

Plano deve reembolsar despesa em hospital não credenciado

Mesmo em casos sem urgência, os planos de saúde são obrigados a reembolsar, nos limites do contrato, as despesas do beneficiário em hospital não credenciado.

Reprodução



Se a operadora é obrigada a ressarcir o SUS no caso de tratamento em hospital público, não haveria razão para deixar de ser feito o reembolso por uso da rede privada não credenciada, afirma STJ
Reprodução

A decisão é da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao manter acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo adotando interpretação mais ampla do artigo 12 da Lei 9.656/1998.

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 relatora do recurso especial, ministra Nancy Andrichi, 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, ela 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 exemplificou que a operadora está obrigada a ressarcir o SUS quando seus beneficiários 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”. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

REsp 1.575.764**Autores:** Redação ConJur