

**INFORMAÇÃO, ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES E REGULAÇÃO
DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**
*INFORMATION, ASYMMETRY OF INFORMATION AND REGULATION OF
THE SUPPLEMENTAL HEALTH MARKET*

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
Doutor em Ciência da Informação IBICT – ECO/UFRJ
Professor na Universidade Candido Mendes e nas Faculdades São José
clovis.mlima@uol.com.br

Resumo

A informação é condição para a democracia. As redes sociais são relevantes nas formações culturais atuais, sendo modo privilegiado de produção e disseminação de informação. As novas tecnologias facilitam registro, publicação e difusão de documentos e informações, especialmente através da internet. A ética da discussão orientada para o entendimento implica no agir comunicativo com base em argumentos racionais. A assimetria de informações entre atores nos mercados requer regulação do Estado. O mercado funciona geralmente de modo imperfeito, sendo muitas vezes incapaz de apresentar preço e outras condições de oferta socialmente aceitáveis. No mercado de saúde suplementar existem, aproximadamente, 2.200 operadoras que incluem 40 milhões de beneficiários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula o setor a partir dos marcos estabelecidos nas Leis n. 9656/98 e n. 9961/00. A produção, o processamento e o compartilhamento de informações podem ser importantes ferramentas de regulação.

Palavras-chave: Assimetria de informações. Regulação de mercados. Saúde suplementar.

1 INTRODUÇÃO

Castells (2001) observa que cada modo de desenvolvimento é definido pelo elemento fundamental à promoção da produtividade no processo de produção. No modo de desenvolvimento industrial, a principal fonte de produtividade se encontra na introdução de novas fontes de energia e na capacidade de descentralização do uso de energia ao longo dos processos de produção e de circulação. Na sociedade da informação a fonte de produtividade se encontra na tecnologia de geração de conhecimentos, de processamento da informação e de comunicação de símbolos.

O conhecimento e a informação são elementos cruciais em todos os modos de desenvolvimento, visto que o processo de produção sempre está baseado em algum grau de conhecimento e no processamento de informação. O que é específico do modo informacional de desenvolvimento é a ação dos conhecimentos sobre os próprios conhecimentos como principal fonte de produtividade. O processamento de informação é focalizado na melhoria da tecnologia do processamento da informação como fonte de produtividade, em um ciclo de

interação entre as fontes de conhecimentos tecnológicos e a aplicação da tecnologia para melhorar a geração de conhecimento e o processamento de informação (CASTELLS. 2001).

As formas de ação do Estado com relação aos elementos estruturais da sociedade da informação são cruciais, destaca Miranda (2000), uma vez que suas políticas podem traçar o horizonte e definir os modos de interação entre pessoas, organizações e instituições públicas e privadas. O desenvolvimento da sociedade da informação requer esforço nacional para aumentar, por um lado, a penetrabilidade da Internet e, por outro, o volume de conteúdos brasileiros.

As tecnologias e as relações de produção difundem-se por todas as relações e estruturas sociais, penetrando nas relações de poder e nas experiências, e produzindo mudanças. O modo de desenvolvimento modela todas as esferas de comportamento social, inclusive a comunicação simbólica. Há uma íntima relação entre cultura e forças produtivas. Castells (2001) afirma que se deve esperar novas formas históricas de interação, controle e transformação social. A formação de redes sociais ganha vida nova atualmente, transformando-se em redes de informações potencializadas pelas novas tecnologias de informação e comunicação. As redes têm vantagens extraordinárias como ferramentas de organização em virtude da flexibilidade e adaptabilidade que lhe são inerentes, características essenciais para se sobreviver e prosperar num ambiente em rápida mutação, como é o caso nas sociedades atuais.

As redes sociais são uma forma específica de ligação entre grupos de pessoas. Entretanto, os laços que formam uma rede social não precisam necessariamente ser compostos por indivíduos: os laços podem ser outros, mais amplos, formados por outras unidades sociais. Uma rede é um conjunto de nós interconectados. Barnes (1987) afirma que o conceito de rede social é apropriado em situações em que grupos persistentes, como partidos ou facções, não estão formados, bem como em situações em que as pessoas são continuamente requisitadas a escolher sobre quem procurar para obter liderança, ajuda, informação e orientação. Assim, o conceito de rede social ajuda a identificar quem são os líderes e quem são seus seguidores, ou demonstrar que não há padrão persistente de liderança.

