

DINOSAURS

SEI

as above

PR-MA-00002749/2020



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA - MARANHÃO
Gabinete do 13º Ofício**

OFÍCIO N. 77/2020-HAM/PR/MA

São Luís, 28 de janeiro de 2020.

A Sua Excelência o Senhor

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Diretor

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Avenida Augusto

Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Encaminhe

Ref.: Procedimento Administrativo nº 1.19.000.002401/2018-12

Senhor Diretor

Cumprimentando-o, faço remissão ao procedimento em epígrafe, instaurado com vistas ao acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos pela Agência Nacional de Saúde e pela Câmara de Medicamentos de Regulação do Mercado de Medicamentos - Cmed no âmbito dos trabalhos da **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores** - Catec (Diário Oficial da União, 16 de outubro de 2018, seção 1, p. 42), notadamente quanto aos aspectos da contratualização entre operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos prestadores de serviços a envolver a presença de indexadores e outros índices não oficiais na avaliação dos medicamentos e demais insumos utilizados durante a prestação de serviços.

No dia **16 de dezembro de 2019**, foi realizada, na sede da Procuradoria Geral da República, reunião entre **representantes do Ministério Público Federal, do Conselho Administrativo de Defesa Econômica, Ministério da Saúde, Advocacia Geral da União, Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos e Agência Nacional de Saúde Suplementar** (Ata de Reunião nº. 76/2019, PR-MA-00043188/2019), na qual foi acordado:

o compartilhamento de informações entre as instituições com vistas ao aprimoramento de suas ações no âmbito temática acima indicada.

Na ocasião, muito se discutiu sobre a relevância da Consulta Pública ANS n. 76, que provocou a discussão pública acerca do modelo de remuneração na saúde suplementar, tendo o MPF afirmado que continuaria contribuindo permanentemente com o tema.

Isso posto, encaminho nesta ocasião a Vossa Excelência, como contribuição, em anexos:

1. cópia da Nota Técnica nº. 41/2015/DEE/CADE, de 26 de abril de 2016;
2. cópia da Nota Técnica nº. 34/2019/CGAA3/SGA1/SG/CADE, de 17 de outubro de 2019, acompanhada do Despacho nº. 22, de 17 de Outubro de 2019, oriundo da Superintendência-Geral do Cade, no qual se determinou a instauração de processo administrativo, nos termos dos arts. 13, V, 69 e seguintes da Lei nº. 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade;
3. relatório atualizado acerca do panorama das ações judiciais acompanhadas pelos representantes da Cmed, do Ministério da Saúde e pela Advocacia-Geral da União, detalhando as medidas que visam a reversibilidade dos comandos judiciais isolados que suspenderam os efeitos da Resolução Cmed nº. 2/2018; e
4. as contribuições do MPF técnicas e fáticas à Consulta Pública ANS nº. 76 da ANS, requerendo seu processamento junto às contribuições de propostas de textos apresentadas ao tempo da Consulta, diretamente no site da agência reguladora.

Atenciosamente,

HILTON ARAÚJO DE MELO
Procurador da República

Assinado com login e senha por HILTON ARAUJO DE MELO, em 31/01/2020 14:32. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8A7E76A9.EF333CE3.ADE2C525.53D52BB2>



Ministério da Justiça - MJ

Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Tavares, 4º andar - Barro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70770-504

Telefone: (61) 3221-8409 e Fax: (61) 3226-49733 - www.cade.gov.br



NOTA TÉCNICA N° 41/2015/DEE/CADE

Referência: Procedimento Preparatório 08700.001180/2015-56

Assunto: Estudo preliminar a respeito de práticas econômicas abusivas no setor hospitalar e do uso indevido de tabelas privadas (como Simpro e Brasindice)

Autores: Ricardo Medeiros de Castro.

Conclusão: A princípio, há diversos indícios que colocam em dúvida a lícitude de tabelas de preço (como Simpro e Brasindice), considerando seus efeitos sociais, referidos na presente nota, em especial: (i) indução via cartel por parte de editores; (ii) preços inflados relacionados por parte de fabricantes de OPME e medicamentos; (iii) cartel de hospitais, em relação à cobrança de diárias, OPME e medicamentos; e (iv) preço abusivo ou regulação paralela por parte de agentes que desrespeitam o preço teto regulatório, de forma sistemática, impondo margem de lucro adicional de forma coletiva contra planos de saúde.

1. Com base na Lei nº 12.529/11 e na regulação do setor de saúde nacional, a presente nota técnica objetiva verificar se há indícios de (i) práticas abusivas no setor hospitalar e (ii) do uso indevido de tabelas privadas com a obtenção de lucros hospitalares sobre medicamentos e sobre órteses, próteses e demais insumos hospitalares.

2. Do ponto de vista metodológico, explicar-se-á (i) o que são as referidas tabelas, (ii) como a discussão regulatória se entrelaça com tais tabelas de preços e, em seguida, (iii) avaliar-se se há ou não existência de indícios sobre condutas anticompetitivas.

1. Relatório

3. Em 27 de janeiro de 2015, a Procuradoria da República no Estado de São Paulo encaminhou cópia de inquérito civil acerca da utilização, pela rede hospitalar privada, de tabelas de preços de medicamentos e materiais hospitalares com valores superestimados e em descumprimento da Resolução nº 3/2009, da ANVISA.

4. Posteriormente, este Departamento de Estudos Econômicos foi instado a se manifestar a respeito em razão do Despacho da Superintendência Geral do CADE de 6 de maio de 2015, o que faz por intermédio da presente nota.

2. Sobre as tabelas

5. De acordo como o site <http://www.simpro.com.br/indicodudidas.php> a tabela Simpro é um "referencial de preços de materiais hospitalares e medicamentos, direcionado para compras, análise e auditoria de contas médico-hospitalares", cuja assinatura anual de tal tabela custa R\$410 por ano.

6. Ainda de acordo com o site da empresa, a SIMPRO iniciou suas atividades produzindo etiquetas para marcação de preços de medicamentos, tendo como clientes o setor de varejo farmacêutico (farmácias/drogarias). Ao longo dos anos, acompanhando a evolução na área de tecnologia da informação, desenvolveram soluções de interesse também de hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde, adquirindo alto grau de especialização em *Produtos para a Saúde*[1].

7. A Brasindice foi desenvolvida para se tornar um ponto de convergência dos profissionais dessa área em busca de informações, notícias, e serviços relacionados a seu dia-a-dia de trabalho. A revista Brasindice publica alguns artigos de medicina e legislação do setor. Também publica um glossário de termos médicos e um formulário farmacêutico. Todavia, o cerne da revista é direcionado a publicar preços de equipamentos médicos, artigos hospitalares, além de publicar a lista de preços regulados da própria CMED. A assinatura da revista de um ano custa R\$ 694 (seiscientos e noventa e quatro Reais) em fevereiro de 2015. Se for solicitada a versão eletrônica da revista este preço pode ir para R\$ 1.520,00 (mil quinhentos e vinte Reais)[2].

3. Supostas práticas anticompetitivas

8. A forma como é feita a cobrança dos insumos hospitalares, via tabela de preços Simpro e Brasindice (bem como o uso indevido da regulação), aparentemente, descumpre preceitos da Lei de Defesa da Concorrência (Lei 12.529/2011), tendo em vista:

I - **Publicação de tabelas de preços que induzem cartel:** há indícios de que existem tabelas de preços - feitas por entidades como Simpro e Brasindice. A impressão e a divulgação destas tabelas induz prática colativa por parte (i) de vários hospitais brasileiros - downstream e (ii) de produtores de insumos hospitalares - upstream. Ainda que os editores aleguem que estão repassando as informações de preços informadas pelos fabricantes de medicamentos e de materiais, a existência da tabela (e da ação editorial) parece ser imprescindível para eventual indução de cartel de hospitais. Neste sentido, cabe avaliar se Simpro e Brasindice incorrem na conduta do art. 36 § 3º II da Lei 12.529/2011, qual seja, "*promover, obter ou influenciar a adoção de conduta comercial uniforme ou concertada entre concorrentes*".

II - **Inflação artificial sobre preço fábrica:** há indícios de que vários produtores de insumos hospitalares inflam coletivamente, nas publicações Simpro e Brasindice, seus reais preços de produtos. É a partir da referida cotação artificial coletiva de preços elevados, feita por diversos concorrentes, que se consegue cobrar do plano de saúde sobrepreços pelos insumos hospitalares.

III - **Cartel de Hospitais (negociação conjunta do preço de insumos e de**

serviços); também, há indícios de que diversos hospitais negociam em conjunto, com planos de saúde, os preços de seus insumos hospitalares (tais como fármacos, OPMEs, dentre outros), com base na tabela Simpro e Brasíndice, além de serviços hospitalares.



IV - Preço abusivo ou regulação paralela: a cobrança de preços, sistematicamente acima do quantum permitido pela regulação oficial (em especial da CMED), independentemente de prática de cartel, pode talvez gerar discussão no âmbito Antitruste. Dessa forma, cabe avaliar se alguns hospitais brasileiros em razão do desrespeito sistemático do price cap incorreram na conduta do art. 36, II, aumento arbitrário dos lucros ou em regulação privada de mercados de bens ou serviços (art.36, § 3º VIII) ao largo da regulação oficial. No caso White Martins S/A e Aga S/A, AP 08012.003648/1998-05, o voto do então Conselheiro Vinícius Marques Carvalho, atual presidente do CADE, compreendeu que a desobediência sistemática e proposital do preço teto pode representar, depender do caso, simultaneamente, infração regulatória e infração concorrencial de prática de preço excessivo.

3. Abrangência das tabelas estudadas

9. Enio Jorge Salu fez uma apresentação em um Congresso da Federação de Hospitais de São Paulo (FEHOSP). Tal entidade sindical deveria servir para outros propósitos que não a discussão de lucros ou de preços entre hospitais. Mesmo assim, Enio Salu fez uma apresentação cujo título é bem sugestivo: "Aumentando o faturamento".

10. Na referida apresentação, Enio explica que existem diferentes tabelas de preços que um hospital se utiliza para vender produtos e serviços, tais como:

FIGURA 1 – TIPOS DE TABELAS UTILIZADAS POR UM HOSPITAL

Complexidade da formação dos preços em Saúde Suplementar



Fonte:http://www.fehosp.com.br/v2/servicos/eventos/congresso/congresso/galeria2013/pre-congresso/aumento_js.pdf

11. As tabelas de Honorários médicos e exames, já foram objeto de análise do CADE. A Simpro seria utilizada, em regra, para que os hospitais cobrem por materiais descartáveis e reutilizáveis, além de prever preços de OPMEs. A Brasíndice, também, prevê preços de pagamento de uma série de produtos, como nutrição enteral, parenteral, radiofármacos e medicamentos em geral.

4. Regulação do mercado de saúde

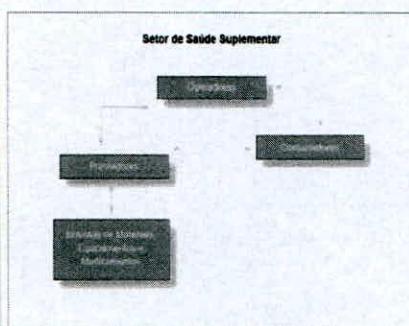
4.1. Agentes do mercado

12. O setor de saúde possui particularidades em relação ao setor público e ao privado. O sistema de saúde brasileiro pode ser caracterizado como um sistema misto, no qual os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde.

13. No setor privado, é possível que consumidores adquiram diretamente serviços de saúde ou se utilizem do setor de saúde suplementar. No âmbito de saúde suplementar, há uma série de atores (não havendo apenas consumidores de um lado e ofertantes de outro), conforme se verifica abaixo:

- **Operadoras** - Responsável pela oferta de planos privados de assistência à saúde
- **Prestadores** - Responsável pela prestação de serviços de atenção à saúde
- **Indústria de OPME/medicamentos** - Responsável pela venda de insumos aos prestadores
- **Consumidores** - Quem se utiliza do serviço de saúde

FIGURA 2 – AGENTES NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Fonte: Godoy, M.R. et al. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. Apresentado no IX Encontro Nacional de Economia Política.

4.2. Motivos para a regulação do mercado

14. O lucro sobre medicamentos utilizados dentro de um hospital é proibido pela Resolução n. 3, de 4 de maio de 2009 e pela Orientação Interpretativa 5 de 12 de novembro de 2009 da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). A CMED é órgão interministerial dos Ministérios da Saúde, da Justiça, da Fazenda e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio). A CMED impõe regulatória a respeito de qual é o preço máximo que os hospitais podem cobrar pelo reembolso de fármacos ministrados (vía preço-fábrica - máximo).

15. Nesse sentido, hospitais possuem uma série de isenções tributárias e, em razão disto e de outros argumentos relacionados às falhas de mercado do setor, não poderiam lucrar com venda de medicamentos e insumos em geral. Apesar disso, há indícios fortes de um duplo descumprimento regulatório, considerando que: há indícios de que hospitais cobram lucros sobre medicamentos; há indícios de que hospitais cobram dos planos de saúde, o preço dos medicamentos acima do teto regulatório permitido pela CMED.

16. Frise-se – por outro lado – que insumos hospitalares não se restringem a medicamentos. Com efeito, também, há indícios de que hospitais possuem lucros sobre outros materiais que ultrapassam a competência da CMED. Ou seja, os hospitais lucram sobre vários “insumos hospitalares” não farmacológicos, tais como órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), aplicados nos pacientes. Além da CMED, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) regula alguns aspectos relevantes deste mercado.

17. Dentre os vários motivos para regular o setor de saúde suplementar (tanto pela ANS, como pela Anvisa, CMED e outros agentes) estão diversas falhas de mercado, como a assimetria de informação, o problema agente principal, o risco moral, a seleção adversa, entre outros. Em razão de algumas destas falhas de mercado, a regulação impõe limitação de lucro sobre insumos hospitalares.

A) CFM

18. O Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução CFM-1595/2000, em 18/05/2000, que trata de conflito de interesses. Em tal resolução, o CFM entendeu por proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica (art. 1º).

19. Além disto, estabelece o artigo 9º do Código de Ética Médica (**Resolução CFM-1.939/2002**) que “*a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio*”.

20. Frise-se, também, que o Código de Ética veda “*o exercício mercantilista da Medicina*” (art.58). Ou seja, com tais proibições, o Conselho Federal de Medicina se posiciona contrário ao lucro dos médicos com a comercialização de órteses e próteses, materiais e medicamentos.

21. Desta modo, incentiva-se que o médico tenha maior interesse na cura do paciente (se teria maior **neutralidade**, nas suas escolhas). Por isto (para amenizar este conflito de interesses), o CFM resolveu proibir este tipo de lucro que o médico poderia eventualmente ter, via proibição inserida no Código de Ética.

22. De outro lado, se um médico é dono de uma clínica oncológica poderá comprar medicamentos oncológicos e aplicá-los em seus clientes (aceitando quanto que os convênios irão pagar por tais medicamentos – vide Processo-Consulta CFM N° 10.760/1999 PC/CFMN° 51/2002) conseguindo, eventualmente, lucro com tal prática. Ou seja, alguns médicos, donos de clínicas, podem lucrar com a venda de medicamentos, enquanto outro não.

23. Enfim, as Resoluções 1804/2006 e 1956/2010 também disciplinaram questões relevantes, sendo que esta última proíbe que o que médico indique marca exclusiva de órtese ou prótese, por exemplo.

B) GMED

24. No âmbito de fármacos, no Brasil, a regulação atual foi disciplinada pela Lei 6.360/76. Seguida da regulação de preços, o Brasil passou na década de 90 por uma fase de liberalização dos preços. A Portaria 37 de 11 de maio de 1992 atuou no sentido de liberalização do preço das matérias primas farmacêuticas, mas limitou a margem de lucro do varejo (criando assim um preço máximo ao consumidor - PMC).

25. Para que houvesse controle da margem de lucro do varejo, era necessária a publicação dos preços praticados pelos produtores. Deste modo, passou a ser necessária a divulgação de listas que contivessem o valor do preço de fábrica e, por conseguinte, do PMC de cada medicamento (an^o 4º). Da Portaria 37 de 1992 da Secretaria Executiva do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento).

26. Esta é a origem da tabela Brasíndice e Simpro, que foram em parte incentivadas pela própria regulação do setor. O problema, como se verá a seguir, decorre da desvirtuação de tais tabelas. Frise-se também que, após a regulação do setor evoluiu (vide Decreto n.º 793 de 1993, Lei 8.778/93, Decreto 3.181 de 1999 entre outras normas). Em 1999, esta legislação, além de criar as

Agência Reguladora do setor (ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), também instituiu a política dos genéricos.

27. No que tange à política de preços, em dezembro de 2000, foi editada a Medida Provisória nº 2.063, posteriormente, substituída pela Medida Provisória nº 2.138-2, de 28 de dezembro de 2000, por sua vez, convertida na Lei Ordinária nº 10.213, de 27 de março de 2001. Essa lei teve prazo de vigência predeterminado e foi responsável pela criação da Câmara de Medicamentos (CAMED), novo órgão regulador do setor. "As formas de regulação utilizadas pela CAMED foram o congelamento" (MIZIARA, 2013, p. 55).

28. A partir da Lei 10.742/2003, foi criada a CMED (Câmara de Medicamentos), regulada pelo Decreto nº 4.766/2003, em substituição à antiga Câmara Setorial de Medicamentos (CAMED). Enquanto a antiga CAMED atuava – em grande medida – no campo de processos administrativos sancionadores, a nova CMED passou, em 2003, a deliberar sobre preços e elaborar diretrizes de regulação do setor, podendo responsabilizar todos os agentes do mercado farmacêutico que desrespeitassem os limites de preço por ela estabelecidos, em relação à indústria, ao atacado e ao varejo.

29. De acordo com o art. 1º da Lei 10.742/2003, a regulação no setor farmacêutico tem "a finalidade de promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor". Definiram-se, assim, normas de regulação de preços para o setor farmacêutico, estabelecendo-se as competências da referida Câmara e metodologia para definição de qual seria o preço máximo admitido no setor (NISHIJIMA M., 2010). Atualmente, há três tipos de preço teto que devem ser observados, a saber:

- Preço Fábrica - PF** é o teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor pode comercializar um medicamento no mercado brasileiro. São esses os preços máximos que devem ser observados, tanto pelos vendedores, como pelos compradores, nas aquisições de medicamentos destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS (entes da Administração Pública direta e indireta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Os hospitais, também, podem solicitar dos planos de saúde, NO MÁXIMO, o preço fábrica, autorizado pela CMED.
- Preço Máximo ao Consumidor - PMC** é o preço a ser praticado pelo comércio varejista de medicamentos, ou seja, farmácias e drogarias, tendo em vista que este contempla tanto a margem de lucro como os impostos inerentes a esses tipos de comércio. Não deveria • em tese • ser utilizado pelos hospitais, por ser superior ao preço fábrica.
- Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG** é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF [PF * (1-CAP)]. O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado 6/2013 ou para atender ordem judicial. O CAP é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado ao Preço Fábrica - PF, pelas empresas produtoras e distribuidoras de medicamentos, sempre que realizarem vendas destinadas a entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

FIGURA 3 – DIFERENTES TIPOS DE PREÇO TETO DE MEDICAMENTOS



30. Repõe-se que "preço fábrica" é um preço teto regulatório, que – teoricamente – deveria ser obedecido pelos hospitais privados, quando estes fossem cobrar dos planos de saúde a conta de um procedimento qualquer.

4.3. Distorção dos preços regulados e não-regulados

31. Como dito no inicio deste estudo, há fortes indícios de que os preços máximos estipulados pela CMED (Preço Fábrica) acima descritos, são desrespeitados no âmbito hospitalar. Tal descumprimento regulatório se dá, às vezes, de forma coletiva e coordenada, a patamares uniformes acima do preço teto. Além disto, a conduta coordenada ultrapassa a regulação da CMED, envolvendo mercados que não são regulados, considerando a estrutura abaixo referida.

32. Com efeito, na saúde suplementar, para o resarcimento de despesas, os hospitais se relacionam com os planos de saúde em uma ligação triangular. O hospital realiza procedimentos médicos para os quais necessitam de medicamentos e de materiais hospitalares. Ao final de cada procedimento, o hospital emite para o plano de saúde uma guia, na qual estão descritos o procedimento médico realizado e os produtos empregados na sua realização. É com base nessa guia que são remunerados os procedimentos médicos e reembolsadas as despesas com medicamentos e materiais hospitalares.

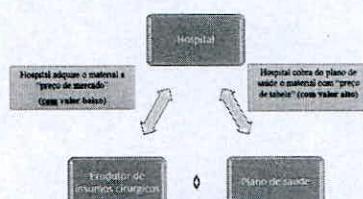
33. Contudo, tais medicamentos e materiais hospitalares, embora sejam ao final pagos pelo plano de saúde, são usualmente adquiridos junto aos fabricantes diretamente pelo hospital. Ocorre que a aquisição de materiais pelo Hospital se dá a "preço de mercado" (preço baixo), enquanto que o



ressarcimento saliculado ao plano de saúde se dá a "preço de tabela" (preço alto). Como o preço de mercado é, na grande parte das vezes, menor que o preço de tabela, o hospital acaba lucrando com esta diferença de valores.



FIGURA 4 – REVENDA DE INSUMOS HOSPITALARES



34. Portanto, a diferença entre o preço de mercado e o preço de tabela é incorporada como margem de lucro do hospital.

35. No que diz respeito ao preço da tabela Simpro e da tabela Brasíndice, ambas possuem duas partes: (i) uma parte da tabela "informa" os preços regulados da CMED, como preços de medicamentos; (ii) outra parte "informa" preços que não são regulados, como OPME, repassando informações de preços de vários produtores, aos agentes do mercado.

FIGURA 5 – PARTES DAS TABELAS SIMPRO E BRASÍNDICE



36. Ambas as partes das tabelas (parte regulada via CMED e parte não regulada) são extremamente elevadas se comparadas com os preços reais de mercado. Assim, há dois tipos claros de distorção, que são gerados pela tabela Simples e pela tabela Brasíndice, que sejam:

- **Distorção da regulação do preço teto** - Diversos hospitais, em conjunto, usam a tabela SIMPRO e tabela Brasíndice para se ressarcirem com base no "preço teto" da CMED. Há uma distorção regulatória e outra concorrential. Do ponto de vista regulatório, o preço que deveria ser teto, passa a ser visto pelos hospitais como se "preço teto" fosse, distorcendo, portanto, o conceito de limite de preços, imposto pela regulação. Do ponto de vista concorrential, o uso destas tabelas via negociação coletiva de vários hospitais pode configurar cartel. Também, cobranças sistemáticas e coletivas acima do teto regulatório podem configurar outras práticas previstas expressamente na lei concorrential, como preço abusivo ou regulação privada de mercado.
 - **Distorção dos preços não regulados** - Frise-se que a parte não-regulada da tabela SIMPRO e da tabela Brasíndice é descolada da realidade, em que diversos concorrentes (produtores de OPME e de fármacos) publicam, em conjunto, na mesma tabela, seu "preço de fábrica" inflado, não condizente com os preços praticados no comércio varejista. Tal estratégia advém da possibilidade que estes atores possuem de se aproveitar de uma falha de mercado, já que planos de saúde são obrigados a contratarizar tais valores. (é isto que permite o lucro hospitalar elevado, derivado da diferença do preço do mercado real em relação a este preço fantoñisio de tabela, muito elevado, mas que serve de parâmetro para negociação do hospital em face do plano de saúde). Assim, há uma ação coordenada de produtores que inflam artificialmente seu preço na tabela, para forçar negociações assimétricas; além disto, há uma ação deliberada dos editores das revistas que publicam este preço inflado; e há o uso coletivo de tais tabelas por uma grande quantidade de hospitais brasileiros para a cobrança de insumos hospitalares.

37. Para ficar clara esta relação, cabe fazer referência ao seguinte pronunciamento do Laboratório B.Braun, que é um dos anunciantes das referidas tabelas:

"de forma bastante simplificada, o consumidor paga ao plano de saúde um valor mensal para ter à sua disposição uma rede de prestadores de serviço (entre eles, os hospitais) a ser utilizada quando necessário".

Por sua vez, o prestador de serviço (hospital) é remunerado pelo plano de saúde somente quando o consumidor utilizar os seus serviços. Como se sabe, para que os hospitais possam prestar esses serviços, deve adquirir uma série de produtos para a saúde, produzidos por fabricantes autorizados. A remuneração devida pelos planos de saúde aos hospitais é chamada de *membro-salvo*, e sempre regras contrárias entre essas duas partes.

O que, ao longo dos anos, foi se consolidando a prática de adotar como referência contratual para os reembolsos os preços praticados pela CMED dos produtos de cada fabricante¹ [na época de sua criação, a CMED era a tabela SIMPRO e BRASÍNDICE]. Assim, o hospital nega o reembolso constante nos formularios de preço dos seus produtos e recebe como reembolso das farmácias de saude o valor constante da tabela divulgada pela CMED² (vá a tabela SIMPRO). “Paraná, o valor constante da tabela e o preço negociado, concorda a maioria de preços das hospitais. Desta forma, à lei da fera e da procissão, que é uma regra geralmente praticada em determinado mercadoria, passou a ser somar, no mercado de produtos para a saúde, à lei do reembolso”³, típica do mercado hospitalar privado. Não basta ter um produto a um preço justo. É necessário oferecer o melhor reembolso para o hospital. Atualmente, o fabricante que oferece um produto com melhor relação de reembolso para o hospital ou prestador de serviços é o fabricante que “ganha” o negócio, mesmo que o produto oferecido não seja o melhor produto, e mesmo que este tenha preço superior ao seu produto.

** Embora o laboratório Braun tenha se referido a uma "Lei do reembolso" tecnicamente quando o hospital cobra um valor superior pelos insumos do que aquele que adquiriu, na

realidade, está fazendo "revenda" de insumos farmacêuticos e não apenas reembolso

38. Veja-se que este tipo de distorção do sistema brasileiro permite o acirramento dos conflitos de interesse já referidos anteriormente, pela existência do chamado "risco moral" que há neste mercado. De acordo com este risco, o hospital deveria ser um mandatário do plano de saúde quando adquire produtos cirúrgicos, mas, por uma razão sistêmica, o hospital não compartilha dos mesmos interesses do plano de saúde. Ou o plano de saúde aceita o preço inflado, ou não contrataiza com a grande maioria dos hospitais brasileiros (que possuem isenção tributária no reembolso de medicamentos, justamente porque se acredita que o hospital não lucra com tal prática).



A) Precificação teto diferenciada para os genéricos e as distorções hospitalares

39. Como referido acima, se todos os hospitais de uma determinada região, em conjunto, exigirem o pagamento de seus insumos, por meio de tabelas como Brasindice e Simpro, poderá, talvez, haver dois efeitos: nos produtos que não são regulados, é possível haver imposição de preços muito mais caros, em razão de valores inflados coletivamente que constam nas referidas tabelas; nos produtos regulados, é possível haver distorção do conceito de preço teto, distante do preço real dos medicamentos, permitindo que tal sobrepreço se transforme facilmente e sem concorrência alguma em lucro hospitalar.

40. A Resolução 2, de 2004, da CMED estabelece que, no ato do registro de um medicamento genérico, seu preço (teto) deve ser, pelo menos, 35% menor do que o preço (teto) do medicamento referência, de marca, ao qual se refere. (NISHIJIMA M. E., 2014). Todavia, a distância entre o preço teto dos genéricos e preço teto dos medicamentos de referência pode gerar uma distorção concorrencial relevante no âmbito do mercado hospitalar (criando barreiras à entrada e ineficiências sistêmicas).

41. Por exemplo: imagine-se um medicamento de referência de preço-teto R\$ 100. Considerando a regra acima referida (de que o genérico deve ter preço teto 35% menor), o preço-teto do genérico deve ser de no máximo R\$65, segundo a regulação atual. Imagine, também, neste caso que estamos lidando com o mercado hospitalar. Muitos hospitais ganham remuneração com base no preço-teto (cobrado dos planos de saúde). Vamos supor que nós estamos tratando de uma hipótese de um hospital que efetivamente faça esta distorção [acredita-se que é a hipótese da quase totalidade dos hospitais brasileiros, vide item 6.1.2 da presente nota]. Nesta hipótese, o medicamento de referência passa a ter uma vantagem competitiva artificial de R\$35 (trinta e cinco Reais) acima do medicamento genérico. Ou seja, se o fármaco genérico e o de referência tiverem preços de mercado idênticos, o hospital irá lucrar R\$35,00 a mais pelo simples fato de vender o medicamento de referência.

42. Mas e se o medicamento genérico for muito mais barato? Na referida hipótese, a chance do hospital lucrar mais com medicamento de marca/referência (e escolher o medicamento de marca/referência) continua sendo muito grande. Digamos que o medicamento genérico custe para o hospital R\$50, com preço teto de R\$ 65 e o medicamento de marca custe para o hospital R\$80, com preço teto de R\$100. Qual será o medicamento que o hospital irá escolher? O hospital irá escolher o medicamento de marca, mais caro, porque a diferença entre o preço-teto (de R\$100) e o preço de mercado (de R\$80) dá ao hospital uma margem de lucro de R\$20. Já o medicamento genérico, mesmo cobrando R\$30 a menos (ou seja, mesmo sendo mais barato e custando apenas R\$50), como seu preço teto é de apenas R\$65, este cenário garante um lucro de apenas R\$15 ao hospital, sendo assim desprezado pela entidade hospitalar.

TABELA 1 – HIPÓTESE DA ESCOLHA DO HOSPITAL COM BASE NA MARGEM ENTRE PREÇO REAL E PREÇO TETO

	A=Preço aplicado	B=Preço teto	C=Margem hospital-B-A
Referência	R\$80	R\$100	R\$20
Genérico	R\$50	R\$65	R\$15

43. Assim, o sistema que hoje existe de remuneração pelo valor de tabela incentiva a compra insuficiente, gerando custo a consumidores e planos de saúde. Ou seja, a prática hospitalar pode incentivar a compra (ou pior, a cobrança) dos produtos de marca ou produtos que são mais caros (e não aqueles mais baratos), inflando, portanto, os custos dos planos de saúde (custo este que é repassado ao consumidor de plano de saúde).

B) Preços teto muito grandes e desproporcionais com os preços reais

44. Quando se permite que um hospital cobre o preço teto (e não o preço de mercado) do plano de saúde muitas outras distorções aparecem. A mais visível decorre do fato de que os preços teto de medicamento no Brasil são irrealisticamente muito elevados. Como será demonstrado abaixo, há casos em que a diferença entre o preço real de mercado e o preço teto pode ultrapassar 4.000% [comparando o exato medicamento vendido para farmácia com seu preço teto].

45. Com base nas informações obtidas via ofício dentro do processo 08700.004219/2015-97 (Estudo temático sobre setor hospitalar) e segundo dados disponibilizados pela CMED, 50% dos medicamentos vendidos no Brasil teriam que ter uma elevação de preços de mercado igual ou superior a 220% (ou mais a depender do caso) para chegar ao preço teto "fábrica" (da distribuição). Além disto, 50% dos medicamentos vendidos no Brasil teriam que ter uma elevação de preços igual ou superior a 334% de aumento para chegar próximo ao preço máximo ao consumidor (PMC).

46. Portanto, se alguma autoridade pública permitir que os hospitais cobrem o "preço teto" (seja o preço de fábrica ou preço máximo ao consumidor) estará na realidade permitindo lucros gigantescos, sob medicamentos hospitalares, em um mercado com grandes falhas de funcionamento. Abaixo foi feito um gráfico sobre a diferença entre preço teto e preço real de fábrica no Brasil. Foram desprezados os medicamentos em que a diferença entre o preço de mercado e o PMC era superior a 4000% (*outliers*).

FIGURA 6 – DIFERENÇA ENTRE PREÇO TETO E PREÇO REAL NO BRASIL (TERMOS PERCENTUAIS)



A circular stamp with the text "MPF-PRIMA" at the top and "Fls." below it, with the number "201" written across the bottom.

Fonte: elaboração própria

47. Verifica-se deste modo, que eventual cobrança de preço-teto de medicamentos no Brasil é - sem sombra de dúvida - capaz, por si só, de gerar elevado poder de mercado, poder este compatível com lucros que dificilmente se verificam em outro setor da economia brasileira. Como ilustração, abaixo estão diferenças que foram aferidas pelo Tribunal de Contas da União e por alguns trabalhos acadêmicos:

TABELA 2 – DIFERENÇA ENTRE PREÇOS TETO E PREÇO REAL DE MEDICAMENTOS

Comparação de preços praticados em 1999				
Medicamento	Preço Praticado na Fábrica (R\$)	Preço-Fábrica (R\$)	Desconto	
Captopril comp.25mg	0,02	0,48	95,8%	
Rimethamina comp.	0,08	0,48	88,4%	
Enalapril Maleato comp.	0,03	0,29	89,6%	
Metoclopramida (cento) 25mg	2,00	7,25	72,4%	
Cefalexina drup. 500mg	0,22	1,75	91,2%	
Sulfato de cromo 5% - Tibio de 69g	1,12	8,45	90,7%	

(TC 034-187/2011-3 do TCU)

TABELA 3 - DIFERENÇA ENTRE PREÇOS TETO E PREÇO REAL DE MEDICAMENTOS

Diferença entre preço médio em SP de medicamento genérico versus preço máximo da CMED (em Reais)

Denominação genérica (princípio ativo)	Apresentação	Preço médio M ¹	Preço CMED	Varição (%)
Cloridrato de simvastatina	10 mg caixa 30 cápsulas	24,46	100,65	330
Simvastatina	20 mg caixa 30 comprimidos	33,45	65,79	97
Lorazepam de sertátilas	50 mg caixa 28 comprimidos	37,18	66,78	80
Atenolol	50 mg caixa 28 comprimidos	10,05	17,95	79
Omeprazol	20 mg caixa 28 cápsulas	31,35	59,23	78

Fonte: Adaptado de REMEDIO pro bolso. **Revista da IDEC**. São Paulo, n. 130, p.16-20, mar. 2000.

Editor: GANESH RAO, 2012 – AGA

TABELA 4 - DIFERENÇA ENTRE PREÇOS TETO E PREÇO REAL DE MERCADORIAS

Variação entre os preços praticados no mercado e o respectivo leito (pesquisa IDEC publicada em 2010)						
	Estatal		Referência		Generica	
Fator de variação de preço (%)	Quantidade de peças	Participação (%)	Quantidade de peças	Participação (%)	Quantidade de peças	Participação (%)
-0,2	266	25	214	28	34	33
-2,10	330	31	264	34	54	29
-20,1	272	25	220	28	44	16
-40,1 - 60	88	8	19	2	69	20
-60,1 - 80	43	4	28	3	15	6
-80,1 - 100	37	3	20	2	17	6
100,8 - 150	29	3	5	1	24	4
150,8 - 295	15	1	4	0	11	—
Acréscimo de preços da CMEF	2	0	2	0	—	—

Fonte: Adaptado de MEIO cheio ou meio vazio? Revista do IDEC, São Paulo, n.142, p. 22-25, abr. 2010, p. 24.

Fonte: (MIZIARA, 2013, p. 106)

C) Precos teto diferentes para a mesma substância

48. Além disto, há uma distorção na estipulação do preço-teto de medicamentos idênticos (com as idênticas propriedades comerciais e farmacológicas) no Brasil. Abaixo está um exemplo, via análise do que ocorre com o Maleato de Enalapril:

FIGURA 7 – PREÇO TETO DE DIFERENTES MEDICAMENTOS COM MESMO PRINCÍPIO ATIVO- 2013



Fonte: elaboração própria

49. Há medicamentos que tem preço-teto de R\$ 0,003286/grama de maleato de enalapril [CIMED INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS LTDA, vendendo ENALAMED, via comprimidos de 10mg em embalagem com 500 comprimidos, tendo PMC de R\$16,43 à época com ICMS DE 12%]. O Atoms era o medicamento com Enalapril na fórmula com preço teto mais caro [R\$ 0,75/grama de maleato de enalapril]. É verdade que este medicamento possui também outra substância ativa (besilato de anlodipino) não sendo necessariamente comparável. Todavia, outros produtos como o Expressin, da Biosintética, possui preço teto de R\$ 0,3/g de maleato de enalapril. Assim, o Expressin tem preço teto 10.000 vezes superior ao do Enalamed, mesmo tendo a mesma substância ativa.

