

## **ATA DA REUNIÃO DA ANS - GRUPO TÉCNICO - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**MARTHA (ANS) abriu os trabalhos pedindo desculpas em nome do Dr. Maurício; explicou que ele está hospitalizado por problemas renais, mas que o Dr. Leandro virá ao evento. Assinalou que o tema que será discutido pelo grupo técnico, assistência farmacêutica, é prioritário para o Dr. Maurício, também está na agenda regulatória da saúde suplementar, e que o objetivo da reunião é construir uma massa crítica sobre o assunto. Explicou que os grupos técnicos da ANS funcionam da seguinte forma: a agência convida os membros da câmara de saúde suplementar, que é a câmara consultiva para assuntos da saúde suplementar, formada de titulares e suplentes indicados por instituições previstas na Lei 9656, e dentre essas instituições estão órgãos de defesa do consumidor, representações de operadoras, dos conselhos da área da saúde, das centrais sindicais, de hospitais, enfim, envolvendo os vários segmentos que participam da saúde suplementar. Pontuou que o tema central da discussão é bastante complexo, ainda mais em face da proposta atual de regulamentação, e que a ideia é, primeiro, padronizar o entendimento do tema, conhecer experiências do que está sendo vivido pelo setor as especificidades, os problemas, as facilidades, partindo-se, então, para a organização de mini-grupos de discussão que proporão soluções a todos os problemas pendentes, para que se possa, ao longo de alguns meses, realizar algumas reuniões**

presenciais e também formar um grupo para troca de experiências. Informou que há um grupo interno da agência que discute o tema, que, inclusive, está presente à esta reunião, e que espera que todos ouçam e reflitam no sentido de definir uma proposta, mas que contemple tudo o que está ocorrendo sobre assistência farmacêutica, as possibilidades, necessidades e dificuldades a serem enfrentadas. Salientou que pra isso foram convidadas várias pessoas para oito apresentações que responderão a algumas perguntas pré-elaboradas pelo grupo técnico na forma de um questionário para as empresas que ajudará muito nas discussões. Observou que tentar responder a essas questões será importante porque o grupo recebeu uma proposta muito interessante da Fiesp, que será apresentada pelo Michel. Avisou, para quem nunca participou do grupo, que as discussões costumam ser bastante acaloradas.

MARTHA iniciou sua apresentação salientando que pela política nacional de assistência farmacêutica, de 2004, a assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento com insumo essencial e visando o acesso ao seu uso racional. Colocou que a razão de discutir assistência farmacêutica na saúde suplementar é, primeiro, por se tratar de um importante problema de saúde pública, e grande parte dos medicamentos é provida pela compra direta dos usuários, havendo grande variação do poder de compra da população, determinada pelas desigualdades de renda no país, o que gera acesso assimétrico aos medicamentos, trazendo como consequências interações e dificuldades de tratamento. Acentuou que a situação é ainda

mais dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, do tratamento de doenças crônicas muitas vezes com duração por toda uma vida, tornando-se inacessível para parte significativa da população, seja pelo alto custo do medicamento ou do tratamento. Aduziu que a Agência acredita que o estímulo às operadoras oferecerem produtos que contemplem a assistência farmacêutica pode proporcionar um impacto positivo na assistência do beneficiário do sistema de saúde, evitando hospitalização, agravamento de doenças e contribuindo para a sua cura ou estabilização, razão pela qual o tema assistência farmacêutica entrou na agenda regulatória, lançada pela Agência a partir do ano passado, reunindo os temas prioritários no âmbito da ANS para 2011 e 2012. Informou que até 2012 a Agência precisa dar alguma resposta para o tema, sobre o que é e o que não é possível, e que o objetivo do grupo é estudar alternativas de oferta de assistência farmacêutica ambulatorial para usuários do setor de saúde suplementar, portadores de patologias crônicas de maior prevalência, como forma de reduzir os subtratamentos, e que foram feitas várias reuniões com o grupo interno para tentar entender o que há hoje de importante no setor. Lembrou que a primeira reunião aconteceu em 15 de setembro, depois outra em 21 de setembro, pra tentar levantar para esta reunião presente quais os entendimentos do grupo, o que há na regulamentação e o que é possível ou não. Apontou que hoje na assistência farmacêutica na saúde suplementar a cobertura de medicamentos é regulamentada pela Lei 9656 , que no seu inciso 3º, alínea D, do artigo 12, prevê a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos conforme prescrição do médico assistente, administrado durante o período de internação hospitalar, o que significa que durante a internação

qualquer medicamento prescrito pelo médico assistente tem cobertura obrigatória, com exceção daqueles medicamentos que não têm registro na Anvisa ou medicamentos de uso off-label. Explicou que o setor se divide em três mundos, o mundo internação, que está totalmente contemplado pela lei, o mundo do tratamento domiciliar, onde está a maior tarefa do grupo, porque na mesma lei faculta, em seu inciso 6º, do artigo 10, a exclusão de cobertura de fornecimento de medicamentos de tratamento domiciliar, e o mundo da medicação ambulatorial. Observou que há conflito de nomenclatura com a assistência farmacêutica do SUS, que não denomina dessa maneira, mas que a Resolução Normativa 211, vigente desde 2010, estabelece que para medicamentos, qualquer que seja, incluindo os ambulatoriais, os medicamentos registrados e regularizados na Anvisa e utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol têm cobertura, incluindo, como exemplos, exames laboratoriais, colocação de bomba de infusão e qualquer procedimento que incorpore uma medicação. Observou também que até 2007, 2008, havia uma ambiguidade em torno disso, muitos acreditavam que era coberto só procedimento e não o medicamento, mas a partir de 2008 a Agência deixou claro na regulamentação que têm cobertura todos os procedimentos do rol que incluem medicação. Acrescentou que, além disso, há um artigo que fala da quimioterapia oncológica ambulatorial, que também evoluiu desde a Consu 10/98 e em 2008 chegou-se à redação que diz que quimioterapia oncológica ambulatorial é entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos de controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que independem da via de

administração da classe terapêutica e que necessitam, conforme indicação do médico assistente, ser administrada sob supervisão ou intervenção direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde. Ou seja, a lei traz uma exceção para a quimioterapia, entendida por longo tempo como citostática, que significa que a quimioterapia oncológica ambulatorial, que na realidade é mais que a citostática, abrangendo todos os medicamentos usados para tratamento do câncer, incluindo os adjuvantes, de efeitos adversos, usados numa classificação totalmente diferente da encontrada na literatura. Esclareceu que o grupo considera adjuvante o procedimento que vai auxiliar no tratamento do câncer, hormonioterapia, por exemplo, tendo conseguido, portanto, a inclusão na quimioterapia oncológica ambulatorial de todo o tratamento ambulatorial feito para o câncer, e não somente o citostático.

Martha continuou sua apresentação, reforçando que o grupo desenhou os três mundos de cobertura: o domiciliar, o ambulatorial e o hospitalar/internação, cabendo questionamentos com relação aos três, mas o ambulatorial tem muitas questões além da quimioterapia oncológica, e que na nova revisão do rol que passará a valer em 1º de janeiro de 2012 foi incluída, por exemplo, a medicação para tratamento de artrite. Destacou que no mundo domiciliar, entretanto, nada está coberto e que citou outros artigos na resolução sobre medicamentos, o primeiro, que o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pelo Citec não precisariam ter cobertura obrigatória. Lembrou que o Citec avalia os medicamentos quanto à sua eficácia, segurança,

efetividade e custo-efetividade e considerou que o custo-efetividade não valeria para a saúde suplementar, que deveria ter uma análise própria para o setor, o que não é feito hoje e na realidade isso vem sendo amadurecido no Brasil. Observou também que tratamento experimental é aquele que emprega medicamentos ou produtos não registrados ou considerados experimentais pelo CFM ou CFO ou é off-label. Com relação ao off-label, disse que o artigo foi mantido por uma questão de segurança. Aduziu que esta reunião visa ampliar a discussão do tema a partir da base legal disponível, definir o que pode ser feito e o que não seria possível fazer com esse arcabouço legal, e, enfim tentar construir alguma proposta. Citou um conjunto de temas que constarão das apresentações deste grupo, proposto para agilizar as discussões, entre eles o fato de alguns, como a PBMA, os RHs, já possuírem experiência no oferecimento de algum tipo de assistência farmacêutica aos usuários, experiências estas, que exitosas ou não, poderão ser compartilhadas pelo grupo e orientar decisões relacionadas ao projeto. Explicou que a PBMA é programa de benefício de medicamento, é uma empresa que ajuda a gerenciar o oferecimento de medicamento. Destacou que a concorrência entre planos de saúde poderia aumentar através de um produto que comprovadamente traz retorno em saúde, que a maior adesão ao tratamento medicamento para os beneficiários traria a consequente estabilização do quadro clínico, além da melhoria da qualidade de vida, o que acarretaria diminuição dos gastos com a assistência, tendo em vista que complicações do quadro clínico geram intervenções mais caras e procedimentos de alto custo. Citou também a questão da interface do benefício farmacêutico a ser oferecido com os medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS.

