

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08012.000432/2005-14

Representante: Ministério Público de Minas Gerais – MP/MG

Representados: Associação Médica de Divinópolis – AMD
Unimed Divinópolis – Cooperativa de Trabalho Médico
Antônio de Pádua Silva – ex-Presidente da AMD
Evangelista José Miguel – Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis

Advogados: Ildeu Guimarães Mendes, Marden Drumond Viana, Joaquim Rocha Dourado, Mateus Ribeiro Gonçalves Dias e outros.

Nota Técnica n.º 039 Superintendência-Geral

EMENTA: Processo Administrativo instaurado em desfavor da Associação Médica de Divinópolis – AMD, Unimed Divinópolis – Cooperativa de Trabalho Médico, Antônio de Pádua Silva – ex-Presidente da AMD e Evangelista José Miguel – Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis com o fito de apurar a existência de conduta infringente à ordem econômica, passível de enquadramento no artigo 20, incisos I, II e IV c/c artigo 21, incisos II, V e X, ambos da Lei nº 8.884/94, correspondentes ao artigo 36, incisos I, II e IV e §3º incisos II, IV e VIII, da Lei nº 12.529/11. Adoção de tabela de honorários. CBHPM. Organização de boicote contra planos de saúde. Caracterização da conduta. Parecer pela condenação dos representados AMD, Unimed Divinópolis e Evangelista José Miguel, e pelo arquivamento do processo contra o representado Antônio de Pádua Silva.

1. RELATÓRIO

1. Em 14.01.2005, a Secretaria de Direito Econômico – SDE/MJ recebeu Representação encaminhada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais – MP/MG em desfavor da Associação Médica de Divinópolis e da Unimed de Divinópolis. Trata-se de denúncia formulada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Regional Minas Gerais – ABRAMGE – MG e encaminhada ao MP/MG relativa à imposição, por parte da AMD, da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM aos planos de

saúde associados da ABRAMGE. O objetivo, segundo a denúncia, é beneficiar a Unimed Divinópolis, que detém posição dominante no mercado (fls. 5 a 11).

2. A instauração da Averiguação Preliminar decorreu das seguintes denúncias da ABRAMGE-MG (fls. 5 a 11):

- A partir do início do ano de 2004, uma ação concertada entre as várias entidades médicas criou uma Comissão de Negociação de Honorários Médicos Estadual, a quem coube apresentar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, que dentre várias alterações técnicas, incluiu um expressivo reajuste de preços.
- Um estudo realizado pelas operadoras de planos de saúde associadas à ABRAMGE demonstrou que, se adotada a CBHPM, o aumento das despesas com honorários médicos iria aumentar de 90,01% a 92,09%, o que implicaria um acréscimo de 52,58% a 55,09% do total das despesas operacionais.
- As entidades médicas passaram a exigir a imediata adoção da CBHPM pelas empresas, sob pena de descredenciamento coletivo dos médicos. Várias operadoras buscaram entendimentos com a Comissão de Honorários das entidades médicas. No entanto, a Comissão negou-se a efetuar qualquer tipo de acordo com as empresas, bem como persistiu com a ameaça de descredenciamento.
- A Comissão de Honorários das entidades médicas expediu uma carta para todos os profissionais médicos informando que em julho de 2004 venceria o “prazo mínimo legal” para que os médicos dessem início ao descredenciamento coletivo das operadoras e que se encontravam em processo mais de 100 denúncias recebidas por meio do “Disque Denúncia” a respeito de profissionais acusados de não adotarem as Resoluções CFM nº 1673/03 e CRM/MG nº 253/04 relativas à CBHPM.
- O objetivo do movimento de implantação da CBHPM em Divinópolis, por meio da atuação da Associação Médica de Divinópolis - AMD, é beneficiar a maior concorrente das associadas à ABRAMGE, ou seja, a Unimed Divinópolis, que detém posição dominante no mercado, isto é, possui 70.000 usuários, enquanto que as associadas da ABRAMGE detêm juntas pouco mais de 27.000 beneficiários.
- Há um acordo entre a AMD e a Unimed Divinópolis no qual se decidiu pela adoção da CBHPM por parte da Unimed Divinópolis, desde que a AMD passasse a adotar os preços por ela praticados como padrão “mínimo” de remuneração de serviços médicos no município de Divinópolis. Em 12.11.2004, passou-se a exigir a equiparação dos preços pagos pelas associadas da ABRAMGE àqueles adotados pela Unimed Divinópolis.

3. Como prova de suas alegações, a ABRAMGE juntou aos autos comunicados da Associação Médica de Divinópolis - AMD, da Unimed Divinópolis, do Conselho Regional de



Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG e notícia veiculada no sítio da Associação Médica Brasileira.

4. Em resposta à instauração da averiguação preliminar, a Unimed Divinópolis apresentou, em suma, os seguintes esclarecimentos (fls. 33 a 50):

- Os interesses da Unimed Divinópolis jamais se confundiram com os interesses da Associação Médica de Divinópolis – AMD, que, por vezes, se chocam. (...) *“os esculápios locais, congregados na Associação Médica de Divinópolis, formaram a Comissão Municipal de Honorários Médicos / CBHPM e passaram a pressionar os planos e seguros de saúde locais, inclusive com ameaça de suspensão de atendimentos para, a exemplo do ocorrido em outras partes do país, negociarem a implantação da CBHPM.”* (fl.38) [grifo nosso]
- O movimento médico para a implantação da CBHPM foi de cunho nacional, cujas diretrizes eram tomadas nacionalmente e repassadas para os estados e municípios, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos médicos.
- A maioria das operadoras de planos de saúde se viu obrigada a negociar a implantação da CBHPM. A maior resistência à adoção da CBHPM ocorreu nas operadoras representadas pela ABRAMGE, as quais se valem de todo tipo de expediente para se furtarem à negociação.
- A implantação da CBHPM por parte da Unimed Divinópolis se deu com o objetivo de preservar a alta qualidade do serviço. Houve negociação com os médicos cooperados e a Representada não conseguiu passar sua proposta, ou seja, a adoção da CBHPM com aplicação de um redutor de 20%. Em outubro de 2004, a proposta da Comissão Municipal de Honorários de Divinópolis foi recebida pela Unimed Divinópolis que, por meio da Assembleia Geral Extraordinária convocada em 21.10.2004, aprovou a adoção da CBHPM sem aplicação de redutor.
- A implantação da CBHPM na Unimed Divinópolis se deu de maneira muito semelhante à ocorrida na Unimed Belo Horizonte e demais cooperativas Unimed. Não foi aventada a hipótese de conluio nesses casos.
- A decisão de se exigir o pagamento dos procedimentos em valores pelo menos iguais aos praticados pela Unimed Divinópolis foi tomada por alguns médicos em 23.06.2004, quatro meses antes da reunião que aprovou a implantação da CBHPM na Unimed Divinópolis a qual limitou-se a comunicar aos cooperados o teor das deliberações tomadas pelo referido grupo de médicos.
- O Ministério Público intermediou um acordo entre a Representante – ABRAMGE-MG, os planos de saúde PRONTOMED e SAÚDE VIDA (filiados à ABRAMGE-MG e os únicos que até então não tinham acordado com os médicos de Divinópolis a implantação da CBHPM) e a categoria médica (representada pelo Sindicato dos

Médicos de Minas Gerais), através do qual acertou-se a implantação da CBHPM em relação aos planos de saúde representados pela ABRAMGE – MG, pondo fim à questão.

5. A Associação Médica de Divinópolis – AMD, diante da notificação de instauração da averiguação preliminar, alegou (fls. 292 a 294) que os esclarecimentos solicitados remetem à documentação inclusa (fls. 296 a 342) relativa ao Inquérito Civil de Defesa do Cidadão - Processo nº 50/04 - instaurado no âmbito da Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão da Comarca de Divinópolis – MG / Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

6. Segundo a AMD, o referido processo trata de representação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo Regional Minas Gerais – ABRAMGE-MG que alega a prática de infrações à ordem econômica por parte da AMD e outras entidades. Especificamente teve como objeto a apuração de prática relativa à exigência, por parte dos médicos de Divinópolis, de não atenderem outros planos de saúde por valores inferiores aos adotados pela Unimed Divinópolis.

7. A Representada alegou que o Ministério Público acatou a fundamentação aduzida e durante a instrução processual excluiu a participação da AMD no feito. Acrescenta que não há participação da AMD no Termo de Ajustamento de Conduta – TAC firmado no âmbito do Processo nº 50/04 o qual se encontra arquivado.

8. Em resumo, a manifestação da AMD de 26.01.2005, em função da notificação recebida oriunda do Inquérito Civil de Defesa do Cidadão - Processo nº 50/04, traz as seguintes alegações: (fls. 296 a 303)

- A AMD jamais teve qualquer participação na negociação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM.
- A AMD agrega 210 profissionais da medicina em seu quadro de associados, sendo que na sua área de ação – o município de Divinópolis – há 450 médicos.
- Todo o processo de negociação e implantação da CBHPM no município de Divinópolis foi encabeçado pela Comissão Municipal de Honorários Médicos – CMHM. A CMHM está subordinada à Comissão Estadual de Honorários Médicos, que é formada pela Associação Médica de Minas Gerais – AMMG, Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG e Sindicato dos Médicos de Minas Gerais – SINMED/MG, que, por sua vez, está subordinada à correspondente em nível nacional. Apesar de a AMD estar atrelada à AMMG, ambas são entidades autônomas, que detêm total liberdade jurídica e administrativa, não respondendo nenhuma pelos atos da outra. A AMMG participa da Comissão Estadual e a AMD não participa da CMHM de Divinópolis, que é formada exclusivamente por 18 médicos.

