

Considerações referentes a matéria tratada na reunião do dia 17 de outubro de 2014

Além das contribuições para a reunião que ocorrerá em 04 de novembro de 2014 a respeito dos temas: ano-calendário, definição e aplicação do índice de reajuste e contratação tácita, seguem as contribuições do Sistema ABRAMGE/SINAMGE a respeito dos temas tratados na reunião do dia 17 de outubro de 2014 cuja matéria não foi esgotada pela Agência, sendo que, em alguns casos, há, ainda, pendências a serem sanadas, que serão apresentadas por tópicos, conforme apresentação da ANS:

1. Critérios de equivalência para substituição

De acordo com as informações apresentadas pela ANS, em relação aos hospitais já há regras, devendo ser estabelecidos os critérios de equivalência para substituição apenas em relação aos prestadores não hospitalares.

Para tanto, foi definido pela ANS que em relação aos profissionais de saúde que prestam serviços em consultório (pessoas físicas ou jurídicas) a equivalência se dará pela identidade de habilitação profissional, devendo ser substituído nesse caso médico por médico, cirurgião-dentista por cirurgião-dentista, nutricionista por nutricionista, fisioterapeuta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional por terapeuta ocupacional, etc.

No caso das clínicas ambulatoriais e dos prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia – SADT foi sugerido pela ANS que a substituição ocorra considerando a identidade de tipo de estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, tendo sido suscitada, ainda, a possibilidade de considerar os serviços prestados pelo estabelecimento de saúde.

Cumprir mencionar que no CNES a informação a respeito dos serviços prestados pelas entidades não hospitalares não está prevista no módulo de referente a assistência AMBULATORIAL, tal qual é verificado pela Agência no caso das entidades hospitalares no módulo de assistência HOSPITALAR.

A informação a respeito dos possíveis serviços oferecidos pelo estabelecimento de saúde não hospitalar pode ser obtida apenas no conjunto de informações do prestador no CNES, na aba “Informações Gerais”, o que indica que essa informação não é tratada de maneira tão criteriosa por quem procede ao cadastro.

Ademais, não há grande preocupação do prestador de serviços em atualizar as informações constantes do CNES, quando este o possui (pois ainda há profissionais sem CNES), motivo pelo qual é fundamental que a análise de equivalência na substituição NÃO leve em consideração o serviços prestados conforme CNES, mas apenas **o tipo de estabelecimento que se pretende substituir, de modo que a Clínica Ambulatorial deva ser substituída por outra Clínica Ambulatorial e o SADT por outro SADT.**

Cabe ressaltar o caso das cooperativas que atuam como corpo clínico de alguns hospitais, vinculadas exclusivamente a esses nosocômios, como é o caso da Cooperativa dos Profissionais na Área de Saúde, CNES nº 5423678, que atua como corpo clínico do Hospital Mater Dei S.A, CNES nº 0027995, bem como da Felicoop Cooperativa Médica de Especialidades Ltda, CNES nº 3433463, que atua como corpo clínico da Fundação Felice Rosso, CNES nº 0026859.

No caso de descredenciamento dessas cooperativas entendemos que o pedido de redimensionamento de rede ou de substituição de prestador de serviços deve ocorrer exclusivamente em relação ao hospital, caso este não disponibilize outro corpo clínico para dar continuidade ao atendimento dos beneficiários da operadora, tendo em vista que a cooperativa nessa hipótese funciona apenas como corpo clínico do hospital, não havendo a possibilidade de oferta autônoma de serviços pela cooperativa.

Caso o atendimento da cooperativa ocorra em consultórios médicos, deverá seguir a regra prevista pela ANS em relação aos profissionais de saúde (pessoas físicas ou jurídicas) que prestam serviço em consultório, hipótese em que a substituição deverá ocorrer por outro profissional com mesma habilitação profissional.

Outra ressalva que entendemos pertinente diz respeito a cooperativas de profissionais de uma determinada categoria, quando a substituição poderia ser feita por outros profissionais da mesma habilitação profissional e não necessariamente por outra cooperativa. Cite-se o exemplo da Cooperativa de Endoscopia do Ceará Ltda, CNES nº 3176541, cujo tipo de unidade informada no CNES é cooperativa, embora a informação relevante para fins de equivalência é o fato de tratar de profissionais médicos e não que seja uma cooperativa.