**Aduziu que a questão é o que poderia ser feito como diferencial para o que hoje é oferecido no SUS, se isso penetra a assistência suplementar ou não, se as pessoas da saúde suplementar não buscam os medicamentos da farmácia popular, se isso ajuda ou atrapalha; levantou questões sobre a avaliação da forma de oferecimento de medicamentos, tanto hospitalar como ambulatorial e domiciliar, quais os aspectos jurídicos devem ser avaliados, quais as formas de operacionalização de um possível benefício; a organização das listas de medicamentos, de doenças, de princípios ativos, como ela é feita, reavaliada, se é realmente necessária uma lista, e como seria feita a seleção; as formas de normatização; indução de incentivos para o oferecimento do benefício da assistência farmacêutica, se realmente é possível normatizar o tema com a atual legislação; quais as formas de medir os resultados da implementação do serviço. Comentou que hoje a Agência participa de um projeto com a Casa Civil de análise do impacto regulatório e que toda resolução que é feita pela Agência supõe antes uma análise de seu impacto regulatório, a exemplo da resolução sobre bônus e prêmios em relação ao envelhecimento ativo, que foi o início do formato de uma nota técnica de análise de impacto regulatório. Pontuou que a partir de quando o grupo pensa um problema, é preciso construir todos os cenários de solução para aquele mesmo problema, tentar medir o impacto e as conseqüências para todos os atores, o que demanda um trabalho enorme, mas produz resultado pra quem participa do processo, que, então, consegue entender tudo. Salientou que o tema da assistência farmacêutica é um piloto da avaliação do impacto regulatório que começa a ser construído hoje e todos poderão acompanhar e contribuir. Continuou dizendo que tem que avaliar dentre**

as formas já utilizadas de assistência farmacêutica aquelas em que o benefício realmente traz saúde e seja vantajosa para os beneficiários, havendo vários modelos de oferecimento. Informou também sobre a proposta de organização do grupo, que pretende ter reuniões pré-agendadas, fazer um grupo com o email de contato - *gt.assfarmaceutica@ans.gov.br*. Adiantou que a ideia é dividir em blocos de problemas, o primeiro é o bloco jurídico, o segundo é como operacionalizar o serviço e um terceiro bloco seria como normatizar tudo isso. Acrescentou que todas as apresentações de hoje serão colocadas no site e ficarão disponíveis, como também o email, sendo que as pessoas poderão abrir as apresentações e enviarem suas contribuições, agregando conteúdo à discussão. Disse também que esta e outras apresentações serão enviadas a todos, bem como o link da apresentação que estará no site. Anunciou que Michel (da Vivo) fará a primeira apresentação, trazendo a experiência de quem compra esse benefício farmacêutico para os seus funcionários.

MICHEL DAUD, médico e diretor de saúde do grupo Telefônica, assinalou que em sua apresentação pretende passar um pouco da experiência do que realmente é um programa de benefício de medicamentos dentro de uma empresa corporativa e não de grupos individuais. Informou que a Vivo tem um produto há três anos que proporciona grande satisfação à companhia, inclusive no gerenciamento das operações. Observou que as compras, guias e internações são processadas e às vezes faltam informações dos médicos, até por questões éticas. Comentou que recebeu do PBM muitas informações sobre grupos de pessoas comprometidos com problemas de saúde os quais a



Vivo desconhecia. Disse em tempos atrás e até hoje é possível ver empresas com conceito de que o desconto-farmácia é o melhor modelo de proporcionar algumas coisas aos funcionários, o que realmente é, porque entende que não adianta gerir a doença através de uma boa operadora se não se dá o medicamento para complementar o tratamento. Acentuou que outra questão que considera importante mundialmente é a gestão de crônicos, algo para ele pouco investido e pouco explorado. Assinalou que hoje as operadoras estão preocupadas, até porque os sinistros e os crônicos estão aumentando, as atividades profissionais são mais exigidas e cada vez mais e as doenças estão aparecendo, exigindo que se tenham todas as ferramentas pertinentes para se chegar a uma informação fidedigna. Informou que 45% a 50% dos custos com o benefício estão nos doentes crônicos, e por conta disso a Vivo começou a trabalhar, selecionou algumas empresas, fez avaliações, estabeleceu uma grande empresa, foi ao mercado com ela, pegou a carteira dessa empresa, com 800 mil vidas, verificou o que havia de perfil igual dentro da carteira, realizou uma série de simulações e criou um modelo com pré-pagamento de valor ínfimo de R\$ 3,90 por vida, dentro do limite de R\$ 300 por mês, e subsidiou, ou pelo menos dá 35% pra medicamentos genéricos, 20% para medicamentos de marca e 15% para medicamentos outros, conseguindo com isso chegar, gradativamente, a 12% da população da empresa. Disse que em seu ver o benefício não tem que ser dado, como muitos pensam, mas cobrado, porque afinal trata-se de um benefício, e se pessoa estiver participando vai valorizar muito mais o benefício. Aduziu que o programa está crescendo e apresentou uma pesquisa, feita pela equipe de Alberto Ogata, em que foram avaliadas 62 empresas com algumas perguntas básicas.

Comentou que foram convidadas empresas como ABQV, Apsa, Geab e Aximed, foi utilizada uma plataforma e a pesquisa foi acessada por 162 pessoas e respondida por 31 empresas, através de uma plataforma que permite uma única resposta por empresa. Informou que a pesquisa apurou se a empresa oferece assistência farmacêutica ou medicamentos com descontos em itens gerais, quantos funcionários foram beneficiados, se 101 funcionários, 1001 ou até 10 mil, se a empresa oferece descontos em farmácia, programa de benefício em medicamentos, operadoras e planos de saúde e outras. Disse que só pra se ter uma ideia, mesmo tendo um mercado aquecido em termos de benefício de medicamentos, ainda existem muitas empresa que só oferecem descontos em farmácia, sem a gestão da informação. Ressaltou que do ponto de vista da empresa, a pesquisa questionou quais as vantagens de oferecer assistência farmacêutica aos funcionários, como diminuição do absenteísmo, forma de acompanhamento dos pacientes crônicos, diminuição do turnover, melhoria da qualidade vida do funcionário e outras. Acentuou que o acompanhamento de pacientes crônicos e a melhoria da qualidade de vida foram mais evidenciados na pesquisa. Também buscou apurar das empresas quais as desvantagens de oferecer assistência farmacêutica, tais como alto custo, dificuldade de operacionalização e falta de interesse. Informou que cerca de 40% mais ou menos apontaram o alto custo e também 40% apontaram dificuldade de operacionalização e foi muito pequeno o índice de falta de interesse das empresas. Disse que o alto custo está muito voltado à questão de dar o benefício, porque não há como reter o valor do medicamento, mas quando o usuário participa, eles conseguem reter com receita e pagar os medicamentos. Sobre a dificuldade da

operacionalização, considerou que é muito importante ter uma rede muito grande de PBMs e ou de farmácias. Observou que no caso, quando o beneficiário está numa determinada região do país e não tem farmácia credenciada, não tem acesso ao benefício, foi um dos grandes fatores analisados, apontando que a capilaridade de farmácias é até mais importante que a própria rede médica e de profissionais de saúde. Destacou que quanto à operacionalização da assistência farmacêutica, 14% das empresas o faziam através da lista de medicamentos; através da lista de doenças, mais ou menos 14.11%; e 12% foi através de médico referenciado e de programas de promoção de saúde. Aduziu que pra que se possa gerenciar doença tem que conhecer totalmente a população, através do gerenciamento de informações prévias geradas pelas operadoras dentro e de uma estratificação muito bem definida, o que permite melhor seleção das pessoas, e depois grupos específicos de gerenciamentos das patologias e das pessoas nelas inseridas. Acrescentou que a lista de doenças seria o mais importante, mas depende muito da empresa.

MARTHA propôs que fossem feitas quatro apresentações, depois as discussões, e depois mais quatro. Disse que a ideia inicial era fazer dois blocos, começando pela apresentação do Michel, depois três operadoras convidadas, e à tarde um módulo diferenciado, começando com o Monteiro apresentando pela PBM, depois a Vera falando pela Interfarma, e a Polyanna do Protest.

**JOÃO PAULO (CAPESESP/CAPSAÚDE) iniciou sua apresentação com foco na experiência de uma operadora que já tem um programa de assistência farmacêutica dentro de um conceito de assistência e não de fornecimento de medicamento. Informou que é diretor de previdência e assistência da Capesesp/Capsaúde, que são planos de saúde, é uma autogestão que tem benefícios previdenciários e assistenciais, é um plano coletivo empresarial de abrangência nacional e com alguns produtos regionais, e seus órgãos patrocinadores são o Ministério da Saúde, Funasa e algumas universidades federais. Comentou que a realidade da empresa, já há alguns anos, é de transição epidemiológica, e que algumas operadoras, principalmente de autogestão, têm essa experiência para atender ao envelhecimento da massa, a diminuição do número de jovens e aumento do número de idosos, porque a carteira não se renova, diferentemente de um plano de mercado. Disse que a primeira coisa a ser considerada no caso, é não analisar a carteira de beneficiários só pela utilização de serviços assistenciais, o que para ele é uma visão importante, mas que pode ser distorcida. Enfatizou que o mais importante é fazer um perfil epidemiológico pra evidenciar os principais fatores de risco de doenças, a existência de patologias prévias. O que poderá ser acompanhado por um quadro comparativo entre os resultados da empresa, muito parecido com um trabalho que a ANS fez junto à Vigitel, Vigilância Epidemiológico em 2008, demonstrando que a empresa está mais ou menos dentro do perfil da população brasileira em termos epidemiológicos em relação à prevalência e incidência de doenças. Destacou que a receita da operadora extremamente limitada, juntando a parcela patronal, a que o governo fornece aos funcionários, em torno R\$200 a R\$ 220, e quase tudo é gasto com sinistralidade.**

Explicou que há um plano para titulares dependentes e outro para agregados, que arrecada um pouco mais, em torno de \$R 240, que é bancado integralmente pelo plano familiar no caso do governo não dar o subsídio. Disse que são fornecidos aos beneficiários quatro tipos de assistência farmacêutica, a mais importante é o auxílio a medicamento de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas, instituído em razão de que a empresa tinha uma mortalidade muito alta por doenças crônicas em 98, quando foi feito o primeiro estudo de morbimortalidade. Salientou que era alta a taxa de internações evitáveis, as doenças crônicas tinham forte participação e havia baixa adesão aos tratamentos, o que foi identificado através de pesquisa direta feita com 122 mil pessoas adultas, no final de 98, quando se verificou os custos do plano de saúde com essas patologias. Destacou que das pessoas que participaram da pesquisa, 45% disseram que tinham algumas daquelas doenças crônicas apuradas, mas não tinham condições de adquirir o medicamento, às vezes compravam parcialmente, mas nunca integralmente. Disse que o plano foi criado em 99, com cobertura nacional para todos os beneficiários, titular do plano, pai, mãe, porque o objetivo era tentar resolver a questão da sinistralidade. Ressaltou que a cobertura do medicamento abrange uma de A a Z, ou seja, todos os medicamentos registrados no país, e trabalha também com lista padrão de medicamentos, com desconto maior via negociação através de PBM. Acrescentou que a empresa tem uma política de substituição obrigatória por genéricos, a não ser que o médico proíba por meio de relatório, a substituição é feita pelo farmacêutico responsável pelo programa, e há o sistema de delivery, com reposição automática, o beneficiário recebe tudo em casa por encomenda, sedex, etc. O beneficiário recebe em