- Nas poucas vezes que as reuniões da CMHM ocorreram na sede da AMD, tal se deu pelo empréstimo do espaço físico que ocorreu única e exclusivamente por gentileza. Em uma das reuniões datada de 12.11.2004, a CMHM inadvertidamente utilizou o papel timbrado da AMD. O conteúdo ali consignado não partiu da AMD ou de seu representante legal, o qual até a presente data não tinha qualquer conhecimento do documento e de seu conteúdo.
- 9. Em 28.09.2007, a SDE emitiu ofícios cuja referência são vários procedimentos administrativos, inclusive o presente caso. Os ofícios foram direcionados ao Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE e solicitaram cópias integrais de relatórios, estudos e pesquisas nos quais a CBHPM foi baseada (fls. 343 a 355).
- 10. Em 05.06.2008, a SDE encaminhou ofício à Associação Médica de Divinópolis e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais¹ (fls. 359 a 362)
- 11. Em 03.07.2008, o CRM/MG protocolou resposta (fls. 364 e 365) e informou que não elaborou entre 1990 e 2008 tabela de honorários médicos, nem puniu qualquer de seus administrados por descumprimento de tabela de honorários. Acrescentou que vem apoiando a Associação Médica Brasileira, a Associação Médica de Minas Gerais e o Sindicato dos Médicos de Minas Gerais na defesa da remuneração condigna do trabalho médico, porém sem prejudicar qualquer interesse legítimo de usuários e de fornecedores de serviços de saúde.
- 12. Em 28.01.2010, a SDE expediu ofício (fls. 373 a 376) à Unimed Divinópolis².
- 13. Foi protocolada em 28.02.2010 resposta da Unimed Divinópolis (fls. 384 a 386). Em resumo, a Representada informou que:

¹ O referido ofício solicitou as seguintes informações:

(i) Se a instituição influencia ou intervém, de alguma forma, na negociação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde; (ii) Se a instituição elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos e se tais tabelas são de adoção obrigatória. (iii) Se há algum tipo de sanção caso o filiado descumpra a tabela ou as orientações; (iv) Se algum filiado foi excluído por não ter cumprido a tabela ou seguido as orientações.

² Resumidamente, as informações solicitadas foram:

(i) Se a Unimed Divinópolis, em qualquer tempo, impôs exclusividade na prestação de serviços médicos a seus cooperados; (ii) Se existe ou existiu, nos últimos 5 anos, algum termo de compromisso que o potencial médico cooperado deve ou deveria assinar para ser aceito na Cooperativa; (iii) Número de médicos excluídos da Cooperativa desde dezembro de 2004 até a presente data, indicando a razão da exclusão; (iv) Se a Cooperativa influencia ou intervém, de alguma forma, na negociação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos por outros planos a seus cooperados; (v) Se a Singular elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos e orienta os médicos cooperados quanto aos preços a serem cobrados de outras operadoras de planos de saúde; (vi) Se há algum tipo de sanção na eventualidade de algum profissional médico descumprir a tabela ou orientação; (vii) Se houve ou ainda há imposição ou influência do Conselho Federal de Medicina – CFM ou do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM / MG para a adoção da Resolução nº 1.673/03 pela Unimed Divinópolis, especificamente para implantação da CBHPM; (viii) Se há alguma sanção imposta pelo CRM / MG em caso de descumprimento do disposto na Resolução nº 1.673/03.

- Nunca impôs exclusividade na prestação de serviços médicos a seus cooperados. Acrescenta que não exige ou exigiu nos últimos 5 anos que o médico candidato a cooperado assinasse termo de compromisso para ser aceito na cooperativa.
 - A Unimed Divinópolis possui 581 médicos cooperados e, desde 2004, 16 médicos foram desligados da cooperativa. A grande maioria dos desligamentos se deu a pedido do cooperado, em virtude de mudança de cidade e aposentadoria. Houve ainda um desligamento por falecimento e um por invalidez. Nenhum médico foi eliminado por infração à legislação, ao estatuto social ou ao regimento interno da cooperativa e, por consequência, nenhum dos desligamentos foi decidido em assembleia.
 - A Representada não influencia ou intervém na negociação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos por outros planos a seus cooperados, tampouco elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos ou orienta os médicos cooperados quanto aos preços a serem cobrados de outras operadoras de planos de saúde.
 - Não há imposição ou influência direta do CFM ou do CRM / MG em relação à adoção da Resolução nº 1673/03. A Unimed Divinópolis nunca sofreu sanção dos mencionados conselhos em virtude do descumprimento do disposto na referida resolução.
 - A CBHPM foi implantada na Unimed Divinópolis por decisão da assembleia geral realizada em 21.10.2004 e desde então é adotada pela cooperativa como padrão de remuneração dos serviços médicos.
14. Em 15.03.2010, foi protocolada resposta ao Ofício nº 1433/CGAJ/DPDE, da Associação Médica de Divinópolis que declarou (fls. 781 e 782):
- A CMHM representou a expressão municipal da CNHM, criada para reproduzir em Divinópolis a campanha nacional realizada em 2004. As entidades que participaram à época foram a afiliada da Associação Médica de Minas Gerais e a delegacia regional do CRM/MG.
 - Não há estatuto social ou diploma normativo que regeram a fundação e o funcionamento da CMHM à época.
 - A CMHM foi desativada há cerca de 5 anos por orientação das entidades médicas nacionais.
 - Não houve eleição formal para a composição da CMHN.
 - A CMHM pleiteava a implantação da CBHPM pelas operadoras de planos de saúde. A Unimed Divinópolis era uma dessas operadoras.

- A CBHPM foi implantada em Divinópolis com variações existentes na classificação (banda mínima, média e máxima). A implantação se deu por acordo bilateral entre os médicos e as operadoras de planos de saúde.

15. Em 25.01.2012, a SDE encaminhou ofício ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais – 2ª Promotoria de Justiça na Comarca de Divinópolis o qual solicitou informações sobre o andamento ou eventual conclusão do Processo Administrativo (Inquérito Civil) nº 50/04 instaurado com o objetivo de investigar a determinação da Associação Médica de Divinópolis e da Unimed Divinópolis de que nenhum médico ou clínica poderia praticar preços inferiores aos da tabela da Unimed Divinópolis (fls. 1024 a 1026).

16. Em 05.03.2012, foi protocolada resposta (fls. 1028 e 1029) do Ministério Público do Estado de Minas Gerais / Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão / Especializada na Defesa do Consumidor a qual informou que o Processo Administrativo nº 50/04 encontra-se encerrado (fl. 1358) após a revogação do Termo de Ajustamento de Conduta em 13.11.2009, ao considerar que este não mais atendia aos critérios adotados pelo mercado de medicina de grupo, mostrando-se inadequado para regular a situação relatada nos autos, bem como não ter constatado prejuízo aos consumidores.

17. Em 16.05.2013, por meio do Despacho nº 484, esta Superintendência-Geral - SG decidiu (fls. 1417, 1418):

- Convolar a Averiguação Preliminar em Inquérito Administrativo passando as normas processuais previstas na Lei nº 12.529/11 a ter aplicação imediata, exceto para as fases processuais concluídas antes da vigência da lei.
- Instaurar Processo Administrativo em face da Associação Médica de Divinópolis – AMD, Unimed Divinópolis – Cooperativa de Trabalho Médico, Antônio de Pádua Silva e Evangelista José Miguel.

18. Os Representados foram devidamente notificados, conforme denotam documentos acostados às fls. 1420 a 1423, 1621, 1622.

19. Em 05.06.2013, esta SG encaminhou ofício (fls. 1426, 1427) ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG o qual solicitou (i) a relação nominal dos médicos ativos filiados, por especialidade, em 2004 a 2013, e (ii) o número total dos médicos ativos de 2004 a 2013. Na mesma data foi encaminhado ofício à Unimed Divinópolis solicitando a relação nominal e o número total de médicos cooperados de 2004 a 2013. (fls. 1428 e 1429) As respostas da Unimed Divinópolis constam das fls. 1434 a 1599 e as do CRM/MG foram juntadas às fls. 1600 a 1620.

