Diagnóstico dos planos

Carla Falcão
do Rio



O setor de saúde suplementar faz parte de um reduzido grupo de atividades econômicas em que todos os atores do mercado chegaram a um consenso: insatisfação generalizada. A profissionais, estabelecimentos médicos — e aí estão incluídos hospitais, clínicas e laboratórios —, operadoras e, sobretudo, clientes, não faltam argumentos para criticar o modelo brasileiro de saúde privada. Os médicos reclamam que são mal-remunerados, os hospitais alegam que estão extremamente endividados e que não têm condições de investir em novas tecnologias, as operadoras traçam prognósticos pessimistas quanto à existência das empresas do setor e os consumidores têm dificuldades em pagar as altas mensalidades cobradas pelos planos de saúde.

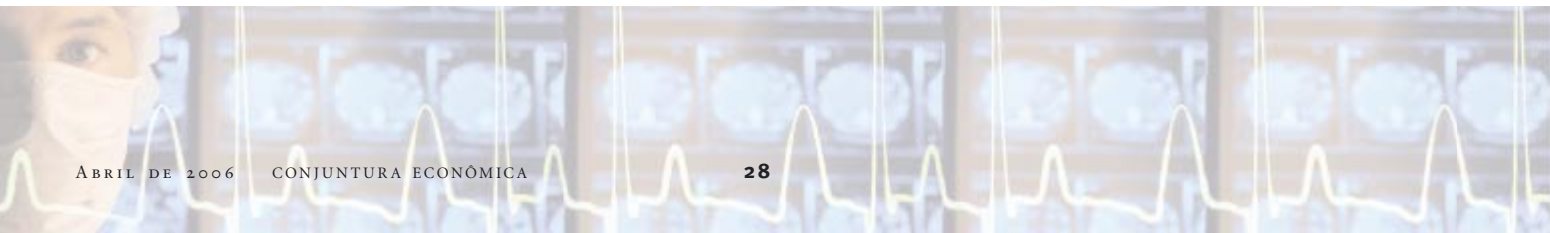
Se a lista de críticas e reclamações é grande, mais complicado ainda é o leque de sugestões dadas para solucionar os principais problemas hoje enfrentados pela saúde privada no Brasil. As alternativas apresentadas vão desde a liberação de reajustes sem a necessidade de aprovação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regulamenta o setor, passando pela permissão para criação de planos de saúde com coberturas limitadas, à possibilidade de migração, por parte dos beneficiários, entre as diferentes operadoras, a chamada mobilidade.

Neste jogo de múltiplos interesses, em que os *players* do setor trocam acusações muitas vezes graves, fica evidente que a pressão sobre os serviços privados de saúde cresceu na esteira do colapso da saúde pública. Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e especialista em saúde privada, Aloísio Teixeira aponta a incapacidade de atendimento da demanda por parte da saúde pública como um dos principais fatores que levaram ao estrangulamento da saúde privada.

"O sistema público tem dificuldade de cumprir sua missão, que é oferecer um sistema universal de saúde. A Constituição de 1988 foi uma revolução ao garantir o atendimento médico a todo e qualquer cidadão brasileiro, mas criou uma pressão muito grande sobre a saúde pública e, em conseqüência, sobre a área privada. Hoje, estamos muito distantes do ideal, que seria o público atender a todos e o suplementar oferecer somente maior conforto e segurança", avalia Teixeira.

Presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Eduardo de Oliveira resume: "É um problema de cunho econômico. A despesa média por brasileiro com saúde é muito pequena. Estima-se que o gasto médio *per capita* anual seja de US$ 400 na saúde suplementar e de US$ 230 na saúde pública. Para piorar, o governo tem reduzido sua participação no custeio da saúde. Hoje, o Estado não aplica mais de 5% do PIB no setor, contra os 15% do PIB que os EUA destinam à saúde", argumenta. Por sua vez, Luiz Roberto Londres, dono da Clínica São Vicente, uma das mais bem conceituadas do Rio de Janeiro, avalia que o governo passou a reduzir os investimentos em saúde a partir da década de 1980, quando os planos começaram a crescer de forma mais significativa.

