



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE - FANESE
CURSO DE DIREITO**

JOSE ROBERTO DO NASCIMENTO JUNIOR

RESPONSABILIDADE CIVIL DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

**ARACAJU
2023**

N244r

NASCIMENTO JUNIOR, Jose Roberto do

Responsabilidade civil das operadoras de plano de saúde / Jose Roberto do Nascimento Junior. – Aracaju, 2023. 17f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe. Coordenação de Direito.

Orientador(a): Prof. Dr. Winston Neil Bezerra de Alencar

1. Direito 2. Planos de Saúde
3. Responsabilidade Civil I. Título

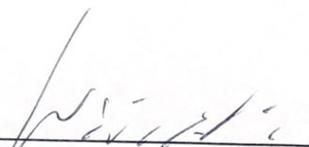
CDU 34 (045)

JOSE ROBERTO DO NASCIMENTO JUNIOR

RESPONSABILIDADE CIVIL DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

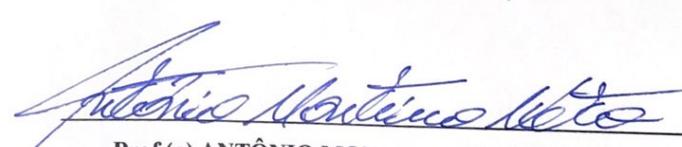
Artigo Científico apresentado à Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito parcial e elemento obrigatório para a obtenção do grau de bacharel em Direito no período de 2023.1.

Aprovado com média: 9,5



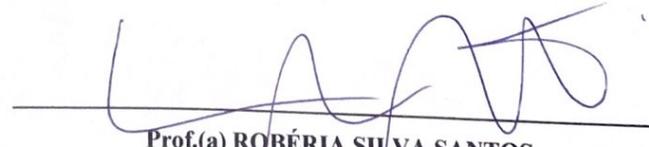
Prof.(a) WINSTON NEIL B. DE ALENCAR

1º Examinador (Orientador)



Prof.(a) ANTÔNIO MONTEIRO DA SILVA NETO

2º Examinador(a)



Prof.(a) ROBÉRIA SILVA SANTOS

3º Examinador(a)

Aracaju (SE), 06 de junho de 2023

RESPONSABILIDADE CIVIL DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE*

Jose Roberto do Nascimento Junior

RESUMO

O objeto de estudo deste artigo científico é a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde em relação aos danos causados aos seus clientes. O problema de pesquisa consiste em analisar as obrigações legais das operadoras de planos de saúde em relação à prestação de serviços de assistência à saúde e as consequências da violação dessas obrigações. Os objetivos do estudo são analisar as diferenças entre os diversos tipos de planos de saúde existentes, bem como as súmulas jurisprudenciais relacionadas ao tema; avaliar a responsabilidade civil dos planos de saúde em relação aos danos causados aos clientes à luz do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor; e verificar as possíveis consequências jurídicas decorrentes da violação das obrigações legais pelas operadoras de planos de saúde. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica sistemática, com análise crítica e reflexiva da legislação, doutrina e jurisprudência relacionadas ao tema. Os principais resultados indicam a importância da garantia do acesso aos serviços contratados, da cobertura de procedimentos e tratamentos previstos no contrato e da prestação de informações claras e precisas aos clientes. Como conclusão, verifica-se que é fundamental que as operadoras de planos de saúde cumpram com suas obrigações legais e atuem de forma transparente e responsável, garantindo a segurança e a satisfação de seus clientes. Além disso, é necessário que a legislação e a jurisprudência continuem a evoluir e se adaptar às mudanças e desafios que surgem nessa área, a fim de garantir que os direitos dos consumidores sejam protegidos e que a assistência à saúde seja prestada de forma adequada e eficiente. Em suma, o presente estudo traz uma contribuição importante para o debate sobre a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde e ressalta a necessidade de uma análise cuidadosa e criteriosa das questões envolvidas na prestação de serviços de assistência à saúde.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Responsabilidade Civil. Planos de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os planos de saúde são uma das principais modalidades de assistência à saúde no Brasil, responsáveis por assegurar a cobertura de serviços médicos e hospitalares para milhões de pessoas. No entanto, as relações entre as operadoras de planos de saúde e seus clientes nem sempre são harmoniosas, especialmente quando se trata de questões relacionadas à responsabilidade civil dessas empresas.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde em relação aos danos causados aos seus clientes. A relevância desse tema se deve ao fato de que a assistência à saúde é um direito fundamental assegurado

*Artigo apresentado à banca examinadora do curso de Direito da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, em junho de 2023, como critério parcial e obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Orientador: Prof. Dr. Winston Neil Bezerra de Alencar

pela Constituição Federal e, portanto, a atuação das empresas que prestam esse serviço deve estar em conformidade com os preceitos legais.

