A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que os planos de saúde são obrigados a reembolsar, nos limites do contrato, as despesas realizadas pelo beneficiário em hospital não credenciado, nas hipóteses em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras.

Ao manter acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), por maioria de votos, o colegiado adotou interpretação mais ampla do artigo 12 da Lei 9.656/1998, permitindo o resguardo dos interesses do beneficiário sem prejuízo ao equilíbrio atuarial das operadoras de planos de saúde, já que o eventual reembolso deve respeitar os limites da tabela prevista no contrato.

No entendimento da turma, se a operadora é legalmente obrigada a ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS) no caso de tratamento em hospital público, não haveria razão para deixar de ser feito o reembolso ao beneficiário que busque a rede privada não credenciada.

A ação contra o plano de saúde foi ajuizada por beneficiário que, a partir de um quadro de forte tosse e expectoração, procurou a assistência médica e foi equivocadamente diagnosticado e tratado como se tivesse tuberculose. Após seis meses de tratamento incorreto, ele se submeteu a novos exames em hospital não credenciado pelo plano e recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão. O atendimento no novo hospital gerou um débito de cerca de R$ 49 mil. O beneficiário morreu no curso do processo.

Urgência e emergência

Em primeiro grau, o juiz julgou a ação improcedente, mas a sentença foi reformada pelo TJSP, que condenou o plano a reembolsar as despesas pelo valor corrigido que ele teria pago em caso de atendimento na rede credenciada.

No recurso especial dirigido ao STJ, a operadora alegou que o reembolso de despesas efetuadas em estabelecimento não conveniado pelo plano somente é devido em hipóteses de urgência e emergência e na impossibilidade de atendimento por clínica ou hospital credenciado.

Rede pública e privada

A relatora do recurso especial, ministra Nancy Andrighi, afirmou inicialmente que, pela leitura literal do artigo 12 da Lei 9.656/1998, o reembolso das despesas médicas estaria realmente limitado às hipóteses de urgência e emergência.

Por outro lado, a ministra destacou que, conforme o artigo 32 da Lei dos Planos de Saúde, devem ser ressarcidos pelas operadoras os serviços previstos nos respectivos contratos que sejam prestados a seus consumidores e dependentes em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

Nancy Andrighi exemplificou que a operadora está obrigada a ressarcir o SUS quando os seus beneficiários se utilizarem do serviço público de atenção à saúde, conforme procedimento na Resolução Normativa 358/2014 da Agência Nacional de Saúde. Haveria, portanto, uma aparente contradição caso não fosse reembolsado o próprio beneficiário que utiliza hospital privado que não faz parte da rede credenciada pelo plano.

Pelos princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas, a relatora indicou como solução a possibilidade de ressarcimento ao beneficiário nos limites do estabelecido contratualmente. Segundo a ministra, essa interpretação respeita, de forma concomitante, o equilíbrio atuarial das operadoras e o interesse do beneficiário que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano – e que, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela prevista no contrato.

Segundo a relatora, no caso julgado, a decisão não acarreta desvantagem exagerada à operadora, “pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelo recorrido na utilização dos serviços prestados por hospital de referência em seu segmento será suportada pelo próprio beneficiário, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado”.

(**REsp 1.575.764**)

Fonte: STJ, em 27.06.2019.