais frequentes hoje, cada vez mais é a questão da insuficiência coronária e a principal causa é o item quatro, está certo, hipertensão também contribui, mas é uma coisa que não poderia estar afastada e barateou muito o custo do remédio e tal, tem uns que são muito caros, mas não precisa ser aqueles, essa é uma questão importante. Uma outra preocupação minha é a questão dos protocolos, o Paulo da Unidas já falou isso e eu queria colaborar, porque você for médico você amarra além de que o protocolo tem uma duração restrita, a grande briga nossa aqui um protocolo de cinco anos atrás, ele frequentemente hoje não vale mais nada, às vezes dura dois anos um protocolo, então a gente precisa tomar algum cuidado e eu tenderia a apresentar a questão da dislipidemia como causa importante, mas tipo hipertensão/dislipidemia porque não dá para dissociar. (Intervenções fora do microfone)

**Interlocutor não identificado** – Eu gostaria de ser um pouco o advogado do diabo, tudo bem que esse é um programa de assistência farmacêutica, mas é um programa que trata doenças e não saúde, vamos começar por ia, o mundo está entrando na maior epidemia, que já está

chegando que é a esteatose, gordura no fígado que causa exatamente diabetes, hipertensão e dislipidemia, não seria de pensar, não sei se está dentro do contexto que isso estivesse atrelado ao programa de qualidade de vida para evitar chegar nesse ponto? Porque se nós estamos em um círculo vicioso, a gente brinca com o Ministério da Saúde, ele não vai gostar, que a gente chama de Ministério da Doença, porque não se faz prevenção, se faz muito pouca prevenção, e acho que estamos entrando nesse mesmo erro de querer dar um medicamento a que já está doente não tentar prevenir essa doença.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Deixa eu só responder, (ininteligível), assim, na verdade eu não coloquei o último *slide* que é um *slide* que em todas as minhas apresentações que é assim, isso daqui faz parte de um plano maior, então assim, a gente está com um projeto importante que a gente espera pelo menos um desenho inicial até o final do ano de cuidar, que aí sim a gente vai começar a discutir tudo junto, *rol*, assistência farmacêutica, promoção e prevenção, que até promoção e prevenção está isolado, a gente fala, fala, fala, mas está no cantinho isolado, então a rede, enfim, como é que a gente organiza o cuidado desse paciente, e aí a gente vai começar pelo idoso, então sim, isso faz parte de uma coisa macro, infelizmente a gente discute as coisas isoladamente, isso é muito ruim e todos esses assuntos que eu falei são da minha gerência, olha que coisa doida, então a ideia é que assim isso siga uma linha e fala sentido dentro de um plano, mas a gente ainda está nesse momento pingadinho.

**Interlocutora não identificada** – A minha dúvida só, é mais uma dúvida mesmo, a gente não tem dúvidas, a TPOC hipertensão arterial hoje são três doenças de grande prevalência na saúde pública tanto na suplementar, mas a minha grande dúvida é, diabetes mellitus, hipertensão arterial, TPOC, eu realmente não tenho certeza, são duas doenças hoje cobertas pela farmácia popular e se isso seria suplementar, na verdade a gente vai estar cobrindo exatamente as mesmas coisas que a farmácia popular hoje cobre, vai ter um diferencial, vão ser medicamentos diferentes da farmácia popular?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – A ideia é que a gente tenha um artigo, e aí eu acho que, vamos repetir de novo para ver se é isso mesmo, que a gente tem um artigo que a gente possa dizer que o que é contemplado na farmácia popular tem que ser contemplado aqui também para a gente não ter aquela ideia de aqui vai ser o que não

cobre lá e a gente vai começar a prescrever disso aqui já que não tem o resto e aí inverter ainda mais o problema, então vamos ter sim o que já tem e vamos ter um pouquinho a mais porque a gente sabe que tem algumas prescrições aqui que não são contempladas lá, e aí o que a gente vai ter que discutir aqui é o que é esse pouquinho a mais e como é que a gente escreve esse pouquinho a mais e aí se você quiser falar um pouquinho da farmácia popular.