Por fim, cumpre mencionar que a obrigatoriedade de substituição, que em suma objetiva garantir o adequado atendimento ao beneficiário de plano de saúde, engessaria o mercado, contrariando o objetivo da norma ao comprometer o atendimento do

beneficiário. Um exemplo disso, muito comum no interior do país, onde a falta de médicos favorece o comportamento anticoncorrencial por parte destes profissionais, que em conjunto forçam determinadas situações ou se descredenciam das operadoras, é a substituição de um ou mais médicos credenciados por um número menor de profissionais próprios da operadora. Neste caso, é importante prever na norma, a possibilidade de substituição de um ou mais médicos credenciados por um número menor de médicos da rede própria, respeitando os prazos máximos de atendimento, uma vez que estes atendem exclusivamente à operadora.

2. Substituição – Área Geográfica de Abrangência

Conforme sugerido pela ANS o prestador equivalente deverá estar localizado dentro da região de saúde do prestador a ser substituído, devendo considerar preferencialmente o escalonamento município, município limítrofe e, por fim, a região de saúde.

Contudo, há casos em que não há outro prestador de serviços para que seja realizada a substituição também na região de saúde.

A situação acima integra o cenário de dispersão da rede assistencial em todo o território nacional, tendo sido prevista na regulamentação da ANS a respeito da garantia de atendimento ao beneficiário no §1º do art. 5º da RN nº 259, de 2011. Conforme disposto pela regulamentação da ANS, na hipótese de inexistência de prestadores na região de saúde que ofereçam a cobertura demandada pelo beneficiário, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos máximos de atendimento.

Dessa forma, a regulamentação a respeito da substituição por prestador equivalente dentro da área de abrangência do plano de saúde deverá levar em consideração a hipótese de inexistência de prestador também na região de saúde, de modo que seja previsto que, em caso de inexistência de prestador de serviços para a substituição na região de saúde, o atendimento deverá ser garantido ao beneficiário nos termos estabelecidos na RN nº259, de 2011.

3. Substituição – Exceções

A Lei nº 13.003, de 2014, alterou o caput do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998 e passou a prever que:

*Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, **permitindo-se sua substituição**, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.*

O comando legal acima descrito está dirigido exclusivamente à operadora de planos de saúde, que está obrigada a manter em sua rede assistencial os prestadores contratados, referenciados ou credenciados para atendimento a seus consumidores, podendo rescindir o contrato com algum de seus prestadores desde que o substitua por outro equivalente e comunique os consumidores com 30 dias de antecedência.

A Lei nº 13.003, de 2014, trata, portanto, da hipótese em que por vontade da operadora é realizada a rescisão do contrato do prestador de serviço, não havendo qualquer obrigatoriedade de substituição para as hipóteses em que a operadora não tenha dado causa à rescisão do contrato, por se tratar de ato exclusivo do prestador de serviços, do qual a operadora não possui qualquer ingerência.

Desse modo, não há previsão legal para que a operadora substitua o prestador de serviços nas hipóteses em que o prestador por ato unilateral tenha rescindido o contrato, na forma admitida pela Lei, sem que a operadora tenha dado causa.

A esse respeito cabe destacar que é livre o direito à contratação, e, por esse motivo, é que os contratos estabelecem as regras a respeito da rescisão contratual, que pode ocorrer, inclusive, de forma imotivada.

Defender que caberá a operadora substituir o prestador por outro equivalente também nas hipóteses em que o prestador não possui interesse na manutenção da avença, significa, em última análise, na subtração do direito do prestador de serviços de rescindir o contrato de forma imotivada, o que fere a liberdade de contratar consagrada pelo Direito Civil Brasileiro.