**casa todos os medicamentos, inclusive aqueles que precisam de acondicionamento especial, tem um acompanhamento gerencial rigoroso. Explicou que um outro sistema é o reembolso-medicação, meramente uma ajuda financeira para as compras em farmácia, o associado apresenta nota fiscal e receita e tem reembolso parcial, se for genérico pode ter o reembolso de até 75%, para medicamento de marca o reembolso é de 50%, limitado a um teto financeiro por família. Disse que a condição para gozar do benefício é não estar no programa de crônicos, e que a empresa faz uma bonificação extra para o genérico, baseado num estudo que mostrou que bonificar o genérico gera uma redução do custo de reembolso. O programa também inclui homeopatia e é de cobertura nacional, funcionando desde 98. Citou ainda outro programa criado em 99, de desconto-medicação, em que o beneficiário compra qualquer produto na farmácia dentro de uma lista padrão, que também incentiva o genérico, e ele tem apenas o desconto, paga na boca do caixa, o desconto pode chegar a 55% via PBM. Contou que quanto ao programa de doenças crônicas, a lista de cobertura selecionou as 20 maiores causas de internação e atendimento de pronto-socorro e as doenças crônicas mais frequentes. Como é um plano de pecúlio foi feito um estudo de mortalidade entre os usuários baseado em atestado de óbito e verificou-se que as doenças do aparelho cardiovascular e endócrinas eram as mais letais aos usuários em 99. Disse que o sistema funciona da seguinte forma: até R\$ 730 por semestre, o equivalente a pouco mais de R\$ 100 por mês, e que o estudo apontou que R\$ 86 por mês atenderia a 90% das pessoas, cobrindo integralmente o tratamento. O usuário co-participa com 5% de seus salários, na folha salarial, e 10%, se tiver duas e até três pessoas da família. Pontuou que**

posteriormente o programa foi ampliado para a parte oncológica, quando surgiram mais fortemente os primeiros quimioterápicos orais e a hormonioterapia oral em 2000. Destacou ainda que foi realizada uma pesquisa de qualidade de vida feita com os usuários do programa, em que 99% afirmaram que é muito importante esse tipo de benefício e 91% afirmaram que houve melhora da saúde e da qualidade de vida depois do tratamento. A pesquisa avaliou 8.324 pacientes do programa, com idade média de 63 anos, que hoje tem mais ou menos 11 mil, e mostrou também que 49% das doenças são do aparelho circulatório, 26% doenças endócrinas, 3% do aparelho respiratório e 1% do sistema nervoso. Disse também que o ticket médio até o primeiro semestre de 2010, foi de R\$ 552, o suficiente pra bancar o tratamento de todas essas pessoas. Acrescentou que o programa hoje tem mais ou menos 30% de uso de medicamentos genéricos e 45% da lista padrão, com desconto semelhante ao genérico. A comunicação on-line entre plano de saúde e PBM é feita através de um datahouse e um sistema de email order. João Paulo acentuou que todos os programas são monitorados via web, bem como todo o histórico do fornecimento de medicamentos desde 99 até agora, incluindo os tipos de medicamentos, posologia, produtos substituídos, até o controle do sedex na entrega em domicílio.

VILMA (CASSI) começou sua apresentação informando que a Cassi é também uma empresa de autogestão em saúde, copatrocinada pelo Banco do Brasil, atende o público da ativa e seus familiares até terceiro grau, também os associados, de forma que o benefício se estende a todo o corpo social. Disse que, diferente de muitas operadoras, na Cassi os serviços são

**próprios, contando no país com 64 serviços próprios denominados clínicas Cassi, que são serviços distribuídos para atender principalmente o público de associados, a empresa dispõe de equipe própria que trabalha com médicos da família, nutricionistas, assistente social, psicólogos, técnicos de enfermagem, prestando um cuidado longitudinal para a sua população, selecionando para esse serviço o público com maior sinistralidade. Aduziu que o serviço é opcional, a porta de entrada não é obrigatória e a empresa busca seduzir o participante para que ele seja realmente atendido, a empresa mantém uma rede de 38 mil credenciados em todo o país, com consultórios, clínicas e hospitais, e busca a integralidade e integração desses serviços da melhor maneira que o mercado permite. Destacou que nos serviços próprios a empresa opera vários programas de saúde, que existem há mais de 12 anos, com crescimento maior em 2004, havendo programas para as diferentes faixas etárias, programas periódicos de saúde para todas as faixas, programas para deficientes físicos, um forte programa para o risco cardiovascular. Iniciou no ano passado o gerenciamento de doenças crônicas, e neste ano está ampliando o gerenciamento de casos em cinco localidades, que representam o ápice do gerenciamento dos crônicos, expandindo para os cadastrados na saúde família e também para os não cadastrados. Assinalou que o programa de assistência farmacêutica sempre esteve dentro da Cassi nos seus mais de 60 anos, anteriormente não tinha uma definição de patologias e o associado comprava livremente e se ressarcia 100%, mas ao longo dos anos se criou uma tabela e ele passou a fazer o ressarcimento no sistema de livre escolha, mas foi sendo construída uma lista de materiais e medicamentos abonados, lista esta que tinha um normativo que contemplava**



quando abonar, qual patologia seria abonada, e era mais livre, de forma que há seis anos construiu uma lista forte de materiais e medicamentos que é abonada, com direcionamento bastante rigoroso para as doenças crônicas em seu estrito senso, aqueles medicamentos que às vezes faziam parte pra facilitar o tratamento saíram da lista, para que houvesse uma distribuição mais equânime em termos de Brasil. Salientou que, em paralelo à construção da lista, a empresa trabalhou muito a questão da logística, ainda convive com logísticas diferentes, mas o esforço atual é para que haja um tipo único de logística, porque isso interfere na continuidade e numa série de variáveis do programa. Informa que o programa também faz o fornecimento domiciliar, hoje em 13 estados, mas pretende expandir neste ano para mais oito estados. Apontou que há uma empresa PBM para facilitar essa logística em 11 estados e uma outra em dois estados da região sul, além de duas unidades que fazem a compra dos medicamentos e a entrega por motoboy especialmente nas capitais. Observou que, entretanto, no interior, em muitos estados, é ainda usado o sistema de livre escolha. Resumiu que a empresa conta com um cenário de 19 estados, onde os participantes, tanto na capital como interior, receberão medicamento em domicílio, alguns estados fazem compra própria e outros operam somente com o sistema de reembolso. Acentuou que a meta de empresa é que até o término do primeiro semestre de 2012 todos os participantes portadores de doenças crônicas recebam em casa os seus medicamentos. Apresentou o desenho do tratamento domiciliar da empresa, salientando que são seguidos rigorosamente todos os preceitos para o tratamento hospitalar e também ambulatorial, mas o objetivo geral é elevar o nível de saúde da população e com isso reduzir o agravamento dos

problemas de saúde e, por sequência, a sinistralidade. Relacionou entre os objetivos específicos facilitar o acesso aos materiais e medicamentos de uso contínuo, porque os estudos mostram que quanto mais fácil o acesso melhor a adesão, e estabelecer regras claras e critérios de abono de materiais e medicamentos aos participantes do programa de doenças crônicas. Falou também que a Cassi define os produtos a partir das patologias elencadas com base no perfil epidemiológico da população, de adoecimento, internação, morte, e seleciona as principais patologias que serão cobertas com o tratamento medicamentoso, e os profissionais se dedicam horas a estudar as evidências científicas, qual o melhor tratamento, o mais custo-efetivo, não utilizando ainda estudos fortes de custo-efetividade, mas de avaliação de tecnologia em saúde, olhando as evidências científicas pra priorizar os tratamentos para doenças crônicas, assim construindo a lista de medicamentos. Asseverou que a revisão é feita anualmente, os profissionais fazem esse estudo das evidências para que seja possível atualizar a lista de materiais e medicamentos, depois é colocado no sistema e as unidades passam a operar com elas. Comentou que, nos serviços próprios, a empresa mantém 142 médicos de família. No último comitê que se reuniu mês passado havia um perito, um oncologista, quatro médicos de família e mais três médicos da área de regulação e um farmacêutico, o grupo todo reuniu em torno de 10 pessoas e agora estão levando em torno de 45 a 60 dias para efetivar toda a revisão das evidências científicas a partir das doenças revisitadas, apurando quais as doenças estão sendo cobertas, quais serão mantidas e aquelas que não serão mantidas, e a partir disso estudar os medicamentos que estão sendo pagos para essas patologias e a revisão das evidências científicas pra

esse tratamento. Informou que o público-alvo do plano associado são os funcionários da ativa e os aposentados diretos do Banco do Brasil, e há também o plano Cassi-família, que são os familiares de até terceiro grau e os funcionários, exclusivamente pra tratamento antineoplásico de uso domiciliar. Apontou que o critério pra adesão ao programa é ter doença crônica com diagnóstico confirmado, assinar um termo de adesão, de três páginas, que explicita todas as regras do programa, toda a questão dos genéricos e também informa a coparticipação na folha de pagamento ou na conta corrente. Lembrou que a autorização se dá pelas unidades do serviço e no caso da oncologia, pela central. Explicou que todos os participantes vão em médicos da rede, que prescrevem os medicamentos, ou são atendidos pelas equipes próprias do programa, e a partir disso os médicos analisam se aquele produto indicado está na lista, se estiver ele é contemplado, e neste caso é informado que o produto não consta da lista, se houve algum outro produto com princípio ativo igual que esteja na lista, o participante é orientado a conversar com o médico assistente para que proceda a troca, a substituição. Ressaltou que não se paga genéricos existentes no mercado quando provado que o participante tem alguma incompatibilidade em receber o produto, mas nesse caso precisa ser mostrado que realmente o medicamento não surtiu efeito, o que significa que o pedido é alterado desde haja algum impedimento quanto ao genérico. Informou que o programa tem 55.507 pessoas inscritas, dessas 45.256 recebem o medicamento no domicílio, no país todo, a lista tem 48 itens de medicamentos cadastrados, quando olhada a diversidade das posologias isso extrapola em torno de 2 mil itens, os produtos são 483, o abono é exclusivamente pra medicamentos genéricos, de marca

