

DEGRAVAÇÃO

ANS 30.10

Martha (ANS): Bom gente, boa tarde, obrigada por vocês terem vindo, na verdade é uma reunião para a gente passar para vocês o que chegou na Consulta Pública, o que a gente entendeu pertinente, o que a gente não entendeu pertinente e porquê, e como ficaria então a proposta final para ser aprovada e publicada. Essa é a nossa quarta reunião então. A Consulta Pública foi realizada entre os dias 04 de setembro e 06 de outubro. O que é a diferença de protocolo e contribuição? Uma pessoa é um protocolo. Essa pessoa pode mandar dez, uma, vinte contribuições. Então a gente recebeu cento e vinte e dois protocolos com seiscentos e cinquenta e cinco contribuições, que foi o que a gente analisou. E ainda vieram algumas contribuições por papel. É uma contribuição razoável, mas não é uma contribuição do tamanho que a gente está acostumado a receber com outros temas de cobertura, talvez por causa do tamanho ou da dimensão da Regulamentação. É porque essa Regulamentação ela é meio diluída em outras Regulamentações da Agência também. A gente analisou todas essas contribuições que chegaram, aqui são as instituições que colaboraram, ainda tiveram as pessoas físicas, que aí é óbvio a gente não colocou o nome. Dessas contribuições que chegaram, sessenta e oito por cento foram contribuições de operadoras, três por cento de consumidor, prestador e outros que não se identificaram. Aqui a gente tem sugestão de exclusão, inclusão e alteração. A maior parte foi de alteração. Das sugestões de exclusão, a maior contribuição que a gente recebeu foi para o Artigo 10, que era a forma de reajuste, depois Artigo 11, que eram algumas formas de mecanismos de regulação, e Artigo 13 que eram algumas patologias. Das sugestões de inclusão isso foi mais diluído, mas os Artigos 10, 11, e 13 eles sempre se repetem como os principais. E aqui, o que a gente fez? A gente colocou cada artigo e as contribuições que chegaram, e aí o verdinho aqui o que a gente pode incorporar, e o vermelhinho que não deu para incorporar, que a gente trouxe para discutir com vocês porque não deu.

Então o Artigo 1º dispõe dos princípios de oferta de medicação de uso domiciliar, ressalta que a norma não é obrigatória, a gente vai colocar mais um artigo deixando isso, mais claro, o que é ou não isso de ser obrigatório. Trocar o termo medicamento por medicação, a gente começou com assistência farmacêutica, lembra? Depois a gente passou para medicamento, e aí agora a gente chega em medicação. A gente pesquisou, a gente viu que a Anvisa, ela não faz diferença entre medicamento e medicação, ela fala de forma indistinta os dois termos, então às vezes ela chama de medicamento, às vezes ela chama de medicação, mas, na definição, quando a gente foi ver, o medicamento, ele realmente engloba algumas outras coisas que a medicação, que é o que ela está falando objetivamente aqui não engloba. Então a gente

não viu nenhum problema, a gente acatou. A criação de um segmento específico para assistência farmacêutica, a gente entendeu que isso era uma demanda de segmentação, e isso só pode ser feito pela lei, o tema não seria de competência da ANS, a gente não concorda. A gente acha que é uma, até alguém falou que era uma medida inócua, pois é necessária a mudança do Artigo 10. A mudança do Artigo 10 permitiria sim que ela fosse obrigatória, mas como forma indutora ela pode ser colocada. O Artigo 2º ele fala que a RN aplica-se a todos os contratos individuais, familiares, e coletivos para adesão, novos ou adaptados. Aqui ele pede a inclusão em planos antigos, a gente já discutiu isso aqui no GT também. A gente está falando de um contrato acessório a um plano principal, que ficaria muito difícil se esse contrato fosse antigo, e a possibilidade de contratação, independente da participação ou não do plano de saúde, que é de novo a idéia da segmentação. A segmentação volta depois, de novo, com uma idéia de você poder comprar um produto em uma operadora e outro produto em outra. De novo, tudo isso requer alteração da lei para que se possa fazer essa segmentação. As operadoras poderão facultativamente ofertar a seus beneficiários a medicação de uso domiciliar. E aí alguém traz uma discussão se isso é ou não comércio de drogas. A gente não concorda, a gente acha que não é um comércio de drogas, é uma forma de você ofertar o medicamento junto com um plano de saúde, que é bem diferente do comércio da droga, que aí realmente é específico para aquele ambiente de farmácia. É necessário deixar claro a obrigatoriedade da internação hospitalar. Isso a gente concorda, e a gente vai tentar dar uma redação. Depois eu trouxe algumas sugestões de redação para a gente ler que deixe claro o que é hospitalar, o que é ambulatorial, e o que é domiciliar. Inclusão de dispositivo na RN que preserve os programas de assistência farmacêutica já ofertados. Esse também foi um tema que chegou recorrentemente, principalmente nas altas gestões. A gente disse na Resolução que existiam duas formas de você ofertar: ou por liberalidade ou por contrato acessório. Aí alguém falou: não, tem uma terceira, que não é no contrato acessório, é no contrato principal, onde você já pode colocar algumas medicações que você poderia ofertar, e que é uma prática recorrente nas altas gestões, por exemplo. E não é isso que a gente está falando, a gente está regulando aqui o contrato acessório, a gente falou isso mesmo. Então, qual é a diferença, só para a gente deixar claro de uma coisa ou de outra. Na hora que ele é ofertado no contrato acessório, ele tem as regras do contrato acessório. Então você pode ter uma venda, a opção de um e a opção de outro, ou então você oferece e o beneficiário pode ou não querer aquele produto, querer pagar por aquele produto, ele vai ter uma forma de reajuste separado, dentro do contrato ele é vinculativo. Então, se ele estiver dentro do contrato ele serve para todo aquele produto, todo mundo tem direito. E o cálculo dele está dentro do cálculo de contrato, não tem que cobrar mais nada por aquilo. Mas é uma outra opção que a gente realmente não tinha pensando. Tem algum soltinho?

João Paulo/CAPESESP-UNIDAS: A ANS geralmente faz dessa forma, eu só queria confirmar, da gente para essas situações que não forem, que entenderem que já está contemplado, de sugestão de ter aquelas perguntas e respostas, que deixe bem claro isso.

Martha (ANS): Nesse a gente botou um parágrafo específico, depois eu vou te mostrar lá atrás como a gente colocou. Porque a gente achou que valia a pena, como a gente separa dois itens, a gente colocar um terceiro item, e dizer que esse terceiro item não é o objeto dessa Resolução. Aí depois a gente vai para lá, para a Resolução, para vocês darem uma olhada, para verem se ficou direitinho. Não a redação em si, mas a localização e a idéia.

João Paulo/CAPESESP-UNIDAS: Mas independente disso pode ser que tenha outras situações que precisam de maior clareza, e de seguir aquele padrão que a ANS já segue, de ter perguntas e respostas.

Martha (ANS): Olha lá atrás.

Egberto/Cooperativas: eu já não sei mais o que eu sou, mas...

Martha (ANS): É um problema de identidade.

Egberto/Cooperativas: Isso, isso me mata. Não, você fala de uma contratação separada. Então, eu tenho um contrato regido pelo Código Civil, e será vedado vender esse contrato pelo Código Civil para quem não tenha o plano de saúde. Pelo menos foi isso que eu entendi. Eu falei assim: não, só quem tem plano de saúde pode ter esse contrato acessório. Então, se esse acessório nós considerarmos como a possibilidade, sem desvirtuar a característica do registro de produto como serviço adicional que a gente teria que colocar lá no RPS, sem desvirtuar, agregar ao plano é uma coisa. Se eu tiver um contrato separado por leis, separadas, eu não posso inibir que venha um consumidor e queira comprar só este, e não me compre o plano. Então, tem que ter um cuidado quando se diz que é o acessório, que diabo de acessório é esse.

Martha (ANS): Concordo com você que a gente tem que tomar cuidado na hora que a gente fala, mas depois a gente vai voltar lá na Resolução. Então, assim, na Resolução, ela traz a definição do que é um contrato acessório. E assim, essa definição já tem outras regulamentações na Agência. Então você hoje já pratica isso. Tem contrato acessório para milhões de outras coisas: resgate aéreo, tem operadora que pratica.

Egberto/Cooperativas: Eu não posso evitar que qualquer um compre.

Martha (ANS): Somente o resgate aéreo?

Egberto/Cooperativas: Isso, senão eu faço venda casada. E aí o CAD (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) vem em cima de mim.

Martha (ANS): Mais ou menos. É um contrato que te agrega um valor de um contrato principal. Então, na definição você não pode praticar uma coisa sem estar praticando a outra. Ele não é vinculado ao produto, mas ele é vinculado ao contrato.

Egberto/Cooperativas: Então é a questão de eu poder inserir dentro do contrato, e não um contrato acessório, sem desvirtuar a característica do registro.

Martha (ANS): Ok. É a maneira como você fala. A gente está falando a mesma coisa. Uma coisa é você estar inserindo um aditivo, que é uma palavra errada, mas vamos usar ela aqui nesse sentido, um aditivo a um contrato principal. Outra coisa é você ter um outro produto que você vai vender isoladamente aquele produto. Não é isso.

