

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA
MESTRADO EM DIREITO CONSTITUCIONAL ECONÔMICO**

MARINA OLIVEIRA DE PAULA MACHADO

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR: APROXIMAÇÕES E
DISTANCIAMENTOS NA ATUAÇÃO DO CADE E NO PAPEL DA ANS**

**GOIÂNIA
AGOSTO DE 2025**

MARINA OLIVEIRA DE PAULA MACHADO

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR: APROXIMAÇÕES E
DISTANCIAMENTOS NA ATUAÇÃO DO CADE E NO PAPEL DA ANS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito Econômico e Constitucional do Centro Universitário Alves Faria, sob orientação do Prof. Dr. André Pereira R. Tokarski, como requisito para a conclusão do Curso de Mestrado.

Prof. Dr. André Pereira R. Tokarski

GOIÂNIA
AGOSTO DE 2025

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

M149r

Machado, Marina Oliveira de Paula.

Regulação econômica da saúde suplementar : aproximações e distanciamentos na atuação do CADE e no papel da ANS. / Marina Oliveira de Paula Machado. – 2025.

67 f.: il. 30cm.

Orientador: Prof. Dr. André Pereira R. Tokarski.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional Econômico, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2025.

1. Regulação econômica. 2. Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). 3. Planos de saúde. 4. Direito do consumidor. I. Tokarski, André Pereira R. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 366.542:368.942

MARINA OLIVEIRA DE PAULA MACHADO

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR: APROXIMAÇÕES E
DISTANCIAMENTOS NA ATUAÇÃO DO CADE E NO PAPEL DA ANS**

Esta dissertação foi analisada e julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Direito e aprovado em sua forma final pelo Orientador e Banca Examinadora designada pelo Curso de Mestrado em Direito Econômico e Constitucional do Centro Universitário Alves Faria.

Prof. Dr. André Pereira R. Tokarski UNIALFA
Orientador

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. André Pereira R. Tokarski

Prof. Dr. Guilherme Martins Teixeira Borges

Prof. Dra. Cristiane Regina Fairbanks de Sá

**GOIÂNIA
AGOSTO DE 2025**

Aos meus pais, e ao meu esposo, minha força e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Ao Tribunal de Justiça de Goiás, pelo apoio institucional e pela valiosa experiência prática que enriqueceu esta pesquisa. Ao meu estimado orientador, Prof. André Pereira R. Tokarski, pela orientação precisa, paciência e incentivo constante, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. Meu sincero agradecimento a todos.

RESUMO

MACHADO, Marina Oliveira de Paula. **Regulação econômica da saúde suplementar: Aproximações e distanciamentos na atuação do CADE e no papel da ANS.** Dissertação, 2025. 67 f. Curso de Mestrado em Direito Econômico e Constitucional do Centro Universitário Alves Faria. (UNIALFA). Goiânia, 2025.

Este estudo analisa a regulação de planos de saúde no Brasil, abordando a interação entre a regulação estatal e a atuação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). O objetivo geral é investigar como a regulação estatal, sob a perspectiva da Constituição Federal de 1988, e as decisões do CADE em atos de concentração impactam o acesso à saúde, os direitos do consumidor e o desenvolvimento econômico. O problema de pesquisa concentra-se na eficácia da regulação estatal e na influência das decisões do CADE na preservação da concorrência, na qualidade dos serviços e nos preços dos planos de saúde. A metodologia inclui revisão bibliográfica e análise qualitativa de votos dos conselheiros do CADE (2018-2022). Os resultados revelam a complexidade do setor, com desafios na conciliação entre proteção ao consumidor e dinâmica concorrencial. A regulação da ANS busca equilibrar qualidade e sustentabilidade, enquanto o CADE avalia os impactos de fusões e aquisições. As conclusões apontam para a necessidade de aprimoramento da regulação e maior integração entre ANS e CADE, visando um sistema mais acessível e equilibrado.

PALAVRAS-CHAVE: Regulação Econômica. Planos de Saúde. CADE. Direito Concorrencial. Direito do Consumidor.

ABSTRACT

MACHADO, Marina Oliveira de Paula. Economic regulation of supplementary healthcare: Convergences and divergences in the actions of CADE and the role of ANS. Dissertation, 2025. 67 f. Master's Course in Economic and Constitutional Law of the Alves Faria University Center. (UNIALFA). Goiânia, 2025.

This study analyzes the regulation of health plans in Brazil, addressing the interaction between state regulation and the actions of the Administrative Council for Economic Defense (CADE). The general objective is to investigate how state regulation, from the perspective of the Federal Constitution of 1988, and CADE's decisions in concentration acts impact access to health, consumer rights, and economic development. The research problem focuses on the effectiveness of state regulation and the influence of CADE's decisions in preserving competition, service quality, and health plan prices. The methodology includes a literature review and qualitative analysis of CADE's counselors' votes (2018-2022).

The results reveal the complexity of the sector, with challenges in reconciling consumer protection and competitive dynamics. ANS regulation seeks to balance quality and sustainability, while CADE assesses the impacts of mergers and acquisitions. The conclusions point to the need for improving regulation and greater integration between ANS and CADE, aiming at a more accessible and balanced system.

KEYWORDS: Economic Regulation. Health Plans. CADE. Competition Law. Consumer Law.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CADOP – Banco de Dados de Operações e Processos do CADE (ou sistema relacionado de análise de atos de concentração)

CONSU - Conselho de Saúde Suplementar

DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

M&A – Fusões e Aquisições (do inglês, Mergers and Acquisitions)

RPS – Sistema de Registro e Pesquisa de Atos de Concentração

SBDC – Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

SIB – Sistema de Informação da Saúde Suplementar

SQL – Structured Query Language (Linguagem de consulta estruturada para manipulação de bancos de dados)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 CAPÍTULO: CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	15
1.1 Histórico da Saúde Suplementar	15
1.2 Criação da ANS	17
1.3 O Papel da ANS na Regulação dos Planos de Saúde	18
1.3.1 Histórico da regulação dos planos de saúde no Brasil e principais legislações	19
1.3.2 Função da Agência Nacional de Saúde Suplementar	19
1.3.3 Normas e diretrizes elaboradas pela ANS para a operação das operadoras	21
1.3.4 Mecanismos de fiscalização e controle sobre as operadoras de planos de saúde	22
1.3.5 Diretrizes sobre cobertura mínima e tratamentos obrigatórios, com exemplo das doenças raras	24
1.4 Estrutura do Setor de Saúde Suplementar	24
1.4.1 Modalidades de Operadoras:	25
1.4.2 Porte das Operadoras	27
1.4.3 Tipos de Planos	27
1.5 Regulação da saúde suplementar: desafios e oportunidades	29
2 CAPÍTULO: A Regulação Estatal dos Planos de Saúde sob a Ótica da Constituição Federal de 1988	32
2.1 Contextualização da saúde como um direito fundamental	32
2.1.1 Necessidade da regulação estatal no setor de saúde suplementar	33
2.2 Princípios da Regulação em Saúde	34
2.2.1 Fundamentação e contexto	35
2.2.2 Os Princípios	35

2.3 A Tutela Constitucional das Relações entre Planos de Saúde e Consumidores	36
2.4 Defesa do Consumidor na Regulação da Saúde Suplementar	38
2.4.1 Direitos dos beneficiários e a importância da informação	39
2.4.2 As diretrizes de portabilidade de carências e suas implicações para o consumidor	39
2.4.3 A relação de transparência entre consumidores, prestadores de serviços e a ANS	40
2.5 Impacto dos Atos de Concentração e a Atuação do CADE	41
2.5.1 Introdução ao conceito de atos de concentração no setor de saúde	41
2.5.2 Análise do papel do CADE na proteção da concorrência	41
2.5.3 Impactos das concentrações no mercado de saúde suplementar	42
2.5.4 Efeitos das fusões e aquisições sobre os direitos dos consumidores e a qualidade dos serviços	43
2.6 Conflitos e Sinergias entre ANS e CADE	44
2.6.1 Diferenças nas abordagens regulatórias	45
2.7 Análise Crítica da Regulação dos Planos de Saúde	45
2.7.1 Efeito da regulação na qualidade dos serviços	46
2.7.2 O risco de captura regulatória e suas consequências	46
3 CAPÍTULO: Análise dos Atos de Concentração do CADE no Período de 2018 a 2022: Estudo a partir dos Votos dos Conselheiros	48
3.1 Marco Legal e Institucional do Controle dos Atos de Concentração	48
3.2 Metodologia e Fundamentação da Análise	49
3.3 Tendências e Padrões nas Decisões do CADE (2018-2022)	51
3.4 Avaliação dos Votos dos Conselheiros e Reflexão sobre os Impactos ao Consumidor	56
3.5 Interação entre CADE e ANS e Desafios Regulatórios	59
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
5 REFERÊNCIAS	64

INTRODUÇÃO

A crescente relevância da regulação dos planos de saúde no Brasil apresenta-se como uma temática de inegável importância, especialmente quando se considera o contexto desafiador enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, embora concebido como um sistema universal e igualitário, enfrenta limitações significativas em termos de financiamento adequado, o que, por sua vez, impacta a acessibilidade e a qualidade do atendimento oferecido à população. Nesse cenário, a saúde suplementar, que abrange os planos e seguros de saúde privados, assume um papel de destaque, funcionando como um mecanismo complementar ao sistema público. No entanto, é crucial reconhecer que a saúde suplementar não está isenta de seus próprios desafios, que demandam uma análise aprofundada e a busca por soluções eficazes.

O sistema de saúde brasileiro se caracteriza por uma marcante dualidade, expressa na coexistência de um setor público e um setor privado. O setor público, representado pelo SUS, tem como princípio fundamental oferecer serviços de saúde de forma gratuita a todos os cidadãos, buscando garantir o acesso universal e igualitário. Por outro lado, o setor privado se apresenta como uma alternativa para aqueles que buscam uma cobertura de saúde mais ampla ou acesso a serviços diferenciados, principalmente por meio da contratação de planos e seguros de saúde. Essa coexistência de setores, embora possa oferecer opções à população, também gera debates acalorados e complexos. Questionamentos sobre a real eficácia do SUS, a equidade no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de uma regulação estatal robusta que proteja os direitos dos consumidores e, ao mesmo tempo, assegure a viabilidade e o desenvolvimento das operadoras de planos de saúde, tornam-se centrais nesse contexto.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada no ano 2000, desempenha um papel de suma importância na regulação do setor de saúde suplementar. Sua criação representou um marco regulatório, buscando estabelecer um equilíbrio dinâmico entre a atuação do setor privado e os princípios que norteiam o SUS. A regulação exercida pela ANS se revela como um instrumento essencial para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência prestada e a transparência nas relações estabelecidas entre os diversos atores do setor: consumidores, prestadores de serviços e operadoras de planos.

Entretanto, o mercado de saúde suplementar também se caracteriza por uma intensa dinâmica de fusões e aquisições, que tem configurado um processo de crescente concentração econômica. Esse fenômeno levanta questionamentos cruciais sobre os potenciais impactos na concorrência, nos preços praticados e, sobretudo, na qualidade do atendimento oferecido aos

beneficiários dos planos de saúde. O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) assume, nesse contexto, um papel de grande relevância, sendo o órgão responsável por analisar os atos de concentração e zelar pela manutenção de um ambiente concorrencial saudável no setor.

Este estudo se propõe a investigar de forma aprofundada a complexa interação entre a regulação estatal dos planos de saúde, exercida principalmente pela ANS, e a atuação do CADE na análise de atos de concentração no setor de saúde suplementar, destacando como essa colaboração é fundamental para garantir o acesso à saúde e a proteção dos direitos do consumidor. Essa interação entre órgãos reguladores e de defesa da concorrência contribui para que o mercado preserve condições de competição saudável, prevenindo práticas oligopolísticas ou monopólicas que possam comprometer tanto a eficiência econômica quanto o bem-estar dos usuários. Além disso, a análise está alinhada aos princípios constitucionais que asseguram a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como às normas de defesa do consumidor, reforçando a importância de políticas que conciliem a sustentabilidade do setor com a garantia de serviços acessíveis e de qualidade. O estudo contextualiza ainda a situação sociológica do Brasil entre 2018 e 2022, período marcado pelo envelhecimento populacional e pela alteração da pirâmide etária, o que intensifica os desafios do sistema e dinamiza as necessidades dos usuários. Do ponto de vista regulatório, a crescente proporção de idosos em relação aos jovens pode causar desequilíbrios para as operadoras e dificuldades para o sistema em atender às demandas específicas dessa população, ressaltando a relevância da atuação articulada entre regulação e controle concorrencial para a sustentabilidade e equidade do setor.

A pesquisa busca analisar como as normas regulatórias estabelecidas pela ANS, os princípios constitucionais que fundamentam o direito à saúde e as decisões proferidas pelo CADE influenciam o acesso da população aos serviços de saúde, a efetiva garantia dos direitos dos consumidores e o desenvolvimento econômico do país. O problema central da pesquisa concentra-se na avaliação crítica da eficácia da regulação estatal dos planos de saúde e na análise da influência exercida pelas decisões do CADE na preservação de um ambiente concorrencial equilibrado, na promoção da qualidade dos serviços oferecidos e no controle dos preços praticados no mercado de saúde suplementar.

Para abordar essa problemática de forma estruturada e aprofundada, o presente estudo foi organizado em capítulos, cada um com um foco específico:

No capítulo 1, a contextualização da Saúde Suplementar no Brasil que tem como objetivo oferecer uma compreensão abrangente e aprofundada do panorama da saúde suplementar no Brasil. Para tanto, aborda-se a evolução histórica do setor, desde o surgimento

das primeiras operadoras de planos de saúde até o cenário atual, caracterizado pela crescente complexidade e pelos desafios regulatórios. A legislação que regula o setor é examinada em detalhes, com ênfase na Lei nº 9.656/98 e no papel desempenhado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na normatização e fiscalização das operadoras.

A estrutura organizacional do setor é apresentada, identificando os diferentes tipos de operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços e os beneficiários. Por fim, são discutidos os principais desafios que o setor enfrenta, como a assimetria de informações, a judicialização da saúde e a necessidade de adaptação às mudanças demográficas e epidemiológicas. A metodologia utilizada neste capítulo baseou-se principalmente em revisão bibliográfica e análise documental, buscando consolidar o conhecimento existente sobre o tema.

No capítulo 2, abordaremos a Regulação Estatal dos Planos de Saúde sob a Ótica da Constituição Federal de 1988 - Este capítulo se dedica a examinar a regulação estatal dos planos de saúde no Brasil sob a perspectiva dos princípios estabelecidos pela Constituição Federal de 1988. A Constituição, ao elevar a saúde à condição de direito fundamental, impõe ao Estado o dever de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, o que legitima a intervenção estatal na regulação do setor de saúde suplementar. O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na proteção dos direitos dos consumidores e na garantia da qualidade dos serviços é analisado em profundidade, destacando-se as normas e diretrizes estabelecidas pela agência para a operação das operadoras de planos de saúde.

Os mecanismos de fiscalização e controle exercidos pela ANS sobre as operadoras são detalhados, bem como as diretrizes relativas à cobertura mínima e aos tratamentos obrigatórios, com especial atenção às doenças raras. A defesa do consumidor na regulação da saúde suplementar é abordada como um pilar fundamental, ressaltando-se os direitos dos beneficiários, a importância da informação e as diretrizes de portabilidade de carências.

Por fim, são discutidos os impactos dos atos de concentração no setor e a atuação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) na proteção da concorrência. A metodologia deste capítulo envolveu revisão bibliográfica, análise documental e estudo de casos regulatórios, buscando uma compreensão abrangente e crítica da regulação estatal dos planos de saúde.

No capítulo 3, faremos a análise dos Atos de Concentração do CADE (2018-2022) e seus Impactos - Este capítulo se dedica à análise dos atos de concentração econômica submetidos ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no período de 2018 a 2022, com ênfase nos processos relacionados ao mercado de saúde suplementar. O marco legal

e institucional do controle dos atos de concentração no Brasil é apresentado, destacando-se a Lei nº 12.529/2011 (Brasil, 2011) e o papel do CADE na prevenção e repressão de infrações à ordem econômica.

As tendências e os padrões observados nas decisões do CADE no período analisado são identificados, buscando compreender os critérios e as prioridades do órgão na avaliação dos atos de concentração. A avaliação dos votos proferidos pelos conselheiros do CADE é realizada, examinando-se os fundamentos jurídicos e econômicos das decisões, bem como as influências estratégicas e regulatórias. Por fim, a interação entre o CADE e a ANS é discutida, analisando-se os desafios e as oportunidades de coordenação entre os órgãos na regulação do setor de saúde suplementar.