Uma das formas privilegiadas de operação das redes sociais é no acesso e na disseminação de informações. Morgan (1996) afirma que o requisito para as redes sociais é que exista uma base para alguma troca para benefício mútuo. A criação de coalizões de sucesso requer que se reconheça que a moeda de construção da coalizão é a da dependência mútua e da troca.

As redes sociais ocupam papel relevante na configuração da cultura, especialmente pela criação e legitimação de valores e atitudes. As alianças e coalizões podem efetivamente formar subculturas, ao estabelecerem formas particulares de relação de forças. O poder informal exercido por pessoas a partir das redes sociais pode criar como exemplo paradigmático a figura da eminência parda (BARNES, 1987). As redes sociais interferem nos modos de exercício de poder, entre os quais se destaca o controle das contra-organizações, bem como o controle do conhecimento e da informação e do simbolismo e administração do significado (MORGAN, 1996). Isto quer dizer que um dos modos relevantes de intervenção das redes sociais é na comunicação e nas trocas simbólicas.

Chauí (1993) afirma que seja qual for o estatuto econômico e a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, as pessoas participam da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possuem, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor de saber.

Quando se pensa a informação é fundamental observar o seu caráter perspectivo nas sociedades atuais. A informação está sempre inscrita numa configuração histórica de relações conflituosas entre interesses diferentes. A informação expressa interações entre pessoas ou grupos no contexto histórico, quando são desiguais as condições de produção, intermediação e uso. A desigualdade nos processos de comunicação produz e reproduz características importantes da subjetividade sempre atualizada.

2 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES E REGULAÇÃO DE MERCADOS

Os agentes econômicos são os indivíduos, grupos de indivíduos ou organismos que constituem, do ponto de vista dos movimentos econômicos, os centros de decisão e de ações fundamentais. A teoria econômica do principal-agente busca analisar determinados tipos de relações hierárquicas entre agentes econômicos. Esta teoria é particularmente importante para o estudo da regulação, pois a relação da agência reguladora com as empresas contém as características de uma relação principal-agente, o que sugere que este modelo geral pode ser usado para entender as formas particulares de regulação na vida real. O modelo é ainda mais pertinente porque as outras relações entre participantes do processo também detêm estas características (PEREIRA FILHO. 2004).

A relação principal-agente acontece entre paciente e médico, segurado e seguradora, dono de terra e meeiro, patroa e empregada doméstica, eleitor e eleito, passageiro e taxista. A

relação principal-agente é mutuamente vantajosa se puder ser estruturada de forma a contornar os problemas inerentes a este intercâmbio. Em geral, existe um contrato entre as partes, que determina qual a tarefa e como vai ser a remuneração. Este contrato pode ser tanto um contrato formal por escrito e com validade jurídica, como um contrato tácito.

Como tanto o principal como o agente são economicamente racionais, ambos entendem os incentivos enfrentados por um e outro. O principal sabe que o agente tem motivos para agir de modo oportunista e que ele assim vai agir se lhe for dado espaço. Sendo assim, existe a possibilidade que muitas relações que podem ser vantajosas para os dois lados deixem de se realizar devido à incapacidade de ambos os lados estabelecerem um contrato que seja capaz de mitigar os incentivos oportunistas do agente.

A assimetria de informação reside no fato que uma agência não observa o custo da empresa e não tem informação suficiente para determinar um preço que beneficie o consumidor sem falir a empresa. Esta tem um forte incentivo de sobre-declarar seu custo para que agência coloque um preço mais alto. O custo de monitoração é muito alto para ela. Além disto a empresa tem poucas razões para buscar se tornar mais eficiente uma vez que seus custos vão sempre ser cobertos (MULLER. 1997).

A não-existência de informações corretas e suficientes para orientar a decisão dos agentes econômicos limitam sua capacidade de agir de modo eficiente, sendo fonte de mau funcionamento dos mercados e perda de bem-estar. Nos mercados de saúde é certamente a informação imperfeita a falha de mercado mais importante, por trazer incerteza e assimetria de informações (ARROWS, apud SANTACRUZ. 2001.).

