

Nota nº06/2013/ADS/GGISE/DIDES

Sipar.33902.923864/2013-10

Ass.:Exposição de Motivos da proposta de resolução normativa destinada a estabelecer indicadores de boas práticas no relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde

Prezado Senhor Gerente-Geral,

I. Introdução

A presente nota visa apresentar os argumentos técnicos para a instituição de norma de boas práticas no relacionamento entre operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviços de saúde. Essa norma teria por objetivo induzir boas práticas, definidas como o conjunto de ações identificadas como as mais acertadas em termos de eficácia e eficiência, possibilitando a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade, de forma a propiciar uma melhor assistência na saúde suplementar. O objetivo central do normativo seria aferir a prática dessas ações e estabelecer um comitê de caráter consultivo para aprimorar o monitoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores.

Os fatos que subsidiam a necessidade de instituição de um regulamento de boas práticas tornaram-se evidentes com os resultados dos monitoramentos do cumprimento das normas de contratualização¹ e de estudos relacionados ao tema, que mostraram haver graves conflitos entre operadoras e prestadores de serviços mesmo estando a maior parte dos contratos formalizada. Mais ainda, verificou-se que a qualidade assistencial não é objeto desses contratos. A partir daí, estudaram-se novas formas de intervenção no mercado que afetasse positivamente as práticas cotidianas de relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços. O resultado desse estudo foi a detecção das áreas concernentes ao relacionamento entre operadoras e prestadores nas quais a adoção de boas práticas teria grande impacto. Foram desenvolvidos índices, a serem regulamentados, para aferi-las.

Na segunda seção desta nota, são apresentadas as normas de contratualização e as conclusões tanto de programas da ANS que analisaram o cumprimento desses normativos pelas operadoras

¹ Resoluções Normativas nº 42, 54, 71, publicadas em 2003 e 2004, referentes à formalização de instrumentos jurídicos estabelecidos entre operadoras de planos de saúde e, respectivamente, prestadores de serviços hospitalares, prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) e clínicas ambulatoriais e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultório.

Folha 2, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

de planos de saúde quanto de estudos sobre o tema desenvolvidos por pesquisadores independentes. Essas conclusões motivaram o aprofundamento da análise da situação atual do relacionamento entre operadoras e prestadores, que é exposta na terceira seção desta nota. A constatação de que os conflitos prevalecem e de que a preocupação com a qualidade assistencial não aparece como fator a influenciar as relações entre ambos os lados levaram a Gerência-Geral de Integração Setorial – GGISE, por meio da Gerência de Avaliação de Qualidade Setorial – GEAQS, a buscar novas formas de intervenção no setor. A forma de intervenção encontrada é apresentada na quarta seção. Por fim, são feitas as considerações finais.

II. As normas de contratualização e seus resultados

As resoluções normativas referentes à contratualização entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde foram publicadas em 2003 e 2004, com o objetivo de aumentar a formalização das relações entre as partes. Na época, a falta de instrumentos jurídicos formais era apontada como um dos fatores a dificultar a resolução de conflitos, em especial, quando um lado buscava resolver alguma disputa por meio do judiciário.

Tomada a decisão de publicar normas sobre o tema, considerou-se oportuno que os regulamentos especificassem itens tidos como fundamentais para a execução do contrato e outros que a legislação estabelecia como obrigatórios, mas que não necessariamente eram dispostos em contratos entre operadoras e prestadores de serviços. Assim, as resoluções normativas sobre contratualização especificaram, por exemplo, que dos contratos deveriam constar o registro da operadora na ANS e a definição detalhada do objeto.

Na RN 124, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, instituiu-se a sanção de advertência para as operadoras que não cumpram as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores e multa de R\$ 35.000,00. Como as penalidades recaíam apenas sobre as operadoras de planos de saúde, muitas argumentaram que não haviam conseguido atualizar seus contratos ou formalizar certas relações porque os prestadores se recusaram a assinar os novos termos.