50. Esta diferença garante um ambiente concorrencial diferenciado, em diversos aspectos. Em primeiro lugar, quem tem preço-teto elevado, pode cobrar um preço mais alto (e geralmente cobra), além de ter mais chance de ser escolhido pelo hospital como fármaco a ser administrado aos pacientes, por oferecer ter condições de oferecer maior margem. Além disso, licitações feitas por planos de saúde ou pelo SUS, ainda que se tenha obtido até mesmo um desconto sobre o Brasidice [o que não é a regra], por si só, não garante que a licitação está escolhendo a empresa que fornecerá medicamentos a preços baixos : com efeito, se, na hora de usar/escolher o medicamento, o médico escolhe a marca Expressin (com maior preço teto) ao invés do Enalamed (com menor preço teto), o plano terá que arcar com um sobrepreço de 10.000%. Ou seja, a escolha médica pela embalagem e pela marca com maior preço teto pode distorcer o resultado de uma licitação.

51. De todo modo, ainda que o preço-teto não fosse distorcido, compreende-se que é no mínimo estranho haver 250 preços-teto diferentes para compra de 1 grama de maleato de enalapril [ou qualquer outro medicamento]. Em contato com o IPEAD/UFGM - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Administrativas e Contábeis de MG, a entidade realiza um trabalho de comparação de preços-teto e confirmou que ainda em 2015 o Enalamed e o Expressin continham tendo grande diferenças de preços-teto pela mesma substância. E isso acontece com vários princípios ativos e com vários contratos entre hospitais e planos de saúde ou pelo próprio SUS.

52. Não há justificativa alguma para que tais fármacos tenham preços teto diferenciados, se são exatamente o mesmo princípio ativo. Ou seja, a exata mesma substância, mesmo referindo-se a medicamentos genéricos, pode vir a ter preço teto diferenciado de seus pares, sem que exista qualquer motivo (técnico) para tanto. A simples existência de um preço teto diferente é capaz de gerar uma distorção concorrencial no mercado de medicamentos hospitalares (se o conceito de preço teto for distorcido). Portanto, aqueles medicamentos que tiverem um registro com preço teto superior, terão, necessariamente, uma força concorrencial superior para competir pela preferência dos hospitais, em detrimento daquelas concorrentes que foram registrados – na CMED – com preços-teto menores.

4.4. A reação da CMED contra as falhas de mercado nos hospitais

53. Os hospitais passaram a distorcer o conceito de preço-teto e em conjunto, passaram a comprar medicamentos baratos (a preços de mercado) e a cobrar dos planos de saúde o preço máximo ao consumidor (muito mais caro que o preço de mercado, permitindo margens exorbitantes). Para impedir este abuso, foram editadas regulações proibindo o "uso indevido do preço teto" da CMED. Deste modo, compreende-se que os preços-teto deveriam servir para limitar os preços e não como uma forma de reembolso por parte dos hospitais.

54. A Resolução n. 3, de 4 de maio de 2009, teria no seu art.3º, estipulado proibição da publicação de Preço Máximo ao Consumidor – PMC, em qualquer meio de divulgação, para medicamentos cujo registro definia ser o mesmo "de uso restrito a hospitais e clínicas". Os hospitais buscaram interpretar a resolução de forma restritiva, considerando que a utilização do PMC não estava proibida por hospitais e clínicas, mas apenas a publicação – nas revistas especializadas – do PMC de alguns remédios caso estes fossem vendidos, na modalidade atacado, em grandes embalagens. Ou seja, continuou-se a publicar dados de PMC de varejo (e os hospitais passaram a cobrar o PMC do varejo).

55. Para exemplificar o que é PMC do varejo e PMC do atacado, é possível mostrar o seguinte exemplo. A Multilab vende o Atenolol em blister de 28 comprimidos e em blister de 500 comprimidos, sendo que obviamente o blister de 500 comprimidos é de uso hospitalar (porque atende a vários pacientes simultaneamente). Desta modo, como para hospitais se aplica o Preço Fábrica, deixou-se de publicar o PMC do blister de 500 comprimidos. Todavia, de fato adianta impedir o PMC do blister de 500 comprimidos seja publicado, se os hospitais passam a cobrar dos pacientes o PMC do blister de 30 comprimidos. O efeito é o mesmo, será pior. Ou seja, se esta interpretação for aplicada ao caso concreto, trata-se de uma forma de contornar a proibição regulatória.

FIGURA 8

Lote	Medicamento / Embalagem	Apresentação	ICMS 8%		ICMS 12%	
			PF	PMC	PF	PMC
Princípio Ativo: ATENOLOL						
INTERDOP 100 mg ATENOLOL (60)	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X 100 UNI-FMLZ	26,15	27,00	32,44	33,29	
INTERDOP 100 mg ATENOLOL (100)	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X30	53,74	58,00	69,87	73,70	
INTERDOP 100 mg ATENOLOL (ACORD)	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X30 (EMB HOSP)	275,25		327,30		
SOTERODOP 250 mg ANGÉSIS BICARTÉTICA	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X 20	29,15	30,70	32,52	34,20	
SOTERODOP 500 mg ANGÉSIS BICARTÉTICA	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X 100 UNI-HDFP	151,39		176,00		
SOTERODOP 100 mg ATENOLOL (PARLE)	100 MG COM CFT BL AL PLAS INO X 30	5,36	5,90	10,66	11,72	



56. Frise-se que a CMED editou a “Orientação Interpretativa 5 da CMED”, segundo a qual a Resolução 3/2009 não deveria ser lida de maneira restritiva. Ou seja, buscou indicar que não há lugar para que um hospital lucre pela venda de insumos hospitalares. Os hospitais deveriam, segundo tal orientação, apenas serem reembolsados pelo dinheiro que eles mesmos pagaram para os produtores dos medicamentos. Tal é o que se pode compreender do Parecer N.I da Secretaria da Fazenda do Rio de Janeiro e da Orientação Interpretativa 5 da CMED. Segundo está regulamentado:

“Os hospitais quando prestam serviços e na sua prestação envolve o fornecimento de medicamentos tem direito a receber o reembolso, o que significa devolver a alguém o dinheiro desembolsado. O recebimento de uma quantia maior do que a desembolsada significa revenda e não reembolso. A revenda é um comércio, e como tal, não faz parte das atividades inerentes aos hospitais. Foi apontado nesta leva que o Decreto-Lei nº 406, de 31 de dezembro de 1968, isentou os hospitais de pagar ICMS sobre o fornecimento de mercadorias utilizadas na prestação dos serviços, pois, se não havia revenda, não havia valor agregado, logo, não havia o que taxar. Mais recentemente, a Lei Complementar n. 116, de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre o imposto sobre serviços de qualquer natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal, manteve a isenção dos hospitais, quanto a pagar, o agoro ICMS sobre os serviços por eles prestados, visto que a mesma lógica permanece. Confira-se, a respeito, o Parecer Normativo n. 01, de 05 de junho de 2001, da Secretaria de Fazenda do Rio de Janeiro, publicado no DOE em 08.06.2001, juntado às fls. 99/100.

Orientação Interpretativa nº 05, de 12 de novembro de 2009 da CMED

Medicamentos em embalagens hospitalares e de uso restrito a hospitais e clínicas não podem ser comercializados pelo Preço Máximo ao Consumidor.

O comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos é privativo das empresas e dos estabelecimentos definidos na Lei nº 5.991 de 17 de setembro de 1973. Nesse sentido, a referida Lei adota os seguintes conceitos (art. 4º, VIII e IX):

VIII - *Empresa - pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que exerce como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, equiparando-se à mesma, para efeitos desta Lei, as unidades dos órgãos de administração direta ou indireta, federal ou estadual, do Distrito Federal, dos Territórios, dos Municípios e entidades parastatais, incumbidas de serviços correspondentes;*

IX - *Estabelecimento - unidade da empresa destinada ao comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;*

Os hospitais têm por objeto social a prestação de serviços médico-hospitalares; são, portanto, prestadores de serviços de cuidado à saúde e não exercem como atividade principal ou mesmo subsidiária, o comércio de medicamentos, drogas ou produtos para a saúde. **Os medicamentos não estão ali para que sejam vendidos aos pacientes**, de forma autônoma, como ocorre com as farmácias e drogarias, mas sim porque fazem parte intrínseca da forma de sua prestação de serviços, ao serem ministrados aos pacientes.

Com efeito, esses estabelecimentos dispõem do que a preceitada Lei 5.991/73 define como Dispensário de medicamentos - setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente. Portanto, com objeto social para prestação de serviço e não de comércio.

Sendo assim, os hospitais, quando prestam serviços que envolvam o fornecimento de medicamentos, como dispensários de medicamentos, não podem aplicar o Preço Máximo ao Consumidor (este entendido como o preço a ser praticado pelo comércio varejista, ou seja, farmácia e drogarias). Por outro lado, têm o direito de obter do paciente o reembolso do valor pago pelo medicamento utilizado na prestação de serviços médico-hospitalares. O reembolso deve ser compreendido como a devolução do valor desembolsado. **Receber uma quantia maior do que a desembolsada significa revenda e não reembolso.**

Nesse contexto, pode-se concluir que, para qualquer medicamento de uso restrito ao ambiente clínico e hospitalar e também para os medicamentos apresentados em embalagens próprias para hospitais e clínicas (embalagens hospitalares), não se pode aplicar o Preço Máximo ao Consumidor - PMC.

Foi com esse entendimento, e com o intuito de proibir tais práticas, que a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos editou a Resolução n. 3, de 4 de maio de 2009.

Diante do exposto, quando do cumprimento do art. 6º da Resolução CMED n. 2, de 11 de março de 2009 (e suas repórteres anuais), que trata do dever de dar ampla publicidade aos preços dos medicamentos, por meio de publicações especializadas de grande circulação, a empresa produtora, ao enviar a lista de preços para que sejam publicados, deve omitir os Preços Máximos ao Consumidor dos medicamentos que se enquadram na definição acima.

57. A orientação interpretativa 5/2009 da CMED é muito clara: o hospital deveria informar os custos que efetivamente incorre, para ser reembolsado no exato valor que pagou pelos medicamentos. Dito de outra forma: um hospital não deve ter (ou não deveria ter) lucro com a diferença do valor de custo e o valor de tabela da CMED (ou com revenda de medicamentos), criada apenas para limitação do poder de mercado (e não para criação de poder de mercado).

58. Além disto, haveria questões de ordem tributária em jogo, pelas razões já referidas. Ou seja, ou o hospital tem lucro e paga imposto, ou o hospital tem isenção tributária, mas não tem lucro com a venda de medicamentos. OPME e outros materiais. Ambas interpretações simultâneas, de que hospitais são revendedores de medicamentos com isenção tributária é uma interpretação que tende a criar assimetrias no mercado e na própria sociedade.

59. Em razão disto, eriou-se uma forte contrarrecação do setor em prol dos lucros hospitalares e pela distorção do conceito de preço-teto. Vários autores indicam a possibilidade de um preço-teto ser utilizado de forma anticompetitiva, virando um ponto focal. (PUIG-JUNOY, 2010; ANIS Et al., 2003; DANZON, 2001; DANZON e CHAO, 2000). No âmbito hospitalar, diversos sindicatos e associações de hospitais confessam abertamente que o preço-teto é distorcido e utilizado como “preço-máximo”, como “preço padrão”, como “preço uniforme” do setor. A este respeito, por exemplo:

- A Confederação Nacional da Saúde (CNS) alegou que o “preço máximo ao consumidor” PMC é uma referência “largamente aplicada como fator de remuneração para

contratação de serviços médicos hospitalares, atuando expressamente sobre a maioria dos contratos entre operadoras e prestadores^[3]. A CNS posicionou-se contra a tentativa da CMED de impedir margem de lucro sobre revenda hospitalar de medicamentos [4].

- A Circular nº 075/2009 da Federação dos Hospitais do Estado Rio de Janeiro (FEHERJ) manifesta-se contra a proibição de lucro hospitalar em relação a medicamentos;
- A Federação dos Hospitais do Sul (Fehosul) informou que todos os hospitais da região usam este parâmetro de remuneração (Preço máximo autorizado) [5];
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica também se posicionou contra a proibição de lucro hospitalar em relação a medicamentos [6].

60. Se a CNS for vitoriosa, eventualmente, se entenderá que hospitais e clínicas poderão ter lucro com a venda de medicamentos e de OPMEs ao consumidor final, tendo isenção tributária do referido lucro. A princípio, se o lucro for específico de diárias e taxas, não há problema algum do ponto de vista concorrencial; todavia, no modelo existente, o hospital passa a não ter incentivo algum de evitar desperdícios ou de utilizar materiais que tenham bom custo-benefício. Pelo contrário, se o hospital lucra mais quanto mais caro for o material, mais terá incentivos para gastar. Isto distorce o mecanismo de oferta e demanda usual. É uma espécie de modelo de Bertrand ao contrário, em que o ofertante de material que der o maior lance é que vence a simpatia do consumidor (e não o contrário).

4.5. ANS e regulação setorial

61. Em 2010, foi editada uma Resolução Normativa por parte da ANS (241/2010) que passou a permitir a cobrança de uma remuneração pelos serviços de "seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura do prestador de serviços". Com esta decisão, passou-se a permitir uma taxa além do teto. Ou seja, a ANS alegava que o preço-teto da CMED aplicava-se apenas à venda (ou ao resarcimento) de medicamentos pelo hospital, mas o hospital estava livre para cobrar lucro sobre a dispensa (armazenagem) do medicamento [que gizze-se qualquer farmácia possui dispensa ou armazenagem de medicamentos, mas não pode usar tal subterfúgio para cobrar além do teto regulatório].

62. Houve ainda mais regulação na relação entre operador e planos, considerando a Instrução Normativa DIDES nº 49, de 17 de maio de 2012, que regulamentou o critério de reajuste e estabeleceu a obrigação de existir uma "variação pecuniária positiva" nos contratos entre planos de saúde e prestadores. A depender de como tal regra for interpretada, a mesma poderá impedir que diminuições de custos hospitalares sejam repassadas aos consumidores (já que se o preço dos insumos hospitalares cair, pela regra regulatória, a tabela hospitalar deverá ser reajustada sempre para cima).

63. A Lei 13.003/2014 modificou alguns artigos referentes à Lei que regulamenta a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tal lei estipulou uma necessidade contínua de repactuação de contratos (vide art. 3 da lei 13.003/2014). Ora, isto traz um custo de transação muito grande, já que todo o ano o departamento jurídico e administrativo do plano de saúde terá que enviar esforços para refazer contratos que - eventualmente - não precisariam ser modificados. De todo modo - de acordo com a referida Lei - a ANS passou a ter responsabilidade por arbitrar como será feita a remuneração hospitalar, podendo disciplinar a relação entre operadora do plano e o prestador de serviço (hospitais e clínicas, por exemplo, credenciados ao plano).

64. A partir dessa norma a ANS poderia ter - em teoria - , portanto, competência para afirmar que:

- os hospitais deveriam repassar diminuições de custos aos planos de saúde, de OPME, medicamentos e materiais em geral [revogando a IN DIDES 49/12];
- não seriam cobrados lucros sobre medicamentos, materiais e órteses e próteses em hipótese alguma;
- a concorrência seria feita principalmente em razão da cobrança de diárias ou dos procedimentos realizados, de forma clara;
- aumentos de preços seriam autorizados a partir da avaliação de custos setoriais específicos de cada hospital ou do setor de saúde, podendo haver diminuições de preços.
- as notas fiscais de compra de medicamentos e de OPME feitas pelos hospitais deveriam ser disponibilizadas para as operadoras de planos de saúde, permitindo que tais operadoras possam comprar e negociar diretamente órteses e próteses, não cabendo aos hospitais barrar a entrada de produtos adquiridos pelo plano de saúde.

65. Ocorre que tais medidas, que poderiam teoricamente terem sido implementadas pela ANS, aparentemente, não o foram. Pelo contrário, houve uma série de medidas que - a princípio - dificultaram questões de ordem concorrencial . Assim, caberia questionar, do ponto de vista da Advocacia da Concorrência, à ANS, qual a melhor interpretação para suas normas regulatórias [considerando as ponderações abaixo relatadas].

4.5.1. - Reajuste de preços de hospitais via indexação

66. Segundo o art. 5º, VIII, da Resolução Normativa 363/2014 da ANS, é vedada a prática de estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado. Assim, o hospital estará impossibilitado de diminuir o seu preço (e seu custo), por mandamento regulatório. Trata-se de uma norma que, a princípio, encarece o preço dos produtos, sem nenhuma justificativa para tanto, em cenários em que os custos diminuem.

67. A Resolução Normativa 364 de 11 de dezembro de 2014 estabeleceu uma indexação de contratos ao Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este índice regula o contrato entre plano de saúde e operador, quando houver divergência em relação a qual índice deve ser aplicado no caso concreto. Ora, o uso do IPCA de maneira linear e sem preocupação com a inflação setorial e regional, pode criar indexações indesejáveis. Além disto, isto era uma negociação assimétrica, em que os planos de saúde podem ser obrigados a reajustar pelo IPCA fatores que já possuem elevado sobrepreço.

68. Recentemente, a ANS buscou criar "fator de qualidade", com a criação de um fator X, que obriga o repasse de ganhos de escala aos consumidores. Todavia, hospitais acreditados pelo INMETRO ou pela International Society for Quality in Health Care (ISQUA) podem reajustar seus contratos 105% do IPCA (Instrução Normativa 61 de 4 de dezembro de 2015). Garante-se ganhos acima da inflação de todos os demais setores da economia. Aos hospitais não acreditados a tais entidades, mas que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) de indução da qualidade terão direito a 100% do IPCA. Caso os hospitais não cumpram tais requisitos, estes terão direito a 85% do IPCA.



4.5.2. - Proibição de descredenciamento de prestadores

69. O artigo 17 da Lei 9656/98 incluído pela Lei 13.003/2014 possui a seguinte redação "A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência das contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência".



70. A Resolução Normativa 365 de 11 de dezembro de 2014, na mesma toada, estipulou a obrigatoriedade do plano de saúde manter sua rede de prestadores não-hospitalares (clínicas/laboratórios, entre outros) de serviços à saúde. Caso o plano queira rescindir contrato com uma clínica deverá substituí-la por outra clínica equivalente (segundo o art. 3 da resolução).

71. Para compreender o aspecto concorrencial em discussão por trás dos referidos textos normativos, basta fazer menção a algumas questões que foram colocadas recentemente em discussão no Cade. No âmbito do processo administrativo 08012.009606/2011-44, relatou-se um caso em que várias clínicas oncológicas se descrederam, simultaneamente, porque alegaram que estavam recebendo um valor baixo pelos remédios oncológicos. Em razão disto, após a solicitação de descredenciamento, todas as clínicas da região entraram com uma ação no judiciário para que a Unimed fosse obrigada a contrá-las, a um preço uniforme e linear, mais elevado do que o contrato que as mesmas possuíam anteriormente com a Unimed. Elas queriam que lhes fossem resarcidos medicamentos oncológicos pelo preço da Revista ABCFARMA (semelhante ao Brasíndice) mais 5% de margem de lucro.

72. A Unimed, por seu turno, conseguiu montar o seu próprio centro de atendimentos oncológico (CQA - Centro Quimioterápico de Atendimento), conseguindo remédios muito mais baratos que as clínicas. Ora, se a Unimed não tiver a opção de descredenciar clínicas (sendo obrigada a mantê-las em sua rede, ainda que tais clínicas sejam ineficientes, via remédios caros), terá que aceitar o uso dos fármacos oncológicos com sobrepreço [mais margem de comercialização uniforme]. Se todas as clínicas de uma região estão credenciadas e se todas cobram sobrepreço nos fármacos, então, a regulação do modo que foi pensada, poderá impedir a diminuição do preço de fármacos oncológicos via estratégia de verticalização do operador.

FIGURA 9

Preço Atual	Descrição	Unidade	PF - 347 UNIMED, SUL Exigido pelas clínicas	Preço Unimed ABRIL2016
Descrenciada	Gemcitabina	Frasco	40,24	2
	Taxotere 10mg	Ampola	17,16	54
	Taxotere 10mg	Ampola	3.125,00	1,99
Descrenciada	Gemcitabina 1g	Frasco	72,45	22
Descrenciada	Kyoto Fmg	Ampola	12,13	6
Descrenciada	Cisplatina 100mg	Frasco	1.320,45	32
Descrenciada	Cisplatina 100mg	Frasco	155,97	34
	Eloxatin 100mg	Ampola	3.125,45	124
	Eloxatin 100mg	Ampola	1.762,24	117
Reunidas	Mitomacina 100mg	Frasco	1.182,23	1,12
	Mitomacina 50mg	Frasco	440,12	5,12
	Mitomacina 50mg	Miligras	21,35	1

73. Assim, após a Resolução 365/2014, caso se verifique em outra cidade um exemplo semelhante ao caso da Unimed Campinas, o plano de saúde ficará impedido – pela regulação – de diminuir o preço dos medicamentos, porque não poderá descredenciar clínicas com preços de insumos extremamente elevados, caso não exista substituto não-hospitalar na região (ou caso pretenda verticalizar o serviço da clínica). Neste sentido, seria recomendável à ANS esclarecer se a estratégia de verticalização pode ser configurada como "substituição de prestadores equivalentes", conforme RN365/2014. E se a RN 363 e 364 não criaram negociações assimétricas com desincentivo à diminuição de custos hospitalares [o que fomenta a discussão sobre lucros e sobrepreços no setor].

74. Recentemente a Unimed Porto Alegre - Coopativa Médica Ltda tentou descredenciar mais de 60 clínicas e foi impedida pela Justiça. No Agravo de Instrumento 70063464168, a Unimed alegou que a Clínica de Oncologia de Porto Alegre Ltda vendia fármacos oncológicos com elevada margem de lucro [margem esta que outras clínicas semelhantes não aplicavam]. Todavia, o Judiciário compreendeu que as normas regulatórias impediam o referido descredenciamento. Desta modo, aceitou a existência do referido sobrepreço (e do elevado custo de transação para descontrautualização com agentes ineficientes, o que - obviamente - aumenta o preço do plano de saúde ao consumidor final).

4.6. Impacto concorrencial do lucro hospitalar

75. Assim, considerando a regulação dos preços teto da CMED (que privilegia compra de medicamentos caros), da regulação assimétrica da ANS (que garante reajuste periódicos aos hospitais acima da inflação e independentemente de custos ou de novas negociações) e das decisões judiciais que reconhecem uma verdadeira soberania médica na escolha do tratamento, há se verificar que os planos de saúde encontram-se em um estado não muito confortável. Ou seja, tudo isso em conjunto garante elevados lucros hospitalares.

76. Aliada a este fato, há a questão concorrencial, já que os planos de saúde não conseguem escapar do sobrepreço nos insumos hospitalares. Tal ocorre porque há evidências que a prática da cobrança de margem de lucro de medicamento sobre preços máximos regulatórios seja um costume (vide item 6.1.2 da presente nota que demonstra adesão de mais de 99% da amostra de hospitais investigados pelo DEE: as tabelas de preços Brasíndice e Simpro).

77. Portanto, Brasíndice e Simpro possuem poder de mercado elevado e transmitem o referido poder de mercado (com preços irrealistas) aos hospitais que escolhem usar tais tabelas. O modelo regulatório brasileiro permite o lucro dos hospitais sobre OPMEs e remédios, acentuando falhas de mercado relacionadas, por exemplo, ao interesse do hospital querer comprar apenas os medicamentos mais caros da tabela da CMED e dos médicos buscarem realizar com mais afinco procedimentos com materiais de alto custo.

78. Os custos dos fármacos e das OPMEs (notas fiscais) deveriam estar disponíveis aos planos de saúde (em um site ou à disposição da auditoria dos planos), para servir como parâmetro apenas de resarcimento de despesas, impedindo a cobrança de preços inflados e irrealis por parte dos hospitais. Outro caminho é permitir que os planos de saúde possam fornecer OPMEs (materiais ou outros itens), em especial de alto custo, para o hospital, sem que o hospital funcione como verdadeiro *gatekeeper*. Ou seja, o hospital - a princípio - não deveria ter autoridade para negar a que o plano de saúde compre seu próprio material (OPMEs ou outros itens) e os utilize dentro do hospital.

5. Breve análise da jurisprudência do Cade

79. O CADE analisou em alguns precedentes questões que lidaram superficialmente com a presente discussão. Com efeito, na Consulta 83/2002 (*Consultente Abifarma*), no Processo Administrativo 08012.012395/99-15 (*CPI vs ABCFarma e Brasindice*), e no Processo Administrativo 08012.004869/2008-61 (*CMED VS Laboratórios B.Braun S.A., Halex Istar Indústria Farmacêutica Ltda. e Baxter Hospitalar Ltda.*), o Cade concluiu que a publicação dos preços máximos da CMED não pode configurar uma conduta anticompetitiva, já que (i) a tabela da CMED é feita por um órgão público e regulador do setor, que estipula um preço máximo de medicamentos e (ii) há a obrigação regulatória de divulgação dos preços máximos autorizados pela CMED, nos pontos de venda [farmácias], para que os consumidores saibam quais são os seus direitos.

80. Frise-se que nenhum destes casos analisou o uso de tabelas de preço para produtos que não fossem regulados pela CMED. De fato, há órteses, próteses e materiais cirúrgicos que não são regulados pela CMED e que fazem parte das tabelas Brasindice e Simpro. Mais do que isto, o Cade - em todos os casos - comprehendeu não haver infração concorrente devido à obrigação regulatória de publicidade dos preços teto da CMED. Ocorre que não há qualquer obrigação regulatória de publicidade de preços de fábrica de OPME (não regulados pela CMED, mas publicados por tabelas).

81. No caso dos hospitais e clínicas, a negociação conjunta destas entidades, com tabelas ou sem tabelas de preço, caracteriza cartel, o que é proibido como ilícito administrativo (art. 36, § 3º, I e II, da Lei 12.529/2011) e como ilícto penal (art. 4 da lei 8137/90). Com efeito, no Processo Administrativo 08012.001020/2003-21, o Cade avaliou se havia cartel entre clínicas e hospitais do Município de Campina Grande/PB. Neste caso, a Superintendência Geral (SG) comprehendeu que

"[h]á vedação total à negociação coletiva de preços de hospitais, laboratórios e pronto-socorros". Tal ocorreu porque "autorizar hospitais e laboratórios a negociar coletivamente para impor preços representaria permitir efeitos indezejáveis ao setor de saúde e aos usuários. Lembra-se aqui que o CADE já veiu integralmente 2(d)as operações envolvendo 2(d)os hospitais, cada umas porque considerou que o ato de concentração dos referidos hospitais poderia aumentar os preços ao consumidor final" (fez-se remissão ao AC 08012.008853/2008-28 entre o Hospital de Caridade Dr. Antônio de Azevedo e da Unimed Santa Maria – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda. e o AC 08700.003978/2012-90, entre o Hospital Regional de Franca e a Unimed Franca, em que houve reprovação de tais operações e a autorização de negociação conjunta permitiu reverter estas decisões pretéritas).

82. Em razão disto a SG considerou que "as negociações coletivas por parte de hospitais devem ser consideradas como condutas *per se* ilícitas, pois não há argumentos de eficiência na definição de um preço de oferta homogêneo entre agentes que não são hipossuficientes na sua relação no mercado de saúde."

83. Ao julgar o Processo Administrativo 08012.001020/2003-21, o Conselheiro-Relator, Márcio de Oliveira Júnior, concordou com a SG afimou categoricamente que "a conduta [de cartel] é reprovável por si só, sem necessidade de [análise dos] efeitos" (ou seja, é um ilícito *per se*). Ratificando este posicionamento, a Conselheira Ana Frazão refiou que:

"Toda a argumentação relativa ao poder compensatório exaustivamente explana no voto, como já adiantado, não alcança os hospitais, clínicas e laboratórios, entre empresários que, exatamente por isso, não se encontram na mesma posição de inferioridade e assimetria do médico individual e/ou, excepcionalmente, de pequenas sociedades de médicos, podendo até, conforme o caso, deter maior poder de mercado do que as próprias OPSs.

(...)

É justamente por isso que as entidades representativas de médicos não poderão elaborar tabelas de preços que extrapolam os honorários médicos e possam ser utilizadas por outros agentes econômicos. Em última análise, haveria o estímulo à formação de um cartel. Com efeito, clínicas, hospitais e laboratórios sequer teriam de combinar preços, pois a tabela desempenharia essa função, abrindo margem para sérios efeitos anticompetitivos".

(Voto no Processo Administrativo 08012.004020/2004-64)

84. O Conselheiro Gilvandro, com a mesma compreensão, afirmou, no Processo Administrativo nº 08700.008551/2013-69 que "a reunião de hospitais para imposição de preços caracteriza ilício pelo objeto", sem que exista necessidade de comprovação dos efeitos da conduta.

6. Indícios da prática atual de cartel

85. Ao mesmo tempo que o CADE proíbe que hospitais negoçiem preços, há vários indícios de que esta prática esteja ocorrendo atualmente. Mais do que isto, há indícios de que o Simpro e o Brasindice estão facilitando a ocorrência de eventuais cartéis. Isto ocorreria porque tabelas de preços podem gerar ou incentivar cartéis em relação aos seguintes atores:

- agentes do DOWNSTREAM [hospitais] - Conluio entre hospitais, que passam a negociar todos ou quase todos em bases irreais de custos. Deste modo, as negociações entre hospitais e planos de saúde a respeito do lucro hospitalar sobre materiais cirúrgicos passa a se dar também a partir de um ponto focal;
- agentes do UPSTREAM [insumos hospitalares] - Conluio (tácito ou expresso) entre produtores de OPME e medicamentos, que terão menos incentivos a competir, podendo convergir seu preço ao ponto focal da tabela com o qual os concorrentes se comprometem a obedecer. Esta convergência ao ponto focal (média) e diminuição da dispersão de preços pode acontecer sem nenhuma combinação expressa entre concorrentes, sendo a tabela o elemento catalizador do efeito de convergência de preços.
- editores da TABELA COMO FACILITADORA DE CARTEL - são as tabelas Simpro e Brasindice (e as informações do upstream) que facilitam o conluio em ambos os elos da cadeia produtiva e que acirram - intensificam o conflito de interesses no mercado downstream - hospitalar.

86. Frise-se, de outro lado, que os indícios coletados não se resumem apenas à negociação de hospitais, conjuntamente, em relação a preços de insumos farmacêuticos (que são próprios da tabela Simpro e Brasindice). Há, também, indícios de que os sindicatos negociam em conjunto diárias hospitalares, conforme se verificará abaixo. Portanto, a atuação dos sindicatos, também, pode ser vista





como instrumentalizadora de cartéis.

87. Abaixo, procurou-se fazer umapanhado – não exaustivo – da situação do setor hospitalar, colmando, em alguma medida, indícios sobre cartelização. Deste modo, as discussões abaixo representam apenas uma amostra do que está acontecendo, cujo teor das avaliações precisa ser aprofundado e significa apenas uma consideração apriorística, para finalidade de estudos e de forma alguma representa qualquer espécie de pré-julgamento (sendo relevante ouvir todos os lados e envolvidos nestas questões).

88. Adentrando no mérito das discussões, tem-se que o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) já lidou diversas vezes com o problema da interação entre sindicatos (em especial patronais) e cartéis, a ponto de elaborar uma cartilha específica para explicar como é disciplinada a matéria. No caso dos serviços hospitalares, há fortes indícios de que os sindicatos e associações discutam e negociem preços de seus serviços. Além disto, em alguns casos, há até contranormalização realizada em nome de todos os hospitais da instituição, como se verá adiante.

89. Abaixo serão listados indícios de acordo de preços (cartel) em especial realizado por sindicatos e associações de hospitais, com base em diversos mecanismos (inclusive utilizando o uso das tabelas Simpro e Brasíndice) e de troca de informação entre agentes com caráter anticompetitivo. Sobre este, há várias associações hospitalares e sindicatos de hospitais (concorrentes) que trocam informações entre si, através de sites com conteúdo reservado, em que as Autoridades Públicas (e as pessoas em geral) não possuem acesso para avaliar se a troca de informações se dá de forma ilícita ou não. Tal intercâmbio de informações torna-se especialmente pernicioso no setor de saúde suplementar, ainda mais no mercado de serviços médico-hospitalares, porque se verifica o concurso dos aspectos estruturais e comportamentais que lhe são característicos e reforçam o arranjo anticompetitivo.

90. Quanto à estrutura, há (a) elevado grau de concentração do lado da oferta hospitalar (em especial considerando os mercados relevantes geográficos regionais); (b) relativa pulverização no lado da demanda; (c) homogeneidade dos produtos; (d) nível elevado de barreiras à entrada e (e) transparência e fácil acesso às informações sobre preços correntes e futuros. Quanto ao comportamento dos agentes, tende-se à (f) estabilidade dos *market shares* e a uma (g) estrutura rígida de preços.

91. É bem de se verificar que, em mercados em que hoje tal conformação de estrutura e comportamento, a mera obtenção indireta de informação de concorrentes já pode ensejar a adoção de condutas anticomerciais, porque tais fluxos de informação assumem a condição de *práticas facilitadoras* ("facilitating devices"), materializam-se na difusão de informativos, análises de mercado, etc., que contêm dados sensíveis do ponto de vista concorrencial; (i) na viabilização – institucionalizada ou não – de encontros periódicos entre concorrentes nos quais exista a oportunidade de troca de informações, e (ii) na implementação de acordos verticais de imposição ou sugestão de preços de revenda.

92. No caso em tela, há indícios de que a obtenção de tais informações e a discussão de custos e preços é declaradamente feita de modo direto e concorrente, sob o palio da existência de sindicatos e associações "patronais". Ainda que a troca de informações sensíveis fosse feita de modo difuso, o intercâmbio desses dados sensíveis do ponto de vista concorrencial, por si só, já seria suficiente para prejudicar a competição. Não basta, portanto, simplesmente evitar a definição expressa de valores e demais condições de contrato, pois a possibilidade de formulação tácita é inimene, por força mesmo das condições estruturais e comportamentais já aludidas.

93. Aém dos sites dos sindicatos de hospitais com espaços privados de informações restritos com acesso apenas para concorrentes, a editorialização de revistas (como Simpro e Brasíndice) pode tanto servir de fórum de discussão entre concorrentes, como – eventualmente – servir como prática facilitadora de cartéis, em que pese as informações que lá constam, que a responsabilidade pelas informações que lá constam não é dos editores e sim dos membros do mercado upstream.

6.1 Downstream: Mercado hospitalar

6.1.1 Negociação de diárias e taxas (e Simpro e Brasíndice), feita de maneira conjunta, por vários hospitais

94. Há diversos atores no mercado hospitalar. Abaixo serão elencados alguns atores do setor, bem como – em alguns casos – evidências de condutas suspeitas, o que pode recomendar o aprofundamento da análise por parte da Superintendência Geral do Cade. Há indícios de que muitos destes atores agem de forma integrada, em negociações de preços hospitalares de forma conjunta, inclusive no âmbito nacional. Por exemplo, os slides abaixo referem a propostas feitas pela (i) Unidas; (ii) Unimed nacional; (iii) Fenaseg e (iv) Abrangue. De acordo com os slides, cada grupo de operadores fez uma proposta distinta.

95. Unidas, Fenaseg e Abrangue aceitaram pagar 30% além do preço teto fábrica dos medicamentos, sendo que a Unidas chegou a admitir pagar preço máximo ao consumidor. Todos aceitavam a tabela Simpro, sendo que em relação a OPMEs (ónteses e próteses) as propostas variavam. Há casos em que os planos de saúde aceitavam pagar 30% sobre a prótese para o hospital, enquanto que a Unimed queria comprar a prótese e entregá-la ao paciente, sem taxa alguma.