somente quando não tiver o genérico no mercado. Revelou que na lista há o princípio ativo e as patologias para as quais as evidências são fortes para o tratamento. Disse também que são considerados de alto custo os medicamentos especiais, como para HIV AIDS, pra hepatite B e C e os antineoplásicos, todos cobertos em 100% do valor, como também os antineoplásicos e imunobiológicos de todos os planos. Em relação ao questionário enviado pela ANS pontuou, como aspectos positivos do programa de assistência farmacêutica, o maior controle das doenças crônicas, entretanto, não sozinho, por isso a empresa lançou mão do programa de gerenciamento de doenças crônicas, feito pela própria equipe, e também para os casos com empresa terceirizada. Aduziu que sozinho não traz o resultado efetivo e, por conseguinte, não gera a redução das intercorrências, internações e a satisfação do beneficiário. Com relação aos contras do programa, observou que a liberdade de prescrição a empresa entende como sendo contrário, porque a liberdade de prescrição às vezes traz alguma dúvida, a constante troca de prescrição também é problemática quando se faz a devolução, também às vezes a contralogística é mais onerosa do que a logística de colocar o medicamento em casa. Acrescentou que é autorizado cada pedido por 12 meses e a distribuição é a cada quatro meses. Também com relação aos contras, disse que a forte influência da indústria farmacêutica em evidência científica interfere bastante, gerando judicialização. Acrescentou que o oferecimento do benefício deve ser optativo pelas operadoras, porque sempre tem um ganho na qualidade da saúde da pessoa, mas cada operadora precisa estudar a sua saúde financeira e o ajuste que precisa ser feito. Informou que a empresa gasta hoje com o programa em torno de R\$ 98 milhões ao ano, um valor expressivo, e as

operadoras precisam ter consciência que pra poder fazer um programa dessa envergadura, tem que ser baseado no perfil epidemiológico da população, com protocolos com forte evidência científica, cobertura de doenças passíveis de bom controle medicamentoso, retirar os medicamentos oferecidos pelo SUS, porque entende-se que o financiamento do programa do governo envolve a todos, que já se pode ir na farmácia popular e obter os medicamentos pra AIDS/HIV, podendo fazer outros tratamentos, uma vez que a empresa já tem o financiamento, quando o município recebe o valor a operadora está contemplada nisso. Enfatizou que, entretanto, é preciso ter uma integração da operadora com o SUS. Com relação à avaliação de resultados, disse que a Cassi avalia resultados desse programa e de outros, mas que isso tem ainda muito viés. Ela entende que é preciso um estudo mais limpo, e Cassi está finalizando um contrato com a USP pensando em avaliar o custo-eficiência, pra que se possa realmente avaliar toda essa intervenção, o que realmente está produzindo resultados, qual é o nível de efetividade do programa. Revelou que em 2009 a empresa fez uma avaliação simples onde foram separados os participantes diabéticos, hipertensos bem controlados, hemoglobina glicada menor que sete. Explicou que um estudo comparativo com a população com o mesmo perfil, da mesma cidade, faixa etária, comparou que aqueles atendidos pela equipe e aqueles que não são. Observou que de fato os participante do programa tiveram redução de internação hospitalar em torno de 12,6%, diminuição de ecocardiograma em torno de 14%, redução de consulta ambulatorial em torno de 13%, então, mostrando que o tratamento medicamentoso associado a um conjunto de outros cuidados produziu de fato um melhor nível de saúde dessas pessoas, conseguiram manter

o diabetes e hipertensão bastante controlados, com alguns resultados importantes. Ponderou, contudo, que se trata de um estudo parcialmente controlado, mas agora a empresa quer fazer um estudo melhor controlado, com rigor metodológico e que deverá começar neste ano, com horizonte de término de seis meses. Informou ainda que o benefício é utilizado por 55 mil pessoas, incluindo o segmento de alto custo, que no conjunto de patologias que mais são pagas, em primeiro lugar estão cardiovasculares, depois os modificadores do metabolismo, em seguida transtornos psíquicos e saúde mental, os oncológicos representam em volume 11% e em custo são o primeiro lugar. Concluiu dizendo que a média de custo per capita é de R\$ 902,00, incluindo o alto custo.

FRANKLIN (Golden Cross) disse que sua apresentação traz uma visão e alguns questionamentos para as próximas discussões. Assinalou que uma pergunta que precisará ser respondida é o que se quer realmente, se um benefício, uma facilitação, ou uma garantia, um seguro, se será bancada alguma coisa ou será apenas uma facilitação do acesso à obtenção do medicamentos, se a oferta do serviço será opcional ou compulsória. Colocou que se for compulsório será preciso encontrar receita para isso, porque essa compulsoriedade do preço encarece o sistema, mas também pode haver a comercialização isolada. Disse que as empresas com PBMs já comercializam, principalmente as autogestões, que oferecem para o próprio estipulante, e já existe a comercialização isolada do benefício de farmácia. Indagou como isso será financiado, se através de capitalização, armazenando recursos para usar a partir de um determinado momento, o mutualismo, o seguro-

saúde, se as pessoas vão partilhar as despesas, se haverá ajuda pra pagar os medicamentos, ou pós-pagamento, que é a modalidade mais comum do benefício- farmácia, onde as empresas contratam o benefício e depois pagam o custo. Disse sobre a questão do preço que o mercado farmacêutico tem composição extremamente cruel e por isso é uma oportunidade, porque qualquer farmácia dá desconto, a indústria fica com uma média de 42%, a distribuição fica com 45% e os impostos pesam 12%. Para ele, mesmo os 42%, a exemplo da insulina, o vendedor vende mais barato que o fabricante, mas de alguma forma sai com desconto, as tabelas divulgadas não são praticadas, então, existe um excesso de custo que gera uma oportunidade. Disse que o seguro-saúde se divide com e sem patrocínio, com patrocínio são os contratos empresariais e alguns poucos MPEs, alguns microempresários bancam o plano, o seguro saúde, e sem patrocínio são os planos individuais, os contratos por adesão através de associações, clubes, e a maioria do MPEs. Para ele essa divisão é fundamental para o raciocínio do benefício para a massa, pois hoje só se consegue imaginar o benefício-farmácia com os contratos com patrocínio, é difícil imaginar como estender o benefício para os contratos individuais. Considerou que para os contratos sem patrocínio, que são os contratos individuais, por adesão e a maioria das micro e pequenas empresas, o usuário de medicamento continuado, os famosos crônicos, têm uma grande motivação, porque todo mês compram medicamentos na farmácia e evidentemente a compra seria coberta, mas têm o risco certo, passa a ser venda de serviço em vez de cobertura, porque o cliente espera garantir algum tipo de benefício ao comprar o remédio no final do mês, já os medicamentos de alto custo, a pessoa tem grande motivação, o risco é certo e mais

intenso ainda, porque o peso no bolso é muito maior. Observou que no uso eventual, o indivíduo não tem motivação pra pagar algo a mais por esse produto, o seguro saúde, mesmo o jovem e a pessoa que não tem grandes riscos sabe que pode ser atropelada e ter de ir para um CTI e precisar de um atendimento muito custoso. Assinalou que benefício-farmácia possibilita ampliar a base de dados dos procedimentos realizados pelos associados segurados, e ainda qualifica a informação, como no caso da utilização continuada de medicamento, oferece maior segurança com relação àquela pessoa, para os doentes crônicos. Informou que na sua experiência há mais de 10 mil pessoas sendo acompanhadas por gestão de crônicos, uma carteira de pessoas de classes A e B, mas a maioria compra remédios, sendo importante incentivá-las a continuar o tratamento, receber informações sobre sua doença. Destacou que uma parcela muito pequena dos pacientes realmente tem dificuldades de tomar o medicamento, e nesse caso a empresa tem feito o fornecimento, mas é parcela muito pequena se considerado que o medicamento seja dado a todos os crônicos. Reforçou que com o acompanhamento à gestão é possível perceber o indivíduo que está fazendo uso contínuo e ainda pode monitorar, se ele parou de tomar remédio, pode fazer com que ele volte ao tratamento, a pressão sobre ele é maior. Disse que considera como um dos maiores desafios do setor as fraudes ou o desvio de comportamento da pessoa que se sente garantida, segurada. Salientou que para os contratos individuais, os contratos por adesão, será preciso encontrar uma forma de como aqueles que usam menos vão pagar, se for compulsório o desafio é encontrar incentivos para fazer frente ao aumento do custo, é preciso encontrar efetividade para esse financiamento.



**Destacou ainda que privacidade de informações é outro problema, em razão de que o acesso a informações médicas das doenças que as pessoas têm precisa ser tratado com cuidado, já que a informação tem que transitar por pessoas que podem usar isso de forma incorreta, porque a empresa passa a ter acesso a informação privada dos funcionários e seus dependentes.**

**Encerradas as primeiras quatro apresentações, Martha abriu o bloco de debates.**

**ANA perguntou à Vilma como será o critério pra dispensação de medicamentos biológicos que já estão sendo oferecidos por algumas operadoras, mas ainda há dificuldades dos pacientes que usam esses medicamentos terem de apresentar todo mês o relatório mais recente, levando-se em conta a limitação física do paciente.**

**ISABEL (COFEN) perguntou à Vilma quais os profissionais que compõem a equipe de saúde da família da Cassi.**

**VILMA (CASSI) respondeu que em relação à artrite reumatóide, por exemplo, o medicamento é entregue no domicílio e assim também para os outros participantes com limitações que recebem o atendimento domiciliar, e que, além disso, um familiar daquele paciente pode trazer pessoalmente o relatório, enviar por email ou passar por fax. Explicou que assim que o pedido chega às equipes, estas fazem a avaliação e passam isso para o PBM, que depois é processado pela logística e providenciado o envio. Observou que em relação à hepatite C, a Cassi oferece cobertura para o plano associado, mas no caso do Cassi-família, não há a cobertura porque a empresa oferece o**

tratamento, bastante oneroso nos casos da hepatite B e C, é bastante mas há todo o protocolo que é seguido com rigor, baseado no protocolo do SUS. Com relação à equipe de profissionais do médico da família, respondeu que são agregados nutricionista, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem e enfermeira, além do médico de ambulatório, pra atender a demanda espontânea, médico do trabalho e médico perito e, trabalhando junto o médico de regulação quando tem alguma situação em que se faz necessário o trabalho em parceria.