Sérgio Vieira/Abrange: Na Abrange nós tivemos um momento essa discussão Egberto, e o entendimento foi o seguinte: primeiro, não é venda casada porque não é obrigatório comprar o contrato acessório. Então não é casada. E corroborando dentro disso, é uma atividade que eu tenho que ter uma autorização para. Então a minha autorização é para venda de plano de saúde, eu não tenho autorização para vender esse contrato acessório, eu não posso comercializar só o contrato acessório. Então não é que alguém queira comprar só esse benefício, eu não posso. A minha autorização é para eu comercializar plano de saúde. Então é aí que de fato é possível ser assim. O nosso entendimento lá na Abrange é que discutimos isso.

Martha (ANS): Aqui também é totalmente pacificado Egberto. Sem problemas, na verdade assim, a gente não está inventando isso agora, isso é um instrumento que existe desde 2002 eu acho, quando saiu a primeira regulamentação. Mas, sem problemas. Pois é, você falou isso no microfone, o que é pior. A gente depois pode tentar provocar isso de uma outra forma, o entendimento da Agência e que não pode ser vendido desagregado do contrato principal. Aqui está.

Sérgio Vieira/Abrange: No registro de produto não tem escrito, só tem escrito se eu colocar como serviço adicional, que consta aqui.

Martha (ANS): E se eu colocar a definição que já é a definição de registro de produto? Aí a gente tenta discutir isso de novo.

Procon: Eu sou da Diretoria Jurídica do Procon. Realmente está havendo essa dúvida, que eu não estou vendo dúvida nenhuma, nem aqui nem no processo. Particularmente aqui no contrato você está colocando um plus a mais em função disso, eu não vejo vinculação, venda casada, até porque existem outros produtos que você pode escolher no rol da operadora, eu vejo por aí.

Martha (ANS): Se o produto poderá ser oferecido apenas - é a mesma coisa – aos beneficiários inscritos ou poderá ser comercializado separadamente. Pode ser uma segmentação. Alteração: aqui fala das medicações, das definições, do Artigo 4º. Aí ele fala da alteração da terminologia foi proposta porque medicação é muito amplo, foi aquela discussão que a gente fez da diferença de medicação e medicamento. Tem alguma coisa... a exclusão do texto 'sem a cobrança de qualquer contrapartida financeira além das advindas da celebração do contrato, e a inclusão subsidiária...' Essa aqui é o seguinte, ele fala, a pessoa que deu a sugestão e a gente concordou, fala o seguinte: na hora que você fala que pode oferecer por liberalidade, mas fala que essa liberalidade tem que ser totalmente gratuita, sem nenhuma contrapartida do beneficiário, então a gente estaria proibindo que a operadora subsidiasse parte desse medicamento, é isso? Então não é essa nossa intenção, inibir nenhuma prática que a gente considere razoável. Então, a gente fez uma alteração lá na redação, que depois a gente vai mostrar para vocês, que a gente permite que sim, faça esse subsídio parcial, vamos chamar assim. Esclarecer o que é coparticipação, a gente também mexeu um pouquinho na redação. Aqui também reforça aquela idéia, mesmo nos programas pode ou não haver aquela cobrança de medicamento. Ok, a gente voltou nessa redação. Deve-se permitir que a operadora tenha a liberalidade de definir o seu mecanismo de regulação e existir fator moderador financeiro. Para a gente isso já está totalmente contemplado na norma, a gente só diz as regras de como esse fator moderador deve se dar, que é o teto, é onde ela pode aplicar. Agora, se ela vai ou não exigir, e como ela vai exigir isso, desde que esteja dentro da regra, ok. Conceituação não contempla os medicamentos prescritos pelos médicos no seu consultório quando são prescritos pela via de administração parenteral. É isso mesmo, a gente na primeira reunião a gente fez uma distinção entre domiciliar, ambulatorial e hospitalar. E a gente falou que a hospitalar hoje, toda a cobertura, toda a prescrição que for feita pelo médico assistente ela é de cobertura obrigatória. A ambulatorial, a gente está fazendo um grande levantamento, a gente vai começar a GT do rol ou no finalzinho desse ano, ou no comecinho do ano também, a idéia que a medicação ambulatorial ela vá sendo incorporada pelo rol. E sobrou para essa regulamentação a medicação domiciliar. Ok? Garantir o uso de medicamento único e exclusivamente registrado na Anvisa. A gente achou que era legal a gente repetir, não tinha esse artigo porque a gente estava com a memória da RN 262 e da RN 211 que já tem um artigo desse, mas a gente achou que era importante. É facultado às operadoras o oferecimento de assistência farmacêutica domiciliar, na forma de

contrato acessório. Esse contrato poderá apresentar características diferentes para coletivos individuais, assim como entre os coletivos. Erro de nomenclatura, trocar assistência farmacêutica por medicação de uso domiciliar. A gente esqueceu de dar aquele localizar, e tinha sobrado um aqui e a gente trocou. O referido artigo refere a lei que dispõe sobre controle sanitário. De novo é aquela idéia de comercialização de drogas que não cabe. Contextualizar as situações em que há oferta de medicação ou do próprio produto. A gente já falou desse artigo lá na frente. Planejamento orçamentário da operadora baseado no estudo do perfil epidemiológico em relação ao tempo de duração do tratamento qual a estrutura necessária. Realmente, isso é como vai se formar o preço, eu não vou tentar ensinar como é que vai ser o cálculo do preço. Adesão dos beneficiários aos contratos é facultativa, a faculdade pode ser exercida pelo beneficiário titular, e nos coletivos pela pessoa jurídica contratante. Em produtos já registrados não é uma faculdade do beneficiário aderir ou não a essa cobertura, portanto, a faculdade aplica-se apenas nos casos de contrato acessório. E ainda assim a escolha deve ser do contratante e não do beneficiário individualmente, visando a diluição do risco para a operadora. É importante que todo o grupo vinculado ao contrato participe e para evitar somente que os beneficiários com necessidades de uso imediato adquiram o produto. A gente entendeu a idéia, a gente só não vê juridicamente como fazer isso. A idéia aqui é muito mais tipo coletivo para adesão do que para o coletivo individual. E o que a pessoa sugere é o seguinte: uma vez que o contratante adere aquele produto, aquele contrato acessório vincula para todo o contrato. Essa é a idéia do contrato principal e não do contrato acessório. Poderia ser feito isso via contrato principal, e não como contrato acessório. A idéia a gente acha louvável porque você dilui muito mais o risco e você favorece a venda daquele... mas a gente não vê como obrigado ao beneficiário do coletivo por adesão a adquirir um contrato acessório. Ou então o cálculo vai ter que ser um pouquinho diferente para uma adesão, ou a forma de oferecimento pode ser mais agradável, a gente ter mais imaginação e a gente vender isso de uma forma diferente. Mas, realmente a gente entende a idéia, a gente só não vê como fazer isso. Esclarecer o beneficiário da obrigação de entregar o medicamento em casa. Essa foi recorrente e aí a gente vai tentar explicar lá nas perguntas e respostas, porque a gente acha que na norma já está contemplado, que todas aquelas regras que a gente bota, que o contrato deve ter, de logística, de como é a entrega, de como comprar, ela tem que estar no contrato. Mas eu não estou dizendo se é assim ou se é assado, a pessoa que vai avaliar aquele produto. A gente vai tentar esclarecer isso de alguma forma para as pessoas entenderem. Permitir o correto acompanhamento da proposta terapêutica. E aqui a idéia é voltar o conceito de assistência farmacêutica, que pode ser contemplado pela Resolução, basta isso ser uma proposta de quem está vendendo. Às vezes um dos benefícios é facultativo. A RN 195 dispõe que os contratos coletivos são firmados entre a operadora e a pessoa jurídica de cada entidade, a qual o beneficiário é

vinculado. A premissa de contrato acessório não pode ser comercializado separadamente? Logo aqui de novo, quem adere a pessoa jurídica. Sim, a pessoa jurídica tem que aderir, mas depois a venda pode ser individual. Os contratos de assistência farmacêutica não podem ser casados com os contratos de assistência saúde, garantindo a livre escolha dos contratantes e as opções de mercado. Essa daqui a gente já discutiu também, a gente precisa de uma segmentação para poder fazer isso. O prazo mínimo é de doze meses. Unificar a vigência do contrato acessório com o contrato principal para facilitar as negociações contratuais. Essa aqui a gente discutiu muito com a Procuradoria. Por quê? Depois do primeiro ano você acaba unificando o reajuste que a gente vai chegar lá, foi a maior contribuição que a gente recebeu foi no Artigo 10. Porque você vai unificar de alguma maneira os dois contratos, os dois vão acabar tendo um vencimento para reajuste na mesma data. Porque, depois a gente vai chegar lá naquela regrinha de ajuste, que chegou demanda também para o reajuste ser antes e não posterior, e a gente também discutiu com eles. Então, depois do primeiro ano do contrato, ele vence junto para fins de reajuste, mas para fins de vigência a gente não tem como obrigar que a gente só compre naquela data. Alteração de aditivo contratual, por contrato acessório, realmente existe uma palavra errada. Excluir o termo automaticamente e acrescentar a expressão por interesse entre as partes. Isso aqui é o que a gente fala que a vigência transfere automaticamente, passados os doze meses. Mas isso aqui é a regra igual do contrato principal, se você não fizer um ajuste, ele vai ser automaticamente renovado. Características do contrato principal referem-se a um produto separado ou vinculado. Aí aqui a gente volta naquela discussão de contrato acessório e contrato principal. Então, estando dentro do contrato principal, conforme chegou na demanda e a gente contemplou, ele é vinculado sim, vale para todo o produto e o reajuste está dentro do reajuste do plano principal. Permitir que o contrato acessório seja rescindido pela operadora quanto a parte contratante descumprir o contrato. A gente não entendeu. Na verdade quando falta o pagamento? A gente imaginou que seja isso. Possibilidade de CPT, a gente também discutiu, isso aqui não cabe. A formação de preço para o serviço se dá em regime de pré-pagamento, pós-pagamento ou misto. A nomenclatura que está valendo é a da 85, a gente deu uma revisada nisso. Não houve definição sobre a sua operacionalização. A gente não entendeu se é porque a gente restringe o pós-pagamento ao rateio e não ao custo operacional. A gente está imaginando que é isso. Então, a gente vai tentar deixar lá nas perguntas e respostas claras o que é realmente o custo operacional para o pós-pagamento, para a assistência farmacêutica não faz sentido, que a proposta que fixou o rateio único. Adotar a mesma terminologia da 144. A gente viu que na verdade a que está valendo é a da 85. Cobertura além da prevista na lei 9656, cobrar valor integral e individual do beneficiário. Essa discussão a gente está tendo fortemente no grupo de mecanismo de regulação. E aí a gente vai deixar essa discussão para o mecanismo de regulação. Aí aqui de novo, volta a

