

SAÚDE SUPLEMENTAR É DIREITO DA PESSOA COM TEA

Dr. Franklin Façanha

advogado que atua na defesa dos autistas e colaborador eventual da Comissão de TEA do CREFITO-4 MG

Os últimos dois anos foram de extrema importância na consecução dos direitos dos autistas em nível nacional e para a efetivação dos seus direitos para os beneficiários de plano de saúde. Os autistas têm direito ao tratamento multidisciplinar como forma de garantir o seu neurodesenvolvimento adequado e para promoção da sua saúde, ocorre que os desafios para se conseguir esse tratamento são inúmeros.

Dentre as dificuldades mais recorrentes enfrentadas pelos autistas que possuem planos de saúde é a de encontrar rede credenciada que possuam profissionais e equipe completa que possua capacidade técnica para o manejo das terapias específicas, primeiramente pelo baixo valor pago pelas operadoras, seja pela carência quantitativa de profissionais que possuam as certificações e habilitações necessárias para tratar esse público.

Por isso é imprescindível que os profissionais de saúde busquem qualificação constantemente e conheçam os direitos dos autistas e as regras específicas da saúde suplementar para se precaver antes de aceitar um paciente por indicação de plano de saúde ou por decisão judicial.

1. DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 539/2022 da ANS. DO TRATAMENTO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a normativa que ampliou as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), entre os quais está incluído o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), que passou a valer a partir de 1º de Julho de 2022.

É importante entender que a Resolução Normativa nº 539/2022, alterou o Art. 6º da Resolução Normativa 465/2021 (Rol da ANS), adicionando o teor do §4º ao mencionado artigo com a seguinte redação:

Art. 6º (...)

§ 4º Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente.

O voto do Diretor Alexandre Fioranelli ressaltou para a necessidade da manutenção das decisões judiciais que determinaram a assistência à saúde do paciente por meio de prestador habilitado, não podendo o plano de saúde simplesmente desonerar-se da sua obrigação, conforme pode-se observar.

Portanto, mais do que nunca é salutar a observância irrestrita ao laudo médico prescrito para o paciente, visto que, somente o médico está apto a prescrever o tratamento conforme as reais necessidades do beneficiário.

Por fim, foi requerida a publicação do seguinte comunicado no sítio da ANS:

COMUNICADO: para todas as operadoras de planos de saúde, **que por determinação judicial ou por mera liberalidade**, dentre outras hipóteses, já estiverem atendendo aos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e todos os beneficiários diagnosticados com CIDs que se referem aos Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID-10 - F84) em determinada técnica/método/abordagem indicado pelo médico assistente, **reconhecidos nacionalmente, tal como a ABA (Análise Aplicada do Comportamento), não poderão suspender o tratamento, sob pena de vir a configurar negativa de cobertura.**" (<https://www.gov.br/ans/ptbr/arquivos/assuntos/noticias/pdfs-para-noticias/Voto657.pdf>)

Os votos dos demais diretores seguiram a mesma senda, e, por fim, foi consolidado o entendimento de que os tratamentos para os TGD, logo, para o TEA, atualmente realizados por meio de determinação judicial ou por liberalidade da operadora de saúde devem ser mantidos, sob pena de caracterizar-se uma negativa de atendimento no caso de suspensão.

2. SOBRE A LEI QUE GARANTE QUE O ROL DE COBERTURA OBRIGATÓRIA PELOS PLANOS DE SAÚDE É UMA LISTA EXEMPLIFICATIVA E QUE OS PLANOS DEVEM COBRIR PROCEDIMENTOS QUE ESTEJAM FORA DESSA LISTA

Já em 22 de setembro de 2022, foi promulgada a lei 14.454/2022 que dispõe sobre a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS pelos planos de saúde. Além disso, a nova lei também prevê a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) em relação às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde.

A Lei 14.454/22 alterou a Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de assistência à saúde privados e estabelece alguns critérios para sua atuação. A legislação trouxe requisitos para a autorização da cobertura de tratamentos ou procedimentos não previstos no rol da ANS. Assim, a lei altera o art. 10, § 13, da Lei 9.656/98 para estabelecer que a cobertura será autorizada pelas operadoras de planos de saúde se:

1. Existir comprovação da eficácia do tratamento
2. Existir recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
3. Ou existir a recomendação de 1 órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional

Dessa forma, a Lei 14.454/2022 estabelece critérios para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ANS.

3. DA INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO - DIREITO AO REEMBOLSO INTEGRAL - RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS 566/2022

Em 29/12/2022, a ANS publicou a RN 566/2022 com o objetivo de: *“Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde”*. No seu artigo 4º a resolução trata da indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município:

Art. 4º Na hipótese de INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR INTEGRANTE 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 em:

- I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
- II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

Portanto, não havendo prestador apto para realizar as terapias prescritas no laudo médico, por meio de profissionais com comprovada capacidade

técnica para manejo terapêutico, o reembolso deve ser integral, conforme artigo 10º da resolução.

Portanto, fica evidente que o tratamento deve ser custeado pelo plano de saúde, com o pagamento integral das despesas do tratamento, no prazo de 30 dias, uma vez que ficou evidenciado que os prestadores ofertados pela operadora não atendem aos requisitos prescritos no laudo médico, no tocante às especializações no métodos especificados para o tratamento do TEA.

4. INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NA REDE CREDENCIADA - DIREITO AO REEMBOLSO INTEGRAL - RECENTE ENTENDIMENTO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ) - MAIO 2023

Em 17 de maio de 2023 foi publicado acórdão pelo STJ, com o julgamento que entendeu pelo deferimento do tratamento integral nos termos do laudo médico, bem como reconhecendo que no caso de inexistência de prestador, o reembolso deve ser integral por parte do plano de saúde:

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2342168 - RJ (2023/0122012-6)

RELATOR : MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

EMENTA: AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO AO ART. 1.022, II, DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEMBOLSO INTEGRAL. INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NA REDE CREDENCIADA. PRECEDENTES. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

O STJ tem entendimento no sentido do pleito autoral ao determinar que o reembolso que deve ser integral, sem limitação de sessões, quando inexistente na rede credenciada profissional habilitado para a execução da terapia ou procedimento nos termos prescritos pelo médico que assiste do autista e que a prescrição do médico responsável pelo tratamento deve prevalecer em detrimento do pretendido pelo plano de saúde, assim como já vem se entendendo a corte superior em diversos outros julgados (REsp n. 1.990.471/DF, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/4/2023, DJe de 14/4/2023; AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023).

Essa determinação encontra guarida no Artigo 12 da Lei 9.656/98, além das Resoluções Normativas da ANS 211/2010, 338/2013, 387/2015, 428/2017, 462/2021, 539/2022, 541/2022 e 566/2022, além das Lei 12.764/2012 e Lei 13.146/2022, em consonância com os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal.

Acrescente-se que a Segunda Seção dessa Corte Superior manteve o entendimento pela abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários com diagnóstico de TEA (REsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022; AgInt no REsp n. 1.941.857/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022; REsp n. 2.043.003/SP, relatora Ministra Nancy Andri ghi, Terceira Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 23/3/2023).

Inclusive, em casos que a clínica credenciada e os profissionais que atendem pelo plano de saúde não comprovem que possuem profissionais com capacidade técnica para o manejo terapêutico contido no laudo médico, deve a operadora de saúde arcar integralmente com a reabilitação multidisciplinar em clínica/profissional não conveniado (TEMA 1018 DO STJ c/c Enunciado Nº 97 da III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

5. DA ABUSIVIDADE DE EXIGIR O COMPROVANTE DE PAGAMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO REEMBOLSO DO TRATAMENTO

Cabe destacar que não existe previsão legal para que os planos de saúde exijam o comprovante de pagamento para a realização do reembolso das despesas, bem como não existe nenhuma previsão legal ou judicial determinando tal exigência.

O artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998, a operadora de plano de saúde é obrigada a proceder ao reembolso nos casos de urgência ou emergência ou quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados por ela, não prevê qualquer exigência de comprovante de pagamento para o procedimento de reembolso.

Segundo entendimento da ANS, a regulamentação atual determina que seja feita a comprovação do atendimento, mas não cita a obrigatoriedade de apresentação de comprovante bancário. Para solicitar o reembolso de despesas assistenciais é preciso apresentar o comprovante de atendimento junto com as notas fiscais relativas aos procedimentos, conforme as normas vigentes da saúde suplementar.

Por não ser parte na relação contratual, ainda que verbal, entre o consumidor e o prestador de serviço não pertencente à rede credenciada, a operadora de saúde não pode interferir na forma como o pagamento do serviço escolhido será quitado pelo consumidor.

Para a operadora de saúde é juridicamente relevante apenas que o serviço tenha sido efetivamente prestado e qual o seu respectivo valor, pois

apenas disso depende a origem e a dimensão da sua obrigação de reembolsar o consumidor.

A obrigação de reembolsar o consumidor, assumida pela operadora de saúde, decorre da efetiva prestação remunerada do serviço. Não tem seu nascedouro no pagamento feito ou prometido pelo consumidor. Por isso, o consumidor tem a obrigação de comprovar que o serviço oneroso por ele contratado foi prestado, mas não tem qualquer obrigação legal de comprovar a quitação do pagamento, para que somente assim, tenha direito ao reembolso pela operadora.

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.

Conseqüentemente, não há qualquer ilícito civil ou penal na solicitação de reembolso perante a operadora de saúde sem que tenha havido desembolso prévio de valores.

O direito contratual ao reembolso das despesas com saúde, na modalidade de livre escolha, surge com a comprovação da efetiva prestação do serviço de saúde ao consumidor e não com a quitação da dívida contraída.

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.

CONCLUSÃO

É importante que os profissionais que atuam diretamente com pacientes autistas, bem como as clínicas que oferecem o tratamento multidisciplinar para esse público esteja ciente dos seus direitos e das nuances específicas para atuar nesse setor, a fim de se precaver contra os entraves que os planos de saúde impõem para o pagamento das terapias específicas.

Quando ocorre um caso de inadimplência, especificamente nos casos que o atendimento é realizado fora da rede credenciada dos planos de saúde, faz-se necessário que o paciente tenha que solicitar o pagamento diretamente ao judiciário, o que invariavelmente terá que passar por um processo judicial que tem seu rito próprio.

Apesar de todos esses direitos e as constantes negativas aos mesmos, o atendimento multidisciplinar ao paciente autista é um direito garantido pela lei 12.764/2012 e somente esse tratamento pode levar a melhoria no prognóstico do paciente. Por isso que são necessários profissionais devidamente capacitados nos métodos específicos para esse público, a fim de garantir a melhor intervenção e promoção de saúde do paciente e de sua família.