

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

27 de março de 2024



---

## EVENTO RECOMENDADO

### VII ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS

Tema: A preocupação com o aumento dos custos da saúde e a sinistralidade das operadoras

Nossa diretora, **Andréa Cardoso**, será palestrante nesse evento.

O encontro ocorrerá nos dias 11 e 12 de abril de 2024 e tem como objetivos:

Abordar o aumento dos custos dos serviços de saúde sob os vieses de causas e consequências, bem como as estratégias de administração necessárias para equalizar forças e viabilizar o negócio;

Debater sobre o Rol de procedimentos - É taxativo ou exemplificativo?

Discutir a interferência do Congresso Nacional e o STF na Saúde Suplementar

**As inscrições deverão ser realizadas por e-mail:**

[julcemarragnini@hotmail.com](mailto:julcemarragnini@hotmail.com)

ou pelos telefones: (49) 9 99891603, com o valor de R\$ 250,00 por pessoa.

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS e representantes da saúde suplementar debatem regulação](#) - Fonte: O Globo

[Nota: Amil anuncia cancelamento de contratos de adesão](#) - Fonte: CQCS

[Setor de saúde registra crescimento anual de 5,3% no mercado de trabalho](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos com até 2 usuários vêm sendo cancelados por grande operadora, diz presidente da Qualicorp](#) -  
Fonte: Valor Econômico

[ANS anuncia resultado do monitoramento da garantia de atendimento](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Justiça ordena remoção de site que vende atestados médicos fraudulentos](#)- Fonte: Saúde Business

[Pesquisa de satisfação de beneficiários ano-base 2023](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Programa modelos de remuneração baseados em valor](#) - Fonte: GOV (ANS)

# ANS E REPRESENTANTES DA SAÚDE SUPLEMENTAR DEBATEM REGULAÇÃO

O Globo – 26/03/2024

O escritório M3BS Advogados em parceria com o IBMEC e Roche, reuniu a diretoria colegiada na ANS, indústria farmacêutica, operadoras, prestadores e contratantes para debater a importância da regulação para o fortalecimento da sociedade.

A regulação desempenha um papel fundamental no fortalecimento da sociedade ao estabelecer normas, diretrizes e limites que garantem o funcionamento harmonioso e equitativo das atividades econômicas, sociais e ambientais. Essa foi uma das conclusões apresentadas durante o evento promovido pelo M3BS Advogados sobre a importância da regulação para o fortalecimento da sociedade.

Realizado em parceria com o Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (IBMEC) e Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S/A (Roche), o encontro reuniu representantes da diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da indústria farmacêutica, operadoras, prestadores e contratantes, e contou com a mediação do advogado sócio do M3BS e ex-presidente da ANS, Rogério Scarabel. Na abertura, Lucas Miglioli, sócio-diretor do M3BS ressaltou a importância de reunir o ecossistema da saúde para abordar o papel de cada um de seus atores em prol da sustentabilidade do setor.

Na primeira mesa, a diretoria colegiada na ANS debateu a visão do regulador, ressaltando o papel fundamental da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) para aproximar os beneficiários das operadoras.

Eliane Medeiros, diretora de fiscalização da ANS explicou que a NIP é uma ferramenta importante de mediação ativa para a solução dos conflitos entre as operadoras e os beneficiários, principalmente no cenário atual em que as reclamações estão aumentando. “A NIP tem ensejado mais de 90% de solução de conflitos entre operadoras e beneficiários”

Além de Eliane Medeiros, a mesa, mediada por Rogério Scarabel, sócio do M3BS e ex-presidente da ANS, contou com a participação do Paulo Rebello, diretor-presidente e diretor de gestão; Alexandre Fioranelli, diretor de normas e habilitação dos produtos; Maurício Nunes, diretor de desenvolvimento setorial; e, Jorge Aquino, diretor de normas e habilitação das operadoras. Aquino lembrou, inclusive, que a Agência está analisando os dados econômicos das operadoras com um olhar de sustentabilidade.