discussão do custo operacional. Reajuste técnico nos contratos, a gente não está falando do contrato, a gente está falando de um contrato novo, que é de contrato acessório, a gente não entendeu reajuste técnico. Os reajustes a serem explicados, as mensalidades contratadas por pessoas físicas obedecerão as seguintes regras: a estipulação de regras de reajuste para um produto facultativo desestimula o oferecimento desse produto. A gente não acha isso, na verdade a gente acha que tem que ter uma base para o reajuste. O reajuste ele não é um reajuste determinado pela Agência. O que a gente estabelece são as regras de que ele deve estar claro, deve ser em cima de um índice, qual é a forma que você vai aplicar esse reajuste. Então não é um reajuste controlado, é um reajuste monitorado para uma Agência, então assim, regrado pela Agência. As sugestões de alteração do método por sinistralidade, os preços, índices específicos de medicamento constante do cálculo. A gente chegou a discutir isso mais ou menos por aqui, fazer a Brasíndice ser uma referência de preço, a gente acha que não vale a pena voltar nessa discussão. Período base para a realização do reajuste. Aqui foi onde bombou, assim, quase todas aquelas sugestões vieram para cá porque a gente fala o seguinte: a gente tem que fazer o reajuste bater na mesma data do reajuste do contrato principal senão o beneficiário vai ficar perdido, ele não sabe que reajuste é aquele, de que dia, de qual mês, de qual produto. Como você pode comprar isso a qualquer tempo? Não necessariamente quando você compra você vai bater no primeiro ano as datas do reajuste. Então, a proposta que a gente fez na Resolução é que isso após o primeiro ano batesse sempre. Então a gente tem que esticar isso para isso fazer bater. A gente tinha duas opções: uma, não bater, que era o que a gente não queria, que a gente acha que vai ser muito confuso. Para fazer bater, a gente tinha, se chama pró-rata não é isso? O povo que entende mais. A gente tinha duas maneiras de fazer esse pró-rata. Esse pró-rata antes, ou esse pró-rata depois. O pró-rata antes você bate em uma lei que entende tudo sobre isso, que é a lei do Plano Real, não é isso, que você não pode dar nenhum tipo de reajuste antes de um ano. Então, não pode pró-ratar antes, e a maior parte das demandas que chegaram era para que a gente antecipasse o pró-rata. E aí o que chegou é o seguinte, o máximo que você vai poder ter é vinte e três meses sem reajuste, e depois você dá esse reajuste proporcional na data que cabe o reajuste. É isso? É isso. A gente não conseguiu depois de todo esse tempo pensando, pensando, pensando, para ter alguma idéia melhor. Não chegou nenhuma idéia na Consulta Pública, só queixa assim, só argumentações, e a gente não vê outra saída. Essa regra já é uma regra que existe aqui, pelo menos para o odontológico, se você quiser fazer as coisas baterem. E a gente achou que era mais adequado.

Gisele/Bradesco: Se a pessoa no meio do caminho, quando dá esses vinte e três meses que você tem, ela desiste do plano, a operadora vai ter ficado sem essa possibilidade de reajuste. Não é justo também.

Martha (ANS): É, a gente também discutiu isso. A opção que a gente tinha era não fazer bater, que também é uma opção complicada não é. Depois, no primeiro ano você ainda... mas depois do segundo ano você vai começando a ficar cada vez mais complicado, porque as vezes tem um contrato individual que o reajuste é daqui, e depois de alguns meses você vai ter um reajuste que é com um determinado índice. Então, assim, a gente achou que era muito complicado para o beneficiário entender esses reajustes em momentos separados.

Gisele/Bradesco: Mas isso não pode ser um acordo entre as partes?

Martha (ANS): Pois é, a gente tinha três opções. E aí a opção que acabou prevalecendo na discussão foi essa. A gente está colocando todos os prós e contras. O pró-rata anterior, se não fosse a lei, ele também teria esse problema, porque você acaba dando um reajuste antes dele efetivamente acontecer.

Gisele/Bradesco: Mas também não é justo a mesma coisa, a pessoa sai do emprego, quer dizer, sai do plano...

Martha (ANS): Exatamente. Então, é um problema? É um problema. É um problema, mas que a gente ficou com essa batata quente na mão, e a opção foi essa.

Gisele/Bradesco: Tem uma quarta opção, só vende quando for o aniversário...

Martha (ANS): É, essa está na tua mão.

Gisele/Bradesco: O que é ruim de uma certa forma também não é.

Martha (ANS): Você acaba empurrando um pouquinho para a data do aniversário. Mas é uma possibilidade. Mas, para os que estão vindo, na hora que você vende você vai acabar vendendo os dois juntos e isso minimiza um pouco. Mas a gente sabe que é um problema, mas a gente não conseguiu ver outra saída para essa situação. Reajuste na mesma data do contrato principal atrelado ao reajuste e medicamentos aprovados pelo Governo Federal. Essa é impossível, cada medicamento teria um reajuste numa data diferente. Reajuste dos contratos firmados com as pessoas jurídicas serão livres, inclusive o coletivo por adesão? Na verdade todos seguem a regra do contrato, então o individual também segue a regra do contrato, ele não vai ser um índice divulgado pela Agência, é igual o odontológico. Então, eu acho que está mais ou menos claro, mas eu acho que essa, por exemplo, João, vale lá para a nossa pergunta e resposta. Mesma faixa etária dos planos? Essa eu fui consultar os universitários que eu não sabia responder, aí eu perguntei para a Rosana. O que ela falou foi o seguinte, que na verdade a forma de cálculo

desse produto é livre, você pode fazer por faixa etária ou não. Caso você faça por faixa etária aí sim você tem que seguir as faixas etárias da matriz, ok? Eu não tinha a menor idéia disso. Facultada a adoção de um dos mecanismos de regulação abaixo. Aí a gente fala da coparticipação e do teto. ➤Assistência farmacêutica, volta a discussão de qual é o nome. A gente combinou que o nome é medicação e acabou, senão a gente não dá conta mais de ficar vendo qual é o nome. Valor da coparticipação é superior, e já entrega o produto. Esse daqui é o seguinte, lá na coparticipação a gente fala que o teto máximo para a coparticipação é cinquenta por cento. Aí alguém fala assim, hoje, no meu contrato principal, a coparticipação já é maior de cinquenta por cento, e esse índice já está no meu contrato principal, no meu produto. Ok? Isso está sendo uma discussão. A discussão da coparticipação no contrato principal está sendo feita dentro do GT de mecanismo de regulação, aonde vai se estabelecer ou não um teto. Para esse contrato acessório a gente combinou que o teto vai ser de cinquenta por cento, então, uma coisa não vai interferir na outra num primeiro momento. Somente nos casos de preços pré-estabelecidos do contrato acessório é que deveria haver esse limite de fator moderador financeiro. Isso é o seguinte, tem duas formas de você fazer fator moderador: coparticipação ou o que a gente chama de franquia. Se vocês leram a norma, está lá a definição de franquia sem o nome franquia. Eu acho que a gente chegou a discutir o porquê. O nome franquia e a sua definição estão em discussão na Agência, o que é a definição de franquia e tal. Para esse produto específico, assistência farmacêutica, a gente achou que aquela definição que está lá de franquia cabia bem, era uma definição que para esse produto ela tinha tudo a ver, ela ajudava que você formasse esse preço. E aí a gente usou a definição independente do que fosse discutido aqui ou em outros lugares para uma definição de franquia, aquela definição vai continuar valendo para a assistência farmacêutica, por isso a gente colocou a definição sem o nome, sem dar um nome para ela. E aí a sugestão é que só nos casos de preços pré-estabelecidos do contrato acessório é que deveria haver o fator moderador. O fator moderador, ele é uma característica do contrato acessório, ele não é uma característica do medicamento, e é isso que a gente vai tentar deixar claro, e acho que a gente reescreveu nesse sentido. Aí vem de novo a discussão da definição de franquia, então a gente nem está chamando de franquia, é um teto de valor financeiro. Possibilitar todas as modalidades de mecanismos de regulação, ok. Corrigir medicamentos e não procedimentos. É porque na definição, como a gente pega a definição de uma outra Resolução, estava lá: coparticipação para procedimento. Ok, a gente está falando de medicamento. A lista de referência de medicamentos poderia ter diferentes taxas de coparticipação. Essa foi uma discussão bacana que a gente fez, inclusive, com os diretores. Na verdade a solicitação foi feita para o seguinte: cada grupo de medicamento teria uma coparticipação. Então, sei lá, medicamentos para o coração dez por cento, para a cabeça vinte, para o pé dez. O que a gente achou interessante dessa sugestão é que tem um – e aí o beneficiário jamais ia

saber qual é a coparticipação efetiva daquele medicamento, senão não ia dar certo. O que a gente pensou é que tem uma coisa que a gente gostaria de estimular, que é o uso do genérico, que a gente até já discutiu aqui. E aí a gente pensou o seguinte, que para o genérico sim poderia ser feito uma distinção desse valor de franquia - eu vou chamar de franquia para ficar mais fácil - desse valor de franquia. Por quê? Porque o genérico é uma coisa conhecida, todo mundo sabe o que é o genérico, é fácil de você distinguir, e é fácil de você determinar numa lista o que é genérico e o que não é. E aí para o genérico sim, como existe uma política pública de estimular o genérico, a gente poderia fazer essa distinção. E aí a gente contemplou isso na sugestão de minuta.