A fim de atingir esse objetivo, o conteúdo apresentado no desenvolvimento será dividido em cinco seções principais. Na primeira seção, será abordada a ótica do Código de Defesa do Consumidor em relação aos planos de saúde. Na segunda, será discutida a diferença entre plano de saúde e seguro de saúde. Na terceira seção, será apresentada a diferença entre plano de saúde privado e autogestão.

Na quarta seção, será realizada uma análise da responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde em relação aos danos causados aos seus clientes à luz do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor. Nessa seção, será discutida ainda a responsabilidade dos hospitais e dos médicos envolvidos na prestação do serviço de assistência à saúde.

Por fim, na quinta seção, serão analisadas as súmulas jurisprudenciais relacionadas a questões envolvendo planos de saúde. O objetivo dessa seção é verificar como as decisões judiciais têm interpretado as normas legais relacionadas a esse tema.

Os objetivos deste artigo são analisar a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde em relação aos danos causados aos seus clientes, assim como as diferenças entre os diversos tipos de planos de saúde existentes. O problema de pesquisa é entender quais são os direitos e deveres das operadoras de planos de saúde em relação aos seus clientes e como a legislação tem interpretado essas questões. A hipótese é de que as operadoras de planos de saúde são responsáveis pelos danos causados aos seus clientes e devem cumprir todas as obrigações legais relacionadas à assistência à saúde.

A metodologia utilizada consistirá em uma revisão bibliográfica sobre o tema, com base em leis, jurisprudências, artigos e outras publicações relacionadas à responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde.

2 PLANO DE SAÚDE SOBRE A ÓTICA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Os planos de saúde têm amparo Constitucional desde a sua criação, com intuito de complementar o Sistema Único de Saúde. De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988, art. 196) O Estado tem o dever de assegurar o direito a saúde a todos, através de políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doenças e acesso universal e igualitário, zelando a promoção, proteção e recuperação dos serviços. Em seguida, A Constituição (BRASIL, 1988, art. 197) possibilita a terceirização desses serviços, podendo ser disponibilizada por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Segundo Figueiredo (2006), a saúde suplementar é uma atividade econômica regida por princípios e regras de direito privado, sendo seu acesso restrito à parcela da população com renda suficiente para contratar esses serviços.

Muitos não a consideram como um marco importante na regulação dos planos de saúde, mas a lei Eloy Chaves, conhecida por criar um sistema de previdência social para os trabalhadores brasileiros em 1923, já previa a assistência médica e odontológica para os trabalhadores e seus familiares, além da aposentadoria por idade ou tempo de serviço. No entanto, apenas os trabalhadores urbanos e de algumas categorias profissionais, como ferroviários, bancários e telégrafos, eram cobertos pela lei.

Antes da promulgação da constituição esse tipo de terceirização era tratado de forma análoga ao corretor de seguros, através da lei 4.594 de 1965. as “empresas de medicina em grupo” reuniam um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que se associavam para oferecer serviços médicos e hospitalares a um conjunto de pessoas que pagavam uma mensalidade. O modelo se popularizou na década de 1970, com a criação de várias empresas de medicina de grupo em todo o país. A Constituição Federal de 1988 trouxe novas regras e diretrizes para a regulação desses serviços, e desde então o setor de saúde suplementar tem passado por diversas transformações e aprimoramentos relatórios.

O código de defesa do consumidor tenta reequilibrar a relação jurídica, partindo do ponto em que o consumidor é considerado a parte mais vulnerável desse acordo contratual, desta forma, doutrinadores afirmam que

Inicialmente, mister, pois, frisar que o Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, tem clara origem constitucional (art. 170 e art. 5º da CF e art. 48 do ADCT), sendo que o direito do consumidor, subjetivamente, é direito fundamental do cidadão e princípio macro-ordenador da ordem econômica do País. É igualmente lei geral principiológica, porque não se trata especificamente de nenhum contrato firmado entre consumidor e fornecedor e especial, nem de atos ilícitos específicos, mas estabelece novos parâmetros e paradigmas para todos esses contratos e fatos juridicamente relevantes, que denomina, então, de relações de consumo (art. 4º do CDC). Essa lei consumerista regula, assim, todo fornecimento de serviços no mercado brasileiro e as relações jurídicas daí resultantes, inclusive os de natureza “securitária” (§2º do art. 3º do CDC). (MARQUES, 2008, p. 46)

Assim, o CDC é de suma importância para garantia da boa-fé e da equivalência negocial entre as partes; para que os consumidores estejam cientes dos direitos à qualidade e à garantia da transparência na prestação de serviços dos planos de saúde. É comum que os consumidores de planos de saúde sejam considerados vulneráveis, tanto do ponto de vista informacional quanto do ponto de vista econômico. Por exemplo, os consumidores podem ser enganados por informações incompletas ou enganosas sobre o plano contratado, ou podem ser forçados a

pagar preços exorbitantes para obter serviços médicos de qualidade. O CDC reconhece essa vulnerabilidade e estabelece uma série de direitos e garantias para os consumidores, incluindo o direito à informação clara e precisa sobre os produtos e serviços oferecidos, o direito à proteção contra práticas abusivas e o direito à reparação dos danos causados.