Ao apresentar Maurício Nunes, Scarabel ressaltou que é preciso discutir a remuneração dos serviços e avaliar a qualidade das entregas. “Há quase 20 anos, criamos um projeto de qualificação dos prestadores. No primeiro momento, divulgamos os atributos dos prestadores e agora

temos o projeto de qualificar os hospitais. Para tanto, vamos receber os índices de qualificação dos hospitais, das Santas Casas e dos hospitais verticalizados, o que vai empoderar o paciente a ter mais poder de escolha. É a primeira vez que um órgão divulga esses dados identificando os hospitais juntos com seus indicadores.”

A incorporação das tecnologias e seus impactos no orçamento também foi trazida para o debate. Segundo Alexandre Fioranelli, a discussão sobre sustentabilidade do setor esbarra no rol da ANS. “A agência vem trabalhando com transparência e publicidade de dados para que o mercado se desenvolva. A avaliação tecnológica da saúde (ATS) é uma ferramenta que proporciona segurança e eficácia da tecnologia e analisa seus impactos econômicos na cobertura programada e gradual. É de extrema importância para analisarmos onde o dinheiro deve ser investido para o bem da população. Assim como, avaliar a desincorporação de algumas tecnologias no Rol, afinal, muitas caíram em desuso.” Paulo Rebello lembrou a importância da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/1998). “Ela foi um divisor de águas na saúde, mas hoje precisamos encontrar soluções para a sustentabilidade do setor. É preciso envolver todos os atores nas discussões afinal, os recursos da saúde são finitos, o setor é pulverizado e precisamos colocar o paciente no centro dos cuidados.”

Na segunda mesa, a visão da sociedade foi abordada com Ana Tuñón, presidente da Roche Diabetes Care Brasil, com a visão da indústria farmacêutica; Jeane Tsutsui, diretora presidente do Grupo Fleury, a dos prestadores; Aline Schellhas, CEO Amil, a das operadoras e, dos contratantes, com Marina Viana, diretora-executiva da GE HealthCare do Brasil. Aline destacou que o cuidado primário não pode acontecer no pronto-socorro. “Deve ser preventivo, o que envolve a importância de uma gestão de dados para que o engajamento entre as operadoras e os beneficiários cresça. Há dados disponíveis e precisamos educar e conscientizar as pessoas, principalmente sobre o mutualismo”, destacou.

Ana Tuñón ressaltou, ainda, a dificuldade de equilibrar inovações e incorporações no SUS e na saúde suplementar. “É preciso olhar a jornada do paciente como um todo. No caso dos diabéticos, por exemplo, eles geram dados no dia a dia que são essenciais para o monitoramento da saúde, conscientização de seguir o tratamento. A jornada de acompanhamento é um direito do paciente.” Saúde digital foi o tema explorado por Jeane Tsutsui, diretora presidente do Grupo Fleury. “A tecnologia gera eficiência no diagnóstico do início ao fim, tomando-se importante para a sustentabilidade do setor, uma vez que auxilia no melhor desfecho clínico e, consequentemente, no custo-benefício. Porém, é preciso que esses dados cheguem ao médico.”

## NOTA: AMIL ANUNCIA CANCELAMENTO DE CONTRATOS DE ADESÃO

CQCS – 25/03/2024

ANS divulga entidades selecionadas no Chamamento Público para parcerias.

A Amil informa que está reformulando sua grade de produtos com modelos que assegurem qualidade da assistência e sustentabilidade dos contratos. Nesse contexto, a modalidade de planos coletivos por adesão, que era até então amplamente disponibilizada para plataformas denominadas administradoras de benefícios – que efetivam contratos diretamente com as entidades de classe – foi revista.

Como desdobramento, está em curso o cancelamento de contratos da Amil com algumas administradoras de benefícios, especificamente os que demonstram desequilíbrio extremo entre receita e despesa há pelo menos três anos. A

Amil iniciou a comunicação da mudança às administradoras de benefícios impactadas no dia 18 de março, reiterando que a cobertura dos contratos segue os prazos contratuais.

Conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as administradoras devem informar a decisão diretamente aos beneficiários vinculados às entidades com quem possuem contrato. Essa mudança está sendo realizada estritamente de acordo com as leis vigentes e com todos os cuidados para minimizar o impacto aos beneficiários.

