

Juliana Hasse: Obrigação do reembolso de despesas na saúde

Após quase 24 anos da vigência da Lei 9.656/98, marco regulatório do setor de saúde suplementar, uma questão ainda bastante discutida é o direito ao reembolso de despesas havidas pelos beneficiários de planos ou seguros de saúde junto à rede de prestadores particulares, tais como clínicas, laboratórios, bem



Referida lei submete as operadoras ao controle,

regulamentação e fiscalização do poder público, exercidos por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sujeitando tanto as operadoras de planos privados de assistência à saúde, quanto as operadoras de seguros privados de assistência à saúde aos ditames legais e regulatórios.

A Lei 10.185/01 definiu a modalidade de seguradoras especializadas em saúde. E a regulamentação da ANS organizou as modalidades das operadoras, estando contempladas entre elas as seguradoras especializadas em saúde. O próprio marco regulatório e suas diversas atualizações estabeleceu essa subordinação das operadoras e de quaisquer modalidades de serviços e contratos relacionados à assistência privada à saúde.

Tanto as operadoras de planos de saúde, quanto as seguradoras podem operar produtos, a primeira na forma de planos e a segunda na forma de seguros. O plano privado de assistência à saúde geralmente assegura os atendimentos em rede de atendimento própria, classificada como verticalizada, rede credenciada ou ainda por meio de reembolso em situações específicas — até mesmo livre escolha de prestadores, caso previsto no contrato. Já o seguro saúde somente pode operar por meio de rede referenciada (de uso não obrigatório) ou reembolso, este último em consonância com o princípio da livre escolha de prestadores pelos beneficiários, principal característica dessa modalidade.



Inclusive, a instrução normativa nº 23/09 da ANS, norma que trás consigo o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, por meio de seu Anexo I, trás a obrigatoriedade de haver a previsão em todos os contratos de planos de saúde que permitam acesso a livre escolha de prestadores, não se limitando a, cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso. Deste modo, a operadora deve trazer, conforme o caso, fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes tais como, múltiplo de reembolso, unidade de reembolso, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo, além da tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso, a qual deverá ser amplamente divulgada pela operadora.

Além disso, quando operar com livre escolha de prestadores, a operadora ou seguradora deverá assegurar que o valor de reembolso das despesas médicas não seja inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX, artigo 2º, Resolução Consu 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução Consu 15/1998).

Para se evitar qualquer embaraço à utilização do regime de livre escolha de prestadores, é vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a efetiva livre escolha de prestadores.

Tudo isso para permitir que a livre escolha de prestadores, quando ofertada contratualmente, seja respeitada e cumprida integralmente junto aos beneficiários de planos e seguros saúde.

A possibilidade de comercialização de plano privado de assistência à saúde com previsão de livre escolha de prestadores também vem previsto no artigo 10, inciso I, da Lei 9.656/98, sendo uma obrigação essa garantia quando se trata de seguro-saúde comercializado pelas seguradoras especializadas em saúde.

Pois bem. O cerne da questão está no ponto em que ocorre a utilização de prestadores, tais como clínicas e laboratórios, escolhidos pelo beneficiário de seguro-saúde pertencente a contratos com garantia de livre escolha de prestadores.

Em termos práticos, as clínicas e laboratórios realizam as consultas e/ou exames solicitados pelo médico assistente, mediante contratação direta por parte do segurado e este solicita reembolso diretamente da seguradora, mediante apresentação de nota fiscal emitida pelo prestador.

Muito importante ressaltar que os prestadores particulares não integrantes da rede credenciada ou referenciada da operadora ou seguradora não possuem qualquer vinculação jurídica com esta. Quem efetua o pagamento diretamente a eles é o próprio beneficiário, pois a ele é viabilizado o atendimento. Não faz qualquer sentido que terceiros estranhos a essa relação, tal como é o caso das operadoras/seguradoras, interfiram na mesma, ainda que sob a justificativa de negociação de condições de pagamentos.