Hoje, as relações contratuais envolvendo a terceirização da assistência à saúde para o ramo privado são regulamentadas pela Constituição Federal, pelo código civil, pela lei 9.656/98 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, pelas resoluções da Agência Nacional de Saúde e pelo código de defesa do consumidor. Este último norteia a relação contratual de consumo entre o plano de saúde e seu cliente, trazendo regras de contratação, prestação e regularização desses serviços.

O plano de saúde é um contrato que tem por objetivo garantir assistência médica, hospitalar e/ou odontológica aos consumidores que aderem a ele mediante pagamento de uma mensalidade. Desta forma, deve oferecer uma rede de prestadores de serviços de saúde adequada e suficiente para atender às necessidades dos beneficiários. Além disso, o contrato deve ser claro e completo, contendo informações sobre as coberturas oferecidas, as carências, as limitações e as exclusões, as condições para cancelamento do contrato, as formas de reajuste e as penalidades em caso de inadimplência.

Visando a proteção do consumidor, o CDC elenca regras e diretrizes que asseguram os direitos desta parte. Em seu artigo sexto, terceiro capítulo da lei, o código retrata os direitos básicos do consumidor como a proteção da vida, da saúde e da segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou prejudiciais por exemplo.

As proteções contratuais trazidas pelo Código de Defesa do Consumidor são essenciais para garantir que os usuários de planos de saúde tenham seus direitos respeitados e recebam os serviços contratados de forma adequada. A primeira proteção diz respeito à clareza das informações, O CDC (BRASIL, 1990) prevê que as informações sobre os planos de saúde devem ser claras, precisas e ostensivas, de forma que o consumidor possa compreender os termos e condições do contrato. Essa obrigação é aplicável tanto para o momento da contratação quanto durante toda a vigência do contrato. Além disso, o CDC (BRASIL, 1990) relata que as cláusulas contratuais devem ser redigidas de forma clara e objetiva, evitando termos técnicos e ambíguos que possam gerar confusão ao consumidor. Dessa forma, as empresas de planos de saúde não podem inserir cláusulas abusivas nos contratos, que possam prejudicar o consumidor de forma desproporcional. Outra proteção contratual importante trazida pelo CDC é a garantia do acesso aos serviços contratados. O plano de saúde deve

oferecer uma rede de prestadores de serviços que atenda às necessidades dos seus usuários, e deve cumprir os prazos de atendimento estipulados por lei. Caso o plano de saúde não cumpra com essas obrigações, o consumidor pode recorrer aos órgãos de defesa do consumidor para buscar seus direitos. Ademais, o CDC retrata a proteção contra as práticas abusivas por parte das empresas de planos de saúde. É considerada abusiva, por exemplo, a cláusula que estabelece a exclusão de tratamentos considerados essenciais para a saúde do consumidor (BRASIL, 1990). Também são consideradas abusivas as cláusulas que limitam o direito do consumidor à informação, ou que o obriguem a pagar valores excessivos. Por fim, o CDC traz a garantia da revisão contratual. Caso o consumidor perceba que o contrato de plano de saúde contém cláusulas abusivas ou que o prejudiquem de alguma forma, pode solicitar a revisão do contrato para corrigir tais irregularidades.

Outro ponto importante presente neste código é a obrigação do fornecedor a comunicar ao consumidor, de forma ostensiva e adequada, sobre a natureza e extensão dos riscos que podem causar aos consumidores e aos seus bens ou serviços; as cláusulas contratuais que são consideradas nulas de pleno direito, como as que estabelecem renúncia ou limitação de direitos do consumidor, ou que determinam a variação unilateral do contrato pelo fornecedor. Outro benefício é o direito do consumidor de rescindir o contrato, caso a empresa não cumpra com as condições acordadas. De acordo com o artigo 35.º do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), caso haja recusa por parte do fornecedor em cumprir com a oferta, apresentação ou publicidade, o consumidor tem o direito de requerer o cumprimento forçado da obrigação, aceite produto ou serviço equivalente, ou rescindir o contrato, com direito à restituição de valor eventualmente antecipada, além de perdas e danos, devidamente atualizados.

Em resumo, o CDC é fundamental para a contratação de um plano de saúde, pois garante a transparência nas relações de consumo, o cumprimento das obrigações das empresas fornecedoras de serviços de saúde e a proteção dos direitos dos consumidores. Ele estabelece regras claras sobre o relacionamento entre o fornecedor e o consumidor, com o objetivo de garantir uma relação justa e equilibrada.

