

Processo

REsp 1842475 / SP
RECURSO ESPECIAL
2019/0234721-8

Relator

Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO (1140)

Relator para acórdão

Ministro MARCO BUZZI (1149)

Órgão Julgador

T4 - QUARTA TURMA

Data do Julgamento

27/09/2022

Data da Publicação/Fonte

DJe 16/02/2023

Ementa

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇO CREDENCIADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA - OPERADORA QUE DESCUMPRE O DEVER DE GARANTIR O ATENDIMENTO NO MESMO MUNICÍPIO, AINDA QUE POR PRESTADOR NÃO INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE ESTABELECEAM O DEVER DE REEMBOLSO INTEGRAL, PORÉM NO PRAZO DE 72 HORAS.

Hipótese: Controvérsia afeta à possibilidade de considerar cumprida a obrigação do plano de garantir acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos para atendimento das coberturas, na hipótese de indisponibilidade de prestador de serviço credenciado no município de abrangência do plano, quando existir nosocômio credenciado em município limítrofe.

1. Nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, em caso de indisponibilidade de prestador credenciado da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento, preferencialmente, no âmbito do mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial da operadora do plano

de saúde, cujo pagamento se dará mediante acordo entre as partes (operadora do plano e prestador).

1.1 Somente em caso de inexistência de prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município é que será devido o atendimento em município limítrofe.

2. No caso, deixou a operadora de indicar profissional/nosocômio apto a proceder ao atendimento da autora no mesmo município de abrangência, bem como não autorizou o tratamento da demandante em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, de modo que abusiva a negativa de custeio.

2.1 Seja em razão da primazia do atendimento no município pertencente à área geográfica de abrangência, ainda que por prestador não integrante da rede credenciada, seja em virtude da não indicação pela operadora de prestador junto ao qual tenha firmado acordo, bem como diante da impossibilidade de a parte autora se locomover a município limítrofe, afigura-se devido o reembolso integral das despesas realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, conforme previsão expressa do artigo 9º da RN nº 259/11 da ANS.

3. Recurso especial provido, em parte, apenas para estabelecer o prazo de reembolso em 30 dias.

Acórdão

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, após o voto-vista da Ministra Maria Isabel Gallotti dando parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão, e a adequação do voto do Ministro Marco Buzzi no mesmo sentido, e o voto do Ministro Antonio Carlos Ferreira acompanhando a divergência, por maioria, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto divergente do Ministro Marco Buzzi, que lavrará o acórdão. Vencido o relator. Votaram com o Sr. Ministro Marco Buzzi (Presidente) os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti e Antonio Carlos Ferreira.

Informações Complementares à Ementa

(VOTO VENCIDO) (MIN. LUIS FELIPE SALOMÃO)

"[...] parece mesmo inviável a inobservância da rede credenciada. Isso porque: a) ocasiona desestruturação administrativa aos planos de saúde, aumento de custos e reflexamente encarecimento

dos planos existentes e oferecimento de planos de saúde mais caros ao mercado; b) é incompatível com a liberdade contratual impor que o plano de saúde mantenha, por via reflexa, relação com prestadores de serviços não credenciados, eventualmente até mesmo previamente descredenciados; c) é inviável ao plano de saúde fazer o mesmo controle acerca da higidez das despesas em caso de atendimento por prestador de serviços fora da rede credenciada; d) o consumidor não tem a mesma expertiseda operadora do plano de saúde para aferir a efetivação dos procedimentos e do uso dos materiais cobrados por prestadores de serviços fora da rede credenciada; e) tendo em vista ser direito da operadora do plano de saúde submeter procedimentos solicitados a seu médico auditor, causa sérios embaraços conciliar essa atuação com atendimentos eletivos realizados por médicos não credenciados; f) é solução que não permite a viabilização econômica para formação ou manutenção de cooperativa de médicos ou dentistas tendo por objeto o oferecimento de plano de saúde".

"[...] o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento".

"[...] O art. 32 da Lei n. 9.656/1998 assim como o art. 12, VI, são disposições claramente estabelecidas para situações de exceção, bem peculiares, não se podendo fazer da exceção a regra. Nessa linha de inteligência, conforme a consagrada doutrina de Carlos Maximiliano, jamais poderá o juiz, a pretexto de interpretar, esvair a essência da regra legal, ressaltando que as disposições excepcionais são estabelecidas por motivos ou considerações particulares [...]".

"[...] exigir que os prestadores de serviço tenham de ser sempre do mesmo município do usuário do plano de saúde (não podendo ser nem mesmo de município limítrofe) retiraria o poder de barganha das operadoras de planos de saúde, que teriam de se submeter aos preços impostos pelo prestador de serviços, ocasionando maiores despesas para o fundo mutual dos planos de saúde e consequente incremento do reajuste por aumento de sinistralidade no ano seguinte, a par de que, a toda evidência, reduziria a oferta de planos de saúde tendo abrangência geográfica contemplando municípios menores ou com poucos prestadores de serviços".

"[...] é inviável o entendimento de que o CDC, de forma

insulada, 'estabelece-se como norte hermenêutico para a interpretação da lei', isto é, de forma alheia às normas específicas inerentes à relação contratual, em contrariedade ao que estabelece o art. 35-G da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, já que, segundo entendo, o mencionado art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998 só poderia ser afastado mediante descabida declaração de inconstitucionalidade, feita pela Corte Especial".

Referência Legislativa

LEG:FED LEI:009656 ANO:1998

***** LPSS-98 LEI DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ART:00012 INC:00006 ART:00032 ART:0035G

LEG:FED RSN:000259 ANO:2011

ART:00002 ART:00004 PAR:00001 PAR:00002 ART:00005

PAR:00001 ART:00006 ART:00009

(AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS)

(ARTS. 4º E 5º COM A REDAÇÃO DADA PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA 268/2011)

LEG:FED RSN:000268 ANO:2011

(AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS)

Jurisprudência Citada

(VOTO VENCIDO - PLANO DE SAÚDE - ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA - REEMBOLSO - EXCEPCIONALIDADE)

STJ - EAREsp 1459849-ES

(VOTO VENCIDO - PLANO DE SAÚDE - APLICAÇÃO DO CDC)

STJ - REsp 80036-SP,

EAREsp 988070-SP,

REsp 1846502-DF