20. Em 05.08.2013, a Unimed Divinópolis apresentou os seguintes argumentos de defesa (fls. 1736 a 1749):

- Na Assembleia Geral Extraordinária os cooperados decidiram sem qualquer participação da Cooperativa Unimed Divinópolis não prestar serviços para outros planos de saúde por valor inferior à CBHPM (fl. 1741).
- O documento acostado às folhas 15/16 trata de ata de reunião de apenas 15 médicos, ligados à especialidade médica que realiza exames de ecografia, que discute valores para a Cooperativa remunerar seus serviços, oportunidade em que se comprometeram a não realizar tais procedimentos por valores inferiores aos que são pagos pela Unimed Divinópolis. O documento trata de "Decisões da Reunião da Especialidade Realizada em 23.06.2004" (fls. 1741 e 1742).
- A Unimed Divinópolis nunca impôs a exclusividade na prestação de serviços médicos a seus cooperados; não impôs preço; não impediu as demais operadoras em negociar individualmente a implantação da CBHPM, circunstância comprovada pela minuta de acordo intermediado pelo Ministério Público, às fls. 263/267. Tampouco encaminhou cartas, circulares ou cópias de atas de assembleias com vistas à exclusividade na prestação de serviços médicos (fls. 1743/1744).
- Não se pode levar em conta o número de cooperados para determinar a posição de mercado de uma cooperativa médica. Todos os médicos de determinada cidade podem integrar o quadro social da cooperativa e ela não deter posição dominante relevante. Visto que a Unimed Divinópolis não exige fidelidade cooperativa, seus cooperados podem prestar serviços livremente a outros planos de saúde (fl. 1744).
- A Unimed Divinópolis não ocupa posição dominante no mercado local de planos de saúde. As premissas utilizadas na Nota Técnica são meras conjecturas, além do fato de que os dados utilizados estão desatualizados (fl. 1745).
- A Unimed Divinópolis não exigiu que os médicos cooperados deixassem de atender os demais planos de saúde que não implantasse a CBHPM. Esta decisão, apesar de ter sido tomada em Assembleia da Cooperativa, foi iniciativa dos médicos, em seu próprio interesse, contrariando, inclusive, a posição da Unimed Divinópolis. (...) A expressão "sob pena de exclusão" constante da ata significa apenas um reforço de linguagem utilizado pelos participantes da assembleia (fls. 1745 e 1746).
- Ainda que a Cooperativa tivesse sugerido que seus médicos cobrassem das demais operadoras os mesmos preços praticados por ela, tal deliberação não foi posta em prática, conforme prova documental (fl. 1747).

21. A Unimed Divinópolis solicitou produção de prova testemunhal e apresentou o rol de 3 testemunhas (fl. 1749).³

³ Acompanha a defesa os seguintes documentos: balanços contábeis para fins de declaração de imposto de renda (fls. 1750 a 1824), cópias de atas de assembleias (fls. 1825 a 1835), declarações de médicos cooperados que

22. Em 18.10.2013 o Representado Evangelista José Miguel – Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis protocolou defesa alegando essencialmente no que se refere ao mérito o que segue abaixo (fls. 1865 a 1880):

- As ilicitudes apontadas contra o Representado referem-se à conduta da Unimed Divinópolis, que decorreu de decisão majoritária dos demais cooperados por meio de livre deliberação em Assembleia Geral Extraordinária.
- A Unimed Divinópolis não detém posição dominante. Não consta dos autos a relação de médicos vinculados à Unimed Divinópolis e as suas concorrentes, muitos dos quais atuam em mais de uma dessas sociedades. Também não consta qualquer documento relativo ao número de usuários das demais operadoras de planos de saúde na mesma região de atuação da Unimed Divinópolis, no ano de 2004.
- A definição da região geográfica da Unimed Divinópolis e de suas concorrentes engloba vários municípios como Cláudio, Nova Serrana, Carmo do Cajuru e Formiga e não apenas o município de Divinópolis.
- A exclusividade não é requisito para que os médicos sejam cooperados da Unimed Divinópolis, muitos dos quais estão vinculados a outros planos de saúde com atuação na mesma região. Muitos dos cooperados da Unimed Divinópolis não chegaram a adotar a tabela de honorários mínimos, pois também estavam vinculados a outras operadoras de planos de saúde que assinaram o termo de ajustamento de conduta perante o Ministério Público de Minas Gerais.

23. Por fim, o Representado Evangelista José Miguel ao requerer todos os meios de prova, arrolou três testemunhas. (fl. 1879)

24. A Associação Médica de Divinópolis –AMD requereu, mediante petição protocolada em 02.08.2013, dilação de prazo para apresentação de defesa a qual foi deferida (fl. 1623). No entanto, a AMD não apresentou defesa, assim como Antônio de Pádua Silva – ex-Presidente da AMD.

25. Em outubro de 2013 esta SG expediu ofícios ao CRM/MG o qual solicitou a relação de médicos inscritos na região geográfica de atuação das Representadas (fls. 1858, 1859, 1861 e 1862). As respostas encontram-se acostadas às fls. 1935 a 1955 / 1979 a 1996.

26. Em seguida, mediante Despacho nº 1211, publicado em 22.11.2013 (fl. 1965), decidiu-se pela rejeição das preliminares suscitadas pelo Representado Evangelista José Miguel, de acordo com a nota técnica de saneamento⁴. (fls. 1856 a 1963) Ademais, foi deferida a

afirmam que não há nenhum impedimento, por parte da Unimed Divinópolis, em atender outros planos de saúde. (fls. 1836 a 1841)

⁴ As preliminares se referiam à prescrição da conduta e ausência de defesa do representado em sede de Averiguação Preliminar.

produção de prova documental e testemunhal solicitadas pela Unimed Divinópolis e pelo Sr. Evangelista José Miguel.

27. Em 13.12.2013 foi protocolizada petição da Associação Médica de Divinópolis e de Antônio de Pádua Silva mediante a qual foi solicitada a reabertura de prazo para a apresentação de defesa e a suspensão da oitiva marcada para 09.01.2014, às 14:00 h – o que corresponde à testemunha Antônio de Pádua Silva - tendo em vista a exiguidade de tempo entre a apreciação da presente, o prazo para apresentação das razões de defesa, bem como intimação das testemunhas. (fls. 2003 a 2007)

28. Em 23.12.2013 publicou-se o Despacho nº 1379 (fl. 2019) mediante o qual foi indeferido o pedido de reabertura de prazo para a defesa dos Representados Associação Médica de Divinópolis – AMD e Antônio de Pádua Silva com base na Nota Técnica nº 450 (fls. 2014 a 2017). Além disso, foi deferido o pedido de suspensão da oitiva relativa à testemunha Antônio de Pádua Silva.

29. Em 23.12.2013 foi protocolizada petição por meio da qual se solicitou a devolução do prazo para que a AMD e o Sr. Antônio de Pádua Silva apresentassem defesa. A petição alega que a inclusão tardia do Sr. Antônio de Pádua Silva como Representado induziu a erro devido ao extravio da notificação endereçada a ele. Por conseguinte, tanto a AMD quanto o Sr. Antônio de Pádua Silva estavam no aguardo da notificação do Sr. Antônio de Pádua Silva para apresentarem a defesa de forma conjunta⁵. Ademais a referida petição solicitou a suspensão total da oitiva do Sr. Antônio de Pádua Silva a qual foi deferida⁶.

30. Em 09.01.2014 foram realizadas oitivas das testemunhas – Nelson José Fonseca de Campos, Paulo Macedo de Oliveira Leite, José Osvaldo Leite Alvim, Cloves Silva e José Carlos Faria arroladas pelos representados Unimed Divinópolis e Sr. Evangelista José Miguel. (fls. 2033 a 2038)

31. Em 06.02.2014, a Unimed Divinópolis protocolizou suas alegações finais, informando, em suma, que a instrução processual não foi concluída, uma vez que a oitiva da testemunha Antônio de Pádua Silva foi adiada, não tendo sido designada nova data⁷. Ademais, a Representada alega que os depoimentos prestados pelas testemunhas comprovaram a inexistência de ilícito concorrencial.

⁵ A alegação da petição foi devidamente rebatida na Nota Técnica nº 450 (fls. 2014 a 2017).

⁶ Também foi juntada aos autos a petição (fls. 2042, 2043) mediante a qual a Associação Médica de Divinópolis e Antônio de Pádua Silva encaminharam alguns questionamentos à testemunha Nelson José Fonseca de Campos a serem feitos durante oitiva realizada em 09.01.2014. No entanto, a petição foi encaminhada à Coordenação-Geral de Análise Antitruste 2 após a realização da citada oitiva, o que incorreu na impossibilidade serem feitos os questionamentos solicitados. Também foi juntada a petição (fls. 2051, 2052) por meio da qual a testemunha Antônio de Pádua Silva, arrolada pelo Sr. Evangelista José Miguel, solicitou novamente a suspensão da oitiva que fora remarcada para o dia 23.01.2014. O motivo alegado é uma viagem de lazer previamente marcada, o que implicou o indeferimento do pedido.

⁷ Consta dos autos a designação de nova data para a oitiva do Sr. Antônio de Pádua Silva, ou seja, 23.01.2014, conforme ofício encaminhado em 20.12.2013 (fls. 2020, 2021). Contudo, o mesmo não compareceu.