A assimetria de informações implica que os vendedores de serviços desconhecem o verdadeiro e preciso risco de cada comprador. Há uma tendência do sistema de seguros de saúde absorver os indivíduos de maior risco (seleção adversa): procura o seguro de saúde quem percebe que vai precisar dele. A operadora cobra, então, um prêmio mais elevado para compensar esse fato. Além disso, como cobra um preço único, ocorre uma transferência de renda entre consumidores de baixo e alto risco. O mercado funciona de maneira ineficiente, sendo incapaz de estabelecer preços e demais condições de oferta socialmente aceitáveis.

As teorias normativas da regulação destacam a hipossuficiência de informações dos beneficiários dos planos de saúde em relação às operadoras, pois além de não conhecer os custos de composição do produto que adquire, dependem de sua aquisição para a sua própria existência digna, além de não poderem escolher o melhor momento de utilização do produto não há maleabilidade na substituição de um produto por outro. Há, portanto, um poder econômico das operadoras que deve ser constantemente monitorado.

Cunha (2003) afirma que, em função da hipossuficiência de informações do consumidor em relação ao fornecedor no setor de saúde suplementar, cabe ao governo prover mecanismos suficientes para sua proteção, da garantia de adequação mediante o qual se requer que os serviços operem com segurança e qualidade, e da informação que as operadoras devem prestar sobre os produtos e os serviços que oferecem ao público.

3 FUNDAMENTOS E MARCOS DA REGULAÇÃO PÚBLICA DE MERCADO

A fundamentação normativa da regulação pública dos mercados no Brasil está abrigada no artigo 170 da Constituição Federal, que estabelece que a ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, deve observar os princípios da função social da propriedade, da livre concorrência e da defesa do consumidor. A Constituição Federal estabelece que a ordem econômica nacional está baseada na propriedade privada, mas com responsabilidade e justiça social. Onde não há concorrência, nos mercados em que o vendedor se impõe ao comprador, a propriedade privada dos meios de produção não pode ser exercida de maneira absoluta. A função social da propriedade requer que o poder público regule as relações de mercado em defesa do consumidor.

A criação das agências faz parte de uma mudança na concepção do Estado brasileiro, isto é, a redefinição do papel do Estado, da sua gerência, de suas responsabilidades e da sua relação com a economia. As agências são instrumentos menos sensíveis a interesses políticos ocasionais, capazes de fazer uma regulação que não sofra solução de continuidade com as mudanças de governos. Assim, pode-se criar ambiente seguro para investimentos que viabilizam a produção, a satisfação de necessidades de serviços públicos, o crescimento econômico e a geração de empregos.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura o direito à saúde. Embora o direito à saúde seja seu dever, o Estado permite à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde. A Constituição define, por um lado, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, e, por outro, que a saúde seja livre à iniciativa privada. A legislação federal define as características do SUS nas Leis 8080/90 e 8142/90.

Foram necessários 10 anos de discussões e de negociações entre os principais agentes do mercado, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, para formalizar os marcos da regulação e da regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil. O crescimento do setor de assistência suplementar à saúde decorre da conjugação de muitos fatores. Pereira

Filho (2004) advoga que isto acontece especialmente em consequência direta das falhas dos governos na montagem lenta e precária do Sistema Único de Saúde.

Pereira Filho (2004) observa que a não regulação do mercado em expansão faz com o mesmo presente na década de 90 uma ampla gama de problemas e imperfeições, que geram conflitos e tensões entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários:

- a) restrições de cobertura e exclusão de procedimentos,
- b) cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças pré-existentes,
- c) exigências indevidas para admissão de pacientes,
- d) prazos e carências irregulares,
- e) condições de validade e rescisão de contratos,
- f) falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas,
- g) insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde,
- h) descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência.

A Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial em 04/06/98, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta Lei estabelece os principais marcos da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. A Lei n. 9656 é promulgada no dia 03 de junho de 1998. Quase simultaneamente, em 5 de Junho, é editada uma Medida Provisória, então de número 1665, alterando essa lei. A Medida Provisória foi reeditada quase mensalmente (por força da legislação vigente) até agosto de 2001, chegando a sua versão número 44 (MONTONE. 2004)

A Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS tem, nos termos da Lei, por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A análise das mudanças possibilita entender o desafio da regulamentação e da regulação do mercado de saúde suplementar. Antes da regulamentação as operadoras eram organizadas livremente, submetendo-se à legislação do tipo societário escolhido. Após a regulamentação elas passam a ter que cumprir requisitos especiais: autorização de

funcionamento, regras de operação padronizadas, exigência de reservas e garantias financeiras e estão sujeitas aos processos de intervenção e liquidação (MONTONE. 2004).

Antes da regulamentação o produto tem livre definição de cobertura, seleção de risco, livre exclusão de usuários e rompimento de contratos, e livre definição de carências e de reajustes de preços. Após a regulamentação é obrigatória a assistência integral à saúde, é proibida a seleção de risco e rescisão unilateral dos contratos, há definição e limitação das carências e os reajustes de preços passam a ser controlados.

4 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Lei Federal n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, define que se submetem às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade. É considerada operadora, de acordo com a Lei 9656, toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tal plano mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros.

A segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde estão regulamentadas pela resolução da diretoria colegiada n. 39 da ANS, de 27 de outubro de 2000. A ANS enquadra as operadoras de planos exclusivamente em um único segmento. As operadoras são classificadas nas seguintes modalidades: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicina e odontologia de grupo e filantropia.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estimava em 2003 que operadoras privadas de planos e de seguros movimentam 26,4 bilhões de reais, sendo que empresas de auto-gestão faturam 9,1 bilhões, as medicinas de grupos 6,2 bilhões, as cooperativas médicas 5 bilhões e as seguradoras 6,1 bilhões (Folha de São Paulo. 03.02.2003). No final de 2004 a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS menciona a existência 2.226 operadoras privadas de planos de saúde em atividade.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aponta em junho de 2004 uma população de 33,6 milhões de beneficiários dos planos de saúde. O principal segmento em termos de população beneficiária são as operadoras de medicina de grupo. Os dados da pesquisa de amostra de domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE de 2003 mencionam que 42 milhões de brasileiros (27% da população) são usuários da assistência médica suplementar, sendo 34 milhões (70%) de beneficiários de planos e de

seguros coletivos vinculados aos seus empregadores, e 8 milhões como beneficiários opcionais de planos e de seguros individuais de operadoras privadas (IBGE. 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar registra em junho de 2004 38,7 milhões de pessoas no cadastro de beneficiários de planos e de seguros privados, sendo 17,4 milhões no Estado de São Paulo; 4,8 milhões no Rio de Janeiro; 3,8 milhões em Minas Gerais; 1,9 milhão no Paraná; 1,5 milhão no Rio Grande do Sul e 1,2 milhão na Bahia. Cabe observar que apenas cinco unidades da Federação apresentam mais do 20% da sua população com cobertura de planos de saúde: São Paulo (43,7%), Rio de Janeiro (31,7%), Distrito Federal (31,6%), Espírito Santo (22,7%) e Minas Gerais (30,3%).

5 INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA DE REGULAÇÃO

O site na internet da Agência Nacional de Saúde Suplementar indica 462 ocorrências na busca por legislação em 05 de janeiro de 2005. As ocorrências no site incluem 91 resoluções de Diretoria Colegiada, 88 resoluções normativas, 21 resoluções de Diretoria, 27 instruções normativas, 8 súmulas da Diretora, 15 comunicados e 233 despachos operacionais. (http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_busca.asp)

É necessário entender a implantação dos diferentes e importantes sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como parte do processo de construção da regulação, da regulamentação e da fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde. O cadastro de beneficiários demorou alguns anos antes de consolidar como uma base de dados segura e confiável sobre as pessoas cobertas pelos planos privados de assistência à saúde. O temor das operadoras privadas de apresentarem o cadastro de seus clientes, que poderiam chegar ao conhecimento dos concorrentes, atrasou a sua organização e melhoria.

O plano de contas e o documento de informações periódicas das operadoras também foram de difícil implantação porque encontraram o mercado com muitas operadoras privadas funcionando precariamente em termos de administração financeira e contábil. A padronização contribui para melhoria das informações usadas pelas próprias operadoras privadas nos seus processos internos de tomada de decisão.

