



Ministério da Justiça - MJ
Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE
SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Taurisano, 4º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70770-504
Telefone: (61) 3221-8409 e Fax: (61) 3326-9733 - www.cade.gov.br

NOTA TÉCNICA Nº 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 Brasíndice)

Autores: Ricardo Medeiros de Castro.

Conclusão: A princípio, há diversos indícios que colocam em dúvida a licitude de tabelas de preço (como Simpro e Brasíndice), 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 que 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-á 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 nº3/2009, 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 com o site <http://www.simpro.com.br/indiceduvidas.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 Brasíndice foi desenvolvido 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 Brasíndice 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 (seiscentos 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 Brasíndice (bem como o uso indevido da regulação), aparentemente, descumpe 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 Brasíndice. A impressão e a divulgação destas tabelas induz prática colusiva 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 Brasíndice 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 Brasíndice, 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, III, 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 Vinicius 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



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

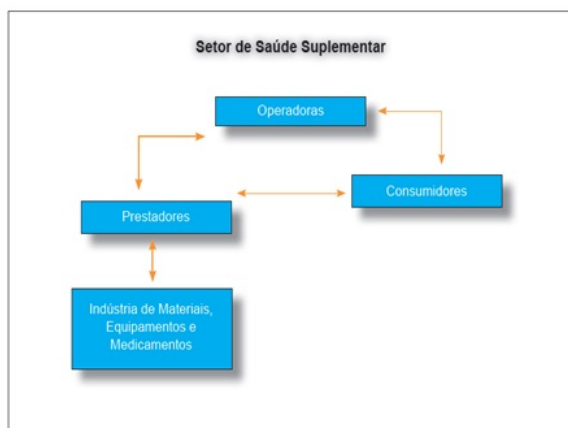
4.1. Agentes do mercado

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:

- **Operadores** - 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 regulação a respeito de qual é o preço máximo que os hospitais podem cobrar pelo reembolso de fármacos ministrados (via 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 impôs 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 do 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 1.939/2009**) 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. Deste modo, incentiva-se que o médico tenha maior interesse na cura do paciente (e tenha 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 inserta 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 (acertando quanto que os convênios irão pagar por tais medicamentos – vide Processo-Consulta CFM N° 10.760/1999 PC/CFM/N° 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) CMED

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 de 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 (art.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.793 de 1993, Lei 9.787/99, Decreto 3.181 de 1999, entre outras normas). Em 1999, esta legislação, além de criar a 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

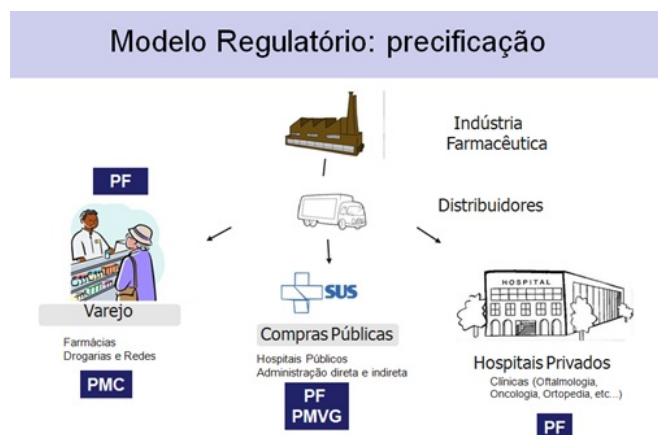
predeterminado e foi responsável pela criação da Câmara de Medicamentos (CAMED), novo órgão regulador do setor. “As formas de regulação utilizadas pela CAMED foram o congelamento” (MIZIARA, 2013, p. 55).

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:

- a. **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.
- b. **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.**
- c. **Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG** é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF [$PF \times (1 - CAP)$]. 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



Fonte: ANVISA

30. Repise-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.

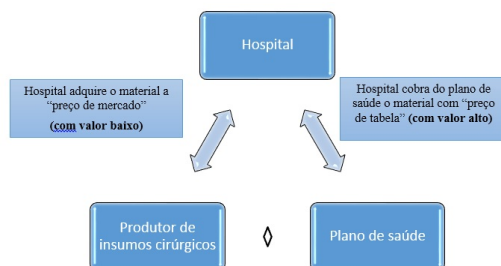
4.3. Distorção dos preços regulados e não-regulados

31. Como dito no início deste estudo, há fortes indícios de que os preços máximos estipulados pela CMED (Preço Fábrica) acima descritos, são descumpridos 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 ressarcimento 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. E 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 solicitado 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.

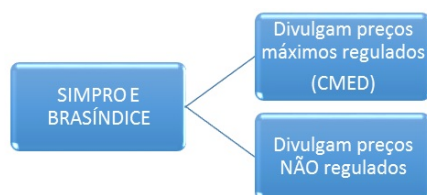
FIGURA 4 – REVENDA DE INSUMOS HOSPITALARES



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 Simpro e pela tabela Brasíndice, quais 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 concorrencial. Do ponto de vista regulatório, o preço que deveria ser teto, passa a ser visto pelos hospitais como se “preço base” fosse, distorcendo, portanto, o conceito de limite de preços, imposto pela regulação. Do ponto de vista concorrencial, 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 concorrencial, 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 contratualizar tais valores, (e é isto que permite o lucro hospitalar elevado, derivado da diferença do preço de mercado real em relação a este preço fantasioso 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 utiliza os seus serviços. Como se sabe, para que os hospitais possam prestar seus 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 reembolso e segue regras contratuais entre essas duas partes.

Ocorre que, ao longo dos anos, foi se consolidando a prática de adotar como referência contratual para os reembolsos os preços publicados pela CMED dos produtos de cada fabricantes” [para casos de medicamentos via tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE]. “Assim, 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” [via tabela BRASÍNDICE e SIMPRO]. “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.

** 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 contratualiza com a grande maioria dos hospitais brasileiros (que possuem isenção tributária no reembolso de medicamentos, justamente porque se acredita que

o hospital não lucro 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 Brasíndice 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 licitamente 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 (cobrada 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 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 ineficiente, 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).

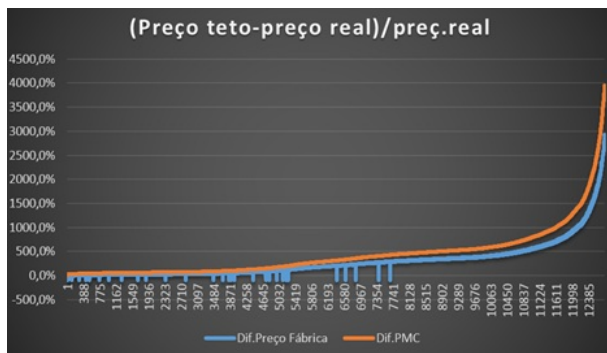
B) Preços teto muito grandes e desproporcionais com os preços reais

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)



Fonte: elaboração própria

47. Verifica-se deste modo, que eventual cobrança de preço-teto de medicamentos no Brasil é – sem sombra de dúvidas – 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 licitação (R\$)	Preço-Fábrica (R\$)	Desconto
Captopril comp.25mg	0,02	0,48	95,8%
Ranitidina comp.	0,08	0,48	88,4%
Enalapril Maleato comp.	0,03	0,29	89,6%
Hidroclorotiazida (cento) 25mg	2,00	7,25	72,4%
Cefalexina drág. 500mg	0,22	1,75	91,2%
Niatina creme vaginal – Tubo de 60g	1,12	8,45	90,7%

(TC 034.197/2011-7 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 SP	Preço CMED	Variação (%)
Cloridrato de sibutramina	10 mg caixa 30 cápsula	24,46	106,65	330
Sinvastatina	20 mg caixa 30 comprimidos	33,45	65,79	97
Loridrato de sertralina	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	33,35	59,23	78

Média de variação (44 produtos pesquisados) – 40%

Fonte: Adaptado de REMÉDIO pro bolso. *Revista do IDEC*. São Paulo, n. 130, p.16-20, mar. 2009. p. 19.