3 DIFERENÇA ENTRE PLANO DE SAÚDE E SEGURO DE SAÚDE

Seguro saúde e plano de saúde são dois tipos diferentes de serviços que visam a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

O seguro saúde é um contrato entre uma pessoa física ou jurídica e uma seguradora, que garante o pagamento de despesas de saúde em caso de necessidade. Ao contrário dos planos de saúde, o seguro saúde geralmente oferece uma cobertura mais limitada e flexível, podendo ser contratado por um período determinado e com uma série de exclusões e restrições, como carência para determinados procedimentos ou doenças preexistentes. É regulamentado pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), que define o seguro saúde como um contrato no qual a operadora assume o risco de cobrir despesas assistenciais, mediante pagamento de prêmio pelo segurado. De acordo com essa lei (BRASIL, 1998), o seguro saúde pode ter coberturas diferentes e ser contratado por um período determinado, com a possibilidade de renovação. Além disso, a lei estabelece um período de carência para a utilização de alguns serviços e procedimentos, bem como a possibilidade de exclusão de cobertura para doenças preexistentes.

Já o plano de saúde é um contrato entre uma pessoa física ou jurídica e uma operadora de saúde, que garante a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas de acordo com as condições estabelecidas no contrato. Os planos de saúde oferecem uma cobertura mais ampla e completa, incluindo uma rede de prestadores de serviços credenciados, com a possibilidade de escolha do médico e hospital, e sem limites de utilização para a maioria dos procedimentos. É regulamentado também pela Lei nº 9.656/98 e pela Lei nº 9.961/00, aquela (BRASIL, 1998) define o plano de saúde como um contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura financeira, que garante a assistência à saúde, mediante pagamento de mensalidade pelo beneficiário. A lei (BRASIL, 1998) estabelece que os planos de saúde devem oferecer uma cobertura mínima obrigatória, que inclui uma rede de prestadores de serviços credenciados, a livre escolha de médicos e hospitais, e sem limites de utilização para a maioria dos procedimentos. Além disso, a lei estabelece regras para a portabilidade de carências, a cobertura de doenças preexistentes e a rescisão do contrato, entre outros aspectos.

A luz do código de defesa do consumidor a relação de consumo das duas operadoras são as mesmas, visto que obedecem e seguem as mesmas regras presentes no código. De acordo com o site Bueno Brandão Advogados Associados (2023):

Na prática, a diferença entre plano de saúde e seguro de saúde se concentra basicamente na forma de recebimento dos recipientes: se diretamente ou via reembolso. Todas as demais características como tratamento de cobertura obrigatória, consultas, exames, prazos de atendimento e reajustes de mensalidades são indiferentes, não havendo diferença entre plano de saúde e seguro saúde.

Em resumo, enquanto o seguro saúde oferece uma cobertura mais limitada e flexível, com carências e exclusões, o plano de saúde oferece uma cobertura mais ampla e completa, com maior rede credenciada e sem limites de utilização.

4 DIFERENÇA ENTRE PLANO DE SAÚDE PRIVADO E PLANO DE AUTOGESTÃO

A principal diferença entre um plano de saúde privado e um plano de saúde de autogestão é a forma como são gerenciados. Um plano de saúde privado é gerenciado por uma empresa privada que é responsável por todos os aspectos da operação do plano, desde a adesão de novos membros até o gerenciamento das finanças do plano. Esses planos geralmente oferecem uma ampla rede de padrões de serviços de saúde, mas os membros podem estar sujeitos à restrição em relação a quais médicos ou hospitais podem ser usados, dependendo do tipo de plano escolhido. Já um plano de saúde de autogestão é gerenciado pelos próprios membros, que são responsáveis por tomar decisões sobre a administração e gestão do plano. Isso permite que os membros tenham mais controle sobre os custos, a escolha de prestadores de serviços de saúde e a transparência em relação ao uso dos recursos do plano. No entanto, os membros podem ter uma rede de experiências de serviços de saúde mais limitadas, dependendo do tamanho e alcance do plano.

Outra diferença importante é a estrutura de custos. Um plano de saúde privado geralmente cobra uma mensalidade fixa e/ou coparticipação dos membros, enquanto um plano de saúde de autogestão pode ter uma estrutura de custos mais flexível, dependendo das necessidades dos membros e das decisões tomadas pelo conselho administrativo.

