

1
2 **ATA DE REUNIÃO**
3 **CÂMARA TÉCNICA DO NOVO MODELO DE REAJUSTE**
4 **3ª SESSÃO - 20/10/2010**
5

6 Aos vinte dias do mês de outubro do ano de dois mil e dez, reuniram-se no
7 auditório da sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nesta cidade, das
8 9:00h às 13:00h, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de
9 instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para a realização da
10 3ª Reunião da Câmara Técnica da Nova Metodologia de Reajuste, tendo como objetivo
11 apresentar e discutir as propostas elaboradas pelos diversos atores do setor e
12 representantes dos segmentos do mercado. Nesta ocasião, a ata da segunda reunião
13 foi assinada pelos presentes.

14 A mesa foi composta pelo Diretor de Normas e Habilitação de Produtos, Sr.
15 Alfredo Cardoso, e pelo Diretor Adjunto da DIPRO, Sr. Fábio Fassini. O Sr. Alfredo
16 Cardoso deu início a Câmara comentando que a terceira reunião visa dar
17 continuidade as discussões para o aperfeiçoamento do modelo de reajuste dos
18 planos individuais posteriores à lei. Ressaltou que não existe um modelo de reajuste
19 ideal, mas faz-se necessário criar alguma disciplina sobre o assunto.

20 Na seqüência, Sr. Fábio Fassini convidou os representantes do setor a
21 apresentarem suas propostas.

22 A primeira apresentação foi realizada pelo Sr. Antônio Westenberger,
23 representante da ABRAMGE. A proposta da ABRAMGE reafirma seus pontos anteriores,
24 com a criação de um índice de preços setorial, que objetiva, dentro da metodologia de
25 Laspeyres, mensurar a variação de preço no segmento de saúde suplementar. A
26 frequência de utilização combinada com o custo médio de procedimento seria dirigida
27 ao instrumento da Revisão Técnica. Portanto, a proposta da ABRAMGE compreende a
28 criação de um índice setorial combinada com a possibilidade de cada operadora
29 apresentar sua revisão tarifária ou técnica, uma vez, que o Brasil é um país de
30 dimensões continentais, onde há particularidades regionais e de assistência à saúde,
31 devendo-se permitir que cada operadora tenha condição técnica para apresentar seu
32 problema, fora do âmbito judiciário. Destacou que sob o ponto de vista técnico, a
33 ABRAMGE não tem nenhuma objeção quanto à combinação da revisão tarifária com

34 qualquer outro mecanismo de revisão periódica de preço. Propôs ainda uma regulação
35 diferenciada para o segmento odontológico.

36 Para exemplificar sua proposta Antônio Westenberger apresentou o
37 comportamento de custos assistenciais de duas empresas, em três períodos anuais
38 consecutivos. Concluiu que a disparidade entre os prêmios de risco (custo assistencial
39 por beneficiário) entre as operadoras cria dificuldades para uma regra padronizada de
40 reajustes.

41 O Sr. Alfredo Cardoso lembrou que o setor odontológico já é tratado de forma
42 diferenciada, com livre estabelecimento de reajuste.

43 O Sr. Fábio Fassini lembrou que no modelo *Price Cap* há o fator Y, que
44 contempla os eventos exógenos das operadoras e busca mensurar a variabilidade que
45 não foi detectada no contrato, no momento da venda, equiparando-se a uma revisão
46 tarifária.

47 Em seguida, Sr. Maurício Lopes, representante da FENASAÚDE informou que a
48 entidade faria duas apresentações, uma efetivamente contendo uma proposta para
49 metodologia de reajuste e outra contendo uma análise dos cuidados que devem ser
50 tomados no cálculo dos índices de preços, com base em dados obtidos no IESS –
51 Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

52 Posteriormente, o Sr. Edgard Pereira apresentou a proposta da FENASAÚDE,
53 que sugere um modelo de *Price Cap* adaptado às características do setor.

54 Destacou que o modelo de regulação deve responder as características
55 específicas do mercado, buscando reproduzir através das normas o comportamento de
56 um mercado competitivo.

