

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Recurso AGRAVO REGIMENTAL -
Tribunal STJ
Relator MASSAMI UYEDA
Julgado em 11/05/2009

OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE — RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA - DANO MORAL - VALOR DA INDENIZAÇÃO

RESUMO

- - A ação foi julgada improcedente em primeira instância, tendo em vista a prova pericial colhida. - Em sede de apelação, o colendo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, entendendo que a "prova pericial (frise-se não é absoluta), ainda que aponte para a inocorrência de qualquer equívoco na realização da cirurgia, foi bastante evasiva em suas respostas aos quesitos", chegou a entendimento oposto (e-STJ, fls.). Decidiu que o HOSPITAL MÃE DE DEUS e a UNIMED PORTO ALEGRE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO não poderiam ser responsabilizados pelo erro cometido pela médica, porquanto, de um lado, esta não era empregada do hospital e, de outro lado, não havia sido indicada à autora pela operadora do plano de saúde, embora fosse por esta credenciada como cooperada. Quanto à responsabilidade da profissional, aquela col. Corte, reformando a r. sentença, concluiu que estava caracterizada a culpa, condenando a médica a reparar o dano moral, no montante de seis mil reais (R\$ 6.000,00), devidamente corrigidos. - Não tendo a ora recorrente impugnado, em seu recurso especial, a parte da decisão que excluiu a responsabilidade do hospital e não havendo recurso da médica quanto ao reconhecimento de sua culpa, passa-se ao exame apenas da responsabilidade da operadora do plano de saúde e do valor da indenização fixado na origem. - Os planos de saúde privados podem ser operados por companhias de seguro - os chamados seguros-saúde, por empresas de medicina de grupo, por cooperativas de serviços médicos e por entidades de autogestão ou filantrópicas. Todas essas entidades são reconhecidas como operadoras de plano de saúde, independentemente de sua forma de organização, nos termos do art. 1º da Lei 9.656/98 e devem obedecer às diretrizes e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). - Para tais hipóteses, há a possibilidade de celebração de contrato de seguros-saúde e de plano de saúde propriamente dito. O primeiro, abarcado pelo conceito tradicional de seguro, segundo o qual o segurado, mediante o pagamento de prêmio, transfere a probabilidade de perda financeira para a companhia de seguro que garante o risco. O segundo, por seu turno, é a modalidade de contrato em que o beneficiário-contratante, "mediante o pagamento antecipado e periódico de um determinado preço, obtém de uma empresa a contraprestação consistente na realização de determinados tratamentos e atendimentos médicos, hospitalares e laboratoriais, a serem realizados por seus prepostos" (SCAFF, FERNANDO CAMPOS. Direito à saúde no âmbito privado: Contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde. São Paulo: Saraiva, 2010, pp. 50/51). - A distinção mais marcante entre essas duas espécies de contrato funda-se no fato de que no seguro-saúde há, em regra, livre escolha pelo segurado dos médicos e hospitais e reembolso pela seguradora dos preços dos serviços prestados por terceiros, enquanto nos planos de saúde a própria operadora assume, por meio dos profissionais e dos recursos hospitalares e laboratoriais próprios ou credenciados, a obrigação de prestar os serviços. - Daí poder-se-ia concluir que: (I) se o contrato for fundado na livre escolha pelo beneficiário/segurado de médicos e hospitais e reembolso das despesas no limite da apólice, não se poderia falar em responsabilidade da operadora do plano de saúde pela má prestação do serviço, na medida em que a eleição dos médicos ou hospitais é feita pelo próprio paciente ou segurado, sem indicação de profissionais credenciados ou diretamente v

EMENTA

Se o contrato for fundado na livre escolha pelo beneficiário/segurado de médicos e hospitais com reembolso das despesas no limite da apólice, conforme ocorre, em regra, nos chamados seguros-saúde, não se poderá falar em responsabilidade da seguradora pela má prestação do serviço, na medida em que a eleição dos médicos ou hospitais aqui é feita pelo próprio paciente ou por pessoa de sua confiança, sem indicação de profissionais credenciados ou diretamente vinculados à referida seguradora. A responsabilidade será direta do médico e/ou hospital, se for o caso. - Se o contrato é fundado na prestação de serviços médicos e hospitalares próprios e/ou credenciados, no qual a operadora de plano de saúde mantém hospitais e emprega médicos ou indica um rol de conveniados, não há como afastar sua responsabilidade solidária pela má prestação do serviço. - A operadora do plano de saúde, na condição de fornecedora de serviço, responde perante o consumidor pelos defeitos em sua prestação, seja quando os fornece por meio de hospital próprio e médicos contratados ou por meio de médicos e hospitais credenciados, nos termos dos arts. 2º, 3º, 14 e 34 do Código de Defesa do Consumidor, art. 1.521, III, do Código Civil de 1916 e art. 932, III, do Código Civil de 2002. - Essa responsabilidade é objetiva e solidária em relação ao consumidor, mas, na relação interna, respondem o hospital, o médico e a operadora do plano de saúde nos limites da sua culpa.