Marcelo/Interfarma: Mantida o receituário médico, ou seja, a intercambialidade, em referência com o genérico, não com qualquer um outro que não seja genérico.

Martha (ANS): Isso.

Carlos Barral/Grupo de Patentes: Nesse momento na Anvisa está sendo discutido, e já a partir de alguma data do ano que vem, os medicamentos similares deverão ter bioequivalência tal qual o genérico, pelos disparates que estão acontecendo com esses medicamentos. Então, o medicamento similar vai ficar igual ao genérico, ok?

Martha (ANS): Qual é o nosso problema hoje? Primeiro que a definição da Anvisa de genérico é a definição que a gente usou, porque a gente acha que hoje a regulamentação aponta para isso. O similar é muito mais difícil da pessoa entender, porque o similar tem nome, e aí para identificar o que é um similar e o que é um genérico... vamos proteger o genérico, pelo menos, que todo mundo consegue identificar, todo mundo sabe o que é. E depois a gente pensa o que a gente vai fazer com o similar. Se eu fosse da Anvisa eu colocaria a nomenclatura do similar dentro do genérico, vamos botar todo mundo dentro do mesmo baú e vamos embora, fica mais fácil para todo mundo. Mas como a gente não pode opinar lá, a gente dá um jeito aqui. Exclusão do Parágrafo 2º: a fixação desse percentual sobre o valor da mensalidade não contradiz a fixação de um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura. É o teto que a gente colocou, que a pessoa acha que não deveria ter teto. As operadoras poderão estabelecer período de carência de no máximo noventa dias. Aí alguém fala que é conflitante com a Lei, que estabelece um período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, não podendo uma norma infralegal estabelecer um prazo inferior ao da própria lei. A gente discutiu duas coisas, uma, o período de 180 (cento e oitenta) dias é um período máximo de carência, ele não é um período de carência estabelecido pela lei. E outra que a lei, ela sempre fala da obrigatoriedade de cobertura, que a gente não está estabelecendo uma obrigatoriedade de cobertura, a gente

está criando uma coisa indutora. Por se tratar de um contrato acessório deverá prever que as isenções de carências não sejam aplicadas nesse caso. De novo, as mesmas explicações para o item anterior cabem para esse. A carência nos contratos acessórios não seriam válidas, apenas vigente para o contrato principal. É o esmo argumento lá de cima, de 180 (cento e oitenta) dias. Aí agora é o contrário, o intervalo de noventa é insuficiente para capitalizar a operadora. Possibilita aferir o equilíbrio financeiro da carteira, já que a venda requer das operadoras desembolso das despesas assistenciais. A única coisa que a gente deixou claro é que esse prazo de 90 (noventa) dias é o máximo, ele pode ser reduzido. Os contratos acessórios de medicação de uso domiciliar oferecido pelas operadoras deverão cobrir nos contratos individuais no mínimo aquelas patologias que a gente falou, e a gente no Parágrafo Único coloca que nos contratos coletivos isso pode ser feito de acordo com o perfil daquela carteira. Alguém sugere que a gente inclua a diferença entre medicamento raro e solicitação por restrição de escopo. O que é isso? Mesmo com as doenças, que a gente separe os medicamentos que são caros, e que a gente dê um outro tratamento. Enfim, a gente achou que não cabe nessa discussão. E quais critérios serão utilizados para definição dos oitenta por cento? Essa foi uma pergunta bacana, a gente chegou a discutir ela aqui. A gente vai sim tentar identificar, e aí a gente vai identificar na nossa página um link para a página da Anvisa, que estabeleça os princípios ativos, e aí dali você soma e divide, em oitenta por cento. Então a gente vai fazer esse link sim para facilitar a vida de todo mundo. Apesar disso ser fácil de você achar, você acha isso em qualquer lugar, mas eu acho que tem que ter um link para o que é o oficial, então não tem problema. A gente só não acha legal botar isso numa Resolução porque a gente se prende toda hora, pode acontecer um princípio ativo, e isso tem que ser reavaliado. Então, é bom jogar onde é de direito. Cada operadora deve realizar a análise do perfil epidemiológico da carteira, e estabelecer a lista de patologias a serem cobertas - isso vale para o coletivo – aplicação apenas nos contratos individuais? Sim. Talvez isso não tenha ficado claro, essa regra das patologias. Então essa é uma outra coisa que a gente vai tentar escrever um pouquinho nas perguntas e respostas. A operadora deverá disponibilizar a lista completa dos medicamentos. Essa daí também teve bastante discussão. Alguém pede a exclusão do termo marca. A gente entende a dificuldade, compartilha a angústia, mas a nossa dificuldade é o seguinte, se não disser a marca, dificilmente a pessoa vai entender o que ela tem efetivamente de direito. Então, a gente acha que talvez dê um pouco mais de trabalho, mas a gente vai ter que dar um jeito de fazer isso de alguma maneira. Porque se a gente parar em princípio ativo, e a gente não chegar na marca, fica difícil da pessoa até ter comparação. Se você tiver dois produtos, ela não vai conseguir ver a diferença dos seus três produtos. Entende? Se você tiver três para oferecer, um A, um B e um C, você só vai fazer essa diferença na marca. Então, provavelmente serão os mesmos. Então...

Voz Feminina não Identificada: Mas se você para em princípio ativo, você está oferecendo um princípio ativo, você pode ter, você está ali definindo o que você está oferecendo, e aí você pode até ter incentivo se é genérico ou se não é. A marca, você pode ter N. Tem princípio ativo que você tem vinte marcas diferentes.

Martha (ANS): Entendi. Mas você imagina, por exemplo, como é que você vai fazer uma diferença dentro da tua operadora? Ou você pode ter um produto só, ou você pode ter vários de assistência farmacêutica. Só que pelo princípio ativo um pode custar – eu vou chutar, que não é isso – mas, um pode custar dez reais e o outro cinquenta, porque a tua diferença naquele carregamento ali vai ser em cima da marca. No princípio ativo você pode ter tudo só genérico, e no outro você vai ter o genérico e mais duas ou três, e no outro você vai ter cinco de cada um entendeu? Então, se ela efetivamente não ver qual é a marca, ela não vai... quem já oferece, o que vocês acham? Fala aí João.

João: Eu acho que as empresas quem poderia ajudar mais era o Luiz e o Allan, que poderiam dar a informação, mas eu acho que as empresas, as PBMs, elas já selecionam algumas marcas que fazem parte de uma lista de negociação. Então, assim, eu não vejo grandes problemas com relação a isso não, até favorece as negociações com a indústria, de tentar negociar melhor preço. Eu acho que não será um transtorno para o usuário. Só tendo o cuidado de que as marcas selecionadas da lista sejam pelo menos marcas sérias.

Voz Masculina não Identificada: João, você tem uma experiência, sabemos da beleza do seu trabalho. Mas, no momento que você bota uma marca no contrato acessório, você vai ter dificuldade de tirar esse nome depois, e princípio ativo, você tendo o princípio ativo você pode botar esse mesmo princípio ativo em uma marca, depois o mesmo princípio ativo em uma outra marca que você conseguiu uma negociação melhor, e assim eternamente. Agora, botou Coca Cola você não troca para Pepsi. É esse o meu receio.

Martha (ANS): E nem para "Toby."

Voz Masculina não Identificada: Esse que é o problema. O fato é o seguinte, é o mesmo princípio ativo, dois fabricantes diferentes, pode ter metabolização diferente, pode ter interações medicamentosas diferentes, principalmente medicamentos biológicos, que não é o caso, mas também acontecem medicamentos rurais que você coloca. Então, por isso, muitos médicos preferem não somente o princípio ativo, senão a marca, a confiança naquela marca, porque é uma resposta terapêutica diferente entre dois laboratórios. Aí que está o problema, não são totalmente, muitos de bioequivalência são por similaridade e não por ensaio clínico.

Martha (ANS): A ANS, não a Anvisa... só para a gente caminhar para frente assim, o porquê a gente pensou lá no início na marca. Única e exclusivamente para dar maior visibilidade para o beneficiário de efetivamente o que ele está comprando. Foi o único motivo que a gente pensou na marca. Para favorecer o entendimento dele, na marca. Se a gente falar para você: bloqueador de canal de cálcio.