Fonte: (MIZIARA, 2013, p. 104)

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

Variação entre os preços praticados no mercado e o respectivo teto (pesquisa IDEC publicada em 2010).

Faixa de variação de preço (%)	Total		Referência		Genérico	
	Quantidade de preços	Participação (%)	Quantidade de preços	Participação (%)	Quantidade de preços	Participação (%)
0 – 2	268	25	234	28	34	13
2,1 – 20	338	31	284	34	54	20
20,1 - 40	272	25	228	28	44	16
40,1 - 60	88	8	19	2	69	26
60,1 – 80	43	4	28	3	15	6
80,1 - 100	37	3	20	2	17	6
100,1 - 150	29	3	5	1	24	9
150,1 – 295	15	1	4	0	11	4
Acima do preço da CMED	2	0	2	0	—	—
Total	1092	100	824	100	268	100

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)

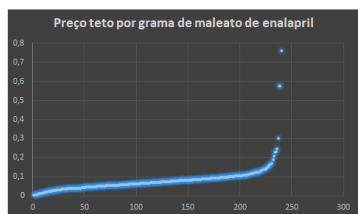
C) Preços teto diferentes para a mesma substância

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 Elapapril:

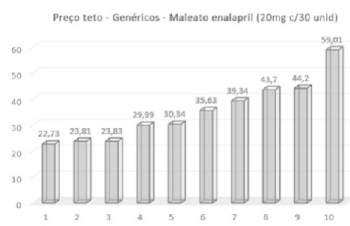
FIGURA 7 – PREÇO TETO DE DIFERENTES MEDICAMENTOS COM MESMO

PRINCÍPIO ATIVO- 2013

TODOS MEDICAMENTOS



APENAS GENÉRICOS



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 Atmos 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 Eupressin, da Biossintética, possuía preço teto de R\$ 0,3/g de maleato de enalapril. Assim, o Eupressin 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 Brasíndice [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 Eupressin (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/UFMG - 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 Eupressin continuam 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 diferenciado 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 daqueles 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, compreendeu-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 a proibição da publicação de Preço Máximo ao Consumidor – PMC, em qualquer meio de divulgação, para medicamentos cujo registro defina 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). Deste modo, como para hospitais se aplica o Preço Fábrica, deixou-se de publicar o PMC do blister de 500 comprimidos. Todavia, de nada 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, senão pior. Ou seja, se esta interpretação for a aplicada ao caso concreto, trata-se de uma forma de contornar a proibição regulatória.

FIGURA 8

GGREM	Medicamento (Laboratório)	Apresentação	ICMS 0%		ICMS 12%	
			PF	PMC	PF	PMC
Princípio Ativo: ATENOLOL						
507703009116112	ATENOLOL (EMS)	100 MG COM CT BL AL PLAS INC X 90 (EMB FRAC)	56,18	77,66	63,84	88,25
525912040014706	ATENOLOL (MULTILAB)	100 MG COM CT BL AL PLAS INC X 28	13,74	18,99	15,61	21,58
538001808116111	ATENOLOL (ACCORD)	100 MG COM REV CX BL AL/PVC X 300 (EMB HOSP)	279,25		317,32	
521112040053203	ANGIPRESS (BIOSINTÉTICA)	100 MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 30	29,5	40,78	33,53	46,35
527906002110115	ATENOLOL (PHARLAB)	100 MG COM CT BL AL PLAS INC X 500 (EMB HOSP)	151,39		172,03	
525912040014403	ATENOLOL (MULTILAB)	100MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 30	9,36	12,94	10,64	14,72

(1) PF - Preço Fábrica é o teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor de medicamentos pode comercializar um medicamento que produz. PMC - Preço Máximo ao Consumidor é o preço a ser praticado pelo comércio varejista, ou seja, farmácias e drogarias. (Resolução Interpretativa nº 02, 131/2008 - CMED).
(2) Alíquotas de ICMS 10% - RJ, ICMS 18% - SP e MG, ICMS 17% - demais estados, e ICMS 12% - PR e MS (somente para medicamentos genéricos).
(*) Medicamentos em embalagens hospitalares e de uso restrito a hospitais e clínicas não podem ser comercializados pelo Preço Máximo ao Consumidor. Resolução nº. 03 de 4/5/2009.

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.1 da Secretaria da Fazenda do Rio de Janeiro e da Orientação Interpretativa 5 da CMED. Segundo esta regulação:

“Os hospitais quando prestam serviços e na sua prestação envolva 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 significaria revenda e não reembolso. A revenda é um comércio, e como tal, não faz parte das atividades inerentes aos hospitais. Foi apoiada nesta tese que o Decreto-Lei nº 406, de 31 de dezembro de 1968, isentou os hospitais de pagar ICM 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 agora 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 n. 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 exerça 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 paraestatais, 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 precitada 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, farmácias 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 republicações 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 enquadrarem na definição acima

57. A orientação interpretativa 5/2009 da CMED é muito clara: o hospital deveria informar os custos que efetivamente incorreu, 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, criou-se uma forte contrarreação 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-mínimo”, 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 ressarcimento) de medicamentos pelo hospital, mas o hospital estava livre para cobrar lucro sobre a dispensa (armazenagem) do medicamento [que gize-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 desta 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 uma 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 cria 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 dos 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 descredenciaram, 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 contratá-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 ressarcidos 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

Princípio Ativo	Descrição	Unidade	PF + 24% ABRIL 2010 Exigido pelas clínicas	Preço Unimed ABRIL 2010
Ciclofosfamida	Gemzar 1g	Frasco	40,64	2
Docetaxel	Taxotere 20mg	Ampola	877,16	54
	Taxotere 80mg	Ampola	3.163,00	1.96
Gencitabina	Gemzar 1g	Frasco	718,45	28
Granisetrona	Kytril 3mg	Ampola	138,33	6
Irinotecano	Camptosar 100mg	Frasco	1.383,49	80
	Camptosar 40mg	Frasco	559,97	34
Oxaliplatina	Eloxatin 100mg	Ampola	3.525,43	2.34
	Eloxatin 50mg	Ampola	1.762,64	1.17
Rituximab	Mabthera 100mg	Frasco	1.282,23	1.19
	Mabthera 500mg	Frasco	6.401,42	5.68
Trastuzumab	Herceptin 440mg	Miligramas	21,53	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 se configurar 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 - Cooperativa 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. Deste modo, aceita-se a existência do referido sobrepreço (e do elevado custo de transação para desconstrução 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 que 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. Aliado 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 às 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 irreais) 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 afino 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 ressarcimento de despesas, impedindo a cobrança de preços inflados e irreais 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 precentes questões que lidaram superficialmente com a presente discussão. Com efeito, na Consulta 83/2002 (*Consulente Abifarma*), no Processo Administrativo 08012.012395/99-15 (*CPI vs ABCFarma e Brasíndice*), 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 Brasíndice e Simpro. Mais do que isto, o Cade – em todos os casos – compreendeu não haver infração concorrencial 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 ilícito 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) compreendeu que

"[há] vedação total à negociação coletiva de preços de hospitais, laboratórios e pronto-socorros". Tal ocorreria porque "autorizar hospitais e laboratórios a negociar coletivamente para impor preços representaria permitir efeitos indesejáveis ao setor de saúde e aos usuários. Lembre-se aqui que o CADE já vetou integralmente 2(duas) operações envolvendo 2(dois) hospitais, cada uma 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. Astrogildo 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 permitiria 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 afirmou categoricamente que *"a conduta [de cartel] é reprovável por si só, sem a necessidade de [análise dos] efeitos"* (ou seja, é um ilícito per se). Ratificando este posicionamento, a Conselheira Ana Frazão referiu que:

"Toda a argumentação relativa ao poder compensatório exaustivamente explorada no voto, como já adiantado, não alcança os hospitais, clínicas e laboratórios, entes empresariais 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 mais 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 extrapolem 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 anticoncorrenciais".