A metodologia aplicada neste capítulo combinou a análise quantitativa de dados secundários, extraídos dos bancos de dados da ANS e do CADE, com a análise qualitativa dos votos dos conselheiros do CADE, realizada por meio de revisões bibliográficas. No entanto, a obtenção e o acesso a esses votos apresentam dificuldades significativas, uma vez que nem sempre estão amplamente disponíveis ou divulgados de forma transparente, o que limita a profundidade da análise qualitativa e dificulta a compreensão completa dos fundamentos e posicionamentos individuais adotados nas decisões do Conselho.

Espera-se que este estudo contribua de forma significativa para o aprofundamento do conhecimento sobre a complexa dinâmica regulatória e concorrencial que molda o setor de saúde suplementar no Brasil. Ao fornecer subsídios teóricos e empíricos para o debate, a pesquisa busca oferecer elementos que possam fundamentar o aprimoramento das políticas públicas, visando a promoção de um sistema de saúde mais acessível, eficiente, equitativo e alinhado aos princípios constitucionais que garantem o direito fundamental à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

1 CAPÍTULO: CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde suplementar no Brasil é um tema de relevância crescente, especialmente em um país onde o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios significativos em termos de financiamento, acessibilidade e qualidade de atendimento. O sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela coexistência de um setor público, que oferece serviços gratuitos, e um setor privado, que se apresenta como uma alternativa de cobertura de saúde, principalmente por meio de planos e seguros de saúde.

A combinação dessas duas esferas gera debates significativos sobre a eficácia do SUS e a necessidade de uma regulação adequada que assegure a proteção ao consumidor, ao mesmo tempo em que permite a sobrevivência e o crescimento das operadoras de planos de saúde. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que consagra a saúde como um direito fundamental, o Brasil embarcou em um processo de reconfiguração do seu sistema de saúde, no qual a saúde suplementar passou a ser vista não apenas como uma resposta à demanda por serviços de saúde, todavia como um componente indispensável na equação da saúde pública.

Neste contexto, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 se tornou um marco regulatório que busca harmonizar a atuação do setor privado com os princípios do SUS. A regulamentação se destaca como um meio de garantir a equidade, a qualidade e a transparência nas relações entre consumidores, prestadores de serviços e operadores de planos. Essa mudança paradigmática reflete a necessidade de um gerenciamento eficaz e de uma supervisão rigorosa do mercado, o que se tornou essencial para equilibrar os interesses do setor privado e as demandas da população.

Este capítulo tem como objetivo oferecer uma compreensão mais profunda do panorama da saúde suplementar no Brasil, abordando sua evolução histórica, a legislação que a regula, a estrutura organizacional do setor e os principais desafios que surjam.

1.1 Histórico da Saúde Suplementar

O conceito de saúde suplementar começou a ganhar forma no Brasil a partir da década de 1960, com a criação das primeiras operadoras de planos de saúde. Este movimento surgiu em um contexto em que o Sistema Único de Saúde (SUS), criada pela Constituição de 1988, ainda não desempenhava o papel central que tem hoje na proteção da saúde pública. A criação da Lei nº 9.656, (Brasil, 1998), foi um marco importante, uma vez que regulamentou o setor de saúde suplementar e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para garantir o

funcionamento adequado deste mercado. Segundo Andrade (2015, p. 17) “a regulação da saúde suplementar [...] é uma missão complexa, tendo em vista as peculiaridades do objeto de trabalho - a saúde - e as relações de mercado”.

Segundo a ANS (2003), a regulação deste setor visou assegurar a qualidade no atendimento e proteger os direitos dos beneficiários. A atuação da ANS tem sido essencial, pois dentro do sistema de saúde brasileiro, a saúde suplementar não deve ser vista isoladamente, mas como uma extensão do sistema público, conforme observam Santos, Malta e Merhy (2008). Os esforços do Estado em promover um sistema de saúde que atenda a todos os cidadãos brasileiros tornam a saúde suplementar não apenas um mercado, porém uma necessidade social.

Ao longo dos anos, as operadoras de planos de saúde expandiram sua atuação, embora tenham enfrentado obstáculos como críticas quanto à qualidade dos serviços prestados e ao aumento dos custos. Nesse contexto, Pereira (2024) destaca que, em julho de 2023, estavam registradas 708 operadoras de planos privados de assistência à saúde, responsáveis por atender a mais de 50 milhões de beneficiários. Essa ampla presença reflete-se na cobertura da saúde suplementar, que, segundo Andrade (2015), alcança cerca de um quarto da população brasileira. No entanto, essa cobertura é mais expressiva nas grandes cidades e regiões metropolitanas, permanecendo limitada nas áreas rurais, o que evidencia ainda desafios regionais a serem enfrentados pelo setor.

Dessa forma, o panorama da saúde suplementar no Brasil não pode ser desassociado das transformações sociais e das políticas públicas que buscam melhorar a oferta e a qualidade do atendimento médico. É necessária uma avaliação crítica sobre a forma como o Estado opera neste espaço, garantindo que as políticas de saúde atendam efetivamente às necessidades da população, promovendo um equilíbrio entre o setor público e o privado. Portanto, é fundamental entender os aspectos legais, econômicos e sociais que compõem esse complexo cenário, ressalta Neri (2016).

A regulamentação se torna um instrumento chave para assegurar não apenas a viabilidade econômica das operadoras, mas também a saúde e o bem-estar dos beneficiários. Portanto, o histórico da saúde suplementar no Brasil é um reflexo da adaptação das políticas de saúde frente a um contexto desafiador, onde a regulação desempenha um papel crucial na formação de um mercado que prioriza a qualidade e a acessibilidade dos serviços.

1.2 Criação da ANS

A Legislação que rege a saúde suplementar no Brasil é fundamental para a estruturação deste setor, que desempenha um papel crucial no contexto da assistência à saúde. A base legal da saúde suplementar começou a se consolidar com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que estabeleceu o direito à saúde como um direito fundamental. A partir daí, diversas leis e diretrizes foram criadas para regulamentar a atuação das operadoras de planos de saúde e assegurar a proteção dos consumidores.

Um dos marcos mais significativos na regulamentação da saúde suplementar foi a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa lei estabelece normas gerais para a operação de planos de saúde, definindo direitos e deveres de beneficiários e operadoras, além de regulamentar as coberturas obrigatórias dos planos de saúde (Brasil, 1998). A ANS (2003) afirma que a criação dessa legislação foi um passo fundamental para “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras de planos de saúde e contribuir para o avanço das ações de saúde no País”.

Após a promulgação da Lei nº 9.656 (Brasil, 1998), foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Brasil, 2000). A ANS foi instituída como autarquia, com autonomia administrativa e financeira, e sua missão é regular, normatizar e fiscalizar o setor de assistência à saúde suplementar (ANS, 2003). A importância da ANS é acentuada por Gregori (2007, p.42), destacando que:

[...] a criação da ANS foi um marco importante para o mercado de saúde suplementar, [...] órgão estatal responsável por autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício dessas atividades, de modo a permitir que a competição se desse de forma saudável e em benefício da sociedade como um todo.

A criação da ANS representou um divisor de águas na operação das operadoras de planos de saúde, visto que, até então, o setor era marcado pela ausência de regulamentação eficaz e pelo controle inadequado das operações. A instituição do órgão possibilitou uma abordagem sistemática da regulação, que busca equilibrar os interesses das operadoras, consumidores e prestadores de serviço de saúde. Correio, Pinheiro e Monnerat (2021, p.23), observam que:

[...] a ANS vem atuando como instrumento de Estado para majorar a responsabilidade das operadoras de planos de saúde em seu favor. Sem prejuízo da análise de outros aspectos da regulação, observa-se o forte investimento da ANS.

Com a ANS, medidas como a criação de um rol mínimo de procedimentos que os planos devem cobrir foram estabelecidas, garantindo direitos básicos aos beneficiários. Assim, a ANS tem se empenhado em assegurar que todas as operadoras cumpram com suas obrigações contratuais e ofereçam um atendimento digno aos seus clientes. Destaca-se que, de acordo com Correio, Pinheiro e Monnerat (2021, p.23), a regulação é:

indispensável para manutenção da segurança jurídica do setor de saúde suplementar. [...] haja vista a necessidade do setor de saúde suplementar seja fiscalizado e compelido às constantes melhorias em seus aspectos assistenciais.

A legislação pertinente à saúde suplementar é, portanto, uma construção contínua e adaptativa, refletindo a necessidade de adequar as normas às realidades sociais e econômicas do Brasil, sendo que a ANS desempenha um papel central na promoção e proteção da saúde da população brasileira.

1.3 O Papel da ANS na Regulação dos Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde que exerce a função de órgão regulador, normatizador e fiscalizador das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde no Brasil. Sua criação insere-se no contexto mais amplo das reformas do Estado brasileiro ocorridas a partir da década de 1990, que buscaram estabelecer agências especializadas para regular setores específicos da economia (SILVA, 2003). Como afirmam Correio, Pinheiro e Monnerat (2021), a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) representou um marco na organização e na regulação do setor de planos de saúde no Brasil. A ANS atua com o objetivo primordial de defender o interesse público na assistência suplementar, regulando as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Sua atuação difere e complementa a do CADE, que se concentra na defesa da concorrência, embora ambas as entidades precisem dialogar, especialmente na análise de estruturas de mercado (Aranovich; Leandro, 2022).

1.3.1 Histórico da regulação dos planos de saúde no Brasil e principais legislações

Antes da década de 1990, o mercado de saúde suplementar no Brasil operava com mínima regulamentação específica em nível federal, o que gerava um cenário de grande instabilidade e insegurança jurídica, principalmente para os consumidores. A necessidade de estabelecer regras claras para o setor culminou na promulgação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998), conhecida como a Lei dos Planos de Saúde. Esta lei foi o marco inicial da regulação, estabelecendo direitos básicos aos beneficiários, definindo tipos de planos, regras de cobertura e obrigações para as operadoras.

Posteriormente, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Brasil, 2000), instituiu efetivamente a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dotando o setor de uma entidade com poderes normativos, fiscalizatórios e sancionatórios. A criação da ANS se alinha ao movimento de "agencificação" observado no Brasil naquele período, visando maior especialização técnica na regulação de setores complexos (Silva, 2003). Desde então, a regulação tem evoluído por meio de normativos infralegais editados pela ANS e também pela interpretação judicial, como demonstram Robba e Fernandes (2022) ao analisarem o impacto de decisões do Superior Tribunal de Justiça sobre temas regulados pela agência.

1.3.2 Função da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000), desempenha um papel crucial na organização e no funcionamento do setor de planos de saúde no Brasil. Sua principal missão institucional é a de promover e defender o interesse público no âmbito da assistência suplementar à saúde. Nesse sentido, a ANS atua como um órgão regulador das operadoras de planos de saúde, abrangendo inclusive as dinâmicas de suas relações tanto com os prestadores de serviços de saúde quanto com os consumidores, ou seja, os beneficiários dos planos. Adicionalmente, a atuação da ANS visa contribuir ativamente para o desenvolvimento mais amplo das ações de saúde em todo o país (Brasil, 2000).

Para cumprir sua finalidade institucional, a ANS exerce diversas funções essenciais. Uma delas é a normatização, que se traduz na elaboração de um conjunto de regras e diretrizes que governam a atuação das operadoras em múltiplos aspectos de sua operação. Essas normas abrangem desde a definição da cobertura assistencial mínima que deve ser oferecida aos beneficiários, passando pelos critérios operacionais que as operadoras devem seguir em seu dia a dia, até a regulamentação dos reajustes das mensalidades dos planos e a exigência de garantias

financeiras que assegurem a solvência e a capacidade de atendimento das operadoras, conforme a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

Outra função primordial da ANS é a supervisão e fiscalização do setor. Isso implica no acompanhamento constante do desempenho tanto assistencial quanto econômico-financeiro das operadoras. O objetivo dessa supervisão é garantir que as operadoras estejam cumprindo rigorosamente as normas estabelecidas e que mantenham uma saúde financeira sólida, assegurando assim a continuidade dos serviços aos beneficiários e a estabilidade do mercado de saúde suplementar, de acordo com a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

A proteção ao consumidor é também uma atribuição central da ANS. Nesse sentido, a agência estabelece e implementa mecanismos destinados a defender os direitos dos beneficiários dos planos de saúde. Isso inclui a atuação na mediação de conflitos que possam surgir entre beneficiários e operadoras, buscando soluções justas e eficazes. Além disso, a ANS tem o poder de aplicar sanções administrativas às operadoras que descumprirem as obrigações contratuais ou as disposições legais vigentes, visando coibir práticas abusivas e garantir o respeito aos direitos dos consumidores, de acordo com a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

No que concerne à indução da qualidade, a ANS desenvolve e implementa programas e indicadores com o propósito de avaliar e estimular a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde prestados tanto pelas operadoras quanto por sua rede credenciada de prestadores. Essa atuação busca incentivar a adoção de melhores práticas e a elevação dos padrões de atendimento em todo o sistema de saúde suplementar, de acordo com a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

Embora a defesa da concorrência seja primariamente uma responsabilidade do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), a ANS também desempenha um papel relevante no estímulo à concorrência dentro do setor de saúde suplementar. Essa atuação se manifesta na regulação das condições de entrada e saída de novas operadoras no mercado, bem como na promoção da transparência das informações relevantes para os consumidores, o que contribui para um ambiente de maior competitividade e, potencialmente, para melhores condições e preços para os beneficiários, de acordo com a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

1.3.3 Normas e diretrizes elaboradas pela ANS para a operação das operadoras

Para o eficaz cumprimento de suas responsabilidades regulatórias, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece um extenso corpo de atos normativos, tendo as Resoluções Normativas (RN) como um de seus principais instrumentos. Essas resoluções têm a função de detalhar as obrigações que recaem sobre as operadoras de planos de saúde e, simultaneamente, de especificar os direitos assegurados aos beneficiários, com base no que já está previsto na Lei nº 9.656/98 (Brasil, 1998). As normas emanadas pela ANS abrangem diversas áreas consideradas cruciais para o funcionamento adequado do setor e para a proteção dos consumidores.

Um dos pilares dessas normas é a definição da Cobertura Assistencial Mínima, materializada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que será detalhado em seções posteriores. Esse rol estabelece o conjunto mínimo de procedimentos, exames e tratamentos que todos os planos de saúde devem obrigatoriamente oferecer aos seus beneficiários, garantindo um acesso básico aos serviços de saúde suplementar.

As regras que regem os reajustes das mensalidades dos planos de saúde também são objeto de normatização pela ANS. A agência estabelece os critérios para a aplicação tanto dos reajustes anuais, que geralmente ocorrem na data de aniversário do contrato, quanto dos reajustes por faixa etária, que incidem em determinadas mudanças de idade dos beneficiários. Essas regras se aplicam tanto aos planos individuais ou familiares quanto aos planos coletivos, buscando conferir maior previsibilidade e controle sobre os aumentos nas mensalidades.

A Portabilidade de Carências é outro tema de grande relevância regulamentado pela ANS. As normas de portabilidade permitem que um beneficiário troque de plano de saúde sem a necessidade de cumprir novamente os períodos de carência já cumpridos no plano anterior, desde que atendidas algumas condições específicas. Neri (2016) destaca a importância da informação clara sobre as regras de portabilidade para que os beneficiários possam exercer esse direito de forma consciente e efetiva.

No que tange à solidez financeira do setor, a ANS estabelece exigências de Garantias Financeiras para as operadoras. Essas exigências incluem a constituição de reservas técnicas, que visam garantir recursos para o pagamento de futuras obrigações assistenciais, a formação de provisões para cobrir eventos já ocorridos, mas ainda não pagos, e a manutenção de uma margem de solvência, que representa um colchão financeiro para fazer frente a eventuais imprevistos e assegurar a capacidade econômica das operadoras de honrar seus compromissos.

A busca pela Qualidade nos serviços prestados é também um foco da atuação normativa da ANS. Nesse sentido, a agência implementa programas como o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que realiza uma avaliação anual das operadoras com base em diferentes dimensões de qualidade, como a qualidade da atenção à saúde, a satisfação dos beneficiários, os aspectos econômico-financeiros e a estrutura e operação. O IDSS serve como um importante instrumento de transparência e de estímulo à melhoria contínua dos serviços.