A Amil reforça que avalia constantemente seu portfólio para garantir a melhor qualidade de atendimento a seus 5,7 milhões de beneficiários

## SETOR DE SAÚDE REGISTRA CRESCIMENTO ANUAL DE 5,3% NO MERCADO DE TRABALHO

Saúde Business – 25/03/2024

Empresas buscam profissionais cada vez mais qualificados.

O setor de Saúde Privada, com um faturamento anual de R\$ 415 bilhões no Brasil, está entre os setores mais aquecidos na busca por profissionais, segundo o Panorama Setorial da Saúde da Robert Half, consultoria global de soluções em talentos. O mercado de trabalho no setor cresce a uma média de 5,3% ao ano.

O Panorama Setorial tem como objetivo apresentar aos gestores um quadro amplo do setor de saúde, conectando as realidades do mercado às questões ligadas à gestão de talentos. O material traz uma análise sobre como os profissionais podem impactar o resultado das companhias.

O setor de saúde passou por uma grande consolidação recentemente. As muitas fusões e aquisições do setor posicionaram o segmento como um dos que mais transacionaram nos últimos anos. No entanto, existe um longo caminho até que essas uniões deem origem a organizações coesas e eficientes, principalmente no que se refere à mão de obra.

“Até o momento, o que se vê são operações que inflaram e se tornaram mais complexas, porém com estruturas, processos e sistemas muitas vezes redundantes ou até mesmo incompatíveis. Por vezes, os negócios são desenvolvidos por uma força de trabalho que carece de habilidades técnicas e comportamentais essenciais para as posições”, diz Lucas Nogueira, diretor regional da Robert Half.

A expansão da base de clientes, o aumento na sinistralidade e nas fraudes de usuários dos planos de saúde fez explodir o volume de glosas nos pagamentos de clínicas e hospitais. O acúmulo dessas situações gerou a necessidade de recrutar um número cada vez maior de profissionais qualificados com conhecimentos especializados nas áreas de faturamento, auditoria e autorizações. “Percebe-se um movimento das empresas em direção à profissionalização de sua força de trabalho, além de uma busca de maior senioridade principalmente na área financeira. Essa tendência visa reduzir as lacunas de formação, que percorrem desde as atividades operacionais até os níveis executivos”, acrescenta Nogueira.

Dadas as dificuldades para encontrar os perfis necessários, a alternativa frequentemente utilizada no setor costuma ser a de apostar no treinamento de colaboradores juniores, a “importação” de profissionais de maior senioridade, mais atualizados e vindos dos grandes centros ou a contratação por projeto de profissionais mais experientes para resolver backlogs e transferir know-how aos colaboradores permanentes da empresa.

Entre 2022 e 2023, mais de 90% das vagas abertas nas áreas de faturamento, auditoria, autorização e glosas foram por projetos com tempo determinado. De acordo com pesquisas da Robert Half, a alocação de profissionais por projetos é benéfica tanto para as empresas como para os colaboradores.

# PLANOS COM ATÉ 2 USUÁRIOS VÊM SENDO CANCELADOS POR GRANDE OPERADORA, DIZ PRESIDENTE DA QUALICORP

Valor Econômico – 22/03/2024

Maurício Lopes não revelou o nome da empresa, mas expectativa do executivo é que concorrentes sigam o mesmo caminho.

Modalidade com grande demanda e que vem roubando fatia de mercado dos planos de saúde por adesão nos últimos anos, os planos PME, com um ou dois usuários, já estão sendo cancelados por uma grande operadora, segundo Maurício Lopes, presidente da Qualicorp, que não revelou o nome da empresa. A expectativa do executivo é que concorrentes sigam o mesmo caminho.

Desde que assumiu a companhia, há cerca de sete meses, uma de suas principais frentes tem sido convencer as operadoras a retomar a venda de planos de saúde por adesão quando se trata de contratos menores. “Contratos com até 29 usuários têm um único reajuste, os riscos são completamente assimétricos. É um risco futuro. Estamos sendo muito vocais nisso”, disse Lopes, durante teleconferência para analistas e investidores realizada nessa sexta-feira (22).