96. Segundo o slide da FENAESS, houve uma reunião para deliberação conjunta de todos os hospitais do Brasil. Nesta reunião, a princípio, pelo que está explicitado na internet, houve participação da Anahp, Eisen, FBH, CNS (FENAESS, FEBASE, FEHOESC, FEHOSPAR, FEHERJ, FEHOESP) Rede D'or, CFM, junto com a ANS. Nesta reunião, foram discutidos temas como negociação conjunta de preços.

Figura 10 – SLIDES SOBRE NEGOCIAÇÃO COLETIVA



FONTE: http://www.sindhesulms.com.br/upload/saudeSuplementar/PALESTRA_SAUDE_SUPLEMENTAR_MAC_.ppt

97. Assim, de um lado, há indícios de que os hospitais buscam lucrar, acima do nível máximo regulatório, negociando em conjunto, como um cartel (negociação conjunta de preços entre concorrentes), com ameaça de descredenciamento. Ou seja, a negociação não se dá de forma individual, em que cada operadora tenta barganhar com os diferentes hospitais concorrentes o lucro dos insumos hospitalares. Pelo contrário:

- Operadores de planos de saúde concorrentes se reuniram em um espaço e fizeram propostas de remuneração para hospitais. Tais propostas continham alguma variação, entre si, mas foram feitas no mesmo ambiente negocial.
- De outro lado, todos os hospitais "concorrentes", representados por seus sindicatos, negociaram em bloco a sua margem de lucro aceitável, e ameaçaram uma "retirada" (possível descredenciamento) em razão da sua insatisfação com a negociação.

98. Mais do que isto, em relação aos contratos, que possuem – dentro do mesmo contrato – informações de preço de diárias hospitalares e de insumos farmacêuticos a princípio, foram negociadas em conjunto. Ou seja, em relação aos contratos, os Hospitais trocaram informações sobre as "minutas" contratuais apresentadas pela Geap, Cassi, Caixa e Assefaz, conforme se verifica abaixo.

FIGURA 11 – SLIDES SOBRE NEGOCIAÇÃO COLETIVA

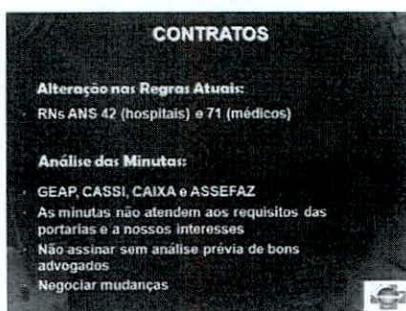
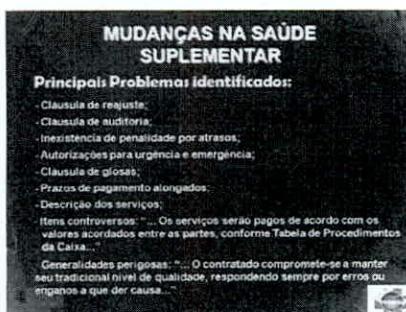


FIGURA 12 – SLIDES SOBRE NEGOCIAÇÃO COLETIVA

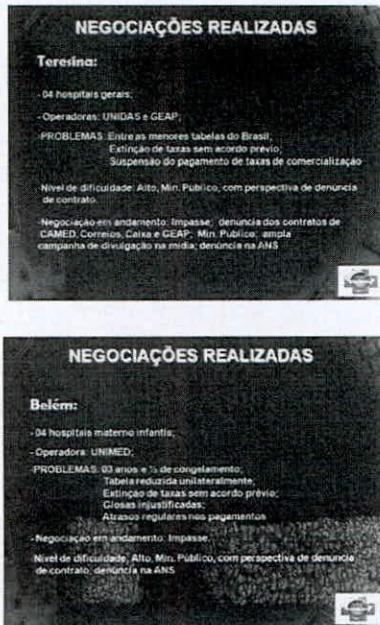


FONTE: http://www.sindhesulms.com.br/upload/saudeSuplementar/PALESTRA_SAUDE_SUPLEMENTAR_MAC_.ppt

99. Também, a Fenass apresentou casos concretos em que participou como um sindicato que intermediou negociações envolvendo hospitais concorrentes em Teresina e Belém. Em Teresina, o problema da negociação de tabelas de preços entre concorrentes ocorria com a Unidas, com a Geap e hospitais gerais da região, sendo que em Belém a discussão de preços envolvia a Unimed e hospitais materno infantis.



FIGURA 13/14 – SLIDES SOBRE NEGOCIAÇÃO COLETIVA



FONTE: http://www.sindhesulms.com.br/upload/saudeSuplementar/PALESTRA_SAUDE_SUPLEMENTAR_MAC.ppt

100. Estes indícios já dão conta de que há um processo de negociação nacional a respeito do preço de órteses e próteses, bem como de negociação de preços de diárias, de tabelas de preços de medicamentos e de materiais. Desta modo, adiciona-se à distorção regulatória sobre o conceito de preço teto, o fato de existir um movimento de negociação coletiva entre concorrentes, que não são hipossuficientes. Assim, cabe discutir e conhecer um pouco mais a respeito de cada um dos atores envolvidos nos sindicatos e associações patronais hospitalares.

101. Abaixo estão referidas tabelas de preços de diárias extraídas dos sites dos Sindicatos de Hospitais do Distrito Federal (SBH), de Pernambuco (SINDHOSPE), do Maranhão (SINDHOSPSL); do Mato Grosso (SINDESMAT), do Mato Grosso do Sul (SINDHESUL). Já o SINDHES, referente ao Sindicato dos Hospitais do Espírito Santo, que não deveria interferir nas negociações com planos de saúde, possui um departamento específico para negociações de tabelas de preços, conforme verifica-se abaixo:

Figura 15 – TABELAS DE PREÇOS DE SINDICATOS DE HOSPITAIS

SINDICATOS/ASSOCIAÇÕES [of.7322/2015/CADE e of.1775/2016/CADE]

NOME DO PRESTADOR	UF	NOME DO SINDICATO, ASSOCIAÇÃO OU COOPERATIVA RESPONSÁVEL PELA TABELA DE DIÁRIAS
CLINICA CIRURGIA PLASTICA REPARADORA LTDA	SE	ASSOC HOSP DO ESTADO DE SERGIPÉ
POLICLINICA GERAL DO RIO DE JANEIRO	RJ	ASSOC HOSP DO RIO DE JANEIRO
HOSP MEDICO CIRURGICO S/A	RN	ASSOC HOSP DO RIO GRANDE DO NORTE
MEMORIAL HOSPITAL DE GOIANA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
GOT SUL - GRUPO ORT TRAUMATOLOGIA S/C LTDA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
CENTRO HOSPITALAR DE PESQUERA LTDA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
PRONTOPED-PRONTO SOC PED DR CICERO LUZ	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
PRONTO SOCORRO SAO FRANCISCO LTDA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
CLINICA FRANCISCO ANSELMO LTDA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
ASSOC PROT A MAT E A INF DE SURUBIM	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
ASSOC PROT MAT E A INF VITORIA	PE	ASSOC NORDESTINA DE HOSPITAIS
CASA SAUDE MAT N SRA PERPETUA SOCORRO	BA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
ORTO-CL ORTOP REAB E TRAUMATOLOGIA LTDA	BA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JESUS	BA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
INSTITUTO BONFINENSE DE ASSISTENCIA E PROM SOCIAL	BA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
CETRO-CENTRO ESPEC TRAUM REAB ORTOP LTDA	BA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
CENTRO VISUAL DO CEARA LTDA	CE	COFTALCE-COOPERATIVA DOS OFTALMOLOGISTAS DO CEARA LTDA
SOC ASSIST AOS CEGOS	CE	COFTALCE-COOPERATIVA DOS OFTALMOLOGISTAS DO CEARA LTDA
HOSP OLHOS LEIRIA DE ANDRADE	CE	COFTALCE-COOPERATIVA DOS OFTALMOLOGISTAS DO CEARA LTDA
S/A SOCORROS MEDICOS SOS	CE	HOSP CEARENSES ASSOCIADOS
PRONTO ATEND INFANTIL LTDA-PAI	DF	SIND BRASILIENSE DE HOSPITAIS
IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	DF	SIND BRASILIENSE DE HOSPITAIS
INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE SIC LTDA	PB	TABELA ASSOC PARAIBANA DE HOSPITAIS
CL SANTA CLARA LTDA	PB	TABELA ASSOC PARAIBANA DE HOSPITAIS
CL ORTOP TRAUMAT DE JOAO PESSOA	PB	TABELA ASSOC PARAIBANA DE HOSPITAIS
PRONTO SOC CARDIOLOGICO LTDA	PB	TABELA ASSOC PARAIBANA DE HOSPITAIS
HOSPITAL JOAO PAULO II LTDA	PB	TABELA ASSOC PARAIBANA DE HOSPITAIS
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO HOSP SAO JOSE	MA	TABELA SIND ESTABELECIMENTOS SAUDE ESTADO MARANHAO
HOSPITAL SAO RAFAEL LTDA	MA	TABELA SIND ESTABELECIMENTOS SAUDE ESTADO MARANHAO
HOSP DAS CLINICAS - INST GINEC OBST LTDA	MA	TABELA SIND ESTABELECIMENTOS SAUDE ESTADO MARANHAO
CEMED-CENTRO DE MEDICINA E DIAG LTDA	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
HOSP SAMARITANO LTDA - CL SAO MARCOS	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
UDI HOSPITAL - EMPREEND MED-HOSP DO MARANHAO LTDA	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
UNID PEDIATRIA E CIRURGIA LTDA-UPC	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
CENTRO DE DIAG E TRAT CARDIOLOGICO SIC LTDA	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
HRO - HOSPITAL DE REFERENCIA OFTALMOLOGICA LTDA	MA	TABELA SIND HOSP C SAUDE DE S LUIS
CASA SAUDE E MAT AFRA BARBOSA LTDA	AL	TABELA SIND HOSPITAIS DE ALAGOAS
SOC BENEF DE PALMEIRA DOS INDIOS	AL	TABELA SIND HOSPITAIS DE ALAGOAS

MPE-PRIMA
Fis.
21

105. A Embratel enviou uma série de Hospitais que utilizam tabelas de diárias e taxas que são negociadas no setor de Sindicatos de Hospitais, conforme se verifica abaixo:

TABELA 7 - CONTRATOS EM VIGOR QUE SEGUEM TABELA DE DIÁRIAS DE SINDICATOS/ASSOCIAÇÕES [of.7355/2015/CADE e Of.1754/2016 CADE]

Estado	Nome do Hospital	tabela
RJ	AMIU BOTAFOGO	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	PROSL CLN.MEDICA INFANTIL LEOPOLDINA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	PROSL CLN.MEDICA INFANTIL LEOPOLDINA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	TIUCA SERV DE ASSIST MED CIRUR INFANT LTDA SAMCI	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	TIUCA SERV DE ASSIST MED CIRUR INFANT LTDA SAMCI	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	PRONTBABY LTDA - CLINICA INFANTIL DE URGENCIA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	CLINICA PEDIATRICA DA BARRA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	CLINICA PEDIATRICA DA BARRA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	AMA ASSISTENCIA MEDICA ALTERNATIVA LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CALREN - HOSPITAL DE URGENCIAS UROLOGICAS LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CGMS SERV MEDICOS E HOSPITALARES DO RIO DE JANEIRO	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL REALCORDIS LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	REDE DOR SAO LUIZ - HOSPITAL BANGU	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CLINICA MATERNO INFANTIL DOMINGOS LOURENCO LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	URPEM-URGENCIA PEDIATRICA DO MEIER LTDA.	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	J BADIM S/A	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CENTRO CARDIO CENTRO CARDIOLOGICO DE NITEROI LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA AUXILIADORA S/A	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL OFTALMOLOGICO SANTA BEATRIZ LTDA - HOSB	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	PROCORDIS S/A	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CASA DE SAUDE SANTA RITA DE CASSIA SC LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	POLICLINICA RESENDE SERVICOS MEDICOS LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL DO CORACAO SAMCORDIS LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	PSL - PRONTO SOCORRO INFANTIL LAGOA LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CLINICA SAO GONCALO S/A	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	PRONTODOR PRONTO SOCORRO CLINICO LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro



RJ	ASSOCIAÇÃO DO HOSPITAL EVANGLICO DO RJ	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	ABBR - ASSOC.BRAS.BENEFICIENTE DE REABILITACAO	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CASA DE SAUDE SANTA THEREZINHA SA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CASA DE SAUDE ROSA BARCA LTDA SAO BENTO	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CASA DE PORTUGAL	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL CLIMEDE LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL CLIMEDE LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE ISRAELITA DO RJ	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	CLINICA SAO CARLOS S.A.	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	HOSPITAL DE CLINICAS DE JACAREPAGUA LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	ASSOC LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	AMESC ASS.MED.ESPIRITA CRISTA CEMERU	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	AMU - ASSIST. MED. PED. DE URGENCIA -JACAREPAGUA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro [e pediatria RJ]
RJ	AMU - ASSIST. MED. PED. DE URGENCIA - JACAREPAGUA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro [e pediatria RJ]
PA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE GUADALUPE	AHCSEP - Associação dos Hospitais do Para
PB	CLIM - CLINICA INTEGRADA DA MULHER S/C LTDA	APH - Associação dos Hospitais da Paraíba
MS	CLINICA DE CAMPO GRANDE S/A	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	CLINICA CARANDA S/C LTDA	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	PRONCOR-UNIDADE INTENSIVA CARDIORESPIRATORIA LTDA	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	PRONCOR-UNIDADE INTENSIVA CARDIORESPIRATORIA LTDA	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DOURADENSE	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DOURADENSE	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DOURADENSE	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
RJ	CLINICA SANTA MARIA LTDA	Associação dos Hospitais de Campos
RJ	CLINICA SANTA MARIA LTDA	Associação dos Hospitais de Campos
GO	PAX CLINICA PSIQUIATRICA LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	PAX CLINICA PSIQUIATRICA LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	AMIGO-ASSISTENCIA MEDICA INFANTIL DE GOIANIA LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	AMIGO-ASSISTENCIA MEDICA INFANTIL DE GOIANIA LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	CLINICAS SANTA GENOVEVA S/C	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	PRONTO SOCORRO PARA QUEIMADURAS LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	INSTITUTO DE OLHOS DE GOIANIA LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
GO	HOSPITAL SÇO BERNARDO LTDA	Associação dos hospitais de Goiania e Rio Verde
SE	DIAGNOSE MEDICO-HOSPITALAR LTDA	Associação dos Hospitais de Sergipe
SE	SAO MARCOS PRONTO SOCORRO P LTDA	Associação dos Hospitais de Sergipe
RN	HOSPITAL DE OLHOS DO RIO GRANDE DO NORTE LTDA	Associação dos Hospitais do Rio Grande do Norte
PR	HOSPITAL DA MULHER S/C LTDA	PROPASS - Associação dos Hospitais do Paraná
PR	FEDERACAO ESPIRITA DO PARANA	PROPASS - Associação dos Hospitais do Paraná
PR	FUN PARA ESTUDO DAS DOENCIAS DO FIGADO H S VICENTE	PROPASS - Associação dos Hospitais do Paraná
DF	HOSP.SAO FRANCISCO - FUMHIKO YUGE CIA LTDA	SBH - Associação dos Hospitais de Brasília
PE	HOPE - HOSPITAL DE OLHOS DE PERNAMBUCO	SINDHOSPE - Asssociação dos Hospitais de Recife
PE	IOR - INSTITUTO DE OLHOS DO RECIFE	SINDHOSPE - Asssociação dos Hospitais de Recife
PE	HOSPITAL DE OLHOS SANTA LUZIA LTDA.	SINDHOSPE - Asssociação dos Hospitais de Recife

106. O Banco Central (BACEN), via ofício, relatou que, no seu plano de saúde, Hospitais do Pará, do Paraná (Propass), do Rio de Janeiro (AHCRJ) e do DF (SBH) usam tabelas de diárias de sindicatos. Há uma série de agentes que ainda podem ser contatados para avaliar onde há e quais são as tabelas de hospitais existentes, como Fenaseg, a Abrange, as diversas Unimed's, outras empresas de autogestão da Unidas, entre outros atores, além dos próprios sindicatos e associações de hospitais e dos próprios hospitais.

107. Frise-se de outro lado, que as tabelas feitas em sindicatos de hospitais podem ter efeitos diretos (quando aplicados diretamente aos contratos dos hospitais com planos de saúde) ou efeitos indiretos (quando um hospital copia a tabela do sindicato na sua "tabela própria" ou aproxima seus preços do preço sugerido pelo sindicato). A maioria destes sindicatos de hospitais não possui apenas tabelas de preços de diárias, mas fazem sugestões para que os hospitais adotem as tabelas Simpro e Brasindice para OPMEs mais uma margem de lucro específica.

6.1.2 Entidades Nacionais

108. A CNS (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços) é o "Sindicato maior" dos hospitais no Brasil, ou seja, representa quase todas Federações que representam quase todos os Sindicatos, que representam quase todos os hospitais do Brasil. Trata-se, pois, de entidade sindical de terceiro grau, congrega atualmente 8 federações (Fenass, Febosul, Feherj, Fehosp, Fehoese, Fehoesc, Febase e Fehoesp) e 90 sindicatos de saúde em atividade no país. A CNS fez campanha a favor do uso do pice cap como piso, conforme já referido acima. A CNS fez campanha a favor do uso do uso do Brasindice e do Simpro (para bens não regulados) como referência de preços, conforme já referido acima. Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes. E como há uma lógica racional nessa negociação de preços de diária, é bem possível que esteja orquestrando as atividades de suas federações e sindicatos subordinados para que a suposta carretilização [tanto do preço de diárias hospitalares, como da cobrança de margens de lucro padrão acima do teto ou do Brasindice e Simpro não-regulados] seja frutífera.

109. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHOP) tem como objetivo o relacionamento de diversos hospitais concorrentes com operadoras de planos de saúde em prol de rentabilidade adequada dos membros. Ocorre que hospitais concorrentes não deveriam negociar conjuntamente com operadoras de planos de saúde, questões atinentes à rentabilidade, por concepção

A ANAHP realiza compras conjuntas em nome de hospitais concorrentes [7]. Tal prática de compra coletiva, quando feita por concorrentes, já foi condenada pelo Cade como cartel de compra (vide recente punição da Unidas). ora, se a Unidas, que representa planos de saúde de autogestão que não concordem no downstream foi punida por negociação coletiva, maior razão há para se condenar, como cartel de compras, uma Associação de Hospitais que podem concorrer entre si. Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes.



6.1.3 Entidade regional

110. A Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) gera impacto em uma grande quantidade de hospitais situados em Alagoas, Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins. Há indícios de que tal entidade:

- (i) incentivou a criação de um grupo específico de negociação de honorários entre hospitais e planos de saúde
http://fenaess.org.br/dados/bancoDeMidia/arquivos/jornal_abril_junho06.pdf, jornal da FENAESS número 59], criando tipos de "contrato padrão" ENTRE CONCORRENTES [FONTE: http://www.fenaess.org.br/dados/bancodemidia/arquivos/jornal_abr_jun07.pdf], coordenado por Antônio Alves Benjamin Neto;
- (ii) negociaava em nome de hospitais com os planos de saúde [a este respeito, foi publicado na internet que o "Comitê de Negociações com Operadores de Planos de Saúde" da FENAESS discutiu "preços defasados" entre concorrentes no dia 13 de junho de 2007 FONTE: <http://www.hospitalar.com/impressa/no12030.html>; No dia 15 de setembro de 2009, "O Presidente da FENAESS, Dr. Humberto Gomes de Melo reuniu nessa terça-feira (15) no auditório da CNS os membros do comitê de negociação dos planos de saúde, onde se relatou e se discutiu a atual situação das tabelas de preços praticadas pelas operadoras. A reunião, coordenada pelo Dr. Cícero Andrade, contou com a presença do Dr. Manoel Gonçalves do ES, Dr. Antônio Magno do MA, Dr. José Ricardo de Melo do MT, Dr. Eison Miranda do RN, Dr. João Antônio Macedo Santana do SE, Dr. Pedro Wanderley da MA/SL, Dr. Marcelo Brito da BA, acompanhado de seu assessor jurídico, Dr. Álvaro Nogueira do AM, Dr. Eduardo Cunha da PB, Dra. Maria Lúcia Machado do TO e Uerles Macedo do RJ" [http://fenaess.org.br/noticias/index.asp?vCod=104&idioma=pt] Ou seja, Hospitais concorrentes conversaram sobre preços que praticam com planos de saúde, trocando informações e estratégias negociais.

- (iii) Incentivou paralisações em 2011 de vários hospitais;

- (iv) Divulgou documento na internet em que indica qual deve ser o preço dos concorrentes referentes a medicamentos, diárias e ortéses e próteses. Em tal documento, a FENAESS sugere que todos os sindicatos e/ou filiados passem a cobrar o preço teto permitido pela CMED acrescido de 30 a 38% de fábrica (Brasíndice). Também sugere o uso da tabela Simpro. No referido documento, a FENAESS diz quais são as cláusulas "inaceitáveis" que os hospitais não podem ceder em relação aos planos de saúde, como tabelas com preços diminuídos, prazos longos para faturas, prazos longos para pagamentos de glosas, dentre outros. O documento é assinado por Humberto Gomes de Melo (presidente da Fenaess) e Cícero Newton Andrade (Coordenador do Departamento de Saúde Suplementar da Fenaess). Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes.

111. A Federação Brasileira de Hospitais reconhece (i) que representa diversos hospitais e (ii) busca representá-los em negociações comerciais com o poder público e com planos de saúde. Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante) em que se discutiu preços entre concorrentes. No site da própria Federação, há os seguintes dizeres: "A proposta do Presidente da Federação, Luiz Aramacy Pinto, é fortalecer a posição da entidade frente às negociações das redes particulares de saúde com o poder público e, assim, promover um plano para recuperação dos hospitais privados, por meio do aumento dos repasses de verbas às unidades conveniadas ao SUS" [8]. ora, se tal afirmação estiver correta, é bem possível que exista um desvio de finalidade da referida Federação, que não deveria participar de negociação privadas, representando vários hospitais.

112. O Sindicato Brasiliense de Hospitais (SBH) realiza: (i) troca de informações, via download de tais tabelas de preços com acesso restrito aos associados; (ii) possui tabela de preços de diárias hospitalares ainda hoje em vigor (ou seja, pós-julgamento do PA 08012.006969/2000-75). Nos 44 contratos referidos abaixo, há menção explícita do uso do Simpro e do Brasíndice como índices que remuneram os custos hospitalares no Distrito Federal.

TABELA 8 - CONTRATOS QUE USAM A TABELA DO SBH

REMUNERAÇÃO DO HOSPITAL	CONTRATANTE	CONTRATADO	PÁGINA	PROCESSO
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Daher	947	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Santa Helena	656	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Santa Mônica	817	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Santa Luzia	85	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Anchieta	92	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Santa Lucia	99	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Fundação São Francisco	785	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Hospital Geral Ortopédico	592	P.A. 08012.006969/2000-75

Tabela do SBH e outras	CEF	PAMPS	166	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CET	São Lucas	512	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CAMESESP	Santa Luzia	129	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CAPESESP	Santa Helena	673	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CASSI	Conselho padrao	1445	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CNPU	Daher		P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CONAB	Santa Marta	844	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CONAB	São Francisco	563	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CONAB	São Lucas	484	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Correios	Santa Lucia	209	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Correios	Santa Helena	628	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Correios	Hospital Anchieta	399	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Correios	Daher	926	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Embrapa	Santa Lucia	245	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Embrapa	Iguacu	1315	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Embrapa	Daher	920	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Faceb	Santa Lucia	286	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Faceb	Anchieta	290	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Faceb	São Lucas	492	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Faceb	São Francisco	556	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Fassiscra	Anchieta	313 e 337	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Fassiscra	Promonente	1126	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Fassiscra	Iguacu	1282	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Geipor	Santa Lucia		P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Geipor	Daher	961	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Ministério Público Militar	Promonente	1160	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Petrobras	Hospital Brasilia	1294	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Regius / BRB	Santa Lucia	80	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Regius / BRB	São Lucas		P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Serpro	Daher		P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Serpro	Hospital Geral de Brasília	585	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Serpro	Santa Helena	640	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Serpro	Santa Lucia	716	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Serpro	Santa Marta	902	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Telebrasilia	Daher	1003	P.A. 08012.006969/2000-75

MPF-PR
Fls.
214

113. A Associação de Hospitais do Estado do Ceará está sendo investigada no Processo Administrativo 08012.007011/2006-97. Tal processo analisa apenas uma reunião que alguns hospitais e clínicas fizeram na sede da Unimed em 18 de maio de 2011. Todavia, mais do que a referida reunião (ou da negociação de margens) é necessário investigar se há tabelas de diárias entre hospitais [ou seja, se ficar configurado cartel, há que se ver se há tabela em vigor e andar a referida tabela]. Pelo que consta dos autos, há sim tabela de hospitais, além do uso da tabela Simpro ou da tabela Brasindice. Com efeito, a Associação, no referido processo, está negociando “38,24%” acima da “margem de comercialização” para medicamentos. Ou seja, está negociando possivelmente um lucro acima do preço teto da CMED. Mesmo que os hospitais individualmente cobrassem 2% acima do preço teto, tal prática deveria ser punida, já que estão cobrando acima do teto regulatório. Também, não basta punir a cobrança da margem de lucro negociada sobre as “diárias” hospitalares da região.

114. O Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Espírito Santo (SINDHES): (i) publica em seu site que negocia em nome de vários hospitais diretamente com os planos de saúde; (ii) possui tabelas de preços [vide figura 15]; (iii) ameaça planos de saúde com

descendencimento coletivo de hospitais em relação a operadores que discordem de seus valores. Na reportagem de Daniela Souza, publicada no jornal a Gazeta do Espírito Santo, de 14 de agosto de 2007, o presidente do Sindicato deu prazo para planos de saúde [como o plano da Vale - CVRD/PASA] aumentarem o valor pago pelos serviços hospitalares. Caso a determinação não fosse suspensa, o presidente do sindicato ameaçou a interrupção do serviço hospitalar [9].



115. De acordo com reportagem, também, do Jornal a Gazeta do Espírito Santo, da época de Ademar Possebom, publicada em 15 de abril de 2004, verificou-se que: "Unimed Vitória acusa os dez hospitais que prestam o descendencimento da rede da operadora de se reunirem de forma cartelizada". Em nota divulgada na noite de ontem, a operadora afirma que os hospitais tentam "impôr tabelas de preços de materiais e medicamentos incompatíveis com a realidade praticada no mercado", em referência aos índices adotados pelos hospitais para reivindicar reajustes. O presidente do Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde Públco do Estado (Sindhes), Arlindo Pereira, afirmou que só anunciaria as medidas que o sindicato pode tomar após estudar o informe que será publicado hoje em A GAZETA." [10].

116. O SINDHOSPSL - Sindicato dos Estabelecimentos Prestadores de Serviços de Saúde em São Luiz: (i) divulga tabelas hospitalares com preços, taxas e diárias (vide figura 15); (ii) negocia preços de diárias e taxas coletivamente com planos de saúde.

117. O SINDESSMAT - Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Mato Grosso, já pondo pelo CADE no Processo Administrativo nº 08000.008994/1994-96, divulga no seu site "tabela própria de referência de taxas e diárias para auxiliar na negociação de seus associados junto aos planos de saúde" (vide figura 15). A tabela de preços não está disponível no site para o público em geral [11]. Todavia, há uma área restrita do referido site, em que os usuários (que deveriam ser concorrentes) podem receber informações confidenciais. Também sugere o uso da tabela Brasíndice acrescida de 38% (o seu), sugere que se cobre 38% acima do preço teto estabelecido pela regulação, entre vários hospitais concorrentes.

118. O Tribunal de Contas do Estado investigou justamente denúncia de sobrepreço decorrente da tabela de preços do Sindessmat, situação na qual, em sua defesa, o Sindicato confessa que atua na coordenação de preços dos hospitais e clínicas concorrentes da região [vide processo 4139-4/2011, Conselheiro Alencar Soares Filho [12]. Em tal documento, o Sindicato refere que há a tabela do Brasíndice e a Tabela do Sindessmat, que é seguida pela empresa "Clínica Dietética".

119. Há notícias de que o Sindessmat criou comissão de negociação conjunta com planos de saúde. No dia 17 de maio de 2007, o Sindessmat chegou a publicar que sua tabela de diárias e taxas seria reajustada. Referiu-se que tal tabela seria utilizada pelos maiores hospitais de Cuiabá, a saber: Santa Rosa, Jardim Cuiabá, São Mateus, Femina e Amencor [13].

120. Há também questões envolvendo a Assoc. Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Pará e SINDESSPA - Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Pará. A palestra de Cícero de Andrade [14] da Feness mostra que há interferência desta entidade na negociação que o Sindicato entraúda com a Unimed. No Pará, além da discussão dos hospitais, a seguinte notícia foi publicada no site do Sindicato de Médicos do Pará:

Médicos decidem esvaziar planos de saúde

PUBLICADO EM: 4 DE MAIO DE 2015

Esvaziar gradualmente os planos de saúde, passando a atender exceitivamente em consultórios particulares. Essa a decisão unânime aprovada em assembleia geral realizada no Sindimepa, a última quinta-feira, convocada pela Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), em função dos baixos valores fixados pelos planos para a remuneração de consultas e outros procedimentos.

Médicos representantes de diversas entidades, sociedades e cooperativas de especialidades participantes da assembleia geral. O diretor João Gouveia fez uma exposição abordando os temas contratação, negociação com planos e a CBHPM (Classificação Brasileira Hierárquica de Procedimentos Médicos) em vigor. Hoje, no Pará, só cerca de 40% dos médicos em atividade atendem pelos planos, percentual que vem se reduzindo anualmente em função dos altos custos de manutenção de consultórios médicos e os baixos valores repassados pelos planos.

<http://sindimepa.org.br/meios-decider-esvaziar-planos-de-saude/>

121. O Tribunal Regional Eleitoral do Pará assinou contrato com a Unimed Norte Nordeste, em que há menção expressa de que será utilizada uma "Lista referencial de custos hospitalares essenciais" que teria sido elaborada em conjunto pela Associação de Hospitais e Casas de Saúde do Pará (AHCSEP) e pelo Sindicato dos Estabelecimento de Saúde do Estado do Pará - (SINDESPA). http://apps.tre-pa.gov.br/publicador/contratos/CT_01_2014_Unimed.pdf. Assim, embora Unimed e TRE sejam, a princípio, vítimas da tal tabela, o referido contrato demonstra que a tabela existe e está em vigor (e que foi elaborada por diversos hospitais concorrentes na referida região de forma conjunta).

122. A Associação Paraibana de Hospitais e o SINESSPB - Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Paraíba foram recentemente punidos no Processo Administrativo 08012.001020/2003-21. De acordo com a Nota 30/2015/UCD/PFE-CADE-CADE/PGF/AGU, a decisão do Cade não foi cumprida em relação às multas cominadas. Além disto, a decisão do Conselheiro Márcio determinou que os representados se absolvessem de implementar tabelas e/ou de promover negociações coletivas que tenham por objeto reivindicações que visem a uniformizar preços e/ou condições de prestação de serviços médicos, uma vez que cada hospital deveváriar sua própria negociação com as operadoras de planos de saúde. De outro lado, conforme verificado acima [considerando a resposta aos ofícios 7322/2015 e 7355/2015], há indícios de que as tabelas de preços de diárias e taxas de hospitais desse estado ainda estejam em vigor (e que os hospitais não busquem resarcimento apenas em notas fiscais, mas em percentuais de margem de lucro em cima de tabelas como Simpro e Brasíndice, mesmo após decisão do Cade).

123. SINDHOSPE - Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde do Estado de Pernambuco: (i) publica no seu site o valor das diárias hospitalares; (ii) faz pressão para planos de saúde ajustarem os seus preços contratuais com hospitais filiados [15] que faz menção à negociação entabulada por Mardônio Quintas, que em nome de 12 hospitais, negocia com planos de saúde o preço de diárias, taxas e OPMEs; (iii) determina que o preço de remuneração de medicamentos seja de 38,24% acima do preço teto regulatório [conforme declaração de Mardônio Quintas no site <http://sindhosppe.org.br/tabelas/>]; (iv) determina que as ortéses, próteses e materiais especiais sejam resarcidos com base na tabela Simpro MAIS 20% [conforme fonte já relatada]. Há negociações coletivas entre Abramge (que representa vários planos de saúde) com o Sindhosppe (que representa vários hospitais) - vide a seguinte tabela (<http://sindhosppe.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Tabela-de-Procedimentos-SINDHOSPE-ABRAMGE.pdf>). Também há preços estabelecidos para a Rede Sasseepe, negociados com o sindicato dos hospitais (http://sindhosppe.org.br/wp-content/uploads/2013/11/TABELA_SASSEPE-2011.pdf). Tal configura tablamento de preços entre hospitais que supostamente deveriam concorrer, demonstrando-se, portanto, a prática de cartel sobre a grande parte dos itens que os hospitais cobram, incluindo aqui as diferentes espécies de diárias

hospitalares, dos vários insumos farmacêuticos e dos honorários médicos.

124. Asso. De Hosp. do Estado do Piauí e SINDHOSPI - Sindicato dos Hosp., Clínicas, Casas de Saúde e Laborat. de Pesq. e Anál.Clin. do Est. do Piauí: (i) Em que pese tais entidades já tenham sido condenadas por cartel no Processo Administrativo 08012.006491/97-62, o Sindicato está se organizando novamente em prol de tabelas hospitalares [16].

125. No que diz respeito à Associação de Hospitais do Estado do Goiás e à FEHOESC Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás, verifica-se que tal associação de hospitais: (i) Negocia coletivamente em nome de todos hospitais filiados. Recentemente, houve negociação com a Unimed de Goiânia, sendo que a não aceitação dos valores de diárias e taxas hospitalares levou tal Associação a propor suspensão de atendimento a usuários do plano de saúde. Isto é o que se comprova com a Reportagem do Jornal "o Hoje" de 31/03/2013. Conforme a reportagem, em 2013, "os 15 maiores hospitais goianos" iriam "suspen[er] por 24 horas, o atendimento aos mais de 300 mil usuários da Unimed Goiânia. O motivo da paralisação é a falta de um acordo entre a Unimed e a Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade de Goiás (Ahpaceg)." Os hospitais que participaram do referido ultimato, a princípio, são os seguintes [17]:

- Hospital de Accidentados
- Hospital Amparo
- Hospital Anis Rassi
- Hospital da Criança
- Hospital Evangélico de Anápolis
- Hospital Infantil de Campinas
- Hospital e Maternidade Jardim América
- Hospital Monte Sinai
- Hospital Samaritano de Goiânia
- Hospital Santa Helena
- Hospital Santa Mônica
- Hospital São Francisco
- Hospital São Salvador
- Hospital São Silvestre
- IOG – Instituto Ortopédico de Goiânia

126. Em relação à Associação de Hospitais de Santa Catarina e à FEHOESC - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina, tem-se os seguintes fatos. (i) Seus presidentes assinaram uma carta aberta endereçada ao Governador do Estado em que eles solicitavam que se o Poder Público viesse a contratar com hospitais privados, deveria no mínimo pagar 26% acima do preço máximo permitido (tabela Brasindice). Também, solicitou que o pagamento de OPME fosse feito via negociação de tabela com tais Associações. Além disto, indicou a necessidade de estabelecer negociação com o Sindicato dos Laboratórios, caso o governo quisesse, realmente, fazer uma licitação neste setor [18].

127. A FEHOSUL Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Asso.dos Hosp. e Est. de Saúde do Rio Grande do Sul – AHRGS instituiu um "Grupo Paritário", em que diversos concorrentes negociaram o preço das diárias e dos insumos hospitalares, com o plano de saúde IPE-Saúde. Além disto, a FEHOSUL negociou um lucro de 19,4% acima do preço teórico em nome de diversos hospitais concorrentes, em relação ao IPE-Saúde. Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes.