Voz Masculina não Identificada: Mas se eu colocar uma marca eu vou ficar preso a essa marca, a mercê as vezes de uma situação que amanhã eu não tenha controle sobre isso, o reajuste é exponencial, e eu estou vinculado aquela marca. É preocupante. É preocupante hein.

Martha (ANS): Mas você entende, uma coisa é eu falar para a pessoa o que é aquele medicamento, outra coisa que é um bloqueador de canal de cálcio. Tem prós e contras, eu não tenho a menor dúvida. Têm várias coisas aqui que a gente sabe que tem prós e contras. A gente só tem que ir pelo de menor risco.

Voz: O trabalho do médico vai ser contar a história, entendeu? Quer dizer, é bloqueador, a gente está usando um programa diferenciado. A gente vai ter também que ter a relação médico/paciente um pouquinho recuperada para explicar o que é um bloqueador de canal de cálcio. Esse é o nome, é o seu remédio da marca tal, que agora a senhora vai ter direito.

Martha (ANS): Gente, olha só, eu entendo o que o Sérgio coloca quando ele fala que ele pode querer trocar a marca. Mas, na verdade, é a opção inicial da marca é de vocês. Assim, quantas marcas vão estar ali é uma opção inicial daquele produto de vocês. Eu concordo na coisa da troca. E aí, como é que eu faço para trocar? Essa sim é uma discussão que eu acho válida. Mas que, pesando isso e pesando a dificuldade que a gente ia ter tanto de controle desse contrato quanto de conhecimento, a gente acha que vale a pena.

Luiz/PBMA: Eu também não vejo muita dificuldade em colocar a marca não, como foi dito é o que já está sendo praticado. A gente sempre põe normas contratuais para mudar, mas a marca protege o contratante, de alguma forma. E o mercado já trabalha assim, quando você contrata um plano você tem uma lista de provedores, e tem gente que coloca alguns editais, outros não, depende do plano. Já tem algum tipo de formatação. É isso que vai diferenciar quem está oferecendo, senão fica muito fácil você dar só aquele similar de baixa categoria e atender a marca. Eu acho que a marca vai ficar protegendo o usuário.

Voz Masculina não Identificada: Eu estava falando aqui com o Sérgio, talvez uma proteção eu acho que tem que ter de uma forma, como o Luiz falou, e o Sérgio também, talvez colocar que por ocasião da renovação anual do contrato possa

ser substituída pela mesma quantidade de marcas que for, pelo menos dá uma protegida no plano, para não ficar como o Sérgio comentou.

Martha (ANS): Não tem nenhuma proibição disso.

Otelo/Sindicato dos Médicos de SP e CUT: A sensação é que essa preocupação é pertinente dos dois lados, essa questão de ter marca e de você colocar o genérico. Mas eu tenho a impressão que a própria Regulamentação de como fazer receita poderia atender isso tranquilamente, quer dizer, se o médico tem uma confiança em um determinado produto, ele põe aquele produto e entre parênteses ele põe genérico, que libera o genérico para sempre, se aparecer um outro novo, melhor, eu acho que isso atende razoavelmente.

Martha (ANS): Eu concordo com os senhores, e isso daí já vai estar contemplado, uma vez que todas as listas provavelmente vão contemplar genéricos. A gente está falando da marca além do genérico, então eu acho que...

Voz Masculina não Identificada: Põe os dois.

Martha (ANS): Exatamente.

Voz Masculina não Identificada: Na idéia põe os dois que aí dá para usar qualquer um.

Martha (ANS): Exatamente. Lembrar que você pode ter um produto só de genérico, essa é uma opção. Vamos lá. O rol de medicamentos cobertos deve ser mostrado para o consumidor no momento da oferta. Esse daí a gente achou interessante, foi uma sugestão do Procon. Por quê? Para você ter a opção de escolha, principalmente se você tiver mais de um produto. Senão como é que eu vou escolher isso? Da mesma maneira que eu escolho um plano de saúde, sei lá, pela rede, eu vou escolher isso pela listinha que me der lá. A gente contemplou, é necessário priorizar os medicamentos genéricos, a gente contemplou lá na coparticipação. As regras de utilização da assistência farmacêutica devem estar claramente descritas no instrumento do contrato acessório, e aí a gente estabeleceu algumas, a gente pontuou alguns pontos que a gente achava superimportante constar no contrato acessório, e a gente achou que ia chegar um monte mais. Não chegou. Na verdade as pessoas se restringiram a comentar os pontos que estavam lá. De novo, trocar assistência farmacêutica por medicação. Exigência de receita médica. O que a gente contemplou nessa norma? A gente falou que tem que ter a regra do uso da receita. E aí a regra do uso da receita não é só a necessidade de receita, é por quanto tempo aquela receita é válida. Você tem que ter troca de receita a cada seis meses, um ano, quantas vezes, enfim... toda regra de como isso é feito tem que estar contemplada. Tinha um item lá que falava que a

DIPRO poderá estabelecer uma IN. E aí perguntava: o que vai ser essa Instrução Normativa? A gente ia ponderar, essa é uma regra que sai em todas as Resoluções, não tem nenhuma IN à vista, então só para tranquilizar.

Complementar o texto para incluir também as regras de rescisão de novo. E aí a gente de novo ficou com dúvida. A rescisão é por inadimplência, quais seriam as regras de rescisão? É necessária a previsão expressa dos medicamentos não cobertos, e como poderão ser incluídos os novos medicamentos para uma clara compreensão do beneficiário. A gente concorda, eu acho que tem que ter um item lá que ele diga como é que vai ser incluído um outro medicamento, como é que sai, enfim, isso tudo vai ter que estar em uma regra que vai ser feita naquele contrato. A inclusão dos odontólogos a gente contemplou. Por quê? Porque odontólogo pode prescrever medicamento. Porque estava receita médica, aí...

Voz Masculina não Identificada: Não, eu não tenho dúvida, ele pode prescrever. Mas o problema é o seguinte, o que está vinculado é as patologias, então se for hipertensão o odontólogo não pode prescrever.

Martha (ANS): O que veio na discussão foi o seguinte, pode ser, a gente diz que aquelas patologias são mínimas.

Voz Masculina não Identificada: A gente vê isso no programa, alguma coisa vinculada.

Martha (ANS): Ok.

Voz Masculina não Identificada: Porque é bom deixar isso claro, desde que a patologia seja coberta, vinculada ao problema do odontólogo.

Martha (ANS): Não tem problema, a gente resgata essa parte, boa lembrança. A ANS poderá editar essa e poderá editar – essa daí que eu falei da Regulamentação específica, e tem um artigo que fala sobre os incentivos. Alguém critica, diz que não deve ser dado incentivo para oferta de contrato acessório e sim para quem concede por liberalidade. A gente entende o que a pessoa pensou, assim, se você está dando por deliberalidade é muito melhor você dar do que pelo contrato acessório, mas a gente acha que a oferta da assistência farmacêutica ela é importante de todas as suas formas. E o contrato acessório é uma forma regular e importante da pessoa ter acesso a medicamento também. Então, quando for pensado vai ser pensado para o contrato acessório também. Considerando que a adesão é facultativa, sugere-se que não sejam utilizados mecanismos de incentivos que interfiram na pontuação das operadoras. Exatamente por ser facultativo é que a gente acha que deve ter um incentivo. Mas se fosse obrigatório eu ia dar incentivo para quê?

(Fala fora do microfone)

Martha (ANS): Aí é diferente, a gente mede a oferta, se está adequada, é diferente, a qualidade, é qualitativa. Aqui não é qualitativa, aqui é: você está oferecendo, você está se propondo a fazer uma política que não é obrigatória? Claro que isso merece ser beneficiado de alguma forma. É igual promoção e prevenção. Promoção e prevenção é assim, tudo o que a gente cria incentivo aqui dentro da Agência, é exatamente porque ela não é obrigatória. É a mesma coisa de dar obrigatoriedade para quem cumpre o rol, é norma, é regra não é? Realizar avaliação periódica da aplicabilidade do programa de assistência farmacêutica. Para regular os incentivos para ação da operadora será contado por bônus. A gente colocou um X porque na verdade a gente, obviamente, vai monitorar. A gente hoje não tem um monitoramento próprio disso, a gente vai ter que criar. E é isso que a gente está tentando discutir com a DIOPE lá na hora que a gente cria um incentivo, a gente vai ter que criar um monitoramento. Aí aqui já linka diretamente assim, o nosso monitoramento ao bônus a gente vai ver como é que a gente vai construir isso. Mas, efetivamente vai ter que ter um monitoramento se quiser ter um incentivo, e a gente está discutindo isso com a DIOPE para ver como é que fecha. A diretoria de normas e habilitação do produto poderá editar Instrução Normativa. Foi essa que eu falei, não existe nada a vista, não é isso. E a contribuição da sociedade, claro, sempre vai ser necessária. Sugerimos que a ANS busque investidores que queiram atuar nesse novo modelo desvinculando das operadoras. A gente regulou a operadora, e a gente cria incentivos e faz normas para a operadora. Para os atuais contratos que já possuem a previsão de cobertura de medicamento não se pode mudar a previsão já pactuada. Ok, a gente contemplou lá na frente, naquela hora que a gente coloca o artigo. Aqui eu vou botar no word que eu acho que fica mais fácil da gente ler. Bom, a gente pintou de amarelinho o que vai ser acrescentado, e de vermelhinho o que a gente vai retirar. Eu vou passar os artigos, está no mesmo formato da que vocês tem na Consulta Pública, a gente está revendo a redação só para ela tomar uma cara jurídica, uma forma de norma, mas o que a gente está sugerindo mudar é o que está aqui, e é o que a gente vai discutir hoje. Então, toda vez que estava medicamento a gente passou para o amarelinho medicação. Então, essa RN dispõe sobre os princípios para oferta de medicação para uso domiciliar para operadoras.

