

Revista TEXTOS de la CiberSociedad
ISSN 1577-3760 · Número 16 · Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde
Observatório da Saúde da UFSC: redução das assimetrias de informações entre
operadoras de planos de saúde e seus beneficiários.

Por: Clovis Ricardo Montenegro de Lima, Ana Carolina Nogueira & Jacqueline
Alexandre Martins

Para citar este artículo: Montenegro de Lima, Clovis Ricardo; Nogueira, Ana Carolina & Alexandre Martins, Jacqueline, 2008, *Observatório da Saúde da UFSC: redução das assimetrias de informações entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários.*, Revista TEXTOS de la CiberSociedad, 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponible en <http://www.cibersociedad.net>

INTRODUCCIÓN / RESUMEN

O objetivo deste artigo é discutir a redução das assimetrias de informações entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários. O Observatório da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina é criado no primeiro semestre de 2007, com a finalidade de ser fonte de informações confiáveis sobre o mercado regulado de saúde suplementar para os professores. 2000 professores da UFSC possuem, através da sua associação, um contrato de quase trinta anos com operadora privada de plano de saúde. Este contrato é anterior a regulação, não cabendo aplicação de normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A ação do Observatório é no sentido de disponibilizar também informações sobre contratos, preços e qualidade. A partir destas informações, 1/3 dos titulares migra para produtos regulados. A própria administração da Universidade faz licitação pública para contratação de plano de saúde para servidores. Conclui-se que a falta de discussão informada entre beneficiários e desses com a operadora contratada é principal dificuldade nas negociações.

1. Introdução

Neste artigo se discutem ações para redução das assimetrias de informações entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários, especificamente as assimetrias entre cooperativa de trabalho médico na cidade de Florianópolis e os professores da Universidade Federal de Santa Catarina. A relação entre cooperativa e professores vem sendo mediada por contrato da operadora privada com a associação dos professores da Universidade – Apufsc. (LIMA, 2005; LIMA, 2006).

No final de 2006 aproximadamente 2000 professores da Universidade Federal de Santa Catarina são beneficiários deste contrato da Apufsc com a operadora privada de planos de assistência à saúde. Este contrato abriga aproximadamente 6000 beneficiários, considerando-se os seus dependentes e agregados. O contrato da associação com a operadora possui mais de vinte e cinco anos, tendo um valor anual de aproximadamente

12 milhões de reais no final de 2007.

Em dezembro de 2006 a Associação do professores da UFSC aprova a criação de um sistema de acompanhamento do contrato com a operadora, no sentido de poder avaliar uso de serviços cobertos e seus custos. O contrato tem sido historicamente desequilibrado e a não cobertura de procedimentos tem sido enfrentada com processos judiciais baseados no Código de defesa do consumidor.

A partir do desenvolvimento do sistema de acompanhamento é implantado o Observatório da Saúde (<http://www.observatoriodasaude.ufsc.br>), criado pelo Departamento de Ciência da Informação da Universidade (Figura 1). O Observatório contém biblioteca, agenda, fórum de discussão e notícias, além de área exclusiva para os professores da UFSC onde está disponível ampla gama de informações sobre os contratos com a operadora.

Figura 1 – Observatório da Saúde da UFSC.



Fonte: Observatório da saúde, 2008.

Em meados de 2007 é realizada uma pesquisa de opinião com os professores sobre planos de saúde, na qual participaram 315 votantes. Nesta pesquisa os professores indicam querer a manutenção do seu plano privado com a mesma operadora, mas aceitam a possibilidade de novos contratos com produtos regulados. Em novembro de 2007 a decisão de assinar contratos com mais de uma operadora privada e com produtos regulados é aprovada numa assembléia geral dos professores da UFSC.

A partir do final de 2007 os professores da UFSC vão começar a migrar para produtos regulados, vivendo num tempo histórico concentrado a experiência de uma situação que o mercado de saúde suplementar como um todo vem vivendo desde 1998. O acompanhamento deste processo de migração pode trazer importantes contribuições para a avaliação do impacto das novas tecnologias médico-hospitalares em grupos de beneficiários de planos de saúde.

Uma breve apresentação dos marcos reguladores da assistência suplementar a saúde, estabelecidos pelas leis federais 5696/98 e 9961/00, e o resumo de uma negociação

recente este uma associação de professores universitários com uma operadora de plano, demonstram a complexidade das informações sobre saúde suplementar. A discussão social de seguros privados combina-se com a discussão dos agentes econômicos da relação contratual que inclui, por exemplo, a organização e a qualidade dos cuidados da saúde.

O acesso e o uso de informações, como o proporcionado pelo Observatório da Saúde, pode ser ferramenta importante para redução destas assimetrias, contribuindo para maior grau de satisfação dos beneficiários. A experiência deste Observatório proporciona aprendizagem e, ao mesmo tempo, indica demandas de investigação e produção de ferramentas para redução das assimetrias de informações entre agentes dos mercados regulados.