(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 ilícito 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 negociem preços, há vários indícios de que esta prática esteja ocorrendo atualmente. Mais do que isto, há indícios de que o Simpro e o Brasíndice 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 Brasíndice (e as informações do upstream) que facilitam o conluio em ambos 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 Brasíndice). 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 um apanhado – não exaustivo – da situação do setor hospitalar, coletando, 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 disso, em alguns casos, há até contratualização 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 realizada 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 a (f) estabilidade dos *market shares* e a uma (g) estrutura rígida de preços.

91. É bem de se verificar que, em mercados em que haja tal conformação de estrutura e comportamento, a mera obtenção indireta de informação de concorrentes já pode ensejar a adoção de condutas anticoncorrenciais, 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 (j) 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 concertado, sob o pálio 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 iminente, por força mesmo das condições estruturais e comportamentais já aludidas.

93. Além 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

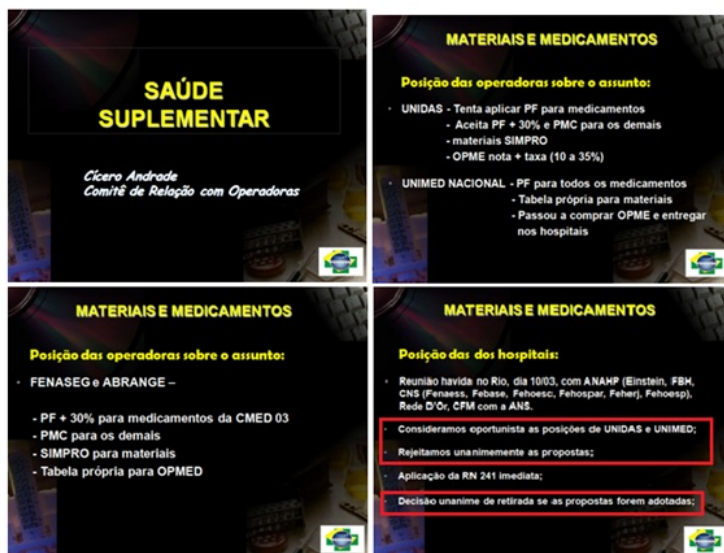
6.1.1. Negociação de diárias e taxas (e Simpro e Brasíndice), feita de maneira conjunta, por vários hospitais

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) Abrange. De acordo com os slides, cada grupo de operadores fez uma proposta distinta.

95. Unidas, Fenaseg e Abrange 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 OPMs (órteses 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, Einstein, 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/saude Suple mentar/PALESTRA_SAÚDE_SUPLEMENTAR_MAC_.ppt](http://www.sindhesulms.com.br/upload/saude%20suplementar/PALESTRA_SAÚDE_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

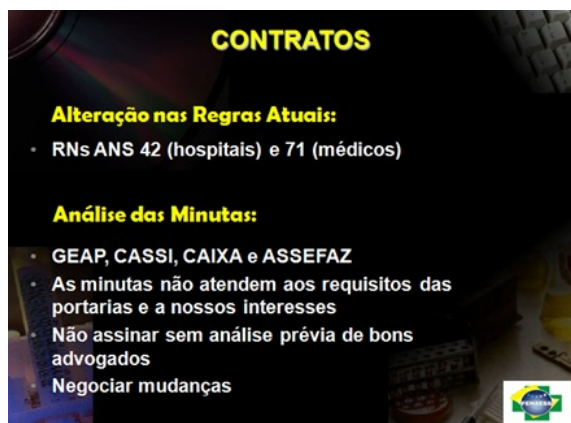
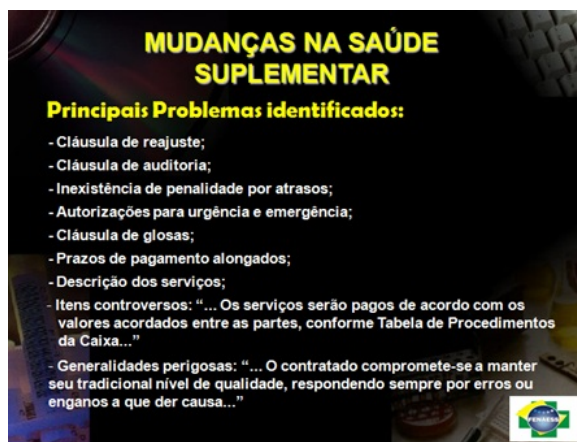


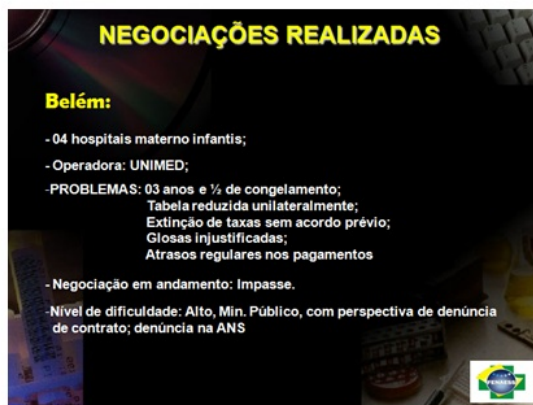
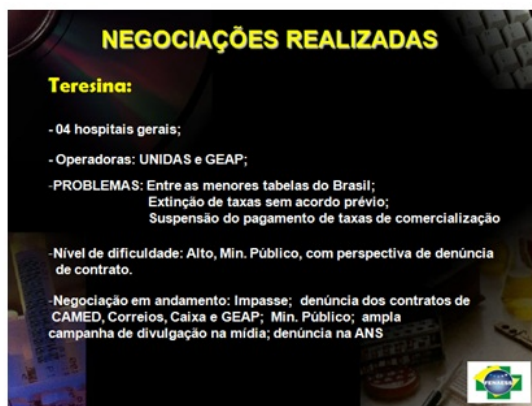
FIGURA 12 – SLIDES SOBRE NEGOCIAÇÃO COLETIVA



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

99. Também, a Fenaess 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.sindhedulms.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. Deste 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

AHCRJ - ASSOCIAÇÃO HOSPITAIS E CLÍNICAS DO ESTADO RIO DE JANEIRO
CNPJ: _____

1) DIÁRIAS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
80012006	DIARIA APARTAMENTO - CLÍNICO	R\$ 170,00
80012019	DIARIA APARTAMENTO - CIRÚRGICO	R\$ 170,00
80022006	DIARIA ENFERMARIA ATÉ 2 LEITOS - CLÍNICO	R\$ 114,00
80022014	DIARIA ENFERMARIA ATÉ 2 LEITOS - CIRÚRGICO	R\$ 114,00
80021108	DIARIA DE ACOMPANHANTE	R\$ 51,00
80021116	DIARIA DE BERCÁRIO	R\$ 52,00
80012590	DIARIA DAY CLINIC	R\$ 68,00
80032001	DIARIA UTI ADULTO	R\$ 341,00
80032052	DIARIA UTI PEDIÁTRICA/ NEONATAL	R\$ 341,00
81022026	TAXA DE REPOUSO	R\$ 17,47
81022930	TAXA DE ISOLAMENTO	R\$ 48,00

A) Diárias de apartamento, Berçário e Day Clinic inclui:

- ☐ Leite próprio (cama ou bérrio);
- ☐ Banheiro Privativo, Ar Condicionado, Frigorifer, TV, Geladeira e Telefone (para chamadas externas);
- ☐ Troca de roupa de cama e banho de paciente e acompanhante;
- ☐ Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- ☐ Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo o café da manhã do acompanhante;
- ☐ Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Aspições; e Curativos (Vasos, Cateteres, Curativos, etc.).