Parágrafo Único, ele foi acrescentado: as medicações que aludem esta RN devem ter seu registros ativos de acordo com as Normas da Anvisa.

Artigo 2º: A presente RN aplica-se a todos os contratos individuais, familiares, coletivos por adesão, novos ou adaptados.

O 3º é aquele que a gente falou: as operadoras poderão facultativamente ofertar aos seus beneficiários a medicação de uso domiciliar e deverá seguir os

princípios dessa RN. Poderá ocorrer na forma de contrato acessório, por liberalidade, ou através de precisão do contrato de plano de saúde.

Aqui no 4º a gente explica o que é isso. E aí a gente coloca a definição de medicação de uso domiciliar, que já está na 262. A gente coloca a definição lá de contrato acessório: instrumento contratual acessório é o contrato principal. Está vendo Egberto, está na definição. Voltado para a cobertura de serviços adicionais não previstos na lei, ou não integrantes do rol.

O 3º é aquele que eu falei, que a gente falava da gratuidade. Então a gente reescreve ele e vai ficar da seguinte forma, ou parecido com isso: por liberalidade da operadora, seja em programas considerados especiais voltados para a promoção e prevenção, ou em situações especiais. É o ato pelo qual o operador oferecerá a medicação de uso domiciliar aos seus beneficiários, sem a cobrança de qualquer contrapartida além das já advindas da celebração do contrato, ou subsidiada parcialmente pela operadora. Ok.

E aí o 4º é o que a gente inclui: através de previsão do contrato – essa redação vai mudar um pouquinho, só para ficar no formato de uma redação da Resolução mesmo – através de previsão no contrato do plano de assistência saúde. Nesse caso trata-se de característica do produto, e a oferta deve seguir as cláusulas contratuais. Isso prevê, nenhuma cláusula de reajuste separado, e todo produto comercializado quando vinculado a isso.

Aqui também, só foi mudado um nome: é facultado às operadoras oferecimento de medicação de uso domiciliar. Esse contrato poderá apresentar características diferentes para individuais e coletivos, assim como entre os diversos contratos coletivos, desde que observadas as regras. A adesão dos beneficiários é facultativa.

E aí no 7º: a faculdade que alude essa RN pode ser exercida pelo titular quando se trata de plano privado de assistência e saúde individual e familiar. Ou ainda coletivo por adesão, ou pessoa jurídica contratante quando se tratar de planos privados de assistência saúde e coletivos empresariais. Vocês podem interromper gente.

Os prazos de contratos referidos nessa RN é de doze meses, contado da data de assinatura do contrato acessório. Aqui estava errado. E renovável automaticamente por igual período.

A formação de preço para o serviço poderá se dar em regime de pré, pós-pagamento, ou misto. Para pagamento quando é calculado antes da utilização, pós-pagamento quando é calculado após a realização. E, isso, quando associar as duas formas. E no Parágrafo Único a gente diz que no pós-pagamento, aqui para a assistência farmacêutica ocorre só na forma de rateio.

Os reajustes a serem aplicados nas mensalidades obedecerão as seguintes regras: poderão ser aplicadas as cláusulas de reajustes que sejam claras, assim conhecidas, e elegem um índice de preço de ampla divulgação. O percentual a ser aplicado deverá ser mensurado com base no índice divulgado. O reajuste deve estar limitado há doze meses, a dosagem máxima permitida é de três meses. A operadora poderá aplicar, no máximo, o reajuste previsto na cláusula.

No caso de aniversário seja diferente do mês de contratação do contrato acessório, o reajuste anual deverá ocorrer na data de aniversário do plano de saúde. Esse aqui era o que a gente estava discutindo. Caso na data do primeiro reajuste anual do contrato acessório o período decorrido desde a sua contratação seja inferior a doze meses, o valor da mensalidade deverá ser mantida, e o reajuste proporcional aplicado no próximo período. Na hipótese prevista no inciso anterior o cálculo do segundo reajuste poderá considerar a variação ocorrida desde a data da contratação, até a data da contratação do contrato acessório, de forma pró-rata. Na aplicação dos reajustes, os boletos deverão conter o demonstrativo da incidência diferenciada sobre cada parcela. Os valores das contraprestações referentes ao contrato acessório deverão constar separadamente do contrato principal, ainda que estejam no mesmo boleto. É facultada a adoção de um dos mecanismos de regulação abaixo, coparticipação, correspondente a parte efetivamente paga pelo consumidor da operadora referente a utilização da medicação, ou o valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tenha responsabilidade de cobertura, que é nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede.

Parágrafo I: a coparticipação deverá obedecer o máximo de cinquenta por cento.

Aqui é que a gente fez aquela mudança do genérico, e tem uma outra mudança também sugerida: o valor que alude o inciso do II do caput do presente artigo não poderá variar em função do medicamento. Aí a gente colocou: a exceção da classificação genérico. E a gente vai colocar a definição de genérico lá nas definições lá de cima, bem como deverá corresponder a um percentual da contraprestação pecuniária vigente. A proposta que foi para a Consulta Pública estava um percentual do contrato de medicação domiciliar. A proposta agora, depois de um monte de contribuição que chegou, é que o seguinte, as argumentações vieram no seguinte sentido: esse contrato acessório ele tende a ter um valor baixo. Então, se você pegasse um percentual desse valor muito baixo para agir como um franquista, na verdade você não teria o efeito desejado dessa franquista. Então o que a gente está propondo é que então a gente continue regulando esse teto porque senão esse efetivamente pode ser um valor tão alto que não faça sentido você ter esse produto, mas que você faça referência então a contraprestação do contrato principal, porque tende a ser um pouquinho maior. Ok?

Voz Masculina não Identificada: Martha, eu não sei, aí para o grupo, se der tempo de discutir, refletir, eu acho que talvez pensando bem aí nessa parte de coparticipação de medicamento por classe terapêutica ou por patologia, eu acho que talvez valha a pena ter uma flexibilidade aí. Pensa só se uma operadora quiser, eu não me lembro quais são todas as patologias ali, mas eu lembro que a gente retirou da obrigatoriedade as de epidemias. Então, pensando que existe uma variação grande entre o custo, dependendo da classe terapêutica, eu não veria nenhum problema ético, ou, se a gente pudesse ter uma coparticipação diferenciada, por exemplo, por classe

terapêutica. Então, você quer usar um medicamento, vamos supor assim, mais simples, mais barato, você vai ter uma coparticipação só de dez por cento, desde que respeitado o limite dos cinquenta por cento. Ou eu não entendi isso aí.

Martha (ANS): Não, é porque na verdade, a gente estava falando, a coparticipação deverá obedecer ao máximo de cinquenta por cento. Então, a coparticipação pode ser diferenciada por genérico, por classe de patologia. O que a gente está restringindo é o que a gente chamava de franquias, olha, o valor que alude o inciso II.

Voz Masculina não Identificada: A coparticipação pode.

Martha (ANS): Entendeu?

Voz Masculina não Identificada: Eu que entendi errado, está certo.

Martha (ANS): Eu até acho que a gente deveria restringir a coparticipação a alguma coisa, mas a gente viu que a prática é um pouquinho diferente da coparticipação e da franquias. Com a franquias ele tem que saber exatamente onde vale a pena, ele ir na farmácia e comprar direto ou ele acionar aquele produto, que é isso aqui que a gente está falando, ele tem que saber exatamente o que vale a pena para ele. Então a franquias a gente tem que deixar claro, ele tem que ter muito na cabeça qual é o valor que ele vai ter que pagar. A coparticipação ele já consegue olhar na tabelinha, é diferente. Foi essa idéia que a gente teve, a gente pode estar errado, vocês podem contra-argumentar.

Marcelo/Interfarma: Uma questão que fica claro, essa questão dos oitenta por cento dos princípios ativos, vai limitar o uso dos medicamentos mais modernos, por conta de que normalmente são os mais caros. Por outro lado tem a questão da sinistralidade nos planos e o fato de cobrir cem por cento dos medicamentos traria uma eventual consequência de que apareceria medicamento novo, muito caro, e isso impacta o plano. Por outro lado, isso poderia ser regulado de uma forma alternativa. Por exemplo, ano começando hoje, tudo o que está registrado na Anvisa hoje, reconhecido, você sabe quais são os preços. Um novo reajuste dos cem por cento que estão nesses registros poderiam ser feitos daqui um ano ou daqui a dois anos, de forma que permitissem incorporar esses novos medicamentos que estão entrando no período de um ano, de outro ano, e aí o plano tem a possibilidade de balizar qual é o impacto que esses novos poderão trazer. E isso eu acho que é uma questão que também o plano poderia regular via os níveis de coparticipação. Ou seja, na entrada de medicamentos mais modernos o plano poderia arbitrar ou regular via a coparticipação de forma a diminuir o impacto. O perigo que acontece com os

oitenta por cento dos princípios ativos hoje disponíveis, é que possa empurrar para um conceito tipo Farmácia Popular os medicamentos disponíveis, ou seja, alijar aqueles medicamentos mais modernos e de maior efeito. Acho que teria que haver uma forma de conciliar isso.