128. No Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre (Sindihospa): (i) há compra conjunta de insumos por hospitais concorrentes. Lembre-se aqui que o CADE puniu a Unidas por fazer compra conjunta (sendo que os planos de saúde da Unidas por serem autogestão, sequer competem entre si). Neste caso, os hospitais de Porto Alegre competem entre si (e estão realizando diversas compras conjuntas, o que pode, eventualmente, caracterizar cartel de compra e abuso de poder de monopólio) (ii) também, concorrentes se juntaram com o SINDIHOSPA e com a FEHOSUL para discutir, no âmbito do sindicato, uma reação contra o descredenciamento que o Plano de Saúde Unimed fez em relação a determinadas clínicas.

129. Em relação à Associação de Hospitais do Estado de São Paulo e à FEHOESP - Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e de Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo, há indícios de que tais entidades (i) elaboraram tabelas de preços de diárias (citado inclusive em ações judiciais de reparação, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – Sétima Câmara de Direito Público/ Apelação Civil Nº 0072821-13.1997.8.26.0000 e APELAÇÃO CÍVEL Nº 737200-1, DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE LONDRINA do Tribunal de Justiça do Paraná; (ii) incentiva a discussão entre concorrentes a respeito de custos hospitalares (informação sensível, que não deveria ser discutida entre concorrentes); (iii) sugere reajuste de preços dos insumos hospitalares e de vários outros itens (que possuem margem de lucro hospitalar embutida): http://www.abesp.com.br/news/news_79. Participou a FEHOESP, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes.

130. No que diz respeito à Associação de Hospitais e Clínicas do Estado do Rio de Janeiro (AHCRJ) e à FEHERJ e à Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, há indícios da existência de: (i) lista referencial de preços das entidades; (ii) e há interferência destas entidades em negociações com planos de saúde. Por exemplo, a Unidas do Rio de Janeiro (representado vários planos de saúde), por Andreia Alves Perelli, firmou acordo no dia 1 de abril de 2015, com Antônio José Medina Lima Júnior (Diretor Financeiro da AHCRJ) e Débora de Castro Rocha (Diretora de Integração da AHCRJ) e com Armando C. Amaral (presidente da AHCRJ) conforme documento que consta no site <http://www.ahery.com.br/wp-content/uploads/2015/11/Unidas.pdf>. No referido acordo vários hospitais concorrentes e clínicas concorrentes estabeleceram tabela de preços conjunta, unificando seus preços. Tal comportamento, a princípio, configura cartel [e gize-se que a priori tal acordo ainda continua em vigor].

131. No que diz respeito ao Rio Grande do Norte, há reportagem na internet que hospitais concorrentes negociam em conjunto, a saber Hospital do Coração, São Lucas e Promatec suspendem em conjunto o atendimento à Unimed, no dia 31 de julho de 2012. Vide (<http://www.robsonpiresxerife.com/notas/unimed-diz-que-foi-pega-de-sorpresa-pela-suspensao-de-atendimento-em-hospitais-de-natal/>). Segundo notícia veiculada pelo Jornal Tribunal do Norte, foi necessário que a Justiça ivesse que intervir para que os hospitais concorrentes não se descredenciassem simultaneamente da Unimed para forçar uma negociação de preços. (<http://tribunalnorte.com.br/noticia/juiz-garante-atendimento-em-hospitais/227642>). O Plano Caun, ao ser obrigado a responder ofício do DEE [ofício 7335/2015] enviou ao CADE carta conjunta dos



Hospitais Promatec e Hospital do Coração, em que ambos tentam negociar conjuntamente preços. A CAMED [via Ofício nº 7322/2015/CADE] e a Embratel [via Ofício nº 7355/2015/CADE] relataram que há no estado do Rio Grande do Norte tabela de preços em vigor feita por sindicatos ou associações de hospitais. Há referência a tabela de preços da **Associação dos Hospitais do Estado do Rio Grande do Norte - AHORN/SINDERN** no site <https://www.mre.mil.br/nr/credenciamento/02%20ANEXO%20A,%20B,%20C,%20Tabelas,%20Indices,%20e,%20Valores,%202013.pdf>, utilizada pelo Hospital Naval de Natal [vide Processo Administrativo (NUP) nº 63064.001633/2013-33, Edital de Credenciamento nº 001/2013].

MPF-PE
Fls.
217

132. **A FEBASE - Federação Baiana de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços** apresenta cursos a respeito de "custos" hospitalares. Tal é uma informação sensível. Novamente, por falta de tempo, ainda não foi feita pesquisa extensa a respeito da atuação da tal Federação na formação de preços de seus filiados. Todavia, os referidos cursos podem indicar troca de informação sensível entre concorrentes, que, eventualmente, merecerá ser investigado pela SG. Participou, a princípio, da reunião referida nos slides acima mencionados (figura 10 em diante), em que foram negociados preços entre concorrentes. Há notícias que, em Salvador (BA), "cerca de 200 instituições de saúde particulares, integrantes da **Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (Ahseb)**" ameaçaram interromper coletivamente os serviços hospitalares e clínicos, em 2011 (vide informação no site <http://fenecc.org.br/noticias/index.asp?vCod=5652&idnoticia=11>).

133. No Espírito Santo, foi firmado acordo pelo Ministério Públco do Estado do Espírito Santo chegou a intervir em algumas negociações de preços de diárias estabelecidas pelo **SINDHES - Sindicato dos Hospitais do Espírito Santo** (http://www.revistacobertura.com.br/lemais_materias.php?cd_materias=20519&frurl=&MP-interven-na-disputa-de-hospitais-com-a-Unimed-). (http://www.revistacobertura.com.br/lemais_materias.php?cd_materias=11353&frurl=&Permanece-impass-e-entre-hospitais-e-planos-de-saude-). Alguns planos foram descredenciados de todos hospitais do Estado, sendo que o Procon e Ministério Públco do Estado auxiliaram na celebração de acordos em que hospitais concordaram em receber o Preço Máximo ao Consumidor Brasíndice e percentuais sobre a tabela SIMPRO.

134. Em relação aos descredenciamentos coletivos de hospitais no Espírito Santo (de 2002 a 2005), esta prática ainda está sendo investigada pelo Cade no Processo Administrativo nº 08012.000758/2003-71, mas já com um parecer da SG pela condenação de alguns dos agentes envolvidos (em especial do SINDHES). Cabe referir no entanto que o PA referido acima investiga apenas fatos anteriores a 2005. Todavia, recentemente, na apelação 0037588-83.2013.8.08.0035 do TJ/ES, em 2016, o Hospital Santa Mônica alegou que ainda utilizava a tabela SINDHES-UNIDAS (Vide site http://aplicativos.tjes.jus.br/sistemaspublicos/consulta_jurispredencia/temp_pdf_jurisp/12139497974.pdf?CFID=13094035&CFTOKEN=27076731).

6.1.4. Disseminação do uso das tabelas Simpro e Brasíndice

135. O DEE está realizando em paralelo à presente nota um estudo sobre o setor de OPME (Estado 08700.004219/2015-97). Para tanto, o DEE fez uma pesquisa em 1.932 contratos envolvendo hospitais, questionando alguns aspectos destes mercado a determinados planos de saúde. Foi questionado aos planos de saúde, por exemplo, como seus contratos disciplinavam o reembolso de medicamentos. Em 19 casos não foi respondida tal pergunta, por serem casos de clínicas que não tinham tal cláusula. Retirando tais casos da amostra, verificou-se que mais de 99% dos contratos utilizavam Brasíndice como meio de pagamento.

136. Além disto, estima-se que 64% dos contratos possuam o preço máximo ao consumidor como padrão de remuneração. Outros possuem estipulação de preço fábrica, mas com uma robusta margem de comercialização em cima de tal preço (em especial quando se trata de bens de uso restrito hospitalar, quando a margem de comercialização é, em média, superior à margem negociada para medicamentos "normais"). Ou seja, há efetiva comprovação de que a regulação está sendo descumprida pela quase totalidade dos hospitais no Brasil.

137. No que tange à cobrança de matérias de uso hospitalar, 51% dos contratos analisados possuíam cláusula prevendo remuneração pelo Simpro e 40% pelo Brasíndice. 9% dos contratos referiam-se a casos em que se utilizava tabelas próprias, ou casos em que não era aplicável a cobrança de materiais. No que diz respeito a OPME, 27% dos contratos analisados possuíam previsão de pagamento pela Simpro como tabela a ser aplicada; 23% permite que o plano de saúde compre a OPME e entregue no hospital; em 25% dos casos o hospital apresenta uma nota fiscal ao plano de saúde se ressarcindo de suas despesas mais uma margem de lucro; e em 25% dos casos há estipulações de tabelas específicas entre as partes ou são casos que não são aplicáveis ao uso de OPMEs. A partir desta pesquisa é possível demonstrar que Simpro e Brasíndice são extremamente representativas no mercado hospitalar, tendo grande impacto na relação hospital-plano de saúde.

6.1.5. Sobrepreço nas tabelas Simpro e Brasíndice

138. Já foi demonstrado acima que o uso do preço teto (preço fábrica ou preço máximo ao consumidor) de medicamentos garante gigantesca margem de lucro aos hospitais. Todavia, como já ressaltado, há uma grande parte da tabela Simpro e Brasíndice que não é proveniente da CMED. Pelo contrário, são os produtores de OPME que alimentam a tabela. A tabela abaixo demonstra como vários produtores se valem da referida prática de informar preços "inflados" para o Simpro ou Brasíndice (garantindo a margem hospitalar).

Tabela 9 – Valor de tabela versus valor de mercado – segundo Unimed

Material médico descartável



Descrição	Fabricante	Preço Simples	Preço Mercado	Margem
Discofix 3vites 5,5mm	B.Braun	R\$ 16,28	R\$ 1,59	924%
Equipos Intráix Premonair air Injetor Láserai	B.Braun	R\$ 16,28	R\$ 2,30	683%
Filtre Bacteriano Admto BB100MSF	CETI	R\$ 63,09	R\$ 10,27	513%
Monofilos 3-0 45CM 1171 envelope	J.A.E.Braun	R\$ 15,32	R\$ 2,67	474%
Extensóis 120cm C/LHJ	B.Braun	R\$ 10,67	R\$ 2,15	409%
Alodura Crepe 15CMX5,5M (UNI) NEVE	Nove	R\$ 2,48	R\$ 0,55	351%
Seringa Desc. 10ML Luer Lok BD	Hector Dickenson	R\$ 0,89	R\$ 0,15	445%
Aguita Descartável 45X12 UNI BD	Hector Dickenson	R\$ 0,30	R\$ 0,07	329%
Caixa central inserção periférica Picc 1,9	Hector Dickenson	R\$ 640,00	R\$ 243,90	162%
ICALP 26G	Hector Dickenson	R\$ 1,40	R\$ 0,54	159%
Fita Transpare 100MMX4,5M 2M	3M	R\$ 26,13	R\$ 17,01	54%

Fonte: Revista Simpro atualização nº 32 do dia 16/07/2009

Fonte: <http://www.unimed.coop.br/pct/service/ServletServiceDownload?id=MjE0NzQ5NDg1OQ==>

OPME

Descrição	Fabricante	Preço Simples	Preço Mercado	Margem
Giant coronary Vision	Abbott	R\$ 10.530,00	R\$ 900,90	1070%
Plaute Bloqueada de Tibia	Brauner	R\$ 5.600,00	R\$ 652,80	758%
Cateter duplo J BFR 2/232	Hanley Cook	R\$ 1.035,06	R\$ 180,00	475%
Protetor de membrana femoral SAFYRE	Promedon	R\$ 5.972,01	R\$ 1.402,50	297%
Protetor Sobre T PTFE	Promedon	R\$ 5.572,00	R\$ 1.402,50	297%
Bombona cateteriza Flouping 8000	Nasco	R\$ 1.000,00	R\$ 229,86	256%
Vallistant endoprótese	Boston Scientific	R\$ 13.368,00	R\$ 4.729,00	173%
Giant coronário Farmacológico	Abbott	R\$ 18.700,00	R\$ 6.500,00	188%
Microcerebras p/ embolização 2ml	Linc Life	R\$ 4.280,00	R\$ 1.500,00	185%
Giant Atron Pulsar	Biotronik	R\$ 11.500,00	R\$ 4.050,00	184%
Cimento Ortopédico Simplex 40gr	Stryker	R\$ 368,36	R\$ 152,00	142%
Kit Gestaltor Stryker	Kimberly	R\$ 1.460,00	R\$ 630,00	132%
Giant coronário Crysostar	J.A.E.Braun	R\$ 1.377,24	R\$ 8.500,00	125%
Microcateter Infuso Embocath 2,8FRX135	Linc Life	R\$ 3.000,00	R\$ 1.500,00	100%
Cani desc Balão Intra-arterico A78 9,5	Datascope	R\$ 4.829,00	R\$ 2.311,00	117%
Pratice biliar	Olympus	R\$ 527,80	R\$ 249,00	112%
Lamina shaver half radius 5,5mm laranja	Dykes	R\$ 994,12	R\$ 475,00	106%
Substituto de duramater Duragen 7,8x7,5	Promedon	R\$ 9.450,00	R\$ 4.968,20	102%
Grampadeiro Circular Curvo 33MM CDH33	J.A.E.Braun	R\$ 2.248,24	R\$ 1.116,62	101%
Tricôdio Gating 12mm Ø12,1	J.A.E.Braun	R\$ 851,90	R\$ 456,33	87%
Clipsele Sistema de Fixação de Calota	Amiculap	R\$ 1.161,00	R\$ 790,00	47%
Cransana	Brauner	R\$ 420,00	R\$ 302,45	39%
Parafuso de Interferência de titânio	Brauner			

Fonte: Revista Simpro atualização nº 32 do dia 16/07/2009

Fonte: <http://www.unimed.coop.br/pct/service/ServletServiceDownload?id=MjE0NzQ5NDg1OQ==>

139. Soma-se a estes dados, os documentos já juntados a estes autos que demonstram sobrepreços da Simpro e Brasindice, quais sejam Ofício 1548/2015 GABPRI-ASF (0026795); Anexo Documento ref. Demanda 08700.005486/2015-81 (0072717); Anexo -Cópia da Demanda Externa nº 08700.005486/2015-81 (0074648). Também, no mesmo sentido, o TCU alertou para os prejuízos que o erário público sofre ao contratar com base na tabela Simpro, sendo vejamos:

Parâmetro de preços para medicamentos e equipamentos hospitalares:

1 - Pesquisa de preço para o varejo e gasto de escala no atacado

Enunciado na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) e na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS/SP) apontou fragilidades em procedimentos adotados nas contratações realizadas com recursos repassados pela União, envolvendo a aquisição de medicamentos e equipamentos hospitalares. A administração socorre-se de fontes inadequadas para obtenção do preço de mercado, as quais não refletem o gasto de escala que poderia ser obtido em face do volume comprado, como por exemplo dados obtidos na revista Simpro, publicação que tem por objetivo divulgar preços dos fornecedores de medicamentos e outros produtos de saúde para que seu público-alvo, farmácias e drogarias, possa formar o preço de venda ao consumidor final. Esse procedimento teria conduzido à realização de contratações desvantajosas, com sobrepreço, ferindo os princípios da economicidade e da eficiência, além de ir de encontro à Lei de Licitações. Enfatizou o relator que o resultado não poderia ser outro quando são utilizadas fontes de preços que servem ao mercado de varejo, como é da revista Simpro, sem que sejam levados em consideração, nas pesquisas de preço, os volumes envolvidos nas compras da administração pública. Como agravante, foi constatada a utilização do sistema de registro de preços, propagando-se assim os efeitos do sobrepreço para todas as unidades que, eventualmente, adensem as atas constituidas, cujos preços estariam superestimados. O Plenário, acolhendo proposta do relator, deliberou no sentido de determinar à SES/SP e à SMS/SP que se utilizarem recursos públicos federais, previamente à realização de seus certames licitatórios e ao encerramento de atas de registro de preço, próprias ou de outros órgãos, e periodicamente durante sua vigência, efetuem ampla pesquisa de mercado, considerando os quantitativos, relevantes, nas compras em grande escala, a fim de verificar a aceitabilidade do preço do produto a ser adquirido, em observância aos arts. 3º, 15, inc. V, e 40, inc. X, da Lei nº 8.666/93. Além disso, foi determinado à SES/SP que se abstivesse de promover a vigência das atas de registro de preço resultantes das licitações inquestionadas, adotando, imediatamente, medidas necessárias a novas contratações, a fim de evitar desabastecimento de medicina e insumos necessários ao atendimento público. *Acórdão nº 65/2010-Plenário, TCU-000295/2009-9, rel. Min. Arnaldo Cedraz, 27.01.2010.*

Um exemplo dos vários citados pelo TCU é o seguinte:

A título de exemplo, verifica-se que o "valor citado junto à Simpro para aquisição de "equipo para sono microgotas fotossensível com reservatório graduado" excede em 286,67% o maior valor pesquisado, R\$ 3,15. O preço médio obtido inserido no cálculo é de R\$ 4,70. Se for desconsiderado, chega-se ao preço médio de R\$ 2,21, ou seja, 52,98% inferior à média obtida pela SMS/SP."

Tabela 10

Pesquisa de preços para aquisição de equipamento para uso intrahospitalar com reabastecimento periódico - Ano de 2004		
Data da pesquisa	Fornecedor	Preço médio (R\$)
19/2005	SIMPRO	11,15
19/2005	Gov. Distrito Fed. (Ano)	1,68
19/2005	Central de Compras /MT (Ano)	1,60
19/2005	HCPac /MS /Un. Preço (Ano)	3,15



http://www1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/DO7452_06_05_2009.pdf

**FIGURA 17 - APRESENTAÇÃO DA ANVISA
EXEMPLOS DE VARIAÇÃO DE PREÇOS**

- Variações máximas de preços entre dez/2001 e dez/2004 (inflação acumulada no período: 33,20%)
 - > Placa cervical: 637%
 - > Prótese total joelho: 179%
 - > Componente acetabular: 149%
- Variações máximas de preços entre dez/2002 e dez/2004 (inflação acumulada no período: 20,07%)
 - > Placa Reta: 912%
 - > Placa para reconstrução da mandíbula: 890%

Fonte: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72a8ed80489a9eaa947bbe2d0e98834/Fernanda_Maciei_Rebelo_e_Vania_Cristina+Canuto_Santos_GGREM.pdf?MOD=AJPERES

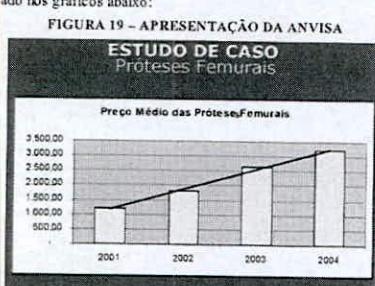
140. Verifica-se também que a variação de preços é muito grande. Por exemplo, em relação a próteses femurais, há preços que foram identificados em 201 Reais e outros de 20.160 Reais, tendo apenas três empresas no mercado, o que caracteriza elevado poder de mercado com eventual discriminação de preços por consumidor.



Fonte: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72a8ed80489a9eaa947bbe2d0e98834/Fernanda_Maciei_Rebelo_e_Vania_Cristina+Canuto_Santos_GGREM.pdf?MOD=AJPERES

O aumento de preços na revista SIMPRO se reflete diretamente no sobrepreço pago pelo SUS referente a órteses e próteses.

141. A este respeito, cumpre notar que a evolução de preços da Tabela SIMPRO de próteses, pode eventualmente ter gerado elevação dos gastos do SUS com este tipo de prótese, conforme demonstrado nos gráficos abaixo:





Fonte:
http://portalanvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2a8cd80489a9eaaa9d7bce2d0c98834/Fernanda_Maciel_Rebelo_e_Vania_Cristina+Canuto_Santos_GGREM.pdf?MOD=AJPERES

142. Foi relatado ao DEE que o Simpro e Brasíndice permitem sobrepreço por práticas indiretas. Tal ocorreria porque:

Essas tabelas, ao informar na coluna "preço unitário de fábrica", por exemplo, os valores que ali listam, não deixam claro se a intenção foi se referir ao preço da unidade de cada caixa fechada, da forma como o fabricante vende / entrega o seu produto aos adquirentes; ou, ao contrário, se quis se referir ao valor de cada unidade individualizada de produto contida em cada uma das caixas que o fabricante vende (ex: valor unitário de cada um dos 10 items que vem dentro de uma caixa daquele determinado produto, hipoteticamente considerando o total de itens em uma caixa). (...).

Os hospitais tendem a considerar que a referência nessas tabelas aos preços dos produtos que listam diz respeito ao valor dos produtos já unitizados (valor de cada unidade contida em cada caixa que adquirem). Mas, o que se percebe é que, quando se adquire o mesmo produto no mercado, diretamente, fica nítido que o valor inserido na tabela refere-se a uma unidade de caixa, e não ao valor unitarizado de cada um dos itens contidos em uma caixa.

Isto termina por tornar os itens destacados nessas tabelas com valores muito acima do que deveriam ser negociados, onerando as operadoras de planos de saúde e, consequentemente, os seus beneficiários / associados, tendo em vista que cada unidade utilizada pelos hospitais passam a ser remunerados com base no preço da caixa completa, que contém várias unidades, causando grandes distorções. (ofício 729/2015 - da lava da operadora Afalep) - (Estado 0870004219/2015-97).

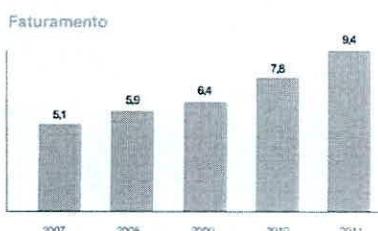
143. Ou seja, as tabelas Simpro e Brasíndice, ao não deixarem claras quais são as unidades de seus preços, permitem que os hospitais cobrem uma caixa inteira de medicamentos, ainda que utilizem apenas um comprimido. Podem cobrar um carretel de fio intero (de vários metros), mesmo que utilizem apenas alguns centímetros de fio na cirurgia do paciente. E mais do que isto: dizem que o preço de 100 unidades [caixa] a preço de mercado deve ser utilizado para adquirir apenas uma única unidade. E este tipo de "mal entendido" ocorre porque a tabela não é clara. Enfim é uma forma indireta de inflar preços e retirar margem de lucro do lucro dos planos de saúde, caracterizando-se em verdadeiro enriquecimento sem causa.

144. Há outros métodos indiretos de cobrar sobrepreços. Por exemplo, a imposição aos planos de saúde do elevado custo de aquisição e assinatura das revistas é uma forma [indireta] de extrair renda das referidas entidades. Também, cláusulas contratuais que impedem planos de saúde de adquirirem materiais e OPMEs podem representar formas de imposição de sobrepreços.

6.1.6. Insumos hospitalares e contabilidade hospitalar

145. Se de um lado, há indícios de que há combinação explícita de preços de diárias e combinação do uso do Brasíndice e Simpro [com margens de lucro uniformes entre hospitais pelos insumos], de outro lado, há indícios de que os lucros hospitalares sobre insumos são crescentes. Para tanto, foram analisados os dados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), fórum em que vários hospitais (concorrentes, obviamente) trocam informações entre si a respeito de seus custos e preços. Veja que segundo informações da ANAHP, o faturamento dos hospitais associados quase dobrou entre 2007 e 2011, havendo diminuições de hospitais.

Figura 20 – Faturamento ANAHP



http://www.abramge.com.br/portal/files/observatorio_anahp_2012_4.pdf

Tabela 11 – Número de hospitais da Anahp



Ano	Receita Total (em R\$ bilhões)	Nº de Hospitais
2006	4.923,800	33
2007	5.195,410	33
2008	5.979,304	34
2009	6.473,692	32
2010	7.826,826	31
2011	9.435,777	30

E necessária evidenciar que a evolução da receita descreve os amontoados que constam no período analisado.

Fonte: SIAHAN/ANAHOP 2011

146. Frise-se que 94% deste faturamento seria oriundo da Saúde Suplementar, segundo dados divulgados. Vê-se, também, que 50% das receitas são insumos hospitalares, o que significa aproximadamente 4,7 bilhões de Reais (dos hospitais analisados).

Tabela 12 – Receita por natureza do ganho (Anahp)

Distribuição da Receita Total

(por natureza)

Natureza da Receita	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dianas e Taxas	31,7%	32,1%	30,3%	29,4%	28,0%	24,5%
Insumos Hospitalares	44,9%	40,4%	48,6%	50,8%	46,9%	51,5%
SADT	12,0%	11,1%	12,8%	11,6%	11,2%	14,1%
Outras/Serviços	3,0%	2,9%	2,9%	3,2%	3,4%	4,5%
Outras/Operacionais	6,5%	6,6%	6,0%	4,8%	8,9%	6,6%

Fonte: SIAHAN/ANAHOP 2011

147. Se de um lado houve crescimento da importância dos insumos hospitalares nas receitas de tais instituições, de outro lado, houve diminuição do custo de tais insumos (já que estes insumos representavam 29,6% dos custos dos hospitais em 2006, sendo que em 2011 os custos dos insumos foram de apenas 27,6% dos custos totais do hospital). A queda de 2 pontos percentuais no custo relativos ao hospital dos insumos vis-à-vis o aumento de 6% a 7% da importância deste custo nas receitas da instituição mostra que – a princípio – diminuições de custos não são repassadas ao consumidor (e que os agentes possuem poder de mercado).

Tabela 13 – Despesa – por natureza do gasto (Anahp)

Distribuição das Despesas Totais

(por tipo de despesa)

Natureza da Despesa	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Custo Pessoal	37,1%	37,5%	36,8%	37,5%	38,3%	40,0%
Insumos Hospitalares	20,6%	20,5%	20,1%	20,9%	20,3%	21,6%
Outras Insumos	4,2%	3,9%	3,6%	3,7%	3,8%	4,4%
Contratos Técnicos e Operacionais	7,6%	8,3%	8,2%	7,1%	7,5%	8,5%
Contratos de Apoio e Logística	3,5%	3,7%	4,2%	4,2%	4,0%	4,9%
Utilidades	3,7%	3,3%	3,0%	2,7%	2,3%	2,2%
Mantenimento e Assistência Técnica	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%	2,1%	1,9%
Despesas Gerais	4,6%	4,7%	5,0%	5,1%	4,6%	4,9%
Outras Despesas	7,7%	8,9%	8,5%	8,8%	8,9%	5,7%

Fonte: SIAHAN/ANAHOP 2011

148. Verifica-se ainda que durante este período, os preços hospitalares aumentaram, conforme tabela abaixo.

Tabela 14 – Receita média líquida por paciente (Anahp)

Evolução da Receita Média Líquida

(por paciente-dia)

Região Geográfica	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Centro-Oeste	982	993	1.127	1.681	1.200	1.256
Nordeste	2.234	2.056	2.118	2.476	2.600	2.971
Sul	1.453	1.546	1.600	1.768	1.801	1.700
Sudeste	2.607	2.605	2.714	3.220	2.672	3.373
ANAHOP	2.304	2.141	2.118	2.488	2.510	2.858

Fonte: SIAHAN/ANAHOP 2011

149. A rubrica de insumos hospitalares é responsável por metade do ganho dos hospitais, 51%, representando apenas 27,6% das despesas dos hospitais. Assim, mesmo que eventualmente, gastos (despesas) fossem exatamente iguais aos ganhos (receitas) dos hospitais (com receita líquida zero), a venda de insumos é que sustentaria elevados ganhos dos hospitais, subsidiando outros gastos (inclusive gastos com pessoal). Ocorre que, possivelmente, os ganhos são maiores que os gastos (vide receita líquida por paciente ser positiva). Assim, o lucro que os hospitais obtêm com venda destes insumos (em grande parte viabilizado por Simpro e Brasindice) é elevado e crescente.

6.2. Upstream: distorção de preços por produtores de medicamentos e de opmc

150. Recentemente, o Cade investigou e puniu um cartel de produtores de OPMEs. No âmbito do Processo Administrativo 08012.008507/2004-16, foi feita menção a uma tabela elaborada

pela Associação Brasileira de Ortopedia Técnica (ABOTEC). Ou seja, o cartel no âmbito upstream (de produção de materiais, OPMEs e medicamentos) é possível.

151. Todavia, há um controle - por parte dos editores da revista Simpro e Brasindice - de quem pode anunciar, de quem está dentro ou fora das referidas tabelas. Estar dentro ou fora de tais tabelas significa estar dentro ou fora do mercado. Deste modo, é possível "regular" a entrada no mercado upstream.

152. Além disto, a conduta dos produtores de insumos (de publicar preços distorcidos dentro de tabela) é essencial para o equilíbrio de preços em desfavor dos consumidores. O comportamento acima (de informar na tabela Brasindice e Simpro valores irreais) não é restrito a um tipo específico de material, remédio ou OPME. Também, não é restrito a um ou outro concorrente. Trata-se de prática horizontal, seguida por quase todos anunciantes de tais tabelas.

7. Compras públicas e orçamento público

153. As tabelas Simpro e Brasindice podem interferir em compras públicas e no orçamento público. Além de serem estas tabelas compradas sem licitação por vários órgãos públicos, também impactam as compras governamentais na área farmacêutica. Com efeito, há casos abaixo em que farmácias e clínicas vendem produtos ao Poder Público com base na tabela Simpro e Brasindice, que possuem comprovadamente sobrepreço. Aliás, muitas vezes tal contratação é feita sem licitação inclusive, conforme se verifica abaixo:

Página 13 • Seção 3 - 05/03/2009 • DOU

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N° 96/2009 N° Processo Proc.mex.05/2009 , Objeto: Serviço médico hospitalar odontológico e laboratorial. Total de Itens Licitados: 00001 . Fundamento Legal Artigo 25, Caput, da Lei 8.666/93. Justificativa: Por se tratar de OCS previamente credenciada pela Associação de Classe a ser remunerada pela Tabela da AMB/BRASÍNDICE, em vigor Declaração de Inexigibilidade em 26/02/2009. JOSE ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL. Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 GEN DIV NEWTON ALVARES BREIDE Cmt da 8°RM e 8°DE . Valor: R\$ 12.025,75 Contratada CELSO DE SOUZA MATOS CIA LTDA . Valor: R\$ 12.025,75 (SIDEC - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N° 97/2009 N° Processo Proc.mex.06/2009 , Objeto: Serviço médico hospitalar odontológico e laboratorial Total de Itens Licitados: 00001 . Fundamento Legal Artigo 25, Caput, da Lei 8.666/93. Justificativa: Por se tratar de OCS previamente credenciada pela Associação de Classe a ser re-munerada pela Tabela da AMB/BRASÍNDICE, em vigor Declaração de Inexigibilidade em 26/02/2009. JOSE ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL. Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 GEN DIV NEWTON ALVARES BREIDE Cmt da 8°RM e 8°DE . Valor R\$ 11.173,15 Contratada H. N. MURAKAMI & CIA LTDA . Valor: R\$ 11.173,15 (SIDEC - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO N° 98/2009 N° Processo Proc.mex.09/2009 , Objeto: Serviço médico hospitalar odontológico e laboratorial Total de Itens Licitados: 00001 . Fundamento Legal Artigo 25, Caput, da Lei 8.666/93. Justificativa: Por se tratar de OCS previamente credenciada pela Associação de Classe a ser re-munerada pela Tabela da AMB/BRASÍNDICE, em vigor Declaração de Inexigibilidade em 26/02/2009. JOSE ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL. Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 GEN DIV NEWTON ALVARES BREIDE Cmt da 8°RM e 8°DE . Valor: R\$ 8.200,00 . Contratada CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM TAPOAOS S C LTDA . Valor: R\$ 8.200,00 (SIDEC - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

DOU, 6 de março de 2015, P.44, Seção 3

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL E RETARIA

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO COORDENADORIA DE MATERIAL E PATRIMÔNIO
SEÇÃO DE CONTRATOS

EXTRATO DE CONTRATO

Contrato TSE nº 15/2015, firmado entre o Tribunal Superior Eleitoral e a empresa Resende Comercial Farmacêutica Ltda. CNPJ: 10.370.297/0001-30, OBJETO: Fornecimento de medicamentos constantes dos periódicos ABCFarma e Brasíndice. VALOR ESTIMADO DO CONTRATO: R\$ 25.000,00. FUNDAMENTO LEGAL: Leis nº 8.666/93 e 10.520/2002. VIGÊNCIA: a partir da publicação e duração de 12 meses. ASSINATURA: 04/03/2015. ASSINAM: Luciana Rodrigues de Castro, Secretaria de Administração, pelo TSE; e Geraldo Magela Rezende Boechat, Diretor, pela Contratada. PA nº: 27.672/2014.

DOU, 20 de fevereiro de 2015

EXTRATOS DE INSTRUMENTOS CONTRUAIS Processo STJ 7604/14. Contrato STJ n. 07/15. CONTRATADA: Sinôdes Boechat Comercio Farmacêutica Ltda CNPJ:01.464.465/0001-66. OBJETO: Fornecimento de medicamentos e material médico hospitalar de consumo, constantes dos seguintes períodos: ABC Fama, Brasíndice e Tabela SIMPRO. Esses Produtos se destinam a suprir necessidades decorrentes de atendimento ambulatorial da Secretaria de Saúde do STJ. VIGÊNCIA:19/2/2015 a 18/2/16. Assinatura: 19/2/2015. FUNDAMENTO: Lei 10.520/02 e Decreto 5.450/05. 6.204/07 e subsidiariamente a Lei 8.666/93. MODALIDADE: Pregão Eletrônico n. 215/14. VALOR DO CONTRATO: R\$41.480,47. CREDITO: ORÇAMENTARIO PT 02.301.0568.2004.5664. NE: 2015NE000340. no VALOR de R\$41.480,47. ED: 3.3.90.30. Estimativo, em 1/1/15. SIGNATARIOS: Miguel Augusto Fonseca de Campos - Diretor-Geral/STJ, Sérgio José Americo Pedreira - SAD/STJ, Geraldo Magela Rezende Boechat - Contratada.

DOU 3 - N° 88, quinta-feira, 9 de maio de 2013 P.127

EXTRATOS DE INSTRUMENTOS CONTRUAIS

CONTRATANTE: : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL; CONTRATADO: CLÍNICA DE CAMPO GRANDE SA; ESPECIE: Prestação de Serviços Assistenciais; OBJETO: Termo Aditivo para as seguintes alterações: A Tabela de Procedimentos mencionada no termo de credenciamento tem como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) nos moldes da negociação com o Grupo Unidas. Autogestão em Saúde, no Estado do Mato Grosso do Sul. Fica acordado o Preço de Fábrica (PF) acrescido de taxa de comercialização de 38,24% (trinta e oito vírgula vinte e quatro por cento) para medicamentos de uso restrito hospitalar sobre o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE vigente. Fica acordado o pagamento de Taxa de Comercialização de 25% (vinte e cinco por cento) sobre Óticas, Próteses e Materiais Especiais (OPME) sobre o valor da Nota Fiscal, utilizados em procedimentos médicos de beneficiários do Saude CAIXA que não constem seu preço referenciado nos Guias Farmacêuticos BRASÍNDICE E SIMPRO para Prestação de Assistência em Serviços Hospitalares aos beneficiários do Programa de Assistência Médica Supletiva -Saúde CAIXA; MODALIDADE: Credenciamento

CONTRATANTE: : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL; CONTRATADO: PROCARDIO CENTRO CARDIO RESPIRATORIO LTDA; ESPECIE: Prestação de Serviços Assistenciais; OBJETO: Termo Aditivo para as seguintes alterações: A Tabela de Procedimentos mencionada no termo de credenciamento tem como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) nos moldes da negociação com o Grupo Unidas. Autogestão em Saúde, no Estado do Mato Grosso do Sul. Fica acordado o Preço de Fábrica (PF) acrescido de taxa de comercialização de 38,24% (trinta e oito vírgula vinte e quatro por cento) para medicamentos de uso restrito hospitalar sobre o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE vigente. Fica acordado o pagamento de Taxa de Comercialização de 25% (vinte e cinco por cento) sobre Óticas, Próteses e Materiais Especiais (OPME) sobre o valor da Nota Fiscal, utilizados em procedimentos médicos de beneficiários do Saude CAIXA e



que não constem seu preço referenciado nos Guias Farmacêuticos BRASÍNDICE E SIMPRO para Prestação de Assistência em Serviços Hospitalares aos beneficiários do Programa de Assistência Médica Supletiva - Saúde CAIXA; MODALIDADE: Credenciamento

DOU 3 - N° 66, segunda-feira, 8 de abril de 2013 P.206

PREFEITURA MUNICIPAL DE VICOSA EXTRATOS DE CONTRATOS PROCESSO N° - 017/2012 - CONTRATO n° - 001/2013 Adesão à Ata de Registro de Preços do Pregão Presencial n° - 0158/2012-Secretaria Municipal de Varginha - MG - CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Vicoso-MG, CNPJ 18.132.449.0001-79 CONTRADORA: ACACIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA CNPJ: 03.945.035/0001-91 OBJETO: Aquisição de medicamentos, farmacêuticos constantes da lista oficial da CMED, pelo valor total de R\$ 3.970.000,00 (Três milhões e novecentos e setenta mil reais). FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei 10.520/02 e 8.666/93 e suas alterações . PROCESSO N° - 0110/2012 - CONTRATO - 002/2013 Adesão à Ata de Registro de Preços Presencial n° - 019/2012-Secretaria Municipal de Varginha - MG - CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Vicoso-MG, CNPJ 18.132.449.0001-79 CONTRADORA: ACACIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA CNPJ: 03.945.035/0001-91. OBJETO: Aquisição de materiais e equipamentos médicos, hospitalares, ambulatoriais, laboratórios, odontológicos e reagentes constantes da lista oficial da REVISTA SIMPRO, pelo valor total de R\$ 3.680.000,00 (Três milhões e seiscentos e oitenta mil reais). FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei 10.520/02 e 8.666/93 e suas alterações.