32. O Sr. Evangelista José Miguel, mediante alegações finais protocolizadas em 06.02.2014, recorreu às preliminares que já foram rebatidas, por sua vez, por meio da Nota Técnica nº 385 (fls. 1956 a 1963). No mérito, alega-se que não consta dos autos qualquer notícia de que a adoção dos honorários médicos decorreu de pressão por parte do Representado e nem de que algum cooperado da Unimed Divinópolis tenha sido excluído da cooperativa por adotar valores inferiores àqueles. Por fim, apontaram-se irregularidades na definição do mercado relevante e da posição mercadológica da Unimed Divinópolis.

33. A Associação Médica de Divinópolis – AMD e o Sr. Antônio de Pádua Silva – ex-Presidente da AMD não apresentaram alegações finais.

34. Este é o Relatório.

2. ANÁLISE

35. A Lei nº 8.884/94, no *caput* de seu artigo 20, aplicável à época dos fatos, bem como a atual Lei nº 12.529/11, no seu art. 36, estabelecem que infrações à ordem econômica são configuradas por atos sob qualquer forma manifestados que, *independentemente de culpa*, tenham por objeto ou possam causar limitação, falseamento ou qualquer forma de prejuízo à livre concorrência ou à livre iniciativa, dominação de mercado relevante de bens ou serviços, aumento arbitrário de lucros, ou representem abuso de posição dominante.

36. A denúncia em exame versa sobre a imposição, por parte da AMD, às operadoras de planos de saúde, da lista de procedimentos médicos denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, com a promoção de negociações coletivas de honorários médicos, no contexto da Comissão Municipal de Honorários Médicos, e a coordenação de movimentos no município de Divinópolis com o objetivo de promover o descredenciamento coletivo dos médicos de operadoras de planos de saúde, com a finalidade de impulsionar a adoção da CBHPM pelas operadoras.

37. Cumpre esclarecer que a Unimed Divinópolis, cooperativa de trabalho médico que atua no mercado de planos e seguros de saúde, ao implantar a CBHPM sem aplicação de redutor, por meio de decisão de assembleia geral extraordinária realizada em 21.10.2004 (fls. 38 e 39), incorreu em aumento de custos devido ao aumento do valor dos honorários médicos e dos procedimentos. A princípio, pode-se pensar que a adoção da CBHPM vai de encontro aos interesses da Cooperativa. No entanto, a inclusão da Unimed Divinópolis no pólo passivo justifica-se ao considerar que a referida cooperativa impôs aos médicos cooperados não trabalhar para outros planos de saúde por valores inferiores à CBHPM e com ameaça de exclusão dos cooperados, o que evidencia ilícito concorrencial, ou seja, abuso de posição dominante, nos termos do inciso IV do artigo 20 da Lei nº 8.884/94 (fls. 15, 16 e 22).

38. Assim, cabe analisar objetivamente a possibilidade de produção de efeitos anticoncorrenciais pelas condutas investigadas.

39. Antes de ingressar na etapa de delimitação do mercado relevante e de verificação da existência de poder de mercado, convém contextualizar o problema retratado nesses autos, apresentando os conflitos entre médicos e operadoras que marcam a evolução desse segmento.

2.1 Dos conflitos entre os agentes no mercado de saúde suplementar

40. O setor de assistência suplementar está se ampliando de forma consistente⁸, se consolidando como um segmento de grande relevância para o Brasil. Estima-se em torno de 48,7 milhões o número de pessoas cobertas por pelo menos um plano de assistência médica⁹. Além disso, atuam nesse mercado cerca de 1.360 operadoras¹⁰, que apresentaram um faturamento de R\$ 82,4 bilhões no ano de 2011¹¹.

41. A evolução desse segmento, contudo, tem sido marcada por intensos conflitos distributivos, sobretudo entre médicos e operadoras de saúde. A crescente elevação dos custos de produção nos serviços de saúde, em função da incorporação de novas tecnologias¹² e da ampliação das coberturas obrigatórias definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, somada a importantes mudanças regulatórias impuseram às operadoras de planos de saúde novos desafios para preservar o equilíbrio econômico-financeiro de suas empresas.

42. Até 1994, com a alta inflação, as operadoras de planos de saúde se financiavam em grande parte com o giro financeiro, não havendo muita ênfase na otimização da gestão. O fim da inflação e a regulação dos reajustes por variação de custo pela ANS vieram alterar a gestão dos planos de saúde pelas operadoras, considerando que a política de reajuste atual não possibilita mais o repasse de custo via preço. Dentre outros fatores, o teto de reajuste para os produtos individuais faz com que as operadoras passem a ter que buscar mais eficiência nas suas atividades gerenciais, pois apenas as operadoras com custos reduzidos e controlados serão capazes de ofertar produtos competitivos.

43. O significativo aumento dos custos enfrentados pelas operadoras e os limites colocados pelas novas medidas regulatórias impuseram duas opções às operadoras de planos de saúde: aumentar os preços ou reduzir o custo operacional.

⁸ Entre 2001 a 2011, o segmento apresentou um crescimento médio de 6,5% ao ano.

⁹ Tendo em vista que uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano – particular e coletivo –, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

¹⁰ Esse número contabiliza apenas aquelas que possuem beneficiários.

¹¹ Fonte:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/20121009_mes09_caderno_informacao.pdf.pdf. Acesso em 26 de outubro de 2012.

¹² Esse número contabiliza apenas aquelas que possuem beneficiários.

¹² Esta, a seu turno, caracteriza-se por estar precipuamente direcionada aos meios de complementação diagnóstica (tomografia computadorizada e imagem por ressonância magnética, *pet scan*, são alguns exemplos), pressionando mais ainda os preços dos serviços, na medida em que o ingresso da inovação tecnológica não necessariamente representa uma redução do custo da produção ou um aumento de produtividade em si.

44. Devido à existência de limite para o aumento dos preços dos planos de saúde, na modalidade individual, as operadoras passaram a adotar como uma de suas estratégias a redução de custos, o que introduziu, por parte das operadoras de planos de saúde, incentivos à pressão por redução de despesas como a remuneração dos médicos e a remuneração pelos procedimentos médicos¹³. Os limites impostos pelas operadoras à remuneração geraram insatisfação da classe médica, que argumenta que os reajustes dos valores dos procedimentos médicos são inferiores aos reajustes obtidos pelas operadoras junto à ANS, e inferiores à inflação acumulada do período¹⁴⁻¹⁵.

45. Esse contexto foi agravado pelo aumento de concentração no mercado de assistência suplementar¹⁶, que reforçou a assimetria entre as estruturas de oferta de mão de obra nos serviços de saúde, que costuma ser pulverizada em diversas clínicas médicas¹⁷; e a demanda de serviços médicos por meio de operadoras de planos de saúde de médio e grande porte.

46. Em razão do cenário apresentado e de modo a se contrapor aos tomadores de serviços, as entidades representativas passaram a negociar com as operadoras, como forma de ampliar o poder de barganha dos médicos a ela associados. Para isso, utilizaram diversos artifícios, relatados nestes autos, tais como: (i) a edição de tabelas de honorários mínimos, que balizam a negociação de honorários entre prestadores e tomadores do serviço, (ii) boicotes àquelas

¹³ Como registrou a Secretaria de Acompanhamento Econômico, SEAE/MF, no Documento de Trabalho n. 31, de outubro de 2004: *a redução de custos teria como estratégia a imposição de limites aos preços cobrados pelos prestadores de serviços. Contudo, tais limites não se distribuem uniformemente pelo mercado - hospitais têm maior poder de resistir do que os médicos isoladamente. Isto gera distorções que impactam negativamente na prestação dos serviços de saúde, por exemplo, os médicos podem reduzir o tempo de atendimento para atender um maior número de pacientes e assegurar determinada renda, aumentando a probabilidade de erros de diagnóstico. O problema agrava-se pelo fato de a ANS não regular o mercado de prestadores de serviços.*

¹⁴ Em 30 de julho de 2007, em razão de algumas operadoras obterem reajustes aprovados pela ANS, mais uma vez a discussão se apresentou porque os percentuais permitidos ficaram muito acima da variação do Índice de Preços ao Consumidor-Amplo (IPCA). Enquanto o IPCA acumulado (maio/2006 entre maio/2007) era de 2,48%, as operadoras receberam autorizações de reajuste entre 6,64% e 9,94%. <http://www.idec.org.br/emacao.asp?id=1338>. Destaca-se, no entanto, que os reajustes autorizados pela ANS não se referem apenas às despesas médicas, mas também, às despesas administrativas, comerciais e o impacto financeiro sofrido pelas operadoras com a ampliação do rol obrigatório de cobertura e no avanço da tecnologia. Além disso, os valores de reajuste autorizados pela ANS não estão relacionados diretamente com o aumento de custo incorrido pelos prestadores de serviços médicos para ofertar seus serviços. Dessa forma, o índice aprovado pela Agência Reguladora não necessariamente é o melhor índice para balizar os reajustes de honorários médicos.

¹⁵ Outros fatores destacados pelos prestadores de serviços são: pressões dos planos de saúde sobre os médicos para que estes adotem procedimentos de redução dos exames e custos de internação; o uso indiscriminado de glosa; a deterioração da qualidade dos planos de saúde; pouca demanda particular e necessidade de assegurar a dignidade e o respeito ao profissional de saúde.