As ferramentas que podem contribuir para a redução das assimetrias de informações incluem: dicionário de termos, conceitos e informações em saúde suplementar, e guia de uso de fontes de informações para beneficiários de planos. O dicionário e o guia podem ser produzidos partir da discussão dos professores da UFSC sobre a sua migração para produtos nos marcos da regulação do mercado de saúde suplementar. O guia de uso de fontes pode incluir orientações sobre relações entre as grandes bases de dados em saúde disponíveis.

Considerando-se o nível de informação e da capacidade de aprendizagem deste grupo de beneficiários, os professores universitários, espera-se que os produtos desenvolvidos tenham eficácia, aceitabilidade e legitimidade que possibilitem seu uso por outros grupos de beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Produtos eficazes podem ser extremamente úteis para a adequada regulação pública de mercados de bens e serviços.

2. Assimetria de informações e regulação de mercados.

Os agentes econômicos são indivíduos, grupos 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 (PEREIRA FILHO. 2004).

O modelo de relação principal-agente é útil para salientar o que determina a escolha de determinadas estruturas da regulação e tipos de comportamento. O modelo principal-agente é relevante para analisar qualquer relação onde existem as seguintes condições: 1. delegação de uma tarefa por um agente econômico a outro; 2. informação assimétrica.; 3. relação imperfeita entre o esforço colocado e o resultado do esforço. 4. custo de monitoração alto; 5. objetivos não alinhados (MULLER. 2003).

O agente possui certas informações sobre si mesmo ou sobre a tarefa que o principal não possui. Por exemplo, o agente sabe quanto esforço coloca para cumprir a tarefa. Já o principal não observa o esforço colocado e sim o resultado deste esforço. O principal não tem como monitorar a baixo custo a performance do agente para poder observar o nível de esforço colocado (PEREIRA FILHO. 2004).

A relação principal-agente acontece entre paciente e médico, e entre segurado e seguradora. A relação principal-agente é mutuamente vantajosa se puder ser estruturada de forma a contornar os problemas inerentes. Em geral, existe um contrato entre as partes, que determina qual a tarefa e como vai ser a remuneração. Este contrato pode ser formal e com validade jurídica, ou tácito.

Uma utilidade do modelo principal-agente está salientar que as formas de relação entre os agentes econômicos são estruturadas como meio de contornar os problemas de informação. Isto é, na vida real frequentemente se observam contratos sendo estabelecidos entre agentes econômicos que em vez de simplesmente especificar qual a tarefa e quanto vai ser pago pelo cumprimento, incluem formas mais complicadas de pagamento ou determinadas condições a serem observadas por ambas as partes (PINTO JR, SILVEIRA. 1999).

Cada tipo de relação apresenta detalhes específicos de onde e como os problemas de informação incidem. Existem duas classes gerais de solução para o problema principal-agente. A primeira envolve uma forma de remuneração estruturada de forma a alinhar os incentivos de ambas as partes. A segunda classe de soluções para o problema principal-agente envolve o surgimento de regras e instituições que tenham o efeito de evitar o comportamento oportunista do agente e alinhar os interesses de ambas as partes.

A aplicação mais comum do modelo à regulação envolve a relação entre a agência reguladora e a empresa. A agência é vista como o principal que delega ao agente, a tarefa de produzir o serviço de relevância ou utilidade pública. O interesse da agência é que a empresa atenda toda a demanda em um nível satisfatório de preço e qualidade. O interesse da empresa é maximizar seu lucro. A regulação possui todas as características de um problema principal-agente. Sendo assim, pode-se esperar que ambos os lados busquem estruturar sua relação de modo a contornar os problemas de informação e oportunismo.

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. 2003).

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. Arrows afirma que nos mercados de saúde é certamente a informação imperfeita a falha de mercado mais importante, por trazer incerteza e assimetria de informações (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, prêmio mais elevado para compensar esse fato. Além disso, como cobra preço único, ocorre 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.

Quando um paciente conhece o resultado provável de todos os tratamentos possíveis e também sabe o quanto vai ter de pagar pelos tratamentos, tem condições de fazer uma escolha racional com base em ganhos e custos. Mas os pacientes desconhecem uma coisa e outra; geralmente, neste caso, o profissional de saúde sabe muito mais que o cliente. Tal diferença no nível de informação significa que o prestador de serviços, além de prestar serviços, também decide que serviços devem ser prestados.

Uma vez contratado a prestação de serviços a um preço fixo, o consumidor tende a usar excessivamente os serviços, efeito conhecido como “risco moral”. Como contrapartida, o preço cobrado ao consumidor pelo operador do serviço de saúde também pode ser superestimado, seja para compensar o “consumo excessivo”, seja para elevar lucros, uma vez que o consumidor percebe essa situação como vantajosa para ele (SANTACRUZ. 2001).