Concentração — Atualmente, esse mercado é formado por 2.088 operadoras, entre empresas de medicina de grupo, autogestões, seguradoras, cooperativas médicas e odontológicas e instituições filantrópicas. Juntas, atendem quase 42,5 milhões de pessoas (ver gráfico), de acordo com dados da ANS referentes a fevereiro deste ano. Estima-se ainda que ao menos 80% dos médicos trabalhem para operadoras de saúde e que mais de 85% das receitas de hospitais, clínicas e laboratórios estejam vinculadas à saúde privada. Somente a modalidade de medicina de grupo movimenta, por ano, R$ 11,2 bilhões, de acordo com dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).



A Associação reconhece que o setor enfrenta um processo de centralização e elitização e o seu presidente, Arlindo Almeida, avalia que os planos atendem somente a parcela da população que ainda consegue pagar pelos serviços. Nem mesmo nos planos coletivos, as empresas conseguem manter os mesmos produtos e muitas estão sendo obrigadas a reduzir a qualidade dos planos de saúde oferecidos aos empregados, relata Almeida.

Para o presidente da ANS, Fausto Pereira, a própria capacidade de pagamento da população limita o crescimento dos planos de saúde. Chegou-se a trabalhar com uma previsão de que o setor chegaria a 80 milhões de beneficiários no início de 2000. Mas, com a recessão, o que se observou foi uma estagnação do número de pessoas atendidas pelo sistema privado, destaca. Com os preços dos planos referenciais, que são os mais básicos, variando de R$ 50 a R$ 150 na primeira faixa (zero a nove anos) e de R$ 300 a R$ 900 na última faixa (acima de 65 anos), não é difícil entender porque o setor tende a encolher.

As operadoras argumentam que, a despeito das reclamações dos beneficiários, as mensalidades dos planos de saúde ainda estão muito aquém do que seria esperado para cobrir os crescentes custos. Mas, na comparação com a inflação acumulada entre 1997 e 2005, os planos levaram a melhor. No período, o Índice de Preços ao Consumidor (IPC), da Fundação Getulio Vargas, registrou variação de 85,80% contra os 110,01% verificados pelos planos e seguros-saúde.

Esbanjamento — O desperdício é outra grande preocupação das empresas da área de saúde privada. As operadoras alegam que realizam, em média, sete consultas por ano por cliente, quando a Organização Mundial de Saúde recomenda quatro consultas anuais por habitante, explica o presidente da Abramge. "O desperdício é enorme. Para se ter uma idéia, mais de 30% dos exames pedidos sequer são buscados pelos pacientes", diz Almeida, destacando que a taxa média de sinistralidade do setor ultrapassa os 80%.

Diante desse quadro, uma das alternativas sugeridas pela Abramge é o estabelecimento de uma participação obrigatória dos beneficiários nas consultas ambulatoriais. Se o cliente participa, pagando um pequeno percentual sobre consultas e exames, ele é o próprio auditor da companhia, evitando o desperdício, reforça o presidente da associação.

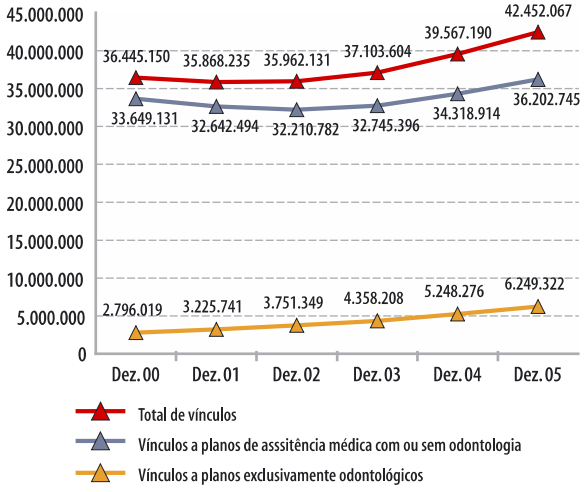
Como médico, Luiz Roberto Londres critica o fato de os planos terem perdido de foco sua vocação inicial, que seria cuidar da saúde de seus clientes. "Os planos não administram saúde, administram caixa. Para isso, contratam médicos inexperientes, que acabam por gerar maior desperdício ao exigir um número de exames superior ao que seria necessário. Mais de 90% das consultas poderiam ser resolvidas sem exames complementares. Mas, para tanto, é fundamental investir no fortalecimento da relação médico-paciente", assinala.