A primeira avaliação sistemática do cumprimento das resoluções normativas de contratualização foi feita em 2005 e 2006, no âmbito do Programa Olho Vivo da Diretoria de Fiscalização. O programa não englobou a RN 71, que tratava do estabelecimento de instrumentos formais entre operadoras e profissionais de saúde e pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. Para avaliar a conformidade das práticas no setor em relação às RN 42 e 54, foram selecionadas

Katiama

Folha 3, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

56 operadoras, que, juntas, tinham 52% dos beneficiários de assistência médica. Solicitaram-se 10 contratos por operadora e tipo de prestador, tendo sido analisados 181 contratos (64 com hospitais, 58 com clínicas ambulatoriais e 59 com serviços de apoio ao diagnóstico). Todas as operadoras foram autuadas e 1.127 infrações foram lavradas. As principais desconformidades verificadas foram a não inclusão no contrato de cláusula determinando a relação de prioridades conforme a lei 9.656/1998 e a ausência do número de cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES) do prestador contratado. Como parâmetro para análise da formalização dos contratos, comparou-se a quantidade de instrumentos solicitados pela ANS (1680 contratos) com a quantidade de instrumentos recebidos (1601), inferindo-se que os não recebidos eram inexistentes.

A segunda avaliação sistemática do cumprimento das normas de contratualização foi feita no período entre 2010 e 2012. Novamente, foram selecionadas as maiores operadoras de planos de saúde (30 operadoras, que totalizavam 32% dos beneficiários de assistência hospitalar). Analisaram-se 312 contratos (66 com hospitais, 90 com clínicas ambulatoriais, 66 com SADT e 90 com consultórios), tendo sido constatadas desconformidades com os normativos na maior parte dos instrumentos analisados.

O andamento desses programas evidenciou as dificuldades em fiscalizar as normas de contratualização. Em ambos os programas, mesmo tendo sido selecionada quantidade limitada de operadoras, não foi possível analisar todos os contratos mantidos por estas com os prestadores de serviços. A quantidade de contratos solicitada representava uma pequena porcentagem da quantidade total de contratos realizados. Além disso, os monitoramentos restringiram-se a avaliar o cumprimento da norma, ou seja, se as cláusulas consideradas obrigatórias estavam presentes nos contratos, independentemente de se eram de fato implementadas.

Além da ANS, entidades de classe e pesquisadores independentes também analisaram a formalização de instrumentos jurídicos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Destacam-se três desses trabalhos. O primeiro é uma pesquisa realizada pelo Vox Populi para o Sindicato de Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo². A pesquisa mostrou que todos os hospitais da amostra têm pelo menos um contrato assinado com operadora de plano de saúde conforme as regras estabelecidas pela ANS, 1,9% das clínicas não tem qualquer contrato assinado com operadoras conforme as regras estabelecidas pela Agência, e 5% dos laboratórios também não têm qualquer contrato assinado de acordo com as regras estabelecidas.

² VOX POPULI. Pesquisa Quantitativa – Avaliação do relacionamento entre hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras de planos de saúde. Novembro de 2010. Disponível em http://www.fehospar.com.br/pesquisa_vox_2010.pdf. Acesso em 11/12/2013.

Folha 4, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

O segundo trabalho é uma pesquisa amostral realizada com hospitais que atendem beneficiários da saúde suplementar por UGÁ et ali (2009)³. Os resultados apontaram que 91,2% dos hospitais se relacionavam com as operadoras por meio de contratos formais, dos quais 76,4% foram estabelecidos após negociações. *"Poucos hospitais relacionavam-se mediante acordo verbal ou operavam sem contrato (alternativas apresentadas como distintas no questionário), correspondendo, por sua vez, a uma parcela muito pequena de operadoras a quem prestavam serviços. "* (Ugá et alli, 2009, p. 836)

Zanatta (2013)⁴, o terceiro trabalho a ser mencionado, empreendeu uma ampla pesquisa sobre as normas de contratualização, tendo constatado que a formalização de contratos, após a publicação das normas, avançou no que tange às relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores hospitalares e demais estabelecimentos de saúde. Quanto às relações com profissionais de saúde, afirma-se que o avanço foi menor. Em todos os casos, destaca-se a dificuldade para fiscalizar o cumprimento das normas discutidas nesta seção. Conclui, ainda, que o simples cumprimento da norma não garante avanços no relacionamento entre as partes, sendo necessário que operadoras e prestadores formem uma parceria estratégica, haja vista sua interdependência e a importância de um bom relacionamento para a sustentabilidade do setor e a garantia de atendimento ao beneficiário.