57 Na sua análise sobre as questões concorrenciais, afirma que o setor tem dois
58 segmentos, a montante e a jusante, sendo o primeiro formado pelos prestadores de
59 serviços que não são cobertos pela regulação e o segundo pelas operadoras que
60 recebem insumos do primeiro - os serviços médicos hospitalares, laboratoriais - e que
61 tem contato com o consumidor final. Chega a conclusão que são dois mercados com
62 características distintas. Afirma que no segmento das operadoras as típicas falhas de
63 mercado dizem respeito à questão informacional (assimetria de informação) e de
64 mobilidade.

65 Já o mercado de prestadores tem características que possibilitam a existência
66 de monopólio nacional, situações geográficas onde a prestação de serviço é muito
67 concentrada e o acesso a este condiciona o comportamento daquele mercado, em
68 relação à preços e capacidade de escolha.

69 Afirmou que na elaboração da proposta, houve ainda, análise do estudo da ANS
70 (Caderno de Informações – set/2010) e de outro da CEDERPLAR/UFMG que identificou
71 89 mercados relevantes no país, calculando-se os índices de concentração,
72 identificando-se mercados mais e menos competitivos.

73 Relativamente ao modelo proposto, considerando as falhas de mercado do
74 setor, afirma que o primeiro componente do modelo de regulatório deveria ser a
75 implementação de mecanismos de incentivo a concorrência, tais como redução da
76 assimetria de informações, certificação de operadoras e incentivos à mobilidade.

77 Um segundo componente, seria a identificação de setores, nos quais as
78 características de oferta e demanda de planos, possibilitassem que os reajustes
79 pudessem ser liberados. Seriam setores de concorrência elevada, ou voltados para
80 determinados segmentos de renda.

81 Finalmente, o terceiro componente do modelo regulatório seria o modelo de
82 regulação de reajustes dos produtos que ficassem sobre controle. Nesse modelo, os
83 custos seriam divididos em gerenciáveis e não gerenciáveis.

84 Os custos gerenciáveis são aqueles que as operadoras têm sobre seu controle.
85 As empresas seriam estimuladas a serem mais eficientes sobre essa parcela de
86 custos, sendo submetidos a parâmetros de ganhos de produtividade.

87 Na parte dos custos não gerenciáveis, que são aqueles que são os insumos para
88 as operadoras, haveria o repasse da variação dos custos tais como eles ocorreram.

89 O modelo teria um reajuste anual dos prêmios e revisões técnicas periódicas
90 nos quais seriam definidos os fatores de produtividade (Fator X) e competitividade.
91 Mercados mais concentrados teriam componentes que imporiam a redução de preços
92 (reajustes) e em mercados menos concentrados haveria um prêmio pela
93 competitividade que o próprio mercado impõe.

94 Cita ainda as revisões extraordinárias em função de desequilíbrio econômico-
95 financeiro dos planos, motivadas por mudanças de parâmetros não relacionadas à
96 erros no modelo de negócio adotado pela empresa.

97 Finalmente, os reajustes seriam regionalizados, na medida em que as
98 características competitivas são diferenciadas em cada mercado regional.

99 Em seguida mostrou a fórmula do modelo, onde haveria uma "Parcela A"
100 composta pelos custos não gerenciáveis e corrigidos por um índice de custos não
101 gerenciáveis e uma "Parcela B" composta pelos custos gerenciáveis corrigidas por um
102 índice geral de preços acrescidos/descontados fatores de produtividade e
103 competitividade.

104 Destacou que o índice de correção dos custos gerenciáveis não seria um índice
105 único, mas sim um conjunto de índices que refletiria as características das regiões e
106 tipos de produtos (rede credenciada, segmentação assistencial, local de utilização).
107 Haveria tantos índices quantos fossem as categorias que a ANS entendesse serem
108 possíveis para segmentar o mercado.

109 Destacou que devido ao número de empresas, não haveria possibilidade de
110 calcular o índice da parcela de custos não gerenciáveis por empresa. O índice poderia
111 ser calculado através de média de mercado, escolha de empresas representativas ou
112 empresa referência (construída ou não).