Celso Francisco Sari-Prefeito Municipal.

154. Estes são apenas alguns exemplos de compras feitos por agentes que devem (ou deveriam) obedecer a lei 8.666/1993, mas cuja licitação às vezes é dispensada pelo fato de obedecer os valores que estão disciplinados na tabela Simpro e Brásíndice.

155. Outra, há uma grande variação de preços em tais tabelas, além de uma ampla gama de produtos com diversas especificidades, cabendo ao médico ou ao hospital a escolha do produto. Se tais tabelas possuem sobrepreço, a compra via licitação de preços baseada em tais tabelas também terá sobrepreço. Neste sentido, o TCU já reconheceu o sobrepreço derivado do Brásíndice. De acordo com o TCU:

"o guia farmacêutico BRASÍNDICE indica o preço máximo (e não o preço médio) de comercialização de um laboratório ou distribuidor de medicamentos, soluções parentais e materiais hospitalares. Não deve, portanto, ser base para a elaboração dos Termos de Referência".

TC 005.280/2010-9 Natureza: Relatório de AuditoriaEntidades: Hospital Clementino Fraga Filho; Hospital da Lagoa; Hospital de Ipanema; Hospital do Andaraí; Hospital Federal Cardoso Fontes; Hospital Federal do Bonsucesso; Hospital Universitário Antônio Pedro; Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da UNIRIO; Instituto Evandro Chagas; Instituto Fernandes Figueira; Instituto Nacional de Cardiologia; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; Instituto Nacional do CâncerResponsáveis: Cremers S.A. (82.941.325/0001-18); Edina Alpino Gomes (485.545.027-87); Leslie de Albuquerque Alvan (183.241.507-00); Manoel Vieira Peixoto Júnior (682.827.887-91); Marcelo Viana Araújo (535.448.207-06); Sandra da Silva Azevedo Pinho (409.733.607-94); Tarcísio Rivello de Azevedo (014.377.987-72); Valcinea de Souza Pinheiro Carvalho (366.17437-15)

156. Nos casos Acórdão n. 3155/2010 – 1º Câmara, proferido no TC-013.853/2001-3; Acórdão n. 417/2013 – Plenário, proferido no TC-015.928/2004-0, o TCU entendeu:

Quanto à afirmativa de que os preços contratados estavam compatíveis com os vigentes no mercado, em vista de terem sido tomados como parâmetros os preços constantes em periódicos da área de medicamentos, mas precisamente as revistas Simpro Hospital, Guia Farmacêutico Brásíndice e Revista ABC Farma, as quais foram juntadas para subsidiar as defesas, faz-se necessário discutir, neste momento, sobre a pertinência ou não da utilização dessas revistas para aferir o preço vigente no mercado.

6.3.2.1 A Lei n. 8.666/1993, em seu art. 15, inciso V, dispõe que as compras devem ser balizadas pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública. Isso significa que, em um primeiro momento, foi correta a decisão da equipe de auditoria/TCU no sentido de comparar os preços contratados pela Sesap/AP com aqueles praticados por outras instituições públicas. Significa, ainda, que, da mesma forma, a Sesap/AP tem o dever de conferir se os preços propostos pelos fornecedores estavam dentro desses parâmetros. Por outro lado, o art. 43, inciso IV, da Lei de Licitações e Contratos estabelece que deve ser observado, para efeitos de contratação, se os preços propostos estão compatíveis com os de mercado ou fixados por órgão oficial competente, ou com os constantes no sistema de registro de preços.

6.3.2.2 Posivelmente, por conta do citado art. 43, inciso IV, da Lei n. 8.666/1993, o Ministério da Saúde institui e mantém na página do órgão na internet o portal denominado Banco de Preços em Saúde – BPS. Neste banco de preços são registradas as aquisições de produtos da área médica, incluindo medicamentos, por inúmeras unidades hospitalares sediadas em diferentes Estados da Federação. Para acessar os preços dos produtos ali registrados não se faz necessário a utilização de senha ou prévio cadastramento, sendo a consulta franequada a qualquer interessado. Sendo assim, independentemente de o BPS vir ou não a constituir um sistema de registro de preços, o fato é que esses servem de referência para fins de balizamento dos preços contratados no âmbito da Administração Pública nas três esferas de governo.

6.3.2.3 Oportuno citar que esta Corte de Contas já tratou de assunto análogo, conchegando que não somente é válida a comparação de preços entre órgãos distintos, como inadequada, para fins de parâmetro, a comparação com base na tabela de preços elaborada por órgãos de classe dos laboratórios, conforme se observa no exerto do Veto do Ministro Adybuton Motta proferido na Decisão/TCU n. 223/1999 – Segunda Câmara, verbis:

"(...) No tocante à metodologia utilizada pela equipe de inspeção para apurar os valores pagos a maior, como já consignou em meu relatório, foram comparados os preços pagos pela Secretaria de Saúde e pelo Hospital Pedro Ernesto em relação aos mesmos produtos. (...) Considero o procedimento perfeitamente válido e, inclusive, utilizado e aceito pelo Tribunal em outras oportunidades, como no TC 4.952/1995-2, relatado pelo eminente Ministro Reviot quando foram comparados os preços de medicamentos adquiridos por diversos órgãos públicos. Observo que, naquela ocasião, foram rejeitadas as alegações baseadas em tabelas de preços elaboradas por órgãos de classe dos laboratórios, que continham produtos com preços muito superiores aos obtidos nas aquisições públicas (Decisão n. 599/1998 – Plenário). A esse respeito, vale ressaltar, também, a constatação feita pelo Tribunal, (...) ao apreciar relatório de auditoria realizada na extinta Central de Medicamentos – CEME/MS, de que os preços de tabelas/fábrica praticados pela indústria farmacêutica eram abusivos, muito superiores aos obtidos em licitações realizadas por aquele Órgão (Decisão n. 295/1994 – Plenário). (...) Assim, entendo que o parâmetro mais adequado para a aferição da economicidade nas aquisições aqui tratadas seja a comparação entre os preços obtidos por órgãos públicos" (grifo nosso).

6.3.2.4 Vale lembrar que a Sesap/AP utilizou como referência os preços constantes em periódicos da área de medicamentos, conforme já informado anteriormente. Tais preços confirmam (...) o fato de que os preços desses periódicos encontram-se acima daqueles obtidos nas aquisições públicas. A título de exemplo, cite-se o medicamento Ciclosporina cáps/c/ 25, 50 e 100 mg, adquirido mediante a Concorrência n. 3/2000, realizada em maio/2002, ao preço unitário de R\$ 1,94, R\$ 3,89 e R\$ 7,57, cada caixa, nos termos da Nota Fiscal n. 192, de 14/9/2000 (vol. 1, fl. 47). Segundo o Suplemento da revista ABCFARMA, n. 102, de janeiro/2000 (fl. 80), o preço de fabricante seria de R\$ 2,33, R\$ 4,55 e R\$ 8,82, respectivamente, enquanto que o preço máximo de vendas seria de R\$ 3,33, R\$ 6,50 e R\$ 12,60. Observa-se que os preços contratados foram inferiores aos preços praticados do



fabricante. Partindo-se da premissa de que os laboratórios não são instituições sem finalidade lucrativa, não parece razoável crer que pudessem fornecer qualquer produto a preços abaixo do custo de produção.

6.3.2.5 Portanto, tais periódicos não devem ser tomados como referência para aferir se os preços propostos estavam compatíveis com os vigentes no mercado. Além disso, esses periódicos, em hipótese alguma, substituem a necessária pesquisa de preços, a qual deve subsidiar a contratação de preços pela Administração Pública.

TC 013.853/2001-3

157. Ou seja, há claro pronunciamento por parte do TCU que estes periódicos possuem sobrepreço. Em que pese tal pronunciamento, há ainda muitas licitações que utilizam o Brasíndice e o Simpro como parâmetros (Por exemplo, a tabela Brasíndice é escolhida pelo STF-Med, segundo decisão do pregoiro Cezar Augusto Barros Gadella [19]). Tal fato apenas indica como a Administração Pública precisa rever diversos contratos, que efetivamente possuem preços excessivos, objetivamente comprovados e que distorcem o conceito de preço-teto.

8. Conclusão

158. A princípio, há diversos indícios que colocam em dúvida a lidezade de tabelas de preço (como Simpro e Brasíndice), considerando seus efeitos sociais, referidos na presente nota. Indícios estes que eventualmente poderão ser considerados pela Superintendência Geral, caso queira investigar de maneira mais aprofundada este setor, em especial, as eventuais condutas anticoncorrenciais referidas no presente estudo, quais sejam: (i) indução via cartel por parte de editores; (ii) preços inflados relacionados por parte de fabricantes de OPME e medicamentos; (iii) cartel de hospitais, em relação à cobrança de diárias, OPME e medicamentos; e (iv) preço abusivo ou regulação paralela por parte de agentes que desrespeitam o preço teto regulatório, de forma sistemática, impondo margem de lucro adicional de forma coletiva contra planos de saúde.

159. De forma muito resumida, conforme verificado acima, as tabelas de preços, como Simpro e Brasíndice (e de algumas outras tabelas, como ABCFarm) não refletem preços de órteses, próteses, materiais, dentre outros produtos. Frise-se que não se trata aqui de um problema isolado (de um descumprimento regulatório qualquer) capaz de configurar mera fraude ou simples desobediência à regulação que impede lucro hospitalar derivado da venda de insumos farmacêuticos. O que se verifica, a princípio, é a confecção de tabelas que englobam (e são feitas por) todos os maiores produtores de materiais cirúrgicos, de maneira conjunta, sendo amplamente divulgadas e utilizadas pela maioria dos hospitais brasileiros, como uma conduta horizontal uniforme: tanto do lado dos hospitais como do lado dos produtores. Ou seja, são estas tabelas que induzem uma conduta uniforme abusiva, em ambos os lados da cadeia.

160. Aliás, indicou-se ao longo do estudo que negociações conjuntas de hospitais envolvem não apenas as tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE, mas, também, negociações de diárias hospitalares.

161. Em razão de tudo o que foi exposto, sugere-se:

- a aproximação do CADE com a ANS, com a CMED, com o TCU, com o CFM, para fomento da discussão regulatória e concorrencial do setor. Troca de bancos de dados entre CADE e Agências deve ser incentivado. Além disso:

- Em relação à CMED, é necessário que se avalie a eficiência e eficácia da regulação via preço teto. De todo modo, independentemente de tal avaliação, há que se ter preços-teto justos, que sejam iguais para todos os agentes do mercado, disciplinados por princípios ativos e não por marcas (ou por circunstâncias determinadas de maneira ad hoc). Há, inclusive, que se avaliar se um preço teto diferenciado para genéricos se justifica, em razão do que foi exposto na presente nota.

- Em relação à ANS, há que se avaliar como melhorar a regulação do setor, em especial, para discutir os aspectos concorrenciais e econômicos de imposição de um índice geral de inflação, ou a obrigatoriedade de reajuste positivo na relação hospital/plano de saúde. Também, caberia avaliar em que medida hospitais devem ser obrigados a manter em sua rede prestadores deficientes.

- Em relação ao CFM e aos planos de saúde, é importante analisar se as resoluções que deveriam ser utilizadas para impedir que o médico direcione uma única marca de OPME está sendo cumprida e se há espaço para melhorar o aspecto concorrencial neste respeito.

- Em relação ao TCU, que o mesmo seja alertado em relação à grande quantidade de dispensas e exigibilidades de licitações, em casos que o próprio órgão desfícou sobrepreços decorrentes do uso das tabelas aqui estudadas.

- que dê-se seguimento à investigação das práticas anticoncorrenciais aqui apontadas, sem prejuízo a outras que venham a ser identificadas.

9. Referências

- [1] <http://www.simpro.com.br/quem somos.php>, verificado em 15/02/15.
- [2] De acordo com o site <http://www.brasindice.com.br/index.php?Dnc=2>.
- [3] http://www.cns.org.br/links/menup/infor_ir_10/infor_01.htm, verificado em 23/02/2015.
- [4] Vide Circular CNS 082/2009, da Confederação Nacional de Saúde.
- [5] <http://www.sissauda.com.br/sis/inicial.php?case=5&idnot=3955>, verificado em 18 de fevereiro de 2015.
- [6] Parecer Depjur SBOC/SBC de 29/12/2009.
- [7] <http://anafp.com.br/serv%20A7os/compra-conama>.
- [8] <http://fbh.com.br/sobre-a-fbh/quem-somos/>
- [9] <http://www.rnmc.com.br/imprimir.php?visualizar=10093205>
- [10] http://www.revistacobertura.com.br/mais_materias.php?cd_materias=20363&frurl=>-Unimed-acusa-hospitais-de-formacao-de-cartel-
- [11] Vide informe Saúde n.30 de Agosto de 2013 <http://www.sindessmmt.com.br/portal/index.php/downloads/category/3-boletins?download=38:boletim-agosto-2013>
- [12] http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/documento/nun/41394/ano/2011/nunem_documento/32189/ano_documento/2011/hash/078f556589b4b4757cafef7d78d7e184
- [13] Vide informação no site <http://www.sonoticias.com.br/noticia/saude/hospitais-tearo-aumento-nos->

- repasses-do-nr-saude
- [14] http://www.sindhesuims.com.br/upload/saudeSuplementar/PALESTRA_SAUDE_SUPLEMENTAR_MAC.pdf
- [15] vide http://feasseis.org.br/dados/bancoDeMidia/arquivos/jornal_dez06.pdf
- [16] <http://www.sindhospi.com.br/noticia/23/Sindicato%20dos%20hospitais%20cria%20comiss%C3%A3o%20para%20negociar%20com%20os%20com%C3%A3os%20Anios>
- [17] <http://www.alpacieg.com.br/impressa/alpacieg-na-midia/7-alpacieg-na-midia/152-alpacieg-na-midia-paralisação-unimed-goiana>. Ver também reportagem no G1 [de acordo com o site <http://g1.globo.com/goias/noticia/2013/04/hospitais-goianos-vao-suspender-atendimento-pela-unimed-por-24h.html>].
- [18] <http://www.clicrebs.com.br/mo/acimpereira/2012/01/03/c-saude-hospitais-fazem-restricoes-e-propoe-mudancas?topo=67,2,18...72>
- [19] <http://www.stf.jus.br/portal/edital/fazerDownload.asp?licitacao=8750&andamento=10656>



Bibliografia

- AGUIAIS Finanças, Consultoria e Treinamentos. (s.d.). *Redução da Base de Cálculo IRPJ/CSLL para Clínicas Médicas*. Acesso em 01 de 03 de 2015, disponível em AGUIAIS Finanças: <http://www.aguias.com.br/edu/redacao-da-base-de-calcular-irpj-sl-para-clinicas-medicas/>.
- ALBAN, R. (2013). *Remédios têm reajuste acima da inflação*. Acesso em 23 de 02 de 2015, disponível em <http://www.correio24horas.com.br/detalhe/noticia/remedios-têm-reajuste-acima-da-inflação/>
- ANIS, A., DP., G., & WOLCOTT, J. (2003). Lowering generic drug prices: less regulation equals more competition. *Med Care*, 135-41.
- CARVALHO, J. (06 de 01 de 2015). *Ministro da Justiça declara 'guerra' à 'mafia' das próteses*. Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em O Globo: <http://oglobo.globo.com/pais/moreno/posts/2015/01/06/ministro-da-justica-declara-guerra-mafia-das-proteses-558095.asp>
- COSTA, V. M. (1998). Ação Patronal e Corporativismo. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 119-126.
- CULYER, A., & NEWHOUSE, J. (2000). *Handbook of Health Economics*, Vol. I. Elsevier Science B.V.
- DANZON, P. (2001). Reference Pricing: Theory and Evidence. In: G. J. Lopez-Casasnovas. *Reference Pricing and Pharmaceutical Policy: Perspectives on Economics and Innovation*. Barcelona: Springer.
- DANZON, P., & CHAO, L.-W. (2000). Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets? *Journal of Law & Economics* XLIII, 311—357.
- DANZON, P., & FURUKAWA, M. (2006). Prices and availability of biopharmaceuticals: an international comparison. *Health Aff* (Millwood), 25(5), 1353-1362.
- DIAS, B. (19 de 04 de 2013). *Já tem genérico com valor mais elevado do que remédio de marca*. Resolução do Anvisa determina, porém, que o preço dos remédios genéricos deve ser, no mínimo, 35% menor. Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em JChet.com: <http://www.jchet.com.br/Economia/2013/04/ja-ja-um-generico-mais-caro-que-de-marca.html>
- FADIL, N. (07 de 05 de 2013). *Genérico chega a custar 72% mais caro em Araraquara*. Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em Araraquara.com: http://www.araraquara.com.br/noticias/economia/economia_internaNOT.aspx?idnoticia=841956
- FRANK, R. H. (2008). *Microeconomics and behavior* 7th ed. Nova Iorque: McGraw-Hill/Irwin.
- GODOY, M. R. (2002). *A indústria farmacêutica brasileira na década de 90*. Acesso em 23 de 2015, disponível em <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/exanpad2002-pop-1421.pdf>
- HSHAO, W. C. (1995). *Abnormal economics in the health sector*. Fonte: Health Policy n. 32. Harvard University School of Public Health, p.125-139: https://www.hsl.harvard.edu/health-care-financing/files/2012/09/hshao_1995_-abnormal_economics_in_the_health_sector.pdf
- KRUGMAN, P., & WELL, R. (2009). *Microeconometrics*. Nova Iorque: Worth Publishers.
- LABOISSIÈRE, P. (2014). *Preço dos medicamentos sofre reajuste de até 5,68%*. Acesso em 23 de 02 de 2015, disponível em Conforme site <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/03/preco-dos-medicamentos-sofre-reajuste-de-ate-568>
- Máfia das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias*. (04 de 01 de 2015). Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em G1: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-proteses-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>
- MARQUES, F. (25 de 02 de 2015). *Taxa de juros do rotativo do cartão atinge 334% ao ano em janeiro*. Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em Valor Econômico: <http://www.valor.com.br/brasil/3926468/taxa-de-juros-do-rotativo-do-cartao-atinge-334-ao-ano-em-janeiro>
- McCONNELL, C. R., BRUE, S. L., & FLYNN, S. M. (2012). *Microeconomics : principles, problems, and policies* 19th ed. Nova Iorque: The McGraw-Hill.
- Medicamentos genéricos mais caros geram reclamação em São Carlos, SP - Idec constatou diferenças em relação aos de referência e vê desrespeito*. Resolução determina que genéricos sejam, pelo menos, 35% mais baratos. (06 de 05 de 2013). Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em G1.COM.BR: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2013/05/medicamentos-genericos-mais-caros-geram-reclamacao-em-sao-carlos-sp.html>
- MIZARA, N. M. (2013). *Regulação do mercado de medicamentos: a CMED e a política de controle de preços*. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) Disponível em: . Acesso em: 2013-02-23. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.
- NISHIJIMA, M. E. (2014). *A competição no mercado farmacêutico brasileiro após uma década de medicamentos genéricos: uma análise de rivalidade em um mercado regulado*. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 1 (30), p. 160. Fonte: scielo: <http://www.scielo.br/pdf/ecos/v23n1/a06v23n1.pdf>
- NISHIJIMA, M. (08 de 2010). *Uma Década de Medicamentos Genéricos no Brasil*. Acesso em

26 de 02 de 2015, disponível em [Informações - Fipe](http://www.fipe.org.br/Publicacoes/downloads/bif/2010/8_17-22-nish.pdf):
http://www.fipe.org.br/Publicacoes/downloads/bif/2010/8_17-22-nish.pdf

PUIG-JUNOY, J. (2010). Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review. *Pharmacoeconomics*, 649-63.

SANT'ANA, J. M., PEPE, V. L., FIGUEIREDO, T. A., CASTRO, C. G., & VENTURA, M. (2011). Racionalidade Terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. *Revista Saúde Pública*, 1-8.

SANTOS, S. C. (2001). *Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço*. [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

UE. (2009). *Commission Staff Working Document - Technical annex to the Commission Communication*. Acesso em 10 de junho de 2015, disponível em União Europeia:
http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part2.pdf

VARIAN, H. (2010). *Intermediate Microeconomics - A Modern Approach*. 8th. Ed. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.

 Documento assinado eletronicamente por **Simone Maciel Cuiabano, Economista-Adjunto(a)**, em 26/04/2016, às 20:15, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.

 Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Medeiros de Castro, Assessor(a)**, em 26/04/2016, às 23:14, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.

 A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0106250** e o código CRC **B0A15DFB**.



Referência: Processo nº 08700.001180/2015-56 SEI nº 0106250



Ministério da Justiça - MJ

Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Taurisano, 2º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70770-504
Telefone: (61) 3221-8428 e Fax: (61) 3326-9733 - www.cade.gov.br

NOTA TÉCNICA Nº 37/2016/CGAA2/SGA1/SG/CADE

Processo nº 08700.001180/2015-56

Representante: Ministério Públíco Federal (MPF/SP)

Representados: Organização Andrei Editora Ltda. (BRASÍNDICE) e SIMPRO Publicações e Teleprocessamento Ltda.

EMENTA: Procedimento Preparatório. Suposta prática de conduta anticoncorrente. Preço abusivo, influência de conduta uniforme ou concertada. Matéria de competência do Cade. Instauração de Inquérito Administrativo.

I. RELATÓRIO

1. Trata-se de Procedimento Preparatório instaurado em decorrência de consulta dirigida ao Cade, protocolada em 18/03/2016, pela Procuradoria da República no Estado de São Paulo que deu ciência da prática de supostas condutas anticoncorrenciais praticadas por hospitais integrantes da rede hospital privada nacional e pelas empresas Organização Andrei Editora Ltda. e SIMPRO Publicações e Teleprocessamento Ltda.
2. Deste modo, chegou ao conhecimento deste Conselho que, supostamente, parte da rede hospitalar privada estaria impondo, em suas relações contratuais junto aos planos de saúde e para fins de reembolso pelos serviços médicos a estes prestados, a adoção de preços de medicamentos e materiais hospitalares abusivos, preços estes veiculados em tabelas em revistas especializadas.
3. Tais tabelas seriam veiculadas nas revistas "Guia Farmacêutico BRASÍNDICE", publicada pela Organização Andrei Editora Ltda., e "Revista SIMPRO Hospitalar", publicada pela SIMPRO Publicações e Teleprocessamento Ltda., e conteriam preços de produtos dos principais fabricantes do setor.
4. Ambas as publicações são compostas por conteúdos que podem ser divididos em duas categorias: uma parte com matérias e artigos diversos com temática médica e outra com tabelas de preços de medicamentos e produtos médicos-hospitalares.
5. Considerando as fatos noticiados, foi, então, instaurado o presente procedimento preparatório. Em seguida, o Departamento de Estudos Econômicos do Cade -DEE- produziu um estudo tendo como objeto a publicação e uso disseminado destas tabelas de preços e seus reflexos na relação hospitais-planos de saúde. Tal estudo materializou-se na Nota Técnica nº 41/2015/DEE/CADE (SEI 0106250).
6. Em 20/05/2016, foram expedidos ofícios (SEI 0202156 e 0202434) dirigidos às duas empresas responsáveis pela publicação de tabelas de preços. Em síntese explicaram que suas revistas veiculam conteúdo de cunho científico e informativo, além de tabelas de preços, que são utilizadas

como referência tanto pelo mercado privado quanto por órgãos públicos. Esclareceram, ainda, que as tabelas de preços são de dois tipos. O primeiro é mera reprodução da tabela de preços formulada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Anvisa (CMED) e que abarca medicamentos com preço regulado por este órgão. Já o segundo tipo engloba tabelas que são publicadas em contrapartida à compra do espaço publicitário pelos fabricantes de medicamentos e produtos hospitalares com preço não regulado. Estas últimas são fornecidas diretamente por tais clientes e reproduzidas nas revistas.



7. É o relatório.

II. ANÁLISE

8. Uma vez regularmente instaurado e devidamente instruído o presente Procedimento Preparatório, cumpre, neste momento, apurar i) se os fatos trazidos ao conhecimento desta Superintendência-Geral do Cade ("SG") constituem, em tese, condutas enquadráveis em matéria de competência do Cade e ii) se os indícios disponíveis são suficientes para a instauração de Inquérito Administrativo.

9. Conforme artigo 66 da Lei nº 12.529/2011, "o inquérito administrativo, procedimento investigatório de natureza inquisitorial, será instaurado pela Superintendência-Geral para apuração de infrações à ordem econômica".

10. Assim, cumpre certificar-se, ainda, se os fatos e condutas trazidos ao conhecimento desta SG constituem indícios de práticas anticoncorrenciais nos termos da legislação de defesa da concorrência, ou seja, se têm por objeto ou são aptos a produzir quaisquer efeitos tidos como anticoncorrenciais nos termos da legislação, quais sejam: i) limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa; ii) dominar mercado relevante de bens ou serviços; iii) aumentar arbitrariamente os lucros e/ou iv) exercer de forma abusiva posição dominante.

11. Da análise do estudo do DEE e dos documentos colecionados nos autos infere-se, em síntese, que há indícios de que: i) a publicação das referidas tabelas de preços nas revistas SIMPRO e BRASÍNDICE (e possivelmente em outras publicações semelhantes) poderia facilitar a adoção de conduta uniforme por parte dos hospitais, que poderiam estar agindo concertadamente com o objetivo de impor aos planos de saúde os preços "tabelados"; e ii) entidades representativas das empresas prestadoras de serviços hospitalares estariam influenciando a adoção, por seus associados, de condutas comerciais uniformes e/ou concertadas, inclusive a adoção sistematizada das tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE, além de preços combinados de diárias médicas.

12. Destaca-se como indícios destas supostas práticas: i) slide de apresentação da Federação Nacional dos Estabelecimentos de serviços de Saúde (FENAESS) em evento com hospitais onde foi discutido o tema negociação coletiva de preços; ii) tabelas de preços sugeridos de diárias médicas extraídas dos websites de entidades associativas de hospitais (SBH, SINDHOSPE, SINDHOSPSL, SINDESMAT e SINDHESUL); iii) informação extraída do website do SINDHES de que esta entidade possui um departamento técnico específico para auxílio nas negociação de preços; iv) informações fornecidas por operadoras de planos de saúde acerca de ampla utilização de tabelas uniformes de preços por hospitais contratados, inclusive com o uso, em diversos contratos, à expressão "tabela do sindicato".

13. Da análise dos documentos colecionados nos autos, verifica-se que as supostas práticas mencionadas são de competência desta autarquia antitruste. Ademais, conclui-se positivamente pela existência de indícios de infração à ordem econômica, devendo-se aprofundar a instrução a respeito das práticas, mas ainda insuficientes para a instauração de Processo Administrativo Para Imposição de Sanções Administrativas ("PA").

14. Isto posto, entende-se ser necessárias, neste momento, a realização de diligências adicionais ainda em sede de Inquérito Administrativo.

III. CONCLUSÃO

15. Diante do exposto, sugere-se a instauração de Inquérito Administrativo, nos termos dos artigos 13, III, e 66 e seguintes, da Lei nº 12.529/2011.

16. Estas as conclusões.



Documento assinado eletronicamente por **Kenys Menezes Machado**,
Superintendente Geral Adjunto(a), em 26/09/2016, às 17:27, conforme
horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Nunes de Oliveira**,
Coordenador(a)-Geral, em 26/09/2016, às 17:29, conforme horário oficial
de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_extemo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_extemo=0](http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_extemo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_extemo=0), informando o código
verificador **0241883** e o código CRC **24ED1185**.

Referência: Processo nº 08700.001180/2015-56

SEI nº 0241883



**Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP
Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE**

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Taurisano, 2º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP

70770-504

Telefone: (61) 3221-8436 - www.cade.gov.br

NOTA TÉCNICA N° 34/2019/CGAA3/SGA1/SG/CADE

Inquérito Administrativo nº 08700.001180/2015-56

Representante: Ministério Público Federal (MPF/SP)

Representados: Organização Andrei Editora Ltda. (BRASÍNDICE) e SIMPRO Publicações e Teleprocessamento Ltda.

Advogados: Liliana Baptista Fernandes, Roseli Torrezan e outros.

EMENTA: Inquérito Administrativo. Suposta prática de conduta anticoncorrente. Denúncia de influência de conduta comercial uniforme. Publicação de tabelas de preços de medicamentos e materiais hospitalares utilizadas como referência de preços nos contratos dos prestadores de serviços de saúde. Recomendação para uso das tabelas por parte de sindicatos. Inclusão dos sindicatos no polo passivo. Conduta passível de enquadramento no art. 36, inciso I, c/c §3º, inciso II, da Lei nº 12.529/2011. Recomendação de instauração de processo administrativo, nos termos dos arts. 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade.

VERSÃO PÚBLICA

I. RELATÓRIO

I.1 Introdução:

1. Trata-se de Inquérito Administrativo instaurado pelo Despacho SG nº 28/2016 de 26.09.2016 para apurar suposta prática de conduta anticoncorrente praticada pelas empresas Organização Andrei Editora Ltda. (Brasíndice) e Simpro Publicações e Teleprocessamento Ltda. (SEI nº 0245633).
2. A presente investigação foi iniciada com o recebimento de ofício^[1] do Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Estado de São Paulo, dando conhecimento ao CADE da divulgação de tabelas de preços de medicamentos e materiais hospitalares por parte das Representadas. As tabelas Brasíndice e Simpro estariam sendo usadas como referência de preços por toda a rede hospitalar privada para a cobrança dos medicamentos e materiais de saúde utilizados junto às operadoras de planos de saúde.
3. A Andrei Publicações Médicas, Farmacêuticas e Técnicas Ltda., doravante Brasíndice, publica o Guia

Farmacêutico Brasíndice, que contém preços de medicamentos e materiais hospitalares. Os preços são enviados para divulgação pelos produtores e importadores dos produtos.

4. A Simpro Publicações e Teleprocessamento Ltda., doravante Simpro, trabalha com pesquisa e publicação de preços de medicamentos e produtos para saúde, tendo como clientes operadoras, seguradoras especializadas, hospitais, clínicas, associações, sindicatos e órgãos da administração pública federal, estadual e municipal. Informou que seu banco de dados é atualizado com informações fornecidas por indústrias, importadores e distribuidores de medicamentos e produtos para saúde.

I.2 Da Representação:

5. Por meio do Ofício nº 1548/2015/GABPR1-ASF^[2], datado de 27.01.2015, o Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Estado de São Paulo, deu conhecimento à SG da instauração de inquérito civil naquele *parquet* para apurar notícia de que o Hospital Oswaldo Cruz e toda a rede hospitalar privada estariam utilizando tabelas divulgadas em duas publicações (Guia Farmacêutico Brasíndice e Tabela Simpro) como referência para os preços de medicamentos e materiais hospitalares. Cópia de parte do referido inquérito civil foi trazida aos autos.
6. De acordo com o denunciado, os preços de fábrica publicados pelo Guia Brasíndice estariam superestimados, não guardando qualquer semelhança com os preços vigentes no mercado de varejo de materiais e medicamentos hospitalares e menos ainda com aqueles praticados em licitações promovidas por entidades públicas. Para comprovar o alegado, foram feitas algumas pesquisas de mercado comparando os preços de varejo com os preços divulgados nas referidas tabelas para alguns medicamentos e materiais hospitalares.
7. Foi também juntada aos autos cópia^[3] de representação civil registrada no Ministério Público do Estado de São Paulo, Promotoria de Justiça do Consumidor, contendo denúncia anônima de que as revistas das Representadas seriam utilizadas como referência no pagamento dos medicamentos e materiais de saúde entre as operadoras de planos de saúde e os seus prestadores de serviços. Segundo o denunciado, os valores praticados configurariam verdadeiro tabelamento com sérias restrições à concorrência.

I.3 Da Instauração e Instrução do Procedimento Preparatório de Inquérito Administrativo:

8. Por meio do Despacho SG de 06.05.2015^[4], foi instaurado Procedimento Preparatório de Inquérito Administrativo para apurar os fatos noticiados. Na mesma data, os autos do caso foram encaminhados ao Departamento de Estudos Econômicos (DEE) do CADE para que fosse apurada a existência de indícios econômicos de conduta anticompetitiva na utilização das publicações Guia Farmacêutico Brasíndice e Tabela Simpro como referência pelos hospitais da rede privada para os preços de medicamentos e materiais hospitalares.

I.3.1 Ofícios às Representadas:

9. Em 15.06.2015, foram expedidos ofícios^[5] às Representadas, para que se manifestassem sobre os fatos investigados. Foi também solicitado acesso integral em meio digital a toda e qualquer informação relacionada a preços de medicamentos e materiais médicos coletados e administrados pelas empresas.
10. Em resposta^[6], a Simpro informou que o monitoramento dos preços dos medicamentos está a cargo da ANVISA, que exerce a função de secretaria executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que é o órgão responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e reajuste de preços. Já para os materiais de saúde não existe um órgão de monitoramento dos valores.
11. A Simpro afirmou que seu papel resume-se a transcrever os valores encaminhados pelos fabricantes. Na hipótese de haver um acréscimo acima de 40% nos valores praticados, a Simpro solicita uma justificativa do fabricante. A Representada forneceu acesso digital ao CADE de seu banco de dados de preços de medicamentos e materiais hospitalares, conforme solicitado.
12. Por sua vez, a Organização Andrei Editora Ltda, respondeu^[7] que não é de sua responsabilidade a edição do Guia Farmacêutico Brasíndice, mas sim da Andrei Publicações Médicas Farmacêuticas e Técnicas Ltda. Afirmou que a publicidade dos preços dos medicamentos é obrigação legal dos fabricantes, nos termos do artigo 6º da Resolução nº 04 da CMED^[8].
13. Segundo a Representada, cabe exclusivamente aos anunciantes a responsabilidade pelo conteúdo das

publicações e informações contidas nos anúncios e respectivas tabelas de preços. Enumerou outras revistas similares do setor, como ABCFarma, Kayros e Guia da Farmácia.