Em termos gerais, os programas de monitoramento da ANS e os trabalhos independentes sobre as normas de contratualização têm em comum a conclusão de que a maior parte das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços está formalizada.

Em 2012, com vistas a minorar o que foi constatado pelo Programa de Monitoramento da Contratualização como a principal causa de descumprimento das normas em quadro, foi publicada a instrução normativa nº 49 pela DIDES. Tendo avaliado que era comum não haver cláusulas de reajuste nos instrumentos firmados e sabendo-se que esse é um dos principais pontos de conflitos entre prestadores de serviços e operadoras, a ANS estabeleceu que é livre a negociação, mas, não havendo acordo até o termo final para efetivação do reajuste, aplicar-se-ia automaticamente uma das formas listadas na instrução. Não houve, ainda, avaliação sistemática do cumprimento dessa regulamentação.

Atuando

³ UGÁ, M.A.D. et alli. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. Revista de saúde pública, 43(5), 2009.

⁴ ZANATTA, C.L. Principais efeitos da regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de mestre em administração. São Paulo, 2013.

III. Conflitos no setor de saúde suplementar e qualidade assistencial

Embora as normas de contratualização tenham sido indutores da formalização dos instrumentos que vinculam prestadores de serviços a operadoras de planos de saúde, não houve diminuição dos conflitos ou melhora da qualidade assistencial induzida pelos contratos formais. Ugá et alli (2009) afirmam:

As análises das relações contratuais entre os prestadores hospitalares e operadoras de planos de saúde mostram uma forte tendência para a formalização dessas relações. Entretanto, são contratos meramente comerciais com pouca ou nenhuma incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada. Limitam-se, em sua quase totalidade, à definição de valores, de prazos e procedimentos para pagamento ou unidade de pagamento. Assim, os hospitais relataram inexistência ou baixa prevalência, nos contratos, de critérios para glosa das contas apresentadas, da exigência de indicadores qualitativos e quantitativos da qualidade assistencial, critérios de indicação de procedimentos (uso de diretrizes clínicas), informações curriculares dos profissionais de saúde, entre outros indicadores básicos para as operadoras exercerem a prática da regulação assistencial voltada para maiores benefícios de seus clientes.

Ugá et alli (2009), p. 837

Também Zanatta (2013) constata a inefetividade das normas de contratualização em diminuir o número de conflitos no setor e aumentar a qualidade da prestação de serviços:

Assim, o estudo evidencia que as regulamentações que tratam da relação contratual são insuficientes para minimizar os conflitos existentes entre as operadoras de planos e os prestadores de serviços de saúde, pois existem outras variáveis que interferem na dinâmica contratual e que precisam ser contempladas na discussão. Entre estas, destacam-se a questão da qualidade dos serviços assistenciais prestados e a remuneração por desempenho, pontos que ainda não entraram na discussão da questão contratual, embora estejam sendo contemplados paralelamente em outros grupos da ANS.

Zanatta (2013), p. 156

De fato, ao longo da última década, observa-se acirramento de conflitos entre operadoras e prestadores de serviços. Do lado das operadoras, a importância das despesas assistenciais nos resultados financeiros (em média, representam cerca de 80% das receitas com contraprestações), a limitação no nível de reajustes dos valores das contraprestações aos beneficiários – seja por determinações legais seja pelas restrições relacionadas à capacidade de pagamento dos contratantes – e as baixas margens levam muitos agentes a realizarem negociações com prestadores considerando apenas economias no curto prazo. Nesse contexto, quanto menor a importância do prestador na rede assistencial da operadora, maior a

Folha 6, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

probabilidade de que sua remuneração se aproxime de seu custo marginal, inviabilizando investimentos de longo prazo em qualidade.