O sistema de informações de produtos está relativamente distante da realidade de muitas operadoras privadas, que não possuem mecanismos de controle eficazes dos seus procedimentos operacionais e que não fazem acompanhamento e avaliação regulares dos seus

indicadores epidemiológicos. Este sistema possui a virtude de criar padrão de acompanhamento da prestação de serviços.

Em meados de 2001 a ANS cria canal de comunicação com a sociedade - o Disque ANS (0800 701 9656), ao qual o consumidor pode recorrer, tanto para formulação de consultas quanto para notificação de denúncias relativas aos serviços de assistência à saúde assegurada pelas operadoras. O Disque ANS e a Diretoria de Fiscalização da ANS são formalmente responsáveis pelo atendimento direto ao consumidor, tendo entre outras atribuições, receber, analisar e encaminhar reclamações, consultas e denúncias, apresentadas por consumidores e/ou entidades que os representem. Eles fazem também a orientação sobre direitos, e encaminha reclamações, quando cabíveis, aos órgãos competentes.

O Disque ANS recebe em 2001 17.286 pedidos de informações e 1.631 reclamações e em 2002 55.658 pedidos de informações e 5.989 reclamações. Os pedidos de informações e reclamações mais frequentes referem-se aos aumentos de mensalidade e a cobertura assistencial (MONTONE. 2004). A partir das reclamações ao seu “callcenter” a ANS elabora um índice de reclamações, relacionando com indícios de irregularidades apurados e com o número de beneficiários das operadoras. Este índice é atualizado mensalmente e está disponível no site da Agência na internet (www.ans.gov.br).

Cabe mencionar ainda que o Contrato de gestão da ANS determina que ela faça anualmente uma pesquisa de avaliação do grau de conhecimento sobre seus direitos básicos e de satisfação dos consumidores com seus planos. Em 2002 22% dos consumidores declaram estar “muito satisfeitos” com seus planos e 62% declaram estar “satisfeitos” (MONTONE. 2004).

Cabe observar que vem aumentando rapidamente o grau de conhecimento dos consumidores sobre seus direitos básicos após o início da regulação e da fiscalização do mercado. Aumentou de 68% em 2001 para 75% em 2002, de acordo com Montone (2004), os consumidores que sabem que as regras para aumento de mensalidades devem estar bem claras nos contratos. Aumentou de 62% em 2001 para 69% em 2002, de acordo com Montone (2004), os consumidores que sabem que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por causa da idade, e aumentou de 57% em 2001 para 64% em 2002 os que sabem que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de alguma doença ou deficiência.

No segundo semestre de 2003 é realizado o Fórum de Saúde Suplementar de 2003, convocado pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja espaço de discussões e negociações, que são condições para que se possa

fazer um pacto entre todos os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos. Em artigo apresentado no Fórum declara-se que é necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo (LIMA, SANTINI. 2003).

A avaliação é uma forma de produzir, disseminar e usar informações, contribuindo para que as pessoas elaborem coletivamente as suas interrogações e busquem as suas respostas, o que pode contribuir nos seus processos de aprendizagem e de tomada de decisões. A avaliação pode assim conferir maior legitimidade para a ação das pessoas e das organizações. No contexto do Fórum Nacional de Saúde Suplementar aquele artigo sugere que a inclusão da avaliação e da qualidade na agenda da ANS pode ampliar e demarcar novos territórios de informação, comunicação e discussão de interesses entre operadoras, prestadores de serviços, profissionais de saúde e beneficiários.

Em dezembro de 2004 a Agência Nacional de Saúde Suplementar lança a iniciativa “Qualificação em Saúde Suplementar”, instituindo um processo para classificar por pontuação o desempenho de operadoras de planos privados de assistência à saúde. No lançamento da iniciativa o Diretor-presidente da ANS aponta a mesma como esforço para aumentar a interlocução da ANS com todos os integrantes do setor: ”Estamos trazendo novos elementos que possibilitem ao comprador de plano se posicionar dentro do mercado. Queriam, por fim, reforçar o convite para o aprimoramento do projeto, para que todos tenham a possibilidade de ver o programa e ajudar, contribuindo na sua adequação. E que o setor possa abandonar a cultura do conflito e aprimorar a cultura do diálogo” (ANS, 2004).