14. Em 20.05.2016, foram enviados novos ofícios^[9] às Representadas, para que informassem: i) quais conteúdos, finalidades, periodicidade e público alvo de suas revistas; ii) quais conteúdos, funcionalidades e público alvo do Sistema Videofarma (comercializado pela Simpro) e do Sistema Brasíndice Eletrônico; iii) quais os benefícios que a assinatura das revistas trazem para hospitais, clínicas e centros médicos; iv) quais as fontes dos preços divulgados em suas publicações e de que forma são fornecidos; e v) se os valores fornecidos correspondem a valores de mercado. Foi também solicitado o envio das duas últimas edições impressas da Revista Simpro Hospitalar e da Revista Brasíndice.
15. Em resposta^[10], a Andrei Publicações Médicas afirmou que os preços dos materiais hospitalares são enviados pelos fabricantes ou importadores, sendo que sua publicação é feita como matéria paga. Dessa forma, cabe exclusivamente aos anunciantes a responsabilidade pelo conteúdo das publicações e informações contidas nos anúncios e nas tabelas de preços.
16. A Representada enviou nova resposta^[11], dessa vez respondendo a cada um dos quesitos formulados no ofício enviado pela SG. Afirmou que a revista é composta de artigos científicos, legislação pertinente ao setor e anúncios de preços de materiais, insumos hospitalares, soluções parenterais e medicamentos. A finalidade da revista é servir de referência para a prestação de contas entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde. O Brasíndice Eletrônico constitui-se no formato digital da revista. Afirmou que os preços publicados pela revista são sempre fornecidos pelos produtores de medicamentos ou de materiais hospitalares. Esclareceu que, no caso de medicamentos, a pesquisa de preços é feita pela equipe da revista junto aos fabricantes e que sua publicação não é onerosa. Já no caso de materiais e insumos hospitalares, trata-se de matéria paga de inteira responsabilidade do anunciante. Por fim, a Representada afirmou que sua revista é uma publicação jornalística/publicitária, que reproduz os preços fornecidos diretamente pelos fabricantes e anunciantes, não tendo como objetivo realizar pesquisas para obter os preços de medicamentos ou materiais hospitalares efetivamente praticados no mercado.
17. Por sua vez, em sua resposta^[12], a Simpro apenas reproduziu as suas alegações já apresentadas anteriormente, não respondendo especificamente as perguntas formuladas no ofício enviado pela SG.

I.3.2 Ofícios às Operadoras de Planos de Saúde:

18. Para a instrução do feito, foram enviados ofícios à Unimed Seguros Saúde^[13], à Unimed Norte/Nordeste^[14], à Amil Assistência Médica^[15], à Sul América Companhia de Seguro Saúde^[16] e à Bradesco Saúde^[17] solicitando que: i) explicasse a dinâmica de sua relação entre sua empresa e os hospitais de sua rede conveniada no que tange aos reembolsos/pagamentos pelos serviços prestados aos usuários dos seus planos de saúde; e ii) informasse se há participação ou intervenção de entidades associativas em negociações comerciais mantidas com hospitais.
19. Em resposta^[18], a Sul América afirmou que (acesso restrito ao CADE).
20. A Amil^[19] informou que as tabelas Brasíndice e Simpro são utilizadas como referência de preços para a cobrança de medicamentos e materiais de saúde pelos hospitais.
21. A Unimed^[20] afirmou que utiliza rede indireta (relação intermediada por outra operadora) e direta (relação direta com o prestador) para o atendimento de seus segurados. Explicou que as informações prestadas referem-se às entidades hospitalares de sua rede direta. Informou que os contratos dos hospitais utilizam como referência em 95% dos casos as tabelas de preços Brasíndice e Simpro para a cobrança dos medicamentos e materiais utilizados. Nesse sentido, afirmou que:

“não há, durante a negociação, a possibilidade de aplicar outro balizador de pagamento no contrato senão as tabelas de preços impostas pelos hospitais, e para manter a rede credenciada de forma satisfatória para seus segurados, a Unimed Seguros Saúde S/A é compelida a firmar o contrato nos termos impostos”.
22. Com relação à cobrança de Óteses, Próteses e Materiais Especiais (“OPME”), os contratos preveem a possibilidade de negociar diretamente com o fornecedor ou o hospital apresentar orçamento de 03 (três) fornecedores e cobram uma taxa de comercialização sobre o preço apresentado. Há algumas exceções em que o hospital determina a cobrança pelo preço estipulado na tabela Simpro.
23. Ao final de sua resposta, a Unimed apresentou comparativo de preços de alguns materiais publicados na tabela Simpro em relação aos preços praticados no mercado.
24. A Bradesco Saúde^[21] informou que os preços praticados pelos hospitais para medicamentos e

materiais de consumo são referenciados pelas tabelas Brasíndice e Simpro, que são impostos à seguradora sem qualquer transparência quanto aos critérios de sua elaboração. Afirmou ainda que as referidas tabelas são reajustadas com frequência quinzenal e semestral.

I.4 Do Parecer do DEE/CADE:

25. O DEE/CADE fez um estudo[22] preliminar sobre práticas econômicas abusivas no setor hospitalar e o uso indevido de tabelas privadas. O resumo deste estudo, feito abaixo, se restringirá a relatar as partes que dizem respeito à prática sob investigação.
26. Fazendo uma apresentação das condições de operação do mercado de saúde, observou que a CMED define o preço máximo que os hospitais podem cobrar pelo reembolso dos fármacos ministrados e que os hospitais não poderiam lucrar com a venda de medicamentos e insumos em geral, por usufruirem de uma série de isenções tributárias. Afirmou que haveria um forte indicio de duplo descumprimento regulatório, considerando que há indícios de que os hospitais auferem lucros sobre os medicamentos e que praticam preços acima do teto regulatório permitido pela CMED. Os hospitais também praticariam preços abusivos sobre os materiais hospitalares.
27. A respeito dos aspectos regulatórios do mercado de saúde, o DEE observou que, devido às falhas de mercado do setor (assimetria de informação, problema agente principal, risco moral, seleção adversa), foram instituídos 03 (três) preços máximos para os medicamentos: (i) preço fábrica (PF, teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor pode comercializar um medicamento para o SUS e para os hospitais privados); (ii) preço máximo ao consumidor (PMC) no varejo; e (iii) preço máximo de venda ao governo (desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sobre o preço fábrica para vendas destinadas a entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios).
28. No setor de saúde suplementar, o hospital realiza procedimentos médicos, utilizando-se de medicamentos e materiais hospitalares. Ao final de cada procedimento, o hospital emite uma guia para o plano de saúde contendo a descrição do procedimento médico realizado e os produtos empregados na sua realização. É com base nessa guia que são remunerados os procedimentos médicos e reembolsadas as despesas com medicamentos e materiais de saúde.
29. Segundo o estudo do DEE, os preços divulgados nas tabelas Brasíndice e Simpro estão extremamente elevados quando comparados aos preços reais de mercado. A diferença entre o valor da tabela e o preço efetivamente negociado pelo hospital na compra dos medicamentos e materiais de saúde constitui margem de lucro dos hospitais. Disso decorre que o fabricante que oferece um produto com a melhor relação de reembolso para o hospital é aquele que “ganha” o negócio, mesmo que o produto oferecido não seja o melhor produto.
30. O estudo do DEE trouxe aos autos apresentação em *power point* feita pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), trazendo a posição das operadoras de planos de saúde e dos hospitais sobre a forma de cobrança de medicamentos e materiais de saúde. Em um *slide*, é apresentada a posição da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) e da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRANGE) sobre essa questão: “*PF + 30% para medicamentos da CMED 03, PMC para os demais, SIMPRO para materiais*”. Outro *slide* trata da ocorrência de reunião conjunta de hospitais com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para discutir a forma de cobrança de medicamentos e materiais de saúde e questões regulatórias.
31. No levantamento feito pelo DEE nos contratos firmados por hospitais com operadoras de planos de saúde, verificou-se o uso da tabela Brasíndice como meio de pagamento para os medicamentos em 99% dos contratos. Quanto à forma de cobrança dos materiais hospitalares, 51% dos contratos analisados possuíam cláusula prevendo remuneração pela tabela Simpro e 40% pela tabela Brasíndice.
32. Segundo o DEE, há indícios da participação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) como defensora da utilização das tabelas Brasíndice e Simpro como referência de preços pelos prestadores de serviços de saúde. Esse entendimento é baseado na apresentação em *power point* feita pela FENAESS mencionada acima. A CNS é o ‘sindicato maior’ dos hospitais do país, congregando quase todas as federações representativas do setor.
33. Fazendo uso de vários comparativos de preços, o estudo do DEE destaca que o uso do preço teto divulgado nas tabelas das Representadas para a cobrança dos medicamentos garante uma margem grande de lucro para os estabelecimentos de saúde.

34. O estudo do DEE concluiu que as tabelas Brasíndice e Simpro induzem conduta uniforme abusiva por parte da maioria dos hospitais brasileiros e também por parte dos produtores de medicamentos e materiais de saúde.

I.5 Da Petição da ABRANGE:

35. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (“ABRAMGE”) juntou petição^[23] aos autos, em que afirmou que os hospitais e demais prestadores de serviços de saúde do país utilizam os preços divulgados nas tabelas Simpro e Brasíndice como obrigatórios nos contratos firmados com as operadoras de saúde e também com os órgãos do governo que credenciam hospitais privados para complementação de sua rede de atendimento.
36. As publicações das Representadas também contemplam as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), nas quais se constatariam diferenças de valores de mais de 1000% do preço cobrado para o preço de mercado.
37. Em anexo à sua petição, a ABRAMGE apresentou comparativo dos preços praticados no mercado (com a nota fiscal comprobatória) em relação aos constantes nas publicações das Representadas para alguns medicamentos e materiais de saúde.

I.6 Da Instauração de Inquérito Administrativo:

38. A Nota Técnica nº 37/2016/CGAA2/SGA1/SG/CADE^[24] recomendou a instauração de inquérito administrativo para apurar suposta prática de conduta anticompetitiva, nos termos dos artigos 13, III, 66 e seguintes da Lei nº 12.529/2011.
39. Segundo a referida Nota Técnica, há indícios nos autos de que a publicação de tabelas de preços nas revistas Simpro e Brasíndice poderia facilitar a adoção de conduta comercial uniforme por parte dos hospitais para impor os preços da tabela para os planos de saúde. Concluiu também pela existência de indícios de que as entidades representativas das empresas prestadoras de serviços hospitalares influenciariam seus associados para adotar as tabelas das Representadas.
40. O Despacho SG nº 28/2016^[25] de 26.09.2016 acolheu os termos da referida Nota Técnica e instaurou o presente Inquérito Administrativo.

I.7 Da Instrução do Inquérito Administrativo:

I.7.1 Ofícios às Representadas:

41. Em 18.10.2016, foram enviados ofícios^[26] às Representadas, solicitando um exemplar impresso do Guia Farmacêutico Brasíndice nº 862 e da Revista Simpro Hospitalar nº 106 ou mais atual, respectivamente. Exemplares das revistas foram juntadas aos autos^[27], conforme solicitado.
42. Em 22.03.2017, foram enviados ofícios à Simpro^[28] e à Brasíndice^[29] solicitando as seguintes informações: i) data da criação de suas revistas e ano em que a revista passou a publicar tabelas de preços de materiais hospitalares; ii) faturamento da revista nos últimos três anos por tipo de receita de origem (anúncio publicitário, anúncio de tabela de preços, venda de assinatura, patrocínio etc.); iii) os 20 (vinte) maiores anunciantes da revista no que se refere à compra de espaço para publicação de tabelas de preços de materiais hospitalares; iv) o valor total pago por cada anunciente citado no item anterior no ano de 2016; v) cópia do contrato social da empresa; e vi) se algum sócio ou diretor da empresa ocupa cargo de direção ou possui participação societária em empresa atuante no ramo de produtos ou serviços de saúde. As respostas^[30] das empresas foram juntadas aos autos.
43. Em 13.07.2018, foram enviados ofícios^[31] às Representadas, solicitando que informassem: (i) se houve alguma alteração na forma de publicação das tabelas de preços de medicamentos e/ou materiais hospitalares nos últimos 12 (doze) meses; e (ii) se algum fabricante de medicamentos e/ou materiais hospitalares deixou de publicar os seus preços na revista nos últimos 12 (doze) meses, listando o nome do fabricante. Em resposta, a Brasíndice^[32] respondeu que não alterou a forma de publicação dos preços dos medicamentos e listou o nome dos fabricantes de medicamentos e materiais hospitalares que deixaram de publicar na revista nos últimos 12 (doze) meses. Por sua vez, a Simpro^[33] informou que não houve alteração na forma de publicação da revista impressa, sendo que o sistema eletrônico (Videofarma) passou a exibir o último valor publicado pelo anunciente. Informou também que, periodicamente, pelos mais diversos motivos, empresas são ativadas ou desativadas de sua base de dados.

I.7.2 Ofícios às Operadoras de Planos de Saúde:

44. Em 08.03.2017, foram enviados ofícios à Sul América[34], à Unimed Norte/Nordeste[35], à Unimed Seguros Saúde[36], à Amil[37], à Bradesco Saúde[38] e à Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI)[39] solicitando que informassem: i) se os hospitais da sua rede credenciada fazem uso das tabelas das Representadas; ii) em caso positivo, qual a justificativa apresentada pelos hospitais para a utilização das tabelas, se é cobrado algum sobrepreço pelos hospitais sobre os valores constantes nas tabelas e se o uso das tabelas lhe ocasiona algum prejuízo financeiro; e iii) se tem conhecimento que entidades associativas de hospitais sugerem ou propõem aos seus associados a adoção dessas tabelas nas relações comerciais com os planos de saúde.
45. Em resposta, a Sul América[40] afirmou que (acesso restrito ao CADE).
46. A Unimed Seguros[41] informou que (acesso restrito ao CADE).
47. Em anexo a sua resposta, foram juntadas cópias de contratos firmados com prestadoras de serviços de saúde. Um desses contratos foi firmado com (acesso restrito ao CADE).
48. Outro contrato juntado aos autos foi firmado com (acesso restrito ao CADE).
49. No contrato firmado entre a Unimed Seguros e (acesso restrito ao CADE).
50. A CASSI[42] informou que a grande maioria dos hospitais com os quais mantém relação comercial faz uso das tabelas das Representadas na cobrança de materiais. Em muitas negociações, os hospitais solicitam acréscimo sobre os valores constantes das tabelas das revistas, cujos percentuais variam de 1 a 40%, dependendo da região e da força negocial de cada instituição. Afirmando que os preços constantes das tabelas das revistas são muito superiores aos efetivamente praticados no mercado, tendo juntado cópias de nota fiscal de compra para comprovar sua afirmação. Afirmando ainda que as entidades associativas dos hospitais sugerem aos seus associados a adoção das revistas das Representadas.
51. A Bradesco Saúde[43] informou que a grande maioria dos prestadores de saúde de sua rede referenciada utiliza as tabelas de preços da Brasíndice e da Simpro como referência para os valores de medicamentos e materiais hospitalares. Os preços publicados pelas tabelas não refletem os valores efetivamente praticados no mercado, sendo que a Bradesco apresentou exemplos de cotação de preços para comprovar o alegado. Os medicamentos e materiais de saúde representam, em média, 30 a 40% do valor final de cada conta hospitalar paga pela operadora. Por fim, afirmou que desconhece se entidades associativas de hospitais sugerem a adoção das tabelas por seus associados.
52. A Amil[44] afirmou que mantém relação comercial com vários hospitais que adotam as tabelas Brasíndice e Simpro. Respondeu que para os medicamentos “referência” do setor, os preços das tabelas superam 200% (duzentos por cento) do valor praticado no mercado. Por fim, afirmou não saber se entidades associativas de hospitais sugerem a adoção das tabelas por seus associados.
53. Em 22.03.2017, foram enviados ofícios à Unimed Norte/Nordeste[45], à Unimed Seguros Saúde[46], à Amil[47], à Bradesco Saúde[48], à CASSI[49] e à Sul América[50], solicitando que informassem: i) se tem acesso aos valores efetivamente pagos pelos hospitais aos fornecedores de materiais hospitalares; ii) os 20 (vinte) materiais médico-hospitalares que mais oneram sua empresa no reembolso efetuado junto aos hospitais de sua rede credenciada; e iii) os 10 (dez) hospitais mais representativos quanto às despesas com reembolso de materiais médico-hospitalares. Por fim, solicitou que fosse elaborada tabela com os valores negociados com cada hospital para os materiais enumerados acima, informando ainda o valor das tabelas Brasíndice e Simpro para cada medicamento.
54. Em resposta, a Sul América[51], Unimed Seguros[52], CASSI[53] e Bradesco Saúde[54] informaram que não possuem acesso aos valores de compra dos hospitais prestadores de serviços. Foram apresentadas tabelas com os dados solicitados.

I.7.3 Ofícios a Entidades representativas de planos de saúde:

55. Em 23.03.2017, foram enviados ofícios à Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE)[55], à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS)[56] e à ABRAMGE[57] perguntando: i) se a entidade tem conhecimento de hospitais que utilizam as tabelas das Representadas, devendo enumerá-los em caso positivo; ii) se tem conhecimento de entidades associativas de hospitais e estabelecimentos de saúde que sugerem a adoção das referidas tabelas; iii) se tem conhecimento de entidades associativas de hospitais e estabelecimentos de saúde que participam de negociações entre planos de saúde e hospitais/estabelecimentos de saúde; iv) se tem conhecimento se os

planos de saúde têm acesso aos valores efetivamente pagos pelos hospitais aos fornecedores de materiais de saúde; v) os 20 (vinte) materiais hospitalares que mais oneram seus associados no tocante a reembolsos junto a hospitais/estabelecimentos de saúde; e vi) os 10 (dez) hospitais mais representativos para os associados no que tange aos pagamentos pelos medicamentos e materiais de saúde utilizados nos procedimentos e que utilizam as tabelas investigadas.

56. A Unidas^[58] alegou não possuir informações para responder as indagações efetuadas porque não mantém relação comercial com hospitais e estabelecimentos de saúde.
57. A ABRAMGE^[59] respondeu que a utilização das tabelas Brasíndice e Simpro é uma prática reiterada no mercado, sendo incentivada pelas associações representativas de hospitais. Afirmou que os hospitais de alto custo ou de alta complexidade cobram a tabela Simpro acrescida de um percentual, tendo citado como exemplos os seguintes hospitais: Grupo Rede D'or, Hospital Português em Recife, Hospital Sírio Libanês, Hospital Santa Lucia em Brasília, Hospital Aliança em Salvador, Hospital Mater Dei em Belo Horizonte, Hospital do Coração em Natal, Hospital Anchieta em Taguatinga.
58. Juntou aos autos cópia de correspondência trocada entre o Fundo de Saúde do Exército (FUSEX) e a Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade do Estado de Goiás (AHPACEG), que possui em seu quadro de associados os 05 (cinco) maiores hospitais de alta complexidade do Estado de Goiás. Nessa correspondência, a AHPACEG afirma que: “vimos formalizar o interesse em firmarmos a proposta existente e no item OPME mantermos o SIMPRO”.
59. Por fim, afirmou que as tabelas são reajustadas semanalmente, de forma não linear, com critérios que não apresentam qualquer transparência. Essa prática aumenta o custo da saúde suplementar e retira das operadoras de planos de saúde qualquer previsibilidade quanto aos custos dos procedimentos.
60. A FENASAÚDE^[60] informou que suas associadas consideram que o uso das tabelas Brasíndice e Simpro provoca distorções no funcionamento do mercado, em prejuízo da livre concorrência. Afirmou ter conhecimento de hospitais que utilizam as referidas tabelas e da proposição do uso das tabelas por entidades associativas de hospitais e estabelecimentos de saúde. Afirmou também ter conhecimento que tais entidades participam diretamente das negociações ocorridas entre planos de saúde e hospitais.
61. Quanto aos valores efetivamente pagos pelos hospitais aos fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares, a FENASAÚDE informou que suas associadas não possuem acesso a tais valores. Contudo, afirmou ter evidências concretas de que os preços efetivamente pagos pelos hospitais aos seus fornecedores são muito inferiores aos valores reembolsados pelas operadoras. Para comprovar o alegado, a FENASAÚDE apresentou dados extraídos de publicação da Associação Nacional de Hospitais (ANAHP)^[61] que mostram a diferença entre as despesas incorridas pelas associadas com insumos hospitalares (englobando medicamentos, materiais de saúde e OPME) e as receitas com esses itens, o que resultaria em uma margem de lucro de 48%.

I.7.4 Ofícios aos Prestadores de serviços de saúde:

62. Entre os dias 08 e 10.05.2017, foram enviados ofícios ao Hospital A. C. Camargo^[62], ao Hospital Sírio Libanês^[63], ao Hospital Santa Marta^[64], ao UDI Hospital^[65], à Mater Dei Rede de Saúde^[66], à Rede D'or São Luiz^[67], ao Hospital Infantil Sabará^[68], à Casa de Saúde São José^[69], ao Hospital Israelita Albert Einstein^[70] e à Policlin^[71], solicitando as seguintes informações: i) faturamento nos últimos três anos, discriminado por serviços prestados a clientes particulares, pagamentos do SUS e pagamentos de planos de saúde; ii) montante despendido nos últimos três anos com a aquisição de materiais hospitalares e medicamentos, separadamente; iii) descrição da forma de negociação com planos de saúde para o estabelecimento das condições comerciais; iv) se utiliza as tabelas das Representadas como referência nos contratos firmados com planos de saúde, devendo, em caso positivo, apresentar cópia de contratos que apresentem esse dispositivo; v) valores médios de aquisição e de cobrança junto aos planos de saúde dos 20 (vinte) materiais hospitalares listados no ofício; vi) se entidades representativas de hospitais auxiliam nas negociações mantidas pelo hospital com planos de saúde e vii) se os planos de saúde com os quais mantêm relação comercial têm acesso aos valores pagos pelo hospital na compra de medicamentos e materiais de saúde.
63. Em resposta^[72], o Hospital A. C. Camargo afirmou que (acesso restrito ao CADE).
64. O Hospital A. C. Camargo também afirmou que (acesso restrito ao CADE).
65. Em resposta^[73], o UDI Hospital afirmou que (acesso restrito ao CADE).
66. O UDI Hospital juntou aos autos cópia de contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
67. Já no contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).

68. Por fim, o UDI Hospital afirmou que negocia diretamente com as operadoras de planos de saúde, não se valendo do auxílio de entidades representativas do setor de hospitais. Informou que as operadoras não têm acesso aos valores efetivamente pagos pelo hospital na aquisição de medicamentos e materiais de saúde. No caso específico de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), são realizadas cotações com fornecedores, que são encaminhadas às prestadoras para autorização prévia.
69. Em resposta^[74], o Hospital Santa Marta respondeu que utiliza as tabelas Brasíndice e Simpro apenas como referência de codificação e descrição de produtos médico-hospitalares, uma vez que negociar cada produto contrato-a-contrato sem uma referência estabelecida resultaria em negociações economicamente inviáveis. Afirmou ainda que não se utiliza de nenhuma entidade representativa nas negociações mantidas com operadoras de planos de saúde e que as operadoras não possuem acesso aos valores pagos pelo hospital na aquisição dos medicamentos e materiais previstos nos contratos.
70. O Hospital Santa Marta^[75] juntou aos autos cópia de aditivo contratual firmado com (acesso restrito ao CADE).
71. No contrato firmado pelo Hospital Santa Marta com (acesso restrito ao CADE).
72. No contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
73. A Rede D'Or São Luiz^[76] respondeu que utiliza a referência da tabela Brasíndice para a precificação de medicamentos e a tabela Simpro para os materiais de consumo. Afirmou que essas tabelas foram implementadas no mercado pelas próprias operadoras e seguradoras, que buscavam uma maneira objetiva de eliminar custos de negociação e viabilizar o controle e a identificação do tipo exato dos materiais e medicamentos utilizados pelos prestadores de serviços de saúde. A utilização dos códigos publicados nesses índices permite a identificação precisa dos produtos e seu pareamento com o valor individualizado de cada item. Afirmou que negocia diretamente com as operadoras de planos de saúde, não se valendo de entidades representativas.
74. Informou que as operadoras de planos de saúde possuem conhecimento dos valores de compra de materiais cuja cobrança é feita com base nesse valor acrescido de uma margem de comercialização. Já a negociação de materiais de forma agrupada, em pacotes ou utilizando referências de tabelas publicadas pelo mercado não prevê a demonstração do preço de compra pela Rede D'Or.
75. A Rede D'Or informou que (acesso restrito ao CADE).
76. No contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
77. No contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
78. No contrato da Rede D'Or assinado com (acesso restrito ao CADE).
79. A Casa de Saúde São José^[77] informou que adota as tabelas Brasíndice e Simpro, justificando que “estas tabelas são aquelas usualmente adotadas pelas operadoras de planos de saúde em suas minutas contratuais, como demonstram as cópias dos contratos apresentados com a versão confidencial”. Afirmou que: “os contratos apresentados são minutas oferecidas pelas operadoras de planos de saúde que configuraram, na prática, contratos de adesão, na medida em que as solicitações de alteração dos instrumentos formuladas pela CSSJ são, em regra, rejeitadas”. Informou ainda que não se utiliza do auxílio de entidades representativas nas suas negociações com as operadoras de planos de saúde.
80. Informou que no ano de 2016 foram aplicadas as seguintes condições para os medicamentos e materiais de saúde utilizados: (acesso restrito ao CADE).
81. No contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
82. O Hospital Sírio Libanês^[78] afirmou que (acesso restrito ao CADE).
83. (acesso restrito ao CADE).
84. No contrato firmado com (acesso restrito ao CADE).
85. O Hospital Albert Einstein^[79] informou que (acesso restrito ao CADE).
86. O Hospital Sabará^[80] e o Hospital Mater Dei^[81] informaram que (acesso restrito ao CADE).
87. A Policlin^[82] respondeu que (acesso restrito ao CADE).

I.7.5 Ofícios aos fabricantes de medicamentos e materiais de saúde:

88. Entre 16.05.2017 e 27.06.2017, foram enviados ofícios ao Laboratório B. Braun^[83], à Baxter

- Hospitalar^[84], à Fresenius Kabi^[85], à Neve Indústria e Comércio de Produtos Cirúrgicos^[86], à Becton Dickinson Indústrias Cirúrgicas^[87], à Covidien^[88] e à Abbott^[89], solicitando as seguintes informações: i) faturamento nos últimos três anos, especificado para a comercialização de materiais médico-hospitalares; ii) canais de venda por meio dos quais a empresa comercializa seus produtos médico-hospitalares, informando a parcela da venda total correspondente a cada canal, se são utilizadas tabelas de preços específicas para cada canal e como ocorre a negociação das condições comerciais aplicadas a cada cliente; iii) motivo pelo qual utiliza as revistas Brasíndice e Simpro para veiculação de suas tabelas de preços, termos de contratação das revistas, se os preços constantes nas revistas são similares aos praticados em seus canais de venda; valores mínimo, médio e máximo de venda dos materiais médico-hospitalares listados na tabela constante do ofício, devendo ser apresentada nota fiscal comprobatória dos valores efetivamente praticados.
89. A Covidien^[90] informou que comercializa seus produtos médico-hospitalares por meio de venda direta e de distribuidores. Afirmou que (acesso restrito ao CADE).
90. (acesso restrito ao CADE).
91. (acesso restrito ao CADE).
92. (acesso restrito ao CADE).
93. A Becton^[91] afirmou que as revistas Brasíndice e Simpro funcionam como um guia de preços referenciais para a venda de medicamentos e materiais de saúde para os hospitais. São um canal de divulgação dos produtos da empresa para todas as instituições de saúde que somam aproximadamente 300.000 (trezentas mil) cadastradas no Ministério da Saúde. Informou que os preços dos produtos da Becton divulgados nas revistas são referenciais (acesso restrito ao CADE).
94. A Baxter^[92] afirmou que as revistas Brasíndice e Simpro são utilizadas por todos os fabricantes de produtos médico-hospitalares a pedido dos clientes. Informou que os valores constantes nas revistas não refletem necessariamente os preços pagos pelos clientes, que resultam de negociações individuais.
95. A Neve Indústria e Comércio de Produtos Cirúrgicos^[93] afirmou que os clientes solicitam que os fabricantes publiquem seus preços nas revistas Brasíndice e Simpro. No entanto, informou que os preços publicados não são similares aos efetivamente praticados na venda dos produtos, que variam de acordo com o perfil do cliente.
96. O Laboratório B. Braun^[94] afirmou que a divulgação das tabelas Brasíndice e Simpro se originou da necessidade dos clientes de terem uma única fonte de consulta de códigos e referências de produtos similares comercializados no Brasil. Informou que (acesso restrito ao CADE).
97. A Abbott^[95] afirmou que a publicação de preços nas revistas Brasíndice e Simpro gera ganhos de eficiência porque reduz custos de transação. Sem explicar o motivo, informou que cessou a submissão de dados aos referidos catálogos de preços e que atualmente comunica os preços diretamente aos seus clientes. Afirmou que os preços que publicava nas revistas eram apenas preços de referência, sendo que os preços efetivamente praticados são objeto de negociação e dependem de uma série de fatores.
98. A Fresenius^[96] respondeu que (acesso restrito ao CADE).
99. Em 18.10.2017, foram enviados ofícios à Abbott^[97], à Fresenius^[98], ao Laboratório B. Braun^[99], à Neve Indústria e Comércio de Produtos Cirúrgicos^[100], à Baxter^[101], à Becton^[102] e à Covidien^[103] solicitando que informassem: i) se haviam deixado de anunciar os preços de seus produtos nas revistas Brasíndice e Simpro nos últimos 12 (doze) meses; em caso positivo, se foi percebida alguma variação negativa em seu volume de venda; e ii) se receberam algum pedido ou foram alvo de ameaça/coação para que continuassem a publicar os preços de seus produtos nas referidas publicações.
100. Em resposta, os fabricantes Becton^[104] e B. Braun^[105] informaram que não deixaram de anunciar os preços de seus produtos nas revistas Brasíndice e Simpro nos últimos 12 (doze) meses. Afirmaram também que não foram alvo de nenhuma ameaça ou coação para que continuassem a fazer as publicações. A Fresenius^[106] apresentou resposta (acesso restrito ao CADE).
101. A Covidien^[107] informou que alguns dos seus produtos deixaram de ser publicados na revista Simpro por terem sido descontinuados. Quanto à revista Brasíndice, a empresa informou que deixou de publicar seus produtos em maio de 2017 e que foi constatada uma queda no volume de vendas no sul do país (acesso restrito ao CADE).
102. Por fim, afirmou que não houve a ocorrência de nenhum episódio de ameaça ou coação para que continuasse a publicar nas referidas revistas. Mas, mencionou a ocorrência de algumas situações em que

o fato de o produto não constar da revista Simpro impossibilitou a realização da venda. Nesse sentido, a Covidien apresentou os seguintes documentos: (acesso restrito ao CADE).

103. A Abbott[109] informou que deixou de publicar os preços de seus produtos nas revistas Brasíndice e Simpro em 31.05.2017. Quanto ao impacto dessa decisão nas vendas, afirmou que é difícil fazer uma avaliação em um período tão curto, dado que outros fatores também afetam as suas vendas. Informou que (acesso restrito ao CADE).
104. (acesso restrito ao CADE).
105. A Baxter[110] respondeu que deixou de publicar os preços de seus materiais médico-hospitalares nas revistas Brasíndice e Simpro em outubro de 2017. A empresa[111] informou que (acesso restrito ao CADE).

I.7.6 Ofício à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

106. Em 16.07.2018, foi enviado ofício[112] à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), solicitando manifestação sobre a prática investigada. Em resposta[113], a ANS informou que não existe vedação expressa nas normas da agência reguladora quanto à adoção de tabelas e referenciais por parte dos prestadores de serviços de saúde, desde que não infrinjam as normas de defesa da concorrência existentes no país.

I.7.7 Documentos juntados aos autos com recomendações de uso das tabelas:

107. Em 14.01.2019, a SG determinou a juntada dos seguintes documentos aos autos, contendo recomendação para o uso das tabelas Brasíndice e Simpro por parte de sindicatos e associações:
 - i. "Circular" assinada por Humberto Gomes de Melo, presidente da FENAESS, e Cícero Newton Andrade, coordenador do Departamento de Saúde Suplementar da FENAESS, com recomendação para a cobrança dos medicamentos pelo PMC contido na tabela Brasíndice e o preço fábrica acrescido do percentual de 30% para os medicamentos de uso restrito hospitalar. Para os materiais, há recomendação para a manutenção do preço fábrica da tabela Simpro. Há indicação de que a circular foi atualizada em 12.08.2013 (SEI nº 0568369);
 - ii. Publicação do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso (Sindessmat), relatando a participação desse Sindicato no II Congresso da FENAESS realizado nos dias 15 e 16 de agosto de 2013 em Belo Horizonte/MG. A publicação relata que, durante o congresso, a FENAESS apresentou uma circular com orientação para os hospitais ficarem atentos na renovação dos seus contratos com as operadoras de planos de saúde, devendo aplicar o preço fábrica da tabela Brasíndice acrescido de 38% para os medicamentos de uso restrito hospitalar, dentre outras recomendações (SEI nº 0568374);
 - iii. Página do site eletrônico do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Mato Grosso do Sul ("Sindhesul") contendo link para download de contrato modelo para prestação de serviços médico-hospitalares a ser celebrado pelo prestador do serviço de saúde com a operadora. Nesse contrato, há recomendação de preços para medicamentos e materiais hospitalares tendo como referência as tabelas Brasíndice e Simpro, dentre outras condições comerciais (SEI nº 0568376); e
 - iv. Tabela de preços do Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de Pernambuco ("Sindhospé") contendo recomendações para diárias e taxas hospitalares e também para preços de medicamentos, descartáveis e OPME, tendo como referência as tabelas Brasíndice e Simpro. A tabela é de 2013/2014 (SEI nº 0568377).
108. A SG enviou ofícios à FENAESS (SEI nº 0568708), ao Sindhesul (SEI nº 0568713) e ao Sindhospé (SEI nº 0568716), solicitando manifestação sobre as orientações feitas por essas associações para a utilização das tabelas Brasíndice e Simpro por parte dos seus associados.
109. A FENAESS respondeu que: "o dever de informar e fornecer subsídios aos estabelecimentos a ela vinculados foi o propósito, a tônica, da divulgação do conteúdo que este respeitável órgão fiscalizador ora questiona. Não se trata, pois, de determinação ou mesmo sugestão de práticas anticoncorrenciais" (SEI nº 0576469). Afirmou que não participa de tratativas negociais envolvendo estabelecimentos hospitalares e operadoras de planos de saúde.

110. Segundo a FENAESS, diante do imenso leque de produtos e procedimentos envolvidos na prática médica, mostra-se relevante a utilização de um documento que consolide/enumere todos os produtos médico/hospitalares, servindo de parâmetro para as negociações entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras. Afirmou que praticamente todas as negociações se utilizariam das tabelas para iniciar as tratativas de preços, que podem ser fixados em percentuais abaixo ou acima dos valores contidos nas tabelas. Por esse motivo, apenas buscou esclarecer os seus associados sobre os marcos legais e procedimentais que envolvem uma negociação, sem obrigar ou impor qualquer forma de prática anticoncorrencial.
111. Acrescentou que apenas cumpre o papel de informar sobre a existência de tabelas que sequer foram criadas ou mantidas por ela, mas por terceiros completamente independentes.
112. O Sindhesul respondeu que: “o dever de informar e fornecer subsídios aos estabelecimentos de sua base de atuação foi o propósito, a tônica, da divulgação do conteúdo que este respeitável órgão fiscalizador ora questiona. Não se trata, pois, de determinação ou sequer sugestão de práticas anticoncorrenciais” (SEI nº 0577366). Cabe registrar que as sentenças acima transcritas são bastante semelhantes às encontradas na petição de resposta da FENAESS, chamando a atenção pela utilização de palavras idênticas ou similares na mesma ordem.
113. Prossegue o Sindhesul afirmando que apenas buscou compilar, numa minuta de uso facultativo e meramente sugestivo, dados que pudessem auxiliar seus filiados no processo de negociação, sem obrigar ou impor qualquer prática anticompetitiva.
114. Por fim, o Sindhospé respondeu que o repasse de informações aos seus associados não foi uma determinação, mas mera sugestão de práticas comerciais a serem seguidas ante o alinhamento de preços praticados no mercado (SEI nº 0576957). Afirmou que não possui qualquer ingerência ou conhecimento sobre o que é negociado entre as operadoras e os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.
115. Destacou que as tabelas servem apenas para orientar e facilitar a dinâmica das negociações, mediante a reunião da informação em um documento único. Dessa forma, buscou esclarecer seus associados sobre os procedimentos de mercado, sem obrigar ou impor qualquer forma de prática anticoncorrencial.