Do lado dos prestadores, algumas estratégias têm sido usadas com vistas a aumentar a capacidade de influenciar preços. A importância de um prestador hospitalar ou de SADT na rede de uma operadora depende, entre outros fatores, de seu tamanho, da sua reputação e da presença de competidores no mercado em que está localizado. Dos mais de três mil prestadores hospitalares que prestam serviços na saúde suplementar, muitos têm poder de barganha por estarem localizados em municípios onde são os únicos prestadores existentes⁵, e outros são bem reputados. Prestadores de SADT têm, cada vez mais, realizado movimentos de integração horizontal, o que favorece o aproveitamento de economias de escala e aumenta o poder de barganha em relação a compradores de serviços. Prestadores que, por qualquer razão, são relevantes na constituição da rede das operadoras conseguem negociar termos mais benéficos para si. A existência de recursos sobressalentes, contudo, nem sempre implica o investimento em equipamentos e aprimoramento da equipe, o que tenderia a aumentar a qualidade da prestação de serviços.

A maior parte dos profissionais de saúde tem pouca importância para a rede assistencial das operadoras, pois podem ser substituídos facilmente. Assim, havia uma tendência de diminuição relativa de suas remunerações. Para aumentar seu poder de barganha, entidades representativas de diversas classes passaram a negociar com as operadoras em nome de todos os seus representados. Desenvolveram mecanismos de pressão, como paralisações coletivas, descredenciamentos em massas e edição de tabela de honorários médicos. Além das questões concorrenciais que essas práticas suscitam⁶, atingem diretamente os beneficiários.

O acirramento de conflitos e de busca pelo maior ganho possível por ambos os lados sem, em muitos casos, comprometimento com a qualidade assistencial levaram a um equilíbrio instável em que qualquer alteração no cenário pode provocar uma nova irrupção. Como nenhum dos lados tem informação completa sobre a capacidade de pagamento ou os custos do outro lado, mesmo quando um acordo é firmado, uma indicação que surja de que a outra parte poderia ter cedido mais tende a provocar novas rodadas de negociação. Nesse contexto, nem as operadoras nem os prestadores têm incentivos para fazer investimentos de longo prazo na relação. Ao contrário, possibilidades de ganho de curto prazo são aproveitadas ainda que possam prejudicar o

italiana

⁵ Conforme os dados do CNES de julho de 2013, aproximadamente um terço dos hospitais gerais que atendem beneficiários da saúde suplementar estão localizados em municípios onde são os únicos prestadores.

⁶ A conduta de entidades representativas de profissionais de saúde está em análise em diversos processos administrativos em trâmite no Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE. Como exemplo, podemos citar o processo 08012.006647/2004, cujos representados são o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, a Associação Paulista de Médicos – APM e o Sindicato de Médicos de São Paulo – SIMESP.

Folha 7, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

relacionamento no futuro. Surgem, assim, conflitos em outras áreas correlatas, como a utilização de órteses, próteses e materiais especiais.

A mera contratualização das relações, mesmo quando os instrumentos estão em conformidade com as resoluções da ANS, não foi suficiente para alterar esse quadro. Recursos são desperdiçados nas disputas, os serviços aos beneficiários são afetados e investimentos de longo prazo na melhoria da qualidade não são feitos em decorrência da imprevisibilidade no setor. Tendo em vista esse cenário, a ANS tem estudado e discutido meios de induzir a construção de relações harmônicas e de parceria no setor que permitam a melhoria da qualidade se tornar o foco de todos os agentes que ofertam serviços na saúde suplementar.