De acordo com o entendimento consolidado pelo STJ, em sua Súmula 608, os planos de saúde de autogestão não são considerados às relações de consumo e, portanto, não estão sujeitos às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Em relação à regulação desses planos, eles são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece as regras mínimas para o seu funcionamento. A Agência define autogestão como:

De uma forma ampla classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde. Lembrando que não pode haver restrições à participação dos beneficiários, patrocinadores, instituidores ou mantenedores na administração da operadora. (ANS, 2022)

A ANS exige que os planos de autogestão tenham um modelo de gestão participativa, com votação para escolha dos representantes dos beneficiários e transparência na prestação de contas. Em caso de falha na prestação do serviço de saúde contratado, o plano de saúde de autogestão pode ser responsabilizado pelos danos causados aos seus clientes, seja por meio da aplicação da responsabilidade civil objetiva, no caso de defeitos nos produtos ou serviços oferecidos, ou da responsabilidade civil subjetiva, em caso de falha na prestação do serviço ou descumprimento das obrigações contratuais, de acordo com código civil.

No geral, a escolha entre um plano de saúde privado e um plano de saúde de autogestão dependerá das necessidades específicas dos membros e da organização que oferece o plano. Um plano de saúde de autogestão pode oferecer mais controle e flexibilidade, mas pode ter uma rede de chuvas de serviços de saúde mais limitada. Já um plano de saúde privado pode oferecer mais opções de experiências de serviços de saúde, mas pode ter menos transparência e controle para os membros.

5 REONSABILIDADE CIVIL DOS PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DANOS CAUSADOS AOS CLIENTES, DE ACORDO COM CODIGO CIVIL E O CODIGO DO CONSUMIDOR

A Responsabilidade civil busca estabelecer as regras que permitem a responsabilização dos agentes que causam prejuízos a terceiros, bem como a forma de reparação do dano causado. Esse ramo do direito é previsto no código de defesa do consumidor como um dos principais instrumentos para a proteção dos direitos dos consumidores. As operadoras de planos de saúde dotam de responsabilidade objetiva, de acordo com código civil, visto que é responsável pelos danos causados aos seus clientes, independentemente da culpa ou negligência da empresa ou de seus funcionários. Isso se deve ao fato de que, ao aceitar um contrato de prestação de serviços de saúde, o plano assume uma obrigação legal de cuidar da saúde do cliente de acordo com a redação do contrato firmado. O CDC, destaca que o fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (BRASIL, 1990). Isso significa que os fornecedores de produtos e serviços são responsáveis pelos danos que causarem aos consumidores, independentemente da existência de culpa, neste caso, não precisa de comprovação do nexo causal para a responsabilização do plano de saúde, porém essa responsabilidade pode recair de forma solidaria.

A responsabilidade solidária significa que, em caso de um dano, todos os envolvidos na prestação de serviços de saúde, incluindo médicos, hospitais e fornecedores de serviços, são igualmente responsáveis pelos danos causados ao paciente, conforme estabelece o CDC (Lei nº 8.078/1990) “Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo”. Isso garante que o paciente possa buscar compensação de qualquer uma das partes envolvidas, independentemente da sua capacidade financeira, o que protege os direitos do consumidor. Essa abordagem é importante porque os planos de saúde são responsáveis pela saúde de milhões de pessoas e, como resultado, têm o potencial de causar danos prolongados se não cumprirem suas obrigações de cuidados de saúde.

A responsabilidade civil objetiva e solidária ajuda a garantir que os planos de saúde sejam incentivados a prestar cuidados de qualidade e a proteger os direitos dos pacientes em caso de falhas na prestação dos serviços. Cabe destacar que a responsabilidade civil tem uma função pedagógica e preventiva, buscando incentivar os fornecedores a produzirem e oferecerem produtos e serviços com maior qualidade e segurança, e a respeitarem os direitos dos consumidores.

Fernanda Schaefer (2003) acrescenta que:

qualquer defeito na prestação do serviço impõe a responsabilização objetiva e solidária da operadora em virtude de um risco-proveito por ela assumido e a responsabilização subjetiva do profissional liberal que motivou os danos físicos ou morais causados ao paciente.

De acordo com o Código Civil, a responsabilidade civil é baseada na culpa, ou seja, o responsável pelo dano deve ter agido com negligência, imprudência ou imperícia (BRASIL, 2002). Dessa forma, a reparação do dano depende da comprovação da culpa do agente causador do dano, seja ela decorrente de ação ou omissão.

Os planos de saúde podem ser responsabilizados por danos causados aos pacientes em diversas situações, incluindo: Negativa de cobertura de procedimentos ou tratamentos que estavam previstos no contrato de forma clara e não possuem exclusões; Demora na autorização de procedimentos ou tratamentos, levando a um agravamento do estado de saúde do paciente; Má prestação de serviços médicos ou hospitalares, como diagnóstico errado, tratamento inadequado ou falta de atendimento adequado; Falha no dever de informação, como a omissão de informações importantes sobre a cobertura do plano, como restrições e exclusões; Falha na prestação de serviços de emergência, como recusa em prestar atendimento emergencial ou demora na autorização de internação; Negativa de cobertura de medicamentos

essenciais ao tratamento do paciente; Descumprimento do prazo máximo de atendimento estabelecido pela ANS.