¹⁶ Frente às mudanças regulatórias do início de 2000, as operadoras de menor porte não conseguiram manter-se no setor: houve uma diminuição superior a 30% no número de operadoras ativas no mercado de saúde suplementar, que passou de 2.639 em 1999 para 1.360 em 2011. Além disso, destaca-se que o índice C4¹⁶ vem aumentando reiteradamente: em 2006 era de 17,08 enquanto em 2008 era de 19,73 (Fonte: Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar 2008 – Versão Preliminar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009).

¹⁷ Considera-se haver uma assimetria nas negociações entre médicos e operadoras. Com relação a hospitais e laboratórios, entende-se que, em geral, estas entidades possuem suficiente poder de barganha para neutralizar a posição das operadoras de planos de saúde. Vide parecer final da SDE no Processo Administrativo 08012.010187/2004-64.

operadoras de planos de saúde que se recusaram a adotar os valores pleiteados pelas entidades e (iii) ameaças de punição ética a médicos não alinhados ao movimento.

47. Os posicionamentos das entidades representativas acarretaram a reação das operadoras de planos de saúde que apresentaram inúmeras denúncias ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. De fato, as estratégias adotadas pelas entidades representativas suscitam um debate antitruste, devido ao potencial prejuízo à concorrência decorrente de práticas analisadas. O presente parecer procura endereçar essas questões, observando em que medida a posição e a motivação dos médicos são legítimas e de que maneira harmonizá-las com o interesse público.

2.2 Delimitação do mercado relevante e poder de mercado

48. As autoridades antitrustes utilizam-se do conceito de “mercado relevante” para circunscrever uma discussão concorrencial específica a um dado mercado, possibilitando uma avaliação inicial de qual seria a participação de mercado dos agentes envolvidos¹⁸. De acordo com o Guia de Análise de Atos de Concentração (da SEAE e da SDE), o referido teste consiste na busca pela menor delimitação de mercado em que uma suposta estrutura monopolística – criada artificialmente no mercado - conseguiria impor um “pequeno, porém significativo e não transitório aumento dos preços”.

49. Ocorre que quando se analisam condutas anticompetitivas é possível que os efeitos da prática já tenham ocorrido no mercado, não sendo razoável supor que a análise prognóstica utilizada em atos de concentração seja a mais adequada.

50. É relevante ressaltar, ainda, que, se os efeitos da prática (como os aumentos de preços analisados) são verificados diretamente no mercado, estando o âmbito material e geográfico da conduta razoavelmente evidentes, não há sentido em milimetrar as fronteiras do mercado relevante, a partir de testes formais.¹⁹

¹⁸ Segundo HOVENKAMP: “o mercado relevante é o menor mercado para o qual a elasticidade da demanda e da oferta são suficientemente baixas que uma firma com 100% desse mercado possa de forma lucrativa reduzir oferta e aumentar substancialmente os preços acima do custo marginal [...] é simplesmente outra forma de dizer que (1) não é possível para os consumidores encontrarem substitutos adequados em resposta ao aumento de preços; e (2) outras firmas não conseguirão entrar no mercado em questão ou não poderão alterar suas próprias linhas de produção para competir com a empresa que aumentou os preços.” (HOVENKAMP, Herbert. Federal Antitrust Policy: the law of competition and its practice. St. Paul : West Group, 1999, p. 83).

¹⁹ Conforme BLUMENTHAL e BAKER: “The possibility of observing and measuring market power more directly leads me to suggest a new notion for Clayton Act doctrine, something I think of as the *res ipsa loquitur* market definition. When a piano crashes onto the sidewalk, the law does not ask whether someone was negligent; instead, it goes right to the question of who. This approach could translate to antitrust. Suppose we know, directly, that a merger or other practice is harmful. That is, we can observe, or confidently predict, an increase in price or the exclusion of efficient competition. But suppose also that it is hard to draw lines around a market, because the array of differentiated products is broad and seamless. If we can show the harm, there must be a market in there somewhere. Just exactly where the market's boundaries are may not be very important, though. Nor may it matter much whether the market in which the harm occurs is large or small.” (BAKER, Jonathan. *Product Differentiation Through Space and Time: Some Antitrust Policy Issues*. De acordo com o site

51. Feitas essas considerações, entende-se que – no presente caso - o mercado relevante, do ponto de vista geográfico, compreende a área em que os agentes ofertam e procuram produtos (bens ou serviços), levando-se em consideração, em especial, o escopo territorial no qual a conduta se deu. Para a presente análise, considera-se como mercado relevante a área de atuação dos Representados, ou seja, o município de Divinópolis. Além disso, a Unimed Divinópolis, para efeito de admissão de associados, abrange também os seguintes municípios: Araújos, Carmo do Cajuru, Carmo da Mata, Carmópolis de Minas, Cláudio, Itapecerica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Leandro Ferreira, Morro do Ferro, Nova Serrana, Oliveira, Pedra do Indaiá, Perdígão, Piracema, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste. (fl. 52)

52. Do ponto de vista do produto, a prática denunciada insere-se no mercado de prestação de serviços médicos por meio de planos de saúde. Isso ocorre porque este é o segmento de mercado no qual se insere a alegada infração à concorrência, qual seja, a formação de um bloco de negociação de médicos, coordenado pela AMD, para impor os valores e os procedimentos da tabela CBHPM aos planos de saúde. A Unimed Divinópolis, por sua vez, ao determinar a adoção da CBHPM não apenas em âmbito interno, mas também em relação a planos concorrentes, por meio da imposição a médicos cooperados de não trabalhar para os demais planos por valores inferiores aos definidos na CBHPM, incorre em conduta anticoncorrencial, agravada pelo seu poder de mercado.

53. Definido o mercado relevante, impende avaliar se as Representadas possuem posição dominante, nos moldes consagrados pelos parágrafos 2º e 3º do artigo 20 da Lei nº 8.884/94, legislação aplicável à época dos fatos²⁰.

54. Para a aferição da participação de mercado da Unimed Divinópolis, necessário se faz observar o quantitativo total de médicos atuantes no município de Divinópolis face o número de cooperados da Representada. Tal exame conduz a um panorama acerca da posição que a cooperativa exerce no mercado com relação à mão de obra médica.

55. Diligência realizada junto à Unimed (fls. 373 a 376) revelou a existência de 581 médicos cooperados à Representada em 201021. (fl. 385)

<http://www.ftc.gov/speeches/other/bakst.shtm> , verificado em 17 de agosto de 2009). No mesmo sentido, há também o entendimento de Blumenthal (BLUMENTHAL, W., Why Bother?: On Market Definition under the Merger Guidelines, Discurso realizado no workshop do FTC/DOJ sobre fusões, em Washington DC, em fevereiro de 2004. De acordo com o site <http://www.usdoj.gov/atr/public/workshops/docs/202600.htm>, verificado em 17 de agosto de 2009).

²⁰ Art. 20 (...)

§ 2º Ocorre posição dominante quando uma empresa ou grupo de empresas controla parcela substancial de mercado relevante, como fornecedor, intermediário, adquirente ou financiador de um produto, serviço ou tecnologia a ele relativa.

§ 3º A posição dominante a que se refere o parágrafo anterior é presumida quando a empresa ou grupo de empresas controla 20% (vinte por cento) de mercado relevante, podendo este percentual ser alterado pelo CADE para setores específicos da economia. (Redação dada pela Lei nº 9.069, de 29.6.95) (...)

56. Não constam dos autos dados do CRM/MG em relação ao número de médicos inscritos em Divinópolis. Porém a Associação Médica de Divinópolis declarou que em 2005 possuía 210 médicos em seu quadro de associados em um total de 450 médicos atuantes na cidade de Divinópolis, o que representava 47% do mercado relevante (fl. 296).

57. Mesmo considerando diferenças cronológicas dos dados, percebe-se que o número de médicos cooperados à Unimed Divinópolis é significativo e aparentemente incoerente com os dados revelados pela Associação Médica de Divinópolis. Infere-se que há médicos cooperados à Unimed de Divinópolis que estão inscritos, no âmbito do CRM/MG, em outros municípios. Porém, essa aparente incoerência dos dados não enfraquece a constatação de um expressivo poder de mercado por parte de ambas as Representadas. De acordo com a ABRAMGE-MG, com relação ao número de usuários, a Unimed Divinópolis também detinha posição dominante, ou seja, em 06.12.2004 possuía 70.000 usuários, enquanto que as associadas da ABRAMGE detinham juntas pouco mais de 27.000 beneficiários, que dá mais de 70% de participação para a Unimed (fl. 8).

58. Como observado acima, uma análise dos dados constantes dos autos retrata que a participação de mercado das Representadas supera significativamente o percentual de 20%²². Ressalta-se que o quantitativo de médicos representa um ativo essencial do principal insumo das operadoras de planos de saúde e, por consequência, uma significativa influência em relação aos prestadores de serviços médicos na região.

2.3 O movimento nacional para implantação da CBHPM como tabela de honorários mínimos obrigatória: a coordenação das entidades nacionais e a atuação das entidades regionais e municipais.