**Interlocutora não identificada** – A farmácia popular hoje em dia, inclusive quando a Dilma assumiu o Governo ampliou-se um pouco os medicamentos, para serem doados a população brasileira e nós temos dois tipos de farmácia popular que uma é aquele primeiro modelo e agora qualquer drogaria, qualquer farmácia pode fazer a adesão farmácia popular onde é passado os medicamentos com um custo menos ou então totalmente gratuito para o cidadão, conveniado, obrigado, e no caso quando houve a seleção dos medicamentos que a gente trabalha na parte da assistência farmacêutica com a seleção dos produtos que são ofertado pelo SUS são justamente aqueles que vão contemplar as doenças mais prevalentes e também levando em conta o custo benefício, não há inclusão de nova tecnologia, inclusive hoje pela CONITEC se não for provado além da efetividade farmacêutica do produto o custo benefício desse produto, ainda mais porque quando se tem outro produto oferecido na rede e que tem efetividade e que sai um novo fármaco que também vai contemplar aquela doença, que vai ter o mesmo efeito terapêutico, a gente precisa saber se vai valer a pena ou não fazer a inclusão ou não desde que, mais uma vez, traga benefícios principalmente na parte da economia e eu acho que isso é uma coisa que tem que ser pensada quando for ampliar essa relação de produtos a serem ofertados também daqueles que o SUS oferece a população eu acho que isso tem que ser mensurado de alguma forma, um pacto disso, no caso para quem for ofertar dentro do seu plano aí pelo que eu estou entendendo vão ter toda a liberdade de ter um elenco mínimo e a partir desse mínimo ofertar até o máximo daquilo que cada um puder ofertar dentro das suas condições, então acho que tem que ver o impacto disso.

**Interlocutora não identificada** – Eu quero fazer uma observação.

**Interlocutora não identificada** – Deixa eu só fazer uma complementação. De um certo ponto, isso pode diminuir um pouco as ações judiciais de alguns produtos que o SUS não oferece e que muitas pessoas entram com ação no Ministério Público ou contra o estado ou contra o município ou contra a própria União, pode ser que isso venha com o passar do tempo

de uma certa forma trazer um certo tipo de benefício, mas por outro lado também uma preocupação é não querer também fortalecer demais a intenção da indústria farmacêutica, no sentido de que toda vez que querendo prescrever ou querer orientar a prescrever um produto novo e que vai e pagar mais caro por ele por estar novo, mas que tem algum próprio na rede que já faz o mesmo efeito terapêutico. É só isso.

**Interlocutora não identificada** – Eu queria fazer uma observação com relação ao caráter de ser um contrato acessório, no entendimento pela natureza, pelo tipo de serviço a ser caracterizado, que a gente está dando forma, eu acho que ele tem que ser muito amplo, porque aí invés de ele definir grupos, aí a partir do 13º artigo a gente está ali na tela com o 14º, 15º, a gente entra em uma quantidade de detalhes e de normatização que na verdade a gente cai no primeiro ciclo da assistência farmacêutica que é a seleção, então a seleção é que determina a partir dos critérios de seleção o que você vai ter na lista, que protocolos a partir do que você pretende abordar no que nós chamamos nas doenças nos grupos, ou representamos por aquelas doenças mais prevalentes, então assim, eu acredito que seja mais fácil de operar mais fácil e aí com o tempo você ir aperfeiçoando o normativo por meio de INS ou mesmo por outras, por atualização da própria RN você vai formatando, dando assim, lapidando o produto, porque eu acho que se a gente tentar fazer isso agora a gente vai chegar em um ponto de tamanha complexidade que inviabiliza a primeira proposta, então ela podia ser hoje nesse primeiro momento uma coisa mais ampliada e depois ir tendo um formato, podemos ter questões até regionais, algumas coisas vão aparecer, a gente está vendo aqui, às vezes cada carteira é diferente uma da outra, quanto mais, até o produto vai poder ser diferente, então assim, eu acho que se a gente fosse pensar em uma coisa com mais praticidade, mais objetiva, talvez uma coisa mais ampla...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Eu concordo com você, eu acho que essa foi a nossa preocupação, Conceição, assim, eu coloquei na Resolução tudo que aparecer na outra reunião, e aí a gente está tentando dar forma agora para o que a gente pretende ou não pretende, então essa é a ideia, a gente pode limpar isso sim. Tiago tinha levantado a mão. Ele também, desculpa.