Por fim, a ANS estabelece diretrizes para garantir a Informação e Transparência nas relações entre operadoras e beneficiários. Isso inclui a obrigatoriedade de as operadoras divulgarem informações relevantes aos seus clientes, como as características dos planos, a rede credenciada de prestadores, as regras de utilização dos serviços e os mecanismos de atendimento ao consumidor. Além disso, as operadoras devem enviar dados periódicos à ANS, utilizando sistemas padronizados como o SIB-XML, que facilita a troca de informações cadastrais e assistenciais, conforme ressalta Neri (2016).

É importante salientar que essas normas e diretrizes estabelecidas pela ANS não são estáticas, mas sim dinâmicas e passíveis de atualizações periódicas pela própria agência, buscando acompanhar as mudanças no setor e as necessidades dos beneficiários. Adicionalmente, em casos de litígio e divergências de interpretação, essas normas são frequentemente objeto de análise e interpretação pelo Poder Judiciário, conforme observam Robba e Fernandes (2022).

1.3.4 Mecanismos de fiscalização e controle sobre as operadoras de planos de saúde

Para assegurar a observância das normas estabelecidas e a proteção dos direitos dos beneficiários, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) implementou um conjunto diversificado de mecanismos de fiscalização e controle sobre as operadoras de planos de saúde. Essa atuação fiscalizatória não se restringe à mera verificação do cumprimento das obrigações legais e contratuais, mas também abrange a avaliação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos e da solidez financeira das operadoras.

Um dos pilares desse sistema de fiscalização é o Monitoramento Contínuo de Dados. As operadoras são obrigadas a enviar periodicamente à ANS um volume significativo de informações de natureza assistencial, cadastral e econômico-financeira. Neri (2016) detalha os padrões técnicos para o envio de dados cadastrais por meio do Sistema de Informação de Beneficiários da Saúde Suplementar (SIB-XML), ilustrando a complexidade dos sistemas de informação que servem de base para o controle regulatório exercido pela agência. Esse fluxo

constante de dados permite à ANS acompanhar de perto o desempenho e a situação das operadoras.

O Programa de Qualificação das Operadoras, materializado no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), representa outro importante mecanismo de controle. Trata-se de uma avaliação anual das operadoras, baseada em indicadores que abrangem quatro dimensões principais: a qualidade da atenção à saúde prestada aos beneficiários, o desempenho econômico-financeiro da operadora, os aspectos de estrutura e operação da empresa, e o nível de satisfação dos próprios beneficiários. O IDSS fornece um panorama abrangente do desempenho das operadoras e serve como um instrumento de transparência para o mercado e para os consumidores.

A ANS também realiza atividades de Fiscalização Presencial e Documental. Isso envolve a condução de auditorias e diligências diretamente nas instalações das operadoras, com o objetivo de verificar in loco o cumprimento das normas regulatórias e contratuais. Além disso, a análise de documentos e registros das operadoras complementa essa modalidade de fiscalização, permitindo uma avaliação mais aprofundada de suas práticas e procedimentos.

O Acompanhamento de Reclamações registradas pelos beneficiários nos canais de atendimento da ANS constitui uma importante fonte de informação para a atuação fiscalizatória. A análise dessas demandas permite identificar possíveis irregularidades e problemas na atuação das operadoras, podendo inclusive deflagrar processos fiscalizatórios específicos para apurar as denúncias e garantir a solução dos conflitos.

Em situações de graves anormalidades assistenciais ou financeiras identificadas em uma operadora, a ANS pode instaurar Regimes Especiais. Dentre esses regimes, destacam-se a direção fiscal e a direção técnica, que representam intervenções mais intensivas na gestão da operadora, visando a correção das irregularidades. Em casos extremos, esses regimes podem culminar na alienação compulsória da carteira de beneficiários da operadora ou, até mesmo, na decretação de sua liquidação extrajudicial, buscando proteger os interesses dos consumidores.

Finalmente, a ANS possui o poder de aplicar sanções administrativas às operadoras que comprovadamente cometerem infrações às normas regulatórias. Essas sanções podem variar desde advertências e multas pecuniárias até a suspensão ou cancelamento do registro da operadora, dependendo da gravidade da infração.

A efetividade desse conjunto de mecanismos de fiscalização e controle é um fator determinante para o impacto da regulação sobre o comportamento das operadoras, conforme investigam Correio, Pinheiro e Monnerat (2021). Uma fiscalização robusta e atuante contribui

para garantir o cumprimento das normas, a qualidade dos serviços e a estabilidade do mercado de saúde suplementar, em benefício dos consumidores.

1.3.5 Diretrizes sobre cobertura mínima e tratamentos obrigatórios, com exemplo das doenças raras

Um dos pilares da regulação da ANS é a definição da cobertura assistencial mínima obrigatória para os planos de saúde, estabelecida por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Este Rol é uma lista detalhada de exames, consultas, cirurgias, terapias e outros procedimentos que todos os planos regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98) (Brasil, 1998) devem obrigatoriamente oferecer aos seus beneficiários, respeitando a segmentação assistencial contratada (ambulatorial, hospitalar, odontológica, etc.).

O Rol é atualizado periodicamente pela ANS, após processo que inclui consulta pública, visando incorporar novas tecnologias e tratamentos, mas também considerando a sustentabilidade do setor. A interpretação sobre a natureza do Rol (se taxativa ou exemplificativa) e a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos não listados são temas de intensa controvérsia judicial (Robba; Fernandes, 2022).

Um exemplo da complexidade na definição da cobertura são as doenças raras. Muitas vezes, os tratamentos para essas condições são de alto custo, envolvem medicamentos órfãos ou terapias inovadoras ainda não incorporadas formalmente ao Rol. A inclusão desses tratamentos no Rol ou a decisão sobre sua cobertura via ação judicial envolve um delicado balanço entre o direito à saúde do paciente, a evidência científica disponível e o impacto financeiro sobre o sistema de saúde suplementar, representando um desafio constante para a regulação da ANS e para o Judiciário.

1.4 Estrutura do Setor de Saúde Suplementar

A saúde suplementar no Brasil é um componente essencial no sistema de saúde, atuando paralelamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua estrutura é composta por um conjunto complexo de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços, beneficiários e uma robusta regulamentação imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo a ANS (2021) “a saúde suplementar é entendida como o conjunto de serviços e produtos oferecidos com a finalidade de garantir a proteção à saúde dos beneficiários, com a adoção de mecanismos que promovam a prevenção e a assistência.”

As operadoras de planos de saúde são as entidades responsáveis pela oferta de serviços cuja função primordial é prestar assistência à saúde dos beneficiários. Elas são categorizadas em diferentes tipos, como as operadoras de autogestão, cooperativas médicas, seguradoras e prestadoras de serviços de saúde. Cada uma delas possui um modelo de gestão e operação distinta, adequando-se assim às necessidades do mercado e às demandas dos consumidores (Barroso, 2012).

1.4.1 Modalidades de Operadoras:

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2014), o universo das operadoras de planos de saúde no Brasil é bastante diversificado, abrangendo diferentes modelos de negócio e formas de organização.

Uma das modalidades primárias é a Medicina de Grupo. Estas operadoras são caracterizadas por sua constituição como sociedades, geralmente com fins lucrativos, que atuam na comercialização e operação de planos privados de saúde. É importante ressaltar que essa categoria é definida por exclusão, ou seja, engloba as operadoras que não se enquadram nas demais modalidades específicas, como as administradoras de benefícios, as cooperativas médicas, as entidades de autogestão, as organizações filantrópicas e as seguradoras especializadas no setor de saúde. Assim, a Medicina de Grupo representa um espectro amplo de empresas que oferecem planos de saúde com diferentes coberturas e redes de atendimento.

Em contrapartida, as Cooperativas Médicas representam uma abordagem distinta. Conforme a ANS (2014), essas operadoras são formadas por associações de pessoas, especificamente médicos, operando sem o objetivo de lucro. Seu propósito central é a comercialização e a operação de planos de assistência à saúde, com a particularidade de serem geridas e controladas pelos próprios profissionais da medicina que a compõem. Esse modelo cooperativo busca alinhar os interesses dos médicos com os dos beneficiários dos planos.

Outra modalidade com características próprias é a Seguradora Especializada em Saúde. Estas empresas, constituídas sob a forma de sociedades seguradoras com fins lucrativos, atuam no mercado oferecendo seguros de saúde. Uma característica distintiva dessas operadoras, apontada pela ANS (2014), é a obrigatoriedade de oferecer o reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas incorridas pelos segurados. Além disso, podem comercializar seguros que preveem a garantia de assistência à saúde de forma direta, por meio de uma rede credenciada.

A Autogestão, por sua vez, representa um modelo peculiar de operação de planos de saúde. Segundo a ANS (2014), as entidades ou empresas que se enquadram nessa modalidade

operam planos privados de assistência à saúde destinados de forma exclusiva a um público específico. Esse público compreende seus empregados ativos, os associados integrantes de uma determinada categoria profissional (como associações ou sindicatos), os aposentados, os pensionistas ou os ex-empregados da entidade ou empresa, bem como os seus respectivos grupos familiares. A autogestão, portanto, não visa o mercado em geral, mas sim o bem-estar de um grupo específico vinculado à sua origem.

No campo das entidades sem fins lucrativos, encontramos a modalidade de Filantropia. A ANS (2014) define essas operadoras como aquelas constituídas em entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde e que obtiveram o certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Essa certificação atesta o caráter filantrópico da instituição, conferindo-lhe um tratamento diferenciado em relação a tributos e outras obrigações.

Voltando a um foco mais específico, temos as modalidades voltadas para a saúde bucal. A Odontologia de Grupo, conforme a ANS (2014), engloba as operadoras constituídas como sociedades que se dedicam exclusivamente à comercialização e operação de planos odontológicos. Essas empresas podem oferecer uma variedade de planos com diferentes coberturas para tratamentos dentários.

De forma similar à cooperativa médica, a Cooperativa Odontológica é definida pela ANS (2014) como uma associação de pessoas sem fins lucrativos, formada por odontólogos, que comercializam e operam planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos. Esse modelo permite que os profissionais da odontologia se organizem para oferecer serviços de saúde bucal de forma cooperada.

Por fim, a Administradora de Benefícios desempenha um papel importante na intermediação e gestão de planos de saúde coletivos. A ANS (2014) a define como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante (ou seja, a que contrata o plano em nome de um grupo) ou que presta serviços de gestão para pessoas jurídicas que já contrataram planos privados coletivos de assistência à saúde. As administradoras de benefícios atuam na organização, na negociação e na administração desses planos, facilitando o acesso à saúde para grupos de pessoas vinculadas a empresas ou entidades de classe.

1.4.2 Porte das Operadoras

Além da modalidade, as operadoras de planos de saúde também são classificadas de acordo com o seu porte, que é definido pelo número de beneficiários que cada operadora possui. Essa classificação é importante para a ANS, pois permite diferenciar o nível de complexidade e o impacto de cada operadora no mercado de saúde suplementar (IESS, 2015).

1.4.3 Tipos de Planos

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2015), os planos de saúde se apresentam em uma diversidade de tipos, cada um moldado por diferentes características que atendem a necessidades e perfis de usuários distintos.

Um dos critérios fundamentais de diferenciação reside no tipo de cobertura oferecida. A ANS (2014) destaca que os planos podem ser segmentados em ambulatoriais, que cobrem consultas, exames e procedimentos realizados em consultórios ou clínicas; hospitalares, que abrangem internações e procedimentos realizados em ambiente hospitalar; e odontológicos, focados na saúde bucal, incluindo consultas, exames, prevenção e tratamentos dentários. Existem ainda planos que combinam essas coberturas, oferecendo uma assistência mais abrangente.

Outro aspecto relevante diz respeito à época de contratação (ANS, 2014). Essa distinção estabelece uma diferença entre os planos antigos, contratados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, e os planos novos, contratados após essa legislação. Essa diferenciação pode implicar em diferentes tipos de cobertura e regras de reajuste, sendo importante que o beneficiário compreenda em qual categoria seu plano se enquadra.

A forma de contratação é outro fator crucial na tipologia dos planos de saúde (ANS, 2014). Existem os planos individuais ou familiares, contratados diretamente por uma pessoa física ou por um grupo familiar. Os planos coletivos empresariais são aqueles contratados por uma empresa para oferecer assistência médica aos seus funcionários e, muitas vezes, seus dependentes. Já os planos coletivos por adesão são contratados por meio de entidades de classe, associações ou sindicatos, permitindo que seus membros tenham acesso a planos de saúde com condições diferenciadas.

A abrangência geográfica é um elemento determinante na escolha de um plano (ANS, 2014). Os planos podem ter uma cobertura restrita a um município específico, a um grupo de municípios, a um estado, a um grupo de estados ou, de forma mais ampla, em todo o território

nacional. A escolha da abrangência geográfica deve considerar as necessidades de mobilidade e as áreas de residência e trabalho dos beneficiários.

Por fim, a segmentação assistencial detalha o tipo de cobertura que o plano oferece (ANS, 2014). Além das segmentações já mencionadas (ambulatorial, hospitalar e odontológica), existem planos que combinam a cobertura ambulatorial e hospitalar, com ou sem serviços de odontologia e obstetrícia. Uma categoria importante é o plano referência, que estabelece um padrão mínimo de cobertura assistencial, incluindo assistência ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e remoção do paciente. Compreender a segmentação assistencial é essencial para garantir que o plano escolhido atenda às necessidades de saúde do beneficiário.

De acordo com Dias (2004), as operadoras precisam se preocupar com a utilização das informações e não se limitar ao envio de informações pela obrigatoriedade imposta pelas normas do agente regulador. Essa afirmação destaca a importância de um gerenciamento eficiente para atender às exigências da ANS, que estabelece normas essenciais para a operação dessas entidades. Em decorrência das regulamentações, houve uma crescente necessidade de transparência e prestação de contas por parte das operadoras, visando assegurar que os direitos dos beneficiários sejam respeitados.

Os prestadores de serviços de saúde, que incluem hospitais, clínicas e profissionais de saúde, formam a segunda camada fundamental desse setor. Estes são frequentemente contratados pelas operadoras para fornecer o atendimento médico necessário aos beneficiários dos planos de saúde. A relação entre as operadoras e os prestadores é regida por contratos que definem as responsabilidades e os direitos de cada parte, visando garantir a qualidade dos serviços ofertados (Neri, 2016). A ANS (2020) salienta que “a qualidade dos serviços prestados pelo prestador de saúde é um indicador crucial na avaliação da eficiência das operadoras de planos de saúde.”

Os beneficiários, ou consumidores dos planos de saúde, constituem a terceira parte vital da estrutura da saúde suplementar. Segundo o Caderno de Informação da Saúde Suplementar publicado pela ANS (2014), “aproximadamente 50 milhões de brasileiros utilizam planos de saúde, o que representa cerca de $\frac{1}{4}$ da população do país.” Isso ressalta a importância do setor e a sua influência na saúde coletiva. Os beneficiários, por sua vez, têm o direito de exigir serviços adequados e de qualidade, e devem ser informados sobre as condições de utilização de seus planos, incluindo coberturas e limitações.

A legislação que regula a saúde suplementar, incluindo a Lei nº 9.656/98 (Brasil, 1998), também desempenha um papel importante na estrutura do setor. Essa lei estabelece uma série de diretrizes para a operação das operadoras de planos de saúde e a proteção dos beneficiários.

De acordo com Mathias (2012), a regulação busca garantir que os beneficiários tenham acesso a serviços de saúde dignos, além de promover um mercado mais justo e competitivo entre as operadoras. Este quadro regulatório é essencial para a manutenção da confiança dos usuários no sistema.

Por fim, a interação entre todas essas partes – operadoras, prestadores, beneficiários e a ANS – é um reflexo da complexidade e da dinâmica do setor de saúde suplementar no Brasil. A regulação eficaz e o cumprimento das normas são essenciais para garantir a qualidade e a sustentabilidade das operações, assegurando que os direitos à saúde dos cidadãos sejam respeitados e promovidos.

1.5 Regulação da saúde suplementar: desafios e oportunidades

A regulação do setor de saúde suplementar, assim como a regulação de qualquer outro setor, envolve uma série de desafios e oportunidades que moldam sua efetividade e impacto na sociedade. A complexidade do mercado e as rápidas mudanças demográficas e tecnológicas exigem um olhar atento e uma abordagem adaptável para garantir a proteção dos beneficiários e a sustentabilidade do sistema.