ISABEL (COFEN) perguntou também se o grupo gestor pra assistência farmacêutica dentro das operadoras poderá incluir uma análise detalhada da má administração e manuseio do medicamento pelo usuário e dessa forma reduzir custos inclusive no que se refere à dispensação de material, já que o profissional enfermeiro poderá participar do grupo regular, porque é o profissional que conhece o número de medicamentos, porque muitas vezes há perdas e desperdício de medicamento e o enfermeiro auditor consegue reduzir muito os custos quando ele realmente faz a análise.

VILMA assinalou que na Cassi, por questão de legislação, nenhum serviço de saúde, ambulatorial pode funcionar com enfermagem sem ter enfermeiro, então, 100% das equipes têm enfermeiro e técnico de enfermagem, responsável técnico de enfermagem e de medicina, de forma que toda a questão legal é cumprida com rigor, todo o gerenciamento de resíduos segue protocolos com rigor, e seguramente é feito o acompanhamento, inclusive com suporte para grupos de cuidadores de pessoas que têm o seu familiar restrito no domicílio.

**JOÃO PAULO (CAPESESP) comentou que quando da implantação do programa, sua empresa não tinha condições de bancar o serviço para todas as doenças crônicas, apenas as de maior prevalência, o que já abrangia 80% das pessoas. Destacou também que outra dúvida frequente é sobre ter ou não uma lista padrão de medicamentos. Acentuou que é importante ter sempre na cabeça que o importante não é o custo individual do tratamento, mas a frequência com a qual ele ocorre, porque às vezes a aspirina é muito mais cara no tratamento do que um quimioterápico pra câncer renal que vai atingir 1% da população, que vai ter uma sobrevida de dois anos. Pontuou que receita mensal de sua empresa com o programa é R\$ 200, o governo dá R\$ 95 pra saúde suplementar, R\$ 105 é o usuário que paga de seu bolso, per capita. Sobre a judicialização, disse que como gestor de saúde que quer implantar um benefício, prefere fazer o benefício, desenhá-lo, do que alguém manda-lo fazer, por isso, ele não quer esperar a ANS mandar fazer, cobrir o oncológico oral, ou permitir que o projeto de lei que está em andamento para alterar a lei 9656 torne isso obrigatório, ou o juiz determine a cobertura de um medicamento fora do protocolo porque ele acreditou no que o médico prescreveu. Enfatizou que prefere fazer isso espontaneamente.**

**OTELO (FENAM) disse que trabalhou por longos anos em hospital público, onde ficou claro que quando se dá um medicamento de amostra grátis, há grande melhora do paciente, e quem se internava três, quatros vezes por ano passa a se internar uma, isso nas classes C, D,E, eventualmente.**

**MARTHA observou que o arcabouço jurídico atual permitiu tudo pra internação e nada para o domiciliar, e alguma coisa meio termo para o ambulatorial. Considerou que a organização da saúde suplementar em termos de assistência farmacêutica é tão diferente por causa do arcabouço jurídico, porque não se consegue separar listas de medicamentos, está tudo misturado, se o medicamento especial é de internação está coberto, mas se é domiciliar não está, e teria que haver lista especial, lista de alto custo pra cada modelo, para o hospitalar, ambulatorial e domiciliar, o que seria quase um surto. Comentou também que a Agência tem discutido muito, que na saúde suplementar é diferente do SUS, que paga, compra, distribui, faz toda a organização do sistema, já na suplementar isso pode ser feito de diversas maneiras, a operadora pode centralizar a compra e a distribuição, tanto pra medicamentos como para material especial, cada um se organiza de uma maneira própria, o que facilita e dificulta. Reforçou que é preciso encontrar uma maneira juridicamente viável de organização pra resolver o problema. Lembrou que a ANS teve a mesma preocupação com o contrato individual, porque para o plano coletivo as coisas vão se organizando, existe uma mobilização mais fácil, mas quando se entra com contrato coletivo, aquele alto risco ou a seleção de risco que poderia acontecer, isso se dilui numa massa coletiva. Observou sobre informação é vista muito negativamente, mas entende que a informação é vital, é o que vai tornar sustentável o sistema, e o que é preciso é fazer com que essa informação seja usada pra coisa certa, informações sobre a operadora, os terceirizados da operadora, de quem ela compra o serviço. Para ela, o problema é que a informação só é usada para o lado financeiro, mas essa cultura está mudando, é preciso transformar a informação em saúde, é isso que se está**

**tentado mostrar, mobilizar, criar essa cultura, não como forma de apurar custo, sinistralidade, mas garantir o acesso seguro, com sigilo da informação.**

**MIRIAM disse que ficou com dúvidas com relação à composição do plano da Cassi, pois no plano da Capesesp a assistência farmacêutica é oferecida a todos os usuários, 100%, já no da Cassi parece que tem o plano de associados e o da Cassi-família.**

**CARLOS VARALDO (do grupo de hepatite C) disse que lamenta que os usuários não tenham sido incluídos nas apresentações. Assinalou que ele é um dos grandes autores da judicialização contra planos de saúde, inclusive contra a CASSI, Golden Cross em relação ao tratamento da hepatite C com interferon, e enfatizou que todas as ações foram ganhas sem problemas, com a solicitação ao médico que na indicação do tratamento injetável coloque que quer uma administração assistida, começando a configurar um tratamento hospitalar, uma simples ação. Observou que alguns estados, como Bahia, já conseguiram pelo Ministério Público o que os planos são obrigados a pagar o tratamento, uma situação que atinge a hepatite C, mas serve pra qualquer doença, o que é um grande problema para os planos. Destacou que no caso da hepatite C, tem que comprar um medicamento de cerca de R\$ 1.500 por ampola, e se deveria procurar uma forma de pagar pelo menos o preço que o Ministério da Saúde paga na compra centralizada, de R\$ 300,00 por ampola. Informou que com relação aos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o que acontece é que a maioria dos médicos dos planos de saúde não está no cadastro nacional dos estabelecimentos**

de saúde e por isso não podem procurar esses medicamentos na farmácia estadual, na farmácia de alto custo, porque o Ministério faz uma relação de medicamentos muito mais inteligente do que a ANS, de forma que todas as doenças de alto custo, crônicas estão nas listas estratégica e especializada. Salientou que ao seu ver, a discussão deve ser centralizada sobre essa lista de medicamento, em como ter acesso a essa lista através de um associado de um plano de saúde. Acrescentou que colocou essas questões para serem debatidas na próxima reunião do grupo. Aduziu que o governo está interessando nisso também, através de coparticipação, e o custo para o plano de saúde cai 80% no fornecimento desses medicamentos, o que é uma saída.

JOÃO PAULO observou que tem genérico que é mais caro do que o medicamento de marca que o médico prescreveu. Ressaltou que PBM que trabalha com a Capesesp está acostumada a trabalhar com isso, e nesse caso é melhor oferecer o de marca, o que tem acontecido com certa frequência. Colocou que a empresa tem procurado a indústria farmacêutica, como nos casos em que termina o período de patente do produto, e quando isso acontece, ocorre da indústria baixar até 50% o preço do produto, ficando igual ao preço do genérico, então, essas negociações também são possíveis. Destacou que sua empresa não autoriza em nenhuma hipótese substituir o genérico por similar, porque o similar não é igual ao genérico nem ao de marca, só se o médico prescrever, porque não há no mercado. Enfatizou que considera também muito importante a co-participação do usuário, até pra valorizar o benefício, mas tem que ser um fator moderador,

não inibidor, pois o objetivo é valorizar o benefício. Assinalou que a empresa, dentro do teto adotado consegue fornecer para 90% da carteira de 11 mil pessoas toda a medicação de graça, sem co-participação, a custo zero, e os 10% que ultrapassam o limite, o beneficiário contribui até o limite de 5% do salário, e no do oncológico, que é mais caro. Ressaltou que pelo último levantamento, 60% das pessoas não co-participam com nada, porque não atinge o limite, 30% os mesmos contribuem com até 5% do salário.

VANDER (MÉDICO, SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DO MATO GROSSO, REPRESENTANDO O CONASS/CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE ESTADO DE SAÚDE) disse que a discussão tem que ser primeiro no foco de resultado, ou seja, o que se quer obter com essa inclusão ou não da assistência ambulatorial ou domiciliar farmacêutica na saúde suplementar, que são redução de custo, melhoria de qualidade de vida, redução de sinistralidade, do tempo de incapacidade das pessoas, da mortalidade, tudo isso junto, para promover a saúde, que é mais barato que tratar a doença. Acentuou que quem está nessa discussão tem a diferença clara entre os planos voltados pra ação social e aqueles voltadas à ação lucrativa, cuja abordagem é completamente diferente, pois a modalidade de financiamento de uma é totalmente diferente da outra. Disse que no seu entender, o maior desafio é como garantir a integralidade da assistência a cada perfil de paciente. Comentou que no caso do oncológico, metade do tratamento dele é na clínica do convênio e a outra metade no SUS, porque a saúde suplementar não garante tudo, o que para ele é inadmissível, porque a qualidade desse tratamento fica

comprometida. Portanto, ele acha que é importantíssimo definir essas linhas de assistência, inclusão de protocolos clínicos, padronização de medicamentos tanto para o SUS como para a saúde suplementar. Acrescentou que a Anvisa não tem como autorizar medicamento novo no Brasil sem antes haver a garantia do acesso, pois isso cria um cenário de conflito que sobra para o SUS, para o plano de saúde.

**SANDRO (FENASAÚDE)** falou que sua dúvida é em relação à possibilidade de uma previsão de interferência quando um médico faz solicitação de prescrição de um medicamento que não se enquadra na lista, e o usuário tem que voltar ao médico pra tentar negociar a informação dessa troca. Questionou se isso não seria um entrave no processo de implantação do benefício-farmácia.

**GISELE (BRADESCO SAÚDE)** disse que os programas apresentados são muito bem sucedidos, mas tem que considerar a questão da carteira diferenciada entre as operadoras. Salientou que por conta dessa diferença de carteira poderá haver perfis epidemiológicos diferenciados, uma carteira de jovens, outra de pessoas mais afeitas a doenças crônicas.