Martha (ANS): Tem algumas coisas que a gente conseguiu discutir aqui e outras não. Esses oitenta por cento foi mais ou menos o que a gente conseguiu conciliar para chegar em um meio termo. Então, foi exatamente isso que a gente discutiu, se a gente coloca cem por cento, amanhã tem um princípio ativo e esse princípio ativo está dentro, e não é essa a nossa intenção. Fazer lista de medicamento a gente também não queria de jeito nenhum, assim, como é que a gente vai regular a lista de medicamento. A gente achou que não cabia. E aí a opção que a gente teve dos oitenta por cento foi exatamente pensando nisso. Então, se eu tenho oitenta por cento eu consigo engloba a maior parte dos princípios ativos deixando de fora a cada ano. E aí pensa, cada vez que um princípio ativo entrar, eu vou ter mais um para a minha conta dos oitenta por cento, e eu vou trazendo ele para dentro. E eu já dei o tempo para aquele produto maturar no mercado e ele conseguir entrar com um preço um pouco mais acessível. A idéia dos oitenta por cento foi exatamente essa. Tem uma coisa do que o senhor falou que é possível e outra que não é assim. É possível que tenha uma regra para medicamento novo. Então, até está lá no último artigo: para cada vez que entrar um medicamento novo eu vou te avisar, e aí... pode ser feito uma regra para medicamento novo. O que não pode é o reajuste ser dependente da entrada desse medicamento novo, isso a gente não permite porque senão ia ser um descontrole total do reajuste. Então o reajuste, ele tem que ser atrelado a um índice, ponto. Ele não pode ser atrelado a uma entrada de um outro medicamento, ou alguma outra coisa acoplada. Agora, uma regra para entrada desse novo pode ter. Então, algumas coisas a gente consegue englobar na Regulamentação, outras já ficam mais difíceis, como o reajuste. Agora, o que a gente quer é exatamente isso, a gente sabe, toda vez entra um princípio ativo, ele tem uma onda de uso, de conhecimento, e depois ele tende a normalizar. Então a gente acha que vai entrar periodicamente esses medicamentos na lista, mas de uma maneira mais organizada, não na hora que ele entra no mercado, até porque a gente está tendo uma discussão com a Anvisa, que eu acho que ela tende aí para frente, que é ter um pouco mais de previsibilidade nisso, tem a discussão com a Conitec, com a Anvisa, com a gente, eu acho que isso tende a ir para um outro canto, mas a gente não sabe em quanto tempo. Então, eu acho que nesse primeiro momento foi a idéia que a gente teve para deixar isso um pouquinho mais organizado.

Voz Masculina não Identificada: Uma pergunta: e se o médico prescrever um medicamento que não esteja no plano? Como é que fica o respeito à prescrição médica nesse conceito?

Martha (ANS): Fica do jeito que é hoje, por exemplo, hoje você já pode ter um contrato que preveja medicamento, ou a própria Farmácia Popular. Se está ali ele tem direito, se não está ali ele vai ter que fazer. Assim, o que você tende a ter é o próprio beneficiário na hora que ele vai pagar por isso aqui ele sabe que ele tem direito, porque ele faz esse aditivo. E aí ele também, olha, não dá para botar um da listinha que eu tenho direito? Então, assim, isso também começa a permear a discussão das pessoas, o que a gente também acha interessante, as pessoas também terem informação.

Voz Masculina não Identificada: Se o plano trabalha com marca não tem nenhum problema, só vai incorporar a nova marca quando achar conveniente.

Martha (ANS): E aí ele vai ter essa informação: eu não tenho esse aqui na minha listinha, mas eu tenho esse outro, será que não serve para a mesma coisa?

Voz Masculina não Identificada: Está no contrato. Então assim, cada plano teria, teoricamente, um protocolo de tratamento daquela patologia. Praticamente.

Martha (ANS): A gente ainda não chegou aí, porque... a gente não chegou aí, eu acho que a gente quer muito um dia chegar aí, mas, a gente não está aí ainda. A gente está somente atrelado ao medicamento e a lista, a gente ainda está um pouquinho atrás. Vamos?

Então 12: as operadoras poderão estabelecer períodos de carência, prazo máximo noventa dias.

Aí o 13: os contratos acessórios deverão cobrir, no mínimo oitenta por cento dos princípios ativos dessas patologias para os planos coletivos por adesão empresarial. Aí a escolha das patologias deve se dar a partir da análise da frequência da patologia na massa de beneficiários. A operadora deverá disponibilizar a lista completa das medicações a serem cobertas por princípio ativo e marca no momento da oferta. As regras de utilização da medicação devem estar claramente descritas no instrumento contratual, no qual deve contar obrigatoriamente, entre outras exigências: as regras operacionais para o acesso, o prazo de entrega, as regras sobre o uso da receita prescritas pelo médico assistente ou odontólogo – aqui onde ficou o odontólogo, mas eu acho que vale a pena a gente reforçar depois – diretrizes associadas, regras de exclusão, formas de orientação e regras para atualização da tabela, que é isso que a gente estava falando.

A ANS poderá editar regulamentação específica dispondo sobre os incentivos a serem concedidos.

E ela entra em vigor na data da sua publicação. Egberto, qual artigo?

Egberto/Cooperativas: Não, na discussão você chegou a mencionar que desprezou ou não entendeu a razão que alguém deve ter feito uma

manifestação a respeito de rescisão. A discussão interna é que eu não possa rescindir?

Martha (ANS): Claro que pode. Você vai rescindir de acordo com as regras do contrato, que é a inadimplência. O que a gente não entendeu é assim, tem essas sete regras. Aí alguém colocou assim, colocar um oitavo ali, regra de rescisão. Aí o que a gente ficou pensando é o seguinte: qual é a regra de rescisão sem ser por inadimplência?

Egberto/Cooperativas: Denúncia.

Martha (ANS): Mas isso já está na lei. Tudo bem, as regras de rescisão são aquelas previstas na 9656.

Egberto/Cooperativas: Não sei, essa é a questão.

Martha (ANS): Isso daqui é o mínimo que a gente obriga que você coloque como item. Se você quiser ao invés de sete botar vinte e cinco, está na tua mão. O que a gente só ficou pensando é o seguinte: será que tem uma confusão com a regra de exclusão que a gente mesmo colocou para prevenção e promoção? Porque na RN de promoção e prevenção a gente coloca: tem que estar clara a regra de exclusão, porque aí o cara é excluído mesmo, ele não foi fazer a ginástica que ele tinha que ir, ele foi excluído. Então não é isso.

Egberto/Cooperativas: Mas esse contrato dito acessório, ele não pode ter regra separada? Ou seja, aderiu, morreu. No contrato individual, principalmente, porque eu, a operadora não pode denunciar a contratação. Nesse acessório também vai ser, casamento sem divórcio, que, na hora que eu incluir...

Martha (ANS): Mas qual é a outra regra?

Egberto/Cooperativas: Denúncia. Daqui a trinta dias, daqui a sessenta dias não vai ter mais. Essa é uma regra de denúncia bilateral. Tanto ele pode dizer que não quer, como eu posso dizer que não quero.

Martha (ANS): Mas a cada doze meses você pode fazer isso. Não está renovando a cada doze meses?

Egberto/Cooperativas: Não, então eu acho que isso que seria uma regra. Você está dizendo: ela tem uma validade de doze meses. Se eu não a renovar perde, acabou o meu direito?

Martha (ANS): Entendi. Você está falando do plano individual.

Egberto/Cooperativas: O individual eu não tenho como denunciar o plano de saúde, por entendimento da Agência, é como está na lei. Agora, esse contrato acessório, também não vou poder? Só o consumidor é que pode denunciar?

Martha (ANS): Boa pergunta. Eu te respondo junto, assim que a gente conseguir uma resposta, a gente conversa amanhã com a Kátia.

Egberto/Cooperativas: Se é um contrato acessório, não é plano, não segue a 96.

Martha (ANS): Por essa palavra a gente vai denunciar a Kátia. A Kátia é a Procuradora que está com a gente analisando essa norma. Aí a gente já faz essa pergunta, a gente já tenta responder e eu te respondo. Alguma?

Franklin/Golden Cross: Eu acho que você deve prever dentro dessa mesma linha a possibilidade da operadora desistir de ter esse contrato acessório. Quer dizer, não só o cancelamento individual como ela decidir não ter mais contrato acessório com nenhum cliente.

Martha (ANS): Mas quando o Egberto falou disso eu pensei exatamente isso, ou uma coisa, você já ter combinado esse contrato em duração única e exclusivamente de doze meses, ou quando deu doze meses ele fala assim: eu não quero mais operar plano de assistência farmacêutica. Foi exatamente nisso que eu pensei na hora que ele falou. E aí? Ele não perde a característica dele de operadora de plano de saúde, uma vez que ele continua vendendo plano principal. Mas ele pode não querer mais operar esse segmento. É isso que a gente vai tentar responder, pode deixar, a gente vai responder.

Voz Masculina não Identificada: O participante que colocou anteriormente, ele fala do aspecto da denúncia. A denúncia que ele está mencionando seria após a efetivação dos doze meses, seria isso?