Dessa forma, é imperioso que a norma regulamentadora da Lei nº 13.003, de 2014, confira tratamento diferenciado aos casos em que a saída do prestador de serviços da rede credenciada da operadora tenha sido acarretada, única e exclusivamente, por

motivos alheios a vontade da operadora, de modo que o normativo contemple previsão expressa de **a causa geradora do dever de substituição prevista no caput do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998 é a vontade da operadora, não havendo obrigatoriedade de substituição caso a alteração na sua rede assistencial decorra de circunstâncias alheias a sua vontade, como:**

- I - encerramento das atividades do prestador;**
- II - vontade unilateral do prestador sem que a operadora tenha dado causa à rescisão contratual;**
- III - rescisão motivada da operadora decorrente de fraude, infração das normas sanitárias e fiscais em vigor ou descumprimento contratual pelo prestador;**
- IV – recebimento da carteira de beneficiários de outra operadora nos processos de transferência autorizados pela ANS;**
- V – deixar a operadora de atuar em determinada região ou localidade;**
- VI- redução no número de beneficiários proporcional à redução do número de prestadores descredenciados;**
- VII – exclusão de prestador da rede assistencial contratada de forma indireta.**

Cabe ressaltar que a excepcionalidade quanto ao dever de substituição de prestadores nas hipóteses de transferência de carteira prevista no inciso IV acima é de fundamental importância para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, tendo em vista que nessa circunstância, o que geralmente ocorre, é que os beneficiários passam a ser atendidos necessariamente pela rede credenciada de operadora, que não é obrigada a manter a mesma relação comercial com os mesmos prestadores.

Contudo, caso seja instituído o dever da operadora cessionária realizar a substituição dos prestadores da rede assistencial da operadora cedente (sequer se encontra atualizada junto a ANS) as transferências de carteira deixariam de ser atrativas, dada a dificuldade apresentada nesse procedimento, o que propiciaria, em última análise, novos encerramentos de operadoras por liquidação extrajudicial e a necessidade da ANS realizar mais portabilidades especiais na tentativa de garantir a continuidade da assistência aos beneficiários, tendo em vista que seriam reduzidas as chances de haver operadoras cessionárias interessadas na carteira da operadora cedente.

Também não há razão para substituir o prestador nas hipóteses em que a operadora de atuar em determinada região ou localidade, bem como nos casos em que houver redução no número de beneficiários proporcional à redução do número de prestadores descredenciados.

Além disso, quando houver rescisão motivada da operadora decorrente de fraude, infração das normas sanitárias e fiscais em vigor ou descumprimento contratual pelo prestador não deveria ser a operadora compelida a substituição quando estiver diante de situação de ausência ou inexistência de prestador, quando a RN nº 259, de 2011 já estabelece as formas de garantia de atendimento.

Ademais, é fundamental que seja dado tratamento aos casos de utilização de rede indireta, de forma que apenas a operadora contratada de forma direta (que mantém a relação contratual com o prestador de serviços) cumpra com a regulamentação que vier a ser definida.

Cumpra mencionar que a situação acima quanto à definição de exceções para as inúmeras hipóteses de substituição de prestadores pode e deve ser regulamentada pela ANS, observando, inclusive, a competência que lhe foi atribuída pela Lei nº 9.961, de 2000:

Art. 4º Compete à ANS:

[...]

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

[...]

Cabe ressaltar que, ao contrário do mencionado por esta ilustre Agência na apresentação ocorrida em 17 de outubro, o fato gerador da Taxa de Alteração de Dados do Produto - TAP decorre, exclusivamente, da solicitação da alteração no registro do produto, o que é o caso da modificação da rede hospitalar, vinculada ao registro do produto, e, que constitui, portanto, uma de suas características.

No caso de alteração da rede assistencial não hospitalar, independente de haver substituição ou redução (nas hipóteses em que a operadora não tenha dado causa), por se tratar de rede assistencial que não está vinculada ao registro do produto, não ocorre o fato gerador da TAP, que é a solicitação de alteração no registro do produto.

Ademais, acordo com a recente regulamentação trazida pela IN DIPRO nº 46, de 2014, apenas nas hipóteses em que a exclusão da rede hospitalar ocorrer por vontade da operadora é que será necessária a autorização da ANS para que haja a exclusão da entidade hospitalar da rede assistencial vinculada aos produtos e a comunicação aos beneficiários.