**OTELO** perguntou à Vilma em relação àqueles planos onde fica o agregado, porque normalmente as operadoras não têm esse sistema e nas gerenciadas, como CASSI, a Geap, tem muito a questão do agregado, normalmente o pai, mãe, é um sujeito que custa muito mais.



**MARTHA disse que o objetivo do grupo é agregar a assistência farmacêutica ou agregar a discussão do tratamento medicamentoso ao modelo assistencial que se deseja. Comentou que há anos a ANS vem apontando que o modelo assistencial está equivocado, não está promovendo saúde, prevenindo doenças e foca no tratamento. Informou que esta reunião foi pensada pra se tentar dividir os problemas, e o que espera no final é ter uma lista de problemas e a construção de definições. Frisou que a prescrição é sempre uma decisão do médico e vai continuar sendo, contudo, é preciso caminhar no projeto de diretrizes com a AMB, pra incluir não só medicamento, mas também material, e se possível, começar a falar de prótese e órtese. Disse ainda que a similaridade até hoje não aconteceu e não parece que vai acontecer tão cedo, mas de qualquer forma não é papel do grupo estabelecer similaridade.**

**VILMA disse que é lógico que o profissional de medicina, que é o prescritor, tem a liberdade de prescrever, e que sua empresa recebe prescrições de produtos que nem a Anvisa liberou para o Brasil, o que é comum, às vezes teve congresso lá fora e o produto está liberado lá. Ressaltou que a diferença é que a CASSI colocou uma lista com evidências científicas sustentadas e é essa que a CASSI cobre, patrocina, e a liberdade de prescrição se mantém, sendo que o participante pode escolher e seguir aquele tratamento por diferentes razões. Reforçou que o plano é solidário, todos pagam pra que todos tenham algumas coisas, então, não se pode tratar de repente um segmento de pessoas recebendo um tratamento que ainda não tem nem registro no país, porque é uma inovação tecnológica,**

e isso vai impactar na cobertura pra todos, razão pela qual é preciso atentar para a solidariedade do plano. Concluiu que a CASSI segue algumas regras importantes na qualidade do cuidado.

## **SEGUNDO BLOCO – PARTE DA TARDE**

MARTHA retomou a condução do grupo no segundo bloco, anunciou mais três apresentações, a Vera, representando a Interfarma, Luiz Monteiro, da PBM A e Pollyana, representando o Proteste.

VERA (INTERFARMA) começou sua apresentação assinalando que foi responsável pela implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil, foi gerente geral da Anvisa, presidiu a PBM que foi comprada pela Horizon, e acredita neste modelo como a forma de resolver a questão da assistência farmacêutica. Pontuou que quando começou a implantação da política de genéricos, depois que já havia um número expressivo de produtos no sistema, que ela era muito cobrada e muitos diziam que os genéricos não tinham resolvido a questão do acesso da população. Disse que considera que realmente os genéricos não resolveram a questão do acesso, mas representam uma ferramenta para ajudar a construir uma política de acesso. Destacou que este é um momento muito importante e não se pode perder essa oportunidade de um debate tão transparente e aberto que a ANS está promovendo com essa discussão. Informou que têm acesso à assistência médica no Brasil, segundo dados da ANS, do governo, do SUS,

**76,6% da população, e 23,4% aos planos seguros-privados, onde quase 60% correspondem aos planos coletivos empresariais, que tem um pagador privado dessa assistência. Também citou dados de uma matéria que saiu domingo na Folha de S. Paulo, segundo a qual vem crescendo no país o número de empregados que se ausentem do trabalho por problemas de doença. Apontou ainda que uma pesquisa do SESI mostrou que 32,5% dos empregados deixaram de trabalhar pelo menos um dia entre janeiro e agosto de 2011 por motivo de saúde, e uma pesquisa da Associação Brasileira de RH do Paraná mostrou que as ausências por razão médica representam 50%, o que é um problema muito sério para o sistema econômico como um todo. Ponderou que a assistência à saúde tem quatro pernas, a assistência médica, que pede exames, prescrições, e por vários motivos, a não assistência farmacêutica no uso de medicamentos leva a algo indesejado pra todo mundo, que são as internações, e sem medicamento realmente essa mesa não se equilibra. Frisou que a assistência farmacêutica é parte da assistência à saúde, mas da forma como vem se dando essa assistência farmacêutica, quando se vê que os gastos da saúde estão no quarto lugar entre os gastos familiares, e o medicamento representa quase 50% dos gastos com saúde, quer dizer que isso não está resolvendo, é um desafio global, pois cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso a medicamentos, e 52% dos brasileiros abandonam o tratamento médico por falta e dinheiro pra comprar o medicamento, e 59% da população ganha até dois salários mínimos. Observou que quem ganha até quatro salários mínimos não compra medicamentos, as necessidades básicas de uma pessoa são morar, se transportar e se alimentar, não sobra pra medicamentos. Colocou que consumir**

medicamento não passa só pelo aspecto financeiro, e a estimativa mostra 5 milhões de brasileiros estão sem acesso. Assinalou que há uma enorme defasagem entre o Brasil e os países desenvolvidos em termos de assistência médica. O Canadá, por exemplo, se propõe a dar a atenção em saúde 100% pública, mas no Brasil, mesmo que tivesse um arroubo de generosidades dos parlamentares e o orçamento para a saúde fosse dobrado, não seria suficiente. Colocou que a dificuldade de adesão é grande e leva à descontinuidade do uso, que há também o uso inadequado, que é muito perigoso, gera agravos, internações, que é muito indesejado, então, é preciso discutir alternativas de solução. Enfatizou que o acesso a medicamento, à assistência farmacêutica passa por investimento, produção e distribuição, atendimento domiciliar, atenção aos doentes crônicos e o uso racional do medicamento, e toda essa discussão vai passar por discussão de custos diretos, materiais, internações, recursos humanos, exames, consultas, são custos altos, mais altos que os medicamentos, e os indiretos, indesejados por todos, que é a perda de dia de trabalho, produtividade reduzida, envolvimento dos cuidadores, custo social para a família, aposentadoria precoce e óbito. Citou dados da Fundação Osvaldo Cruz que mostram que 28% das internações são causadas por problemas relacionados à medicação, tais como efeitos colaterais, interações medicamentosas, intoxicação, que significa o uso irracional o remédio. Disse com relação ao impacto de novas tecnologias, que dados da universidade de Colúmbia, dos EUA, revelam redução expressiva na última década de mortalidade em função de novas terapias, novas tecnologias, então, medicamento é um componente muito importante em saúde e qualidade de vida. Falou também sobre a perspectiva de alteração da lei

9656, que acredita que essa lei pode ser alterada se houver vontade do executivo, e colocar a obrigatoriedade de fornecer medicamento de uso domiciliar para algumas classes terapêuticas. Disse que, entretanto, o foco, em sua opinião tem que ser no tratamento e não no medicamento. Destacou que os casos da Capesesp e da CASSI são premiados, são exemplos top, com números muito bons, o da Capesesp está em R\$ 552 o ticket em seis meses de tratamento, só que eles pagam tudo o que o médico prescreve, mas se o médico prescrever liptor, que até pouco tempo não tinha genérico, vai ter que pagar, que é muito mais caro que sinvastatina, então, nesse desenho não precisa necessariamente haver a obrigatoriedade de controlar uma dislipidemia, pagar liptor, e, sim dar abertura para essa discussão. Ela disse que é preciso trazer para o mercado um número de vidas que não estava no mercado, aí vem a negociação, com a indústria, que está vendo que está entrando milhões de vida no mercado, tem uma possibilidade de negociação, é a oferta e a demanda, que vai transformar muito o mercado, então, não vai haver substituição pelo genérico porque o medicamento de marca está dando desconto maior.

LUIZ (PBMA) parabenizou o grupo pela coragem de abordar o tema da assistência farmacêutica, que para ele é muito complexo. Disse que a PBMA é uma associação sem fins lucrativos que reúne as quatro operadoras de PBM que existem no mercado brasileiro, a Interfarma, Guidalim, Horizon e Funcional Card, todas as empresas têm mais de 10 anos, é um modelo consolidado, cada uma das empresas, quem tem menos tem 10 milhões de cartões, com programas diversos que fazem o gerenciamento, e uma minoria de programas subsidiados. Considerou que a discussão sobre o tema está

sinalizado para o conceito do custo efetivo para os doentes crônicos. Ressaltou que o PNAD mostra que saúde é a quarta necessidade de gastos da família brasileira, e o plano de saúde ninguém pode pagar, ou a pessoa ganha da empresa ou não tem, usa o sistema público. Destacou que dentro da saúde o medicamento é o primeiro fator de gasto e que há um problema grave de acesso que atinge de maneira desigual as classes menos favorecidas. Citou um dado antigo do Ministério da Saúde, segundo o qual 80% das prescrições não são aviadas na sua totalidade, em 50% o beneficiário inicia e depois desiste do tratamento, 30% da população continua sem acesso e 80% dos medicamentos são vendidos sem receita médica. Citou um estudo da Interfarma que mostra que há uma desigualdade muito grande, na classe A o custeio sai do bolso da população, R\$ 32.8 milhões, e o governo participa com R\$ 3.1 milhões; na classe B é menor e o governo vai participando um pouco mais, mas com relação ao risco, 15% dos indivíduos num determinado universo de usuários consomem 75% dos recursos. Disse em seu entender, se não é possível responder qual a porcentagem de hipertensos e diabéticos um plano tem, então não está havendo boa gestão da saúde, mas se está fazendo gestão financeira, ou seja, dar um livrinho de rede para um indivíduo, por melhor que seja, e dar o mesmo recurso para todos não vai dar certo, porque a sinistralidade vai estourar e os indivíduos farão parte de uma estatística trágica, e se a gente olhar o que está por vir do envelhecimento da população, esse quadro tende a piorar muito ao longo dos anos, o que significa que precisa haver uma solução imediata para o problema. Apontou que dados da OMS mostram que 60% das 58 milhões de mortes no mundo são devidas a essas doenças, e se for selecionada uma população de crônicos não tratáveis e