Ele explicou que as operadoras concordam em suas argumentações no que diz respeito à questão técnica (do

risco atuarial), mas ainda há dificuldades comerciais para adotar as mudanças.

A Qualicorp vem trabalhando também na criação de novos formatos de convênios médicos por adesão com custos mais acessíveis. Entre eles, estão, produtos com redes de hospitais, clínicas e laboratórios mais restritas; com coparticipação e baixo reembolso. Lopes acredita que planos de saúde sem essas restrições serão encontrados apenas em contratos corporativos, ou seja, aqueles ofertados por grandes empresas aos funcionários.

A companhia está, inclusive, pagando melhores remunerações aos corretores em vendas de planos de saúde exclusivamente hospitalares — um produto de pouca procura no Brasil. “É um plano com baixa sinistralidade”, disse Lopes.

Com a chegada de Lopes à presidência no ano passado, a Quali iniciou uma grande reestruturação com demissões, alterações de diretorias e troca de fornecedores. “Estamos agora na fase de buscar eficiência interna”, disse. Nessa etapa, a companhia também está testando o melhor patamar de CAC (custo de aquisição do cliente) que, em sua visão, está baixo

## ANS ANUNCIA RESULTADO DO MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

– 22/03/2024

A partir de 27/3, 999 pessoas ficarão protegidas pela medida da ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta sexta-feira (22/3) o resultado do Monitoramento da Garantia de Atendimento, medida que acompanha regularmente o desempenho do setor a partir das reclamações sobre cobertura assistencial e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de um plano de uma operadora devido a reclamações ocorridas no 4º trimestre de 2023. Assim, temporariamente, ele não poderá ser comercializado.

A proibição da venda começa a valer no dia 27/3. Ao todo, 999 beneficiários ficam protegidos com a medida, já que esses planos só poderão voltar a ser comercializados para novos clientes se a operadora apresentar melhora no resultado no monitoramento.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo, 18 planos de três operadoras terão a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (4º trimestre/2023)

- 01 plano com comercialização suspensa
- 18 planos com a comercialização liberada
- 999 beneficiários protegidos

- 58.577 reclamações no período de 1º/10/2023 a 31/12/2023

**Consulte o resultado nas listas abaixo:**

- [Planos com comercialização suspensa](#)
- [Planos reativados](#)
- [Planos liberados pelo monitoramento da garantia de atendimento, mas que continuam suspensos por outros motivos](#)

**Sobre o Monitoramento da Garantia de Atendimento**

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado trimestralmente, com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

A partir dessas informações as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. As operadoras enquadradas nas faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador da operadora.

**Sobre a suspensão da comercialização de planos**

As operadoras reiteradamente com pior resultado são avaliadas e para aquelas que apresentam risco à assistência à saúde são identificados os planos que terão o ingresso de novos beneficiários vedado temporariamente.

A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

## JUSTIÇA ORDENA REMOÇÃO DE SITE QUE VENDE ATESTADOS MÉDICOS FRAUDULENTOS

Saúde Business – 21/03/2024

Justiça ordena a remoção de site que vende atestados médicos fraudulentos. Saiba mais sobre os riscos associados à emissão desses documentos online e as preocupações levantadas pela comunidade médica brasileira.

A Justiça Federal determinou a remoção do site alemão “atestadomedico24” ou “Dr Ansay”, que comercializa atestados médicos fraudulentos no Brasil por R\$29. A plataforma, que utiliza inteligência artificial para emitir atestados médicos sem a necessidade de consulta médica presencial, tem causado grande preocupação na comunidade médica brasileira.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) tem lutado contra a emissão irregular desses atestados. Os responsáveis pelo site garantem 100% de aceitação por parte dos empregadores e afirmam ter realizado 3 milhões de tratamentos médicos online desde 2018, tudo isso por meio de um questionário online de apenas 5 minutos.