<https://www.t-connectmed.com.br/connectivity/images/Tabela-Associacao-Hospitais.pdf>

DEPARTAMENTO TÉCNICO:

- ▶ Atualização sistêmica das tabelas antigas, tabelas novas e contratos;
- ▶ Atualização do levantamento das negociações com os convênios;
- ▶ Preparação e envio das notificações Extras Judiciais para os Convênios;
- ▶ Estudo e proposta de novas negociações junto aos Convênios;
- ▶ Suporte a todos os Hospitais, Clínicas e Laboratórios pertencentes ao grupo de negociação;
- ▶ Análise dos contratos enviados pelos Convênios, se está dentro do padrão SINDIEG feito pelo Jurídico;
- ▶ Participante das reuniões de negociações junto as Operadoras de Saúde;
- ▶ Apuração dos percentuais de reajustes obtidos nas negociações das Diárias junto aos grupos de negociação (Outros); Monitoramento das datas de pagamento e dívidas realizadas pelas operadoras de saúde;
- ▶ Atualização do estudo para novas taxas e percentuais de aumento;
- ▶ Análise para aconselhamento de contratos na área de atuação do sindicato.

<http://sindhes.org.br/beneficios/>

102. Em complementação com algumas informações que constam na internet, este Departamento enviou ofícios a alguns planos de saúde. Verificou-se - considerando a amostra de ofícios enviados pelo DEE - que os hospitais se valem de tabelas de preços em vários Estados. Por exemplo, a Embratel [of.7355/2015] e a CAMED [of.7322/2015] , no âmbito do Estudo do DEE 08700.004219/2015-97, referiram que diversos contratos que possuem tem previsão expressa do uso da "tabela do sindicato" de hospitais, como preço a ser aplicado para cobrança de diárias e taxas.

103. Tal prática representa cartel, como se verifica abaixo:

TABELA 5 - PRECIFICAÇÃO CONJUNTA DE HOSPITAIS E CLÍNICAS

UF	Parte pública da resposta ao Of. 7355/2015/CADE (Estudo 08700.004219/2015-97)	Parte pública da resposta ao Of. 7322/2015/CADE (Estudo 08700.004219/2015-97)	Site com tabelas de preços de diárias (ou referência a tabelas)
AL		Sindicato Hospitais de Alagoas	
BA	Há tabela de Assoc/Sindicato		
CE		Há tabela de Assoc/Sindicato	
DF	Há tabela de Assoc/Sindicato		Vide provas referidas abaixo, além do site [http://sbhdf.org.br/sindicato/tabelas/]
GO	Há tabela de Assoc/Sindicato		
MA	Há tabela de Assoc/Sindicato	Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do MA	www.apcefsaudema.com.br/ver_secao.php?session_id=62
MA		Sindicato Hospitais e Clínicas de Saúde de São Luis	http://www.apcefsaudema.com.br/ver_secao.php?session_id=62
MS	Há tabela de Assoc/Sindicato		http://www.caams.org.br/arquivos/tabela_de_procedimentos_2009.pdf
MT	Há tabela de Assoc/Sindicato		http://www.sindessmat.com.br/portal/index.php/2014-03-08-20-11-16/beneficios-aos-associados
PA	Há tabela de Assoc/Sindicato		
PB	Há tabela de Assoc/Sindicato	Associação Paraibana de Hospitais	
PE	Há tabela de Assoc/Sindicato	Há tabela de Assoc/Sindicato	http://sindhospe.org.br/tabelas-2/
PE			
PR	Há tabela de Assoc/Sindicato		
RJ	Há tabela de Assoc/Sindicato	Há tabela de Assoc/Sindicato	www.aherj.com.br/modelocontratoatual.doc
RJ			https://www.connectmed.com.br/connectivity/images/Tabela-Associacao-Hospitais.pdf
RJ			http://www.aherj.com.br/wp-content/uploads/2015/11/Unidas.pdf
RN	Há tabela de Assoc/Sindicato	Há tabela de Assoc/Sindicato	
RS	Há tabela de Assoc/Sindicato		
SE	Há tabela de Assoc/Sindicato	Há tabela de Assoc/Sindicato	
ES			http://sincodives.com.br/iframe/default.aspx?id=ct100\$ct100\$AdminPanel1\$WebPartManager1\$wp1835636638\$wp319184138
ES			Ver também apelação 0037588-83.2013.8.08.0035 - T J/ES Diário Oficial da União - Seção 3 - n 69 - 29/08/2005 - tabela de diárias e taxas (SINDHESE UNIDAS)

104. Solicitou-se à Embratel e a CAMED para que declinassem o nome dos hospitais que usam tais tabelas. Abaixo são demonstrados quais são alguns dos hospitais que usam ainda tabelas de diárias negociadas em Sindicatos Hospitalares.

TABELA 6 - CONTRATOS EM VIGOR QUE SEGUEM TABELA DE DIÁRIAS DE 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 SERGIPE
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 PESQUEIRA 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 PERPETUO SOCORRO	BA	ASSOCIACAO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
ORTO-CL ORTOP REAB E TRAUMATOLOGIA LTDA	BA	ASSOCIACAO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
SANTA CASA DE MISERIC DE STO ANT DE JESUS	BA	ASSOCIACAO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
INSTITUTO BONFINENSE DE ASSISTENCIA E PROM SOCIAL	BA	ASSOCIACAO HOSPITALAR DO ESTADO DA BAHIA
CETRO-CENTRO ESPEC TRAUM REAB ORTOP LTDA	BA	ASSOCIACAO 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 BRASILENSE DE HOSPITAIS
IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	DF	SIND BRASILENSE DE HOSPITAIS
INST NEUROPSIQUIATRICO C GRANDE S/C 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 MARANHÃO
HOSPITAL SAO RAFAEL LTDA	MA	TABELA SIND ESTABELECIMENTOS SAUDE ESTADO MARANHÃO
HOSP DAS CLINICAS - INST GINEC OBST LTDA	MA	TABELA SIND ESTABELECIMENTOS SAUDE ESTADO MARANHÃO
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 MARANHÃO 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 S/C 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