IV. A proposta de normativo referente às boas práticas de operadoras de planos de saúde

No relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, são consideradas boas práticas o conjunto de ações adotadas pelas operadoras e seus prestadores, identificadas como as mais acertadas em termos de eficácia e eficiência, possibilitando a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade, de forma a propiciar uma melhor assistência na saúde suplementar. Boas práticas serão tanto mais efetivas quanto estejam relacionadas com os pontos de maior relevância e conflito nas relações entre as partes.

Conforme os monitoramentos realizados para verificar o cumprimento das normas de contratualização e relatos de prestadores de serviços e operadoras, os principais fatores de atrito no relacionamento entre operadoras e prestadores são: reajustes remuneratórios; outras práticas de pagamento (modelos, incentivos monetários, etc.) e uso de materiais especiais, próteses e órteses e pagamento por esses itens. Como visto anteriormente, na maior parte dos relacionamentos, a qualidade da assistência sequer é discutida.

A questão dos reajustes está normatizada nas resoluções que tratam da contratualização e na sua regulamentação (IN 49/DIDES). Os demais fatores não são objeto de resoluções normativas, e as evidências dos estudos sobre a contratualização no setor indicam que instituir a obrigatoriedade de cláusulas contratuais relacionadas aos temas não seria suficiente para alterar o modo como se relacionam os agentes na saúde suplementar. O desafio a que se propôs a Gerência-Geral de Integração Setorial – GGISE, por meio da Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial – GEAQS, foi identificar boas práticas nessas áreas, desenvolver mecanismos para aferi-las e, divulgar os resultados dessas aferições e, posteriormente, desenvolver meios de premiar as

Folha 8, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

operadoras que se destaquem. Acredita-se que, assim, será induzido uma nova forma de relacionamento no setor.

No que tange às questões relacionadas à remuneração de prestadores de serviços, constatou-se que o pagamento nos prazos acordados regularmente tende a diminuir a propensão ao conflito. Além disso, modelos de pagamento que incentivem à melhoria dos serviços assistenciais tem impacto direto na qualidade do atendimento recebido pelos beneficiários. Assim, tanto o pagamento nos prazos acordados quanto a adoção de modelos de pagamento relacionados à qualidade são considerados boas práticas.

Conflitos sobre o uso de materiais especiais, órteses e próteses, bem como muitos outros que surgem no decorrer do relacionamento tendem a gerar menos danos para a relação e repercussões negativas para os beneficiários se resolvidos rapidamente e de modo que as partes envolvidas se percebam como beneficiadas pela solução encontrada. Para isso ser possível, é imperioso o estabelecimento de instrumentos jurídicos que minimizem a possibilidade de conflitos surgirem. Faz-se, necessário, também, a manutenção de comunicação ativa e permanente entre operadoras e prestadores, a fim de que as perspectivas das partes quanto ao relacionamento se mantenham alinhadas e que desentendimentos menores possam ser resolvidos sem qualquer intervenção externa. Quando controvérsias maiores surgem, é importante que existam mecanismos de resolução de disputas eficientes e efetivos, evitando-se o recurso ao sistema judiciário, o que tende a prolongar o período de resolução do conflito.

Além das questões referentes à minimização de conflitos entre operadoras e prestadores, é preciso desenvolver mecanismos de indução para que todos os agentes do setor priorizem a qualidade assistencial. Há que se aferir a qualidade tanto de cada prestador isoladamente quanto das redes assistenciais de cada operadora. Essas avaliações devem ser divulgadas não apenas para que o consumidor possa fazer escolhas mais bem informadas, mas também para que possam ser instituídas formas de remuneração com base em critérios de qualidade.