Em todas essas situações, o plano de saúde pode ser responsabilizado civilmente e obrigado a reparar os danos causados ao paciente, seja por meio de indenização financeira, tratamento médico adequado ou outras medidas necessárias para restabelecer a saúde do paciente. A seguir será especificado as responsabilidades dos hospitais e dos médicos.

5.1 Responsabilidade Civil dos Hospitais e dos Médicos

Referindo-se à responsabilidade civil dos hospitais e médicos, é importante destacar que eles podem ser considerados responsáveis pelos danos causados aos pacientes em decorrência de falhas na prestação dos serviços de saúde, mesmo quando contratados pelos planos de saúde. Isso ocorre porque, mesmo que o plano de saúde seja o contratante dos serviços, o hospital e o médico têm o dever de prestar serviços de qualidade e segurança aos pacientes, de acordo com as normas e padrões estabelecidos pela legislação e pelos órgãos reguladores.

No que diz respeito ao Código do Consumidor, é importante destacar que tanto os hospitais quanto os médicos são considerados fornecedores de serviços de saúde, e, como tal, são responsáveis pelos danos causados aos pacientes em decorrência da prestação desses serviços. Assim, caso ocorra algum dano ao paciente em decorrência de erro médico ou falha no atendimento hospitalar, o paciente tem o direito de pleitear indenização por danos morais e materiais, conforme previsto no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, de forma que o plano de saúde será responsável solidariamente.

A responsabilidade civil dos hospitais e médicos em caso de danos causados aos clientes de planos de saúde pode ser ampla e variada, a depender da situação em que ocorreu o dano e das circunstâncias que o envolveram. Em geral, eles podem ser considerados responsáveis pelos danos causados em três situações distintas: erro médico, negligência e imprudência.

O erro médico é caracterizado quando há uma falha na conduta do profissional de saúde, como diagnósticos incorretos, indicação de tratamentos inadequados, ou ainda, falhas em procedimentos cirúrgicos, por exemplo. Nesses casos, a responsabilidade civil dos médicos pode ser de ordem objetiva ou subjetiva, conforme previsto no Código Civil.

A negligência, por sua vez, ocorre quando o profissional de saúde não age com a diligência e cuidado necessários para evitar danos ao paciente. Isso pode ocorrer, por exemplo, quando o médico não realiza exames ou procedimentos que seriam necessários para a correta avaliação

do paciente ou quando o hospital não fornece os recursos e equipamentos adequados para a realização dos procedimentos.

Já a imprudência é caracterizada pela conduta temerária do profissional de saúde, que age de forma arriscada ou imprudente, expondo o paciente a riscos desnecessários. Nesses casos, a responsabilidade civil dos médicos pode ser de ordem subjetiva, sendo necessário comprovar a intenção ou a culpa do profissional.

A responsabilidade civil do hospital pode ser objetiva quando o dano decorre de uma falha na prestação do serviço hospitalar, como a falta de equipamentos adequados ou a inobservância de protocolos de segurança. Nesse caso, não é necessário comprovar a culpa do hospital, bastando demonstrar o nexo causal entre o dano e a falha do serviço. Por outro lado, a responsabilidade civil do hospital pode ser subjetiva quando o dano decorre de uma falha na atuação do médico, como por exemplo, a realização de procedimento cirúrgico equivocado. Nesse caso, é necessário comprovar a culpa do médico, bem como a existência de vínculo empregatício entre ele e o hospital, para que seja possível responsabilizar o hospital pelo erro médico.

Com o objetivo de avaliar tecnicamente as circunstâncias que envolvem o processo e fornecer subsídios para a decisão judicial, a perícia médica judicial se torna uma peça importante nesses casos:

Podemos considerar a perícia médica judicial como a mais importante prova a ser utilizada pelo pacientes nas ações judiciais, afim de instruir os autos e provas os danos suportados em razão do ato ilícito praticado pelo médico.

A referida prova é realizada por um médico indicado pelo juízo, que apresentará laudo, informando, segundo seu entendimento, se o procedimento do médico-réu foi correto, bem como se há no autor alguma seqüela e sua gravidade (MIGALHAS, 2020).

Vale destacar que a perícia médica judicial deve ser imparcial e técnica, tendo como objetivo fornecer informações precisas e confiáveis para a decisão judicial. O perito médico não deve ter qualquer vínculo com as partes envolvidas no processo, devendo manter-se neutro e imparcial durante toda a avaliação.

Independentemente da situação em que o dano ocorreu, é importante destacar que a responsabilidade civil dos hospitais e médicos em caso de danos causados aos clientes de planos de saúde é uma questão relevante, que pode envolver não apenas a reparação do dano causado, mas também a punição dos responsáveis pela falha na prestação do serviço de saúde. Assim, se o paciente sofre danos em decorrência de erros médicos, negligência ou

imprudência, o hospital e o médico podem ser responsabilizados civilmente pelos prejuízos causados, independentemente do contrato estabelecido com o plano de saúde.