I.7.8 Reuniões realizadas:

116. Foram realizadas as seguintes reuniões: em 10.04.2017[114], com a FENASAÚDE, Sul América Seguros e Confederação Nacional das Seguradoras (CNSEG); em 24.04.2017[115], com a Brasíndice; em 04.05.2017[116] e 21.06.2017[117], com a Simpro; e em 24.10.2017[118] e 11.12.2018[119], com o Laboratório B. Braun.
117. Em complemento à reunião realizada em 24.04.2017, a Andrei Publicações Médicas apresentou petição[120], sustentando que a retirada dos anúncios com as tabelas de preços dos medicamentos e materiais de saúde seria a forma menos eficiente de resolver o problema, porque agravaría os custos de transação. O processo de acerto de contas entre operadoras e prestadoras de saúde feito por meio da comprovação de preços por meio de notas fiscais de compra acarretaria atrasos e glosas. Afirmou que uma solução seria o monitoramento sistemático do mercado por parte da ANS e/ou Anvisa. Alegou também que a revista Brasíndice oferece um baixo custo de entrada para pequenos fabricantes que não teriam outra forma de vender seus produtos e de participar das licitações de compra realizadas pelos hospitais.
118. Este é o relatório.

II. ANÁLISE

II.1 Introdução:

119. A prática investigada consiste na utilização das tabelas de preços de medicamentos e materiais hospitalares publicadas pelas Representadas por parte dos prestadores de serviços de saúde como referência para os preços cobrados das operadoras de planos de saúde. Os elementos juntados aos autos indicam que os preços publicados nas revistas Simpro e Brasíndice: (i) estão bem acima dos efetivamente praticados no mercado pelos fabricantes de medicamentos e materiais hospitalares e (ii) são maciçamente utilizados pelos prestadores de serviços de saúde.
120. Para a análise dos possíveis efeitos concorrenciais da prática investigada, é necessário entender o relacionamento entre os agentes do mercado de saúde suplementar, as principais características desse

mercado e a regulação existente quanto aos preços dos medicamentos e materiais hospitalares.

II.2 O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil[121] [122]:

121. A ANS entende que saúde suplementar é a atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do poder público. Nesse mercado, interagem os seguintes agentes: (i) consumidores ou beneficiários dos planos de saúde, (ii) prestadores de serviços de saúde (médicos, hospitais, laboratórios e outras instituições de serviços de saúde), (iii) operadoras de planos de saúde; (iv) fornecedores de medicamentos, materiais médicos e equipamentos e (iv) agentes reguladores (ANS, Anvisa, Ministério da Saúde, Cade, Poder Judiciário, conselhos de classe).
122. Esse mercado é caracterizado por significativas falhas de mercado que dificultam a atuação dos mecanismos de mercado para gerar alocações eficientes, demandando regulação governamental. Dentre as principais falhas de mercado, destacam-se a assimetria de informação e as barreiras à entrada que levam à uma tendência à concentração.

II.2.1 Falhas de Mercado:

123. A assimetria de informação está presente nas relações entre os diversos agentes da cadeia da saúde suplementar:
 - Os beneficiários possuem informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos e profissionais de saúde estão em condições de avaliar e prescrever os possíveis exames e tratamentos necessários;
 - As operadoras de planos de saúde têm dificuldades de obter informação sobre a efetiva possibilidade de um beneficiário adoecer ou mesmo para avaliar se os procedimentos demandados pelos pacientes e/ou prescritos pelos médicos são efetivamente necessários; e
 - Os beneficiários não têm condições ou capacidade técnica para compreender todos os dispositivos do contrato estabelecido com a operadora e de estimar ou avaliar se os produtos disponíveis compreendem as suas necessidades atuais e futuras em termos de assistência à saúde.
124. Tais assimetrias de informação geram espaço para comportamentos oportunistas por parte dos agentes do setor, com destaque para:
 - Seleção adversa: os consumidores mais propensos a utilizar os serviços são os que tendem a procurar por planos de saúde (pacientes de maior risco); e
 - Risco moral: como o tomador da decisão sobre o consumo (o beneficiário ou o prestador do serviço de saúde) não é o mesmo que arca com os custos (a operadora do plano de saúde), há incentivo à sobreutilização dos serviços, como solicitação de maior número de procedimentos pelos prestadores e a demanda por serviços mais frequente que a necessária pelos beneficiários. O problema da sobreutilização dos serviços é o aumento de custos ao longo da cadeia.
125. A forma de operação do mercado de saúde suplementar, notadamente a assimetria de informação e as barreiras à entrada existentes, favorecem a concentração de mercado, ao mesmo tempo que contribuem para o aumento da eficiência e redução de custos:
 - Necessidade de incorrer em custos irrecuperáveis para a construção de reputação pelas operadoras, como forma de sinalizar credibilidade para os consumidores em um ambiente de informação assimétrica;
 - Necessidade de constituição de uma rede eficiente de prestadores de serviços de saúde, com variedade de especialidades e opções de profissionais, o que favorece as operadoras de maior porte. O custo fixo envolvido na constituição de uma ampla rede credenciada se dilui quanto maior o número de beneficiários para fazer uso do leque de opções;
 - Os avanços tecnológicos também favorecem as empresas de maior porte. No setor de saúde, diferentemente do que ocorre em outros mercados, as novas tecnologias representam uma fonte de aumento de gastos e não de redução de custos[123];
 - A operação de planos de saúde envolve riscos diferentes de outros tipos de seguros, como o fato de não ser possível mensurar com exatidão o custo máximo gerado por cada beneficiário. Empresas de maior porte estão em melhores condições de gerenciar possíveis

desequilibrios de natureza atuarial. Além disso, quanto maior a carteira de beneficiários, maior a diluição da sinistralidade (razão entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras), o que facilita a acomodação dos custos relacionados a eventos inesperados; e

- A regulação brasileira reforça a necessidade de aumentar o tamanho da carteira de beneficiários ao disciplinar questões como garantias financeiras, provisões técnicas e margem de solvência visando minimizar o risco de falência. Embora justificáveis (visam garantir a continuidade da prestação dos serviços, resguardando os beneficiários), essas normas elevam as barreiras à entrada ao aumentar as exigências financeiras e a escala da operação.

126. As falhas de mercado apresentadas mostram a importância da regulação governamental no mercado de saúde suplementar para sanar ou diminuir os efeitos negativos ou indesejados (sob a ótica do objetivo da política pública) resultantes.

II.2.2 Relacionamento entre Operadoras e Estabelecimentos de Saúde:

127. Os contratos celebrados entre as operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios) possuem as seguintes características principais:

- São caracterizados pela expectativa de demanda. Ao credenciar um hospital à sua rede, as operadoras não contratam atendimentos, mas negociam o potencial de demanda com base no total de vidas que possuem em sua carteira de beneficiários. Assim, o contrato não garante demanda, apenas sinaliza um potencial de pacientes; e
 - São pagos geralmente na modalidade conta aberta (*fee for service*), de forma que o preço final do atendimento de cada paciente dependerá de quais procedimentos foram realizados ao longo do atendimento/internação.
128. No modelo predominante de remuneração (por conta aberta), quanto mais numerosos e mais caros forem os procedimentos realizados, maior será o ganho do hospital. O pagamento não é baseado na qualidade dos serviços prestados ou no desfecho clínico do paciente. Disso resulta a adoção de procedimentos por vezes desnecessários, excesso de tratamentos (sem diferença relevante no desfecho clínico) e uso indevido ou sem critério técnico de materiais e medicamentos de custo mais elevado[124].

129. Segundo conclusões do Insper, em estudo realizado sobre a Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil[125]:

“O maior problema derivado do modelo de pagamento é o estabelecimento de incentivos adversos para a busca da melhoria de qualidade e redução de custos. A remuneração dos hospitais não premia a eficiência e melhoria da gestão. Caso um determinado hospital melhore sua política de compras e adote regras de transparéncia em relação aos seus custos efetivos com materiais e medicamentos, será penalizado no modelo atual, pois irá receber valores menores que seus concorrentes que seguirem atuando motivados a operar com custos elevados e de forma inefficiente”.

130. A negociação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde sempre foi historicamente conflituosa no momento do reajuste. Em função disso, conforme relatado nas entrevistas[126] feitas pelo Insper, os prestadores começaram a buscar fontes externas que não dependiam de negociação com as operadoras, como os materiais, insumos, medicamentos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos. A utilização maciça das tabelas Brasíndice e Simpro como referência de preços pelos prestadores de serviços de saúde nasce nesse contexto. Segundo as entrevistas realizadas pelo Insper, os hospitais pressionam seus fornecedores de medicamentos e materiais a reduzirem os seus preços, mas cobram os preços constantes nas tabelas Brasíndice e Simpro das operadoras.

131. Nesse sentido, transcreve-se abaixo correspondência enviada pelo Laboratório B. Braun à CMED[127], em que é explicada como é feita a cobrança dos medicamentos e materiais hospitalares pelos prestadores de serviços de saúde às operadoras:

“o hospital negocia diretamente com os fornecedores o preço de seus produtos e recebe como reembolso dos planos de saúde o valor constante da tabela divulgada pela CMED. Portanto, a diferença entre o valor da tabela e o preço negociado constitui a margem de lucro dos hospitais. Desta forma, à lei da oferta e da procura, que historicamente regula preços praticados em

determinado mercado, passou a se somar, no mercado de produtos para a saúde, a “lei do reembolso”, típica do mercado hospitalar privado. Não basta ter um produto a um preço justo. É necessário oferecer o melhor reembolso para o hospital.

Atualmente, o fabricante que oferece um produto com melhor relação de reembolso para o prestador de serviços é o fabricante que ‘ganha’ o negócio, mesmo que o produto oferecido não seja o melhor produto, e mesmo que este tenha preço superior ao melhor produto” (g. n.).

II.3 A Regulação de Preços dos Medicamentos pela CMED:

132. A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (“CMED”) foi criada pela Medida Provisória nº 123, de 26 de junho de 2003, que foi convertida na Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, com o objetivo de definir normas de regulação econômica para o setor farmacêutico, com a finalidade de promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor.
133. A regulação do mercado farmacêutico pela CMED é efetuada, principalmente, pelo controle de preços dos medicamentos. A CMED adota o modelo de teto de preços (*price cap*), calculado por meio de um índice composto pelo fator produtividade e fatores de ajuste de preços relativos intra e entre setores. São 03 (três) os preços máximos para os medicamentos estipulados pela CMED: (i) preço fábrica (“PF”, teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor pode comercializar um medicamento para o SUS e para os hospitais privados); (ii) preço máximo ao consumidor (“PMC”) no varejo; e (iii) preço máximo de venda ao governo (desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sobre o preço fábrica para vendas destinadas a entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios).
134. Alguns medicamentos não estão submetidos ao controle de preços da CMED^[128], sendo de comercialização liberada: os sem tarja, de venda livre, que tenham HHI^[129] menor que 1800; os expectorantes; os analgésicos não-narcóticos; os抗grípais, excluindo antiinfecciosos; os antissépticos e os desinfetantes; os estomatológicos; os polivitamínicos; os fitoterápicos; e os homeopáticos.
135. A CMED estabelece que as empresas produtoras deverão dar ampla publicidade aos preços de seus medicamentos, por meio de publicações especializadas de grande circulação (art. 6º da Resolução CMED nº 01/2018). A Resolução CMED nº 03/2009 trouxe uma exceção a essa regra ao proibir a publicação do PMC, em qualquer meio de divulgação, para medicamentos registrados como “uso restrito a hospitais e clínicas”.
136. A legalidade do ponto de vista concorrencial da publicação dos preços máximos dos medicamentos regulados pela CMED já foi objeto de análise pelo Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Na Consulta nº 83/2002^[130] e no Processo Administrativo nº 08012.012395/1999-15^[131], o Cade concluiu que a publicação dos preços máximos da CMED não pode configurar prática anticompetitiva, dado que: (i) a tabela da CMED é feita por órgão público com competência legal para regular os preços dos medicamentos no país; e (ii) há obrigação regulatória de divulgação dos preços máximos autorizados pela CMED em publicações de grande circulação.
137. Contudo, cabe ressaltar que os preços divulgados nas tabelas Brasíndice e Simpro não se resumem aos preços regulados pela CMED. As Representadas divulgam em suas publicações preços que não são regulados, quais sejam: de órteses, próteses e materiais especiais (“OPME”), dos demais materiais hospitalares e dos medicamentos de livre comercialização mencionados acima. Cabe analisar se tal publicação configura forte indício de prática prejudicial à livre concorrência.
138. Já quanto aos sindicatos de hospitais e demais estabelecimentos de saúde que orientam seus associados a seguir os preços publicados nas tabelas, observa-se que a CMED fixa preços máximos ao consumidor e não há, em princípio, razão para que os preços praticados pelos prestadores para os medicamentos e materiais hospitalares sejam fixados pelo valor máximo de venda ao consumidor. Ademais, há também os preços não regulados pela CMED e que são publicados nas tabelas que os sindicatos buscam também uniformizar, segundo os documentos constantes nos autos.

II.4 Evidências do Uso Maciço das Tabelas Brasíndice e Simpro:

139. Os documentos juntados aos autos – como o estudo do DEE, as respostas dos ofícios, as cópias dos contratos celebrados entre prestadores e operadoras de planos de saúde – evidenciam que as tabelas Brasíndice e Simpro são utilizadas maciçamente pelos prestadores de serviços de saúde como referência para os preços dos medicamentos e materiais utilizados nos procedimentos médicos.
140. Analisando apenas os produtos com preços não regulados pela CMED, o levantamento feito pelo DEE

mostrou que 51% dos contratos observados possuíam cláusula prevendo remuneração dos materiais de uso hospitalar com base na tabela Simpro e 40% com base na tabela Brasíndice. Em relação à OPME, 27% dos contratos analisados possuíam previsão de aplicação da tabela Simpro. Esse é um percentual elevado porque o preço unitário mais alto das órteses, próteses e materiais especiais torna viável a compra desses produtos por parte das operadoras para entrega aos prestadores de saúde. [U1]

141. As conclusões do DEE são corroboradas pelas cópias dos contratos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde juntados aos autos, contendo cláusulas que estipulam o uso das tabelas Brasíndice e Simpro como referências de preços dos medicamentos e materiais hospitalares.
142. Em resposta ao ofício da SG, a Unimed afirmou que: “não há, durante a negociação, a possibilidade de aplicar outro balizador de pagamento no contrato senão as tabelas de preços impostas pelos hospitais, e para manter a rede credenciada de forma satisfatória para seus segurados, a Unimed Seguros Saúde S/A é compelida a firmar o contrato nos termos impostos” (SEI nº 0253357). Outras operadoras de planos de saúde se manifestaram em termos semelhantes, como Sul América, Amil e Bradesco Saúde.
143. Os preços publicados nas revistas Simpro e Brasíndice estão bem acima dos efetivamente praticados no mercado pelos fabricantes de medicamentos e materiais hospitalares. De acordo com o estudo do DEE, 50% dos medicamentos vendidos no Brasil teriam que ter uma elevação de preços de mercado igual ou superior a 220% para chegar ao preço fábrica divulgado nas tabelas. Já quanto ao PMC, 50% dos medicamentos vendidos no Brasil teriam que ter uma elevação de preços igual ou superior a 334% para chegar próximo ao PMC.
144. A diferença entre o preço efetivamente pago pelo hospital pelos medicamentos e materiais e o preço da tabela é incorporada como margem de lucro do hospital, não obstante existir regulação específica dizendo que os hospitais não poderiam lucrar com insumos utilizados em seus atendimentos e procedimentos médicos[132].
145. Pelo exposto, percebe-se que a divulgação de preços não regulados pela CMED nas tabelas Brasíndice e Simpro permite que os hospitais e clínicas de todo o país uniformizem os preços cobrados pelos medicamentos e materiais utilizados em seus procedimentos, não precisando se comunicar entre si para alcançar esse resultado.
146. Essa prática gera ineficiências e incentivos perversos sobre todo o mercado de prestação de serviços hospitalares, na medida em que interessa ao hospital comprar o medicamento ou material daquele fabricante que oferece a melhor relação de reembolso (diferença entre o valor da tabela e o preço efetivamente pago), mesmo que o produto oferecido não seja o melhor ou o mais adequado. Como consequência, as operadoras de planos de saúde arcaram com custos mais elevados, ficando com condições restritas de negociação já que a prática é generalizada entre os hospitais e demais estabelecimentos de saúde. Tais custos mais elevados são repassados aos consumidores dos planos de saúde.

II.5 Fortes indícios de prática anticompetitiva por parte de Brasíndice e Simpro:

147. O artigo 36 da Lei nº 12.529/2011 estabelece que constitui infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou possam produzir determinados efeitos, ainda que não sejam alcançados. Dentre os efeitos elencados, está o de limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa (inciso I).
148. De acordo com o estudo do DEE, há fortes indícios de que a prática das Representadas de publicação de preços não-regulados pela CMED nas revistas Brasíndice e Simpro facilite a obtenção de conduta comercial uniforme entre os agentes econômicos envolvidos na cadeia de prestação de serviços de saúde. Isso ocorreria da seguinte forma:

“ . agentes do DOWNSTREAM (hospitais): Conluio entre hospitais, que passam a negociar todos [os preços de medicamentos e materiais] ou quase todos em bases irrealis de custos. Deste modo, as negociações entre hospitais e planos de saúde a respeito do lucro hospitalar sobre materiais cirúrgicos passa a se dar também a partir de um ponto focal;

. agentes do UPSTREAM (insumos hospitalares): Conluio (tácito ou expresso) entre produtores de OPME e medicamentos, que terão menos incentivos a competir, podendo convergir seu preço ao ponto focal da tabela com o qual os concorrentes se comprometem a obedecer. Esta convergência ao ponto focal – diminuição da dispersão de preços pode acontecer sem nenhuma combinação expressa entre concorrentes, sendo a tabela o elemento catalizador do efeito de convergência de preços” (g.n.) (SEI nº 0106250, item 85).

149. As Representadas alegam que se restringem a publicar os preços fornecidos pelos fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares, não podendo, por isso, ser responsabilizadas por qualquer prática anticompetitiva. Contudo, a definição dada para infração à ordem econômica pelo art. 36, I, da Lei nº 12.529/2011, bem como algumas decisões das autoridades de defesa da concorrência sobre práticas facilitadoras de conduta comercial uniforme mostram que tal alegação não pode ser prontamente acatada.
150. Em 1992, o Departamento de Justiça norte-americano processou 08 (oito) das maiores companhias aéreas dos Estados Unidos por formação de cartel, por meio da utilização de práticas facilitadoras que permitiam um paralelismo de preços consciente. A peculiaridade deste caso foi a ausência de prova direta da combinação de preço entre as companhias aéreas. Não só as companhias aéreas foram processadas por violação antitruste, mas também a empresa Airline Tariff Publishing Company ("ATPCO"), responsável por disponibilizar um sistema de reserva eletrônico para as companhias aéreas, contendo ferramentas que facilitavam a troca de informações e o comportamento colusivo^[133]. No que se refere à ATPCO, o caso foi finalizado com a celebração de um *Consent Decree*, em que a empresa se comprometeu a retirar do seu sistema de reserva as ferramentas consideradas facilitadoras de acordos ilícitos entre concorrentes^[134].
151. Já em 2009, a Comissão Europeia multou a empresa AC Treuhand por seu papel como facilitadora da prática de cartel no mercado de estabilizadores de calor e de óleo de soja epoxidado e ésteres^[135]. A AC Treuhand é uma empresa de consultoria que foi contratada para organizar e sediar reuniões para as empresas participantes do cartel, dentre outras funções. A multa aplicada à empresa foi confirmada pela Corte Europeia de Justiça que, em sua decisão, afirmou que: (i) uma empresa pode ser condenada por colaborar com a obtenção de uma prática comercial uniforme mesmo se ela não atua no mercado cartelizado; (ii) uma empresa pode ser condenada mesmo se ela não lucra diretamente com a prática comercial uniforme; e (iii) a autoridade deve demonstrar que a empresa infratora tinha ciência da conduta prejudicial à concorrência resultante de sua colaboração/facilitação ou se tal resultado poderia ser razoavelmente previsto.
152. No presente caso, a Revista Simpro é apresentada no sítio eletrônico da empresa da seguinte forma: "Sobre a Revista Simpro: referencial de preços de medicamentos e produtos para a saúde, **utilizado como parâmetro nas negociações entre hospitais e operadoras de saúde** para faturamento, análise de contas médicas, cotações e licitações" (g.n.)^[136].
153. No sítio eletrônico da Simpro, há um campo destinado à legislação do setor, com arquivos contendo resoluções da CMED, dentre elas, a Resolução nº 02/2018^[137], que afirma que os hospitais, clínicas e assemelhados devem apenas obter o reembolso do valor pago pelos medicamentos utilizados em suas instalações, mencionando expressamente a Orientação Interpretativa nº 05, que proíbe a obtenção de lucro pelos hospitais com os insumos hospitalares.
154. Ora, é de amplo conhecimento do mercado que os preços dos materiais hospitalares, OPMEs e medicamentos de livre comercialização publicados na Revista Simpro estão bem acima dos valores efetivamente praticados no mercado. Assim, o que se percebe é que a Representada tem ciência de que os preços publicados em seu periódico são utilizados pelos hospitais como referência para a cobrança feita das operadoras e tem ciência também de que os hospitais não deveriam cobrar preços acima dos valores efetivamente pagos pelos medicamentos e materiais.
155. Os preços não-regulados pela CMED publicados na Revista Simpro **funcionam como uma tabela referencial de preços para os prestadores de serviços de saúde, oferecendo-lhes um ponto focal que propicia a uniformização do preço cobrado das operadoras de planos de saúde mesmo sem que ocorra nenhuma combinação expressa entre os hospitais**. A Representada exerce assim um papel fundamental como facilitadora de conduta comercial uniforme.
156. O mesmo raciocínio é válido para a tabela da Brasíndice, cuja utilização como tabela referencial para os preços praticados pelos hospitais e demais estabelecimentos de saúde é amplamente conhecida no mercado, como mostra a explicação abaixo extraída do sítio eletrônico da Wareline, empresa que oferece soluções tecnológicas para a melhoria da gestão hospitalar:
- "O Brasíndice é um guia farmacêutico indicador de pesquisa de preços de medicamentos e materiais hospitalares, que **serves de referência como fator de remuneração para contratação de serviços médico hospitalares**"^[138] (g.n.).
157. Há, portanto, fortes indícios de infração à ordem econômica por parte das Representadas, na medida em que as tabelas Brasíndice e Simpro oferecem um ponto focal para a convergência de preços de todo o mercado, facilitando a uniformização de preços dos medicamentos e materiais hospitalares cobrados

das operadoras de planos de saúde pelos prestadores dos serviços de saúde. Não podem as Representadas argumentar que desconhecem a utilidade dada pelos prestadores às tabelas Brasíndice e Simpro.

II.6 Dos Fortes Indícios de Prática Anticompetitiva por parte da FENAESS, do Sindhesul e do Sindhosppe:

158. A SG solicitou a manifestação da FENAESS, do Sindhesul e do Sindhosppe sobre as orientações feitas por essas associações para a utilização das tabelas Brasíndice e Simpro por parte dos seus associados na precificação dos medicamentos e materiais hospitalares utilizados nos procedimentos médicos. As respostas apresentadas contêm dois argumentos principais: (i) que as orientações foram feitas para o cumprir o dever de esclarecer e informar os associados sobre o uso das tabelas, que servem como parâmetro nas negociações entre os prestadores e as operadoras de planos de saúde; e (ii) que as orientações não são impositivas, sendo meras sugestões de práticas comerciais.
159. Contudo, o teor dos documentos juntados aos autos evidencia que as orientações feitas por FENAESS, Sindhesul e Sindhosppe não se limitaram a informar seus associados sobre a utilização das tabelas nas negociações com as operadoras, mas **buscaram fixar os percentuais negociados**. Senão, vejamos.
160. Na “Circular” assinada por Humberto Gomes de Melo, presidente da FENAESS, e Cícero Newton Andrade, coordenador do Departamento de Saúde Suplementar da FENAESS, atualizada em 12.08.2013 (SEI nº 0568369), constam as seguintes recomendações de preços:

“II – MEDICAMENTOS

[...] chamamos a atenção para uma novidade: Nos novos contratos propostos, as operadoras estão tentando “empurrar” nos hospitais tabelas próprias de medicamentos e materiais hospitalares, com reductores expressivos, o que significa diminuição da receita do hospital.

Recomendações do Sindicato e da FENAESS:

Recusar essas tabelas, mantendo as condições atuais. Sugerimos a manutenção da cobrança via PMC Brasíndice e Preço Fábrica + 30% pelo menos para os medicamentos alcançados pela CMED 03. O ideal é PF + 38%.

[...]

III – MATERIAIS

Do mesmo modo que com os medicamentos, as operadoras estão aproveitando-se da nova minuta de contrato para tentar “empurrar” tabela própria para materiais. Ao analisarmos algumas dessas tabelas propostas, não encontramos parâmetros para esses novos preços propostos. Recebemos como argumento das operadoras que “eram preços de mercado”.

Recomendações do Sindicato e da FENAESS:

Rejeitar a aplicação dessas novas tabelas. Usar o mesmo argumento do item anterior (Artigo 5º da Instrução Normativa 49 da ANS);

Manter os preços do Guia SIMPRO Preço Fábrica” (g.n.).

161. O documento acima mostra que a utilização das tabelas Brasíndice e Simpro como parâmetros de preços não é uma questão pacificada no mercado, tanto é assim que a FENAESS necessita soltar circulares com o objetivo de manter alinhados os preços cobrados por seus associados para os medicamentos e materiais utilizados nos procedimentos médicos. O argumento de que a FENAESS estaria apenas cumprindo seu dever de orientação não se sustenta frente ao objetivo de estipular exatamente quais são os preços e percentuais a serem cobrados.
162. Já a página na internet do Sindhesul contém um *link* para *download* de contrato modelo para prestação de serviços médico-hospitalares a ser celebrado pelo prestador do serviço de saúde com a operadora. Nesse contrato, há a estipulação de preços para os medicamentos e materiais hospitalares tendo como referência as tabelas Brasíndice e Simpro, dentre outras condições comerciais (SEI nº 0568376)[139]:

“CLÁUSULA QUINTA – DO FATURAMENTO

§3º -

A PRIMEIRA CONTRATANTE adotará o Guia BRASÍNDICE INTEGRAL PREÇO AO CONSUMIDOR como referência para preços de medicamentos e materiais nele constantes e o Guia SIMPRO para os materiais utilizados pela PRIMEIRA CONTRATANTE e que não constem do Guia BRASÍNDICE. Quando, por qualquer razão, o material a ser utilizado não constar em nenhum dos dois guias citados, a PRIMEIRA CONTRATANTE tomará como base a Lista do Fabricante, acrescido de 25% (vinte e cinco por cento) de taxa de armazenamento.

§4º -

A PRIMEIRA CONTRATANTE compromete-se a fornecer as OPME de acordo com os preços e condições estipuladas neste contrato. No caso de inexistência de tabela referencial, a PRIMEIRA CONTRATANTE cobrará o valor indicado na nota fiscal emitida pelo fornecedor, acrescida de taxa de comercialização de 20% (vinte por cento).

[...]

§6º -

Quando for necessário o uso de material importado, exceto ótese e prótese, cuja importação ocorra via distribuidores nacionais e que tenham sido autorizados pela SEGUNDA CONTRATANTE, o preço a ser cobrado terá como base o valor constante da nota fiscal, acrescido da taxa de armazenagem de 30% (trinta por cento).

§7º -

Os materiais importados de forma direta, exceto óteses e próteses, serão cobrados com base nos preços convertidos na guia de importação, acrescidos de impostos e despesas aduaneiras, além da taxa de armazenagem de 30% (trinta por cento), desde que tenham sido liberados pela SEGUNDA CONTRATANTE" (g.n.).

163. Já o Sindhospe editou tabela de preços contendo recomendações para diárias e taxas hospitalares e também para preços de medicamentos, descartáveis e OPME, tendo como referência as tabelas Brasíndice e Simpro. A tabela é de 2013/2014 (SEI nº 0568377):

"OBSERVAÇÕES:

[...]

3. MEDICAMENTOS: Tabela Brasíndice (PMC); para medicamentos "uso restrito hospital", utilizar (PF) + 38,24% como taxa de serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição;

4. DESCARTÁVEIS E OPME: Simpro do mês, acrescido da taxa de comercialização de 20%" (g.n.).

164. Quanto à argumentação de que as orientações não seriam impositivas, sendo meras sugestões de práticas comerciais, a jurisprudência do Cade tem considerado que o mero tabelamento de preços configura uma infração à ordem econômica, por facilitar a uniformização dos preços no mercado, sendo uma afronta aos princípios da livre concorrência e da livre iniciativa.

165. No Processo Administrativo nº 08012.006923/2002-18[140], o ex-Conselheiro Marcos Paulo Veríssimo fez uma distinção entre as condutas ilícitas pelo objeto e aquelas ilícitas pelo efeito na Lei Brasileira de Defesa da Concorrência. Foi considerado que as tabelas de preços ou orientações sobre condições comerciais feitas por associações ou sindicatos são ilícitos pelo objeto, não exigindo que a autoridade comprove os seus efeitos ou a existência de coerção, já que podem: (i) envolver o disfarce para uma estratégia explícita de colusão ou (ii) constituir o elemento facilitador de um resultado igualmente indesejado, servindo como ponto focal para o qual os preços possam convergir. Esse entendimento tem firmado a jurisprudência do Cade sobre a questão, como mostram os casos mencionados abaixo.

166. No Processo Administrativo nº 08700.006292/2012-51[141], o ex-Conselheiro-Relator Gilvandro Araújo votou pela condenação do Sindicato dos Centros de Formação de Condutores de Pernambuco (SINDCF/PE) e seu dirigente pela divulgação de tabela de preços, no que foi acompanhado pelo Plenário, pautando seu voto no entendimento jurisprudencial firmado pelo Cade no julgamento do Processo Administrativo nº 08012.006923/2002-18:

"16. Em acordo com o proferido pelos mencionados pareceres e nota técnica, a interpretação do dispositivo legal acima e a análise deste caso guiar-se-á pelo entendimento firmado no voto do ex-Conselheiro Marcos Paulo Veríssimo no Processo Administrativo nº 08012.006923/2002-18.

17. Em tal decisão, assentou-se que a influência à adoção de conduta uniforme inscrita na elaboração de uma tabela de preços é um ilícito pelo próprio objeto. Isso torna, então, dispensável por parte da autoridade antitruste uma análise contida sobre os efeitos advindos da referida prática. Cabe a ela apenas comprovar a materialidade da conduta, qual seja, a existência da tabela de preços" (g.n.).

167. No mesmo sentido, no julgamento do Processo Administrativo nº 08012.000261/2011-63[142], a então Conselheira-Relatora Ana Frazão votou pela condenação de tabela sugestiva de preços elaborada por sindicatos e associações no mercado de serviços de agenciamento de viagens em São Paulo, no que foi acompanhada por unanimidade:

"53. A adoção, por parte de entidades de classe, associações e sindicatos, de elementos comuns para a formação de preço, que devem ser observados pelos membros de um setor econômico, tais como tabelas "sugestivas" de preço, é reconhecida pelas autoridades antitruste como prática que facilita a padronização dos preços no mercado. Não é sem razão que as referidas tabelas vêm, reiteradamente, sendo consideradas ilícitas pelas autoridades concorrenciais.

54. Com efeito, a ingerência por parte das entidades de classe na atividade dos seus associados, por não propiciar que os agentes econômicos negoçiem livremente os valores dos bens e serviços contratados, representa, como regra, uma incontestável afronta aos princípios estruturantes da ordem econômica competitiva.

55. No Processo Administrativo nº 08012.006923/2012-18, o Conselheiro Marcos Paulo Veríssimo apontou que a sugestão de preços de práticas uniformes é capaz de afetar a livre determinação de preços, de forma que a conduta deve estar sujeita a "um regime razoavelmente rígido de presunção de ilegalidade". Isso porque a referida conduta dificilmente terá outro propósito que não a restrição da concorrência.

56. Trata-se, portanto, de conduta ilícita pelo objeto, bastando para a configuração da infração a divulgação de preços, sendo desnecessário investigar seus efeitos, mesmo que potenciais, salvo se os representados trouxerem elementos que, afastando a presunção relativa de ilegalidade da conduta, possam apontar benefícios racionais e legítimos para a adoção do referido comportamento.

57. No processo administrativo mencionado acima, que pacificou a jurisprudência do Conselho, o Conselheiro Marcos Paulo Veríssimo ressaltou que, embora a divulgação de tabela de preços constitua uma infração por objeto, não se trata de uma infração por se, de modo que a ilicitude poderá ser afastada quando for possível demonstrar, diante das circunstâncias do caso, que a sugestão de preços pode ser utilizada para a realização de outro objeto lícito e razoável. [...]

75. Já se viu que a influência de conduta uniforme constitui infração por objeto, em que se presume a ilicitude, sendo prescindível a análise relativa à potencialidade de efeitos anticoncorrenciais. Assim, comprovado que os Representados participaram da elaboração e da divulgação da tabela de preços e não tendo sido demonstrada nenhuma justificativa razoável para a conduta, que não a restrição à livre concorrência, é forzoso reconhecer que os Representados infringiram o art. 20, I, c/c art. 21, II, da Lei 8.884/94, mormente porque, como se depreende das atas citadas acima, os próprios representados reconheceram que o objetivo do quadro era a uniformização dos preços" (g.n.).

No julgamento do Processo Administrativo nº 08012.007002/2009-49[143], sobre a instituição de tabela de preços mínimos de frete por sindicato, o então Conselheiro-Relator Ricardo Machado Ruiz, acompanhado pelo Plenário, também tratou a conduta como ilícita por objeto, em conformidade com a jurisprudência do Cade:

59. A jurisprudência do CADE é farta no sentido de condenar o uso de tabelas de preços ou de descontos como ilegal, em decorrência dos artigos 20, inciso I, e 21, inciso II, da Lei 8.884/94. Em voto-vista no processo administrativo 08012.006923/2002-18, o conselheiro Marcos Paulo Veríssimo reuniu exaustiva lista de casos julgados pelo CADE que apontam nessa direção.

60. O primeiro aspecto a ser considerado ao tratar do tema é a alegação sempre recorrente de que a tabela não é obrigatória, mas meramente sugestiva. Sobre esse aspecto, vale lembrar o voto do conselheiro Eduardo Vieira de Carvalho, no processo administrativo nº 53/92: 'pouco importa se a tabela é facultativa ou obrigatória, ou que os preços nela fixados sejam máximos, médios ou mínimos. [...] A relevância da tabela para a defesa da concorrência está em que fixação de preços exerce sobre as estruturas competitivas efeitos anticoncorrenciais, vez que impede que os preços sejam determinados pelas regras de mercado, um dos principais objetivos da concorrência. O aspecto crítico da tabela de preços é que ela confere àqueles que a elaboram a capacidade de controlar os preços do mercado, podendo, em consequência, fixá-los acima dos níveis de concorrência. (...) A adoção de ação coordenada entre concorrentes para a fixação dos preços dos bens ou serviços produzem afronta às leis de mercado, constituindo conduta anticoncorrencial que deve ser de pronto reprimida'.

[...]

63. A jurisprudência do CADE consolidou para tratar esse tipo de conduta objetivamente, isto é, um ilícito pelo objeto (ver, como exemplo, os processos administrativos 08012.021976/1997-51, 08012.00215312000-72, 08012.004373/2000-32, 08012.00692312002-18, 08012.004054/2003-78 e 08012.000099/2003-73). Em função de tal entendimento, torna-se desnecessária qualquer análise adicional no que se refere a poder de mercado ou barreiras à entrada, uma vez que a potencialidade lesiva da conduta resulta diretamente das provas da materialidade do conluio organizado de preços" (g.n.).