A opção estratégica de dar ênfase à dimensão da qualidade da atenção à saúde é uma decisão governamental do Ministério da Saúde de investimento prioritário nesta área. A ANS espera que esta opção estratégica tenha como um de seus principais desdobramentos uma maior integração desta agência reguladora com a agenda do Ministério da Saúde. A ANS anuncia a publicação dos resultados do processo de Qualificação da Saúde Suplementar ocorrerá semestralmente e em duas etapas: Na 1ª etapa, o resultado será disponibilizado para a operadora, com chave de acesso individualizada, no qual a operadora poderá conhecer o resultado de sua avaliação. A partir da 2ª etapa, o Índice de Desempenho, que materializa a Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, será disponibilizado no endereço eletrônico da ANS.

A ANS anuncia também a formação de rede de centros de cooperação descentralizada, que atue como linha auxiliar de apoio institucional, promovendo a colaboração técnica ativa, e

pode significar meio importante para a consecução dos objetivos descritos, além de aumentar a visibilidade e acessibilidade às informações, análises e proposições formuladas. A ANS diz que se deve fazer uso complementar das informações produzidas por pesquisas realizadas, ligando serviços e instituições de ensino e pesquisa em saúde, “estabelecendo um intercâmbio colaborativo interno e externo no sentido de potencializar a capacidade analítica e buscando forjar consensos para as propostas de intervenção, referenciada nas diretrizes estratégicas estabelecidas pelo corpo diretivo da ANS, organizando e difundindo os resultados alcançados com este processo” (ANS, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição mais importante da democracia é o poder de produzir informação. Então, a ética democrática deve operar, como discussão orientada para o entendimento, baseada na expressão dos interesses e na argumentação racional. Assim sendo, qualquer discussão a partir da informação é ela mesma uma discussão da democracia. É no contexto histórico e social da democracia que a publicidade das informações tem o poder de criar vínculos e solidariedades. As redes sociais são uma forma inteligente de trocar informações e criar vínculos. A relação entre os elementos das redes proporciona formas e intensidades originais de solidariedade.

A troca de informações nas sociedades pós-industriais também estabelece vínculos e viabiliza expressões de solidariedade entre as pessoas. As redes podem usar de modo solidário as novas tecnologias digitais, especialmente as conexões através da Internet. O número de beneficiários de planos de saúde no Brasil está próximo de 40 milhões, constituindo uma imensa massa a ser informada do melhor modo de defender seus interesses. Esta população de beneficiários de planos de saúde tem sentado em mesa de negociação através dos empresários ou de dirigentes corporativos que oferecem os planos de saúde aos empregados ou colaboradores.

A troca de informações entre beneficiários de planos de saúde pode, por exemplo, permitir um uso ótimo das condições estabelecidas nos contratos. Além disso, ela interfere na cultura desse mercado. As pesquisas do grau de satisfação dos beneficiários mostram que este aumenta quando eles possuem mais informação. Uma das maiores imperfeições do mercado de saúde suplementar está na assimetria de informações entre as operadoras e os seus beneficiários. As operadoras de planos tendem a evitar consumidores que possam requerer maiores e mais freqüentes cuidados. Os beneficiários tendem a demandar os cuidados cobertos pelas operadoras de planos de saúde.

A comunicação através da Internet proporciona potencialmente a troca de informações entre beneficiários, criando vínculos e oportunidades de solidariedade. O registro de queixas de consumidores através de *sites* na Internet pode ser uma ação mais efetiva do que a notificação formal aos fiscais do órgão regulador. A discussão pública dos resultados das verificações e das mensurações dos indicadores de qualidade das operadoras de planos de saúde pode induzir os tomadores das decisões empresariais a se preocuparem com o grau de satisfação dos seus beneficiários. Ao mesmo tempo, uma comunidade de consumidores satisfeitos tem enorme potencial de valorização das operadoras de planos de saúde.

