

Muito tem sido comentado sobre possíveis mudanças no mercado de saúde suplementar, desde a flexibilização do reajuste para os planos médico-hospitalares individuais e familiares – hoje, com teto determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) –, passando pela possibilidade de reajuste por faixas etárias acima de 60 anos e até regras mais precisas para a inclusão de novos procedimentos no rol de coberturas obrigatórias.

De tudo o que tem sido comentado, um assunto específico nos parece o mais importante – apesar, claro, de haver diversas questões relevantes sendo perpassadas nesse entrevero sobre o futuro do setor. A possibilidade de criação de planos de saúde médico-hospitalares segmentados pela cobertura ou não de determinados procedimentos.

Sim, a proposta vai contra a cobertura obrigatória exigida pela ANS. Mas isso é negativo? A nosso ver, não.

No mundo todo, os casos de saúde que mais preocupam (os gestores do setor, as empresas que contratam o benefício para seus funcionários e, especialmente, as famílias) são aqueles conhecidos como eventos catastróficos em saúde. Questões como o tratamento de câncer, politraumatismos causado por acidentes, nascimentos prematuros com má formação do feto etc. Casos em que o desembolso para o tratamento médico é, certamente, muito elevado para a maior parte das pessoas e famílias (tecnicamente, um evento é classificado nessa categoria quando corresponde a mais de 10% da renda anual de um indivíduo). Portanto, quase impraticáveis sem a cobertura de um plano de saúde.

Obvio que esse tipo de evento varia de acordo com diversos fatores. Entre os idosos, por exemplo, a diabete Mellitus e as doenças cardiovasculares causam mais gastos catastróficos do que o câncer, [como já apontamos aqui](#). Uma realidade que precisa ser considerada frente à mudança demográfica pela qual o País está passando.

Mas pensando no comportamento do brasileiro e as novas tendências, permitir que sejam criados e comercializados planos com coberturas específicas para certos procedimentos fazem ainda mais sentido.

Um jovem de 20 anos a 30 anos, que pratique exercícios e tenha uma alimentação saudável está menos sujeito a precisar de planos que cubram serviços como internação e diversas terapias. Mas pode se interessar por um plano bem mais barato que lhe permita realizar consultas periódicas e exames com caráter preventivo.

Ou, alternativamente, pode acreditar que esses exames, talvez realizados anualmente, não representam um gasto expressivo que justifique a contratação de um plano. Mas, por outro lado, deseja estar coberto para a eventualidade de um câncer, a descoberta de uma doença rara ou a necessidade de uma cirurgia em caso de um acidente.

Apenas para traçar um paralelo entre os planos e automóveis, hoje, a regulação do mercado de saúde suplementar permite apenas que sejam vendidos carros de luxo completos, com ar, direção hidráulica, trava elétrica, kit multimídia, 8 airbags, e todos os adicionais possíveis. Impedindo a venda de veículos com menos airbags e um rádio comum, por exemplo.

Permitir planos mais diversificados, com foco em coberturas específicas, portanto, não é retirar direitos da população. Ninguém está sugerindo que os planos de referência e a cobertura completa sejam extintos. Somente que o consumidor possa escolher exatamente aquilo que quer contratar.

**Fonte:** IESS, em 28.10.2019