**Interlocutor não identificado** – Eu estava preocupado com a questão de que sem uma certa padronização de coberturas o que poderá acontecer no momento da venda de um determinado

plano, que aqueles que vendem planos, que tem zilhões de agentes por aí, vão falar, estamos vendendo tal plano com cobertura farmacêutica, mas essa cobertura farmacêutica poderá ser mais abrangente, menos abrangente, etc., e o consumidor ele realmente não tem muita capacidade de avaliar quando compra um plano qual será a abrangência, qual será o nível do plano que ele estaria comprando, conseqüentemente ainda que seja disponibilizado a lista completa dos medicamentos a serem cobertos para o consumidor também ele não tem noção de se eu coloco uma lista com o nome de 100 medicamentos o consumidor não tem, a menos que esteja já com a doença, ele não tem capacidade de vislumbrar se esses medicamentos servem para o que, como está a cobertura, se vai abranger, se não vai abranger, então eu vejo que teria que ter níveis, seria um plano A, um B, um Com, um D para ter um mínimo de padronização para isso.

**Interlocutora não identificada** – Eu queria aproveitar a fala anterior e gostaria de fazer uma pergunta para a Sandra. Por favor, Sandra, não entenda como uma provocação, mas eu quero voltar naquela questão que eu já pontuei aqui do ressarcimento ao SUS, eu fico imaginando se são medicamentos normalmente que já são oferecidos pelo sistema e cada vez mais de uma forma facilitada, mais facilitada, hoje em dia a população tem pouquíssimo stress para conseguir um medicamento dessa natureza, então assim, então seja mais fácil até para a população continuar recebendo esse medicamento da farmácia popular do que pela operadora, não sei, mas se há um contrato que o beneficiário vai pagar a mais para ter esse benefício, e se eventualmente ele continuar retirando esses medicamentos do SUS e não da operadora, me parece lógico um ressarcimento.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Assim, a gente fez essa discussão na primeira reunião, na primeira reunião a gente viu o seguinte, o Michel da Vivo, ele não está aqui, ele apresentou uma pesquisa que foi feita pela FIESP, a partir daí a gente começou essa discussão e a discussão foi a seguinte, os beneficiários de plano de saúde, e a gente estava falando de plano empresarial, eles efetivamente usam a farmácia popular? A gente viu em 40, era 40? 40% dos que tinha direito usavam, aí a gente falou, opa, por quê? Se 100% tem direito porque que 40% uso e a partir daí a gente foi discutir, e aí a gente chegou em um, a pessoa não pega por milhões de motivos, entre eles porque a prescrição é diferente, então e mesmo doutor que de manhã está lá no posto de saúde prescrevendo Captopril vai para o consultório e prescreve... Então assim, isso existe, então hoje os beneficiários de saúde

suplementar eles não conseguem ter acesso ao que é prescrito para eles porque a prescrição é muito diferente, porém existe 40% que isso bate, ok, por isso que a gente está dizendo o seguinte, a gente não pode influenciar a escolha no sentido de esses 40 que usam, eles passem a usar o resto que não é para usar, a gente não quer migrar essas pessoas que tem uma prescrição mais complexa, não é essa a intenção, por isso que tem que ter também os medicamentos da farmácia popular, mas que a gente já sabe hoje que não dão conta da prescrição as saúde suplementar, por outro lado, qualquer um de nós, tenha ou não plano continua tendo direito a farmácia popular, isso é um direito que todos nós temos.