A 14ª Vara Cível Federal de São Paulo estabeleceu um prazo de 5 dias para a remoção do site do registro de domínios. No entanto, mesmo após dois meses da decisão judicial, o site continua ativo na internet, desafiando as autoridades e agravando as preocupações dos médicos brasileiros.

A prática de comercializar atestados médicos por meio de inteligência artificial levanta preocupações sobre a segurança do paciente, pois a ausência de uma avaliação médica real pode resultar em diagnósticos imprecisos e prescrições inadequadas. Isso compromete a integridade do sistema de saúde e a confiança na classe médica.

De acordo com o artigo 6º da resolução N° 1.658/2002 do CFM, apenas médicos podem emitir atestados. Eles devem estar devidamente habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, garantindo assim a segurança do paciente e a confiabilidade dos documentos emitidos. Além disso, o documento deve estar na forma prevista pelo Conselho Federal de Medicina e não pode ter nenhum tipo de rasura ou mudança. Se alguma alteração for identificada, a empresa pode entrar com investigação de atestado falso.

O preenchimento adequado de um atestado médico garante sua validade e legalidade. De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), existem critérios específicos que devem ser seguidos para preencher um atestado médico de forma correta. Qualquer tipo de rasura ou alteração no atestado pode comprometer sua validade e sujeitar o médico emitente a sanções disciplinares. Portanto, é fundamental que o preenchimento seja feito corretamente.

## PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ANO-BASE 2023

GOV (ANS) – 20/03/2024

Operadoras devem encaminhar resultados da pesquisa via E-Protocolo até 30/4.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que já está disponível o formulário específico para envio da pesquisa de satisfação pelo E-Protocolo.

Para que a pesquisa seja considerada para fins de bonificação no IDSS, é imprescindível que seja enviada de acordo com os critérios estabelecidos pela ANS, dentro do prazo, que é 30/4.

No ano-base 2022, 268 operadoras realizaram a pesquisa de satisfação de acordo com as diretrizes da ANS. Elas representam 68,8% do total de beneficiários do setor.

### Sobre a pesquisa de satisfação

A ANS estimula e orienta as operadoras de planos de saúde a realizar, anualmente, uma pesquisa de satisfação com seus beneficiários de forma voluntária, de modo a estimular a ampliação do canal de diálogo com os beneficiários,

estimulando uma maior participação na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.

Realizar e avaliar os resultados da pesquisa são importantes, pois oferecem insumos para o aprimoramento dos serviços prestados pelas operadoras e trazem subsídios para ações regulatórias da ANS.

A realização da pesquisa dentro dos critérios e no prazo estipulado bonifica as operadoras em 0,25 pontos adicionados na nota da dimensão Indicador da Dimensão Sustentabilidade no Mercado (IDSM) do ano-base 2023.

Confira algumas orientações específicas para o envio da pesquisa de satisfação de beneficiários:

### Quais são as instruções para preenchimento do formulário?

- O Termo de Responsabilidade da Pesquisa é gerado automaticamente pelo sistema e deve ser baixado, assinado digitalmente pelo responsável legal da operadora e

pelo responsável técnico (estatístico), e enviado com as devidas assinaturas;

- Preencher o link onde a pesquisa de satisfação do ano-base 2023 foi disponibilizada no portal da operadora;
- Preencher informações relativas à identificação do auditor independente;
- Preencher os campos referentes às informações importantes que constam no relatório com os resultados de pesquisa, tais como: período de realização, tamanho da amostra, taxa de respondentes, erro amostral, dentre outros;
- Em cada um dos 10 quesitos informar valores obtidos em cada opção de resposta (por exemplo: 38,7%, preencher com 38,7). Os valores nesses campos deverão ser iguais aos apresentados no relatório, contendo os resultados da pesquisa. O somatório de cada questão precisa totalizar 100 ou pelo menos entre 99 e 101, margem para os arredondamentos;
- Inconsistências poderão acarretar o indeferimento da pontuação da pesquisa no IDSS.