O Tema IX da supracitada IN 23/09 é muito clara, restrita e objetiva ao delimitar o que deverá estar disposto nos contratos de assistência ou seguro à saúde, no tocante à previsão de livre escolha de prestadores.

Sabe-se que muitas operadoras e seguradoras de saúde exigem a apresentação da efetiva quitação do pagamento realizado pelo segurado ao prestador particular, em contratos regidos pelo regime de livre escolha de prestadores, como condição para efetuar o respectivo reembolso. Tal prática é abusiva e foge aos princípios legais preconizados pela ANS e pelo marco regulatório vigente, pois, repise-se, trata-se de uma relação estabelecida entre clínicas e laboratórios e o beneficiário submetido a consultas e/ou exames. Somente a eles cabe a negociação de valores e condições de pagamentos. A lei não dispõe nada distinto disso.

Mesmo porque, adentrando em aspectos econômico-financeiros, muitas vezes o segurado depende do reembolso realizado por parte da seguradora para honrar com o pagamento desse serviço realizado. Isso não é fraude. Pelo contrário, isso é a realidade do brasileiro, que, com muito esforço e sacrifício paga um plano de saúde, que opera por meio de reembolso e não pode ver descumprida essa obrigação sob o frágil argumento de que se trata de fraude, em situações nas quais o serviço foi efetivamente prestado e comprovado, por meio de nota fiscal. Existindo a comprovação de execução do serviço (nota fiscal ou outro documento correlato) o serviço deve ser reembolsado, pois esse é o fato gerador da obrigação. Fraude apenas se configuraria se o serviço não fosse realizado. O que não vislumbramos na presente análise.

Em tratando-se de livre escolha de prestadores, da mesma forma como é escolhido livremente o prestador de serviço, também deverá ser livre a forma de quitação desse serviço, seja à vista, parcelado ou mesmo após o reembolso ter ocorrido. Mesmo porque a lei estabelece que o prazo máximo para reembolso será de 30 dias contados da solicitação do mesmo. E o segurado pode utilizar desse prazo para acertar os serviços. Trata-se de um pouco de fôlego para quem já paga um seguro de saúde particular. Logo, cabe à Seguradora cumprir seu papel conforme previsto contratualmente, sem interferir em relações de terceiros.

Agir de maneira distinta dessa consubstancia-se em prática abusiva, arbitrária e passível de imputação de multa por parte da ANS, bem como ajuizamento de ação judicial visando restituição e reparação de danos.

Ademais, em 2017 a própria ANS já emitiu um entendimento da sua Diretoria de Fiscalização (Difis), sobre reembolso em regime de livre escolha de prestadores — Entendimento Difis ANS nº 8/2017 . A ANS, após receber inúmeras denúncias de segurados decorrentes de negativas infundadas de reembolso por parte de seguradoras, esclareceu diversos pontos, importantes para nortear a presente análise.

Entre elas, o contrato de assistência ou seguro à saúde deverá trazer os critérios exatos para efetivação do reembolso. Caso não traga, a operadora ou seguradora não poderá instituir documentos ali não previstos. Devemos ressaltar que o beneficiário é a parte hipossuficiente da relação, restando numa posição de maior vulnerabilidade. Não pode a operadora inovar ou seja, criar novas regras. Qualquer atitude em sentido contrário, tal como definir unilateralmente quais os documentos necessários para reembolso, fere a legislação consumerista e de saúde suplementar.

A ANS entendeu, por meio do Entendimento Difis nº 8/17 (ainda vigente), que:

"Assim, é razoável considerar que, na omissão contratual, a operadora poderá exigir que o pedido de reembolso deva ser instruído, ao menos, com qualquer documento hábil e idôneo que comprove a efetiva ocorrência da despesa, identifique o beneficiário e o procedimento executado, inclusive a data em que foi realizado. Ainda, nos casos de serviços e procedimentos que contenham Diretriz de Utilização — DUT estabelecida, pode ser exigido também laudo ou atestado médico ou outro documento equivalente, emitido pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento, atestando seu cumprimento".