Se os beneficiários e médicos são acusados de estimular o desperdício no setor, os estabelecimentos médicos são apontados pelas operadoras como os grandes vilões quando o tema é o aumento de custos. Silvio Corrêa da Fonseca, presidente da Lincx, que atende clientes de alto poder aquisitivo, acusa os hospitais de terem se tornado "varejistas de remédios e materiais médicos". "Os hospitais não mais ganham dinheiro com os procedimentos que realizam, mas com a diferença entre os preços que pagam pelos medicamentos e os valores que cobram ao vendê-los. Quanto mais mal-administrado o hospital, mais ele fatura", radicaliza Fonseca, que defende o tabelamento de preços dos remédios e a redução dos impostos sobre as importações de medicamentos e material médico.

A Federação Brasileira de Hospitais argumenta, por sua vez, que a maioria dos estabelecimentos não consegue sobreviver apenas com os recursos provenientes do SUS, o que levou a uma migração para a saúde supletiva. A FBH destaca ainda que o grau de endividamento de seus associados está muito alto, o que tem reduzido os investimentos em novas tecnologias e procedimentos. "Há casos — e não são poucos — em que o nível de endividamento chega a ser sete ou oito vezes maior que o faturamento dos hospitais", defende-se a federação.

Aliança — Rivais na questão dos preços dos medicamentos, operadoras e hospitais tornam-se aliados na

Evolução dos beneficiários (2000-2005)



Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS (dezembro de 2005)

O setor de saúde suplementar tem um problema de base: cresceu durante 40 anos sem que houvesse qualquer tipo de regulação

defesa da subsegmentação do setor, que nada mais é que a tentativa de se criar planos de saúde com limitações de coberturas e/ou procedimentos. Entre as propostas mais comuns destacam-se restrições ao número de dias de internação, de consultas e de exames e exclusões de coberturas de doenças crônicas e de cirurgias, como os transplantes.

"Na minha opinião, uma pessoa que compra um convênio não perde direito ao atendimento no SUS. Sendo assim, alguém que não deseja a cobertura para Aids deveria ter o direito de excluir esse item de seu contrato, o que contribuiria para reduzir os valores dos planos e incentivar o crescimento do setor", acredita Oliveira.

Seguindo raciocínio semelhante, a Unimed-Rio defende a criação de planos alternativos aos referenciais. Para o superintendente geral da cooperativa, Humberto Modenezi, dever-se-ia considerar que há uma imensa disparidade na prestação de serviços médicos nas regiões brasileiras. "Nas cidades menores, muitas vezes, os habitantes contam apenas com uma Santa Casa. Por que então obrigá-los a pagar um plano referencial se não contam com mais do que uma ou duas alternativas em suas cidades?", questiona.

Já Aloísio Teixeira, que estuda as relações entre os *players* do mercado de saúde suplementar, diz que a subsegmentação proposta pelas empresas condena os mais pobres a curar somente resfriado. "A subsegmentação deve ser feita pela estrutura de custos das empresas e não pela natureza dos serviços oferecidos. Desta forma, o beneficiário pagaria a mais pelo conforto, pelo luxo. Todos teriam, por exemplo, direito a fazer determinada cirurgia. A diferença é de que, nos planos mais caros, o cliente poderia escolher um hospital no qual ocuparia uma suíte, em vez de compartilhar uma enfermaria com outras pessoas, caso optasse por um plano mais barato", exemplifica o reitor da UFRJ.

Advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Lumena Sampaio concorda: "Já que não conseguem restringir as coberturas, que estão definidas por lei, as empresas querem limitar os procedimentos. Isso não pode ser permitido. Se a ANS liberar a flexibilização, estará ratificando que só quem tem dinheiro pode ter um plano bom."

Reajustes — Tão ou mais polêmica que a proposta de flexibilização dos planos é o fim do controle sobre os reajustes. A ANS regula os aumentos dados pelos planos individuais — os coletivos não são fiscalizados nesse sentido. As operadoras contestam esse controle, alegando que a Agência partiu do princípio de que todos os planos e operadoras eram iguais, o que teria atingido em cheio os cálculos atuariais das empresas.