Nas hipóteses em que o encerramento ocorreu por exclusiva vontade do prestador ou por encerramento das atividades, ou seja, em que não há qualquer ingerência da operadora, basta o envio da solicitação de alteração do registro do produto à ANS para que as providências referentes à exclusão sejam adotadas pela operadora. Confira previsão contida na IN DIPRO nº 46, de 2014:

Art. 16. A exclusão de entidades hospitalares da rede assistencial dos produtos da operadora de planos de assistência à saúde, mediante a atualização dos meios de divulgação da rede assistencial e da comunicação aos beneficiários deverá ocorrer após:

I - a autorização da alteração de rede hospitalar pela ANS, quando se tratar de interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;

II - a solicitação de alteração de rede hospitalar na ANS, quando se tratar de interesse exclusivo da entidade hospitalar, de encerramento das atividades da entidade hospitalar ou de contratação indireta de rede, na hipótese prevista no §2º do artigo 9º desta Instrução Normativa.

Por todo o exposto, solicitamos que esta ilustre Agência disponha na regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, que nas hipóteses em que a operadora não tenha dado causa à rescisão do contrato com o prestador de serviços que esta seja obrigada apenas a comunicar os consumidores (via portal) e à ANS (via RPS XML), cabendo ainda a operadora arquivar a documentação comprobatória nos mesmos moldes que vier a ser definido para os casos de substituição.

4. Necessidade de adaptação dos contratos vigentes

De acordo com a apresentação realizada pela ANS, as regras previstas na Lei nº 13.003, de 2014 em sua maioria já estavam previstas, sendo que não estava contemplado apenas a periodicidade dos reajustes.

A despeito do entendimento de que a adaptação dos contratos vigentes não pode ser obrigatória por ofensa ao ato jurídico perfeito, devendo ocorrer exclusivamente por ato volitivo das partes envolvidas (operadora e prestador de serviços), cumpre mencionar que além da periodicidade do reajuste, a Lei nº 13.003, de 2014, estabelece também a forma de reajuste que será conforme o índice da ANS, quando não houver acordo entre as partes.

Cabe mencionar que a forma e a periodicidade do reajuste são os principais temas debatidos nas negociações e renegociações de contrato com a rede assistencial.

Por ocasião da edição da IN DIDES nº 49, de 2012, que “apenas” regulamentou os critérios de reajuste previstos nas RN’s nº 42, 54 e 71, estabelecendo regras claras a respeito da forma e da periodicidade dos reajustes, as operadoras encontraram inúmeras dificuldades para obter o aditivo contratual nesse sentido.

Ciente da relevância do tema reajuste no mercado, bem como de que apenas as operadoras estão sujeitas à fiscalização e à autuação da ANS pelo descumprimento das normas editadas pela ANS, o prestador de serviços entendeu que o momento era propício para que fossem rediscutidas todas as cláusulas contratuais. Contudo, dado o prazo exíguo concedido pela ANS para a adaptação compulsória de todos os contratos com prestadores de serviços, a renegociação tornou-se inviável, sendo que as operadoras, muitas vezes, se tornaram reféns das exigências dos prestadores.

Por esse motivo, caso a ANS não observe o ato jurídico perfeito e venha a exigir a adaptação de todos os contratos da rede assistencial das operadoras, de forma compulsória, requer seja concedido prazo razoável para tanto, o que não é o caso do prazo de doze meses, tendo em vista que, conforme acima mencionado, a alteração dos critérios de reajuste certamente ocasionará uma renegociação contratual, o que não pode ser realizada pelas operadoras com toda a rede assistencial em prazo inferior a trinta e seis meses.

5. Contratos – Relação Cooperativas e Cooperados

A conclusão da ANS nesse tópico é da inaplicabilidade do art. 17 e 17-A da Lei nº 9.656, de 1998, para as operadoras de planos de saúde classificadas como cooperativas, sejam médicas ou odontológicas, na relação com seus cooperados.

Desse modo, uma cooperativa não terá o dever de substituir o cooperado que se retirou da cooperativa, bem como não haverá aplicação das regras a respeito do reajuste na relação entre a cooperativa e o cooperado, por se tratarem de regras definidas em estatuto.