59. O movimento pela implantação da CBHPM foi inaugurado pelas entidades médicas nacionais com o lançamento da 1ª edição da CBHPM, em julho de 2003. O marco normativo para a mobilização da categoria foi a Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina. A Resolução torna a lista *referencial ético* para a remuneração de honorários médicos, e preceitua:

“Art.1º - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º - Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

²¹O critério adotado pelo Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência - SBDC, baseado no quantitativo de médicos, reflete a necessidade de auferir o poder de mercado que a cooperativa tem em relação ao principal insumo das operadoras de planos de saúde.

²²A Lei nº 12.529/2011, no artigo 36, parágrafo 2º, assim como a extinta Lei nº 8.884/94 delimitam o percentual de 20% como uma forma de caracterizar a posição dominante.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais” (fls. 67 a 68). Grifos nossos.

60. Sendo assim, por meio da referida Resolução, o CFM estabeleceu não apenas um padrão de remuneração a toda a classe médica - a CBHPM -, como também designou a constituição de um colegiado para determinar as variações regionais da tabela em bandas pré-definidas – as Comissões Estaduais de Honorários Médicos, que seriam formadas pelas entidades médicas, em cada Estado da Federação. Em Minas Gerais, foi institucionalizada a Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais, composta pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG, Associação Médica de Minas Gerais – AMMG, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais – SINMED/MG e Federação Mineira das Cooperativas Médicas – FEMCOM para negociar com as operadoras de planos de saúde a implantação da CBHPM e a admissão regional de bandas de 20%, para mais ou para menos, nos valores constantes na Classificação.

61. Para além da participação nas comissões estaduais, a adesão das entidades regionais ao movimento é motivada: (i) em razão do apelo junto a toda classe médica da pauta de reivindicações relacionadas às condições de exercício da atividade médica; e (ii) em razão da própria influência exercida pelo Conselho Federal de Medicina sobre os conselhos regionais instalados nos estados brasileiros, que decorre da subordinação destes em relação ao primeiro, conforme previsão legal estabelecida segundo a Lei nº 3.268/57, em seu artigo 3º, *in verbis*:

“Art. 3º - Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.”

62. Com efeito, o conjunto probatório reunido no âmbito do Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71, que investigou a conduta das entidades nacionais - Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos - na elaboração e implementação da CBHPM, demonstra claramente a intensa participação das tais entidades na coordenação do movimento para a implantação da CBHPM. E de modo a conferir capilaridade às discussões sobre a CBHPM e disseminar a sua adoção, AMB, CFM e FENAM instituíram uma Comissão Nacional para Implantação da CBHPM (CNI), cuja estrutura foi replicada nos estados a partir da criação das Comissões Estaduais de Honorários Médicos.

63. Documentos constantes nos autos do referido Processo Administrativo demonstram que as entidades nacionais, por meio da CNI, definiam diretrizes para as negociações entre

prestadores e operadoras em âmbito regional. Nesse sentido, destaca-se o ofício expedido pela AMB²³ à classe médica. Veja-se:

“Em reunião realizada no dia 24 de março de 2004, em Brasília, com a participação das diretorias da Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina e dos presidentes de todo o sistema federativo da AMB, foram tomadas, por unanimidade, as seguintes decisões visando as negociações com a Fenaseg (...):

i. Como as empresas de Seguro-Saúde não podem atuar com o sistema de credenciamento, decidiu-se que a partir de 15 de abril de 2004 todos os médicos brasileiros passarão a atender pelo sistema de reembolso, tendo como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;

ii. Não negociar isoladamente com as operadoras vinculadas a Fenaseg a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;

iii. Evitar estabelecer qualquer tipo de acordo que não contemple de modo integral as bases e os conceitos da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.”
Grifo nosso. (fl. 693 do Processo Administrativo nº. 08012.005101/2004-81)

64. A participação das entidades estaduais na mobilização dos médicos pela implantação da CBHPM, a partir da Resolução nº 1.673/2003 do CFM, passou a ser contínua e incisiva, desencadeando a reação das operadoras de planos de saúde e de outras entidades, que acionaram o SBDC questionando a atuação da classe médica. Com efeito, as denúncias e documentos reunidos pela SDE (e agora pela Superintendência-Geral do CADE) evidenciam que, apesar de ser clara a influência do CFM e demais entidades nacionais nos movimentos regionais para a implantação da CBHPM, é possível observar, dado o número de processos administrativos instaurados, certa discricionariedade por parte dos Conselhos Regionais de Medicina e demais entidades estaduais, que lhes permitiram adotar medidas para além das recomendadas pelo CFM.

65. Ressalta-se que o CFM, em resposta a ofício expedido, no âmbito do Processo Administrativo nº 08012.005101/2004-81, em 10.09.2004 (fls. 217-403), afirmou que a Resolução CFM nº 1.673/2003, que estabeleceu a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração, não determinou sua obrigatoriedade, tampouco qualquer previsão de sanção aos profissionais que não a observassem, *in verbis*:

O Conselho Federal de Medicina informa que não há na Resolução CFM nº 1673/2003, que estabelece a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, qualquer previsão de sanção aos profissionais (...) (fl. 217-219)²⁴

²³ Datado de 30 de março de 2004 - informa o andamento das negociações com a FENASEG.

²⁴ Em 14.07.2005, foi instaurado o PA nº 08012.005101/2004-81, em face do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG, da Associação Médica de Minas Gerais, do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e da Federação Mineira das Cooperativas Médicas – entidades que compunham a Comissão

66. Destaca-se que o movimento pela implantação da CBHPM como padrão de remuneração mínimo obrigatório vai além da atuação de entidades nacionais e regionais. A título de exemplo, há o caso de imposição da CBHPM em âmbito municipal relativo ao PA nº 08012.002874/2004-14, instaurado em 22.04.2010 em face da Associação Médica da Grande Dourados em Mato Grosso do Sul (AMGD), do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul (CRM/MS), entre outros. Opinou-se, no âmbito da SG, pela condenação mediante Despacho nº 141, publicado no Diário Oficial da União em 07.02.2013.

67. Em breve síntese, com relação à atuação dos representados, foi constatado que o Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul e a Associação Médica da Grande Dourados buscaram fixar valores uniformes às operadoras de planos de saúde, constantes da lista de procedimentos médicos CBHPM. Para isso, promoveram negociações coletivas de honorários médicos e coordenaram movimentos para a paralisação do atendimento médico aos beneficiários daquelas operadoras que não aceitavam os valores propostos pelas entidades médicas. A nota técnica concluiu que o CRM-MS e a Associação Médica da Grande Dourados efetivamente participaram do movimento de inserção da CBHPM e de coordenação dos médicos do Estado para a sua implantação. A participação do CRM-MS viabilizou as referidas práticas em todo o Estado do Mato Grosso do Sul, tendo a AMGD contribuído de forma efetiva para amplificar os efeitos do movimento para implantação da CBHPM na região da Grande Dourados. Para o consumidor da Grande Dourados, independia se era uma associação municipal ou estadual que promovia a ação, pois os efeitos para ele era o mesmo.

68. No presente caso, a situação é semelhante. Verificou-se a mobilização pela implantação da CBHPM, em âmbito municipal, por meio da atuação da AMD juntamente com a Comissão Municipal de Honorários Médicos – CMHM / Divinópolis que, entre outros comunicados, determinava punição a operadoras de planos de saúde, por meio de descredenciamento coletivo dos médicos, caso não houvesse a adoção da CBHPM (fl. 214).

69. Independentemente de ter havido uma coordenação nacional e depois estadual do movimento para implantação da CBHPM, é importante se debruçar sobre a possibilidade de dano concorrencial das condutas perpetradas pela Associação Médica de Divinópolis - AMD e Unimed Divinópolis, em nível municipal, no caso concreto.

2.4 Da infração contra a ordem econômica

70. Apresentado o panorama geral da relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde e do movimento nacional para a implantação da CBHPM, cumpre analisar as informações coligidas nos autos a fim de verificar a ocorrência de prática anticoncorrencial.

Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais ("CEHM"). O objetivo do referido processo era investigar denúncia sobre coordenação de boicotes e suposta negociação coletiva por parte dessas entidades médicas com as operadoras de planos de saúde com o intuito de impor a estas a CBHPM como padrão mínimo de remuneração. Em 07.01.2013 foi publicado, no Diário Oficial da União, Despacho nº 7, emitido pela Superintendência-Geral, o qual opinou pela condenação dos Representados.

71. Será abordada, primeiramente, a CBHPM como tabela de valores mínimos de honorários médicos e, em seguida, serão analisadas as condutas dos Representados a partir de documentos constantes dos autos.

2.4.1 Da CBHPM

72. A CBHPM é uma lista de métodos e procedimentos médicos existente tanto no campo terapêutico quanto diagnóstico, estabelecendo portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes²⁵. É considerada equânime e com ênfase no ato médico, razão pela qual é defendida pela categoria dos prestadores e chancelada pela Associação Médica Brasileira, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Federação Nacional dos Médicos.