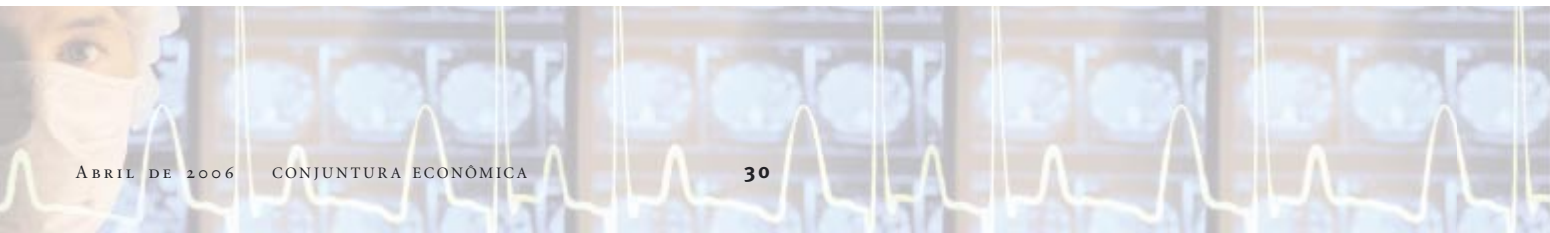
Silvio Corrêa da Fonseca, da Lincx, avalia que os planos das grandes capitais sofreram mais, já que os aumentos determinados pela ANS devem ser aplicados por todas as empresas do país, independentemente de seu porte e localização. Fonseca atribui a isso o fato de muitas companhias estarem tentando sair do segmento de saúde individual, tendência já identificada pelo setor.

Embora nenhuma companhia assuma que tem evitado a comercialização de produtos individuais, é de conhecimento geral que muitas operadoras, em especial as seguradoras, estão adotando práticas para desestimular a entrada de pessoas físicas em seus planos de saúde, como a redução da corretagem na venda desses serviços.

Na opinião da advogada Lumena Sampaio, que defende os consumidores que se sentem lesados por planos de saúde, o mercado caminha para concentração nos planos coletivos. Para o Idec, a ANS interpreta de forma equivocada a lei da saúde suplementar ao julgar que não tem competência para intervir nos planos coletivos. "Essa justificativa de que os beneficiários de planos coletivos têm maior poder de negociação não é verdadeira. Quando há um aumento abusivo, os grandes grupos rescindem o contrato e os pequenos, de cinco vidas, por exemplo, não conseguem sequer negociar", ressalta a advogada do Idec.

A própria ANS admite que a regulamentação do setor acabou por incentivar os planos coletivos. De acordo com Fausto Pereira, a partir do momento em que as companhias deixaram de qualificar seus riscos pela exclusão de serviços e que os reajustes dos planos individuais começaram a ser controlados, os planos para grupos tornaram-se mais interessantes. Ele discorda, entretanto, da teoria segundo a qual os planos individuais estão condenados à extinção. Pereira rebate ainda as críticas de que a ANS não regula os planos coletivos: "A única coisa que a Agência não regula é o reajuste dado por esse tipo de plano."

Críticas — Assim como outras agências reguladoras, a ANS não escapa às críticas dos *players* do setor e, tampouco, das reclamações dos consumidores. As operadoras atribuem ao excesso de regulamentação, por exemplo, o encolhimento do mer-



cado. De 1999 até hoje, houve uma redução de cerca de um terço no número de empresas de saúde privada. Existe ainda uma percepção de que o número de clientes segue estagnado. Nos últimos cinco anos, o setor ganhou pouco mais de 2,5 milhões de novos beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia, de acordo com dados da ANS (ver gráfico). O maior crescimento foi verificado entre os planos exclusivamente odontológicos, que saltaram de 2,793 milhões, em dezembro de 2000, para 6,249 milhões, em dezembro de 2005.

A Abramge, que reúne mais de 300 associadas, demonstra grande preocupação com a saúde financeira das empresas do setor. "As novas tecnologias implicam em um aumento de custos com o qual as operadoras não estão preparadas para lidar. A regulamentação tem que ser alterada. Há uma cobertura quase que ilimitada hoje", diz Almeida.