113 Em seguida, Laís Perazo, iniciou a segunda apresentação da FENASAÚDE,
114 reiterando que a regulação deveria considerar as parcelas de custos gerenciáveis e
115 não gerenciáveis.

116 Apresentou o estudo realizado em parceria com IESS que demonstra a
117 relevância do padrão do plano, segmentação assistencial, região de utilização e perfil
118 etário na variação do custo do risco e no cálculo variação dos custos médicos
119 hospitalares. Informou que a variação no número de beneficiários é a variável que
120 mais afeta o custo do risco. Apresentou um exemplo, mostrando a diferença no
121 cálculo da VCMH – Variação dos Custos Médico-Hospitalares quando não se ajusta
122 essa variável no cálculo do reajuste. Laís defendeu que o novo modelo de reajuste
123 deve considerar no mínimo padrão de plano, segmentação assistencial e região de
124 utilização. Ainda destacou que estes três fatores devem ser ajustados, pois as médias
125 aproximadas podem injustiçar tanto beneficiários, quanto operadoras. Finalizando,
126 frisou que a revisão técnica é necessária para acompanhar as mudanças do mercado,
127 cujos riscos são de difícil mensuração no longo prazo.

128 Fáblio Fassini ponderou que a precificação por perfil de risco de produto seria
129 inviável devido à quantidade produtos.

130 Em seguida, Laís Perazo salientou que não defende reajuste por produto,
131 entretanto, a não diferenciação dos padrões de produtos torna a média imprecisa.

132 Sr. Antônio Westenberger alertou sobre a heterogeneidade dos produtos na
133 aplicação da metodologia do *Price Cap*, e que deve-se determinar quais as variáveis
134 que determinarão a condição de homogeneidade a serem consideradas no modelo de
135 cálculo do reajuste, para que não se crie uma injustiça tarifária.

136 Sr. Maurício Lopes, representante da FENASAÚDE, observou que na
137 portabilidade há padrões de planos considerados equivalentes e que poderiam ser
138 estendidos, em algum formato, para o novo modelo de reajuste. Destacou que a
139 questão da homogeneização dos produtos é extremamente relevante no modelo. Mas
140 tão relevante é considerar que quando o modelo de reajuste é proposto de modo
141 completo, deve contemplar tanto mecanismos de linearização, como mecanismos de
142 não linearização, tais como as revisões técnicas. Conclui que desvincular essas duas
143 discussões seria um erro.

144 O representante da Unimed do Brasil, Sr. Adriano Soares começou seu
145 pronunciamento sugerindo uma mudança no modelo da Câmara Técnica, onde fosse
146 construído um modelo em conjunto e não apenas apresentadas propostas, pois na
147 forma atual não é possível verificar a viabilidade das proposições.

148 Quanto ao novo modelo de reajuste, o representante da Unimed considera
149 importante a criação de um índice de reajuste da saúde suplementar e o melhor
150 banco de dados a ser utilizado é da ANS. Para isso é necessária a construção de uma
151 cesta de produtos/serviços para a criação de índice de saúde suplementar
152 segmentados por região ou qualidade do prestador de serviços.

153 Sr. Adriano Soares sugeriu que a Câmara Técnica fosse permanente e que o
154 grupo de discussão determinasse a cesta de produtos que gerariam os índices de
155 reajuste, com os dados da ANS. Sugeriu também a possibilidade de revisão técnica,
156 desde que as empresas apresentassem estudos auditados que comprovassem a
157 necessidade do reajuste. Também sugeriu a liberação de reajustes dos produtos
158 oferecidos às classes sociais "A" e "B". Questionou o controle de reajustes em
159 mercados competitivos.

160 Fáblio Fassini lembrou que índice setorial não é índice de variação de preços.
161 O modelo proposto utiliza um índice de variação de custo que pode ser auferido
162 tanto pelos aplicativos DIOPS, como pelo RPC. Quanto a desregulamentação do
163 controle de reajustes em razão das classes econômicas da população, o Diretor
164 Adjunto da DIPRO, ponderou a dificuldade de sua implementação.