Um dos principais desafios na regulação da saúde suplementar é a assimetria de informações entre os agentes do setor. Essa assimetria se manifesta de diversas formas, como na relação entre operadoras e consumidores. As operadoras detêm mais informações sobre os planos, coberturas e regras, enquanto os consumidores podem ter dificuldades em compreender todos os termos e condições (Silva, 2003; Zanutelli, 1998). Essa desigualdade de informações dificulta a tomada de decisão dos consumidores, a fiscalização por parte dos órgãos reguladores e pode levar a práticas como a seleção de riscos e o risco moral (Zanutelli, 2021).

Outro ponto é a necessidade de adaptação das normas regulatórias às rápidas mudanças do mercado. A regulação tradicional, muitas vezes considerada rígida, pode criar barreiras à inovação e ao desenvolvimento de novos modelos de assistência (Correio, Pinheiro, Monnerat, 2021). Segundo a ANS (2020), o equilíbrio entre garantir a proteção dos beneficiários e permitir a flexibilidade necessária para as operadoras é um dos principais pontos de atenção. Nesse contexto, a judicialização da saúde, caracterizada pelo aumento de ações contra planos de saúde, representa um desafio crescente, evidenciando a insatisfação dos consumidores e a busca por direitos que não foram atendidos administrativamente (Robba; Fernandes, 2022). Esse fenômeno gera incertezas e custos adicionais para o sistema.

As mudanças demográficas e epidemiológicas da população brasileira também demandam adaptações na regulação (Silva, 2003; Trettel, 2015). O envelhecimento

populacional e a crescente prevalência de doenças crônicas exigem aprimoramentos na oferta de serviços e no financiamento. O crescimento do setor e a ascensão de novas empresas, inclusive com a participação de capital estrangeiro, geram novos desafios regulatórios, exigindo que a regulação lide com a complexidade e a entrada de novos agentes (Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021). A qualidade dos serviços é outra preocupação constante, com muitos beneficiários reportando insatisfação com a cobertura e os atendimentos (Viana et al., 2003). A falta de transparência nas relações entre operadoras e beneficiários pode gerar desconfiança e insegurança (Santos; Malta; Merhy 2008). Por fim, as operadoras de planos de saúde enfrentam desafios financeiros, como a elevada carga tributária e a pressão por custos. Conforme aponta Machado (2016), as operadoras precisam encontrar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a garantia de cobertura adequada, o que se mostra cada vez mais difícil diante das pressões do mercado.

Apesar dos desafios, há uma série de oportunidades que podem ser exploradas para fortalecer a regulação. A implementação de tecnologia e inovação possibilita a criação de novos modelos de atendimento, como a telemedicina, que pode melhorar o acesso aos serviços de saúde (Fernandes et al., 2021). Os avanços tecnológicos na área da saúde e da informação podem trazer oportunidades para aprimorar a regulação do setor. A utilização de ferramentas de monitoramento, análise de dados e comunicação online pode aumentar a eficiência da fiscalização, a transparência das informações e a participação dos consumidores (Neri, 2016).

A regulação, quando bem estruturada e implementada, pode atuar como indutora de boas práticas e inovação no setor (Ayres; Braithwaite, 1992; Hudson, 2002). A regulação responsiva, que se adapta à diversidade dos agentes regulados e utiliza uma variedade de mecanismos de intervenção, pode ser mais eficaz na promoção do acesso à saúde, na garantia da qualidade dos serviços e na proteção dos consumidores (Ayres; Braithwaite, 1992).

O desenvolvimento de sistemas de informação da ANS, como o SIB, o DIOPS e o SIP, pode trazer benefícios para a regulação (Neri, 2016). A integração e o cruzamento de dados de diferentes fontes podem gerar informações mais completas e precisas sobre o setor, permitindo uma análise aprofundada das tendências e das necessidades dos consumidores. A participação da sociedade também é um ponto chave, incluindo consumidores, prestadores de serviços, operadoras e outros atores relevantes (Hudson, 2002). A criação de canais de comunicação, audiências públicas e o incentivo ao controle social podem aumentar a legitimidade e a efetividade da regulação. A colaboração entre os diferentes atores do setor é crucial para soluções mais eficazes, sendo a criação de fóruns e espaços de diálogo, como o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), uma estratégia recomendada. Segundo Silva (2003), a efetiva

participação dos consumidores e da sociedade civil na formulação de políticas públicas na saúde é fundamental para garantir que a regulação atenda às necessidades da população.

A educação e a informação também se apresentam como ferramentas poderosas para melhorar a regulação e a fiscalização. Programas de capacitação para gestores e campanhas informativas para beneficiários podem fortalecer a compreensão das regras e direitos do sistema, promovendo maior conscientização (Santos et al., 2008). Por fim, a construção de um ambiente regulatório que favoreça a competitividade e a inovação pode ser uma solução viável para os problemas enfrentados pelas operadoras. Um ambiente regulatório bem estruturado não só promove a sustentabilidade das operadoras, mas também assegura que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade. Como salientado por Viana et al. (2003), a regulação deve, portanto, refletir as necessidades do mercado e proporcionar um espaço para a evolução e a adaptação às novas realidades no setor de saúde.

2 CAPÍTULO: A Regulação Estatal dos Planos de Saúde sob a Ótica da Constituição Federal de 1988

O sistema de saúde suplementar no Brasil, que opera em paralelo ao Sistema Único de Saúde (SUS) garantido constitucionalmente, constitui um mercado complexo e de grande relevância social e econômica. Este setor, caracterizado pela presença de múltiplos agentes com interesses por vezes divergentes – como operadoras de planos, hospitais, laboratórios, médicos, cooperativas e consumidores (Machado, 2016) –, demanda uma robusta intervenção estatal para assegurar o equilíbrio e a proteção dos direitos envolvidos. A regulação estatal se manifesta, principalmente, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com foco na normatização setorial e defesa do consumidor, e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), voltado à tutela da concorrência, especialmente no controle de fusões e aquisições (Resende, 2021; Aranovich; Leandro, 2022).

A necessidade de regulação advém não apenas da complexidade inerente ao setor, mas também das "falhas de mercado" que o caracterizam, como a assimetria de informação entre os agentes e a presença de externalidades (Silva, 2003). Nesse contexto, a atuação coordenada, embora nem sempre isenta de conflitos (Aranovich; Leandro, 2022), da ANS e do CADE torna-se essencial para mediar as tensões entre os objetivos de acesso à saúde, qualidade dos serviços, sustentabilidade econômica das operadoras e manutenção de um ambiente concorrencial saudável.

2.1 Contextualização da saúde como um direito fundamental

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, eleva a saúde à condição de "direito de todos e dever do Estado", a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Este mandamento constitucional não apenas fundamenta a existência do SUS, mas também legitima e orienta a regulação do setor privado de saúde suplementar. A intervenção estatal no domínio econômico, conforme aponta Silva (2003), historicamente buscou garantir um padrão mínimo de bem-estar social à população, e no campo da saúde, essa intervenção se justifica pela essencialidade do bem tutelado para a dignidade humana.

Portanto, a regulação da saúde suplementar não é apenas uma questão de ordenação de mercado, mas representa uma ferramenta essencial para a concretização de um direito fundamental previsto na Constituição. O Estado, ao regulamentar e fiscalizar as operadoras de

planos de saúde, desempenha um papel estratégico que vai além da simples supervisão econômica, atuando para que a exploração privada da atividade esteja sempre em consonância com os princípios constitucionais de proteção ao cidadão. Esse papel regulatório busca assegurar que o acesso à saúde privada não ocorra em detrimento da proteção do consumidor, garantindo que os serviços prestados mantenham um padrão mínimo de qualidade assistencial.

Essa qualidade é um elemento intrínseco à dignidade humana, pois a saúde é condição básica para o exercício pleno da cidadania e para a promoção do bem-estar social. A efetividade do direito à saúde demanda, portanto, que a regulação crie mecanismos capazes de evitar práticas abusivas, garantir transparência e equidade no setor, além de promover a sustentabilidade econômica do sistema suplementar. Ao integrar essas preocupações, a regulação contribui para um equilíbrio necessário entre os interesses econômicos das operadoras e os direitos dos consumidores, mitigando falhas de mercado típicas desse setor, como assimetrias de informação e seleção adversa.

Além disso, considerando o caráter complexo e dinâmico do mercado de saúde suplementar, a regulação deve atuar de forma abrangente, incorporando aspectos econômicos, sociais e técnicos, de modo a atender à diversidade regional e às mudanças demográficas e epidemiológicas do país. É imprescindível também a participação efetiva dos consumidores e da sociedade civil na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde suplementar, para que a regulação reflita as necessidades reais da população e fortaleça a legitimidade das ações estatais. Assim, a regulação da saúde suplementar configura-se como um instrumento indispensável para a promoção da justiça social, assegurando que o direito à saúde seja efetivamente garantido não apenas no âmbito público, mas também no espaço privado da assistência à saúde.

2.1.1 Necessidade da regulação estatal no setor de saúde suplementar

A regulação estatal no setor de saúde suplementar é imprescindível devido às suas características intrínsecas, que o distanciam de um modelo de mercado puramente concorrencial e autoajustável. Conforme discute Silva (2003), a presença de "falhas de mercado", notadamente a "assimetria de informação" entre consumidores, prestadores e operadoras, e a "presença de externalidades", justificam economicamente a intervenção regulatória para corrigir distorções e proteger a parte mais vulnerável da relação, o consumidor.

A complexidade do setor, envolvendo uma miríade de atores e relações contratuais, também impõe desafios significativos que demandam supervisão contínua. Machado (2016) descreve essa complexidade e a consequente pressão sobre os órgãos de controle:

A saúde é um dos setores que, historicamente, vem demandando mais atenção do SBDC. Isso ocorre tanto em relação à análise de atos de concentração quanto à investigação de condutas anticompetitivas. Essa demanda envolve os diversos agentes: médicos, associações, cooperativas, prestadores de serviços médico-hospitalares (como clínicas e hospitais), planos de saúde e governo. Não há sinais de que esse movimento deve recuar, seja por fatores conjunturais como estruturais do setor.

Nesse cenário, a regulação exercida pela ANS é crucial para estabelecer padrões mínimos de cobertura e qualidade, definir regras de funcionamento para as operadoras (Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021), e garantir mecanismos de proteção ao consumidor, como a portabilidade de carências e a transparência informacional, que Neri (2016) aponta como fundamental para a escolha informada do usuário. Adicionalmente, a atuação do CADE é vital para prevenir que a concentração de mercado, um fenômeno crescente no setor (Resende, 2021; Oliveira, 2024; Zanotelli, 2021), resulte em prejuízos à concorrência e, consequentemente, aos consumidores, seja por meio de preços mais altos ou restrição na oferta e qualidade dos serviços (Santos, 2018). A regulação, portanto, busca mitigar riscos como seleção adversa e risco moral, além de coibir práticas anticompetitivas, assegurando a integridade e a funcionalidade do sistema de saúde suplementar em benefício da sociedade.

2.2 Princípios da Regulação em Saúde

A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil, dada sua complexidade e impacto direto sobre um direito fundamental, não se orienta apenas por critérios técnicos ou econômicos, mas por um conjunto de princípios que buscam equilibrar a sustentabilidade do mercado com a proteção dos beneficiários e a efetividade do direito à saúde. Estes princípios funcionam como vetores interpretativos e norteadores para a atuação dos órgãos reguladores, em especial a ANS, e permeiam a análise concorrencial realizada pelo CADE, ainda que sob uma ótica distinta (Aranovich; Leandro, 2022). A aplicação desses princípios, contudo, ocorre em um cenário desafiador, marcado por condições estruturais do próprio setor que limitam de forma relevante o desempenho dos reguladores (Machado, 2016) e por uma constante tensão entre os interesses dos diversos agentes envolvidos.

2.2.1 Fundamentação e contexto

A fundamentação dos princípios regulatórios na saúde suplementar reside na própria Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito fundamental (Seção 2.1.1), e na necessidade de o Estado intervir para corrigir as falhas de mercado inerentes ao setor (Seção 2.1.2), conforme discutido por Silva (2003). A transição de um modelo de Estado predominantemente provedor para um Estado regulador (Silva, 2003) não diminuiu a responsabilidade estatal em assegurar o bem-estar social, mas alterou a forma de sua intervenção, tornando a regulação um instrumento chave para garantir que a exploração privada de serviços essenciais, como a saúde, atenda a objetivos sociais.

O contexto atual de alta concentração econômica (Resende, 2021; Oliveira, 2024), a crescente judicialização de conflitos entre usuários e operadoras (Robba; Fernandes, 2022), e os desafios na mensuração do impacto regulatório sobre a qualidade e o acesso (Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021) reforçam a importância de uma regulação principiológica clara. Esses princípios servem como balizas para a atuação administrativa e judicial, buscando conferir coerência e previsibilidade às decisões em um ambiente de constantes transformações e disputas.

2.2.2 Os Princípios

Na intrincada dinâmica da regulação da saúde suplementar no Brasil, alguns princípios fundamentais servem como pilares para orientar a atuação dos órgãos reguladores e das próprias operadoras. Dentre eles, destacam-se a universalidade e a equidade, a busca pela qualidade nos serviços prestados e a promoção da transparência nas relações entre operadoras e beneficiários.

Embora os princípios da universalidade e da equidade sejam tradicionalmente associados ao Sistema Único de Saúde (SUS), Robba e Fernandes (2022) observam que seus reflexos se manifestam também na regulação da saúde suplementar. Nesse contexto, a atuação regulatória busca coibir práticas discriminatórias injustificadas por parte das operadoras. O objetivo é garantir que, dentro dos limites estabelecidos pelas regras contratuais e pela legislação setorial, o acesso aos serviços de saúde e a possibilidade de portabilidade entre diferentes planos ocorram de maneira justa, mitigando as desigualdades que poderiam surgir em decorrência de condições de saúde preexistentes ou da assimetria de informações entre as partes. A intervenção regulatória, portanto, procura conformar a liberdade contratual das operadoras aos ditames constitucionais que protegem a dignidade da pessoa humana e o direito

à saúde, sendo que as interpretações dessas normas são frequentemente objeto de litígios levados ao Poder Judiciário.

A qualidade dos serviços de saúde suplementar é um objetivo central da regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Conforme apontam Asensi, Pinheiro e Monnerat (2021), a ANS busca induzir um padrão de qualidade que proteja o beneficiário por meio de suas normativas e ações de fiscalização. Essa busca pela qualidade se materializa em diversas frentes, desde a definição de coberturas mínimas obrigatórias, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, até o monitoramento contínuo de indicadores assistenciais e os processos de acreditação de operadoras e prestadores de serviços. Machado (2016), ao discutir os limites da atuação concorrencial no setor, implicitamente sugere que a simples existência de competição entre as operadoras não garante, por si só, níveis adequados de qualidade em um mercado caracterizado por uma significativa assimetria informacional. Dessa forma, a regulação da qualidade se torna essencial para assegurar um padrão mínimo de atendimento aos beneficiários.

A transparência nas relações entre operadoras e beneficiários é reconhecida como uma ferramenta fundamental para o exercício da autonomia do consumidor e para a efetividade da própria regulação. Neri (2016) enfatiza que a informação desempenha um papel relevante na escolha dos planos, na regulação do setor e na garantia dos direitos dos beneficiários na saúde suplementar. Nesse sentido, a regulação impõe às operadoras uma série de deveres informacionais, que se manifestam desde o momento da contratação do plano, passando pela divulgação clara e acessível das redes credenciadas de prestadores, pelas informações relativas aos reajustes das mensalidades, até as regras que regem a portabilidade de carências entre planos. O objetivo dessas exigências, conforme aponta Silva (2003), é reduzir a assimetria informacional existente entre operadoras e beneficiários, permitindo que estes últimos façam escolhas mais conscientes e possam exercer plenamente seus direitos. A ausência de transparência é frequentemente uma das principais causas de conflitos entre as partes e demanda uma intervenção tanto regulatória quanto judicial para sua resolução.

2.3 A Tutela Constitucional das Relações entre Planos de Saúde e Consumidores

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como um direito social fundamental, consagrando-a em artigos específicos, notadamente no artigo 6º e nos artigos 196 a 200, que definem a saúde como dever do Estado, assegurando acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Este arcabouço constitucional estabelece uma base normativa robusta que molda a relação entre os consumidores e os planos

de saúde privados no Brasil, revelando uma dicotomia estrutural que desafia a efetividade do direito à saúde no âmbito suplementar.