Afora a questão da cobertura e dos reajustes, as empresas condenam ainda a burocracia exigida pela ANS para o registro de novos produtos. "Atendemos muitas empresas e a grande maioria delas acaba por exigir um produto customizado. A cada adaptação que fazemos, por menos que seja, somos obrigados a pagar registros que nos custam cerca de R$ 50 mil", conta o superintendente geral da Unimed-Rio.

Clientes — Os consumidores tampouco se mostram satisfeitos com a postura adotada pela agência reguladora. De acordo com o Idec, a ANS figurou entre as agências com maior índice de reclamações em 2005, com destaque absoluto para os reajustes. "Trata-se de assistência à saúde, item essencial à população, que tem a expectativa de usar o serviço, sem problemas, sempre que for necessário. Mas, infelizmente, neste setor, a prioridade é a saúde econômico-financeira das empresas. Falta efetividade na maneira de conduzir essa política pública. O consumidor não consegue pagar, os hospitais e os profissionais são mal-remunerados, as empresas estão quebrando. O mercado está em constante turbulência por falta de pulso", ataca a advogada da instituição.

De acordo com pesquisa recente do Idec para avaliar sete agências e órgãos reguladores, a atuação da ANS na regulação do mercado de planos de saúde continua lesiva ao consumidor. O estudo considera ainda que a agência é omissa na regulação dos planos coletivos e que teve uma atuação desastrosa em situações de quebra de empresas.

A despeito de todas as críticas, não há dúvidas para o mercado de que a regulamentação foi benéfica, já que qualificou as operadoras, oferecendo um mínimo de segurança para os clientes. Antes, não havia qualquer exigência para a abertura e a operação de uma companhia na área de saúde suplementar. Até 2004, as empresas funcionavam com registros provisórios. Em dezembro do mesmo ano, a ANS publicou a resolução normativa 85, que determinou o início do processo de concessão de autorização de funcionamento. O prazo para envio dos documentos encerrou-se em dezembro do ano passado e, segundo a resolução 112 da Agência, as operadoras que não enviaram a documentação podem ter suas carteiras alienadas.

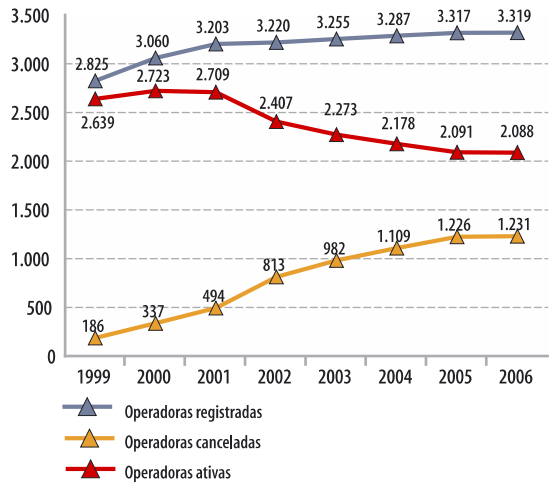
De acordo com o presidente da ANS, das 2.088 operadoras ativas, 1.950 deram entrada ao processo de autorização definitiva e 138 ainda não o fizeram. Em fevereiro, seis já contavam com autorização de funcionamento e 97 já detinham o registro definitivo.

Nova regulamentação permitiria mobilidade entre faixas semelhantes, para que os beneficiários migrassem entre planos substitutos

Para Pereira, o setor de saúde suplementar tem um problema de base: o fato de ter crescido por 40 anos sem que houvesse qualquer tipo de regulação. Do ponto de vista dos beneficiários, existe a questão dos planos antigos (leia boxe com histórico do setor). No que tange às empresas, há um grande número de companhias que foram criadas sem cumprir exigências mínimas do mercado, como a constituição de reservas.

Portabilidade — Outro grande problema do setor se encontra no fato de que a legislação não foi capaz de consolidar mecanismos concorren-

Operadoras registradas, canceladas e ativas (1999-2006)



Fonte: Cadastro de operadoras - ANS/MS - 01/02/2006

A inflação acumulada pelo IPC, de 1997 a 2005, registrou variação de 85,80% contra os 110,01% de reajuste dos planos e seguros-saúde

ciais. "Nos planos individuais, não há concorrência. Se um plano pratica um aumento abusivo, o consumidor não tem como escolher uma nova prestadora de serviços. Para piorar, este mercado apresenta uma assimetria brutal de informações", critica Pereira.