Os problemas dos mercados de seguros transferem-se diretamente para os mercados de saúde suplementar. Se as pessoas possuem seguros de saúde “demais”, podem ser incentivadas a utilizar “demais” a assistência médica, a preços demasiadamente elevados. Como é difícil avaliar os riscos de atendimento médico e é “impossível” atribuir determinado valor a uma vida, é também muito difícil saber quanto é “demais” no tocante a assistência médica e aos seguros de saúde. Por outro lado, fazer os segurados pagarem mais pelo atendimento médico não garante que só a demanda “supérflua” diminua.

As operadoras privadas para se proteger da seleção adversa, fazem seleção de risco, criando dificuldades à entrada de determinados segurados, selecionando negativamente os de alto risco (como os idosos e portadores de doenças crônicas). A não eficiência se manifesta na forma de aumento dos custos administrativos e exclusão de compradores do sistema. Uma solução encontrada é a diferenciação de preços por risco, o que retira ainda mais transparência do mercado e aumenta a capacidade dos vendedores de manipularem as condições de oferta. Nesse sentido, a regulação pode ser necessária para criar regras que atenuem os efeitos da informação imperfeita no mercado, em benefício de fornecedores e usuários do sistema de saúde (SANTACRUZ. 2001).

As teorias normativas da regulação destacam a hipo-suficiência 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 uso 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 hipo-suficiência 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.

As teorias do “interesse público” e as teorias da “captura”, incluindo as teorias

econômicas da regulação de autores da Escola de Chicago, são dois pólos de abordagem e de argumentação sobre a regulação pública de mercados. O primeiro grupo pensa a regulação como correção das falhas de mercado com vistas à promoção do bem-estar. O segundo grupo pensa a regulação como interação de interesses privados orientados exclusivamente para a busca da maximização de seus benefícios (MATTOS, 2004).

As teorias do “interesse público” afirmam que a regulação de mercados consiste em deixar com a iniciativa privada a responsabilidade da oferta, garantindo dessa maneira, as vantagens inerentes ao sistema de mercado, ao mesmo tempo em que se restringe parcialmente a autonomia de decisão do empresário, substituindo seu comportamento maximizador de lucros por normas administrativas que garantam um resultado socialmente aceitável no mercado.

A regulação pública dos mercados se constitui de um conjunto de normas e de controles administrativos exercidos por órgãos do Estado que afetam o funcionamento das empresas e dos mercados, intervindo na eficiência econômica e no bem-estar social. Santa Cruz (2001) destaca que as razões para a regulação pública de setores da economia estão relacionadas à existência das chamadas falhas de mercado, que se manifestam de três formas: externalidades, informação imperfeita e poder de mercado. As normas de regulação pública se aplicam usualmente sobre as entradas e as saídas de empresas no mercado, qualidade e preços de produtos e serviços. As condições de concorrência e as exigências políticas e sociais determinam quais variáveis serão administradas, a forma e a intensidade da intervenção.

Embora os economistas considerem a necessidade de regulação pública apenas nos casos de monopólio natural (máxima imperfeição do mercado), falha do mercado é uma questão de grau. Entre o mercado perfeitamente competitivo e o monopólio natural existe uma infinidade de matizes de estruturas de mercado. Quanto mais relevantes são as falhas de mercado, menos a concorrência se manifesta na direção de resultados socialmente aceitáveis (SANTA CRUZ, 2001; MATTOS, 2004).

Os mercados concentrados, com elevadas barreiras de entrada e com demanda inelástica tornam-se candidatos à intervenção do poder público porque estas condições também concentram o poder, desequilibrando as relações de mercado (entre fornecedores e consumidores). As características estruturais dos mercados onde a concorrência não acontece de modo eficaz (concentração de oferta, elevadas barreiras à entrada de novos concorrentes, demanda inelástica), entretanto, não são suficientes para a determinação do setor econômico a ser regulado. Os mercados imperfeitos são a regra e não a exceção (SANTACRUZ. 2001).

Os mercados que apresentam relevantes imperfeições e poder de mercado nem sempre são passíveis de regulação pública. A estratégia das agências reguladoras deve considerar as características específicas das empresas e do setor econômico e promover um escalonamento da intervenção estatal direta de sanções. Uma estratégia baseada puramente na persuasão e na auto-regulação vai ser explorada por agentes orientados pela racionalidade econômica; e uma estratégia baseada principalmente na punição enfraquece a iniciativa inovadora de agentes socialmente responsáveis (MENDES. 2001).

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.

As agências reguladoras no Brasil foram criadas por Lei a partir de meados dos anos 90, após amplas discussões no Congresso Nacional. As suas características principais são a independência administrativa e financeira e a sua autonomia decisória para implementar políticas. 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.