**Interlocutora não identificada** – Deixa eu colocar uma coisa também, eu acho assim o que a gente aprendeu a fazer bem a gente quer às vezes destruir, porque a farmácia popular tem dado certo, gente, entendeu? Eu não estou defendendo nem a operadora, nem a empresa, e nem nada, e aí por olhar, por observar o seu dia a dia, as pessoas sejam elas mais jovens ou mais velhas elas olham e hoje elas tem condição de discutir com o médico, olha doutor, não dá para o senhor me fornecer aquele medicamento porque eu sei que lá na farmácia tem e se a gente está pensando na população a gente tem que se prender um pouco de tudo que a gente tem aí, o papel que a gente exerce e eu acho que assim, a gente corre o risco se a gente tirar da farmácia popular e colocar o ressarcimento é sucatear uma coisa que está dando certo, e está tirando o direito do cidadão, que assim, ele tem acesso ao tratamento sim, e não pode ficar o cidadão com o marketing que a gente sabe que existe para medicamento, para o marketing de médico e aqui me desculpe os médicos, mas você sabe, você mesmo citou o exemplo como médico, o mesmo médico de manhã prescreve uma coisa, a tarde prescreve outra, então não sei, mas a gente tem, tem isso, então eu acho assim, manter é o mínimo que a gente tem que fazer e com esse cuidado, porque se tem uma coisa que está dando certo e que elevou o nível de crítica da população foi a questão da farmácia popular, seja ela em um modelo, nos dois modelos, então hoje eu vejo as pessoas podendo ter um potencial às vezes de falar com o médico, doutor não dá para fazer outro, se tentou isso nas PBMS com a lista de medicamentos, se tentou isso a 10 anos a traz e não consegui, e agora que a gente percebe que a população tem um pouco mais de discernimento a gente falar, ah não, agora... Eu acho que não dá, eu defendo esse produto, mas que a farmácia popular ela continue sendo...

**Interlocutora não identificada** – A farmácia popular ela é do Governo, então farmácia popular, ela só vai acabar se o Governo quiser que ela acabe, então assim, eu acho que a



agência ela tem autonomia para isso que ela está fazendo, senão ela não estaria fazendo e propondo e nós aqui também na condição de avaliar essas propostas, agora o que não pode deixar de acontecer é os medicamentos que estão dentro do elenco da farmácia popular fiquem fora do elenco, eu vou usar a palavra que a gente usa na gestão pública, do elenco dos planos de saúde da operadora, entendeu? Elenco de medicamento, então assim, eu acho que só não pode ficar fora, agora concordo com a senhora, é uma preocupação como cidadão, como qualquer cidadão brasileiro porque para a gente é tudo muito difícil, muito sofrido e no mesmo momento que você tem essa graça, essa conquista que está ainda ali pegando o seu medicamento gratuitamente, agora o SUS é para todos, o medicamento está para todos, agora tem gente que tem alergia a SUS, prefere pagar uma consulta de R\$ 300,00, ir ao médico, sai com a sua receita linda maravilhosa entra em uma farmácia belíssima na zona Sul e comprar o medicamento do mesmo que está dando na farmácia popular, então é uma questão de escolha, eu concordo com a sua preocupação, acho ela factível, entendeu? Ela... E não deixar de conter no elenco os medicamentos oferecidos pelo SUS.

**Interlocutor não identificado** – Complementando eu tiraria do artigo 14, marca, uma marca comercial, o que acontece se o médico receita outra marca que o plano não dá?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Vamos para o 14? Vamos lá. “*A operadora deve disponibilizar...*” Então o que a gente quis dizer, vamos lá, presta atenção, no 13 a gente está dizendo que o plano deve cobrir as patologias, ponto. Na outra reunião a gente teve uma discussão muito grande de até ia a interferência da ANS naquilo que a Conceição estava falando, a gente vai até medicamento? A gente vai até classe terapêutica, a gente vai até princípio ativo? Lembra? A gente levou horas nessa discussão e aí não sei, a gente está aqui para discutir, a gente colocou nessa proposta aqui, o papel da ANS vai até doença, a partir de classe terapêutica isso ia para uma lista, sabendo que a gente estabeleceu algumas regras do tipo tem que ter a mais do que na farmácia popular, o que a ANS tem que fazer então? É uma pergunta. E o que a operadora tem que disponibilizar? É outra pergunta. É a partir de classe terapêutica? Ou é só princípio ativo? Tem marca? Marca que eu falo assim, como é que o paciente vai entender o que é aquele princípio ativo? Tem algumas coisas que a gente vai ter que pensar aqui no 14 e o 15 seriam as regras mínimas, isso aqui é um exemplo para a gente discutir, esse artigo nem está escrito, o que esse contrato acessório tem que contemplar, o que a operadora tem que contar para o beneficiário na hora