A partir dessa constatação, segundo a qual não existe concorrência efetiva no setor, surge uma das mais complexas propostas de reformulação dos planos de saúde: a autorização de mobilidade, entre operadores, por parte dos beneficiários.

Para Aloísio Teixeira, o principal entrave para o desenvolvimento do setor é a inexistência da portabilidade de carteiras. "O que se deseja é que haja uma integração entre os sistemas público e privado e que este último apresente um padrão de concorrência adequado. Para que isso seja possível, o segmento de saúde suplementar deve apresentar as características típicas de um mercado, o que não ocorre."

Atualmente, argumenta o reitor da UFRJ, nem empresas e consumidores podem se movimentar com liberdade nesse mercado. Teixeira é um crítico ferrenho da impossibilidade de se trocar de planos de saúde sem perder a carência. "Os consumidores não podem exercer sua preferência. São prisioneiros de um sistema que os obriga a ficar no mesmo plano que escolheram ao ingressar no mercado."

Teixeira é taxativo ao propor uma solução para o setor: o mercado deveria trocar o controle de reajustes pela portabilidade de planos. Se o cliente tem a liberdade de escolher um plano semelhante ao contratado inicialmente, ele pode mudar caso seu plano pratique um aumento abusivo, resume.

Diante das críticas das operadoras, de que os clientes poderiam migrar de um plano simples, de R$ 50, para um plano até dez vezes mais caro, Teixeira rebate: "Com uma definição clara dos tipos de planos existentes no mercado e com regras bem desenhadas, a portabilidade pode funcionar muito bem. Hoje, o mercado é muito bom para as empresas. Não basta liberar os preços. É fundamental dar liberdade aos clientes."

A ANS é totalmente favorável à portabilidade. Mas para que essa proposta se concretize, é preciso que haja uma mudança na lei. A nova regulamentação permitiria a mobilidade entre faixas semelhantes, de forma que os beneficiários pudessem migrar entre planos substitutos. "Em um mercado no qual a concorrência fosse consolidada através da portabilidade, os controles dos reajustes seriam desnecessários", reforça o presidente da agência reguladora.

Superintendente geral da Unimed-Rio, Modenezi faz parte do grupo de executivos do setor que julgam positiva a aprovação da portabilidade. Obviamente, afirma ele, não é um processo simples, já que a modelagem dessa regulamentação exigira um amplo conhecimento do mercado, mas certamente a mobilidade eliminaria a competição predatória por preço e carência.

Alternativas — Enquanto não há mudanças no marco regulatório do setor, as empresas investem em alternativas para minimizar o aumento dos custos. Uma dessas estratégias é a aposta em saúde preventiva. O atendimento domiciliar pré-hospitalar — para evitar grandes despesas em casos de moléstias graves e crônicas —, o desenvolvimento de um relacionamento melhor com doentes crônicos e a prevenção de doenças junto a pacientes com perfis de risco (obesos, diabéticos e hipertensos) estão agora entre as atividades incentivadas pelos planos de saúde. A Abramge estima que a redução de gastos pode cair até 50% nesses casos.

A despeito de todos os esforços, o pessimismo ainda domina as previsões de boa parte das operadoras. Para a Abramge, diversas empresas deverão quebrar em 2006. A associação cita o fato de que muitas companhias, sobretudo as de menor porte, não conseguiram se enquadrar nos requisitos exigidos pela ANS para obter o registro definitivo de funcionamento.

Fonseca, da Lincx, acredita que o mercado deverá passar por um processo de consolidação nos próximos anos. Ele aposta no aumento do número de fusões e aquisições este ano, com a compra das menores empresas por grupos com abrangência nacional. De fato, todas as empresas de grande porte estão interessadas em adquirir novas carteiras das menores, revela a associação das operadoras de medicina de grupo. Hoje, 42 empresas atendem pouco mais de 17 milhões de clientes.