As chamadas “falhas do mercado” são a regra. Assim sendo, é importante observar quais são as características dos mercados que interferem diretamente nas relações entre fornecedores operadores e clientes beneficiários. No caso da assistência suplementar à saúde os principais problemas parecem estar relacionados ao “risco moral” dos beneficiários e a seleção adversa pelas operadoras, incluindo a gerência do acesso e do uso. A relação entre o principal e seu agente permite entender a relação entre o segurado e sua seguradora, isto é, entre o beneficiário e a operadora do plano. O cliente quase sempre sabe o que quer, mas a operadora não informa quanto custa oferecer os bens e serviços necessários para obter um elevado grau de satisfação dos beneficiários. Além disso, saber com precisão o custo de oferta implica em custos para obter esta informação.

A assimetria de informação entre os agentes econômicos requer uma ação reguladora pública. As desigualdades entre as operadoras de planos de saúde e seus beneficiários requerem que o Estado produza e dissemine informações sobre as qualidades dos planos, incluindo o grau de satisfação dos clientes consumidores. A regulação pública dos mercados pode operar entendimentos entre as operadoras e seus beneficiários, através da mediação publicitária dos conflitos de interesses. A publicação de uma classificação das operadoras por reclamações notificadas por beneficiários e confirmadas pela Agência reguladora é relevante porque reflete indiretamente a qualidade do produto oferecido pela operadora. É importante calcular esse indicador em função do número de beneficiários das operadoras.

A qualidade da discussão da regulação pública dos mercados depende dos canais facilitadores da comunicação para fazer fluir as informações entre os agentes econômicos. É a potência de intervir na solução de problemas concretos de fornecedores e clientes que vai legitimar ou não as discussões sobre regulação de mercados, incluindo revisão da literatura, como a realizada neste trabalho, e acompanhamento do que acontece em outros países.

A contraposição ao interesse geral dos benefícios capturados por um dos agentes econômicos deve ser observada e avaliada com cuidado pelo órgão regulador. A assimetria de

informações entre os operadores de plano de saúde e os seus beneficiários requer do Estado os procedimentos facilitadores da descrição e da discussão dos interesses específicos. A regulação pública dos mercados não deve ser confundida com a defesa dos interesses difusos dos consumidores. Todos os agentes econômicos devem ter oportunidade de se expressar e de argumentar nas discussões patrocinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste sentido são particularmente relevantes a Câmara de Saúde Suplementar, como órgão consultivo, e as consultas públicas sobre interesses em confronto.

As principais ações reguladoras estão orientadas para a padronização e a fiscalização das operadoras de planos de saúde, determinando condições de entrada e de saída no mercado, bem como as regras de operação, e para a padronização e a fiscalização dos produtos, definindo direitos e restrições, incluindo o controle de preços. Atualmente os contratos privados entre os agentes econômicos (operadoras, seus beneficiários e os prestadores de serviços) são regulamentados.

As principais normas no campo da informação são aquelas que criam os grandes sistemas de informações da ANS: o cadastro de operadoras, o cadastro de beneficiários e o sistema de informações de produtos. São eles que permitem, por exemplo, conhecer a natureza jurídica das operadoras, a distribuição demográfica dos beneficiários e o tipo de produto comercializado. Essas informações estão disponíveis e são atualizadas em tempo real.

Considerando que a informação é insumo fundamental nos processos de regulação de mercados, cabe destacar que dos mais importantes efeitos da regulação da assistência suplementar à saúde são as informações relevantes e pertinentes que estão sendo disponibilizadas e usadas pelos agentes econômicos neste mercado. A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem criado processos regulares de registros de operadoras, produtos e beneficiários, que estão tornando possíveis comparações espaciais e temporais de indicadores de qualidades das operadoras de planos de saúde. Estes processos incluem um “*callcenter*” para registrar queixas dos beneficiários.

A ANS incorporou recentemente na sua agenda o fomento as iniciativas de qualidade no mercado de saúde suplementar, incluindo a melhoria dos seus próprios processos. Como a preocupação com a qualidade não garante a qualidade, só a participação ativa dos beneficiários dos planos de saúde pode produzir discussões efetivamente orientadas para o entendimento e solução de problemas. O órgão regulador tem uma boa possibilidade nas mãos. A ampliação da agenda com criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade da promoção e dos cuidados integrais da saúde pode funcionar como território de