105. A Embratel enviou uma série de Hospitais que utilizam tabelas de diárias e taxas que são negociadas no seio 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	PROSIL CLIN.MEDICA INFANTIL LEOPOLDINA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	PROSIL CLIN.MEDICA INFANTIL LEOPOLDINA LTDA	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	TJUCA SERV DE ASSIST MED CIRUR INFANT LTDA SAMCI	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	TJUCA SERV DE ASSIST MED CIRUR INFANT LTDA SAMCI	ACPERJ - Associação dos hospitais de pediatria RJ
RJ	PRONTOBABY 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	CGMB 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-URGÊNCIA 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	CENTROCARDIO 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	PSIL - 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	PRONTOCOR PRONTO SOCORRO CLINICO LTDA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
RJ	ASSOCIAÇÃO DO HOSPITAL EVANGÉLICO 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	ASSOCIACAO 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	AMIU - ASSIST. MED. PED. DE URGENCIA -JACAREPAGUA	AHCRJ - AHER - Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro [e pediatria RJ]
RJ	AMIU - 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	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DOURADENSE	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DOURADENSE	Associação dos hospitais de Campo Grande - MS
MS	ASSOCIACAO 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 DOENCAS DO FIGADO H S VICENTE	PROPASS - Associação dos Hospitais do Paraná
DF	HOSP.SAO FRANCISCO - FUMIHIKO 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 Abramge, as diversas Unimed, 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 Brasíndice 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 (Fenaess, Fehosul, Feherj, Fehospar, Fehoesc, Fehoeg, Febase e Fehoesp) e 90 sindicatos de saúde em atividade no país. A CNS fez campanha a favor do uso do price cap como piso, conforme já referido acima. A CNS fez campanha a favor do uso do Brasíndice 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 nacional nesta negociação de preços de diária, é bem possível que esteja orquestrando as atividades de suas federações e sindicatos subordinados para que a suposta cartelização [tanto do preço de diárias hospitalares, como da cobrança de margens de lucro padrão acima do teto ou do Brasíndice e Simpro não-regulados] seja frutífera.

109. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAP) 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 concorrem no downstream foi punida por negociar 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) negociava 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/index.php?](http://www.hospitalar.com/index.php?http://www.hospitalar.com/imprensa/not2030.html)
<http://www.hospitalar.com/imprensa/not2030.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. Cicero Andrade, contou com a presença do Dr. Manoel Gonçalves do ES, Dr. Antonio Magno do MA, Dr. José Ricardo de Melo do MT, Dr. Elson Miranda do RN, Dr. João Antonio Macedo Santana do SE, Dr. Pedro Wanderley do 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=1044&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 ortóteses e próteses. Em tal documento, a FENAESS sugere que todos os sindicatos a ela 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 Cicero 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 Aramicy 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 remuneraram os insumos 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 Marta	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 Lúcia	99	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Banco Central	Fumihiko (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	106	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CEF	São Lucas	512	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CAPESESP	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	Contrato padrão	1445	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	CNPQ	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 Luzia	245	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Embrapa	Igase	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 Luzia	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	Fassicra	Anchieta	313 e 337	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Fassicra	Prontonorte	1126	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Fassicra	Igase	1282	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Geipot	Santa Luzia		P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Geipot	Daher	961	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Ministério Público Militar	Prontonorte	1160	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Petrobras	Hospital Brasília	1294	P.A. 08012.006969/2000-75
Tabela do SBH e outras	Regius / BRB	Santa Luzia	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 Lúcia	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	Telebrasil	Daher	1003	P.A. 08012.006969/2000-75

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 anular a referida tabela]. Pelo que consta dos autos, há sim tabela de hospitais, além do uso da tabela Simpro ou da tabela Brasíndice. 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 descredenciamento 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 lavra de Ademar Possebom, publicada em 15 de abril de 2004, verificou-se que: *"Unimed Vitória acusa os dez hospitais que pediram o descredenciamento da rede da operadora de se reunirem de 'forma cartelizada'. Em nota divulgada na noite de ontem, a operadora afirma que os hospitais tentam 'impor 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 Público do Estado (Sindhese), 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 SINDHOSPSP - 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 punido 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 % (ou seja, 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 Fenaess mostra que há interferência desta entidade na negociação que o Sindicato entabula 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 exclusivamente em consultórios particulares. Essa a decisão unânime aprovada em assembleia geral realizada no Sindmepa, na 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 participaram da assembleia geral. O diretor João Gouveia fez uma exposição abordando os temas contratualização, negociação com planos e a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada 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://sindmepa.org.br/medicos-decidem-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 Estabelecimentos de Saúde do Estado do Pará - (SINDESPA). http://apps.trepa.gov.br/publicador/contratos/CT_01_2014_Unimed.pdf. Assim, embora Unimed e TRE sejam, a princípio, vítimas de 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 abstivessem 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 deverá entabular 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 deste estado ainda estejam em vigor (e que os hospitais não busquem ressarcimento 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, negociou 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://sindhospe.org.br/tabelas/>]; (iv) determina que as orteses, próteses e materiais especiais sejam ressarcidos com base na tabela Simpro MAIS 20% [conforme fonte já relatada]. Há negociações coletivas entre Abramge (que representa vários planos de saúde) com o Sindhospe (que representa vários hospitais) - vide a seguinte tabela (<http://sindhospe.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Tabela-de-Procedimentos-SINDHOSPE-ABRAMGE.pdf>) Também, há preços estabelecidos para a Rede Sassepe, negociados com o sindicato dos hospitais (http://sindhospe.org.br/wp-content/uploads/2013/11/TABELA_SASSEPE-2011.pdf). Tal configura tabelamento 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 FEHOESG** 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 "suspender, 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 (Ahpacog)." Os hospitais que participaram do referido ultimato, a princípio, são os seguintes [17]:

- Hospital de Acidentados
- Hospital Amparo
- Hospital Anís 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 Brasíndice). Também, solicitou que o pagamento de OPME fosse feito via negociação de tabela com tais Associações. Além disto, indicou a necessidade de entabular 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** instituíram 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 teto 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) elaboram tabelas de preços de diárias (citada inclusive em ações judiciais de reparação, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – Sétima Câmara de Direito Público/ Apelação Cível 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.ahesp.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 (AHCRIJ) 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 (representando vários planos de saúde), por Andrea Alves Perelli, firmou acordo no dia 1 de abril de 2015, com Antônio José Medina Lima Júnior (Diretor Financeiro da AHCRIJ) Debora de Castro Rocha (Diretora de Integração da AHCRIJ) e com Armando C. Amaral (presidente da AHCRIJ) conforme documento que consta no site <http://www.aherj.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 Promater** suspenderam em conjunto o atendimento à Unimed, no dia 31 de julho de 2012. Vide (<http://www.robsonpiresxerife.com/notas/unimed-diz-que-foi-pegada-de-suspesa-pela-suspensao-de-atendimento-em-hospitais-de-natal/>) . Segundo notícia veiculada pelo Jornal Tribunal do Norte, foi necessário que a Justiça tivesse que intervir para que os hospitais concorrentes não se descredenciassem simultaneamente da Unimed para forçar uma negociação de preços. (<http://tribunadonorte.com.br/noticia/juiz-garante-atendimento-em-hospitais/227642>). O Plano Caurn, ao ser obrigado a responder ofício do DEE [ofício 7335/2015] enviou ao CADE carta conjunta dos Hospitais Promater 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.mar.mil.br/hma/credenciamento/02.%20ANEXO%20%20A.1%20-%20Tabelas%20Índices%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].

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 de tal Federação na formação de preços de seus filiados. Todavia, os referidos cursos podem indicar troca de informação sensível entre concorrentes, que, eventualmente, mereça 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://fenaess.org.br/noticias/index.asp?vCod=5652&idioma=pt>).