Ocorre que operadoras classificadas como cooperativas celebram contratos com outras operadoras com o objetivo de oferecer a rede assistencial aos beneficiários dessas, funcionando, portanto, como operadora intermediária.

Cumpra esclarecer que na contratação indireta de rede a operadora intermediária é a única pessoa que possui relação jurídica com o prestador de serviços (seja de caráter contratual, empregatício ou estatutário), sendo, portanto, a responsável pela gestão dessa rede assistencial.

Nesse sentido, a ANS editou a IN DIPRO nº 46, de 2014 que estabelece que nas hipóteses de exclusão de prestador hospitalar contratado de forma indireta caberá à operadora que possui relação direta enviar o pedido de substituição ou de redimensionamento de rede por redução e efetuar o recolhimento da TAP. À operadora que contratou o prestador hospitalar de forma indireta caberá apenas a comunicação à ANS e aos beneficiários da alteração ocorrida, sendo devido o envio de pedido à ANS, exclusivamente quando a operadora intermediária não tiver obtido autorização para a exclusão.

Por todo o exposto, é fundamental que conste na norma regulamentadora da Lei nº 13.003, de 2014 que nas hipóteses em que a cooperativa seja operadora intermediária na contratação indireta de rede, está isenta a obrigatoriedade de substituição pela operadora que contrata indiretamente.

6. Objeto, Natureza e Descrição dos Serviços – Vedações

A ANS estabeleceu nesse tópico duas vedações:

- Vedadas outras formas de descrição de procedimentos e eventos em saúde que não a TUSS;
- Vedada a limitação de volume de procedimentos de cobertura obrigatória pelo Rol da ANS.

A primeira vedação guarda relação com a forma de previsão dos procedimentos e eventos no objeto do contrato, que deverão guardar relação com a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS.

Ocorre que atualmente sequer os procedimentos descritos no Rol da ANS estão em conformidade com a TUSS, sendo que na maioria dos contratos há previsão no objeto do contrato de que os procedimentos contratados são os previstos no Rol da ANS, de modo que não haja necessidade de relacionar procedimento a procedimento no corpo do contrato.

O trabalho de compatibilização do Rol da ANS com a TUSS foi iniciado neste mês de outubro de 2014 pelo Comitê Permanente de Regulação de Atenção à Saúde – COSAÚDE, havendo um longo caminho para que a terminologia adotada pela ANS no Rol se aproxime da TUSS.

Ademais, há procedimentos que, embora contratados pelas operadoras, não constam da TUSS, o que deve ser ressaltado pela ANS, caso venha a implementar a vedação. Destaca-se, inclusive, que a própria norma da TUSS disciplina as regras de inclusão de procedimento, que não é feita de forma imediata pela ANS.

Pelo exposto, até que seja unificada a terminologia adotada pela ANS entendemos não ser pertinente a inclusão da vedação de utilização de outras formas de descrição de procedimentos e eventos em saúde que não a prevista na TUSS.

No que respeita a vedação limitação de volume de procedimentos de cobertura obrigatória pelo Rol da ANS esclareça-se que há diversas situações em que mesmo o procedimento estando contemplado no rol, é possível restringir o volume, tais como:

- Situações que possuem Diretrizes de Utilização;
- Utilização considerada indevida ou desnecessária, quando o próprio Rol de Procedimentos permite a adoção de junta técnica para definição do impasse.

O exemplo apresentado pelo prestadores no dia da reunião do dia 17 de outubro de 2014, sobre operadoras que glosam pagamento quando o beneficiário busca o mesmo profissional dentro do prazo de 30 dias deve ser analisada com cautela.

A própria CBHPM é expressa quanto ao conceito de consulta e a possibilidade de retorno, independente do prazo. Portanto, quando uma operadora solicita do prestador justificativa técnica quando duas consultas em um mesmo prestador ocorrem em um curto lapso temporal, tem a finalidade de avaliar se trata de retorno ou de nova consulta. Portanto, a operadora não está limitando volume de procedimento, mas enquadrando o caso concreto em hipótese de pagamento de honorários referente a retorno ou nova consulta.

