Ao contratar determinado plano de saúde, as pessoas esperam que a rede médica credenciada pela operadora seja suficiente para atender às suas necessidades. Entretanto, nem sempre essa situação ideal acontece, motivo pelo qual os beneficiários também costumam buscar atendimento em prestadores não credenciados – e, nesse caso, eles podem solicitar ao plano o reembolso da despesa.

O sistema de reembolso das despesas de saúde está regulamentado pela legislação – como a Lei 9.656/1998 – e por resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas, mesmo assim, são comuns os processos judiciais que discutem os limites do reembolso, as hipóteses de obrigatoriedade do ressarcimento e o prazo prescricional aplicável ao tema – controvérsias já analisadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), entre muitas outras.

Omissão da operadora na indicação de prestador justifica reembolso

Em 2023, a Terceira Turma entendeu que, configurada a omissão da operadora na indicação de prestador de serviço de saúde da sua rede credenciada, o beneficiário faz jus ao reembolso integral do tratamento.

A ação foi ajuizada para obrigar o plano de saúde a arcar integralmente com o tratamento psiquiátrico do paciente. Enquanto o juízo decidiu que a operadora deveria pagar o valor total apenas nos 30 primeiros dias e, depois disso, o beneficiário deveria arcar com 50% dos custos, o tribunal de segundo grau reformou a decisão e afastou a coparticipação, sob o fundamento de que não houve indicação de clínica referenciada para tratar o paciente.

A relatora, ministra Nancy Andrighi, apesar de não afastar a possibilidade de coparticipação após os 30 primeiros dias de internação, destacou que ela não existia no caso, em que o usuário é que estava arcando com as despesas médicas diante da omissão do plano de saúde. Conforme ressaltou, o dever de reembolsar da operadora acabaria quando fosse disponibilizado atendimento pela rede credenciada.

“**Se a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual**.” (Processo em segredo) - Ministra Nancy Andrighi

No mesmo ano, a ministra, em decisão monocrática, reconheceu que a obrigação do plano de saúde de custear integralmente o tratamento, na hipótese de inexistência de clínica credenciada, vai no mesmo sentido da tese firmada no julgamento anterior.

Reembolso de gasto em urgência não exclui hospital de alto custo

No REsp 1.286.133, a Terceira Turma reconheceu que o plano de saúde deve reembolsar o segurado por despesas com atendimento de urgência ou emergência realizado em hospital de alto custo não credenciado, ainda que o contrato exclua expressamente a cobertura nessa categoria de estabelecimentos. No entanto, o reembolso é limitado ao valor que a operadora gastaria se o atendimento fosse prestado em sua rede credenciada

No caso em julgamento, os beneficiários sofreram graves queimaduras em um acidente aéreo, e o médico conveniado os encaminhou para um hospital de alto custo. Mesmo passada a situação de urgência, os pacientes permaneceram no hospital, seguindo o tratamento necessário para sua recuperação. No recurso que chegou ao STJ, eles pediam o ressarcimento integral das despesas naquele hospital.

O relator, ministro Marco Aurélio Bellizze, afirmou que a lei, ao assegurar o reembolso de despesas

efetuadas em situação de urgência ou emergência, sempre que não for possível a utilização da rede própria ou contratada, não faz restrição aos hospitais de alto custo. A cláusula que exclui o reembolso nessas circunstâncias, portanto, é nula.

O ministro destacou, porém, que a operadora já havia pagado o equivalente ao valor que teria sido desembolsado se os recorrentes tivessem sido tratados em sua rede credenciada enquanto durou a situação de urgência, conforme disposto no artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998.

Prazo para pedir o reembolso de despesas médicas é de dez anos

A Segunda Seção, em 2020, decidiu que o prazo prescricional da ação para pedir reembolso de despesas médico-hospitalares, alegadamente cobertas pelo contrato de plano de saúde e ainda não pagas, é de dez anos.

O relator, ministro Luis Felipe Salomão, disse que, no caso de reparação de danos causados pelo descumprimento de obrigação prevista em contrato de plano de saúde, aplica-se a regra geral de dez anos, disposta no artigo 205 de Código Civil (CC).

O ministro lembrou que a situação não se confunde com a devolução do valor pago indevidamente, decorrente da declaração de nulidade da cláusula de reajuste do plano ou seguro de saúde, na qual incide o prazo prescricional de três anos, segundo o artigo 206, parágrafo 3º, inciso IV, do CC.

Atendimento deve ser garantido no mesmo município

Em 2022, a Quarta Turma entendeu que o plano de saúde deve reembolsar as despesas médico-hospitalares feitas pelo beneficiário fora da rede credenciada, quando a operadora descumpre o dever de garantir o atendimento no mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial.

As instâncias ordinárias julgaram procedente o pedido de uma beneficiária para que a operadora garantisse atendimento médico nos termos do plano contratado e nos limites do município de sua abrangência, bem como o reembolso integral dos custos na realização dos tratamentos cobertos.

O autor do voto que prevaleceu no julgamento, ministro Marco Buzzi, ressaltou que, conforme estabelecido pela Resolução Normativa 259/2011 da ANS, o atendimento deve ser preferencialmente prestado no mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede da operadora. Segundo explicou, o pagamento por esse serviço deve ser estabelecido mediante acordo entre a operadora e o prestador.

