

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) modificou o procedimento de alteração das redes assistenciais hospitalares pelas operadoras de planos de saúde. A partir de 1º de março, as operadoras de verão comunicar as modificações que pretendem fazer em sua rede de atendimento através do site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Antes, o processo era via formulários, mais burocrático e demorado.

Para o advogado na área da saúde, Elano Figueiredo, com a introdução do processamento eletrônico, a mudança será mais ágil, o que vai exigir mais atenção por parte dos usuários dos planos de saúde.

"Os planos são obrigados a comunicar aos clientes, com antecedência de 30 dias, sobre alterações na rede assistencial. Esse aviso geralmente é feito através do boleto de pagamento que muita gente nem lê, apenas recebe e paga", diz o advogado.

É provável ainda que as alterações aconteçam com mais frequência. "O plano não tem obrigação de manter este ou aquele médico, ou um determinado hospital ou clínica, em sua lista de credenciados", alerta Elano Figueiredo. "O que o plano deve manter é a qualidade e o padrão dos serviços, que serão fiscalizados pela ANS".

Por isso, o advogado aconselha que os clientes fiquem atentos às possíveis mudanças na rede de prestadores de serviços para não serem pegos de surpresa.

Em média, a ANS recebe mensalmente cerca de 85 pedidos de alteração de rede por redução ou substituição de entidade hospitalar. Esses pedidos passam por uma análise prévia para avaliação do cumprimento dos requisitos estabelecidos na Instrução Normativa nº 46/2014.

Após essa triagem, passam para a análise técnica cerca de 50 pedidos mensais, podendo cada um envolver diversos prestadores de saúde - em média, são mais de 400 prestadores para análise mensal da reguladora.

**Fonte:** [Olho Vivo](#), em 20.02.2018.