165 O Sr. Alfredo Cardoso pontuou que as discussões demonstram a dificuldade da
166 regulação do reajuste, destacando que a maior concorrência talvez tornasse
167 desnecessária a intervenção da ANS. Ponderou, porém, que antes da regulação, era
168 flagrante que os reajustes nos contratos individuais eram lesivos aos consumidores.
169 Por isso, a prática da regulação dos planos individuais foi entendida como boa, não
170 sendo adotada para os planos coletivos, entendidos como mais competitivos.
171 Questionou a tese de que há grande concorrência nas capitais do país, citando o
172 estudo da ANS, disponível no Caderno de Informações –Set/2010 e a de que há
173 custos não gerenciáveis no setor, visto que há empresas que conseguem melhorar
174 seus resultados, através do gerenciamento de custos. Concluiu afirmando que o
175 posicionamento da Agência é de aprimorar o modelo de reajuste e dar dinamismo ao
176 mercado. A desregulamentação só seria possível em um cenário de ampliação da
177 portabilidade, existência de critérios de comparabilidade de rede assistencial e onde
178 os consumidores pudessem portar seus prontuários médicos sem custos adicionais.

179 Sr. Fáblio Fassini iniciou a 2ª parte da reunião informando que devido à
180 problemas de conexão na vídeo-conferência, a Fundação PROCON SP e IDEC não
181 teriam como acompanhar as discussões. As entidades aceitaram que a ANS realizasse
182 uma reunião específica, para que as mesmas pudessem apresentar suas
183 considerações.

184 Fáblio informou que a proposta da ANS contempla a exposição de alguns
185 cenários, bem como, a possibilidade da criação de um Grupo Técnico para
186 aprofundamento do novo modelo de reajuste, nos moldes citados pelo representante
187 da Unimed Brasil. Ressaltou que objetiva-se encerrar a Câmara Técnica com um
188 consenso em relação ao novo modelo, cujo desenvolvimento ficaria a cargo de um
189 Grupo Técnico, formado por técnicos da ANS e do setor e com conhecimento mais
190 nivelado em relação a conceitos estatísticos, econométricos, que possibilitassem um
191 avanço mais produtivo das discussões.

192 Fábio iniciou a apresentação informando que a proposta da ANS foi baseada no
193 modelo *Price Cap* e na possibilidade de cálculo dos seus 3 componentes (índice
194 setorial, fator de produtividade/eficiência e fator de eventos exógenos), nas
195 fragilidades e potencialidades de cada alternativa, assim como tempo para realização.

196 Relativamente ao índice setorial, informou que a ANS realizou exercícios com a
197 base de dados do DIOPS (variação dos custos dos planos individuais “novos” de
198 cobertura médico-hospitalar), e do Sistema de Comunicado de Reajustes de Planos
199 Coletivos – RPC (variação dos preços dos contratos coletivos) com vistas à analisar o
200 efeito da região de atuação nos custos. Foi possível apurar que a região tem forte
201 influência sobre a variação de custos.

202 Relativamente ao fator de eficiência (Fator X) explicou que foi estudada a
203 metodologia da Fronteira Eficiente de Produção, que possibilita uma visão
204 microeconômica da eficiência na saúde e do ponto de vista estatístico, significa
205 correlacionar os insumos (*inputs*) das operadoras com os resultados (*outputs*)
206 esperados pela ANS.

207 Informou que a discussão desses insumos e produtos suscita a necessidade da
208 formação do Grupo Técnico e citou como exemplo, o preço da Consulta Médica como
209 um *input*, onde se poderia verificar se um preço seria um indutor de melhores
210 *outputs*. Ressaltou que, só análise empírica estatística poderia comprovar ou não essa
211 correlação.