Os marcos da regulação da assistência suplementar à saúde são as Leis Federais 9656/98 e 9961/00. Estas leis dispõem sobre os planos e os seguros de saúde e a 9961 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde. 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.

Os beneficiários tendem a ser a parte mais vulnerável nas relações assimétricas do mercado de saúde suplementar. Eles quase sempre não têm informação suficiente para comprar e administrar seus contratos com as operadoras de planos. Entretanto, eles reclamam e as operadoras estão entre as empresas sobre os quais mais se reclama nos órgãos de defesa do consumidor. Os beneficiários têm buscado proteção no Código de Defesa do Consumidor, interpondo ações judiciais para defender seus interesses.

Verifica-se que é grande o número de normas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre a produção, disseminação e uso de informações. 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. Essas informações estão disponíveis e são atualizadas em tempo real, sendo seu uso racional um desafio para a regulação do mercado.

Cabe destacar que dos mais importantes efeitos da introdução da estratégia de regulação na assistência suplementar à saúde são as informações relevantes e pertinentes que estão sendo disponibilizadas 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 de indicadores de qualidades das operadoras de planos de saúde. Estes processos incluem um “callcenter” para registrar queixas dos beneficiários.

A partir de 2004 a ANS incorpora como prioridade na sua agenda o fomento as iniciativas de qualidade no mercado de saúde suplementar, incluindo a melhoria dos

seus próprios processos e da comunicação com as operadoras privadas. Como a preocupação com a qualidade não garante a qualidade, só a participação ativa dos profissionais de saúde e dos beneficiários dos planos de saúde pode produzir discussões efetivamente orientadas para o entendimento e solução de problemas (ANS, 2004; LIMA, 2005)

As atividades desta agenda prioritária incluem criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade dos cuidados integrais da saúde. O investimento para maior grau de satisfação dos beneficiários dos planos deve articular as iniciativas de certificação e melhoria da qualidade. A comunicação agressiva na Internet pode ser importante ferramenta nas mãos da ANS para reduzir as desigualdades de informação. A produção de informações sobre operadoras e produtos no mercado de saúde suplementar interfere saudavelmente nas discussões e na tomadas de decisões dos clientes beneficiários.

3. A relação entre os professores da UFSC e as operadoras de planos de saúde.

No final de 2007 a associação dos professores possui aproximadamente 3000 sócios. Um dos principais elos entre a associação e os professores é a oferta de plano de saúde de operadora privada. Naquela época em torno de 2000 professores participam deste contrato da Apufsc, totalizando quase 6000 beneficiários, considerando-se os seus dependentes e agregados.

O contrato desse plano possui mais de vinte e cinco anos e o produto oferecido é não regulado, ou seja, anterior à lei de 1998 que regula o mercado de assistência suplementar à saúde. Os relatos dos associados demonstram que sempre houve muita insegurança em cada momento de renegociação dos reajustes do valor dos prêmios (mensalidades) do contrato. Essa situação culmina com a ruptura temporária do contrato com a operadora em outubro de 2005.

As negociações são conduzidas pelo presidente da Apufsc, que, de acordo com o regimento da associação, é a única pessoa da diretoria que possui poderes para representar o sindicato em decisões externas. O presidente é amparado por professores que compunham um grupo de trabalho de saúde e previdência. Após a ruptura do contrato, a relação da associação de professores com a operadora privada se torna ainda mais complicada, inviabilizando discussão e negociação.

A partir de então, apesar das conseqüências negativas de tal decisão, faz-se opção pelo reajuste semestral do valor dos prêmios (mensalidades) e o pagamento à vista do déficit operacional do contrato acumulado ao longo do ano. Em 2005, por exemplo, a operadora demanda aumento de 17,7%, correspondente à correção monetária mais a incorporação do déficit operacional. Entretanto, a Apufsc opta pelo pagamento de R\$ 860 mil pelo déficit, sendo o valor do prêmio reajustado em 5,37%. Em 2006 o reajuste pedido pela operadora é de 16,61%. Ao invés disso, opta-se pelo pagamento de R\$ 250 mil pelo déficit operacional, sendo a mensalidade reajustada em 8,62%. Os boletins informativos da Apufsc da época afirmam que, em ambos os casos, as escolhas são feitas pela associação e não impostas unilateralmente da operadora.

A rejeição da incorporação do déficit sobre o valor dos prêmios (a mensalidade) apenas amplia a diferença destes prêmios com os custos do plano de saúde. Mensalidades com

valores defasados, artificialmente com preços congelados praticamente desde 2004 aumentam o déficit operacional cada vez mais. Isso contribui decisivamente para que em 2007 a operadora proponha inicialmente reajuste de 21,04%. A negociação reduz o valor para 19%, com assumindo a operadora um “prejuízo” de aproximadamente R\$ 200 mil.