73. A hierarquização é resultado da avaliação dos médicos quanto aos requisitos presentes no procedimento médico: habilidade cognitiva, habilidade técnica, risco, responsabilidade e tempo (pré, intra e pós). Com base nesses requisitos, os médicos valoraram relativamente os procedimentos, que foram ordenados com base nesses quesitos. A lista reflete, portanto, a valoração dos procedimentos médicos levando em conta apenas os atributos que o médico deve ter para realizá-los. Não foram considerados aspectos de mercado, como a frequência com que o procedimento é realizado (demanda) ou ainda a quantidade de profissionais capazes de realizá-lo (oferta).

74. A elaboração da lista teve início no ano 2000 e se transformou em um projeto de 3 anos idealizado pelas entidades médicas (AMB, CFM e FENAM) e executado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – FIPE. A primeira etapa do projeto consistiu na classificação e hierarquização dos honorários médicos, realizada a partir de reuniões com todas as especialidades médicas. A segunda etapa foi de valoração dos serviços de apoio a diagnóstico e terapia – SADT, avaliando-se custos fixos, custos e tecnologia dos equipamentos empregados, pessoal técnico e insumos necessários para a realização do procedimento. A terceira etapa foi o levantamento do valor da consulta médica, realizada com a colaboração de mais de 3000 médicos. Após o confronto dos itens entre as áreas clínica, cirúrgica e de SADT, concluiu-se que no ato médico o tempo deveria ser considerado o fator mais importante. Porém, os demais atributos, como qualificação do profissional, complexidade, insalubridade, etc., também foram levados em consideração.

75. Atualmente, quando surge uma proposta para incluir ou retirar da lista algum procedimento médico, esta proposta é encaminhada à equipe de medicina baseada em evidências, que analisa as justificativas²⁶. O projeto também é enviado à Câmara Técnica de

²⁵ A versão da CBHPM do ano 2010 encontra-se na página eletrônica da AMB: http://www.amb.org.br/teste/cbhpm/cbhpm_2010.pdf.

²⁶ Existem diversas edições da CBHPM, seguindo a metodologia elaborada pela FIPE. A 3ª edição da CBHPM foi editada julho de 2004. A 4ª edição, em 2005, e a 5ª edição, 2008. Em outubro de 2010, foi editada uma nova versão da CBHPM, totalmente compatível com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Resolução Normativa nº 211 da ANS, a CBHPM-2010.

Avaliação de Tecnologias e à Câmara Técnica da CBHPM, composta por representantes da AMB, CFM, FENAM, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), Unimed e Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)²⁷.

76. A classificação está ordenada segundo o código de cada especialidade, por ordem crescente. Em cada especialidade, encontram-se quatro tipos de procedimentos: a) Procedimentos Clínicos Ambulatoriais, b) Procedimentos Clínicos Hospitalares, c) Procedimentos Cirúrgicos e d) Procedimentos de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento). Os procedimentos médicos relacionados na lista estão divididos em 14 portes, subdivididos em 3 portes - A, B e C -, num total de 42 portes. Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora a depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento, etc. Esse custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada especialidade.

77. Os portes representados ao lado de cada procedimento na tabela *não expressam exatamente valores monetários*, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza. O porte é resultado da comparação dos procedimentos, em termos dos atributos do trabalho médico.

78. Nesse contexto, é importante ressaltar que a hierarquização de serviços médicos, em si, inicialmente não teria o condão de uniformizar preços praticados no mercado, uma vez que não expressaria valores monetários, apenas indicaria a posição relativa de cada procedimento, em comparação com os demais, dentro da escala. Contudo, como se verá detalhadamente a seguir, este não foi o cenário fático mantido após a hierarquização dos procedimentos efetuados pela CBHPM.

79. Isso porque, a edição da CBHPM foi acompanhada de um “Comunicado Oficial”, que informava aos profissionais os valores monetários dos portes e das UCO’s definidos por representantes da AMB, do CFM e da FENAM no âmbito da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

80. Dessa forma, uma vez que a Comissão Nacional de Honorários Médicos define e informa aos profissionais os valores monetários dos portes e das UCO’s em comunicados amplamente divulgados, a CBHPM deixa de ser uma lista em que os procedimentos são hierarquizados quanto ao custo relativo de cada um, tornando-se uma tabela de preços, que,

²⁷ A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) é a representante institucional das seguradoras especializadas em Saúde (Bradesco Saúde, SulAmérica Saúde, Brasilsaúde, Porto Seguro Saúde, Marítima Saúde, AGF Saúde, Unimed Seguro Saúde, Unibanco Aig Saúde, Notre Dame, Itaúseg) e de operadoras de outras modalidades, como das medicinas de grupo (Amil, Medial, Intermédica, Golden Cross, Excelsior e a Omint) e odontologia de grupo (Odontoprev). A FenaSaúde tem como associados, atualmente, 16 grupos empresariais, responsáveis pela proteção da saúde de 13 milhões de beneficiários, ou seja, 29% dos beneficiários da saúde suplementar no Brasil. <http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7B0E2FD29F-4A8B-4F6A-90F7-4B059D29B33F%7D>

dada a representatividade das entidades médicas nacionais e regionais, pode ter como consequência a produção de efeitos nefastos à concorrência.

81. Destaca-se, ainda, que no “Comunicado Oficial” as entidades nacionais apresentam as instruções gerais para a utilização da lista, em que estabelecem, dentre outras coisas, uma banda dentro da qual os valores monetários dos portes podem variar. Ou seja, se o valor monetário pode variar 20% para cima e 20% para baixo, acaba-se criando um valor mínimo, abaixo do qual o médico estaria proibido de aceitar em troca dos seus serviços. Esta proibição de atendimento por valores mínimos acaba refletindo para o consumidor um preço mais caro do que eventualmente ele pagaria pela consulta se não houvesse a referida “banda de variação mínima”. Enfim, o Comunicado Oficial foi redigido nos seguintes termos, *in verbis*:

A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.

COMISSÃO NACIONAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS

COMUNICADO OFICIAL

**AOS MÉDICOS E ÀS ENTIDADES CONTRATANTES QUE INTEGRAM
O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

A Comissão Nacional de Honorários Médicos, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 1.673/03, comunica os valores relativos em moeda nacional dos 14 portes e subportes (A,B,C), bem como o da unidade de custo operacional (UCO), previstos na CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM), vigentes a partir de 1º de agosto de 2003. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortezaram suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.

1) Portes dos Procedimentos Médicos:

1A	R\$ 8,00
1B	R\$ 10,00
1C	R\$ 24,00
2A	R\$ 32,00
2B	R\$ 42,00
2C	R\$ 50,00
3A	R\$ 60,00
3B	R\$ 68,00
3C	R\$ 100,00
4A	R\$ 120,00
4B	R\$ 132,00
4C	R\$ 148,00
5A	R\$ 160,00
5B	R\$ 172,00

5C	R\$ 184,00
6A	R\$ 200,00
6B	R\$ 220,00
6C	R\$ 240,00
7A	R\$ 260,00
7B	R\$ 280,00
7C	R\$ 340,00
8A	R\$ 368,00
8B	R\$ 384,00
8C	R\$ 408,00
9A	R\$ 436,00
9B	R\$ 476,00
9C	R\$ 524,00
10A	R\$ 560,00

10B	R\$ 608,00
10C	R\$ 676,00
11A	R\$ 716,00
11B	R\$ 784,00
11C	R\$ 860,00
12A	R\$ 892,00
12B	R\$ 960,00
12C	R\$1.176,00
13A	R\$1.292,00
13B	R\$1.420,00
13C	R\$1.570,00
14A	R\$1.750,00
14B	R\$1.900,00
14C	R\$2.100,00

2) Unidade de Custo Operacional – UCO = R\$ 11,50

São Paulo, 1º de agosto de 2003

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente

82. Apesar de a possibilidade de as bandas tornarem essa tabela menos rígida, permitindo uma negociação, ainda que limitada, entre prestadores e operadoras de planos de saúde, a CBHPM continua impondo um valor mínimo para cada procedimento médico, que seria definido pela subtração de até 20% dos valores constantes da tabela. As bandas definidas pelas entidades médicas geram significativas distorções na concorrência, pois o equilíbrio competitivo em cada Estado ou região pode representar variações superiores a 20%. Além disso, dadas as possíveis diferenças individuais no grau de eficiência e qualificação tanto do

lado dos prestadores, quanto do lado das operadoras de planos de saúde, o equilíbrio competitivo pode determinar preços diferentes para prestadores e operadoras que estão em uma mesma região.

83. No presente caso, a imposição da CBHPM no município de Divinópolis, por parte da AMD, juntamente com a criação de uma Comissão Municipal de Honorários Médicos – CMHM, teve como parâmetro a implantação da CBHPM pela Unimed Divinópolis, sem redutor, conforme se verifica no item 2.4.2.

84. A fixação de preços mínimos homogêneos pela CBHPM diminui a concorrência entre agentes do mercado e resulta em maiores valores cobrados pelos procedimentos médicos, sem, no entanto, garantir maior qualidade do serviço prestado. Tal fato implica maiores custos para as operadoras de planos de saúde que tenderão a aumentar os valores dos planos de saúde cobrados dos consumidores finais. Como resultado disso, devido aos maiores preços observados, muitos consumidores deixarão de ter acesso à saúde suplementar.