“**Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe**.” (Processo em segredo) Ministro Marco Buzzi

O ministro disse que, conforme o artigo 9º da referida resolução, o reembolso deve ser integral, incluindo as despesas com transporte, no prazo de 30 dias, contado da data de sua solicitação.

Cobertura ampla para tratamento de autismo

Em 2023, a Terceira Turma decidiu que o tratamento multidisciplinar para portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser coberto de maneira ampla por plano de saúde.

A relatora, ministra Nancy Andrighi, lembrou que a Resolução Normativa 539/2022 da ANS tornou obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica para tratamento do paciente que tenha um dos transtornos enquadrados na CID F84, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID).

A ministra ressaltou que, até o início da vigência da Resolução 539, é devido o reembolso integral de tratamento multidisciplinar para beneficiário portador de TEA realizado fora da rede

credenciada, inclusive das sessões de musicoterapia, na hipótese de inobservância de prestação assumida no contrato ou se ficar demonstrado o descumprimento de ordem judicial.

Ressarcimento deve estar limitado ao preço de tabela

Ao julgar o REsp 1.933.552 em 2022, a Quarta Turma entendeu que é válida a limitação do reembolso de despesas médicas, pelo preço de tabela, ao usuário que utilizar profissionais e estabelecimentos não credenciados para o tratamento de terapia coberta, não incluídas despesas com hospedagens, transporte e alimentação.

O autor do voto vencedor, ministro Marco Buzzi, considerou que o procedimento cirúrgico de colocação de marca-passo era imprescindível e urgente, diante do quadro de arritmia do paciente. O ministro apontou que também houve recusa indevida da operadora, o que gerou direito ao dano moral. Segundo ele, a situação foi agravada por aflição e angústia do beneficiário que necessitava com urgência da intervenção.

"A limitação do reembolso ao valor de tabela afasta qualquer possibilidade de enriquecimento indevido do usuário ao se utilizar de profissional ou hospital de referência, que, muitas vezes, demandam altas somas pelo trabalho desempenhado", declarou Buzzi.

Reembolso de despesas não urgentes com prestador não credenciado

Em 2020, a Segunda Seção decidiu que o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com tratamento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.

O beneficiário buscou indenização do plano de saúde por não ter sido coberta sua cirurgia. O juízo considerou a ação improcedente, sob o fundamento de que o tratamento foi realizado por médico e hospital não credenciados e não era caso de urgência ou emergência. Já o tribunal de segundo grau condenou o plano a restituir os valores, nos termos da tabela de referência.

No STJ, o ministro Marco Buzzi decidiu monocraticamente restabelecer a sentença de improcedência, decisão mantida pela Quarta Turma. O beneficiário, então, interpôs embargos de divergência, sustentando discrepância entre os posicionamentos adotados nas turmas de direito privado.

O relator dos EAREsp 1.459.849, ministro Marco Aurélio Bellizze, comentou que, conforme as situações excepcionais previstas no artigo 12, inciso VI, da Lei 9656/1998, as operadoras são responsáveis pelas despesas médicas do usuário do plano, nos casos de urgência e emergência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada.

“**Cabe ao Poder Judiciário agir cautelosamente para interpretar as cláusulas dos contratos de plano de saúde, notadamente aquelas que estabelecem restrições ao atendimento, a fim de que não se imponha um ônus insuportável às operadoras dos planos, mas também não se descuide da garantia dos direitos do elo frágil da relação**.” (EAREsp 1.459.849) Ministro Marco Aurélio Bellizze

O ministro ressaltou, porém, que o procedimento cirúrgico em questão não se enquadrava nas situações de urgência ou emergência. Segundo ele, não era o caso de se determinar o reembolso das despesas médicas, por completa ausência de previsão legal e contratual.

Para reembolso, há necessidade de pagamento prévio pelo segurado

No REsp 1.959.929, julgado pela Terceira Turma em 2022, foi decidido que não é possível a cessão de direito de reembolso de despesas médico-hospitalares em favor de clínica particular, não conveniada ao plano de saúde, que prestou atendimento ao segurado sem exigir qualquer tipo de

pagamento.

Na origem, uma clínica e um laboratório cooptavam pacientes pelas redes sociais informando que seus serviços eram cobertos pelo plano de saúde. Entretanto, ao procurarem atendimento, os beneficiários descobriam que o atendimento era particular, com posterior reembolso a ser solicitado pelas próprias empresas, sem desembolso prévio, apenas com assinatura de cessão de direitos.

Segundo o relator, ministro Marco Aurélio Bellizze, sem o pagamento prévio pelo beneficiário, não se pode falar em direito ao reembolso, tampouco na possibilidade de cessão de direitos, pois não existe o objeto do negócio jurídico.

"Apenas assinar um contrato de cessão de direitos não pode servir de justificativa para desvirtuar a cobertura securitária prevista na legislação de regência, em relação às regras do reembolso", completou o ministro.

Bellizze ressaltou que não se pode criar um procedimento de reembolso fora do que está legalmente estabelecido.

REsp 1756283
REsp 1933552
EAREsp 1459849
RESP 1955929

Fonte: STJ, em 25.08.2024