Os custos do contrato para a operadora também aumentam, fazendo o déficit operacional crescer mais. Em 2004, a operadora reajusta os preços da tabela de remuneração dos médicos, pois parcela crescente deles está saindo do quadro de médicos cooperados. O progressivo envelhecimento dos professores beneficiário implica em maior uso dos benefícios, mais consumo de recursos e maiores custos. Por outro lado, há a exclusão progressiva dos dependentes. Em 2007 o plano não cobre muitos procedimentos médicos e hospitalares. Nesses casos a saída é a Apufsc pagar à operadora os preços dos procedimentos da sua tabela. Posteriormente, o sócio fica obrigado a ressarcir a associação.

A partir de 2006 a Apufsc contrata advogado exclusivamente para ações judiciais contra a operadora de plano de saúde. O poder judiciário quase sempre dá ganho de causa aos professores, devido ao caráter emergencial do pedidos. A Apufsc entende que está transferindo o ônus para a operadora. O que ocorre é que os custos decorrentes das ações judiciais, sob a orientação do sindicato e através do seu advogado, compõem fração do déficit operacional do contrato. O aumento do déficit pressiona para cima o valor das mensalidades.

A quase totalidade dos associados da Apufsc ignora os atributos dos planos regulados pela ANS. Os planos regulados têm maior cobertura de procedimentos médico-hospitalares, também oferecem a opção de moderar o uso com a cláusula da co-participação em que o usuário paga fração de 20 ou 50% do valor dos procedimentos que não são de urgência e emergência. Esta opção permite àqueles que pouco uso o plano de saúde, paguem uma mensalidade menor.

A partir do final de 2006 a Apufsc aprova a criação de núcleo profissionalizado para acompanhamento técnico da administração do contrato do plano de saúde. É iniciada a implantação de sistema de monitoria do contrato do plano, focando na eficácia em função dos custos. Em abril de 2007 a Apufsc negocia com a operadora a não aplicação da cláusula do reajuste semestral, que ela mesma havia proposto anteriormente. É neste contexto que surge o Observatório da Saúde, cuja descrição é feita posteriormente.

Em meados de 2007 realiza-se pioneira consulta aos professores associados, realizada pelo Observatório da Saúde por meio da Internet. 315 professores respondem ao questionário de dez perguntas proposto. É importante mencionar que 97% dos que respondem possuem plano de saúde de operadora privada. A maioria dos professores afirma querer planos de abrangência nacional, com acomodação em apartamento, e cobertura de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Além disto, 88% afirmam querer a manutenção do contrato com a cooperativa de trabalho médico.

Nesta época a principal inovação na negociação com a operadora privada é o interesse nos planos regulados, ao lado da manutenção do plano antigo e não regulado. Busca-se uma forma de manter o princípio do mutualismo entre os professores nos diferentes contratos. Entre outros cuidados está a negociação de um contrato com mensalidades

iguais para todas as faixas etárias, o que beneficia os mais velhos ativos ou aposentados. Além disto, há interesse em ter apenas uma negociação e um índice de reajuste do valor das mensalidades.

No final do ano de 2007 são tomadas duas decisões em assembléias gerais dos professores da UFSC que consolidam as mudanças propostas a partir do Observatório da Saúde. A primeira delas aprova a renovação do contrato com a cooperativa de trabalho médico, abrindo-se a possibilidade de oferta de produtos regulados ao lado da manutenção do produto não regulado. Ao mesmo tempo são aprovados novos contratos com outras operadoras privadas de planos, no sentido de oferecer mais opções aos professores.

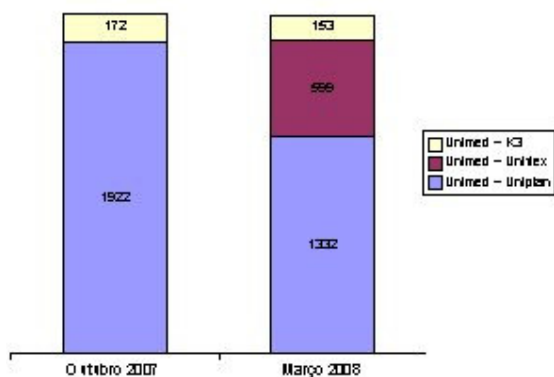
A segunda decisão diz respeito à contratação de plano de saúde por parte da Universidade. Esta contratação resulta de decisão do governo federal de oferecer cobertura para os seus funcionários e dependentes econômicos. Naquela ocasião a Reitoria da Universidade demonstra interesse em fazer convênio com a operadora privada Geap – fundação de seguridade social. Os professores mostram-se favoráveis à realização de licitação pública para escolha da operadora privada a ser contratada.

A opção por licitação pública para escolha da operadora privada de plano de saúde a ser contratada é aprovada em assembléia geral dos professores. A partir daí a Reitoria da Universidade recua do seu interesse inicial e realiza a licitação sugerida. A licitação é realizada e a cooperativa de trabalho médico é vencedora. Entretanto, a adesão a este plano “patronal” é aberta apenas os servidores técnico-administrativos da Universidade. Os professores aguardam a disponibilidade orçamentária e financeira para poderem aderir ao plano de saúde oferecido pela Universidade.