#### Quais documentos devem ser anexados no E-protocolo?

- Termo de Responsabilidade da Pesquisa assinado pelo responsável legal da operadora e pelo responsável técnico da pesquisa;
- Relatório final da pesquisa disponibilizado pela operadora em seu portal eletrônico;
- Parecer de auditoria independente;
- "Print" da página da operadora onde a pesquisa foi divulgada;
- Caso a operadora deseje, poderá encaminhar outros anexos relativos à pesquisa por meio do E-Protocolo também, tais como a nota técnica da pesquisa e o relatório de auditoria independente.

#### Como acessar o Protocolo eletrônico?

- E-Protocolo: utilize o navegador Google Chrome para acesso ao Portal Operadoras e, dentro deste ambiente, o Sistema de Protocolo Eletrônico;
- O novo protocolo a ser escolhido é "DIDES-Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)"; Assunto - "Envio do resultado da pesquisa de satisfação ano-base 2023";
- O usuário terá 30 minutos para preencher os campos solicitados. Caso necessite de mais tempo, ele poderá salvar o formulário como rascunho e reiniciar o preenchimento dos campos em outro momento, conforme explicado no manual do Portal Operadoras (em "Petições em Rascunho");
- Caso o usuário seja o representante legal da operadora perante a ANS, o novo protocolo relativo à pesquisa de satisfação já estará disponível no Protocolo Eletrônico de forma automática.

#### Quais são os perfis de acesso?

- Por padrão do sistema, o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas. Como o envio da pesquisa gera um novo protocolo, o representante legal da operadora poderá conceder o acesso a novos usuários. Para isso, basta seguir o passo a passo descrito no manual disponível no Portal Operadoras;
- Para evitar que o representante legal tenha que acessar o "ADMP Operadora" toda vez que for necessário gerir o acesso de um usuário, é possível conceder a estes perfis a quem tenha acesso ao sistema "ADMP Operadora", delegando assim a concessão destes perfis.

Para dúvidas sobre concessão de acesso no Portal Operadoras, basta entrar em contato pelo e-mail [portaloperadoras@ans.gov.br](mailto:portaloperadoras@ans.gov.br).

Para dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato pelo e-mail [qualidade.dides@ans.gov.br](mailto:qualidade.dides@ans.gov.br)

## PROGRAMA MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR

GOV (ANS) – 20/03/2024

ANS divulga entidades selecionadas no Chamamento Público para parcerias.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) selecionou entidades jurídicas de direito público e organizações da sociedade civil para a celebração de cooperação técnica para apoiar a ANS na operacionalização e ampliação do Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor. A seleção foi feita por meio de Edital de Chamamento Público.

De acordo com os critérios de elegibilidade e pela avaliação técnica e operacional, as instituições selecionadas pela Comissão de Seleção do Chamamento Público foram:

As entidades mencionadas acima serão convocadas para celebração do Acordo de Cooperação com a ANS, contribuindo para a qualidade do cuidado no setor suplementar de saúde.

#### Chamamento Público



O chamamento favorece a troca de experiências e o apoio técnico-científico em ações voltadas para a melhoria da qualidade do cuidado e do valor em saúde, compreendidas como os desfechos clínicos e não-clínicos que interessam aos pacientes. Vale ressaltar que a cooperação não contempla repasse de recursos por parte da ANS.

O edital foi publicado no portal da ANS no período de 18/12/23 a 31/1/24. As entidades interessadas puderam apresentar proposta para atuar conjuntamente com a ANS nas seguintes atividades:

I - publicação da segunda edição do [Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor](#);

II - Acompanhamento dos [projetos das operadoras selecionadas no Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor](#);

III - ferramenta para gestão de indicadores, enviados pelas operadoras participantes do Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor;

IV - estudos, pesquisas, publicações técnicas sobre Saúde Baseada em Valor; e

V - capacitação sobre Saúde Baseada em Valor para operadoras e seus prestadores de serviços selecionados para o Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor.

As propostas recebidas foram avaliadas pela Comissão de Seleção do Chamamento Público - composta por membros das Diretorias que integram a ANS - que verificou os requisitos de elegibilidade e a capacidade técnica e operacional das instituições interessadas.

[Acesse aqui](#) a avaliação da Comissão.

Confira a [Nota Técnica](#) que resultou na seleção das entidades.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.