Ademais, referido entendimento também estabelece que nas hipóteses em que haja previsão da livre escolha de prestadores, porém, o instrumento contratual não contiver de maneira adequada as disposições previstas no Entendimento 8/17, o reembolso deverá ser integral e efetuado no prazo de até 30 dias, contados da data da respectiva solicitação, incluído, também e se houver, as despesas com transporte.

Nesse sentido, os tribunais do país têm entendimento semelhante ao exposto no presente, como ocorreu no processo judicial seguinte, Processo / RI 0002440-71.2020.8.16.0187 Curitiba 0002440-71.2020.8.16.0187 (Acórdão):

"Ementa

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. NEGATIVA DE REEMBOLSO POR PLANO ODONTOLÓGICO. PEDIDO DE CONDENAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO AO REEMBOLSO DO VALOR GASTO A TÍTULO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, PARA CONDENAR A RECORRENTE AO PAGAMENTO DOS VALORES GASTOS PELA RECORRIDA A TÍTULO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, FIXADO EM R\$ 3.695,00. RECURSO INOMINADO, DA OPERADORA, PARA REFORMAR A SENTENÇA, JULGANDO IMPROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS. EM SUMA, ALEGA A OPERADORA QUE O CONSUMIDOR NÃO TERIA INSTRUÍDO SEU PEDIDO DE REEMBOLSO COM OS DOCUMENTOS HÁBEIS A VER DEFERIDO SEU PLEITO. ALEGOU, QUANDO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO, QUE NÃO HAVIA COMPROVANTE DE PAGAMENTO. CLÁUSULA 12.4 DO CONTRATO (MOV. 1.14), QUE ELENCA OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO REEMBOLSO, NÃO CONSTANDO COMPROVANTE DE PAGAMENTO, MAS "RECIBO OU NOTA FISCAL". ASSIM, O RECIBO ASSINADO PELO ODONTOLOGISTA (MOV. 1.28) SE MOSTRA SUFICIENTE A COMPROVAR OS VALORES PAGOS E A QUAL TÍTULO FORAM PAGOS. REEMBOLSO DEVIDO. VALOR FIXADO PELO D. MAGISTRADO DE ORIGEM QUE ESTÁ DE ACORDO COM AS PROVAS ACOSTADAS. CONDENAÇÃO ESCORREITA. ASSIM, NÃO HÁ O QUE SE FALAR EM REFORMA DA SENTENÇA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA QUE SE IMPÕE PELOS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS, NOS TERMOS DO ART. 46 DA LEI 9.099/95. CONDENAÇÃO DA



RECORRENTE EM CUSTAS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, FIXADOS EM 10% DO VALOR ATUALIZADO DA CONDENAÇÃO. RECURSO INOMINADO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJ-PR — 3ª Turma Recursal — 0002440-71.2020.8.16.0187 — Curitiba — rel.: JUÍZA DE DIREITO DA TURMA RECURSAL DOS JUÍZADOS ESPECIAIS DENISE HAMMERSCHMIDT — j. 10/12/2021)

Também no caso do seguinte processo:

"Autos no. 0001286-84.2020.8.16.0068

RECURSO INOMINADO No 0001286-84.2020.8.16.0068, DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DE CHOPINZINHO