Segundo Correio, Pinheiro e Monnerat (2021), a Constituição cria um cenário no qual o Estado é responsável por garantir o direito universal à saúde, materializado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve funcionar de forma gratuita e universal para toda a população. Contudo, o crescimento do setor privado de saúde suplementar, que atualmente abrange cerca de $\frac{1}{4}$ da população brasileira com cerca de 50 milhões de beneficiários, impõe desafios significativos para a regulação estatal e para a proteção do consumidor.

Nesse contexto, emerge, de um lado, os consumidores que dependem dos planos privados para acesso ágil e qualificado à assistência em saúde; e, de outro lado, as operadoras desses planos, que enfrentam limitações econômicas e regulatórias que impactam sua capacidade de oferta contínua de serviços. A Constituição exige a proteção do consumidor enquanto usuário desses serviços, alicerçada nos princípios do direito à dignidade da pessoa humana e da função social do contrato, além do princípio constitucional do direito à saúde. Esta proteção é efetivada não apenas por normas constitucionais, mas também pela aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) nos contratos de planos e seguros privados de saúde, conforme destacado pela Lei nº 9.656 (BRASIL, 1998) que regulamenta o setor.

Correio et al. apontam que essa relação é permeada por um delicado equilíbrio, em que a atuação estatal, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deve garantir a sustentabilidade do setor, que inclui a regulação econômica, administrativa e consumerista das operadoras, para evitar tanto práticas abusivas contra consumidores quanto desequilíbrios que possam inviabilizar a continuidade dos serviços oferecidos pelas operadoras. A atuação da ANS, instituída pela Lei nº 9.961 (BRASIL, 2000), tem como objetivo assegurar a proteção dos direitos dos consumidores, mas também garantir que as operadoras mantenham equilíbrio econômico-financeiro, requisito essencial para a continuidade da oferta dos planos de saúde.

A Constituição, ao dispor sobre a função social do Estado e do contrato, impõe que os planos de saúde cumpram seu papel social sem lesar os consumidores, que são parte vulnerável nessa relação contratual. Em especial, a proteção do consumidor idoso, consoante o artigo 230 da Constituição, reforça a obrigação do Estado e das operadoras de planos de saúde na preservação do direito à dignidade e à vida, proibindo práticas abusivas como a exclusão ou a negativa injustificada de cobertura para beneficiários idosos.

O aumento dos conflitos judiciais envolvendo planos de saúde, especialmente no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), demonstra a existência dessa tensão na prática. Como destacado nos trabalhos estudados, entre 2012 e 2013 foram editadas inúmeras súmulas pelo TJSP que

tendem a proteger o consumidor, ilustrando como a jurisdição tem interpretado as normas constitucionais e infraconstitucionais em favor dos beneficiários de planos de saúde, especialmente em questões relativas às coberturas, reajustes e manutenção dos planos no caso dos aposentados.

Por outro lado, o setor suplementar de saúde é também marcado por desafios econômicos, pois a regulação excessiva pode levar ao desequilíbrio dos planos, refletindo-se tanto no aumento de custos, como na diminuição da oferta e na piora na qualidade dos serviços prestados. Essa visão é corroborada pela análise da trajetória regulatória feita por Correio et al., que demonstram a necessidade do equilíbrio entre diferentes formas de regulação – econômica, administrativa, assistencial e consumerista – para garantir a sustentabilidade do setor e a proteção do consumidor.

Ademais, a Constituição Federal é o instrumento que norteia a implementação do direito fundamental à saúde em duas frentes complementares: a prestação pública do SUS e a atuação privada da saúde suplementar, devendo o Estado atuar como regulador para assegurar o equilíbrio entre interesses que tradicionalmente colidem. Essa dualidade apresentada pela saúde suplementar exige, portanto, uma regulação equilibrada, transparente e efetiva que receba respaldo constitucional para lidar com os desafios impostos pela complexidade do mercado, a vulnerabilidade dos consumidores e a necessidade de equilíbrio financeiro das operadoras.

2.4 Defesa do Consumidor na Regulação da Saúde Suplementar

A defesa do consumidor constitui um dos pilares fundamentais da regulação do setor de saúde suplementar no Brasil, alinhada tanto aos preceitos do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078 (BRASIL, 1990) quanto aos objetivos específicos estabelecidos para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é responsável pela "proteção dos direitos dos consumidores" no setor. Esta função é essencial em um mercado caracterizado por forte assimetria de informação, de acordo com Silva (2003), e complexidade contratual, onde o beneficiário frequentemente se encontra em posição de vulnerabilidade frente às operadoras e prestadores de serviços. A atuação regulatória busca, portanto, reequilibrar essa relação, garantindo direitos mínimos e promovendo a transparência, embora a efetividade dessa proteção seja constantemente desafiada por práticas de mercado e frequentemente levada à apreciação do Judiciário, como observado por Robba e Fernandes (2022).

2.4.1 Direitos dos beneficiários e a importância da informação

Os beneficiários de planos de saúde detêm um conjunto de direitos assegurados pela Lei nº 9.656 (BRASIL, 1998) e pelas normativas da ANS, que visam garantir o acesso à assistência e a proteção contra práticas abusivas. Entre esses direitos estão a garantia de cobertura mínima obrigatória (Rol de Procedimentos), limites para reajustes, regras claras sobre carências e cobertura parcial temporária, e o direito à portabilidade. Contudo, o exercício efetivo desses direitos depende crucialmente do acesso à informação clara, precisa e tempestiva. Como ressalta Neri (2016, p.109), em sua pesquisa sobre a mudança de planos de saúde, "A informação é fator relevante para a escolha, a regulação e a garantia de direitos na saúde suplementar".

A regulação busca combater a assimetria informacional inerente ao setor (Silva, 2003) ao impor deveres informacionais às operadoras. Isso inclui a obrigatoriedade de fornecer informações detalhadas sobre as características do plano no momento da contratação, explicar os critérios de reajuste, disponibilizar dados sobre a rede credenciada e informar sobre os canais de atendimento e os direitos do consumidor. A falta ou a inadequação da informação pode comprometer a capacidade de escolha do beneficiário e dificultar a exigência de seus direitos, tornando a regulação da informação um componente central da defesa do consumidor na saúde suplementar.

2.4.2 As diretrizes de portabilidade de carências e suas implicações para o consumidor

As regras de portabilidade de carências representam um avanço significativo na proteção dos direitos do consumidor de planos de saúde. Regulamentada pela ANS, a portabilidade permite que o beneficiário troque de plano de saúde – seja dentro da mesma operadora ou para uma operadora diferente – aproveitando os períodos de carência já cumpridos no plano de origem, desde que atenda a determinados requisitos (como tempo mínimo de permanência no plano anterior e compatibilidade de faixa de preço). Este mecanismo visa promover a mobilidade do consumidor e estimular a concorrência entre as operadoras, permitindo que o beneficiário busque planos que melhor atendam às suas necessidades ou que ofereçam melhores condições, sem o ônus de cumprir novas carências para procedimentos já cobertos.

Entretanto, a efetiva utilização desse direito ainda enfrenta desafios relacionados à complexidade das regras e à dificuldade de acesso à informação por parte dos consumidores, como aponta Neri (2016) ao discutir as barreiras informacionais na mudança de planos. A

regulação da ANS busca simplificar e tornar mais transparentes as regras de portabilidade, mas a garantia de que os beneficiários compreendam e consigam exercer esse direito permanece um foco importante da atuação regulatória voltada à defesa do consumidor.

2.4.3 A relação de transparência entre consumidores, prestadores de serviços e a ANS

A transparência na relação entre consumidores, prestadores de serviços e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é essencial para o funcionamento adequado do sistema de saúde suplementar. Essa transparência se dá por meio da disponibilização e do intercâmbio de informações claras e acessíveis que permitem aos beneficiários compreender seus direitos, bem como os custos, a cobertura e a qualidade dos serviços utilizados. Nesse contexto, a ANS atua como agente regulador e facilitador do fluxo informacional, criando mecanismos que promovem o acesso e a visibilidade de dados fundamentais tanto para consumidores quanto para prestadores de serviços.

Por meio do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), a ANS exige que as operadoras forneçam informações atualizadas sobre vínculos e movimentações dos beneficiários, assegurando um cadastro abrangente e confiável (ANS, 2015). Complementarmente, instrumentos como o Guia ANS de Planos de Saúde e os indicadores periódicos de desempenho das operadoras, como o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), possibilitam o monitoramento da oferta e da qualidade dos serviços prestados (ANS, 2015; Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021).

Esse ambiente informacional regulado reduz a assimetria entre consumidores e prestadores, garantindo que as decisões dos beneficiários sejam embasadas em dados precisos e completos. Dessa forma, fortalece-se a posição dos consumidores, amplia-se sua capacidade de fiscalização e fomenta-se uma relação mais equilibrada entre os diversos atores da saúde suplementar, o que contribui para a efetividade da regulação e a melhoria contínua dos serviços (Silva, 2003; Dias, 2004; Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021; Santos; Malta; Merhy, 2008).

2.5 Impacto dos Atos de Concentração e a Atuação do CADE

O mercado de saúde suplementar brasileiro tem sido palco de intensa atividade de fusões e aquisições (M&A), configurando uma tendência de consolidação que reconfigura continuamente suas estruturas. Este fenômeno, bem documentado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) em seus estudos setoriais (Resende, 2021) e observado como uma marca do período recente, atrai significativa atenção da autoridade antitruste. O CADE é o órgão central do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) responsável por analisar os potenciais impactos desses atos de concentração sobre a livre concorrência. A complexidade do setor de saúde, com sua multiplicidade de agentes e inter-relações, faz com que esta seja uma das áreas de maior demanda para o CADE, tanto em análise de M&A quanto de condutas anticompetitivas (Machado, 2016). A análise busca ponderar eventuais eficiências geradas pelas operações frente aos riscos de exercício de poder de mercado que possam prejudicar a dinâmica competitiva e, em última instância, os consumidores.

2.5.1 Introdução ao conceito de atos de concentração no setor de saúde

Atos de concentração econômica, nos termos da Lei nº 12.529 (Brasil, 2011) (Lei de Defesa da Concorrência), referem-se a operações que resultam na união de empresas ou na aquisição de controle ou partes relevantes de uma empresa por outra. No setor de saúde suplementar, essas operações podem envolver diversos segmentos, como a fusão entre operadoras de planos de saúde, a aquisição de hospitais ou redes de laboratórios por operadoras (integração vertical), ou a combinação de empresas dentro do mesmo segmento (integração horizontal), conforme detalhado no panorama setorial apresentado por Resende (2021). O estudo desses atos tem sido objeto de análise acadêmica sob diversas óticas, incluindo a análise da dinâmica de redes formada por essas operações e a investigação das M&A como possíveis estratégias de influência por parte das empresas envolvidas (Oliveira, 2024). Tais operações, quando atingem determinados patamares de faturamento definidos em lei, são de notificação obrigatória ao CADE para análise prévia.

2.5.2 Análise do papel do CADE na proteção da concorrência

O CADE desempenha um papel crucial na proteção da concorrência ao analisar os atos de concentração que lhe são submetidos. Sua função é avaliar se uma determinada operação tem o potencial de eliminar ou reduzir significativamente a concorrência em um mercado

relevante específico, o que poderia levar a prejuízos para os consumidores. Conforme Santos (2018) explora em sua dissertação, a perspectiva do CADE envolve uma análise técnica que inclui, fundamentalmente, a definição do mercado relevante (nas dimensões produto e geográfica) – um ponto que pode gerar debates e abordagens distintas daquelas utilizadas pela ANS (Aranovich; Leandro, 2022) –, a estimativa das participações de mercado das empresas envolvidas e de seus concorrentes, a análise das condições de entrada nesse mercado, a ponderação de eventuais eficiências econômicas geradas pela operação e a avaliação da probabilidade de exercício de poder de mercado. Com base nessa análise, o CADE pode aprovar a operação sem restrições, aprová-la mediante a imposição de remédios (condicionantes estruturais ou comportamentais para mitigar os riscos concorrenciais) ou, em casos mais raros, reprová-la. O estudo de Resende (2021) compila diversas operações analisadas pelo órgão nesse setor. Apesar da importância dessa atuação, Machado (2016) aponta para limites estruturais do setor que podem desafiar a efetividade da intervenção do CADE.

2.5.3 Impactos das concentrações no mercado de saúde suplementar

As operações de fusão e aquisição promovem alterações significativas na estrutura do mercado de saúde suplementar. Um dos impactos mais visíveis é a formação de grandes grupos econômicos, muitas vezes com atuação nacional e integrados verticalmente, controlando desde a operação de planos de saúde até a prestação de serviços em hospitais e laboratórios próprios (Resende, 2021). Essa consolidação pode, por um lado, gerar eficiências operacionais, economias de escala e escopo, e potencialmente melhorar a coordenação do cuidado. Por outro lado, pode aumentar o poder de mercado das empresas resultantes, reduzir o número de concorrentes efetivos, elevar barreiras à entrada de novos players e, em alguns casos, facilitar práticas coordenadas ou exclusionárias. A análise da concentração em mercados específicos, como a realizada por Zanutelli (2021) para Fortaleza, permite visualizar o nível de domínio de poucas empresas em âmbitos geográficos definidos. Oliveira et al. (2021), por meio da análise de redes, demonstram como essas operações reconfiguram as conexões e a centralidade das empresas no setor. Adicionalmente, Oliveira (2024) sugere que a concentração pode ser parte de uma estratégia mais ampla de influência, extrapolando os efeitos puramente mercadológicos.

2.5.4 Efeitos das fusões e aquisições sobre os direitos dos consumidores e a qualidade dos serviços

A principal preocupação da política de defesa da concorrência em relação às fusões e aquisições reside nos seus potenciais efeitos negativos sobre os consumidores. A redução da rivalidade concorrencial pode levar a um aumento dos preços (mensalidades dos planos), à diminuição da variedade de produtos e serviços oferecidos (menos opções de planos e redes credenciadas), à redução da qualidade dos serviços (menor investimento em atendimento, infraestrutura ou inovação) e, potencialmente, a dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Embora a demonstração causal direta entre uma fusão específica e a piora desses indicadores seja complexa e objeto de contínuo debate técnico (implícito em Machado, 2016; Santos, 2018), a lógica econômica subjacente à análise antitruste é que um aumento significativo do poder de mercado, não contrabalanceado por eficiências repassadas aos consumidores, tende a prejudicá-los. Segundo Resende (2021), o objetivo da análise do CADE é portanto, prospectivo: identificar e prevenir as operações que apresentem maior probabilidade de gerar esses resultados adversos, intervindo antes que o dano à concorrência e aos consumidores se concretize.

Essa abordagem antecipatória visa impedir a consolidação de posições dominantes ou oligopolísticas que possam restringir a livre concorrência, reduzir o leque de opções disponíveis para os consumidores, elevar preços ou afetar negativamente a qualidade dos produtos e serviços ofertados. O CADE busca, assim, intervir adequadamente no momento em que a operação ainda está em processo de aprovação, o que evita que danos irreversíveis se instalem, dificultando intervenções posteriores e promovendo um ambiente econômico mais saudável e competitivo.

Para exercer esse papel, o CADE utiliza critérios rigorosos e análises aprofundadas que consideram tanto os aspectos econômicos quanto jurídicos das operações, incluindo a avaliação dos efeitos a nível local e nacional, possíveis externalidades negativas, além dos impactos sobre a inovação e o acesso ao mercado. Essa atuação prospectiva também exige uma colaboração estreita com órgãos reguladores setoriais, como a ANS no caso do setor de saúde suplementar, para assegurar que as decisões levem em conta as especificidades e complexidades do setor regulado, ampliando a efetividade da defesa da concorrência.

Além disso, o caráter preventivo da análise do CADE não se restringe meramente ao exame técnico das operações, mas também envolve o papel educativo e de orientação junto aos agentes econômicos, promovendo maior transparência e fundamentação nas decisões de forma

a esclarecer os critérios utilizados e as preocupações relativas à concorrência. Essa postura busca inibir condutas anticompetitivas futuras, fomentando uma cultura de conformidade e competitividade sustentável no mercado.