que for assinar esse contrato acessório? Eu não quero aqui estabelecer como que vai ser, eu só tenho que dizer que ela vai contar para o beneficiário, então isso daqui é como se fosse o mínimo de um padrão de informação que deveria constar no contrato acessório, eu não vou dizer como é, mas você operadora tem que dizer para que está comprando, então é isso, não é o que eu vou dizer, então o 15 está dizendo o seguinte, que as regras de utilização e controle devem estar claras no contrato acessório, e que tem que constar lá a regra para recebimento a necessidade ou não de receita, tem período para validação, qual é a forma de distribuição, como é que... Enfim, isso aqui aparecer u na outra reunião, é isso ou não é, a gente vai ter que dar um formato de lei, de regra para isso, mas é o que tem que ter minimamente nesse contrato que a operadora está firmando lá com o beneficiário para ele entender o que ele está comprando senão ele não vai entender, então é essa a ideia, então 14 e 15, Poliana, quem mais levantou? João.

**Sra. Poliana** – Só vou falar rapidinho até porque o meu vôo é as 17h40 e eu já tenho que sair senão eu perco. Eu acho esses artigos tem muito a ver com o que foi falado antes da dificuldade da expectativa quando a gente oferece alguma coisa para o consumidor, quando você fala em assistência farmacêutica e da forma como isso pode ser vendido realmente você cria uma expectativa que pessoa vai ter todo o tratamento coberto, é extremamente importante o artigo anterior, o 13, quando você define então pelo menos que tipo de patologias você ter cobertura naquele produto que você está comprando e está pagando por ele, esses dois artigos estão estritamente ligados ao código de defesa do consumidos, direito a informação e se existem várias regras eu acho que a gente tem que encontrar realmente como traduzir isso para o consumidor e precisa estar aí porque a gente sabe dos desvios aí da parte da venda e da expectativa que isso cria, da falsa expectativa, não gosto de marca, já adianto aqui, eu acho que é difícil você estabelecer marcas, principalmente em uma RN, mas eu acho que é preciso a gente enfrentar.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Para clarear assim, Poliana, a ideia é assim, até o artigo 13 eu estou estabelecendo a minha RN, do 14 para frente está no contrato acessório, é essa a diferença que eu queria que vocês entendessem.

**Sra. Poliana** – O contrato pode definir marca.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Ou não.

**Sra. Poliana** – A operadora pode falar, eu vou oferecer x, x, e x.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – É essa a discussão, então o que eu queria do 13 é o seguinte, a gente é a ANS, a gente vai até patologia, ou a gente vai até classe terapêutica? Essa é uma pergunta. Dois, a operadora, no contrato acessório, ela vai até princípio ativo ou ela vai até marca? E três, o que tem que estar no contrato acessório? É isso que a gente tem que resolver aqui. Vamos lá.

**Interlocutor não identificado** – Da forma que está, está correto esse executando a marca eu acho que tem que ser classe, subclasse terapêutica e nome químico, o princípio ativo. E com relação a essas regras eu acho que está corretíssimo, então você tem que estabelecer o mínimo necessário de informação que deve constar, sem restringir nada, não interessa se é por e-mail ou não, e assim, uma das coisas que dá muita confusão nesses programas é quando você não define bem os custos administrativos de um programa dessa monta, então, por exemplo, o frete para enviar um medicamento, se você for enviar pelo correio, por exemplo, então tem que deixar isso muito claro para não ter dúvida para o usuário, senão de repente aquele produto pode sair mais caro para ele se ele comprasse na esquina, principalmente se ele tiver co-participação. (Intervenções fora do microfone) Então. (Intervenções fora do microfone)

**Sra. Poliana** – Não pode aparecer, ou seja, a gente não pode sair da ideia de que apesar de estar e, um RN da ANS ela está ligada ao código de defesa do consumidor, e o que não tiver estabelecido, por exemplo, é importante o que o João falou, ah, vamos estabelecer, quem vai pagar o frete, quem não vai, se não estiver no contrato isso e isso, se não foi claramente informado para o consumidor não vai valer e ele vai questionar isso depois, então assim, vamos ter cuidado principalmente quando for definir aí essas regras também para limitar o que deve ser informado, porque tudo deve ser informado, então assim, mas pode falar, você vai informar só isso e isso, não, tudo que vai reger...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Isso daqui a gente não pode esquecer de dizer que ele tem que falar e aí o resto...