Após aquela primeira decisão em assembléia geral dos professores, quebra-se o paradigma de ter apenas contrato com apenas uma opção de plano de saúde. O novo contrato da Apufsc com a cooperativa de trabalho prevê a manutenção do contrato do plano não regulado, para os que assim o desejarem. Por outro lado, abre-se a oferta de planos regulados dos mais variados tipos: com abrangências nacional, estadual ou regional; com acomodação em apartamento ou enfermaria; sem ou com co-participação dos beneficiários de 10, 20 e 50%.

O novo contrato assinado com a cooperativa de trabalho médico desencadeia entre os professores um rápido processo de migração para os planos regulados pela ANS (Gráfico 1). Atualmente 2.085 professores sócios da Apufsc possuem algum plano de saúde, o que representa 70% do total de associados. A abertura de opções fez com que 599 professores migrem para algum dos diversos planos regulados, o que representa 28% dos associados. Cabe mencionar que no início de 2008 os planos regulados passam a oferecer amplas coberturas de procedimentos não-médicos por determinação da ANS. São reduzidas as ações judiciais contra a operadora privada contratada.

Gráfico 1 – Migração dos professores da UFSC para planos de saúde regulados entre outubro de 2007 e março de 2008.



Fonte: Observatório da Saúde, 2008.

4. O Observatório da Saúde como ferramenta para redução de assimetrias de informação.

O Observatório da Saúde é uma iniciativa no Departamento de Ciência da Informação da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo objetivo central é criar um ambiente de acompanhamento e reflexão sobre as organizações de cuidados da saúde. O Observatório pretende reunir, organizar e oferecer às pessoas e à sociedade referências concretas que potencializem sua avaliação, administração e uso dos cuidados da saúde.

O Observatório foi criado e entra em linha na Internet no primeiro semestre de 2007. Ele é desenvolvido com uso do *software* livre Joomla, que é uma plataforma tecnológica para gestão de conteúdos, com flexibilização dos direitos autorais e política de copyleft. Assim, tudo o que for publicado é de acesso livre à sociedade. O Observatório de Saúde é licenciado no *Creative Commons*. (<http://www.creativecommons.org.br>).

O conteúdo do Observatório agrega os assuntos relacionados à administração e ao uso de organizações de saúde. Pretende-se ser espaço de compartilhamento de informações, ao mesmo tempo em se fomenta e produção de conhecimento científico e tecnológico sobre a organização dos cuidados da saúde de grupos. Entre outras coisas, o Observatório possibilita que beneficiários de planos de saúde encontrem informações úteis e confiáveis para suas tomadas de decisão nesta relação.

O Observatório da Saúde da UFSC organiza as informações nas seguintes categorias: agenda, biblioteca, estabelecimentos de saúde, fórum, indicadores de saúde, notícias, planos de saúde, profissionais da saúde e Sistema Único de Saúde. Além disto, há uma área de acesso restrito aos professores da UFSC, onde estão disponibilizados os contratos e as tabelas de preços da operadora, bem como os respectivos catálogos de médicos, clínicas e hospitais credenciados. Esta área oferece ainda relatórios físicos e financeiros da cobertura oferecida pela operadora privada.

A agenda oferece informações atualizadas sobre eventos pertinentes e sobre questões bem específicas da Universidade, como a realização de debates. Na categoria estabelecimentos de saúde há conexão com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. O CNES disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todo o país. Isto proporciona informações da rede assistencial existente e das suas potencialidades,

visando contribuir na avaliação de organização de saúde.

No item “indicadores de saúde” há conexão com Departamento de Informática do SUS – Datasus. O Datasus disponibiliza informações que podem subsidiar a análise da situação sanitária, a tomada de decisões baseadas em evidências e a programação de ações de saúde. Em “profissionais de saúde” há conexão com os conselhos dos profissionais de saúde. Além disto, orienta-se o acesso à discussão sobre a regulamentação do ato médico em projeto de lei que tramita no Congresso Nacional. O Observatório possui um fórum próprio de discussão.

A biblioteca do Observatório da Saúde da UFSC é desenvolvida principalmente a partir de dissertações e teses acadêmicas pertinentes produzidas em universidades brasileiras, além de artigos científicos, documentos técnicos e livros relacionados com a administração de organizações de cuidados da saúde. A biblioteca do Observatório usa os seguintes itens de classificação dos conteúdos: Administração em saúde; Economia da saúde; Educação em saúde; Epidemiologia; Informação em saúde; Legislação; Modelos assistenciais; Qualidade em saúde; Saúde como processo social; e Vigilância em saúde.