Martha (ANS): Não, ele fez uma pergunta e eu já pensei em várias. Na verdade, o que ele está falando é o seguinte, o plano individual de assistência saúde, ele não tem fim. Na verdade a operadora não pode rescindir unilateralmente nunca, a não ser sobre fraude comprovada ou inadimplência. Outra coisa ele perguntou assim, pelo menos o que eu entendi e que eu vou tentar responder, é o seguinte: eu posso ter uma previsão de tempo desse contrato, que eu não queira mais renovar? Então, por exemplo, eu cumpro os doze meses e eu não quero mais fazer. Ou, eu fiz vinte e quatro meses - sempre respeitando os doze meses de vigência - eu fiz os doze meses e agora eu operadora desisti de operar assistência farmacêutica, não quero mais. Eu posso fazer isso? É essa a pergunta. Ele não pode fazer isso no plano de assistência saúde, senão ele deixa de ser operadora, mas nesse caso ele continua sendo uma operadora,

porque ele tem o contrato principal. Ele pode fazer isso com o acessório? É essa dúvida que a gente vai tentar responder.

Voz Masculina não Identificada: Entendi. Ok, obrigado.

Martha (ANS): Mas no meio do caminho nunca. Para mim, no meio do caminho, nunca. Eu acho que não é essa a sua pergunta não é. No meio do caminho não. Isso, no meio do caminho não.

(Fala fora do microfone)

Martha (ANS): Com certeza. Mas eu acho que essas outras duas...

Voz Masculina não Identificada: Essa situação de cancelamento é evidentemente que o consumidor fica vulnerável. Nós vamos voltar ao mesmo problema dos médicos, de remanejamento de médicos em hospitais contratados inicialmente. A Justiça está lá pronta para atender.

Martha (ANS): Não, eu não acho que é essa a pergunta, a pergunta que ficou para mim é se ele pode a cada doze meses manter ou não esse contrato, uma vez que ele não é o principal, é acessório, e isso eu tenho dúvidas. E agora, o que eu fiquei mais em dúvida ainda é se ele deixa de operar esse segmento. Essa realmente ficou uma dúvida e a gente responde.

Voz Masculina não Identificada: Uma pergunta que não ficou clara: o percentual de reajuste será o mesmo do plano ou será em função do custo do medicamento?

Martha (ANS): Então, aqui é o que a gente quis tentar deixar claro, vê o que você acha. Se é por liberalidade não tem reajuste, não tem preço, não tem nada, ele está oferecendo porque ele quer. Pelo contrato acessório, que é isso aqui que a gente regulou, o reajuste, ele vai ter um índice próprio. Então, vai estar lá no contrato qual é o índice. Se for previsão no contrato principal, não é o contrato acessório, no contrato dele de plano de assistência saúde, já prevê medicamento, algumas altas gestões fazem isso. Ele não tem outro índice de reajuste, o índice de reajuste é aquele do contrato principal, ele já incorporou isso dentro do contrato principal dele. Então, para esse aqui que a gente está regulando, ele tem que dizer qual é o índice específico que ele vai seguir. A lista de perguntas ficou comprida não é?

Egberto/Cooperativas: Eu não me lembro, mas mesmo nos casos da liberalidade eu entro na regra?

Marta: Não, não.

Egberto/Cooperativas: Quer dizer, eu estou afastado de qualquer olhar da Agência?

Martha (ANS): Isso a gente discutiu... qualquer olhar mais ou menos não é Egberto. Você está afastado da regra do contrato acessório. A liberalidade ela te permite fazer algumas coisas, por exemplo, você está com programa de promoção e prevenção específico para hipertensão. Ela te permite que sem cobrar mais nada, sem fazer mais absolutamente nada, você dê medicação de hipertensão para ela, mas não dê de diabetes. A liberalidade te permite isso. A liberalidade te permite que ao sair do programa, ela saiu do programa, desistiu, não quer mais, você para de dar medicamento para ela. Esse quesito liberalidade é onde você não está cobrando mais nada por ela. E você está oferecendo naquele momento por uma situação especial, te permite algumas coisas. Entendeu a diferença?

Egberto/Cooperativas: Mas você menciona sempre a participação de um programa, mas na liberalidade sequer eu posso exigir que ele participe de alguma coisa.

Martha (ANS): Não pode.

Egberto/Cooperativas: Para esse, para aquele eu dou, não dou, não. Tem que ter alguma razão para eu dar para a minha liberalidade?

Martha (ANS): Não, não.

Egberto/Cooperativas: Então eu não preciso participar de nada. Eu posso escolher, você que é bonito, você que começa com a letra C. Se é uma liberalidade.

Martha (ANS): Pode.

Egberto/Cooperativas: Então é livre?

Martha (ANS): É livre. Agora, se você escolher para um, pode. Você pode escolher um contrato que você acha mais bonito, você gosta mais daquela pessoa, e dá para aquele e não dá para aquele outro. E você põe isso dentro do contrato, e aí você fica regrado, ou você dá por liberalidade.

Egberto/Cooperativas: Que eu não tenho que seguir isso daí na liberalidade?

Martha (ANS): Não. Em teoria sim, porque na verdade ele está dando alguma coisa a mais. É igual ter um paciente que por algum motivo ele achou que ele se beneficiaria de uma cirurgia plástica depois de uma determinada cirurgia, e ele deu para ele porque ele quis, mesmo sem ele ter cobertura. Ele pode fazer

isso? Claro que ele pode, a gente até acha que é bacana. Mas não tem nenhuma regra hoje que amarre isso a alguma condição. Realmente não tem condição. Mais alguma gente? Bom, meninos e meninas, a idéia, vamos só consolidar as idéias aqui? A gente hoje encerra aqui... a liberalidade deu buchicho. Não é? Gente, vamos lá, vamos terminar, a gente hoje encerra aqui o grupo para esse quesito que é o contrato acessório de assistência farmacêutica. Quando esse grupo começou a gente tinha um combinado que a gente ainda tem que gente estudar as outras formas de prestação de serviços de assistência farmacêutica, que é hospitalar e ambulatorial, e tem um outro que a gente se comprometeu a estudar também, que é medicação oral para câncer. Então, lá atrás a gente combinou que a gente ia continuar discutindo isso. E aí só adiantando um pouquinho, no próximo GT do rol, a gente deve começar ou agora em dezembro, ou no máximo janeiro a gente deve começar o GT, a gente vai começar o GT discutindo medicação. Por quê? Porque não dá para a gente discutir nesse GT do rol em um ano, onde provavelmente vai sair um Projeto de Lei sobre medicação oral para câncer. Então a gente precisa juntar as duas discussões sim. Então, vocês vão receber o convite, a gente além de mandar o convite para as pessoas que costumam participar do GT do rol, a gente vai mandar o convite para vocês, para a gente continuar essa discussão lá. Esse contrato acessório, ele assim que tiver uma redação aprovada ele vai ser publicado. Isso não deve demorar. A gente acha que ele vai ter um impacto importante com o passar do tempo. Ninguém imagina que isso aqui vai acontecer amanhã, mas a gente acredita que isso com o passar do tempo possa ser um estímulo sim, principalmente se as nossas ações apontarem também para isso. Então a gente acredita que é um objeto importante da gente estimular. E aí é importante para todo mundo. E a gente quer continuar estudando assistência farmacêutica para a gente fechar isso no conjunto. Então, se vocês já tiverem alguma coisa aí discutindo medicação oral para câncer, a gente já fez algumas consultas à Anvisa, a gente já está com um material aqui da Anvisa, a gente já está com material de algumas instituições para discutir. O Projeto de Lei está bem encaminhado já, já está bem no finalzinho, então a gente vai ter que juntar as duas discussões para o ano que vem. E a gente acha que medicação, assistência farmacêutica como um todo, ela tem que integrar as nossas discussões. E uma outra discussão que a gente quer fazer o ano que vem, é a gente cada vez mais ter diretrizes que te ajudem a entender e a estudar isso. Então, a gente está tentando conversar com a AMB também para a gente produzir diretriz para medicamento, que era uma coisa que a gente não estava acostumado a fazer, mas a gente precisa investir nisso. Então a gente vai ter que começar também a usar isso dentro da nossa regulação. Antes a gente falava assim: não, a hospitalar está toda coberta, a domiciliar não tem cobertura para nada, e vamos embora. Não é assim, a gente precisa enfrentar isso de uma outra maneira. E é um assunto que assim, ao mesmo tempo que é superimportante, você tem maçã e tem pera. E a gente precisa saber, ver o que é importante

efetivamente e o que não é, e o que atrapalha essa discussão. Então, é isso que a gente quer fazer daqui para frente, vocês vão ser convidados em breve, então para continuar essa discussão em outro lugar, dentro do GT do rol. E aí quem participa sabe o tamanho da discussão que é, e aí vai ser um prazer ter vocês de novo com a gente. Obrigada. A gente acha que foi uma Resolução que saiu dentro do possível. A gente sabe que ela não contempla muitas vezes, várias coisas que a gente gostaria que contemplasse, mas eu acho que ela conseguiu conciliar tudo o que a gente precisava e que a gente esperava, e que a gente podia fazer, ela de jeito nenhum foi construída pela gente, e talvez essa daqui tenha sido a Resolução que mais foi construída em muitas mãos. Vocês lembram que ela saiu daqueles papelinhos que a gente escreveu aquele dia. Sem esse grupo a gente não teria conseguido escrever mesmo, de verdade. Era uma Resolução que precisava sair de muitas mãos, porque a gente não teria condição de fazer ela sozinhos. Então, obrigada, vocês efetivamente ajudaram a gente a construir isso, e a gente espera que ela reflita um anseio da gente, de melhoria de cuidado, e que isso transforme em alguma coisa. E aí vamos ver, deve sair ainda essa semana. Obrigada!