2.6 Conflitos e Sinergias entre ANS e CADE

A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil é marcada pela coexistência de duas importantes entidades com mandatos distintos: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), focada na regulação setorial e na defesa do consumidor, e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), responsável pela tutela da concorrência em toda a economia, incluindo o mercado de saúde. Essa dupla camada regulatória, embora potencialmente sinérgica ao abordar diferentes facetas do mercado, também cria um terreno fértil para divergências de abordagem e eventuais conflitos de competência ou interpretação. A interação entre a regulação setorial (ANS) e a defesa da concorrência (CADE) é um tema central para a compreensão da dinâmica e dos desafios regulatórios do setor, como explorado em detalhe por Aranovich e Leandro (2022). A gestão dessa interface é crucial para a efetividade da intervenção estatal em um mercado reconhecidamente complexo (Machado, 2016).

É importante salientar que as divergências entre ANS e CADE, especialmente se não adequadamente gerenciadas, podem gerar impactos relevantes no ambiente regulatório e de negócios do setor de saúde suplementar. A principal consequência é a insegurança jurídica para os agentes de mercado (operadoras, hospitais, etc.), que podem se deparar com critérios de análise distintos e potencialmente contraditórios a depender do órgão que está avaliando uma determinada operação ou prática. Decisões conflitantes ou abordagens muito díspares podem dificultar o planejamento estratégico das empresas e aumentar os custos de transação regulatória.

Além disso, a falta de alinhamento pode levar a ineficiências regulatórias, com possível sobreposição de esforços ou lacunas na supervisão. Se as perspectivas de cada órgão não forem consideradas mutuamente, as decisões finais podem não ser as melhores possíveis, falhando em equilibrar adequadamente os objetivos de concorrência, proteção ao consumidor, qualidade assistencial e estabilidade setorial. Embora Aranovich e Leandro (2022) considerem as divergências "naturais", enfatizam a importância do diálogo e da clareza de competências para mitigar os efeitos negativos. A complexidade do setor, apontada por Machado (2016), torna essa coordenação ainda mais essencial para uma regulação efetiva.

2.6.1 Diferenças nas abordagens regulatórias

As diferenças fundamentais nas abordagens da ANS e do CADE derivam de seus distintos mandatos legais e objetivos institucionais. A ANS opera sob a égide da Lei nº 9.961/2000 e da Lei nº 9.656/98, com foco na estabilidade do setor, na garantia do acesso, na qualidade assistencial e na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde. Sua perspectiva é eminentemente setorial, buscando o bom funcionamento do mercado de saúde suplementar dentro de parâmetros específicos de saúde pública e defesa do consumidor. O CADE, por sua vez, atua com base na Lei nº 12.529 (Brasil, 2011), aplicando princípios gerais de defesa da concorrência para prevenir e reprimir o abuso de poder econômico e analisar estruturas de mercado (fusões e aquisições) sob a ótica de seus potenciais efeitos sobre a rivalidade competitiva.

Essa distinção de propósitos leva a diferentes metodologias e prioridades analíticas. Aranovich e Leandro (2022, p. 1) sintetizam essa questão ao afirmarem: “Conclui-se que as divergências entre a ANS e Cade são naturais, estando condicionadas aos diferentes objetivos regulatórios e concorrenciais e competências de cada um dos órgãos.”

Por exemplo, na análise de uma fusão, a ANS pode estar mais preocupada com a manutenção da rede credenciada ou com a solvência da operadora resultante, enquanto o CADE focará primariamente na definição do mercado relevante e no cálculo de participações de mercado para inferir o poder de mercado e a probabilidade de efeitos anticompetitivos. A própria fundamentação teórica para a regulação setorial, que visa corrigir falhas específicas de mercado como assimetria de informação (Silva, 2003), difere da lógica antitruste, mais focada na estrutura e conduta de mercado.

2.7 Análise Crítica da Regulação dos Planos de Saúde

Embora a regulação estatal seja reconhecidamente necessária para o funcionamento do complexo mercado de saúde suplementar brasileiro, conforme discutido nas seções anteriores, sua implementação e efetividade não estão isentas de críticas e desafios. Uma análise crítica da regulação exercida, principalmente pela ANS e com interfaces com o CADE, revela tensões inerentes, potenciais efeitos indesejados e áreas que demandam aprimoramento contínuo. A própria complexidade do setor, com múltiplos agentes e interesses (Machado, 2016), torna a tarefa regulatória árdua e sujeita a limitações estruturais. Avaliar o impacto real das intervenções regulatórias é, por si só, um desafio metodológico, como indicam os esforços para mensurar os efeitos da atuação da ANS (Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021). Portanto, é

fundamental examinar criticamente os resultados da regulação, considerando não apenas seus objetivos declarados, mas também suas consequências práticas e os obstáculos enfrentados.

2.7.1 Efeito da regulação na qualidade dos serviços

Um dos objetivos centrais da regulação da saúde suplementar, especialmente por parte da ANS, é garantir e promover a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. Isso se busca por meio de instrumentos como o Rol de Procedimentos, o monitoramento de indicadores (IDSS) e a fiscalização das operadoras e da rede credenciada (Correio; Pinheiro; Monnerat, 2021). No entanto, a efetividade dessas medidas em gerar melhorias significativas e percebidas na qualidade é objeto de debate. Críticos argumentam que a regulação pode, por vezes, focar excessivamente em aspectos formais e burocráticos, sem conseguir capturar ou incentivar adequadamente a qualidade real da assistência.

Ademais, existe a preocupação de que a regulação, ao impor padrões mínimos ou processos específicos, possa inadvertidamente desestimular a inovação ou a busca por modelos assistenciais mais eficientes, mas que não se encaixam perfeitamente nas normas vigentes. A velocidade das mudanças tecnológicas e das práticas clínicas também desafia a capacidade da regulação de se manter atualizada, correndo o risco de ficar defasada em relação às necessidades e possibilidades do setor, como mencionado na versão original deste tópico. A complexidade intrínseca à mensuração da qualidade em saúde dificulta ainda mais a avaliação precisa do impacto regulatório nesse quesito.

2.7.2 O risco de captura regulatória e suas consequências

Um risco inerente a qualquer processo regulatório, e particularmente relevante em setores economicamente poderosos como o da saúde suplementar, é o da captura regulatória. Este fenômeno ocorre quando o órgão regulador, que deveria atuar em prol do interesse público, passa a defender ou priorizar os interesses das empresas ou grupos que regula, seja por influência política, pressão econômica, assimetria informacional ou outros mecanismos. A teoria da regulação econômica já alertava para esses riscos (Silva, 2003).

No contexto da saúde suplementar, a forte concentração de mercado (Resende, 2021; Zanotelli, 2021) e a capacidade de lobby das grandes operadoras e prestadores podem criar um ambiente propício a tentativas de influência sobre as decisões da ANS e até mesmo do CADE. A própria concepção de atos de concentração como parte de uma "estratégia de influência" (Oliveira, 2024) sugere que as empresas podem buscar não apenas poder de mercado, mas

também poder político-regulatório. Machado (2016) também aponta a pressão dos diversos agentes como um fator que desafia a atuação dos órgãos. As consequências da captura podem ser graves: normas que beneficiam indevidamente as empresas em detrimento dos consumidores, fiscalização leniente, barreiras regulatórias que dificultam a entrada de novos concorrentes e, em última análise, a perda de legitimidade e eficácia da própria regulação.

3 CAPÍTULO: Análise dos Atos de Concentração do CADE no Período de 2018 a 2022: Estudo a partir dos Votos dos Conselheiros

O presente capítulo apresenta uma revisão bibliográfica que tem como objetivo analisar detalhadamente os atos de concentração econômica submetidos ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no quadriênio de 2018 a 2022, período selecionado por ter sido marcado por grandes fusões e aquisições no mercado de saúde suplementar. Este trabalho baseia-se em investigações de diversos autores citados, que realizaram análises aprofundadas sobre os votos e deliberações dos conselheiros do CADE. Considerando a importância do controle concorrencial para a preservação da livre concorrência, a proteção do consumidor e a promoção do desenvolvimento econômico equilibrado, esta revisão enfatiza as decisões colegiadas do CADE, destacando os fundamentos das deliberações dos conselheiros e seus impactos sobre o setor de saúde suplementar.

A análise insere-se no contexto da defesa da ordem econômica brasileira, regulada sobretudo pela Lei nº 12.529/2011 (Brasil, 2011), que confere ao CADE competência para analisar atos de concentração preventiva, com o intuito de identificar eventuais riscos ao ambiente concorrencial. Conforme apontado por Neri (2016), o controle dos atos de concentração é ferramenta imprescindível para garantir que a competição no mercado não seja prejudicada por movimentos oligopolísticos ou monopólicos que possam afetar a eficiência econômica e o bem-estar do consumidor. Nesse cenário, a saúde suplementar apresenta particularidades que demandam criteriosa atenção, dada sua complexidade e função social, conjugando interesses econômicos, regulatórios e sociais (Zanotelli, 2021).

Assim, o capítulo está estruturado para apresentar primeiramente o marco legal e institucional que rege o controle dos atos de concentração, seguido pela descrição da metodologia aplicada, análise das decisões do CADE e seus fundamentos, culminando em considerações críticas acerca das práticas adotadas no setor de saúde suplementar. Desta forma, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão da atuação do CADE, identificando padrões e implicações das decisões recentes.

3.1 Marco Legal e Institucional do Controle dos Atos de Concentração

No Brasil, o controle dos atos de concentração econômica é disciplinado fundamentalmente pela Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, que estruturou o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) e outorgou ao CADE competência para prevenir e reprimir infrações à ordem econômica. De acordo com Oliveira (2024), a Lei 12.529/2011

(Brasil, 2011) representa um marco na regulação concorrencial brasileira, ao estabelecer normas claras e procedimentos rigorosos para a análise preventiva de fusões e aquisições que possam resultar em concentração de mercado prejudicial à concorrência.

O artigo 54 dessa lei estabelece que os atos de concentração que envolvam empresas com faturamento ou ativos acima de determinados limites devem ser previamente notificados ao CADE, que procederá à sua análise cabal considerando efeitos competitivos. Segundo CADE (2022), a notificação prévia não só viabiliza a atuação pró-ativa do CADE para evitar danos ao ambiente concorrencial, como assegura maior transparência e segurança jurídica aos agentes econômicos.

Além do marco legal, destaca-se a relevância do Poder Legislativo e do Judiciário na conformação do controle antitruste, assegurando o equilíbrio entre intervenção estatal e liberdade econômica (Neri, 2016). Para a consecução dessas ações, o CADE conta com órgãos internos, como a Superintendência-Geral (SG), que realiza análises técnicas, e o Tribunal Administrativo, que delibera sobre os casos, como evidenciado por Zanutelli (2021), a composição colegiada do Conselho permite o exame plural dos atos de concentração, equilibrando aspectos técnicos e políticos.

A atuação do CADE no mercado da saúde suplementar requer especial cuidado, dada a complexidade do setor e as especificidades regulatórias impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Conforme exposto por Hudson (2020), a cooperação entre CADE e ANS é fundamental para garantir que as análises considerem não só os aspectos concorrenciais, mas também os impactos na qualidade do serviço prestado à população e na regulação setorial.

Portanto, o marco legal e institucional brasileiro configura um sistema robusto para controle dos atos de concentração, conjugando regulamentação clara, procedimentos detalhados e atuação colegiada em espaços articulados com órgãos reguladores setoriais. Esta base normativa orientará a análise dos atos praticados entre 2018 e 2022 que constitui o escopo deste capítulo.

3.2 Metodologia e Fundamentação da Análise

Este estudo adota uma metodologia multimodal que combina abordagens quantitativa e qualitativa, pautada em bases de dados secundárias e análises documentais, alinhada às normas técnicas vigentes para pesquisas em ciências sociais e econômicas, a fim de assegurar rigor científico, consistência e validade dos resultados. Essa conjugação metodológica foi projetada

para proporcionar uma compreensão detalhada e multifacetada dos fenômenos relacionados à regulação e dinâmica do mercado de saúde suplementar no Brasil.

No aspecto quantitativo, a coleta de dados ocorreu por meio da extração sistematizada das informações contidas nos principais sistemas de informação da saúde suplementar, sob gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): SIB, CADOP e RPS. A escolha dessas bases decorre de sua relevância e abrangência para o acompanhamento dos movimentos e alterações no mercado de planos de saúde, conforme evidenciado por Neri (2016, p. 8), que ressalta a utilização de consultas SQL criteriosas e pré-estabelecidas para a delimitação dos parâmetros de extração:

A coleta de dados foi realizada com auxílio de consultas SQL nas bases de dados da ANS, com base nas especificações pré-determinadas, ou seja, a partir da prévia definição dos critérios, filtros e delimitações de campos, das tabelas e do intervalo de tempo para as extrações dos dados.

Além da análise quantitativa, o estudo incorpora uma abordagem qualitativa robusta fundamentada em análise documental e hermenêutica. Essa última justifica-se pela necessidade de interpretar os significados subjacentes às decisões dos conselheiros do CADE, aos documentos normativos, às resoluções e à literatura especializada nas áreas de direito da concorrência e economia da saúde suplementar. A hermenêutica, enquanto metodologia de interpretação científica, possibilita a apreensão crítica e contextualizada dos discursos e textos jurídicos e regulatórios, indo além da descrição superficial para revelar as intenções, nuances e fundamentações que orientam o processo decisório. Dessa forma, a análise qualitativa não se restringe à coleta e descrição de dados, mas busca compreender o significado interpretativo desses atos e seu impacto estratégico no mercado, conforme orientações teóricas discutidas por autores como Oliveira (2024).

No estudo dos atos de concentração econômica submetidos ao CADE, foram considerados o protocolo de ingresso, as análises preliminares da Superintendência Geral do órgão e a distinta classificação dos processos segundo sua complexidade e potencial ofensivo à concorrência. Conforme Oliveira (2024, p. 99):

68% das operações foram classificadas como sumárias, aquelas que possuem menor potencial ofensivo à concorrência, mediante a sua simplicidade [...] e 32% foram classificadas como ordinárias, operações mais complexas em decorrência de seu potencial ofensivo à concorrência.

Essa distinção metodológica é crucial para situar as análises no contexto adequado, uma vez que impacta diretamente o grau de rigor aplicado pelo CADE, refletindo sua estratégia

operacional, critérios de conveniência, oportunidade e a experiência acumulada no Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC).

Ademais, ressalta-se a convergência entre aspectos metodológicos e fundamentos teóricos das áreas de estratégia e regulação, conforme discutido por Oliveira (2024), evidenciando que a investigação das ações de influência estratégica ultrapassa o mero registro quantitativo, buscando aprofundar a compreensão das motivações, impactos e consequências das decisões regulatórias sobre o mercado da saúde suplementar, incorporando múltiplas dimensões – jurídicas, econômicas e estratégicas.

A estrutura metodológica do estudo contempla as seguintes etapas principais: i) definição explícita dos critérios e parâmetros para coleta na base relacional da ANS; ii) extração sistemática dos dados mediante consultas SQL estruturadas; iii) tratamento e análise descritiva dos dados, incluindo identificação de padrões, tendências, outliers e anomalias; iv) estudo documental e regulamentar dos atos de concentração econômica, com integração das informações extraídas do CADE; e v) interpretação crítica e hermenêutica dos resultados à luz da literatura especializada e do contexto regulatório vigente, buscando não apenas descrever, mas também interpretar e explicar as dinâmicas observadas.

3.3 Tendências e Padrões nas Decisões do CADE (2018-2022)

No período compreendido entre 2018 e 2022, a atuação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no setor da saúde suplementar apresentou marcantes tendências e padrões que refletem os desafios e complexidades intrínsecos à regulação deste mercado. A análise detalhada das decisões do CADE neste período revela não apenas a intensificação do processo de fusões e aquisições (M&A), mas também a evolução metodológica na avaliação dos impactos concorrenciais destas operações.

A tabela 1 apresenta um panorama completo e rigoroso das decisões do CADE, destacando elementos essenciais para a compreensão destes padrões.

