A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas por beneficiário de plano de saúde fora da rede credenciada é obrigatório somente em hipóteses excepcionais – tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.

A decisão foi proferida em embargos de divergência opostos por um consumidor contra acórdão da Quarta Turma, que negou pedido de indenização por danos morais e materiais contra a operadora do plano após ela se negar a cobrir uma cirurgia feita por médico e em hospital não integrantes da rede credenciada.

Em primeiro grau, a ação de indenização do consumidor foi julgada improcedente porque não ficou comprovada situação de urgência nem a indisponibilidade do tratamento na rede credenciada. Mesmo reconhecendo essas circunstâncias, o Tribunal de Justiça do Espírito Santo condenou a operadora a reembolsar parcialmente o beneficiário, apenas no montante que seria gasto por ela caso o procedimento fosse feito na rede credenciada.

Nos embargos de divergência, o consumidor alegou que a decisão da Quarta Turma divergiu de julgados da Terceira Turma do STJ que deram interpretação extensiva à Lei 9.656/1998 e determinaram o reembolso mesmo quando não caracterizada a situação de urgência ou emergência médica.

Previsão legal

O relator do recurso, ministro Marco Aurélio Bellizze, afirmou ser incontroverso nos autos que o tratamento não era de urgência ou emergência, bem como que a rede credenciada, embora em tese pudesse não ter o mesmo nível de excelência, era suficiente para prestar o atendimento necessário.

Segundo o ministro, no contrato de plano de assistência à saúde, os diferentes níveis de qualificação de profissionais, hospitais e laboratórios próprios ou credenciados postos à disposição do contratante estão devidamente especificados e são determinantes para definir o valor da contraprestação assumida pelo consumidor.

Bellizze mencionou o artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998, segundo o qual, "excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelas despesas médicas expendidas pelo contratante em tais condições, limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto".

Garantia ao consumidor

Os julgados paradigmas da Terceira Turma – destacou o relator – entenderam que as hipóteses previstas no citado dispositivo seriam um rol meramente exemplificativo, o que daria ao beneficiário o direito de ser reembolsado fora dos casos de urgência e emergência, os quais seriam apenas exemplos (e não requisitos) dessa segurança para os consumidores.

Para Bellizze, a limitação imposta pela lei é uma garantia conferida ao contratante de plano de assistência à saúde, a ser observada, inclusive, no plano-referência, de cobertura básica, "de modo que não se pode falar em ofensa ao princípio da proteção da confiança nas relações privadas, já que os beneficiários do plano estarão sempre amparados, seja pela rede credenciada, seja por outros serviços de saúde quando aquela se mostrar insuficiente ou se tratar de situação de urgência".

Na hipótese dos autos, o ministro verificou que o procedimento realizado pelo beneficiário não se

enquadrava nas situações de urgência ou emergência – como reconhecido pelas instâncias ordinárias –, razão pela qual não era o caso de se determinar o reembolso das despesas, por completa ausência de previsão legal e contratual.

EAREsp 1459849

Fonte: STJ, em 17.11.2020