Tatiana

Tendo em vista essas questões, a GGISE propõe a instituição de resolução normativa que defina sete índices de boas práticas:

1. I-CC, que tem por fim a consolidação dos resultados do relatório de conformidade contratual (RCC), documento elaborado por empresa independente de auditoria, contratada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, para a verificação da existência de cláusulas consideradas recomendáveis;
2. I-MESC, que tem por finalidade a avaliação da existência de cláusula compromissória para utilização de métodos extrajudiciais de solução de controvérsias (MESC), tais como,

Folha 9, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

- conciliação, mediação e arbitragem, nos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde;
3. I-QUALISS, cujo objetivo é a aferição da qualidade das entidades hospitalares pertencentes à rede assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
 4. I-RCQ, a ser utilizado para o monitoramento dos modelos de remuneração com base em critérios de qualidade, observando-se se a operadora utiliza incentivos financeiros aos prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos;
 5. I-ACRED, destinado à verificação da existência de certidões de acreditação, nos moldes da RN nº 277, de 4 de novembro de 2011, e/ou da existência de prestadores que possuam certificados de acreditação na rede assistencial da operadora;
 6. I-PMP, que tem por finalidade verificar o tempo médio decorrido entre o envio da cobrança pelo prestador de serviço e o efetivo pagamento por parte da operadora;
 7. I-Rede, cujo objetivo é verificar o grau de estabilidade da rede assistencial das operadoras, considerando a movimentação dos prestadores de serviços de saúde ao longo do tempo.

O índice de boas práticas (I-BPOP), composto por todos os índices previamente mencionados, permitirá obter-se uma visão agregada do comportamento das operadoras nas matérias concernentes ao relacionamento com a rede assistencial e ao incentivo da qualidade e será divulgado, por operadora, no *site* da ANS na internet.

Note-se que o I-RCQ e o I-PMP relacionam-se diretamente com as questões referentes à remuneração de prestadores, uma das áreas de maior atrito no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços. O I-RCQ relaciona-se também com o estímulo a qualidade assistencial. Pretende-se que o I-CC e o I-MESC sejam meios de se avaliar os esforços feitos pelas operadoras em melhorar a comunicação com os prestadores e instituir mecanismos de resolução de disputas efetivos. Já O I-QUALISS e o I-ACRED são definidos para que a ANS tenha meios de verificar as ações feitas pelas operadoras para melhorar a qualidade de sua rede assistencial. Por fim, o I-Rede, embora não se relacione diretamente com as questões previamente citadas, funciona como um indicador da qualidade do relacionamento de uma operadora com sua rede assistencial, pois, se as relações forem consideradas satisfatórias por todos que delas fazem parte, a rotatividade da rede tende a ser pequena.

Folha 10, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

A definição dos métodos de cálculo de cada índice será feita em regulamentação desta norma. Considera-se importante, ainda, que a discussão sobre o que são boas práticas, como implementá-las e disseminá-las no setor ganhe prioridade na agenda tanto do agente regulador quanto dos regulados. Por isso, propõe-se a formação de um Comitê de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores, de caráter consultivo, cuja finalidade principal é discutir o aprimoramento do monitoramento do relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Adriana

Embora a temática da norma proposta e seu objetivo sejam correlacionados aos das normas de contratualização, esta proposta, caracterizada pela definição de índices de boas práticas e de formação de um comitê permanente sobre o assunto, não afeta ou revoga qualquer proposição de norma anterior. Tampouco representa a elevação considerável de despesas da ANS.

Folha 11, da Nota n.º 06/2013/ADS/ANS

V. Conclusão

Considera-se que o normativo proposto representa uma evolução nas políticas da ANS voltadas ao relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde e a indução da qualidade no setor, tendo impacto positivo na assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde. É o primeiro passo para uma nova forma de atuação da Agência, na qual são detectadas boas práticas, discutidas formas de mensurá-las e divulgados os resultados da mensuração. O monitoramento das condutas por meio de índices tende a ser efetivo, e a instituição de mecanismos eficazes de incentivos pode provocar alterações significativas no setor. Não tende a gerar, ademais, ônus excessivo a qualquer setor da ANS.

Por todas as razões expostas, pretende-se que a norma entre em vigor o mais rapidamente possível.

Rio de Janeiro, 18 de *Dezembro* de 2013.

À consideração superior.



TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA

Assessora de Desenvolvimento Setorial

De acordo.



LEANDRO FONSECA DA SILVA

Gerente-Geral de Integração Setorial