169. Em resumo, quanto ao método de análise do ilícito, se por objeto ou por efeito, a jurisprudência recente do Cade revela que a prática vem sendo reiteradamente tratada como ilícito por objeto. De 2014 até então, dos 25 processos envolvendo tabelas de preços adotadas por associações ou sindicatos, todos foram condenados^[144], sendo que 14^[145] foram decididos por meio do tratamento da prática como ilícito por objeto.
170. De todo o exposto, entende-se pela presença de fortes indícios de infração à ordem econômica consistentes nas recomendações, tabelas e contratos modelos elaborados e difundidos entre seus associados por FENAESS, Sindhesul e Sindhospé quanto à utilização das tabelas Brasíndice e Simpro e de outras condições comerciais na fixação do preço a ser cobrado pelos medicamentos e materiais utilizados nos procedimentos médico-hospitalares.

III. CONCLUSÃO

171. Com base em todo o exposto, em razão da existência de fortes indícios de infração à ordem econômica, consistente na divulgação de tabela de preços com valores distorcidos da realidade e facilitadora de conduta comercial uniforme no mercado de medicamentos e materiais hospitalares utilizados pelos prestadores de serviços de saúde, entende-se pela instauração de processo administrativo em face da Andrei Publicações Médicas Farmacêuticas e Técnicas Ltda.^[146] e da Simpro Publicações e Teleprocessamento Ltda., nos termos dos artigos 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade, a fim de ser investigada conduta passível de enquadramento no art. 36, inciso I, c/c § 3º, inciso II, da Lei nº 12.529/11.
172. Em razão da existência de fortes indícios de infração à ordem econômica, consistente na divulgação de orientações, tabelas de preços e contratos modelos pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, pelo Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de Pernambuco e pelo Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Mato Grosso do Sul, entende-se por sua inclusão no polo passivo do presente feito e pela instauração de processo administrativo, nos termos dos artigos 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade, a fim de ser investigada conduta passível de enquadramento no art. 36, inciso I, c/c § 3º, inciso II, da Lei nº 12.529/11.

Estas as conclusões.

[1] SEI nº 0026795.

[2] SEI nº 0026795.

[3] SEI nº 0072717

[4] SEI nº 0056851

[5] SEI nº 0072106 e nº 0072107

[6] SEI nº 0075739

[7] SEI nº 0076774

[8] “Artigo 6º - As empresas produtoras deverão dar ampla publicidade aos preços de seus medicamentos, por meio de publicações especializadas de grande circulação, não podendo ser superiores aos preços publicados pela CMED no sítio eletrônico da ANVISA”.

[9] SEI nº 0202156 e SEI nº 0202434.

[10] SEI nº 0204925.

[11] SEI nº 0207899.

[12] SEI nº 0207579.

[13] SEI nº 0242057.

[14] SEI nº 0243078.

[15] SEI nº 0245325.

[16] SEI nº 0245352.

[17] SEI nº 0245371.

[18] SEI nº 0251641.

[19] SEI nº 0252546.

[20] SEI nº 0253357.

[21] SEI nº 0254733.

[22] SEI nº 0106250.

[23] SEI nº 0201858.

[24] SEI nº 0241883.

[25] SEI nº 0245633.

[26] SEI nº 0254524 (Brasíndice) e SEI nº 0254530 (Simpro).

[27] SEI nº 0258893 (Brasíndice) e SEI nº 0264990 (Simpro).

[28] SEI nº 0316642.

[29] SEI nº 0316696.

[30] SEI nº 0321669 (Simpro) e SEI nº 0321193 (Brasíndice).

[31] SEI nº 0499803 (Simpro) e SEI nº 0499827 (Brasíndice).

[32] SEI nº 0503765.

[33] SEI nº 0503773.

[34] SEI nº 0290909.

[35] SEI nº 0310727.

[36] SEI nº 0310732.

[37] SEI nº 0310734.

[38] SEI nº 0310740.

[39] SEI nº 0310747.

[40] SEI nº 0315654.

[41] SEI nº 0320956.

[42] SEI nº 0317309.

[43] SEI nº 0319929.

[44] SEI nº 0321633.

[45] SEI nº 0316435.

[46] SEI nº 0316465.

[47] SEI nº 0316466.

[48] SEI nº 0316467.

[49] SEI nº 0316468.

[50] SEI nº 0316475.

[51] SEI nº 0324662.

[52] SEI nº 0320809.

[53] SEI nº 0319692.

[54] SEI nº 0338942.

[55] SEI nº 0316973.

[56] SEI nº 0317002.

[57] SEI nº 0317003.

[58] SEI nº 0321009.

[59] SEI nº 0324905.

[60] SEI nº 0326029.

[61] Observatório ANAHP 2016.

[62] SEI nº 0331976.

[63] SEI nº 0332783 e SEI nº 0339814.

[64] SEI nº 0332810.

[65] SEI nº 0332825.

[66] SEI nº 0333178.

[67] SEI nº 0333194.

[68] SEI nº 0333252.

[69] SEI nº 0333261.

[70] SEI nº 0333404.

- [71] SEI nº 0333871.
- [72] SEI nº 0342723.
- [73] SEI nº 0344747.
- [74] SEI nº 0342367.
- [75] SEI nº 0344850.
- [76] SEI nº 0342462.
- [77] SEI nº 0345561.
- [78] SEI nº 0354293.
- [79] SEI nº 0344623.
- [80] SEI nº 0344252.
- [81] SEI nº 0346544.
- [82] SEI nº 0346828.
- [83] SEI nº 0336154 e SEI nº 0342906.
- [84] SEI nº 0336698.
- [85] SEI nº 0336954 e SEI nº 0342660.
- [86] SEI nº 0336975 e SEI nº 0343802.
- [87] SEI nº 0337248.
- [88] SEI nº 0337358.
- [89] SEI nº 0355081.
- [90] SEI nº 0347370.
- [91] SEI nº 0347619.
- [92] SEI nº 0348577.
- [93] SEI nº 0349010.
- [94] SEI nº 0350784.
- [95] SEI nº 0367997.
- [96] SEI nº 0351420.
- [97] SEI nº 0399364.
- [98] SEI nº 0399412.
- [99] SEI nº 0399423.
- [100] SEI nº 0399431.
- [101] SEI nº 0399438.
- [102] SEI nº 0399445.

[103] SEI nº 0399448.

[104] SEI nº 0401368.

[105] SEI nº 0402045.

[106] SEI nº 0401494.

[107] SEI nº 0402137.

[108] (acesso restrito ao CADE).

[109] SEI nº 0403650.

[110] SEI nº 0405577.

[111] SEI nº 0406755.

[112] SEI nº 0499951.

[113] SEI nº 0530151.

[114] SEI nº 0324949.

[115] SEI nº 0329573.

[116] SEI nº 0331612.

[117] SEI nº 0354190.

[118] SEI nº 0402294.

[119] SEI nº 0558817.

[120] SEI nº 0338107.

[121] Esta seção baseia-se nos seguintes estudos: FURQUIM, P. Org. "A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas". Centro de Estudos em Negócios do Insper. White Paper nº 01, maio de 2016 e ESTEVES, L. A. Org. "Mercado de Saúde Suplementar: Condutas". Departamento de Estudos Econômicos do Cade, Cadernos do Cade, 2015.

[122] O mercado de saúde suplementar envolve múltiplos aspectos e peculiaridades nas relações entre os seus diversos agentes. Esta seção se restringirá a apresentar as características do setor que mais interessam à compreensão da conduta investigada.

[123] Diversos fatores explicam o aumento de gastos associado à introdução de novas tecnologias no setor de saúde: o novo tratamento pode ser mais complexo e mais custoso, pode permitir que um número mais amplo de pacientes seja tratado, pode permitir o tratamento de doenças antes incuráveis, pode ampliar o tempo de tratamento das doenças por conferir maior longevidade ao paciente etc.

[124] Resultados da pesquisa realizada pelo Insper, citada em: FURQUIM, P. Org. "Custos de Assistência à Saúde: como estamos, para onde vamos". White Paper CPE, abril de 2015.

[125] FURQUIM, P. Org (2016), p. 85/86.

[126] FURQUIM, P. Org. (2016).

[127] Documento constante dos autos do Processo Administrativo nº 08012.004869/2008-61 (SEI nº 0083265, fls. 18). Representante: CMED. Representados: Laboratórios B. Braun S/A, Halex Istar Indústria Farmacêutica Ltda. e Baxter Hospitalar Ltda. Julgado em 04.12.2013.

[128] Conforme Resolução CMED nº 03, de 05 de março de 2004, e Resolução CMED nº 03, de 18 de março de 2010.

[129] Índice Herfindahl-Hirschman.

[130] Consulente: Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas (“Abifarma”). Julgado em 22.01.2003.

[131] Representante: CPI dos Medicamentos. Representados: Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (“ABCPharma”) e Brasíndice. Julgado em 17.12.1999.

[132] A Orientação Interpretativa nº 5 da CMED buscou indicar que os hospitais não devem lucrar com a venda de insumos hospitalares, devendo apenas serem reembolsados pelo valor pago para os fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares.

[133] United States vs Airline Tariff Publishing Co., 1994-2 Trade Cas. (CCH) 70,687 D.D.C. Aug. 10, 1994). In: <http://www.usdoj.gov/atr/cases/dir23.htm>.

[134] No Brasil, a ATPCO também foi objeto de investigação por prática anticompetitiva. A então Secretaria de Direito Econômico instaurou o Processo Administrativo nº 08012.002028/2002-24 para investigar possível prática de infração à ordem econômica pela ATPCO, em função de determinadas ferramentas disponibilizadas em seu sistema de reserva para as companhias aéreas brasileiras, que facilitavam o comportamento colusivo. Em 02.02.2004, foi celebrado Termo de Compromisso de Cessação de Prática com a empresa, com conteúdo semelhante ao firmado nos Estados Unidos. O acordo foi homologado pelo Cade em 23.03.2005.

[135] A decisão da Comissão Europeia foi confirmada pela Corte Europeia de Justiça: AC-Treuhand AG v European Commission, Case C-194/19 P, julgamento em 22.10.2015.

[136] In: <https://www.simpro.com.br/PortalPages/Revista/RevistaSimproHospitalar.aspx>. Acesso em 27.01.2019.

[137] A Resolução CMED nº 02/2018 disciplina o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades decorrentes de condutas que infrinjam as normas reguladoras do mercado de medicamentos.

[138] In: <http://www.wareline.com.br/wareline/noticias/sistema-wareline-conectado-ao-brasindice/>. Acesso em 04.03.2019.

[139] A “primeira contratante” referida no contrato é o estabelecimento de saúde e a “segunda contratante”, a operadora do plano de saúde.

[140] Representante: Secretaria de Direito Econômico *ex officio*. Representada: Associação Brasileira de Agências de Viagens do Rio de Janeiro – ABAV-RJ. Julgado em 20.02.2013.

[141] Representante: Ministério Público de Pernambuco. Representados: Sindicato dos Centros de Formação de Condutores de Pernambuco e Luiz de Oliveira Lima Filho. Julgado em 25.02.2015.

[142] Representante: Secretaria de Direito Econômico *ex officio*. Representados: Associação Brasileira das Agências de Viagem de São Paulo e outros. Julgado em 01.10.2014.

[143] Representante: Secretaria de Direito Econômico *ex officio*. Representados: Sindicato das Empresas de Transporte de Combustível e Derivados de Petróleo do Estado de Minas Gerais (SINDTANQUE/MG) e Juarez Alvarenga Lage. Julgado em 05.02.2014.

[144] Em alguns casos houve a absolvição de pessoas físicas e jurídicas por terem comprovado que não participaram da realização da conduta.

[145] PA 08012.007011/2006-97, rel. Conselheiro Alexandre Cordeiro Macedo, julg. 19/04/2017;

PA 08012.009566/2010-50, rel. Conselheiro Alexandre Cordeiro Macedo, julg. 05/04/2017; PA 08012.002874/2004-14, rel. Conselheiro Alexandre Cordeiro Macedo, julg. 01/02/2017; PA 08012.009381/2006-69, rel. Conselheiro João Paulo Resende, julg. 09/12/2015; PA 08012.004276/2004-71, rel. Ana Frazão, julg. 29/07/2015; PA 08012.005101/2004-81, rel. Conselheira Ana Frazão, julg. 20/05/2015; PA 08700.006965/2013-53, rel. Márcio Oliveira Junior, julg. 22/04/2015 (o Conselheiro Gilvandro Araújo abriu divergência quanto à análise utilizada, votando pelo tratamento do ilícito como por objeto, no que foi acompanhado pelo restante do Plenário); PA 08012.006647/2004-50, rel. Conselheiro Gilvandro Araújo, julg. 11/03/2015; PA 08012.000432/2005-14, rel. Conselheiro Gilvandro Araújo; julg. 25/02/2015; PA 08700.008551/2013-69, rel. Conselheiro Gilvandro Araújo, jul. 26/11/2014; PA 08012.005004/2004-99, rel. Conselheira Ana Frazão, julg. 10/12/2014; PA 08012.000261/2011-63, rel. Conselheira Ana Frazão, julg. 01/10/2014; PA 08012.007002/2009-49, rel. Conselheiro Ricardo Machado Ruiz, julg. 07/02/2014; PA 08012.000415/2003-15, rel. Conselheiro Ricardo Machado Ruiz, julg. 19/02/2014.

[146] Em manifestação nos autos, a Organização Andrei Editora Ltda. respondeu que não é de sua responsabilidade a edição do Guia Farmacêutico Brasíndice, mas sim da Andrei Publicações Médicas Farmacêuticas e Técnicas Ltda. (SEI nº 0076774).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Cordeiro Macedo, Superintendente-Geral**, em 17/10/2019, às 19:01, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Mário Sérgio Rocha Gordilho Júnior, Coordenador-Geral**, em 17/10/2019, às 22:23, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Viana Reis, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 17/10/2019, às 22:50, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0656473** e o código CRC **97963165**.

Referência: Processo nº 08700.001180/2015-56

SEI nº 0656473



**Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP
Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE
Superintendência-Geral - SG**

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Taurisano, 2º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP
70770-504
Telefone: (61) 3221-8436 - www.cade.gov.br

DESPACHO SG INSTAURAÇÃO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 22/2019

Inquérito Administrativo nº 08700.001180/2015-56

Representante: Ministério Público Federal do Estado de São Paulo

Representados: Simpro Publicações e Teleprocessamento Ltda. e Andrei Publicações Médicas Farmacêuticas e Técnicas Ltda.

Advogados: Liliana Baptista Fernandes, Roseli Torrezan e outros.

Tendo em vista a Nota Técnica nº 34/2019/SGA1/SG, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei nº 9.784/99, íntegro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Pelos fundamentos apontados na Nota Técnica, decido: (i) pela inclusão no pólo passivo do feito da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, do Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de Pernambuco e do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Mato Grosso do Sul; (ii) pela instauração de processo administrativo em face da Andrei Publicações Médicas Farmacêuticas e Técnicas Ltda. e da Simpro Publicações e Teleprocessamento Ltda., nos termos dos artigos 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade, a fim de ser investigada conduta passível de enquadramento no art. 36, inciso I, c/c § 3º, inciso II, da Lei nº 12.529/11; e (iii) pela instauração de processo administrativo em face da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, do Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de Pernambuco e do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Mato Grosso do Sul, nos termos dos artigos 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade, a fim de ser investigada conduta passível de enquadramento no art. 36, inciso I, c/c § 3º, inciso II, da Lei nº 12.529/11. Notifiquem-se os Representados, nos termos do art. 70 do referido diploma legal, para que apresentem defesa no prazo de 30 (trinta) dias. Neste mesmo prazo, os Representados deverão especificar e justificar as provas que pretendem sejam produzidas, que serão analisadas pela autoridade nos termos do art. 154 do Regimento Interno do Cade. Caso os Representados tenham interesse na produção de prova testemunhal, deverão indicar na peça de defesa a qualificação completa de até 3 (três) testemunhas, a serem ouvidas na sede do Cade, conforme previsto no art. 70 da Lei nº 12.529/2011 c.c. art. 154, §2º, do Regimento Interno do Cade. Ao Setor Processual. Publique-se.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Cordeiro Macedo**,



Superintendente-Geral, em 17/10/2019, às 19:01, conforme horário oficial de Brasília e Resolução Cade nº 11, de 02 de dezembro de 2014.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_externo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.cade.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o
código verificador **0656562** e o código CRC **6067BD16**.

Referência: Processo nº 08700.001180/2015-56

SEI nº 0656562



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA - MARANHÃO
Gabinete do 13º Ofício

Ref.: Procedimento Administrativo nº 1.19.000.002401/2018-12

DESPACHO Nº. 30/ 2020

Diante dos encaminhamentos listados na reunião ocorrida em dezembro de 2019, e considerando que a **Consulta Pública ANS n. 76** teve seu término adiado para o dia 25/01/20 (conforme informação constante no sítio eletrônico da ANS), determino:

1. Encaminhe-se à Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde e à Cmed, cópia da Nota Técnica nº. 41/2015/DEE/CADE, de 26 de abril de 2016, da Nota Técnica n. 34/2019/CGAA3/SGA1/SG/CADE, de 17 de outubro de 2019, acompanhada do Despacho n. 22, de 17 de Outubro de 2019, oriundo da Superintendência-Geral do Cade, onde se determinou a instauração de processo administrativo, nos termos dos arts. 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade.

Registre-se que o acesso público do processo n. 08700.001180/2015-56 pode ser realizado através do site: <https://sei.cade.gov.br/sei>.

Na oportunidade, solicite-se às mesmas manifestação atualizada acerca do panorama das ações judiciais acompanhadas pelos representantes e pela Advocacia-Geral da União, detalhando as medidas que visam a reversibilidade dos comandos judiciais que suspenderam os efeitos da Resolução Cmed n. 2/2018.

2. Encaminhe-se ao Cade cópia das Recomendações expedidas à ANS e à Cmed, acompanhada de cópia da Exposição de Motivos e da Nota Técnica lançadas no âmbito da Consulta Pública aberta pela ANS, com vistas ao oferecimento de subsídios ao procedimento administrativo instaurado pelo Cade.

De outro lado, diante da iminência da conclusão do prazo para o envio de contribuições no âmbito da **Consulta Pública n. 76 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, datada para o dia 25/01/20, tenho que as seguintes considerações devem ser encaminhadas à agência reguladora:

Assinado com login e senha por HILTON ARAUJO DE MELO, em 25/01/2020 11:08. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 0AC95B29-D8FP5C76-A0533ED0-04A18A84

1. Encaminhe-se, como contribuição, cópia da Nota Técnica nº. 41/2015/DEE/CADE, de 26 de abril de 2016, da Nota Técnica nº. 34/2019/CGAA3/SGA1/SG/CADE, de 17 de outubro de 2019, acompanhada do Despacho n. 22, de 17 de Outubro de 2019, oriundo da Superintendência-Geral do Cade, onde se determinou a instauração de processo administrativo, nos termos dos arts. 13, V, 69 e seguintes da Lei nº 12.529/2011 c/c artigos 145 e seguintes do Regimento Interno do Cade.
2. Encaminhe-se, como contribuição, relatório atualizado acerca do **panorama das ações judiciais acompanhadas pelos representantes da Cmed, do Ministério da Saúde e pela Advocacia-Geral da União**, detalhando as medidas que visam a reversibilidade dos comandos judiciais isolados que suspenderam os efeitos da **Resolução Cmed n. 2/2018**;

Além disso, como contribuição, encaminhe-se o seguinte:

CONTRIBUIÇÃO DO MPF À CONSULTA ANS N. 76:

1. Introdução

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS anunciou a abertura da Consulta Pública n. 76, que dispõe sobre a revisão das regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, além de regulamentar o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas recebidas pelo canal disponibilizado a prestadores e operadoras no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br), na forma da Lei 13.003/14.

O tema da Saúde Suplementar tem sido acompanhado de perto pelo Ministério Público Federal, tendo a instituição participado ativamente dos trabalhos desenvolvidos pela agência no âmbito da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – Catec, instituída em outubro de 2018. Notadamente, o MPF tem instado a ANS a promover a revisão de aspectos relacionados ao modelo de contratualização entre operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos prestadores de serviços (hospitais e clínicas), sobretudo a envolver a precificação de medicamentos e demais insumos utilizados durante a prestação dos serviços de assistência à saúde dos consumidores.

Conforme se apurou, a regulação nos moldes atuais tem permitido que os prestadores cobrem das operadoras valores irreais pelos medicamentos dispensados e insumos utilizados durante o tratamento de saúde dos beneficiários, escorados em cláusulas contratuais que preveem a presença de indexadores e outros índices não oficiais (tabelas privadas) na precificação dos medicamentos e demais insumos utilizados durante a prestação de serviços.

De acordo com a investigação do MPF, apoiada em estudos realizados pelo

valiosas quaisquer contribuições ou alternativas que indiquem as melhores experiências nacionais e internacionais no setor de saúde suplementar, inclusive quanto ao melhor modelo de transição a ser escolhido, com o cuidado de se prever medida de tempo adequada para que os contratos fossem revistos e mesmo quais as condições para eventuais revisões dos valores cobrados a título de diárias e taxas (serviços propriamente ditos) pelos prestadores de serviços, de modo a se ter preservado o equilíbrio econômico-financeiro das atuais avenças.

É sabido que o modelo de remuneração no setor da saúde suplementar já vem sendo discutido pelos próprios agentes econômicos, onde os modelos de pagamentos por serviço (fee for service) e por performance ou valor (fee for value) somam-se a outras iniciativas já experimentadas, com foco na maior qualidade e no menor custo, propiciando assim mais sustentabilidade ao sistema.

Considerando que o mercado e seus agentes econômicos sempre estão em constante movimento, é curial reconhecer que a regulação nunca estará pronta e acabada, suscitando assim o olhar estatal permanente, enquanto agente normativo e regulador da atividade econômica, zelando-se pelo desenvolvimento nacional equilibrado, pela preservação dos mercados e a defesa do interesse coletivo.

2. Propostas

Solicite-se que o exame regulatório promovido pela ANS, com visas à revisão do modelo de remuneração dos serviços na saúde suplementar no país, alcance o nível de Análise de Impacto Regulatório Nível II, quando a experiência internacional deve ser levada em consideração, tendo em vista a complexidade do tema e padronização global dos grupos econômicos ligados ao setor privado de assistência à saúde, mormente sob a perspectiva que prioriza as melhores técnicas de *compliance*, que adverte para a confecção de um modelo de remuneração em saúde de forma transparente e cuja eficiência liga-se à ideia de valor;

Solicite-se que o estudo regulatório examine proposta no sentido de incluir expressamente no art. 9º na Resolução em discussão que "*os valores dos serviços contratualizados devem ser expressos de forma clara e objetiva, em moeda corrente, cabendo às partes optarem expressamente pelo modelo de remuneração baseado na prestação onerosa de serviços com aplicação de materiais, ou ainda, pelo modelo com previsão de reembolso pelos valores gastos com os medicamentos, insumos e materiais utilizados no decorrer da prestação dos procedimentos e serviços contratualizados*".

Além disso, postula-se o exame quanto à inclusão no §3º do mesmo art. 9º, da seguinte redação: "*Em caso de utilização de tabela de referência para definição dos valores dos procedimentos e serviços contratualizados, esta deve estar devidamente*

Conselho Administrativo de Defesa Econômica – Cade, a prática em questão demonstra flagrante falha de funcionamento desse mercado, com indícios de práticas anticompetitivas, com potencial tabelamento de preços e inflação artificial sobre os serviços de saúde prestados.

Para se ter uma ideia da lista de comportamentos indesejados que são estimulados a partir da atual regulação, tem-se a constatação de que a diferença entre o valor da tabela e o preço efetivamente negociado pelos estabelecimentos na compra dos medicamentos e materiais de saúde tem constituído margem de lucro dos hospitais. Diante disso, o fabricante que vier a oferecer um produto com a melhor relação de “reembolso” para o hospital é aquele que naturalmente “ganhará” o negócio, mesmo que o produto oferecido não seja o melhor ou mais apropriado para o consumidor-paciente.

Além disso, vale referir que até mesmo por questões tributárias, os hospitais e clínicas estariam impedidos de promover mercancia sobre os medicamentos e insumos, na medida que gozam de isenções tributárias específicas, as quais vedam o lucro com a venda de medicamentos e materiais.

Os problemas regulatórios existem e suscitam a atuação permanente da ANS, que tem papel fundamental no processo de equilibrar os princípios e valores da ordem econômica, entre eles a livre iniciativa, a livre concorrência, a regulação dos mercados e a defesa do consumidor. Além disso, cabe à ANS a prestigiada missão de orientar e planejar os rumos do setor, com vistas à eficiência do mercado, corrigindo ou atenuando suas falhas.

Recentemente, este papel foi enaltecido com a edição da Lei Federal n. 13.848/19, que dispõe sobre o processo decisório das agências reguladoras, prescrevendo-se que a adoção e as propostas de alteração de atos normativos de interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados serão, nos termos de regulamento, precedidas da realização de Análise de Impacto Regulatório (AIR), que conterá informações e dados sobre os possíveis efeitos do ato normativo (art. 6º).

Nesse sentido, a lei tratou de indicar que serão objeto de consulta pública, previamente à tomada de decisão pelo conselho diretor ou pela diretoria colegiada, as minutas e as propostas de alteração de atos normativos de interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados (art. 9º).

Durante todo o processo de discussão regulatória, diversos estabelecimentos e entidades representativas do setor de saúde suplementar têm oferecido subsídios valiosos durante a formulação da revisão regulatória que ora se examina, servindo esse momento de consulta pública e participação popular como mais um instrumento a servir no âmbito da Avaliação de Impacto Regulatório a ser apresentada pela agência reguladora juntamente com a revisão do normativo atualmente vigente.

Por fim, vale registrar que no estudo da norma em revisão, tornam-se

identificada no contrato e guardar correspondência com os preços praticados no mercado.

Sugestiona-se a inclusão de novo inciso ao parágrafo 3º do art. 9º, com a previsão do seguinte "*Para a definição dos valores a serem pagos pelas operadoras, a título de reembolso por medicamentos, insumos e materiais utilizados no decorrer da prestação dos procedimentos e serviços contratualizado, é vedada ainda a utilização de tabelas que repliquem ou tomem como referencial o chamado Preço Máximo ao Consumidor - PMC.*

Por fim, sugestiona-se a inclusão de novo parágrafo ao art. 9º, com vistas a prever o seguinte: "*Os modelos de remuneração citados neste artigo não vedam a especificação adequada no contrato quanto aos serviços prestados, notadamente em relação à seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, insumos e materiais utilizados no decorrer da prestação dos procedimentos e serviços, cujos valores devem guardar relação com a complexidade e extensão dos serviços, vedada a indexação sobre o valor em si dos medicamentos, insumos e materiais".*

Dante dos impactos imediatos sobre o setor, curial reconhecer um período de adaptação às novas regras, onde os instrumentos contratuais deverão ser revistos e os agentes econômicos revisitarão suas práticas. Vale registrar ainda que a ANS tem competência para celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso com as operadoras, cabendo-lhe fiscalizar o seu cumprimento (art. 4º, caput, XXXIX, da Lei nº. 9.961/2000).

3. Dos subsídios

São inúmeras e variadas as razões fáticas e jurídicas para que a regulação do setor de saúde suplementar vede o uso de tabelas privadas, com preços que não correspondem à realidade de mercado, no âmbito dos contratos firmados pelas operadoras de planos de saúde.

Como é cediço, o uso de tabelas que não refletem os valores de mercado ou que configurem mero simulacro da realidade, fixando-se os preços nos patamares máximos permitidos à venda direta ao consumidor (ou muito próximo dele) é prática que viola inicialmente o **direito do consumidor** usuário do plano de saúde, notadamente por descumprir com os deveres de lealdade contratual, no sentido de se fornecer informação adequada, clara e transparente.

Vale frisar que os preços verdadeiramente praticados no mercado de saúde suplementar devem estar acessíveis aos beneficiários dos planos, seja porque estes são os verdadeiros consumidores dos serviços prestados, arcando pelas despesas correspondentes, seja porque a Resolução ANS n. 389 assim prescreve.

Com efeito, a aludida Resolução estipula que as operadoras devem

disponibilizar na internet um sistema de consulta onde constem todos os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede própria, credenciada, referenciada, cooperada, na rede indireta ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso (art. 8º).

Diz ainda que as informações deverão ser apresentadas de forma agrupada por categoria de despesa, de acordo com a natureza do procedimento, constando a data do procedimento, informações do prestador e valores das despesas, além da categorização das despesas em: Consultas, Exames/Terapias, Internação, Outras despesas e Odontologia.

No ponto, é certo dizer que não haveria qualquer sentido em se reconhecer tais deveres de transparência e clareza para com o consumidor quando se estivesse a permitir que os valores anunciados pelas operadoras não guardassem a devida coerência com a realidade vivida e sentida por tais consumidores, sob pena do reconhecimento da flagrante abusividade na cobrança em relação a medicamentos e insumos tabelados unilateralmente por institutos privados.

Os problemas regulatórios associados à permissividades de tabelas privadas irreais no modelo de remuneração da saúde suplementar não param por aí.

Os estudos e as investigações presentes no âmbito do MPF, do Cade, do Ministério da Saúde e da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - Cmed, são fartos em elementos a serem levados em consideração pela ANS, a luz dos deveres de interação entre as agências reguladoras e os órgãos de defesa da concorrência e da articulação das agências reguladoras com os órgãos de defesa do consumidor, conforme os arts. 25/28 e 31/33 da Lei n. 13.848/19.

Inicialmente, registre-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS é órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde e tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadoras e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (art. 1º, caput, e art. 3º da Lei nº. 9.961/2000).

À ANS compete propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar e estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras (art. 4º, caput, I e II, da Lei nº. 9.961/2000).

Também compete à ANS fixar critérios para os procedimentos de credenciamento de prestadores de serviço às operadoras e estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de plano de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde (art. 4º, caput, IV e VII, da Lei nº. 9.961/2000).

Outrossim, deve a ANS autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvindo o Ministério da Fazenda e expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas a homologação de reajustes e revisões (art. 4º, caput, XVII e XVIII, da lei nº. Lei nº. 9.961/2000).

Ademais, a ANS deve monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos, além de fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento (art. 4º, caput, XXI e XXIII, da Lei nº. 9.961/2000).

Por fim, é papel da ANS adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde e articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observando o disposto no Código de Defesa do Consumidor (art. 4º, caput, XXXII e XXXVI, da Lei nº. 9.961/2000).

Diante de tais atribuições legais, é de conhecimento da agência reguladora o que consta no Inquérito Administrativo nº. 08700.001180/2015-56, que tramita no Conselho Administrativo de Defesa Econômica - Cade, com vistas a apurar o uso, pela rede hospitalar privada, de tabelas de preços de materiais médico-hospitalares e de medicamentos publicados por revistas privadas como referências para os reembolsos e/ou pagamentos pelas operadoras de planos de saúde em razão dos serviços prestados.

De acordo com o teor da Nota Técnica nº. 41/2015 do Departamento de Estudos Econômicos – DEE do Cade, há fortes indícios de uma extensa relação de práticas econômicas anticompetitivas e abusivas no setor hospitalar derivadas do uso indevido de tabelas privadas como o Simpro e a Brasíndice.

A referida Nota Técnica apontou que o uso de tabelas privadas ou de índices como o Preço Máximo ao Consumidor - PMC caracterizam a prática de revenda enquanto prática comercial, e não o simples reembolso, tendo em vista que os hospitais e clínicas não estão cobrando de acordo com os preços de aquisição.

Destaque-se que reembolso significa a restituição do dinheiro gasto com algo e que a exigência de valor superior ao despendido significa revenda, inserida, portanto, no atividade de comércio e ensejadora, ademais, de lucro (Nota Técnica nº. 41/2015 do Departamento de Estudos Econômicos - DEE do Conselho Administrativo de Defesa Econômica - Cade).

O Inquérito Administrativo do Cade já indicou que o uso de tabelas privadas de preços como referência é ilegal porque (i) induz conduta colusiva por parte de hospitais, fabricantes e distribuidores de medicamentos e de materiais médico-hospitalares; (ii)

há inflação dos preços produtos, dando ensejo à cobrança por hospitais e clínicas de sobrepreço das operadoras de planos de saúde; (iii) consiste em regulação privada de mercado de bens e serviços; (iv) gera o aumento arbitrário dos lucros.

A investigação do Cade também já constatou o desvirtuamento da regulação existente quanto ao mercado de medicamentos, uma vez que nos contratos firmados entre operadores de planos e seguros de saúde e hospitais e clínicas (i) o preço teto regulamentar (o máximo), que visa limitar os preços praticados, é usado como preço de base (o mínimo); (ii) o teto "preço máximo ao consumidor", de aplicação exclusiva ao varejo (farmácias e drogarias), é indevidamente usado nesses mesmos contratos em vez do teto "preço fábrica", de observância obrigatória por hospitais e clínicas e que é inferior àquele primeiro.

As práticas acima indicadas atentam contra a boa-fé e lesam os direitos ao respeito à dignidade e à saúde dos consumidores de planos e seguros de saúde, porquanto a lógica do setor prima pelo uso dos produtos que gerarão maior lucro, e não a maior eficiência no tratamento.

É cediço que hospitais e clínicas adquirem diretamente de fabricantes ou de distribuidores os medicamentos e outros materiais médico-hospitalares que de que fazem uso no serviço prestado, negociando os preços de aquisição com tais fornecedores, isto é, a preços mais baixos que a mercado (Nota Técnica nº. 41/2015 do DEE/Cade).

As tabelas privadas de preços, tais como a Brasíndice e Simpro, são usadas por hospitais e clínicas como referência nos contratos que firmam com planos de saúde para a exigência dos valores dos medicamentos e/ou outros materiais médico-hospitalares usados na prestação de seus serviços de cuidado à saúde (Nota Técnica nº. 41/2015 do DEE/Cade).

As referidas práticas vulneram o direito à proteção dos interesses econômicos dos consumidores de planos e seguros de saúde, pois fomentam o aumento no custo da prestação dos serviços de cuidado à saúde, gerando, consequentemente, a majoração das contraprestações pagas à operadoras.

O sistema atual de remuneração baseado em tabelas privadas irreais é viciado inclusive porque incentiva comportamentos ineficiente e imorais de agentes incorporados à cadeia econômica, visto que a prática hospitalar pode incentivar a compra de produtos mais caros - ou mesmo menos eficientes - em detrimento das melhores escolhas, sempre que o *gap* entre o preço real de aquisição e o preço constante em tabela representar um forte incentivo ao agente.

Trata-se assim de relevante comportamento moral a ser corrigido e evitado, constituindo-se como falha de mercado e como medida a ser mitigada pelo órgão regulador.

Não se deve ignorar ainda que hospitais e clínicas desenvolvem a atividade

tributada de prestação de serviço cujo objeto é o cuidado à saúde (serviço médico-hospitalar) e não exercem nem como atividade principal nem como atividade subsidiária o comércio de medicamentos ou de materiais de uso médico-hospitalar (arts. 4º, VIII e IX, e 5º, caput, da lei nº. 5.991/73 e Orientação Interpretativa nº. 05/2009 da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - Cmed).

Isso porque hospitais e clínicas recebem notável tratamento tributário diferenciado, sendo tributados apenas pelo fato de prestarem serviços, ainda que tal prestação envolva fornecimento de mercadorias, e por isso são isentos do pagamento de ICMS sobre tal atividade (art. 1º, § 2º, da Lei Complementar nº. 116/2003) e assim, a prática de revenda de medicamentos acaba por configurar possível prática de evasão ou elusão fiscal (elisão ineficaz).

Após, aguarde-se a conclusão da análise de impacto regulatório pela ANS.

São Luís, 25 de janeiro de 2020.

HILTON ARAÚJO DE MELO
PROCURADOR DA REPÚBLICA

Assinado com login e senha por HILTON ARAÚJO DE MELO, em 25/01/2020 11:08. Para verificar a autenticidade acesse [http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento](http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodокументo). Chave 0AC95E29.D8FF5C76.A0533ED0.04A16A84

