

Prestador de serviço ou profissional de saúde pode ficar proibido de obrigar o paciente a ressarcir despesas com o atendimento no caso de falência ou inadimplência da operadora de plano de saúde a que estiver ligado. O [**Projeto de Lei do Senado 456/2017**](#) acrescenta ao primeiro artigo da [**Lei 9.656, de 1998**](#), vedando a profissionais contratados, referenciados, credenciados ou cooperados de um plano de saúde a exigência de assinatura desses termos de responsabilidade por parte do paciente. O projeto tramita na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE).

O autor da proposta, senador José Pimentel (PT-CE), afirma que decisões recentes do Poder Judiciário têm trazido inquietação aos segurados de planos de saúde firmados com operadoras ou seguradoras inadimplentes ou em processo de falência. Os prestadores dos serviços de saúde, principalmente hospitais, têm ajuizado ações contra os usuários, buscando o ressarcimento de procedimentos médicos não pagos por operadoras falidas ou inadimplentes.

“Assim, independentemente de o segurado haver honrado seus compromissos com a operadora, a incapacidade de fiscalização pelo Estado da higidez financeira dos planos de saúde acaba por gerar ônus financeiro insuportável ao cidadão, e, ainda, grande insegurança jurídica, em face de conduta abusiva e antissocial adotada pelos prestadores de serviços, que condicionam o próprio atendimento à assinatura de Termos de Responsabilidade pelo segurado”, lamenta o senador.

Pimentel faz a ressalva de que o projeto não abrange serviços prestados sem a devida autorização do plano de saúde, mas aqueles que, autorizados e licitamente cobertos pelo seguro de saúde, não foram pagos ao prestador por razões alheias ao usuário.

O senador relata que já houve situações em que o Poder Judiciário decidiu a favor do prestador do serviço, legitimando o que considerou “uma dívida espúria, leonina e até mesmo imoral”. Ele explica ainda que esses termos de responsabilidade são à luz do Código de Defesa do Consumidor, por serem contrários ao princípio do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo (art. 4º, I do Código de Defesa do Consumidor).

Decisão favorável

Em São Paulo, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (Recurso Especial 1.695.781/SP) manteve decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, reconhecendo que os segurados não podem ser responsabilizados pelo pagamento de despesas médico-hospitalares no caso de “quebra” de plano de saúde após a autorização e realização dos serviços.

O caso envolvia um grande hospital que recorria da decisão que isentou o beneficiário da administradora de plano de saúde de pagar as despesas de internação e tratamento autorizadas pelo plano, no valor de R\$ 47 mil, diante da falência da operadora. A Justiça entendeu não há responsabilidade solidária entre a administradora de plano de saúde e os consumidores deste serviço quando o hospital que prestou serviços médico-hospitalares deixa de receber os valores contratados com a administradora, por meio de convênio, reafirmando a prevalência dos princípios do Código de Defesa do Consumidor.

O PLS aguarda parecer da relatora, senadora Lúcia Vânia (PSB-GO), e, se aprovado será encaminhado à Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC) para votação em caráter terminativo.

Fonte: [**Agência Senado**](#), em 24.09.2018.