RECORRENTE: ODONTOPREV S.A. RECORRIDO: MARISTELA ROMBALDI

RELATORA: JUÍZA TITULAR DA 3ª TURMA RECURSAL DENISE HAMMERSCHMIDT

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. ACÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. NEGATIVA DE REEMBOLSO POR PLANO ODONTOLÓGICO. PEDIDO DE CONDENAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO AO REEMBOLSO DO VALOR GASTO A TÍTULO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, PARA CONDENAR A RECORRENTE AO PAGAMENTO DOS VALORES GASTOS PELA RECORRIDA A TÍTULO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, FIXADO EM R\$ 31.302,00. RECURSO INOMINADO, DA OPERADORA, PARA REFORMAR A SENTENÇA, JULGANDO IMPROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS. EM SUMA, ALEGA A OPERADORA QUE A CONSUMIDORA NÃO TERIA INSTRUÍDO SEU PEDIDO DE REEMBOLSO COM OS DOCUMENTOS HÁBEIS A VER DEFERIDO SEU PLEITO. ALEGOU, QUANDO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO, QUE NÃO HAVIA COMPROVANTE DE PAGAMENTO. CLÁUSULA 12.4 DO CONTRATO (MOV. 19.3), QUE ELENCA OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO REEMBOLSO, NÃO CONSTANDO COMPROVANTE DE PAGAMENTO. AINDA, AS NOTAS FISCAIS (MOV. 1.21 E 1.34), SOMADAS AOS CORRESPONDENTES RECIBOS (MOV. 1.22 E 1.35) QUE SE MOSTRAM SUFICIENTES A COMPROVAR OS VALORES PAGOS E A QUAL TÍTULO FORAM PAGOS. REEMBOLSO DEVIDO. VALOR FIXADO PELO D. MAGISTRADO DE ORIGEM QUE ESTÁ DE ACORDO COM AS PROVAS ACOSTADAS. CONDENAÇÃO ESCORREITA. ASSIM, NÃO O QUE SE FALAR EM REFORMA DA SENTENÇA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA QUE SE IMPOE PELOS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS, NOS TERMOS DO ART. 46 DA LEI 9.099/95. CONDENAÇÃO DA RECORRENTE EM CUSTAS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, FIXADOS EM 10% DO VALOR ATUALIZADO DA CONDENAÇÃO. RECURSO INOMINADO CONHECIDO E DESPROVIDO".

Por fim, é evidente que inexistente na legislação do setor e nas inúmeras normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) qualquer previsão que trate da maneira como o beneficiário de plano ou seguro saúde com previsão de livre escolha de prestadores se relaciona com os prestadores de serviços não pertencentes às redes credenciadas ou referenciadas, escolhidos por ele, e nem como negocia ou mesmo quita os serviços efetivamente realizados.



Desta forma, imperioso destacar que, não havendo previsão nesse sentido não cabe às operadoras de planos de saúde interferirem nessa relação e muito menos na escolha do prestador que não faça parte da sua rede credenciada ou referenciada, bem como a maneira como é estabelecido o pagamento dos serviços prestados ao beneficiário.

Por fim e não menos importante ressaltar que nos casos em que os prestadores de serviços (clínicas e laboratórios) colem dados pessoais dos beneficiários, como meio de intermediar ou mesmo auxiliar na solicitação de reembolso junto às operadoras e seguradoras de planos de saúde, inexistente qualquer impedimento na legislação vigente.

De acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) pessoais, referido procedimento se enquadra no tratamento de dados pessoais (sensíveis ou não), sendo que referida Lei Geral disciplina as bases legais para que o mesmo ocorra.

Necessário que o tratamento de dados esteja estritamente vinculado à finalidade específica pela qual o respectivo acesso (aos dados) tenha ocorrido.

Destaca-se, também, no que diz respeito à saúde, que os incisos VII e VIII, do artigo 7º, da LGPD, autorizam a realização do tratamento de dados pessoais em casos de proteção da vida ou incolumidade física do titular ou de terceiro e para a tutela da saúde, exclusivamente em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária. Esses casos dispensam a formalização do termo de consentimento previsto no inciso I do referido artigo 7º.

Quando o tratamento de dados (envolvendo procedimento administrativo de reembolso de despesas) porventura não se enquadrar, automaticamente, nas hipóteses legais mencionadas acima, basta o fornecimento do consentimento livre, inequívoco e especificamente ligado à finalidade definida, por parte do beneficiário do plano ou seguro de saúde, prevalecendo apenas essa cautela, para dar legitimidade ao ato.