212 Em relação ao Fator Y, ressaltou que já há uma metodologia aplicada pela ANS,
213 que mensura a variação dos custos que estão fora da governabilidade dos contratos
214 (eventos exógenos), aproximando-se portanto, do conceito da revisão técnica.
215 Informa que a Revisão Técnica, conforme preconizada ela RN 19/2002 era voltada
216 para revisão das mensalidades das contraprestações dos planos anteriores à Lei
217 9.656/98. Assim, considerando a decisão liminar do STF, que suspendeu a capacidade
218 de regulação da Agência sobre aqueles planos, a Diretoria Colegiada da ANS
219 suspendeu o instrumento da Revisão Técnica. Considerando ainda que o modelo de
220 reajuste baseado no *Price Cap*, admite a incorporação dos eventos exógenos, não
221 haveria porque se discutir a Revisão Técnica.

222 Em seguida, Sr. Fábio passou a detalhar o modelo. Explicou que o fato do índice
223 setorial ser único é uma das maiores críticas a atual metodologia de reajuste. Assim,

224 propõe que o índice setorial seja calculado de forma regionalizada (Norte, Nordeste,
225 Centro-Oeste, Sudeste e Sul) - devido a sua influência na variação dos custos - e a
226 partir do DIOPS, devido à possibilidade de separar o risco dos planos individuais dos
227 planos coletivos.

228 A regionalização do DIOPS foi realizada, através da alocação das operadoras
229 que tivessem no mínimo 70% de seus beneficiários de planos individuais de cobertura
230 médico-hospitalar "novos" em uma região.

231 Destaca que a regionalização do índice não busca meramente a diferenciação
232 dos custos entre as regiões, mas sim o reconhecimento das particularidades de cada
233 mercado (oferta de prestadores, concentração de operadoras, beneficiários, entre
234 outras).

235 Na seqüência, Fábio apresentou os resultados em cada região, apresentando o
236 número de empresas que atendiam ao critério, índices de concentração e
237 representatividade da amostra das empresas em termos de beneficiários. A
238 metodologia possibilitou a regionalização de 745 das 750 operadoras ofertantes de
239 planos individuais de cobertura médico-hospitalar. Destacou que os resultados
240 demonstram que a regionalização no DIOPS é possível, mas a implementação ainda
241 não pode ser realizada, devido a série histórica das despesas assistenciais da carteira
242 individual de planos ter se iniciado em 2007.

243 Sobre o fator de eficiência (Fator X), Fábio abordou os conceitos de
244 produtividade e eficiência de um processo, explicando que a medida de eficiência é
245 realizada comparando-se a produtividade da empresa com uma meta.

246 A definição dessa meta na saúde suplementar será apurada no método de
247 Fronteira Eficiente de Produção através da aplicação de um método estatístico de
248 correlação entre insumos e produtos.

249 Destacou que o método requer a construção da matriz de *inputs/outputs*, que
250 se configura no trabalho de criação do Grupo Técnico.

251 Apresentou a demonstração gráfica do método, onde são consideradas mais
252 eficientes as empresas situadas sobre a linha da fronteira eficiente e por outro lado,
253 para as empresas que estão fora da fronteira, há margem para melhoria dos
254 resultados.

255 Explicou que as fronteiras eficientes podem se deslocar de um ano para o outro
256 e que o valor do Fator X, é resultado do distanciamento de cada operadora em relação
257 à fronteira eficiente. Na seqüência apresentou uma matriz exemplificativa de inputs e
258 outputs para a saúde suplementar. Abordou a questão da concorrência como crítica na
259 definição de um insumo na matriz de insumo-produto do método de fronteiras
260 eficientes. Sobre o Fator Y, destacou a semelhança entre o resultado alcançado pela
261 ANS em 2009 e a Consultoria AON. Resumidamente, explicou que o método da ANS
262 consiste em apurar mudanças de comportamento na curva de série histórica de
263 despesa das operadoras. Já o método da AON se consistiu na apuração de dados de
264 uma amostra de 300.000 beneficiários. Apesar de diferentes, os métodos
265 apresentaram resultados próximos. O impacto medido pela ANS foi de 1,1% e da AON
266 foi de 0,84% a 1,22%.