**Sra. Poliana** – Aí o que não foi falado não vai valer

**Interlocutora não identificada** – Voltando um pouquinho, patologia estuda a doença, certo? Então quando se refere a patologia eu acho que pode se referir a classe terapêutica, se for se referir... Eu acho não, penso eu que deve se referir ao medicamento a partir do seu princípio ativo, nunca marca, sempre princípio ativo, esquece marca.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Não, esquece marca eu já entendi, o que eu não entendi do que vocês dois falaram é o seguinte, a ANS vai até...

**Interlocutora não identificada** – Patologia associada a classe terapêutica.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Pois é.

**Interlocutora não identificada** – Eu entendi dessa forma. Pois é. (Intervenções fora do microfone) A classe terapêutica para aquela patologia. Agora a partir do momento em que você fala em doença, você vai falar em medicamento para tratar aquela doença.

**Interlocutora não identificada** – Gente, a própria patologia e a lista que a operadora vai colocar no contrato acessório é princípio ativo e classe terapêutica.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Então vamos lá, vamos organizar. Vai ter um artigo falando o seguinte, a operadora tem que oferecer a lista nessa lista tem que ter tudo que já tem de princípio ativo da farmácia popular e outros, e ela tem que informar, além da classe terapêutica todos os princípios ativos que ela oferece. (Intervenções fora do microfone) É isso? (Intervenções fora do microfone) Agora olha só, a Sandra perguntou assim, é só ter registro na ANVISA, não é isso que a gente está falando aqui, por quê? Hoje, vamos chutar hipertensão, devem ter registro na ANVISA 1500 medicamentos para hipertensão, no barato, então não estou falando de princípio ativo, quantos princípios ativos tem hoje para hipertensão?

**Interlocutora não identificada** – Não estou falando de medicamento, estou falando de fármaco.

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Então a gente está falando seguinte, só para a gente padronizar para depois não ficar mal entendido, a gente está dizendo que a operadora tem que falar qual é a classe terapêutica, e quais são os princípios ativos que ela está cobrindo, hoje devem ter na ANVISA 2000 princípios ativos para hipertensão, na farmácia popular você cobre quantos princípios ativos para hipertensão?

**Interlocutora não identificada** – Eu não lembro o número, quantos?

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Oito. Então de dois mil até oito a gente tem uma diferença de 1998, se for assim pelo que tem registro na ANVISA a operadora teria que cobrir os 10 mil, não é isso que vai acontecer, ela vai cobrir os oito e mais quatro. Sei lá.

**Interlocutora não identificada** – É porque no início você falou que vocês não iriam fazer seleção, que ia ser uma lista aberta, os que o contrato acessório, ela está informado o que é o aberto dela e eu estou dizendo que se ela quiser os dois mil são só dois mil, se ela quiser 1500, ela é que está contratando, não é? Vamos combinar, se as duas partes quiserem 1500, 1500, se as partes quiserem nove, nove. É isso que a gente está falando. É isso? É isso?

**Interlocutora não identificada** – Martha, só para a gente não esquecer da evidência científica, não é? Porque o fato de ter registro na ANVISA, a gente sabe que tem alguns medicamentos que...

**Sra. Martha Oliveira (Gerente Geral de Regulação Assistencial)** – Essa parte a gente pula, essa parte a gente pula. (Intervenções fora do microfone) Está todo mundo com o mesmo entendimento? É isso que o grupo tirou. Então vamos. 15, o 15 eu acho que vocês vão ter que mandar muitas sugestões para a gente, porque aqui eu coloquei o que a gente comentou naquela reunião das coisas que deveriam estar claras entre as partes, certo? (Intervenções fora do microfone) Também acho, mas vai que você resolve fazer um produto que você cobre qualquer coisa que eu peça, você pode? Poderia se isso não tivesse no contrato, então como eu não estou regulado isso, eu estou dizendo, vocês tem que informar para o cara, porque ele tem que saber. Ok? (Intervenções fora do microfone) Não, porque para você fazer portabilidade do