O Observatório da Saúde vem funcionando como referência na discussão dentro da UFSC sobre a saúde dos professores e dos seus dependentes. A pesquisa de opinião sobre planos de saúde mostra uma possibilidade de interação dialógica com os professores, que permite adequar com elevada especificidade dos conteúdos disponibilizados. Entretanto, segue sendo problema a complexidade da relação entre seguros de saúde e segurados, que cobre riscos de agravos e danos à saúde.

A experiência com o Observatório da Saúde sugere a oportunidade e a necessidade de implantação de laboratório de pesquisa de informação em saúde na UFSC, que funcione como espaço para produção e disseminação de informação e conhecimento na área, articulado ao processo de ensino. Este laboratório pode ser espaço permanente de trabalho com informação em saúde, integrado a rede nacional de pesquisadores em informação e comunicação da saúde.

A partir do final de 2007 a associação dos professores da UFSC vem coordenando a migração de beneficiários para planos regulados, que cria enorme demanda e grande interesse por informação em saúde suplementar. O Observatório da Saúde tem sido o espaço onde encontrar estas informações. Neste contexto de crescente interesse e demanda pode-se investigar e desenvolver novas ferramentas para redução de assimetrias de informação em saúde suplementar.

As pesquisas da informação em saúde têm destacado a sua importância enquanto instrumento para otimizar o processo de regulação, melhorar as condições para participação do cidadão nos processos e garantir bem estar social. As investigações da informação em saúde podem incluir as possibilidades de relacionar as grandes bases de dados em saúde para controle e avaliação da qualidade da saúde suplementar, com uso dos métodos de “linkagem” por beneficiários de planos de saúde (LIMA, 2005; SILVA et al., 2006).

Estas investigações podem identificar padrões e dificuldades de uso de fontes de informação que subsidie o desenvolvimento de guia com orientações de uso das

mesmas. O desenvolvimento do “dicionário de termos, conceitos e informações em saúde suplementar” pode contribuir para a estruturação de linguagem que facilite a discussão orientada para o entendimento entre agentes econômicos. A validação do guia de uso de fontes e do dicionário de termos e conceitos podem ser feitos a partir da “problematização pedagógica” da migração dos professores da UFSC para planos de saúde regulados.

É na democracia que a publicidade das informações tem o poder de criar vínculos e solidariedades. As redes sociais são forma inteligente de compartilhar informações e criar esses vínculos. O compartilhamento de informações entre beneficiários de planos de saúde pode permitir um uso ótimo das condições estabelecidas nos contratos. A tecnologia digital e a Internet reduzem drasticamente o custo de obter informações sobre bens e serviços. As pesquisas do grau de satisfação dos beneficiários de plano de saúde mostram que este aumenta quando eles possuem mais informação (LIMA, 2005; LIMA, 2006).

5. Considerações finais.

Uma das maiores imperfeições dos mercados é assimetria de informações entre os agentes econômicos. No caso da assistência suplementar à saúde, a assimetria entre operadoras e seus beneficiários. As operadoras de planos tendem a evitar consumidores que possam requerer maiores e mais frequentes cuidados. Os beneficiários tendem a demandar os cuidados cobertos pelas operadoras de planos de saúde. O caso do plano de saúde dos professores da UFSC demonstra que a insuficiência de informações pode limitar a capacidade de agir de modo eficaz na escolha do produto ou serviço que melhor atenda às necessidades. Esta insuficiência de informações resulta ainda no uso inadequado dos procedimentos cobertos pelo plano de saúde.

Os professores da UFSC ficaram por mais de vinte e cinco anos os atrelados a um produto não regulado e que não cobre muitos procedimentos médicos e hospitalares necessários. Os requisitos mínimos dos planos regulados só são obrigatórios para contratos posteriores a 1998. A falta de informação sobre outras operadoras privadas e seus produtos no mercado de saúde suplementar pode ocasionar sérios prejuízos. A falta de discussão informada entre professores e desses com a operadora privada contratada são as principais dificuldades nas negociações de contratos.

No final de 2006 inicia-se uma nova fase nas negociações dos professores com a operadora privada contratada. O elemento estratégico fundamental da Apufsc é possibilitar aos associados um maior acesso a informações sobre o mercado de saúde suplementar em geral, e particularmente sobre os seus contratos com operadoras privadas. Acredita-se que a melhor compreensão sobre condições e opções desse mercado pode influenciar positivamente no processo de decisão dos usuários.

É neste contexto que, no primeiro semestre de 2007, é criado o Observatório da Saúde, visando reduzir a insuficiência de informações dos professores beneficiários de planos de saúde. Com o objetivo de facilitar o compartilhamento de informação e produção de conhecimento, o Observatório apóia a flexibilização dos direitos autorais e as políticas de *copyleft*, que permitem a reprodução dos conteúdos desde que citados o autor e a fonte original. A idéia é a de que o conhecimento não fique preso no Observatório e possa ser disseminado para outras comunidades de necessidades e interesses

semelhantes.