267 Apresentou o cálculo do fator Y por região, destacando que em uma delas, o
268 impacto foi o dobro da média nacional.

269 Fábio falou sobre as alternativas para o novo modelo de reajuste, com um
270 plano de contingência para implementação em 2011, até que evoluam as discussões
271 do Grupo Técnico para implementação da nova metodologia. Assim, em 2011, há a
272 alternativa de aplicação regionalizada do reajuste baseado no comunicados
273 contratos coletivos mais a variável de eventos exógenos.

274 Concluiu a apresentação mostrando o cálculo do RPC regionalizado nos
275 últimos 3 anos e destacando que as fortes diferenças entre as regiões, motivam a
276 regionalização do índice.

277 A Sra. Laís Perazo, representante da FENASAÚDE, voltou a expor alguns itens
278 de sua apresentação, para esclarecer dúvidas. Tornou a dizer que a variação do
279 custo médico deve levar em conta as variáveis que o afetam. Destacou o exemplo
280 da diferença no cálculo da VCMH quando se considera a variação do portfólio de
281 padrões de plano de um ano para o outro. Disse que quando se calcula a VCMH sem
282 o ajuste do padrão do plano, o resultado não é a variação do custo médico e sim a
283 média da variação do custo do risco. Ressaltou que no seu exemplo, a média geral
284 foi menor que qualquer outra média porque houve um *downgrade* no portfólio desta
285 carteira (incremento de planos de menor custo *per capita*).

286 Em seguida, Sr. Fábio Fassini pontuou que o custo do risco da carteira é o que
287 estabelece o mutualismo entre os custos de riscos individuais, sendo o conjunto de
288 riscos individuais modelador do risco médio da carteira. Assim, a proposição de
289 segmentação da variação dos custos médicos por plano em diversos padrões afetaria
290 o mutualismo.

291 A Sra. Laís reforçou que se referia a variação do custo do risco e não à
292 variação do custo do prêmio. Para corroborar a idéia, referiu-se a um exemplo no
293 qual não pode-se afirmar que a variação do custo do risco diminui com o decréscimo
294 do prêmio médio.

295 O Sr. Alfredo ressaltou que não é possível padronizar trinta e três mil planos
296 distintos entre si e a inserção de variáveis para tornar o modelo mais próximo da
297 realidade precisa ser limitada, pois o equilíbrio financeiro deve ser feito dentro da
298 operadora, e não por produto.

299 Em seguida, o Sr. Luiz Augusto Ferreira, representante da FIPECAFI, propôs
300 que o novo critério de reajuste considerasse o mix de utilização e o estudo da
301 viabilidade de aplicação de um percentual de reajuste diferente para cada padrão de
302 plano, pois considera difícil a operadora distribuir o percentual autorizado pela ANS
303 internamente, para seus produtos.

304 O representante da AMB sugeriu que o cálculo de reajuste não se baseasse
305 somente nas estruturas de custos das empresas, mas também considerasse outros
306 aspectos, tais como, a relação da empresa com os prestadores, acessibilidade dos
307 usuários e rede de atendimento.

308 O Sr. Maurício Lopes destacou que a proposta da ANS tem pontos consonantes
309 e dissonantes em relação às proposições da FENASAÚDE. Ponto consonante, o
310 incentivo a concorrência no longo prazo, pois no seu entendimento, só a concorrência
311 efetivamente traz o mercado eficiente para todos.

312 Ponto dissonante é o fato da proposta da ANS estar apontando para dois
313 modelos, um de curto prazo e outro de longo prazo. Na sua opinião, dada a premissa
314 inicial de que só a concorrência gera eficiência, tem que se construir não um modelo
315 de regulação que tem uma matriz de eficiência ou produtividade, e sim um modelo
316 desregulamentado de fato. Acha que a Câmara deveria discutir como se
317 desregulamenta o mercado. A mais, que no curto prazo pode ser feita uma discussão

318 para robustecer o modelo atual. O Sr. Alfredo Cardoso pontuou que a Câmara Técnica
319 visa o aprimoramento do modelo de reajuste. A decisão de desregulamentar o
320 reajuste de produtos individuais não é técnica e sim política, o que não é o papel da
321 Câmara Técnica.