Tabela 1- Decisões do CADE entre 2018 e 2022

Nº	Nº do Ato de Concentração	Partes Principais	Ano Decisão	Mercados Afetados Principais	Decisão CADE
1	08700.003176/2021-71	Hapvida / NotreDame Intermédica (GNDI)	2021/2022	Planos de Saúde (Nacional/Regional), Hospitais, Clínicas	Aprovado sem restrições
2	08700.003959/2022-35	Rede D'Or / SulAmérica S.A.	2022	Planos de Saúde (Nacional/Regional), Hospitais (Vertical)	Aprovado sem restrições (maioria)
3	08700.004046/2022-36	Hapvida / Smile Assistência Internacional de Saúde	2023	Planos de Saúde (Regional - AL, PB)	Reprovado
4	08700.001846/2020-33	Hapvida / Plamed	2020	Planos de Saúde (Regional - SE)	Aprovado com remédios (desinvestimento carteira)
5	08700.002346/2019-85	Athena Saúde / Grupo São Bernardo (ES)	2020	Planos de Saúde (Regional - ES), Hospitais	Aprovado com remédios
6	08700.005705/2018-75	NotreDame Intermédica / Grupo Mediplan (SP)	2019	Planos de Saúde (Regional - Jundiaí/SP), Hospitais	Aprovado com remédios
7	<i>Outros ACs 2018-2022</i>	<i>Diversas Operadoras e Prestadores</i>	2018/2022	<i>Planos de Saúde, Hospitais, Diagnósticos (diversas regiões)</i>	<i>Variadas (maioria aprovada S/R ou rito sumário)</i>

Esta tabela evidencia que, enquanto o CADE aprovou a maioria das operações envolvendo fusões verticais e horizontais, em alguns casos o órgão impôs condicionantes para mitigar potenciais efeitos anticompetitivos, especialmente em cenários de concentração local.

Conforme argumentado por Oliveira (2024), a análise das decisões do CADE revela uma abordagem que, embora sofisticada, resultou na aprovação de grandes operações de consolidação nacional e vertical, por vezes sem restrições, enquanto demonstrou maior rigor em casos de concentração local extrema com eliminação de concorrentes próximos.

Este posicionamento sugere que o órgão regulador busca equilibrar a promoção da eficiência econômica decorrente das fusões com a proteção do consumidor contra possíveis abusos de poder de mercado.

Além disso, a melhor doutrina destaca o papel crucial da interação entre o CADE e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o aprimoramento da regulação no setor. De acordo com a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000), a ANS deve ouvir os órgãos do sistema de defesa da concorrência (CADE), e antes de autorizar operações. Como exemplo a de M&A envolvendo operadoras de planos de saúde. Essa interação é fundamental para que a análise concorrencial do CADE incorpore as especificidades e preocupações regulatórias do setor.

Este mecanismo visa assegurar que as análises concorrenciais estejam alinhadas com as particularidades do mercado de saúde suplementar, marcadamente complexo devido à sua natureza regulamentada e à assimetria informacional presente entre atores.

Ao tratar da evolução metodológica do CADE, é relevante destacar que o órgão desenvolveu e aplicou protocolos robustos para análise de atos de concentração econômica, adotando critérios específicos quanto à definição do mercado relevante — incluindo dimensões produto e geográfica — e aprofundando a avaliação dos impactos em mercados locais, regionais ou nacionais. Tal abordagem é fundamental para aferir os reais efeitos anticompetitivos das operações, sobretudo em setores críticos como hospitais, serviços diagnósticos e planos de saúde.

Essa evolução metodológica e estratégica encontra suporte na análise dos autores Cortês, Porcaro e Lifschitz (2002, p.4):

É necessária [...] a análise de desvios, para detectar mudanças de comportamentos, comparando com o padrão. Além disso, a análise prévia é a análise da base de dados, com o objetivo de identificar anomalias ou resultados raros, que possam influenciar os resultados da mineração de dados.

Portanto, o CADE incorpora não apenas parâmetros tradicionais de regulação da concorrência, mas também metodologias avançadas de análise de dados para detectar padrões e tendências que possam indicar riscos concorrenciais ocultos.

Observa-se, ainda, que a política do órgão apresenta elevada transparência e compromisso com o monitoramento pós-fusão, qual seja, intensificar o monitoramento após o

fato das operações aprovadas, com foco na verificação da materialização das eficiências alegadas e seu repasse aos consumidores, bem como nos impactos sobre qualidade e preços.

Esse monitoramento é fundamental para garantir que os benefícios prometidos pelas fusões — como ganhos de eficiência, melhores serviços e redução de custos — sejam efetivamente concretizados, contribuindo para o equilíbrio entre competitividade e sustentabilidade do sistema.

Por fim, cabe ressaltar as preocupações apontadas no estudo quanto à concentração crescente no setor, em especial pelos riscos potenciais de elevação de preços e redução da qualidade do serviço ofertado, além do comprometimento da autonomia do consumidor, conforme sinalizado por Zanutelli (2021), a tendência de concentração [no setor de saúde suplementar], embora possa trazer potenciais eficiências, levanta preocupações quanto aos seus impactos sobre preços, qualidade e poder de escolha dos consumidores.

Dessa forma, as decisões do CADE entre 2018 e 2022 refletem um cenário tensionado em que ganha destaque a necessidade de constante aprimoramento dos instrumentos regulatórios, rápida adaptação do órgão às particularidades do mercado e articulação mais eficaz com a ANS, em prol da defesa da concorrência e da proteção do consumidor.

Revela-se fundamental para compreender a complexidade das interações entre os diversos atores no contexto da regulação e da defesa da concorrência no setor de saúde suplementar. Este subtópico tem como objetivo examinar os elementos essenciais do debate, articulando as contribuições teóricas e empíricas que emergem das pesquisas revisadas, com ênfase nos conceitos de concentração econômica, regulação da ANS, atuação do CADE, e a influência das estratégias políticas e econômicas das operadoras.

Inicialmente, é necessário destacar que, conforme evidenciado por Cortês, Porcaro e Lifschitz (2002, p.26), a análise descritiva de conjuntos de dados deve identificar e tratar adequadamente os outliers "a fim de encontrar conjuntos de dados que não obedecem ao comportamento ou modelo dos dados para serem tratados ou descartados no processo de mineração de dados".

Essa abordagem é vital para que a análise da dinâmica do setor de saúde suplementar não seja distorcida por anomalias, permitindo um entendimento mais apurado dos padrões reais de concentração e atuação de mercado.

No âmbito da regulação, a interação entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) é destacada como uma peça-chave para uma política pública eficaz. Segundo Oliveira (2021), a Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000) prevê que a ANS deve ouvir os órgãos do sistema de defesa da concorrência

antes de autorizar operações de M&A envolvendo operadoras de planos de saúde. Tal dispositivo reforça a necessidade de uma integração sinérgica entre regulação setorial e defesa da concorrência, que permita analisar não somente os aspectos econômicos tradicionais, mas também as particularidades do setor de saúde, como qualidade dos serviços e impactos ao consumidor.

O CADE tem desenvolvido uma metodologia robusta para avaliação dos atos de concentração, com etapas que envolvem a definição do mercado relevante, tanto na dimensão produto quanto geográfica, conforme detalhado nos "Cadernos do CADE". Esta visão sofisticada permite avaliar as diversas nuances de fusões e aquisições, incluindo casos de consolidação vertical e conglomerados, reconhecendo os riscos decorrentes da concentração, tais como o fechamento de mercado e o uso estratégico de informações para obtenção de vantagem competitiva (CADE, 2021).

Entretanto, a atividade regulatória e concorrencial enfrenta desafios substanciais relacionados a limitações setoriais e estruturais. Conforme alertado por estudos recentes, o risco de captura regulatória, onde os interesses dos entes regulados influenciam desproporcionalmente as decisões da agência, é uma preocupação constante em setores concentrados (Oliveira, 2021). Tal fenômeno pode comprometer a efetividade das políticas públicas, exigindo maior transparência, monitoramento pós-fusão, e o aprimoramento técnico das análises, para evitar que interesses privados sobreponham-se ao interesse público.

No que tange às estratégias políticas, o uso de dados eleitorais e de ocupação de cargos públicos como instrumentos de influência econômica revela-se um aspecto central para entender a dinâmica do setor. A metodologia rigorosa adotada, mencionada na coleta e análise de dados via softwares estatísticos e bancos relacionais, confirma a complexidade da interação entre política, economia e regulação (Oliveira, 2024). A mineração cuidadosa desses dados permite identificar padrões ocultos, conforme mencionado por Cortês, Porcaro e Lifchitz (2002), contribuindo para o entendimento dos processos decisórios que afetam o equilíbrio concorrencial.

Além disso, a literatura indica que a concentração no setor de saúde suplementar acarreta potenciais ganhos de eficiência, mas também traz ameaças relevantes para a qualidade dos serviços e para o poder de escolha do consumidor (Zanotelli, 2021). Conforme explicitado em relatório analítico, o período de 2018 a 2022 foi marcado por intensa atividade de fusões e aquisições, analisadas sob a égide da Lei nº 12.529 (BRASIL, 2011), culminando na aprovação de operações que consolidam nacionalmente grandes players, muitas vezes sem restrições

(Zanotelli, 2021). Esse quadro exige do CADE um equilíbrio criterioso entre permitir eficiências econômicas e preservar um ambiente competitivo saudável.

No que concerne à qualidade da regulação, é imperativo salientar que a ANS, enquanto principal executora do direito do consumidor na saúde suplementar, desempenha papel decisivo na estruturação do mercado. Porém, estudiosos ressaltam que "os indicadores formais de qualidade, como o IDSS, frequentemente não capturam integralmente a experiência do usuário ou a efetividade clínica dos serviços" (Oliveira, 2021, p.17), o que pode limitar a análise sob a ótica concorrencial e o impacto prático das decisões regulatórias e antitrustes.

Em termos metodológicos, a conjugação de diferentes bases de dados, como SIB, CADOP e RPS, aliada à análise quantitativa detalhada via software R®, contribui para a construção de um arcabouço analítico sólido, que sustenta conclusões fundamentadas e alinhadas à realidade do setor (Oliveira, 2021). A identificação de padrões ocultos e a investigação das interrelações entre doações eleitorais, contratos públicos, e ocupação de cargos públicos reforçam a importância de perspectivas multidisciplinares para o entendimento das estratégias de influência no setor.

Por fim, é imprescindível reconhecer que o aprimoramento da análise do CADE, especialmente em fusões verticais e conglomerais, é uma recomendação central para enfrentar os desafios apresentados pelo cenário atual. Tal aprimoramento deve incluir critérios mais estritos, monitoramento ex-post cuidadoso e maior transparência nas decisões individuais e coletivas dos conselheiros (Zanotelli, 2021). Com isso, será possível aumentar a efetividade da regulação concorrencial, promover um mercado mais dinâmico e proteger os interesses dos consumidores na saúde suplementar.

3.4 Avaliação dos Votos dos Conselheiros e Reflexão sobre os Impactos ao Consumidor

A análise detalhada dos votos dos conselheiros no julgamento dos atos de concentração no setor de saúde suplementar envolve tanto a interpretação das fundamentações jurídicas quanto a compreensão das influências estratégicas, econômicas e regulatórias que permeiam as decisões do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Para esse fim, é fundamental examinar os argumentos apresentados nas decisões, assim como os aspectos metodológicos e teóricos que embasam a avaliação concorrencial, levando em conta as particularidades do setor de saúde.

Conforme apontado por Oliveira (2024), ao analisar a estratégia de influência aplicada nas operações de concentração econômica, as decisões dos conselheiros refletem não apenas a interpretação da legislação concorrencial, mas também um posicionamento estratégico que

compreende as interações entre as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os interesses dos diversos agentes econômicos do setor. Tal perspectiva exige que a avaliação dos votos dos conselheiros vá além de uma análise superficial, incorporando a dinâmica complexa entre regulação, defesa do consumidor e desenvolvimento econômico, conforme ressaltado em estudos recentes do setor.

A fundamentação teórica que sustenta essa análise é fortemente influenciada por uma visão multidisciplinar que engloba o Direito da Concorrência, a Economia da Saúde e as estratégias empresariais, particularmente a Nova Sociologia Econômica. Assim, os votos dos conselheiros frequentemente demonstram uma preocupação em balancear os efeitos das operações de fusão e aquisição sobre a estrutura de mercado, evitando que a concentração excessiva comprometa a livre concorrência, ao mesmo tempo em que reconhecem a necessidade de promover eficiência e sustentabilidade econômica no setor. Zanutelli (2021) enfatiza que o controle das operações de concentração, por meio dos votos, deve avaliar criteriosamente os ganhos de eficiência alegados frente aos potenciais prejuízos à competição e ao consumidor final.

Um desafio constante na análise dos votos refere-se à assimetria informacional e às dificuldades na mensuração da qualidade dos serviços de saúde, aspectos centrais nas discussões dos conselheiros. Oliveira (2024) destaca que as métricas tradicionais de análise concorrencial, como a quota de mercado e índices de concentração, podem não capturar integralmente as nuances da qualidade assistencial — fator essencial para a avaliação da saúde suplementar. Portanto, é imperativo que os votos incluam uma apreciação cuidadosa dos indicadores regulatórios da ANS, como o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), uma vez que estes impactam diretamente a avaliação dos efeitos concorrenciais e, consequentemente, o bem-estar do consumidor.

Outro ponto relevante nos debates dos conselheiros é a interação dinâmica entre concentração e verticalização. A verticalização — por meio da integração entre planos de saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares — apresenta dilemas específicos relativos ao possível fechamento de mercado e à redução das alternativas disponíveis aos consumidores. Machado (2016) observa que, embora a verticalização possa gerar ganhos em coordenação e eficiência, ela também representa riscos significativos à concorrência, exigindo dos conselheiros uma análise aprofundada da estrutura e da dinâmica dos mercados relevantes. Os votos então refletem um equilíbrio delicado entre beneficiar-se das eficiências potencialmente geradas e mitigar os riscos de prejuízo à pluralidade e à escolha dos consumidores, conforme os critérios previstos na Lei nº 12.529/2011.

Além disso, a análise dos votos ressalta a importância da interação institucional entre o CADE e a ANS, conforme a Lei nº 9.961/2000, que determina que a ANS deve ouvir os órgãos do sistema de defesa da concorrência antes de autorizar fusões envolvendo operadoras de planos de saúde. Essa cooperação é amplamente destacada pelos conselheiros como crucial para garantir decisões alinhadas harmoniosamente com as políticas regulatórias setoriais e os princípios do direito concorrencial. Neri (2016) revela, em sua pesquisa documental, que essa convergência entre análises do CADE e da ANS evita conflitos decisórios que poderiam comprometer tanto a competitividade do mercado quanto a proteção do consumidor.

No que tange à metodologia, os conselheiros utilizam intensivamente dados econômicos e informações provenientes de bancos regulatórios e análises documentais, organizados e tratados por meio de softwares estatísticos, o que confere maior rigor técnico às decisões.

Essa complexa avaliação dos votos dos conselheiros tem impactos diretos e profundos sobre o consumidor final. A maneira como o CADE equilibra os interesses concorrenciais e regulatórios pode definir a estrutura do mercado, influenciando a diversidade de opções, os preços praticados e a qualidade dos serviços ofertados. Decisões que permitem concentração excessiva ou integração vertical sem as devidas salvaguardas podem reduzir a concorrência efetiva, limitando alternativas para os usuários e elevando custos, enquanto decisões cautelosas e alinhadas com a proteção ao consumidor contribuem para um ambiente de saúde suplementar mais competitivo, inovador e acessível. Assim, a transparência e o rigor das fundamentações nos votos são essenciais não apenas para a legitimidade das decisões do CADE, mas para garantir que os benefícios econômicos das operações de concentração não se sobreponham ao direito fundamental dos consumidores a serviços de saúde de qualidade, acessíveis e diversificados.

3.5 Interação entre CADE e ANS e Desafios Regulatórios

A interação entre o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) configura-se como um aspecto fundamental para a regulação eficaz do mercado de saúde suplementar no Brasil, especialmente diante da complexidade e da dinâmica peculiar desse setor. Conforme estabelece a Lei nº 9.961 (Brasil, 2000), a ANS deve ouvir os órgãos do sistema de defesa da concorrência (CADE) antes de autorizar operações de M&A envolvendo operadoras de planos de saúde. Essa interlocução institui uma via de mão dupla que busca aliar a regulação do setor à proteção da concorrência, assegurando que as operações de concentração econômica sejam analisadas sob múltiplos prismas, incluindo os regulatórios e concorrenciais.

Essa articulação é primordial para que o CADE incorpore as especificidades do mercado de saúde suplementar em suas avaliações, o que o torna capaz de monitorar e mitigar riscos de concentração excessiva e possíveis práticas anticompetitivas, enquanto a ANS considera os aspectos legais e sanitários que permeiam o funcionamento do setor. Nesse sentido, observa-se que as decisões do CADE sobre M&A moldam a estrutura industrial do setor, influenciando o desenvolvimento econômico ao permitir ou bloquear a formação de empresas maiores, com potenciais ganhos de eficiência e competitividade.

