



---

# Consumidores invisíveis e os planos de saúde

---

SOLANGE BEATRIZ E SANDRO LEAL ALVES

“Na esfera econômica, um ato, um hábito, uma instituição, uma lei não geram somente um efeito, mas uma série de efeitos. Dentre esses, só o primeiro é imediato. Manifesta-se simultaneamente com a sua causa. É visível. Os outros efeitos só aparecem depois e não são visíveis. Podemos dar por felizes se conseguirmos prevê-los”.

**O** pensamento é do economista francês Frédéric Bastiat, que viveu no século XIX.

Bastiat ficaria perplexo com a forma como a regulação é feita no Brasil e, em especial, no setor de saúde suplementar. Atualmente, os planos de assistência médica contemplam cerca de 50 milhões de beneficiários. Toda a discussão sobre a legislação gira em torno da criação de regras para aumentar a proteção a esse público. Diversas são as entidades que se arvoram no papel de defensores – sem procuração – dos consumidores. No fim, essas pessoas são aquelas de visibilidade garantida, enquanto os invisíveis estão atualmente fora do mercado, mesmo tendo interesse em possuir um plano de saúde. Não os têm por falta de condições econômicas, em razão do desemprego ou da queda na renda.

Trata-se de cidadãos absolutamente à margem da questão. Não existe uma entidade de defesa que zele por esses potenciais consumidores, apesar de o plano de saúde ser o terceiro item de maior desejo da população, perdendo apenas para educação e casa própria.

Um exemplo típico da incapacidade de prever o efeito de regras e de se importar com os “consumidores invisíveis” é a atual discussão sobre planos com coparticipação e franquia. Os planos com coparticipação, por exemplo, já existem no país e têm 25 milhões de beneficiários. Em diversas nações, esse instrumento também é aplicado – inclusive em sistemas públicos e universais, como nos casos da França e da Alemanha.

No Brasil, o debate atual é sobre o estabelecimento de limites ou não para esses mecanismos. Não é nenhuma novidade, pelo menos na teoria econômica, que instrumentos de compartilhamento do risco reforçam os incentivos ao uso consciente e reduzem desperdícios, já que os consumidores passam a se atentar para os custos dos serviços médicos. Sem a partilha de riscos, ou seja, sem coparticipação ou franquia, há a percepção equivocada de que a produção assistencial não tem custo. Nessa situação, o uso do plano geralmente extrapola o que seria a utilização com esses dispositivos de participação.

Por trás da polêmica está o incontido desejo de aumentar o intervencionismo no setor, com a velha argumentação de proteção. Será que o Estado é capaz de saber exatamente qual nível de coparticipação os consumidores devem ter nos planos de saúde?

Uma maior liberdade de percentuais possibilitaria o desenho de novos produtos, com variados limites e valores de mensalidades. O consumidor poderia definir aquele que melhor atenderia às suas necessidades, como, por exemplo, optar por um plano mais barato e com uma coparticipação maior em consultas e exames. O usuário não deve mais ser tratado como incapaz de definir o que é melhor para si. O importante é que tenha informações suficientes para exercer o direito de escolha, com plenitude. O cidadão pode, inclusive, optar pela permanência no plano atual, tendo-se em vista que a proposta de maior flexibilização seria para novos produtos.

Quando o Estado interfere demasiadamente nas escolhas dos indivíduos acaba esquecendo dos “consumidores invisíveis”, que continuarão sem acesso ao serviço privado de saúde. Estes procuram uma voz para defender seu direito de acesso a outras possibilidades ao seu alcance. Alguém se habilita, de fato? ●

#### **SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES**

*Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)*  
[fenasaude@approach.com.br](mailto:fenasaude@approach.com.br)

#### **SANDRO LEAL ALVES**

*Economista e Superintendente de Regulação da FenaSaúde.*  
[sandroleal@fenasaude.org.br](mailto:sandroleal@fenasaude.org.br)