6 ANÁLISE DAS SÚMULAS JURISPRUDENCIAIS ENVOLVENDO PLANOS DE SAÚDE

As súmulas do Superior Tribunal de Justiça (STJ) são elaboradas a partir da análise e interpretação de diversas decisões proferidas pelos ministros do Tribunal em processos que versam sobre determinado assunto. Elas visam consolidar a jurisprudência do Tribunal sobre um tema específico e orientar as decisões dos tribunais inferiores em casos semelhantes.

Para que uma súmula seja elaborada, é preciso que haja pelo menos quatro decisões convergentes do Tribunal sobre o mesmo assunto. Os ministros do STJ, em uma sessão de julgamento, votam para aprovar ou não a súmula. Caso aprovada, a súmula é publicada no Diário Oficial da União e passa a ter força vinculante, ou seja, deve ser aplicada pelos tribunais inferiores em casos semelhantes.

As súmulas do STJ servem para uniformizar o entendimento do Tribunal sobre questões jurídicas relevantes e frequentes. Elas funcionam como uma espécie de guia para os juízes e desembargadores de todo o país, que devem seguir a orientação do STJ em suas decisões, a menos que haja circunstâncias excepcionais que justifiquem um entendimento diferente.

As súmulas devem ser aplicadas de forma rigorosa pelos tribunais inferiores, sob pena de serem passíveis de recurso e anulação de decisões. No entanto, é importante lembrar que as súmulas não têm efeito vinculante absoluto, ou seja, o juiz pode decidir de forma diferente em casos que apresentem peculiaridades que as diferenciem dos casos já julgados pelo STJ. Nesses casos, o juiz deve fundamentar sua decisão de forma clara e objetiva, demonstrando as razões pelas quais se afasta da orientação consolidada do Tribunal.

A primeira súmula que iremos tratar é de um julgado de 2004, De acordo com o julgado de 2004, é considerada abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado (Súmula 302 do STJ). a decisão foi baseada na afirmação prevista no código de defesa do consumidor, em seu artigo 51 inciso IV:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade (BRASIL, 1990)

Essa sumula não se confunde aos casos em que o cliente optou por ingressar em apenas um plano de atendimento ambulatorial, de acordo com artigo 18 da normativa 465 da ANS. Porém, caso o plano foi contratado conjuntamente com atendimento hospitalar temos o seguinte entendimento:

No específico caso dos autos, exclusivamente em razão da contratação conjunta dos segmentos de atendimento ambulatorial e hospitalar, o segurado/recorrido, em situação de urgência ou de emergência, ainda que superado o espaço de tempo de 12 (doze) horas de seu atendimento ambulatorial, permanecerá assistido pelo plano de saúde, que prevê o atendimento hospitalar, caso haja necessidade de internação hospitalar, sem nenhuma limitação de tempo. (CAVALCANTE, 2023).

Súmula 597 do STJ é uma ferramenta importante para proteger os direitos dos consumidores de planos de saúde, garantindo que eles recebam o tratamento médico adequado, sem restrições arbitrárias e prejudiciais à sua saúde. Trata-se sobre o prazo de carência da utilização do plano de saúde em casos de urgência e emergência, o texto torna cláusula abusiva aquela que disponibiliza a utilização com prazo maior de 24 horas a contar da contratação do plano, segue abaixo uma ementa de uma decisão sobre assunto:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA. PRECLUSÃO. PESSOAS JURÍDICAS DISTINTAS. PRAZO DE CARÊNCIA PARA HIPÓTESES DE URGÊNCIA. VINTE E QUATRO HORAS (24H). PREVALÊNCIA DA GARANTIA DA SAÚDE E DA VIDA DO SEGURADO. JUSTA EXPECTATIVA. PRECEDENTES DO STJ.

1. Não conhecimento da insurgência em relação a questão jurídica preclusa. A alegação de ilegitimidade passiva fora objeto de decisão saneadora, não tendo sido oportunamente impugnada pela recorrente. Inviável a renovação do debate em sede de recurso especial.

2. Em se tratando de procedimento de urgência, ou seja, de atendimento médico que se não for realizado imediatamente implica em risco concreto de morte ou lesão irreparável para o paciente, deve ser adotado o prazo de carência de vinte e quatro horas, e não o de cento e oitenta dias, sob pena de violação da legítima expectativa do consumidor ao celebrar o contrato para preservar a sua vida, sua saúde e sua integridade física. Precedente específico do STJ.

3. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

(AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.448.660/MG, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/04/2017).

Vale lembrar que, em geral, o prazo de carência é uma cláusula válida nos contratos de planos de saúde, desde que seja previamente acordado entre as partes e esteja em conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. No entanto, em casos de urgência ou emergência, a garantia da saúde e da vida do segurado deve ser priorizada sobre a exigência do cumprimento do prazo de carência.