Na contramão do pessimismo que atinge boa parte dos empresários do setor, o presidente da AGF Saúde, Peter Rosemberg, discorda do que considera visões apocalípticas do mercado. "Este não é um setor em extinção, como algumas empresas querem fazer parecer. É óbvio que o setor público jamais terá condições de atender a todos. Sendo assim, há de se convergir, com maturidade, para soluções que tornem possível um consenso", conclui. Resta saber se haverá algum outro consenso no mercado que não o da insatisfação. (*Leia A saúde no orçamento familiar, pág. 50.*)



Um capítulo da história

As primeiras empresas médicas com perfil semelhante ao das atuais operadoras da saúde suplementar surgiram na década de 1960. Mas, até o início dos anos de 1980, este era um mercado caracterizado pelo pequeno número de pessoas atendidas e pelo alto grau de dependência em relação ao sistema público. "O sistema era previdenciário. Somente os que contribuíam para a previdência tinham acesso à assistência médica, o que excluía a maioria da população brasileira", lembra Aloísio Teixeira, reitor da UFRJ e especialista no tema.

Números apresentados no primeiro Congresso de Medicina de Grupo (1978) revelavam que, dos 7,6 milhões de beneficiários das empresas de medicina de grupo, 4,8 milhões (61%) eram oriundos de convênios-empresa intermediados pelo Inamps, o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. De forma geral, os convênios eram firmados entre a empresa ou indústria, a Previdência Social e uma operadora de saúde. A empresa médica recebia, da Previdência, um valor total pelo convênio. Ou, nos casos em que a indústria pagava diretamente à operadora, a Previdência era responsável pelo reembolso dos serviços utilizados pelos funcionários e dependentes da empresa.

Entretanto, no início da década de 1980, quando já se contabilizava cerca de 15 milhões de clientes de planos de saúde, o modelo de assistência baseado na relação de dependência dos setores público e privado já se mostrava ineficiente. Com o agravamento da recessão econômica e a conseqüente redução dos recursos destinados à saúde, tornou-se evidente a inoperância dos serviços prestados à população. E foi neste contexto que a Constituição de 1988 estabeleceu a universalização dos serviços de saúde, que deveriam atingir indiscriminadamente a todos os brasileiros. Com a explosão da demanda na esfera pública, teve início um período de crescimento expressivo do segmento supletivo. "A verdade é que o sistema de saúde suplementar desenvolveu-se a reboque da incapacidade do Estado de atender adequadamente as necessidades da população na área de saúde", resume Teixeira.

A partir de 1988, as empresas de saúde privada passaram a estabelecer relações diretas de venda de seus serviços às empresas e aos consumidores individuais dispostos a contratar um atendimento médico privado. Diante desse quadro, as cooperativas, empresas de medicina de grupo, operadoras de autogestão e seguradoras tornaram-se responsáveis pela absorção de parcelas cada vez maiores dos serviços médicos. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (1999) já demonstrava que 91% dos hospitais, clínicas e laboratórios privados contavam com os planos de saúde para se autofinanciarem. A mesma pesquisa apurou que, entre os estabelecimentos de saúde privados consultados, apenas 31% prestavam serviços ao SUS.

Na década de 1990, ganhou força a campanha pela regulamentação da saúde suplementar, responsável pelo atendimento de cerca de 30 milhões de beneficiários. Em pauta, temas como a solidez financeira das operadoras, os direitos dos clientes e os reajustes. Com a aprovação da Lei 9.656/98, em 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, pela Lei 9.961/00, foi dado o passo inicial para a formação do marco regulatório na área de saúde privada.

Vale acrescentar que a Lei 9.656/98 criou cinco categorias de planos: referência, ambulatorial (apenas consultas e exames laboratoriais), hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológico.

Num primeiro momento, a legislação previu que todos os beneficiários deveriam, obrigatoriamente, adequar-se às novas determinações, migrando para novos contratos. No entanto, essa cláusula foi revogada e ficou estabelecido que cada operadora deveria oferecer a seus clientes a opção de aderir a contratos que oferecessem os novos benefícios determinados por lei.

A ampliação das coberturas levou, entretanto, a um aumento no custo dos planos de saúde, de forma que parcela considerável do mercado não aderiu aos novos planos. De acordo com a ANS, o setor encerrou 2005 com 385% dos beneficiários ainda atendidos por planos formatados antes da Lei 9.656/98. (*CF*)