133. No Espírito Santo, foi firmado acordo pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo chegou a intervir em algumas negociações de preços de diárias entabuladas pelo **SINDHES - Sindicato dos Hospitais do Espírito Santo** (http://www.revistacobertura.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=20519&furl=-MP-intervem-na-disputa-de-hospitais-com-a-Unimed-) (http://www.revistacobertura.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=11353&furl=-Permanece-inpasse-entre-hospitais-e-planos-de-saude-). Alguns planos foram descredenciados de todos hospitais do Estado, sendo que o Procon e Ministério Público 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 2010, o Hospital Santa Mônica alegou que ainda utilizava a tabela SINDHES-UNIDAS (Vide site http://aplicativos.tjes.jus.br/sistemaspublicos/consulta_jurisprudencia/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 (Estudo 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 materiais 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 próprios, 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 Simpro	Preço Mercado	Margem
Discofix 3vias B.Braun	B.Braun	R\$ 16,28	R\$ 1,59	924%
Equipo Intrafix Primeline air Injetor Lateral	B.Braun	R\$ 18,00	R\$ 2,30	683%
Filtro Bacteriano Adulto BB100MSF	CEI	R\$ 63,00	R\$ 10,27	513%
Mononylon 3-0 45CM 1171T envelope	J&J Ethicon	R\$ 15,32	R\$ 2,67	474%
Extensofix 120cm C/UNI	B.Braun	R\$ 10,87	R\$ 2,15	406%
Atadura Crepe 15CMX1,8M (UNI) NEVE	Neve	R\$ 2,48	R\$ 0,55	351%
Seringa Desc. 10ML Luer lok BD	Becton Dickinson	R\$ 0,89	R\$ 0,20	345%
Agulha Descartável 40X12 UNI BD	Becton Dickinson	R\$ 0,30	R\$ 0,07	329%
Cateter central inserção periférica Plcc 1,9	Becton Dickinson	R\$ 640,00	R\$ 243,90	162%
SCALP 25G	Becton Dickinson	R\$ 1,40	R\$ 0,54	159%
Fita Transpore 100MMX4,5M 3M	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/servlet/ServletDownload?id=MjE0NzQ5NDg1OQ==>

OPME

Descrição	Fabricante	Preço Simpro	Preço Mercado	Margem
Stent coronário Vision	Abbott	R\$ 10.530,00	R\$ 900,00	1070%
Haste Bloqueada de Tibia	Baumer	R\$ 6.600,00	R\$ 652,80	758%
Cateter duplo J 6FR 22/32	Handle Cook	R\$ 1.035,06	R\$ 180,00	475%
Sistema incontinência feminina SAFYRE	Promedon	R\$ 5.572,01	R\$ 1.402,50	297%
Protese Safyre T Plus	Promedon	R\$ 5.572,00	R\$ 1.402,50	297%
Bomba centrifuga Flopump 6000	Nipro	R\$ 2.600,00	R\$ 729,56	256%
Wallstent endoprotese	Boston Scientific	R\$ 13.368,00	R\$ 4.221,00	217%
Stent coronário Farmacológico	Abbott	R\$ 18.700,00	R\$ 6.500,00	188%
Microesferas p/ embolização 2ml	Line Life	R\$ 4.280,00	R\$ 1.500,00	185%
Stent Astron Pulsar	Biotronik	R\$ 11.500,00	R\$ 4.050,00	184%
Cimento Ortopédico Simplex 40gr	Stryker	R\$ 368,36	R\$ 152,00	142%
Kit Gastrostomia Mickey	Kimberly	R\$ 1.460,00	R\$ 630,00	132%
Stent coronário Cypher	J&J Cordis	R\$ 19.137,24	R\$ 8.500,00	125%
Microcateter Infusão Embocath 2.8FRX135	Line Life	R\$ 3.682,00	R\$ 1.650,00	123%
Conj.desc.Balão Intra-aortico A78 9.5f	Datascope	R\$ 4.929,00	R\$ 2.311,00	113%
Protese biliar	Olympus	R\$ 527,80	R\$ 249,00	112%
Lamina shaver full radius 5,5mm laranja	Dyonics	R\$ 994,12	R\$ 475,00	109%
Substituto de duramater Duragen 7,5x7,5	Promedon	R\$ 9.450,00	R\$ 4.668,20	102%
Grampoador Circular Curvo 33MM CDH33	J&J Endo	R\$ 2.248,24	R\$ 1.116,62	101%
Trocater Dilating 12mm D12LT	J&J Endo	R\$ 851,90	R\$ 455,33	87%
Craniofix Sistema de Fixação da Calota Craniana	Aesculap	R\$ 1.161,00	R\$ 790,00	47%
Parafuso de Interferência de titânio	Baumer	R\$ 420,00	R\$ 302,40	39%

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

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

139. Soma-se a estes dados, os documentos já juntados a estes autos que demonstram sobrepreços do Simpro e Brasindice, quais sejam: Ofício 1548/2015 GABPRI-ASF (0026795); Anexo Documentos 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, senão vejamos:

Parâmetro de preços para medicamentos e equipamentos hospitalares:

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

Fiscalização 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 socorria-se de fontes inadequadas para obtenção do preço de mercado, as quais não refletiam o ganho 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 o 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, aderissem às atas constituídas, cujos preços estariam superestimados. O Plenário, acolhendo proposição do relator, deliberou no sentido de determinar à SES/SP e à SMS/SP que ao utilizarem recursos públicos federais, previamente à realização de seus certames licitatórios e ao acionamento 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 n.º 8.666/93. Além disso, foi determinado à SES/SP que se abstinisse de prorrogar a vigência das atas de registro de preço resultantes das licitações inquinadas, adotando, tempestivamente, medidas necessárias a novas contratações, a fim de evitar desabastecimento de medicação e insumos necessários ao atendimento público. *Acórdão n.º 65/2010-Plenário, TC-000.295/2009-9, rel. Min. Aroldo Cedraz, 27.01.2010.*

Um exemplo dos vários citados pelo TCU é o seguinte:

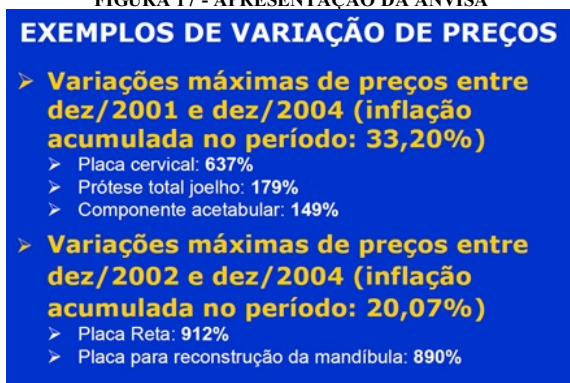
A título de exemplo, verificou-se que o “valor cotado junto à Simpro para aquisição de “equipo para soro microgotas fotosensível com reservatório graduado” excede em 286,67 % o maior valor pesquisado, R\$ 3,15. O preço médio obtido inserindo-o no cálculo é de R\$ 4,70. Se for desconsiderado, chega-se 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 soros microgotas fotossensível com reservatório graduado – Ata de RP 62/2006		
Data da pesquisa	Fornecedor	Preço com odo (R\$)
5/9/2005	SIMPRO	12,18
5/9/2005	Gov. Distrito Fed. (Ata)	1,68
5/9/2005	Central de Compras MT (Ata)	1,80
5/9/2005	HC Fac. Med. Rib. Preto (Ata)	3,15

http://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/DO7452_06_05_2009.pdf

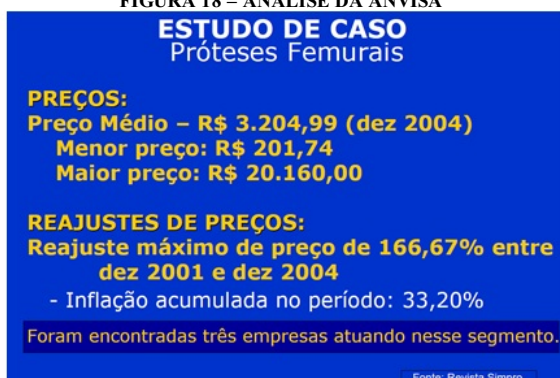
FIGURA 17 - APRESENTAÇÃO DA ANVISA



Fonte: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f2a8ed80489a9eaaa947bbe2d0c98834/Fernanda_Maciel_Rebello_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.