Por fim, a sumula 608 do STJ, que exclui aplicabilidade do código de defesa do consumidor nos casos de autogestão, tem repercutido muito no âmbito consumerista, pois cancelou a sumula 469 do STJ que defendia a interpretação do CDC nos casos de planos de saúde sem distinção do tipo. Segue uma decisão do STJ que levou a reflexão desta situação:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OPERADORA NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA.

1. A Segunda Seção, quando do julgamento do Recurso Especial 1.285.483/PB, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016, firmou o entendimento no sentido de que "não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo".

2. Tendo a Corte local decidido a causa exclusivamente à luz do Código de Defesa do Consumidor, fica prejudicada a análise das questões suscitadas das razões do recurso especial, de modo que é necessário o retorno dos autos à Corte de origem, para novo julgamento do recurso de apelação, ante a vedação da interpretação de cláusulas contratuais e reexame de fatos e provas (Súmulas 5 e 7 do STJ).

3. Agravo interno a que se nega provimento

(AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 943.838/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 20/06/2017).

Nesses casos, a relação entre a empresa ou entidade e seus funcionários ou membros não se enquadra na definição de relação de consumo prevista pelo CDC, uma vez que não envolve a oferta e aquisição de serviços em um mercado aberto. Dessa forma, os planos de saúde de autogestão são regidos por leis específicas, como a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e pelos próprios regulamentos internos da empresa ou entidades que administram o plano. Ainda assim, esses planos devem garantir aos seus beneficiários o acesso aos serviços de saúde de qualidade, a cobertura de procedimentos médicos solicitados e a transparência em relação às condições de contratação e aos custos envolvidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada ao longo deste artigo permitiu identificar as principais questões relacionadas à responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde em relação aos danos causados aos seus clientes. Foi possível constatar que as empresas que prestam esse serviço devem atuar em conformidade com as normas legais e regulamentares, sob pena de responderem por eventuais danos causados aos consumidores.

Foi discutido que a ótica do Código de Defesa do Consumidor se aplica aos planos de saúde, uma vez que estes são considerados serviços de natureza consumerista. Também foi

analisada a diferença entre plano de saúde e seguro de saúde, bem como a diferença entre plano de saúde privado e autogestão.

Em relação à responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde, verificou-se que estas empresas são responsáveis pelos danos causados aos seus clientes em decorrência de falhas na prestação do serviço. Foi destacado que a responsabilidade dos hospitais e médicos envolvidos na assistência à saúde também deve ser considerada.

Por fim, foi realizada uma análise das súmulas jurisprudenciais relacionadas a questões envolvendo planos de saúde, com o objetivo de verificar como as decisões judiciais têm interpretado as normas legais relacionadas a esse tema.

Conclui-se, portanto, que a prestação de serviços de assistência à saúde por parte das operadoras de planos de saúde deve ser pautada pela observância das normas legais e regulamentares. As empresas que não cumprem suas obrigações podem responder por eventuais danos causados aos consumidores. Nesse sentido, a análise das súmulas jurisprudenciais relacionadas a questões envolvendo planos de saúde é fundamental para a compreensão do entendimento adotado pelos tribunais sobre essas questões.

REFERÊNCIAS

ANS. Resumo sobre as modalidades organizacionais. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais>. Acesso em: 05 maio 2023.

ARARIPE, Lucas Andrade. A responsabilidade civil hospitalar e médica: uma diferenciação necessária. Migalhas, 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/335070/a-responsabilidade-civil-hospitalar-e-medica--uma-diferenciacao-necessaria>. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 302.** Define como abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Brasília, DF: STJ, 2004.

BUENO BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS. Diferença entre plano de saúde e seguro saúde. Disponível em: <https://www.buenobrandao.adv.br/diferenca-entre-plano-de-saude-e-seguro-saude/>. Acesso em: 05 maio 2023.

CAVALCANTE, Márcio André Lopes. A Súmula 302 do STJ se aplica à segmentação hospitalar (e não à ambulatorial). Buscador Dizer o Direito, Manaus. Disponível em: <https://www.buscadordizerodireito.com.br/jurisprudencia/detalhes/f86890095c957e9b949d11d15f0d0cd5>. Acesso em: 05/05/2023

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos de saúde. São Paulo: MP, 2006. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.448.660/MG. Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. Julgado em 04/04/2017.

MARQUES, Claudia Lima (et al). Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde (Biblioteca do direito do consumidor v. 36). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

Ministra Maria Isabel Gallotti. AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 943.838/SP. Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça. Julgado em 20/06/2017.

Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.448.660/MG. Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. Julgado em 04/04/2017.

SCHAEFER, Fernanda. Responsabilidade Civil dos Planos e Seguros de Saúde. Curitiba: Editora Juruá, 2003.