expressão e discussão dos interesses. O investimento na satisfação dos beneficiários dos planos de saúde deve articular as iniciativas de melhoria e de certificação da qualidade.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.) **Radiografia da Saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 325-362.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993**: investindo em saúde. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BARNES, J.J. Redes sociais e processo político. In: BIANCO, B.F. (Org.) **A antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987. p. 159-194.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e as outras falas. São Paulo: Cortez, 1993.
- CHAWLA, M. **Estimating the extent of patient ignorance of the health care market**. World Bank Economists' Forum v. 2, p. 3-24, 2002.
- COSTA, N.R. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANS. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro, 2004, p. 49-64.
- COUNCIL ON COMPETITIVENESS. **Highway to health**: transforming US health care in the information age. Washington, DC. Mar. 1996.
- CUNHA, P.C.M. **Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.
- DERVIN, B. Information and democracy: an examination of underlying assumptions. **Journal of the American society for information science**, v. 45, n. 6. p. 369-385, 1994.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M.N. Novos cenários políticos para a informação. **Ci. Inf.**, Brasília: IBICT, v.31, n.1, p.27-40, jan. 2002.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2000/2003**: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- LEGEY, L.R.; ALBAGLI, S. Construindo a sociedade da informação no Brasil: uma nova agenda. **DataGramaZero** - Revista de Ciência da Informação, Rio de Janeiro, v.1 n.5, out. 2000.
- LIMA, C.R.M. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. Rio de Janeiro: Epapers, 2005.
- LIMA, C.R.M.; SANTINI, R.M. **Prestadores de serviços no setor de saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em www.ans.gov.br.
- MALIK, A.M. **Avaliação, qualidade, gestão**: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996.
- MARTELETO, R.M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília: IBICT, v.30, n.1, p.71-81, jan./abr. 2001.
- MATTOS, P. (Coord.) **Regulação econômica e democracia**: o debate norte-americano. São Paulo: Ed. 34, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A saúde suplementar no Brasil**. In: Seminário Internacional de Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Apresentação, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **Qualificação em saúde suplementar**: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro, 2004.
- MIRANDA, A. Sociedade da informação: globalização, identidade cultural e conteúdos. **Ci. Inf.**, Brasília: IBICT, v.29, n.2, p.78-88, maio/ago. 2000.

- MONTONE, J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro, 2004, p. 9-48.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- MULLER, B. **Instituições regulatórias**. Brasília: UNB, 2003. (mimeo)
- PEREIRA, C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro, 2004. p. 93-120.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Lei Federal n. 9.656**, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- _____. **Lei Federal n. 9.961**, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
- RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ROCHA, M.P.C. A questão cidadania na sociedade da informação. **Ci. Inf.**, Brasília: IBICT, v.29, n.1, p.40-45, jan./abr. 2000.
- ROVERE, M. **Redes nômades**: algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. Londrina: UNIDA, 2003. (mimeo).
- SANTACRUZ, R. Fundamentos da regulação pública dos mercados. **Arché interdisciplinar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, p. 81-101, 2001.
- SILVA JUNIOR, D.C. **A regulação do segmento de saúde suplementar**: o impacto da mídia na construção de dimensões de desempenho relevantes para o usuário. 2003. Tese de Doutorado. UERJ, Rio de Janeiro, 2003.
- VALENTE, T. W. Social networks thresholds in the diffusion of innovations. **Social Networks**, v. 18, p. 69-89, 1996.

ABSTRACT

Information is a necessary condition for democracy. The social networks are relevant in today's cultural development since they are a privileged means to produce and broadcast information. New technologies make it easier to store and publish files, specially with the Internet. The discussion ethics which aims common agreement between the parties implies the need for a communicative behavior based on rational propositions. Information asymmetries among market players create the need for regulation. The market usually works in an imperfect way, so that very often it is unable to disclosure information about prices and other socially acceptable supply conditions. Health care frameworks are different according to the social-cultural context. The Brazilian private health insurance market has about 2,200 insurers and covers 40 million beneficiaries. ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), the Brazilian regulatory agency for private health insurance, enforces the Laws n. 9656/98 and 9961/00, which defines the regulatory benchmarks in this market. Information production, organization, consolidation and dissemination are important regulation tools.

KEY WORDS: Information asymmetries. Market regulation. Private health insurance.

Originais recebidos em 13/12/2005.