FIGURA 18 – ANÁLISE DA ANVISA



Fonte: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f2a8ed80489a9eaaa947bbe2d0c98834/Fernanda_Maciel_Rebello_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:

FIGURA 19 – APRESENTAÇÃO DA ANVISA





Fonte:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f2a8cd80489a9eaaa947bbe2d0c98834/Fernanda_Maciel_Rebello_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 do produto contida em cada uma das caixas que o fabricante vende (ex: valor unitário de cada um dos 10 itens 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 unitarizados (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.

Isso termina por tomar 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 contem várias unidades, causando grandes distorções. (ofício 7291/2015 - da lavra da operadora Afrafép) - (Estudo 08700.004219/2015-97).

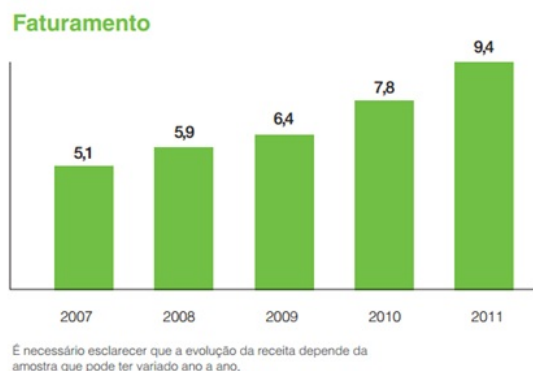
143. Ou seja, as tabelas Simpro e Brasíndice, ao não deixarem claras quais são as unidades de seus preços, permitem que os hospitais cobrem uma caixa inteira de medicamentos, ainda que utilizem apenas um comprimido. Podem cobrar um carretel de fio inteiro (de vários metros), mesmo que utilizem apenas 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 de 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

É necessário esclarecer que a evolução da receita depende da amostra que pode ter variado ano a ano.
Fonte: SINHA/ANAHF 2011.

146. Frise-se que 94% deste faturamento seria oriundo da Saúde Suplementar, segundo dados divulgados. Veja-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
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	28,0%	24,5%
Insumos Hospitalares	44,9%	46,4%	48,6%	50,9%	48,5%	51,5%
SADT	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,2%	14,1%
Outras / Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	3,4%	4,5%
Outras / Operacionais	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	8,9%	5,5%

Fonte: SINHA/ANAHF 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 do 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 despesas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Custo Pessoal	37,1%	37,5%	36,8%	37,3%	38,3%	40,0%
Insumos Hospitalares	29,6%	30,5%	30,1%	30,9%	29,3%	27,6%
Outros Insumos	4,3%	3,9%	3,6%	3,7%	3,8%	4,4%
Contratos Técnicos e Operacionais	7,6%	8,3%	8,3%	7,1%	7,8%	8,3%
Contratos de Apoio e Logística	3,5%	3,7%	4,2%	4,2%	4,8%	4,9%
Utilidades	3,7%	3,3%	3,0%	2,7%	2,3%	2,2%
Manutenção e Assistência Técnica	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%	2,1%	1,9%
Depreciação	4,6%	4,7%	5,0%	5,1%	4,6%	4,9%
Outras Despesas	7,7%	5,9%	6,8%	6,8%	6,9%	5,7%

Fonte: SINHA/ANAHF 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	1.255
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
ANAHP	2.304	2.141	2.118	2.488	2.510	2.858

Fonte: SINHA/ANAHF 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 Brasíndice) é elevado e crescente.

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

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 Brasíndice - de quem pode anunciar, de quem está dentro ou fora das referidas tabelas. E 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 da tabela) é essencial para o equilíbrio de preços em desfavor dos consumidores. O comportamento acima (de informar na tabela Brasíndice 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 Brasíndice 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 Brasíndice, 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 Nº 96/2009 Nº Processo: Proc.inex05/2009 .
Objeto: Serviço médico hospitalar odontológicoe 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 . JOSÉ ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL . Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 . GEN DIV NEWTON ÁLVARES BREIDE . Cmt da 8ªRM e 8ªDE . Valor: R\$ 12.025,75 . Contratada :CELSONE SOUZA MATOS & CIA LTDA . Valor: R\$ 12.025,75 (SIDE - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 97/2009 Nº Processo: Proc.inex06/2009 .
Objeto: Serviço médico hospitalar odontológicoe 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 . JOSÉ ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL . Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 . GEN DIV NEWTON ÁLVARES BREIDE . Cmt da 8ªRM e 8ªDE . Valor: R\$ 11.173,15 . Contratada :H. N. MURAKAMI & CIA LTDA . Valor: R\$ 11.173,15 (SIDE - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 98/2009 Nº Processo: Proc.inex09/2009 .
Objeto: Serviço médico hospitalar odontológicoe 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 . JOSÉ ALBERTO SILVEIRA RIBEIRO - CEL . Ordenador de Despesas . Ratificação em 03/03/2009 . GEN DIV NEWTON ÁLVARES BREIDE . Cmt da 8ªRM e 8ªDE . Valor: R\$ 8.200,00 . Contratada :CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM TAPAJOS S C LTDA . Valor: R\$ 8.200,00 (SIDE - 04/03/2009) 160171-00001-2009NE900631

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

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL S E C R E T A R I A

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: Fornecedor 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, Secretária de Administração, pelo TSE; e Geraldo Magela Resende Boechat, Diretor, pela Contratada. PA n.º 27.672/2014.

DOU, 20 de fevereiro de 2015

EXTRATOS DE INSTRUMENTOS CONTRATUAIS Processo STJ 7604/14. Contrato STJ n. 07/15. CONTRATADA: Simões Boechat Comercial Farmaceutica Ltda. CNPJ:01.464.465/0001- 66. OBJETO: Fornecedor de medicamentos e material médico hospitalar de consumo, constantes dos seguintes periódicos: ABC Farma, Brasíndice e Tabela SIMPRO. Esses Produtos se destinam a suprir necessidades decorrentes do atendimento ambulatorial da Secretaria de Serviço Integrados de Saúde do STJ. VIGÊNCIA:19/2/15 a 18/2/16. Assinatura: 19/2/2015. FUNDAMENTO: Lei 10.520/02 e Decreto 5.450/05, n. 6.204/07 e subsidiariamente a Lei 8.666/93. MODALIDADE: Pregão Eletrônico n. 215/14. VALOR DO CONTRATO: R\$41.480,47. CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO P.T: 02.301.0568.2004.5664. NE: 2015NE000340 no VALOR de R\$41.480,47, E.D. 3.3.90.30, Estimativo, em 1/1/15. SIGNATÁRIOS: Miguel Augusto Fonseca de Campos - Diretor-Geral/STJ, Sérgio José Américo Pedreira - SAD/STJ, Geraldo Magela Resende Boechat - Contratada.