Entretanto, essa interação enfrenta desafios significativos. Primeiramente, as divergências na definição dos mercados relevantes entre os órgãos podem ocasionar descompassos regulatórios, visto que, como apontam Aranovich, Leandro (2022, p.97):

[...] idealmente a definição de mercados relevantes por órgãos de defesa da concorrência e a por agências reguladoras deveria ser a mais próxima possível... [porém] a definição pode se dar de forma diferente entre o órgão de defesa da concorrência e o regulador.

Essa heterogeneidade pode gerar decisões conflitantes, dificultando a regulação integrada.

Além disso, a atuação do CADE no setor de saúde suplementar é desafiada pela crescente verticalização e concentração do mercado. Como destacam estudos sobre o tema, há um aumento da concentração no mercado de planos de saúde e verticalização entre os planos e prestadores de serviços médico-hospitalar. Essa dinâmica complexifica a análise concorrencial, exigindo refinamento nas metodologias adotadas pelo CADE para avaliar fusões horizontais, verticais e conglomerais, bem como os efeitos potencialmente prejudiciais, como o fechamento de mercado e uso estratégico de informações (Revista do IBRAC, 2016).

Outro desafio relevante reside no risco de captura regulatória, que pode comprometer a imparcialidade e eficiência das decisões. Correio, Pinheiro, Monnerat (2021) destacam que o risco de captura regulatória, onde os interesses dos entes regulados influenciam desproporcionalmente as decisões da agência, é uma preocupação constante em setores concentrados. Essa situação dificulta a atuação coordenada entre CADE e ANS, uma vez que a pressão de interesses particulares pode fragilizar as políticas públicas e a defesa da livre concorrência.

Adicionalmente, a avaliação da qualidade dos serviços e a complexidade do mercado de saúde suplementar impõem limites à capacidade regulatória. Embora a ANS utilize indicadores como o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), estes podem não capturar totalmente a experiência do usuário ou a efetividade clínica dos serviços (Correio, Pinheiro, Monnerat, 2021). Essa limitação evidencia a necessidade de ampliar os critérios e instrumentos utilizados para analisar os efeitos das operações de concentração sobre os consumidores.

Os estudos empíricos também indicam uma política institucional no CADE que favorece a aprovação da maioria dos atos de concentração econômica no setor, sem restrições significativas, o que contribui para a consolidação de grandes grupos econômicos, como Rede D'Or, Intermédica e Amil. Conforme Oliveira (2024, p.123):

[...] mais de 95% foram aprovados pelo CADE sem nenhum tipo de restrição
[...] pode-se verificar uma política institucional de aprovação da maior parte dos atos de concentração econômica, favorecendo a consolidação de grupos econômicos.

Tal panorama sugere a necessidade de aperfeiçoamento das ferramentas de análise do CADE e do mecanismo de interlocução com a ANS, de forma a equilibrar a dinâmica concorrencial e a proteção do consumidor.

Por fim, a complexidade do sistema de saúde suplementar brasileiro e os desafios regulatórios demandam maior diálogo e integração entre CADE e ANS, incluindo o compartilhamento constante de informações e o alinhamento metodológico para análise de operações. Como ressaltam Silva (2003), é imprescindível que os órgãos atuem de forma complementar, harmonizando seus esforços para superar os dilemas impostos pela concentração e verticalização no setor. Essa cooperação fortalece a governança do setor, ampliando a capacidade do sistema regulatório de garantir a concorrência efetiva e a qualidade dos serviços prestados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a realizar uma análise abrangente e aprofundada da complexa interação entre a regulação estatal dos planos de saúde e a atuação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no contexto brasileiro. A motivação central desta pesquisa residiu na necessidade de avaliar criticamente como essa dinâmica influencia o acesso à saúde, a efetiva proteção dos direitos do consumidor e o desenvolvimento econômico do país. A questão norteadora que impulsionou toda a investigação foi: de que maneira a regulação estatal dos planos de saúde, sob a égide dos princípios estabelecidos pela Constituição Federal (Brasil, 1988), e a atuação do CADE na análise de atos de concentração (no período de 2018 a 2022) impactam o acesso à saúde, os direitos do consumidor e o desenvolvimento econômico no Brasil?

Para responder a essa questão central, foram definidos objetivos específicos e bem delineados, que guiaram a condução da pesquisa e a análise dos dados. Inicialmente, buscou-se realizar uma contextualização abrangente do setor de saúde suplementar no Brasil, compreendendo sua evolução histórica, as características de sua estrutura e os desafios regulatórios que o permeiam. Em seguida, a análise se aprofundou no exame da regulação estatal dos planos de saúde, sob a perspectiva dos princípios constitucionais que fundamentam o direito à saúde, com ênfase no papel desempenhado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na proteção dos direitos dos consumidores. Posteriormente, dedicou-se especial atenção à avaliação dos votos proferidos pelos conselheiros do CADE em processos de atos de concentração no setor de saúde suplementar, buscando identificar padrões decisórios e as motivações subjacentes às decisões. Por fim, a pesquisa se propôs a formular recomendações propositivas, visando o aprimoramento da regulação do setor e da atuação do CADE, com o objetivo de fortalecer a concorrência, ampliar a proteção do consumidor e promover a melhoria do acesso à saúde.

A metodologia empregada nesta pesquisa combinou diferentes abordagens, buscando uma triangulação que permitisse uma análise mais rica e completa do objeto de estudo. A revisão bibliográfica constituiu uma etapa fundamental, fornecendo o arcabouço teórico e conceitual para a investigação, por meio da análise de obras, artigos científicos e documentos relevantes sobre regulação da saúde suplementar, direito concorrencial e direito do consumidor. A análise qualitativa dos votos dos conselheiros do CADE em processos de atos de concentração no setor de saúde suplementar (2018-2022) permitiu aprofundar a compreensão dos critérios decisórios e dos argumentos utilizados pelos responsáveis pela defesa da

concorrência. Adicionalmente, o estudo de casos regulatórios selecionados possibilitou ilustrar, de forma concreta, os impactos da regulação e da atuação do CADE em situações específicas, com foco nos preços praticados, na qualidade do atendimento oferecido e nos direitos efetivamente assegurados aos consumidores.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, diversas constatações relevantes emergiram, lançando luz sobre a complexidade e os desafios do setor de saúde suplementar no Brasil. Observou-se a coexistência e a interdependência entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos e seguros de saúde privados, evidenciando a importância da saúde suplementar como um componente significativo do sistema de saúde brasileiro. A regulação estatal, exercida primordialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstrou desempenhar um papel crucial na busca por um delicado equilíbrio entre os interesses dos consumidores, a qualidade dos serviços prestados e a sustentabilidade econômica do mercado. No entanto, a análise da atuação do CADE em processos de atos de concentração revelou tensões e desafios na conciliação entre a promoção da eficiência econômica, por meio das fusões e aquisições, e a efetiva preservação da concorrência, com o objetivo de evitar potenciais prejuízos aos consumidores, como o aumento abusivo de preços e a deterioração da qualidade dos serviços.

A análise revelou uma dinâmica de dualidade na governança do setor, onde os papéis da ANS e do CADE, embora complementares, geram atritos e sinergias inerentes às suas distintas missões. O conflito mais evidente reside nas diferentes metodologias e focos de análise; enquanto a ANS atua com uma regulação setorial voltada à qualidade, solvência e proteção do consumidor, o CADE foca na análise concorrencial. Essa divergência se materializa na definição de mercado relevante, onde o CADE consolidou uma abordagem baseada no fluxo de pacientes das próprias operadoras, enquanto a ANS historicamente utilizou modelos mais complexos, por vezes baseados em dados do SUS. Tais diferenças são consideradas naturais, pois cada órgão utiliza a delimitação de mercado como uma ferramenta para seus próprios fins, sejam eles regulatórios ou concorrenciais. Por outro lado, a sinergia é buscada ativamente, como demonstrado pelo Acordo de Cooperação Técnica firmado entre as agências, que visa o compartilhamento de informações e o fortalecimento das análises sob ambas as perspectivas. Essa interação, embora complexa, é fundamental, pois a atuação isolada do CADE encontra limites estruturais no setor, não sendo seu papel redefinir equilíbrios de preços ou preencher vácuos regulatórios que frequentemente originam os conflitos levados à sua apreciação.

As conclusões desta pesquisa apontam para a necessidade premente de um aprimoramento contínuo e constante da regulação do setor de saúde suplementar e da atuação do CADE. Faz-se necessário buscar uma maior sinergia e integração entre as políticas setoriais de saúde e as políticas de defesa da concorrência, visando uma abordagem mais abrangente e coordenada dos desafios enfrentados pelo setor. A assimetria de informação entre os agentes do mercado, as falhas de mercado que distorcem a alocação eficiente de recursos e a crescente concentração econômica observada no setor exigem uma atuação regulatória que transcenda os aspectos meramente econômicos, incorporando em sua análise os impactos sobre o acesso equitativo à saúde e a efetiva garantia dos direitos dos consumidores.

É fundamental reconhecer que, embora os objetivos propostos inicialmente tenham sido alcançados de forma satisfatória, algumas limitações metodológicas podem ser apontadas, indicando caminhos para o aprimoramento de futuras pesquisas. A análise dos votos proferidos pelos conselheiros do CADE, por exemplo, poderia ser enriquecida com a utilização de técnicas de análise de discurso, que permitiriam identificar com maior precisão os padrões argumentativos, as influências contextuais e as possíveis assimetrias de poder presentes nas decisões. Adicionalmente, o estudo de casos regulatórios poderia ser expandido, incluindo uma análise comparativa com as experiências de outros países, buscando identificar as melhores práticas e os desafios comuns enfrentados na regulação do setor de saúde suplementar.

Para pesquisas futuras, sugere-se a investigação aprofundada dos impactos da crescente judicialização da saúde sobre a regulação do setor de saúde suplementar, buscando compreender como as decisões judiciais têm influenciado a atuação da ANS e a dinâmica do mercado. Além disso, recomenda-se a análise dos efeitos disruptivos das novas tecnologias e da telemedicina sobre a estrutura do setor e a dinâmica concorrencial, avaliando os desafios e as oportunidades que essas inovações representam para a regulação. Por fim, enfatiza-se a importância do desenvolvimento e da aplicação de indicadores mais robustos e abrangentes para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde suplementar, que capturem não apenas os aspectos formais e estruturais, mas também a experiência subjetiva dos usuários e os resultados clínicos efetivamente alcançados.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. V., & RODRIGUES, P. R. (2016). “Regulação da saúde suplementar: desafios atuais e perspectivas futuras.” *Revista Brasileira de Saúde Pública*.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. *Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil*. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015.106p.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2003). "Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar." Rio de Janeiro.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Março, 2014.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2020). “Dados da Qualidade Setorial: Relatório de Acompanhamento.” Brasília.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2021). "Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde" Brasília, DF.

ARANOVICH, Tatiana de Campos; LEANDRO, Tainá. *Regulação e concorrência no mercado de saúde suplementar: debate sobre o mercado relevante entre o Cade e a ANS*. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE CONCORRÊNCIA, CONSUMO E COMÉRCIO INTERNACIONAL – IBRAC. *Mulheres no Antitruste – Volume 2*. São Paulo: IBRAC, 2022. p. 94-126.

CORREIO, Felipe Dutra Asensi; PINHEIRO, Italo Jorge Bezzera; MONNERAT, Diego Machado. *Regulação em saúde: análise do impacto da atuação da ANS nas operadoras de planos de saúde*. A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional, Belo Horizonte, ano 21, n. 85, p. 139-160, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21056/aec.v21i85.900>.

AYRES, I.; BRAITHWAITE, J. *Compliance and regulation*. 1. ed. New York: Cambridge University Press, 1992.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2010.

BARROSO, J. (2012). “A Regulação dos Planos de Saúde no Brasil: análise e desafios.” *Revista de Direito Sanitário*.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Edição extra

BRASIL. Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência; dispõe sobre a prevenção e repressão às infrações contra a ordem econômica; Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2011. Retificado em 2 dez. 2011.

CADE - CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Guia para análise de atos de concentração horizontal. Brasília: CADE, 2016. Disponível em: <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf>.

CADE - CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Mercado de saúde suplementar: condutas. Edição revista e atualizada. Cadernos do Cade. Departamento de Estudos Econômicos, 2021. Disponível em: https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/cadernos-do-cade/Caderno-Saude-Suplementar_Condutas_Atualizado-VFinal.pdf

CADE - CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Cadernos do Cade: Atos de Concentração nos Mercados de Planos de Saúde, Hospitais e Medicina Diagnóstica. Edição revista e atualizada. Departamento de Estudos Econômicos, Brasília, 2022.

CORREIO, Felipe Dutra Asensi; PINHEIRO, Italo Jorge Bezerra; MONNERAT, Diego Machado. Regulação em saúde: análise do impacto da atuação da ANS nas operadoras de planos de saúde. A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional, Belo Horizonte, ano 21, n. 85, p. 139-160, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21056/aec.v21i85.900>.

CORTÊS, Sérgio da Costa; PORCARO, Rosa Maria; LIFSCHITZ, Sérgio. Mineração de dados – Funcionalidades, técnicas e abordagens. Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2002. 35p. Disponível em: < http://www.dbd.puc-rio.br/depto_informatica/02_10_cortes.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2025.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. A informação na regulação da saúde suplementar. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2004.

FERNANDES, A. L. et al. (2021). “Tecnologia e Inovação na Saúde: Potencialidades e Desafios.” Revista Brasileira de Saúde Pública.

GONÇALVES, M. A. (2017). “A relevância da ANS na regulação da saúde suplementar brasileira.” Revista de Direito Administrativo.

GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

IESS - INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Entenda o setor. Brasília, 2020.

MACHADO, Kenys Menezes. Os limites da atuação do CADE no setor de saúde. *Revista do IBRAC*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 9–17, 2016.

NERI, Lizzie Karen do Carmo. Mudança de plano de saúde: informação para a regulação da saúde suplementar. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, Luana Martins; MENEZES, João Paulo Calembo Batista; RIBEIRO, Mirian; GONÇALVES, Márcio Augusto; SOUZA, Marcio Coutinho de. Análise da dinâmica de redes dos atos de concentração econômica em empresas da área da saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 3, 2021. DOI: 10.1590/S0104-12902021190785.

OLIVEIRA, Luana Martins. Estratégia de influência: um estudo dos atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil. 2024. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 2024.

ZANOTELLI, Paola de Almeida. Uma análise da concentração do mercado de planos de saúde suplementar em Fortaleza. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia de Empresas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos - Teoria e Prática. 5. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora JusPODIVM, 2024. 528 p.

RAMALHO, Pedro Ivo Sebba. Regulação e Agências Reguladoras: reforma regulatória da década de 1990 e desenho institucional das agências no Brasil. In: RAMALHO, Pedro Ivo Sebba (Org.). *Regulação e agências reguladoras: governança e análise de impacto regulatório*. Brasília: Saraiva, 2009, p.125-159.

RESENDE, Guilherme Mendes (ed.). *Cadernos do Cade: atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Edição revista e atualizada. Brasília, DF: Conselho Administrativo de Defesa Econômica – DEE/Cade, 2021.

REVISTA DO IBRAC, Volume 22 - Número 1, 2016. Mercado de Saúde Suplementar: condutas e Interação CADE-ANS.

ROBBA, Rafael. Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo. 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ROBBA, Rafael; FERNANDES, Caio Henrique Sampaio. Decisão do Superior Tribunal de Justiça altera o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo a respeito da regulação de seguros e planos de saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 22, n. 1, e-0002, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.174896>.

SANTOS, Fausto Pereira; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, set./out. 2008.

SANTOS, Luiz Alberto. Agencificação, publicização, contratualização e controle social: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado. Brasília: DIAP, 2000.

SANTOS, Natali de Vicente. A dinâmica do mercado de saúde suplementar sob a perspectiva do CADE. 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito, São Paulo, 2018.

SCHEFFER, M.; et al. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2020.

SERRA JÚNIOR, Marcos Vinícius Barreto. A vinculação do precedente judicial e a segurança jurídica. Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 54, n. 214, p. 131-152, abr./jun. 2017.

SILVA, Hudson Pacífico da. Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. Leituras de Economia Política, Campinas, v. 10, n. 1, p. 193-226, jun. 2003.

VIANA, A. L., MCDONALD, D. F., & CRUZ, H. L. (2003). “A Regulação da Saúde Suplementar no Brasil: um panorama e desafios.” Saúde e Sociedade.

TRETTEL, Daniel Batalha. Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável? 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.