7. Glosa - Vedações

A ANS estabeleceu nesse tópico diversas vedações a respeito das glosas, cabendo observações nos seguintes itens:

- Vedar glosa (técnica versus administrativas – definir?) sem identificação do auditor.
- Vedar a glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador (rever a redação).
- Prazo para contestar a glosa igual ao prazo para resposta da operadora.

Primeiramente, reforçamos o entendimento manifestado pelos representantes do Sistema ABRAMGE/SINAMGE durante a reunião ocorrida no dia 17 de outubro de 2014, referente ao fato de que o art. 17-A tratou, no inciso II do §2º, da necessidade do contrato contemplar prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços, porém, ampliar essas discussões para que a regulamentação defina regras atinentes a glosas extrapolaria as disposições introduzidas pela lei nº 13.003, de 2014, que não inclui procedimentos de auditoria médica, e interferiria numa rotina operacional muito particular das partes envolvidas.

Ainda assim, entende-se a importância de aperfeiçoar os processos de auditoria médica, mas essa questão deve necessariamente estar atrelada às discussões sobre mudança do modelo de remuneração.

Além disso, a proposta da CT da Lei nº 13.003, de 2014, apresentada pela própria ANS foi no sentido de não haver regulamentação dos dispositivos de contrato, mas tão somente de vedações.

Ocorre que as vedações acima propostas extrapolam esse objetivo e constituem verdadeiras obrigações para as operadoras, acabando por estabelecer regras para o procedimento de glosa, que deve ser livremente estabelecido entre as partes.

A glosa envolve diversos profissionais, sendo que a responsabilidade pela glosa é da operadora e não individualmente de cada profissional envolvido. Vale destacar que um volume muito significativo de glosas diz respeito a situações administrativas, que não tem relação com o profissional auditor.

Além disso, mesmo quando envolve situações técnicas, é frequente a existência de equipe multidisciplinar, tanto que houve regulamentação a esse respeito pela RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001, a seguir transcrita:

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Além disso, essa mesma norma define os parâmetros de atuação do auditor, ficando claramente demonstrado que a glosa é feita pela operadora e não por esse profissional, que tem limite de atuação direcionada ao médico assistente e não a não pagamento de procedimento.

Quanto ao tópico sobre vedar glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, há diversas situações que ensejam a glosa mesmo que a operadora tenha autorizado o procedimento, como excesso de material envolvido (ex: cobrança de todo o vidro de colírio quando se utilizou no paciente duas gotas; cobrança de gase suficiente para enfaixar o paciente da cabeça aos pés e não apenas o membro necessário, etc). portanto, enquanto ainda estiver em vigor na relação operadora e prestador o pagamento por conta aberta e não por pacote, não

é a mera autorização do procedimento que não permitirá glosa pelo abuso de material e medicamento.

Ainda a esse respeito, o valor cobrado pelo prestador poderá estar em desacordo com o valor contratualizado, levando a uma glosa administrativa de procedimento autorizado e efetivamente realizado.

No que respeita à identidade entre os prazos de recurso e prazo de resposta da operadora, deve-se observar que assim como há pequenos prestadores se relacionando com grandes operadoras, há pequenas operadoras relacionando-se com grandes prestadores, de forma que não pode haver ingerência sobre o prazo para recurso ser o mesmo para sua decisão.

Seria o mesmo que os normativos da ANS que estabelecem prazo para as operadoras recorrerem de uma decisão da ANS ser de 10 dias definir que a ANS teria os mesmos 10 dias para decidir.

Numa relação privada deve-se preservar ao máximo a autonomia das partes, mas também a equidade, não sendo razoável que uma operadora de pequeno porte passe a ter um volume de analistas de contas muito elevado para trabalhar apenas alguns dias do mês para viabilizar a análise da conta em prazo não razoável.

Além disso, as normas econômico-financeiras da ANS já contemplaram situações referente a vinculação de ativos garantidores referente aos eventos e sinistros a liquidar que incentivam as operadoras a quitar com seus compromissos na menor brevidades possível para não ter que vincular ativos à ANS. Como esses mesmos normativos exigem que as operadoras contabilizem o valor total, sem a glosa, já há um grande estímulo a concluir todo esse processo rapidamente.