Por Antonio Penteado Mendonça



O Tribunal de Justiça de São Paulo determinou que um plano de saúde privado banque o custo de um medicamento para tratamento de um menino prestes a completar 7 anos, idade depois da qual o tratamento não faz mais efeito. O preço do medicamento é de mais de 16 milhões de reais.

A questão que se coloca é se dentro dos princípios que norteiam o funcionamento dos planos de saúde privados brasileiros este pagamento faz ou não sentido.

De acordo com a Constituição Federal, compete ao Sistema Único de Saúde prover saúde de qualidade e sem ônus para a população. A Constituição determina que os planos de saúde privados atuem suplementarmente ao SUS, ou seja, eles não têm a obrigação de custear integralmente as despesas médico-hospitalares de seus consumidores. Ao contrário, eles estão debaixo de uma lei que regulamenta suas obrigações e seus limites e que tem restrições quanto ao custeio integral da saúde de seus clientes.

Vale salientar que mesmo o SUS tem limites para custear os tratamentos da população brasileira. Indo além, vale lembrar que o sistema de saúde pública mais eficiente do mundo, o sistema britânico, respeita uma lista a qual ele é obrigado atender, sendo que o que não está elencado nela não é custeado por ele.

A razão para isso é simples. O Orçamento para saúde pública é finito e deve ser dividido por toda a população. Quando um medicamento, ou um tratamento, foge da curva, ele desequilibra o orçamento, beneficiando um em detrimento de muitos.

É o caso de um medicamento que custa 16 milhões de reais. A sentença judicial que determina que a operadora providencie o pagamento do medicamento onera desproporcionalmente o seu caixa, podendo colocá-la em risco operacional, ameaçando todos os demais segurados.

A maioria dos planos de saúde brasileiros são pequenos, com faturamento de poucos milhões de reais por mês.  Um único pagamento dessa envergadura não é suportável pelo caixa.

Para agravar o quadro, a partir do momento que um tratamento dessa magnitude é pago, não tem como a operadora deixar de pagar outros casos semelhantes. 16 milhões de reais pagos algumas vezes pode ser mais que o faturamento anual do plano. Como fica essa operadora e como ficam os demais participantes?

O tema é brutal e as respostas podem parecer cruéis. Mas até que limite um programa de proteção à saúde tem que ir no atendimento de sua missão?

Até onde é justo um único paciente consumir parte relevante de um orçamento destinado a atender

milhares de pessoas? 16 milhões de reais permitiram atender 1000 pacientes com procedimentos na casa dos 16 mil reais, os quais salvariam suas vidas, ou lhes dariam condições adequadas de sobrevivência.

É um quadro delicado e dramático. Mas é uma situação real que precisa ser enfrentada levando em conta a realidade social e a capacidade de custeio da sociedade.

A pergunta que se coloca é o que é melhor, atender adequadamente o maior número possível de pessoas ou salvar uma única vida? Dados os legítimos interesses envolvidos, e o direito a busca da felicidade previso na Constituição, quem tem que dar essa resposta é a sociedade.

**Fonte**: O Estado de São Paulo, em 06.04.2026.