322 O Sr. Mauricio indagou que os *outputs* da Câmara Técnica podem ser uma
323 mensagem para a Diretoria Colegiada da ANS, e que talvez o regulador, bem como os
324 órgãos de defesa da concorrência, devam recomendar algum tipo de reeleitura do
325 legislativo para pode trazer algum tipo de desregulamentação.

326 O Sr. Alfredo colocou que a ANS regula o mercado dentro da Lei. A
327 manifestação da ANS ocorre se ela for instada pelo Ministério da Saúde, ou
328 eventualmente, nas questões de projeto de Lei, como no caso do substitutivo da Lei
329 9.656 que tramita no Congresso.

330 O Sr. Antônio Westenberger, representante da SINAMGE, questionou como
331 seriam encaminhadas as discussões de agora em diante e ressaltou mais um vez sua
332 preocupação como a questão da revisão técnica, no caso de empresas que se
333 afastarem dos parâmetros definidos pela metodologia de reajuste, não obstante a
334 consistência da proposta apresentada pela Agência.

335 Concluindo a 3ª reunião da Câmara, Sr. Alfredo Cardoso, definiu que os
336 representantes têm 15 dias para analisar a proposta. No caso de haver um consenso,
337 encerra-se a Câmara Técnica, e constitui-se o Grupo Técnico que irá aprofundar a
338 proposta ANS de modelo de reajuste. Caso contrário, será agendada nova reunião
339 para continuidade das discussões, que poderá resultar em uma nova proposição ou
340 manutenção da atual metodologia de reajuste.

341

342 Rio de Janeiro, 20de outubro de 2010.

Fábio Dantas Fassini
Diretor Adjunto da DIPRO

Alfredo Luiz de Almeida Cardoso
Diretor da DIPRO

Leandro Fonseca
Diretor Adjunto da DIOPE

<p>Rosana Vieira das Neves Gerente de Regulação Atuarial dos Produtos – ANS Secretária da Câmara Técnica</p>	<p>Rafael Vinhas Gerente da Assessoria Normativa de Produtos - DIPRO</p>
<p>Adriano Leite Soares UNIMED DO BRASIL</p>	<p>André Almeida Magalhães GGEFP/DIPRO</p>
<p>Antonio Westenberger Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE</p>	<p>Bruno Santoro Morestrello GGEFP/DIPRO</p>
<p>Edgard Pereira Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>Eduardo Oliveira Federação Brasileira de Hospitais - FBH</p>
<p>Erimar Carlos Brehme de Abreu Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas -CMB</p>	<p>Florisval Meinão Associação Médica Brasileira -AMB</p>
<p>Geraldo Almeida Lima Sindicato Nacional das Cooperativas de Odontologia de Grupo - SINO</p>	<p>João Paulo Pereira de Souza GECOS/PROGE</p>
<p>José Cechin</p>	<p>José Douglas Oliveira do Nascimento</p>

<p>Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASAÚDE</p>	<p>GEVIT/DIPRO</p>
<p>Julcemar José Ragnini Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas -CMB</p>	<p>Luis Carlos Pereira Jelba Boluda DIOPE</p>
<p>Luiz Augusto Ferreira Carneiro Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras - FIPECAFI</p>	<p>Maurício Lopes Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASAÚDE</p>
<p>Paulo Augusto Pettenuzzo de Brito Secretaria de Direito Econômico-SDE/MJ</p>	<p>Paulo Muradas União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde- UNIDAS</p>
<p>Polyanna Carlos da Silva PROTESTE</p>	<p>Sandro Leal Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização -FENASAÚDE</p>
<p>Wagner Barbosa de Castro Ministério da Fazenda</p>	<p>Wilsimara Rocha Ministério da Fazenda</p>
<p>Alexandre Marinho IPEA & UERJ</p>	<p>Laís Perazo Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de</p>

	Capitalização -FENASAÚDE
--	---------------------------------

212