comparar com uma população normal, num determinado momento haverá uma curva de agravo da sinistralidade, pois o diabético virou nefropata, vai para uma hemodiálise, fica numa fila de transplante, nunca mais vai recuperar, ou seja, é trágico o custo social do indivíduo com tudo isso, entretanto, se pegar esse indivíduo no começo, dar um remedinho por dia, fazê-lo andar, fechar a boca e não deixar ele sair do tratamento, ele vai ter uma vida muito próxima da população normal. Assinalou que do lado humanístico ninguém tem dúvida, do da gestão também não, mas o pagador, o financeiro, quer o retorno de investimento, que é muito difícil no país, fica até leviano tentar fazer alguma coisa, até porque não tem dado anterior, não tem uma base estabelecida, uma métrica anterior para estabelecer novo parâmetro. Salientou que, entretanto, com base nas estatísticas sobre isso no mundo inteiro, esse dinheiro já está na mesa. Citou o exemplo de pegar uma determinada população de diabéticos insulino-dependentes e comparar o pré com o pós, tem custos adicionais quando o programa tem protocolo, o medicamento é apenas uma linha deste protocolo, promove a você tem diminuição de internação que dá uma economia de U\$ 440 por indivíduo ao ano. Disse sobre o mercado de pagadores de remédios do país, que pesquisa da Towers com algumas grandes consultorias, fez uma média dos benefícios das 500 maiores empresas do país, apontando os seguintes dados: 100% dão plano de saúde, demais benefícios vêm crescendo, o plano odontológico já está em 82%, e o benefício-farmácia, 66%. Acrescentou que, contudo, o benefício-farmácia acaba sendo uma grande vala, tudo que se fala sobre isso é benefício farmácia, mas quando se vai dissecar esse benefício, percebe-se uma mudança significativa comparando o ano 2007 para 2009, metade representada é o

antigo convênio-farmácia, em que se pega o remédio na esquina, com desconto em folha, paga a farmácia e não subsidia nada. Para ele, esse convênio é o malefício-farmácia, pois é o indivíduo que vai se automedicar, oferece possibilidade de fraudes, como troca do medicamento por leite em pó, já que não tem controle. Ponderou, entretanto, que isso vem mudando, ganharam espaço os PBMs, o reembolso direto também cresce. Disse que se poderia propor com relação ao benefício-farmácia na saúde suplementar é o modelo PBM, que tem grande diferença em relação ao modelo de assistência médica, que a rede de farmácia é credenciada e já nasce conectada, com autorização em tempo real, previamente, daquilo que vai ser indicada. Explicou que é um modelo que nasceu nos EUA, onde hoje 85% da população recebem o remédio através do PBM, um modelo consolidado, estabelecido. Observou que no Brasil está sendo implantada a tropicalização desse modelo, não há automedicação, o indivíduo ele vai ao médico, a prescrição é capturada na farmácia e todas as regras são checadas em tempo real, ele tem uma autorização, vai ao caixa, pega o remédio e assina o boleto. Explicou que o trilha tecnológico é igual ao cartão de crédito, é a mesma tecnologia, só que enquanto no cartão, há três informações, o ID, o ID do estabelecimento e o valor da compra, que vai para um banco de dados pra ver se a pessoa é elegível, se tem o dinheiro, debita e credita, no final do mês recebe. Apontou que no modelo PBM é o mesmo trilha tecnológico, tem uma rede conectada, o PBM toma o risco desse processo com a rede, fica devendo pra rede aquele valor, como seria a Visanet, Redecard, e depois fecha a conta com o pagador e fecha o modelo na farmácia. Acrescentou que além das três informações, o modelo pega o CRM ou CRO do



prescritor, a data da receita, o código de barras do medicamento e a quantidade do produto, tudo isso é checado com as regras que foram colocadas, então, é a mesma tecnologia, com a mesma segurança, mas só que o que tramita é um sistema muito mais complexo do que o de um cartão de crédito, no caixa tem um cupom fiscal vinculado, o usuário assina e tudo é guardado pelo varejista por três ou cinco anos, como também se faz para o cartão de crédito. Informou que a PBMA, entre as quatro associadas, está com cerca de 2 milhões de usuários, que são subsidiados pelas empresas com mais de 40%. Disse que hoje 180 empresas subsidiam medicamentos, são grandes empresas, o modelo é um pouco diferente, há efetividade do sistema, mas a grande maioria das outras empresas não está usando ainda o modelo delivery, está usando o modelo de buscar o medicamento na rede credenciada. Observou que a Petrobras, por exemplo, paga remédio para 270 mil pessoas, a Nestlé paga para todos os funcionários, com regras mais variadas, a Ambev, remédio, com regras customizadas, de forma que o sistema pode contribuir de uma forma muito fácil, porque qualquer que seja o modelo que vai ser implementado, provavelmente há uma pequena customização.

**POLLYANA (PROTESTE)** assinalou que a Proteste é uma associação brasileira de defesa do consumidor. Destacou que a garantia do acesso não é um problema do SUS, é de toda a sociedade brasileira. Salientou que a lei 9656 vem estabelecendo que o plano de saúde de assistência é privado, como contrato de consumo, e o bem jurídico garantido é a saúde e a vida do cidadão, e pra conhecer quem e é esse

consumidor é preciso reconhecê-lo como vulnerável no mercado de consumo, e a ele deve ser garantido informação, proteção da vida, saúde, segurança e prevenção e reparação de danos, interpretação pró-consumidor e abusos contratuais, reconhecido até pelos tribunais superiores, sendo ainda um direito constitucional, ainda que prestado de forma suplementar, havendo a tutela constitucional do direito à saúde. Apresentou algumas formas de financiamento de medicamentos no Brasil, o sistema público, através de portaria do Ministério da Saúde, o sistema privado, que é o pagamento direto do bolso do consumidor, através dos planos de saúde, o co-pagamento e o medicamento recebido em casa, que é outra grande preocupação da Proteste. Segundo ela, os custos públicos, a aplicação, o investimento público é muito inferior ao ideal e grande parte acaba sendo arcado diretamente pelo bolso do consumidor. Informou que a assistência à saúde é um gasto considerado no orçamento familiar, está em quarto lugar, depois de alimentação, habitação e transporte, e o medicamento tem grande representação, já que quando se trata da assistência à saúde para a classe de até R\$ 830 reais, os remédios pesam 4,2% das despesas gerais, representando 76,4% do que é gasto com saúde. Citou a pesquisa mundial de saúde de 2003, que mostra que a fatia mais pobre da população chegava a desembolsar 59% do total de recursos destinados às despesas com saúde. Comentou que esse gasto vem aumentando, o que é realmente preocupante, porque as faixas mais pobres da população não conseguem ter acesso sequer a planos de saúde, agora que começaram a ter, cerca de 9% da amostra estudada foram obrigados a se desfazer de bens ou pedir empréstimos para dar sequência ao tratamento médico, chegando a 11% nas famílias mais carentes, entre pessoas com

doenças de longa duração ou incapacidade com limitação, o percentual alcançou 16%. Revelou que a pesquisa de monitoramento de acesso e uso de medicamento domiciliar mostra que 89% da população tiveram acesso a todos os medicamentos, mas 17% tiveram acesso a apenas alguns ou a nenhum, e parte desse acesso foi em farmácia e drogaria ou por meio de medicamento que já possuíam em casa. Para ela, o que mais chama a atenção é que a maioria dos entrevistados não teve acesso porque não podiam arcar. Destacou também que pesquisa disponibilizada pela Progenérico, fabricantes de genéricos, mostrou que conforme se reduz a renda per capita aumenta a dificuldade de acesso aos medicamentos. Lembrou que a Proteste realizou em agosto último um seminário pra discutir a relação do medicamento com o consumidor no Brasil, com a participação de especialistas internacionais pra discutir quais as políticas públicas hoje que garantem acesso a medicamentos no Brasil e no mundo. Disse que a Proteste apresentou uma pesquisa sobre os 12 anos do genérico, mostrando qual a percepção da população e dos prescritores, os médicos não prescrevem, quase 50% dos médicos entrevistados ainda têm muita dúvida a respeito dos genéricos, e mais de 80% da população quer o genérico em razão do preço menor e por confiar no medicamento. Segundo ela, as pessoas querem, os médicos desconfiam, e quem acaba trocando é o farmacêutico, o que para ela é preocupante porque os médicos acabam não conhecendo qual o desenvolvimento do tratamento prescrito por eles. Disse também que uma das propostas do evento foi realmente o acompanhamento da agenda pra que haja introdução da assistência farmacêutica com o intuito de ampliar o mercado de medicamentos. Considerou que, do ponto de vista das indagações formuladas

pela ANS, a questão central é qual vai ser o subsídio, de quem vai ser, já visto que o consumidor não está conseguindo pagar, comprar o medicamento, e se for concedido através das operadoras, o custo do benefício vai aumentar e o beneficiário acabará sendo expulso do plano, posto que inadimplimento é enorme no Brasil e uma das primeiras despesas abandonadas é o plano de saúde. Quanto aos pontos favoráveis do benefício-farmácia, disse que em seu entender são a garantia de acesso ao medicamento ao consumidor para permitir o tratamento completo e eficaz, fomento ao mercado dos genéricos e redução da judicialização, principalmente para os medicamentos de alto custo, redução das complicações das doenças, dos procedimentos de alto custo com internações repetidas, nas doenças crônicas, e consultas com exames de repetição decorrentes de tratamentos inadequados por falta de acesso a medicamento. Conforme ela, no Brasil existem diversas iniciativas entre as operadoras, que vão desde o fornecimento de medicamentos de alto custo até medidas de facilitação do acesso. Assinalou que a proposta da Proteste é a criação de um programa, seguindo critérios adotados pela OMS, priorizando os mais vulneráveis, sempre visando as crianças, gestantes, idosos e portadoras de doenças com alta letalidade, porque doenças crônicas já é pacífico, já é interessante para as operadora, porque vai ter redução direta de custo, com redução de internações, exames. Observou que é preciso proteger também outras classes que precisam de proteção, de acesso a medicamentos, isto é, implementar critérios de cobertura baseados no grau de risco das doenças, e aquelas que exigem uso continuado de medicamentos. Com relação aos incentivos, apontou que a Proteste propõe que não seja permitido o repasse do custo somente para o consumidor.