plano, é isso? É a mesma coisa que eu falei para ele, você precisa de um plano para fazer portabilidade, então você porta o seu plano, o seu contrato de plano de saúde, isso é um contrato acessório. (Intervenções fora do microfone) Se não outra tiver você até pode, mas o que você está, portanto não é o acessório, o que você está portando é o principal, é diferente de ser uma segmentação, entendeu? (Intervenções fora do microfone) Então vamos lá, eu vou falar um pouquinho da discussão de incentivo, a gente ainda não fechou, mas a gente já tem uma discussão com a DIOP para a construção desse incentivo, já tem algumas propostas na mesa que são bem interessantes, a gente está entanto fechar a forma de se fazer isso, então seria um incentivo dentro da regulamentação da agência que é um incentivo legal, bacana, mas é um incentivo que é um incentivo para a operadora, certo? O que a gente quer é pensar um incentivo que chegue até o beneficiário e aí o incentivo que foi falado naquela reunião é o imposto de renda, seria um incentivo que vai além, a gente pensou um pouquinho o que é o imposto de renda hoje, eu vou falar um pouquinho muito rápido das discussões que a gente teve, hoje, vamos dizer que a Neuza hoje contratasse o produto acessório do João, hoje, que ele já vendesse, isso hoje, se ela contratasse hoje. Isso se a Neuza paga isso de forma de contra prestação pecuniária, hoje, o que a Neuza está fazendo? Está jogando isso dentro do imposto de renda como contraprestação pecuniária, então hoje, hoje se isso está no bolo, está no bolo para ela, só que isso não acontece para o João segundo me falaram aqui dentro, porque tem algumas coisas que a operadora utiliza como retorno do imposto de renda, que são dedutíveis e tem outras coisas que são e a assistência farmacêutica segundo consta não é para operadora, não é igual a sinistralidade dela que ela consegue abater, é isso? Pelo menos foi isso que os meninos me disseram, então assim, hoje a gente tem um incentivo que não tá claro, não está explícito, ninguém nunca falou isso para a receita, vamos combinar, ninguém nunca combinou isso com a receita, mas hoje é isso que acontece, se está pagando junto, está recebendo junto. O que a gente queria e aí eu não sei se a gente vai conseguir, a gente pelo menos vai levar essa discussão para diretoria colegiada, a DIPRO, junto a DIOP para ver o quanto a gente consegue avançar nisso, que isso fosse uma dedução em cadeia, que isso valesse para o indivíduo, para a empresa, para a operadora e aí sim isso viraria um grande incentivo que isso funcionasse. Agora vocês tem noção da dificuldade, do tamanho dessa negociação, ponto, mas isso é possível, é possível, existe possibilidade, hoje o incentivo que a gente tem está dentro do plano de contas mesmo, é aquela coisa que a gente consegue fazer caseiramente. E aí as últimas possibilidades da minuta que é a data que entra em vigor, imagina, qual é o nosso combinado com vocês? A gente vai fazer todas essas sugestões que

vocês fizeram a gente vai colocar no texto, todo mundo já colocou o e-mail no papelzinho? (Intervenções fora do microfone) A lista de e-mail com quem está? A gente vai passar para vocês isso o mais rápido que a gente conseguir, mandem contribuições, gente, da outra vez não veio nenhuma, a gente consolida essas contribuições, conta de novo para vocês e a gente vai usar esse grupo para debater, a gente vai usar outras reuniões para discutir isso, a partir... Olha nenhum diretor leu isso ainda, nem o meu. Então assim, a partir dessa nossa construção, isso vai ser levado para a diretoria colegiada, isso vai ser sofrer uma nova análise, se isso mudar muito a gente marca outra reunião com vocês, isso ainda vai para uma consulta pública, enfim, a gente ainda vai ter que amadurecer isso, principalmente as formas de incentivo, mas eu acho que agora pelo menos vai todo mundo para casa com algum formato na cabeça para pensar e para contribuir. Obrigada de novo. Ah é, desculpa João, esqueci. O João fez um artigo que vai ser publicado na saúde pública? No Jornal Brasileiro da Saúde sobre o impacto da assistência farmacêutica nos programas. (Intervenções fora do microfone) Obrigada, gente. Boa noite.