DOU 3 - Nº 88, quinta-feira, 9 de maio de 2013 P. 127

EXTRATOS DE INSTRUMENTOS CONTRATUAIS

CONTRATANTE : CAIXA ECONÔMICA FEDERAL; CONTRATADO: CLÍNICA DE CAMPO GRANDE SA; ESPÉCIE: 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 BRASINDICE vigente; Fica acordado o pagamento de Taxa de Comercialização de 25% (vinte e cinco por cento) sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) sobre o valor da Nota Fiscal, utilizados em procedimentos médicos de beneficiários do Saúde CAIXA e que não constem seu preço referenciado nos Guias Farmacêuticos BRASINDICE 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 RESPIRATÓRIO LTDA; ESPÉCIE: 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 BRASINDICE vigente; Fica acordado o pagamento de Taxa de Comercialização de 25% (vinte e cinco por cento) sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) sobre o valor da Nota Fiscal, utilizados em procedimentos médicos de beneficiários do Saúde CAIXA e que não constem seu preço referenciado nos Guias Farmacêuticos BRASINDICE E SIMPRO para Prestação de Assistência em Serviços Hospitalares aos beneficiários do Programa de Assistência Médica Supletiva - Saúde CAIXA; MODALIDADE: Credenciamento

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA EXTRATOS DE CONTRATOS PROCESSO No - 0177/2012 - CONTRATO no - 001/2013 Adesão a Ata de Registro de Preços do Pregão Presencial no - 0158/2012-Secretaria Municipal de Varginha - MG - CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Viçosa-MG, CNPJ 18.132.449/0001-79 CONTRADA: ACACIA COMERCIO 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 No - 0110/2012 - CONTRATO no - 002/2013 Adesão a Ata de Registro de Preços do Pregão Presencial no - 019/2012-Secretaria Municipal de Inconfidentes - MG - CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Viçosa-MG, CNPJ 18.132.449/0001-79 CONTRADA: ACACIA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA CNPJ: 03.945.035/0001-91. OBJETO: Aquisição de materiais e equipamentos médicos, hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais, 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. Celito 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 Brasíndice.

155. Ora, há uma grande variância de preços em tais tabelas, além de uma ampla gama de produtos com diversas especificidade, 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 Brasíndice. 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 parenterais 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 de Bonsucesso; Hospital Universitário Antonio Pedro; Hospital Universitário Gaffree e Guinle da UNIRIO; Instituto Evandro Chagas; Instituto Fernandes Figueira; Instituto Nacional de Cardiologia; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; Instituto Nacional do CâncerResponsáveis: Cremer S.A. (82.641.325/0001-18); Edina Alípio Gomes (485.545.027-87); Leslie de Albuquerque Aloas (185.241.507-00); Manoel Vieira Peixoto Junior (682.827.887-91); Marcelo Viana Araújo (535.448.207-06); Sandra da Silva Azevedo Pinho (409.733.607-04); Tarcisio Rivello de Azevedo (014.377.987-72); Valcinea de Sousa Pinheiro Carvalho (366.117.437-15)

156. Nos casos Acórdão n. 3155/2010 – 1ª Câmara, proferido na TC-013.853/2001-3; Acórdão n. 417/2013 – Plenário, proferido na TC-015.928/2004-0), o TCU entendeu:

Quanto à afirmativa de que os preços contratados estariam compatíveis com os vigentes no mercado, em vista de terem sido tomados como parâmetros os preços constantes em periódicos da área de medicamentos, mais precisamente as revistas Simpro Hospitalar, Guia Farmacêutico Brasíndice e Revista ABC Fama, as quais foram juntadas para subsidiar as defesas, faz-se necessário dispor, neste momento, sobre a pertinência ou não da utilização dessas revistas para aferir o preço do produto 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 Sesa/AP com aqueles praticados por outras instituições públicas. Significa, ainda, que, da mesma forma, a Sesa/AP tinha 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 Possivelmente, por conta do citado art. 43, inciso IV, da Lei n. 8.666/1993, o Ministério da Saúde instituiu 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 necessária a utilização de senha ou prévio cadastramento, sendo a consulta franqueada 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, concluindo 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 excerto do Voto do Ministro Adilson 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 consignei 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 Revisor, 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 tabela/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 Sesa/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 do 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 deviam 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 pregoeiro Cezar Augusto Barros Gadelha [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 licitude 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 anticompetitivas 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 ABCFarma) 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 elos 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 fora 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 ineficientes.

- 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 inexigibilidades de licitações, em casos que o próprio órgão identificou 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/quemsomos.php>, verificado em 15/02/15.
- [2] De acordo com o site <http://www.brasindice.com.br/index.php?Doc=2>.
- [3] http://www.cns.org.br/links/menu/infor_jur_10/infor_01.htm, verificado em 23/02/2015.
- [4] Vide Circular CNS 082/2009, da Confederação Nacional de Saúde.
- [5] <http://www.sissaude.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://anahp.com.br/servp/C3%A7os/compra-conjunta>.
- [8] <http://fbh.com.br/sobre-a-fbh/quem-somos/>.
- [9] <http://www.nqm.com.br/imprimir.php?visualizar=10093205>.
- [10] http://www.revistacobertura.com.br/lemais_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.sindessmat.com.br/porta/index.php/downloads/category/3-boletins?download=38.boletim-agosto-2013>.
- [12] http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/documento/num/41394/ano/2011/numero_documento/32189/ano_documento/2011/hash/0f78f556589b4b4757caf1d78d7ef84.
- [13] Vide informação no site <http://www.sonoticias.com.br/noticia/saude/hospitais-terao-aumento-nos-repasses-do-mt-saude>.
- [14] http://www.sindhesulms.com.br/upload/saudeSuplementar/PALESTRA_SAUDE_SUPLEMENTAR_MAC_.ppt.
- [15] vide http://fenaess.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%20conv%C3%AAs>.
- [17] <http://www.ahpaceg.com.br/imprensa/ahpaceg-na-midia/7-ahpaceg-na-midia/152-ahpaceg-na-midia-paralisacao-unimed-goiania>. Ver também reportagem no G1 [de acordo com o site <http://g1.globo.com/goias/noticia/2013/04/hospitais-goianos-vaio-suspender-atendimento-pela-unimed-por->

24h.html].

[1 8] <http://wp.clicrbs.com.br/moacirpereira/2012/01/03/sc-saude-hospitais-fazem-restricoes-e-propoe-mudancas/?topo=67,2,18,,77>

[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.aguiais.com.br/reducao-da-base-de-calculo-irpjcsll-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-tem-reajuste-acima-da-inflacao/>

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 'máfia' 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. 1*. 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 da Anvisa determina, porém, que o preço dos remédios genéricos deve ser, no mínimo, 35% menor*. Acesso em 26 de 02 de 2015, disponível em JCnet.com: <http://www.jcnet.com.br/Economia/2013/04/ja-ha-generico-mais-carro-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/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 02 de 2015, disponível em <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-pop-1421.pdf>

HSIAO, 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.hsph.harvard.edu/health-care-financing/files/2012/09/hsiao_1995_-_abnormal_economics_in_the_health_sector.pdf

KRUGMAN, P., & WELL, R. (2009). *Microeconomics*. 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>

MIZIARA, 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: 2015-02-23*. 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 (50), 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

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