Disse que no caso de doenças crônicas, o incentivo é a redução dos custos com consultas, exames e internações, incentivo à criação de centrais de medicamentos por modalidade de operadora, que vai baratear o preço da compra pelo volume adquirido, reduzindo o impacto do custo pelo alto poder de negociação da operadora. Acrescentou que uma forma de incentivo realmente seria a alteração das regras das garantias financeiras das operadoras, com o estabelecimento de critérios de risco em função do grau de desempenho do programa de qualificação, bem como da adesão aos programas preconizados pela ANS, como promoção da saúde, assistência farmacêutica. Frisou que a sugestão da Proteste é incentivar, reduzir o custo ao consumidor, já que as operadoras têm interesse em disponibilizar esse benefício, portanto, seria uma forma de incentivar as operadoras a aderirem ao programa. Para ela, os desafios seriam fornecer o financiamento sustentável, com a disponibilização de medicamentos para tratamento e atenção à saúde, mas sempre com uso racional, porque a automedicação é um problema inerente ao Brasil, e sempre é necessária a exigência da receita, da prescrição médica para que haja uso racional.

LAÍS assinalou que entende a necessidade de subsídio para o sucesso do programa para a assistência à saúde como um todo, suplementar e pública, mas há outro lado, pontuado pela apresentação da Proteste, que é de onde virá esse subsídio, porque se as pessoas não têm condições de arcar com aumento do custo, as empresas tampouco, vai acabar caindo-se na mesma cilada que hoje que o plano de saúde caiu, um empregado hoje se pergunta porque ele precisa pagar um rol

de cobertura mínima e porque precisa cobrir 100% se esse benefício no final do dia não é mandatório para ele. Ela disse claro que concorda com o foco que está sendo colocado pra doenças crônicas, na qualidade do atendimento. Aduziu que lhe parece que para um primeiro passo um subsídio mínimo não é razoável, porque o maior recrutador deste programa vai se recusar a fazer e haverá amparo legal para que o benefício avance.

FATIMA (ANS) disse que ficou com uma dúvida sobre medicamento pra AIDS. Informou que trabalhou no serviço público e os coquetéis, alguns medicamentos pra AIDS, para tuberculose, hanseníase são de dispensação exclusiva do Ministério. Portanto, perguntou se eles estão sendo também comercializados.

NEUSA (ABRIL) colocou que junto com o departamento nacional de prevenção ao HIV existe o conselho nacional empresarial de prevenção da Aids no ambiente do trabalho, e na realidade esse medicamentos não são comercializados, a disponibilização é feita através do serviço público e não há problema de utilização em nenhum momento.

NEUSA comentou que a Abril mantém o serviço há mais de 50 anos e há 14 anos mudou a autogestão administrada, mantém o convênio-farmácia há mais de 40 anos e está remodelando-o. Considerou que precisa ser colocado que não está fácil pagar esse benefício, o plano de saúde dentro das empresas.

**Assinalou que nos últimos cinco a seis anos a participação do benefício na folha de pagamento passou de 7% para 12%. Observou que o aumento de planos coletivos empresariais não acontece porque aquele número de trinta e poucos milhões é muito lento frente às necessidades, e até mesmo empresas de médio porte não conseguem dar mais benefícios. Destacou que as empresas grandes, como Abril, Nestlé, vão continuar dando o benefício, aliás, oferecem o benefício até antes da ANS. Indagou que incentivo o mercado está oferecendo para a incorporação do benefício e observou que muitas empresas de médio porte estão crescendo no país na área de serviços, e serviços não tem grandes margens, o país está se tornando um país de serviços, está vendendo commodities o tempo todo, e essa população não vai ter acesso. Comentou que no coletivo empresarial é mais fácil justificar hoje 8,5% do reajuste de seus planos de saúde.**

**MARTHA observou quando se fala que o médico, no Brasil, tem hoje total liberdade de prescrever, ele tem mesmo, mas o que está se discutindo é como é induzir, orientar e qualificar essa prescrição e nisso está inserido um conceito de pagamento. Disse que, nesse sentido, a ANS tem trabalhado junto à AMB, à sociedade. Comentou que liberdade de prescrever e a possibilidade de ter aquela prescrição paga pelo plano de saúde são duas coisas diferentes. Aduziu que ninguém desacredita na Anvisa, mas a discussão é outra, pois se existe um registro e esse medicamento é permitido no país, então ele passou por uma análise de segurança e muitas vezes esse medicamento, numa análise posterior, para entrar no protocolo, nas diretrizes, não tem efetividade, ele tem segurança, mas quando**

ele é comparado com outro medicamento ou com o protocolo já existente, ele não é custo-efetivo.

VERA ressaltou que há vários dados internacionais que mostram dentro do controle do paciente crônico uma redução dos custos mais expressivos do sistema hoje, tanto do ponto de vista da operadora que faz a gestão da assistência à saúde, primária e secundária, como do ponto de vista das empresas. Com relação a medicamento para Aids, disse que hoje, dentro da ideia de migrar para o sistema público, é um programa controlado, bem identificado, sai da discussão da incorporação, é um programa que tem incorporação de tudo o que precisa, que atende 100% dos pacientes, é totalmente inclusivo, e até a título de curiosidade, a per capita da Aids no Brasil hoje, no sistema público é R\$ 1.700,00 por paciente, enquanto o per capita da oncologia é R\$ 230,00.

MARTHA perguntou aos participantes qual o encaminhamento que será dado depois das apresentações. Colocou que tão importante quanto manter e permitir a adesão e a permanência, é garantir a assistência de quem já está no plano e com a melhor qualidade possível, no melhor formato possível, e é por essa razão que está havendo a implementação dessas regulações todas, buscando a melhoria na qualidade da assistência e a garantia de acesso. Enfatizou que tem sido discutido dentro da Agência uma norma sobre boas práticas de mercado, que isso permitiria desonerar um pouco a parte administrativa, de garantias financeiras, pra que as operadoras pudessem arcar com o aumento de custos assistenciais. Comentou que essa é uma discussão pra permitir maior aporte de recursos para a parte assistencial, mas sempre lembrando



que isso deve ser voltado para garantir acesso de melhor qualidade de assistência. Acrescentou que é urgente a necessidade de dar sustentação e organização do gerenciamento de saúde no país.

**CARLOS VARALDO** observou que a cada portador de Aids tem R\$ 2.300,00 de orçamento neste ano, mas cada portador de hepatite tem apenas R\$ 70,00. Considerou que todo doente é vulnerável e para ele, quando se quer privilegiar uma determinada doença, está se criando cotas e isso cria separação, e a Justiça nunca vai dar razão a isso, porque todos somos iguais, está na Constituição. Concordou que a adesão é um grande problema, e disse que hoje está provado que o paciente bem informado, bem educado, que tem assistência farmacêutica permanente, a resposta terapêutica aumenta 20%, e isso é muito bom, e se o objetivo da saúde, do plano, é curar o paciente, é preciso, então, curar e não dar o medicamento. Observou ainda que o plano de saúde paga muito pouco a consulta do médico, uma consulta geralmente não passa de 15 minutos, e indagou que informação o médico pode dar a esse paciente em 15 minutos. Colocou que assim, esse paciente sai com uma receita de exame, de medicamento, não sabe porque está tomando aquilo, toma dois ou três meses e para, vai a outro médico, que dá outra receita, de outro medicamento igual ou similar, e começa tudo de novo e esse paciente não se cura. Para ele é isso que ocorre quando se dá uma coisa de graça, assim como acontece com a farmácia popular, onde passam três meses e o beneficiário não vai pegar

o medicamento pra pressão, só quando se sente mal ele passa no médico, que receita o remédio.

GISELE salientou que não adianta mudança do sistema sem trabalhar a gestão, e que é um desperdício de dinheiro e esforço se não houver a gestão da saúde. Destacou que é preciso discutir como isso poder ser feito, a que custo, em que tempo e com que focos e perspectivas, bem como os tipos de operadoras, o perfil da carteira, das possibilidades tanto dos planos individuais como dos empresariais.

VERA frisou com relação aos genéricos, já que foi responsável pela implantação do programa, que não há genérico diferente do outro, todos cumprem a mesma legislação, têm que apresentar a bioequivalência e existe no Brasil um sistema de vigilância sanitária. Destacou que há também as boas práticas de fabricação e que todas as indústrias pra renovação do registro precisam passar por certificação de boas práticas. Explicou que a Anvisa tem que olhar a matéria-prima que está sendo utilizada, o processo de fabricação, validação, tem sim uma fiscalização do registro focada na validação das boas práticas para haver a re-elaboração dos registros. Acrescentou que em seu ver, tudo o que está sendo comercializado é bom.

MARTHA informou que sobre judicialização, o CNJ, Conselho Nacional de Justiça, há dois meses, orientou todos os juízes, procuradores do país que antes de qualquer decisão que procure o órgão de origem, então, todas as demandas da saúde suplementar estão indo pra Agência, assim como ocorre com a da Anvisa, o CFM, mas isso ampliou o volume de consultas, e

hoje o que entrava na Agência por mês, entra por semana, o que para ela significa que está havendo uma movimentação nesse sentido, das pessoas também tentarem se apropriar das resoluções, e isso ela acha que de alguma forma faz com que a Agência também se volte mais para a Justiça e tente fazer mais fóruns, criar mecanismos facilitadores, banco de dados que possam fazer uma interface um pouco maior com a Justiça por causa dessa decisão e que vai fazer todo mundo se movimentar. Adiantou que a ANS está tentando desenhar um modelo, até mais de um modelo, para, enfim, definir qual formato que se deseja para a assistência farmacêutica. Informou que o primeiro ponto nesse caminho é estabelecer o aspecto jurídico, o que pode ou não com a lei, e que estão sendo realizados dois estudos, um contando com a mudança da legislação e outro sem a mudança, e o que pode ser feito se a lei não for alterada. Esclareceu que é partir disso que será possível passar para o segundo passo e para isso será formado um grupo, cujo email é *gt.assfarmaceutica.gov.br*. Apelou para que todos se debrucem nesse primeiro mês em cima de criar possibilidades sem a mudança da lei, definindo bem claro o que é permitido dentro do atual arcabouço legal, e a partir daí tentar destrinchar. Avisou que durante o mês será combinada uma data para nova reunião, e que cada reunião tratará de um ponto específico, sendo o primeiro o arcabouço jurídico. Informou que o grupo já vem recebendo muitas contribuições a respeito do tema, mas concitou a todos que participem com sua contribuição.

**FIM DA REUNIÃO.**