É o acesso a mais e melhores informações sobre planos de saúde que torna claro aos professores beneficiários do plano da Apufsc que os produtos regulados são mais adequados às suas necessidades. Em menos de seis meses 1/3 dos beneficiários do plano da Apufsc migram para planos regulados. O Observatório da Saúde acompanha este processo de migração, pois o mesmo pode trazer importantes contribuições para a avaliação do impacto da incorporação de novas tecnologias médico-hospitalares em grupos populacionais.

A fim de complementar as atuais funcionalidades do Observatório da Saúde devem ser desenvolvidas duas ferramentas para reduzir assimetrias de informações: um dicionário de termos, conceitos e informações em saúde suplementar, e um guia de uso de fontes de informações para beneficiários de planos. A estratégia de desenvolvimento implica em construir e validar na discussão dos professores da UFSC sobre a sua adaptação aos marcos da regulação do mercado de saúde suplementar. O guia de uso de fontes pode incluir orientações sobre as relações entre as grandes bases de dados em saúde disponíveis.

Acredita-se que o compartilhamento de informações entre beneficiários de planos de saúde, que o Observatório da Saúde proporciona, permite melhor negociação dos contratos e uso ótimo das condições estabelecidas. As tecnologias digitais de comunicação, particularmente a Internet, facilitam a redução das assimetrias de informação com custos progressivamente menores. A oferta de informações livremente acessíveis, com foco em interesses dos beneficiários, pode contribuir para a aceleração deste processo de redução.

O Observatório da Saúde aponta para a necessidade de investimento numa importante frente de investigações da Ciência da Informação: informação e comunicação em saúde. O Observatório quer ser e pode ser mais um nó nas redes de investigadores e de investigações existentes nesta área, contribuindo especialmente com a produção de conhecimento sobre produção, disseminação e uso de informações no mercado regulado de assistência suplementar à saúde.

6. Referências

- BAHIA, Ligia. 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.
- CAMPELLO, B. S., et al. *Fontes de Informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. 319p.
- CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CASTRO, Elenice. Terminologia, palavras-chave, descritores em saúde: qual a sua utilidade? *Folha méd.*, 120 (1): 40-50, jan.-mar. 2001.
- CHAWLA, M. *Estimating the extent of patient ignorance of the health care market*. World Bank Economists' Forum v. 2, pp. 3-24, 2002.

- COSTA, Nilson .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, Paulo César M. *Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.
- GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria.Nélida. Novos cenários políticos para a informação. *Ci. Inf.*, Brasília: IBICT, v.31, n.1, p.27-40, jan. 2002.
- HABERMAS, Jurgen. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- LIMA, Clóvis R.M. Informação, assimetria de informação e regulação do mercado de saúde suplementar. *Encontros Bibli*, Florianópolis, v. 2006, 2006.
- LIMA, Clóvis R.M. *Informação e regulação da assistência suplementar à saúde*. Rio de Janeiro: Epapers, 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17703.asp Acesso em 15.11.2007.
- LOPES, Ilza L. Uso das linguagens controlada e natural em bases de dados: revisão da literatura. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2002
- MATTOS, P. (Coord.) *Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano*. São Paulo: Ed. 34, 2004.
- MENDES, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. In: BRASIL. *Radiografia da Saúde*. Organizado por Barjas Negri e Geraldo di Giovanni. Campinas: UNICAMP, 2001, p. 409-444.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Qualificação em saúde suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação*. Rio de Janeiro, 2004.
- MULLER, B. Instituições regulatórias. Brasília: UNB, 2003. (Mimeo)
- PACHECO, R. C.; KERN, V. Uma ontologia comum para a integração de bases de informações e conhecimento sobre ciência e tecnologia. *Ciência da Informação*. Brasília, DF, v. 30, n. 3, 2001.
- PELLIZZON, Rosely F. Pesquisa na área da saúde: 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). *Acta cir. bras* (<http://portal.revistas.bvs.br/>); 19(2):153-163, mar.-abr. 2004.
- 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.
- RESULTADOS da pesquisa do Observatório da Saúde sobre planos de saúde com os professores da UFSC, 2007. Disponível em: <http://www.observatoriodasaude.ufsc.br>. Acesso em: 01 maio 2008.

- 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.
- SILVA, João Paulo L.; TRAVASSOS, C. M. R ; VASCONCELLOS, M. M. ; CAMPOS, L. M. Revisão sistemático sobre encadeamento ou linkage de bases de dados para uso em pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva* (UFRJ), v. XIV, p. 197-224, 2006.
- SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO NO BRASIL. *Livro verde*. Org. por Tadao Takahashi. Brasília : MCT, 2000. Disponível em www.sbc.org.br/p_d/cap00.pdf Acesso em 11.05.2008.