85. Historicamente, o SBDC tem sido incisivo ao condenar entidades associativas das categorias de prestadores de serviços médicos pela adoção de tabelas de honorários e pela influência de conduta uniforme entre os prestadores²⁸, oscilando entre a caracterização de infração pela mera existência de tabela²⁹ a uma análise mais consequencialista do uso de tabelas referenciais, analisando as características dos mercados em que estas tabelas estão inseridas³⁰.

86. A existência de condições estruturais favoráveis à prática anticoncorrencial e um alto poder de influência das associações coordenadas caracterizam conduta ilícita, como demonstra os julgamentos dos processos nos 08012.004372/2000-70 (j.2002), 08012.004373/2000-32 (j. 2002), 08000.021976/1997-51 (j. 2003)³¹, dentre outros.

²⁸ Destacam-se os seguintes precedentes: os Processos Administrativos nº 61/93, Processo Administrativo nº 53/1992, Processo Administrativo nº 08000.015515/97-02, Processo Administrativo nº 08000.011520/1994-40, Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78.

²⁹ Vide voto da Ex-Conselheira Neide Terezinha Mallard, no PA nº 61/92, cuja Representada era a Associação Médica Brasileira, em que sustenta: *Não requer seja impositiva a tabela. A conduta se materializa na medida em que utilizando-se de sua indiscutível aptidão para influenciar seus afiliados, elabora tabela, divulgando-a e até recomendando-a, com o declarado objetivo de proteger a categoria dos médicos. (...) Na verdade, a tabela de preços viola o princípio basilar de economia de mercado, segundo o qual cada agente econômico é livre para fixar os preços de seus produtos e serviços, sendo-lhe lícito, no entanto, no exercício desta liberdade, considerar a conduta presente ou futura de seus concorrentes. A colaboração entre concorrentes, sob qualquer forma manifestada, com o objetivo de estabelecer ações coordenadas para fixar preços dos bens ou serviços que produzem, inviabiliza a economia de mercado, pois os preços não reagem às forças da oferta e da procura, pressuposto básico de sua fixação.*

³⁰ Sobre este aspecto, destacam-se os Processo Administrativo nº 08012.006241/97-03 (caso da Rede da Economia); no Processo Administrativo 08012.005994/2004-65 (caso da tabela dos fotógrafos) e no Processo Administrativo nº 08012.002169/2009-13 (caso da tabela dos tradutores).

³¹ Voto do Conselheiro Relator, Carlos Emmanuel Joppert Ragazzo, proferido na Averiguação Preliminar nº 08012.005994/2004-65, de 11 de novembro de 2009. Representante: Leopoldo Ubiratan Carreiro Pagotto. Representada: Sindicato das Empresas de Artes Fotográficas no Estado de São Paulo. p. 10

87. Nesse sentido, aponta trecho do voto do Ex-Conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, em âmbito do Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78, em que entendeu ser anticompetitiva a imposição de tabela por entidades com poder de mercado³²:

“A imposição de tabela de preços por uma entidade que congrega a totalidade de especialistas em um único mercado, aplicável a todos aqueles que contratarem os seus serviços, ofende diretamente a dignidade da coletividade, a qual não restará qualquer alternativa, a não ser pagar o preço imposto” (grifos nossos).

88. A existência de sanções por descumprimento a tabelas de preços vem sendo entendido pelo Conselho como suficiente para que a tabela deixe de ser vista como concorrencialmente neutra. Detaca-se, nesse sentido, os votos vencedores do Ex-Conselheiro Carlos Emmanuel Joppert Ragazzo, no julgamento da Averiguação Preliminar nº 08012.005994/2004-65³³ e do Ex-Conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, em âmbito do Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78:

“entendo que a imposição de sanções por descumprimento a tabelas de preços é um forte indício de conduta anticompetitiva, revelando não só a possibilidade de impactos no mercado relevante, falseando a livre concorrência, como também a intenção ilícita do sindicato ou da associação que, embora seja relevante para fixar as penas, também pode servir indiretamente para demonstrar os possíveis efeitos.” (Voto do Ex-Conselheiro Carlos Emmanuel Joppert Ragazzo - Averiguação Preliminar nº 08012.005994/2004-65)

“no caso em concreto, conforme já sobejamente demonstrado, é flagrante o caráter impositivo da tabela divulgada, porquanto o Representado não somente informa a seus associados de sua existência, como ameaça de punição àqueles que a desrespeitarem, por intermédio de seu Código de Ética. Tal fato contribui para a análise da gravidade da conduta, na medida em que demonstra de maneira inequívoca a intenção do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região em restringir a concorrência.” (Ex-Conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer - Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78)

2.4.2 Da participação dos Representados na aplicação da CBHPM

89. No presente caso é possível observar no corpo documental do Processo Administrativo um conjunto de comunicados que apontam formas de imposição da tabela CBHPM, por parte da AMD e CMHM, às operadoras de planos de saúde com ameaças de suspensão de atendimentos médicos. Nota-se que alguns dos comunicados citam como

³² Julgado em 19 de janeiro de 2005. Representante: CIEFAS. Representada: Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Ceará (COOPANEST-CE). p. 16

³³ Representante: Leopoldo Ubiratam Carreiro Pagotto; Representado: Sindicato das Empresas de Artes Fotográficas/SP – SEAFESP. P. 10.

parâmetro de remuneração, a adoção, por parte da Unimed Divinópolis, da CBHPM, por meio de assembleia realizada em 18.11.2004.

90. Como foi ressaltado no item 2, a inclusão da Unimed Divinópolis no pólo passivo não está relacionada apenas ao fato desta ter adotado a CBHPM ou deter um significativo poder de mercado. Conforme será constatado adiante, a Unimed Divinópolis incorreu em ilícito concorrencial ao obrigar os médicos cooperados a não prestar serviços a operadoras de planos de saúde cuja remuneração esteja abaixo da CBHPM. A orientação de boicote, como se verá adiante, juntamente com o fato da Unimed Divinópolis deter poder de mercado em relação à mão de obra médica pode produzir efeitos anticoncorrenciais no sentido de inviabilizar a atuação no mercado de diversos concorrentes.

91. Assim, destaca-se o comunicado, com o timbre da AMD, de 12.11.2004 (fl. 12), da Comissão Municipal de Honorários Médicos / CBHPM às operadoras de planos de saúde PRONTOMED, VIDA e AMC cujo objetivo é a implantação da CBHPM pelos planos vinculados à ABRAMGE nos moldes adotados pela Unimed Divinópolis. O referido comunicado traz, em anexo, cópia do compromisso assumido em assembleia pela Unimed Divinópolis quanto à adoção da CBHPM, e que impõe aos médicos cooperados não trabalhar para outros planos de saúde por valor inferior à CBHPM. Resumidamente, a Unimed Divinópolis assumiu os seguintes compromissos (fl. 13):

- Adoção da CBHPM a partir de 01.01.2005 em sua banda mínima.
- O valor da consulta não poderá nunca ser inferior ao pago hoje (à época), ou seja, R\$ 35,10.
- Será criada uma Câmara de Revisão, composta pela Unimed e representantes indicados pela AMD, CREMENG e especialidades médicas, que deverá estudar e definir os reajustes referentes aos itens 02b e 04b. (Obs: o item 02b trata de critério de reajuste de procedimentos médicos acima de 34%; o item 04b trata de negociação do custo operacional – UCO relativo a exames complementares SADT).
- A Assembleia reafirma o compromisso dos cooperados da Unimed Divinópolis de não trabalharem para outros planos de saúde por valores inferiores aos pagos pela Unimed.

92. Além da proposta da Comissão Municipal de Honorários Médicos - CMHM à Unimed Divinópolis, o citado comunicado também traz em anexo a proposta da CMHM apresentada em assembleia realizada em 18.11.2004 relativa à adoção da CBHPM pela AMC, PRONTOMED e VIDA (fl. 14). Em resumo, as principais determinações são:

- Adoção da CBHPM a partir de 1º.01.2005 em sua banda mínima.
- A AMC, PRONTOMED e VIDA concederão, a partir de 1º.01.2005, até 34% de reajuste nos procedimentos médicos contidos na CBHPM. Após a aplicação do

referido reajuste, o valor final não poderá ser inferior ao pago pela Unimed Divinópolis, sob pena de nova majoração.

- A CMHM fica autorizada a encaminhar ao CRM/MG toda denúncia contra médico que estiver contrariando as orientações adotadas pelo movimento pró-CBHPM.

93. Vê-se, pelo conteúdo das propostas, que há coordenação de acordos para a definição de reajustes de procedimentos médicos que, a pretexto da defesa de interesses de classe, impõem a adoção de condutas comerciais uniformes com relação à cobrança de preços às operadoras.

94. Nesse mesmo sentido aponta carta da Unimed Divinópolis, de 30.06.2004, relativa a decisões de determinada reunião realizada em 23.06.2004, por 15 cooperados da especialidade relativa a exames de ecografia. A carta, assinada pelo Diretor Presidente – Sr Evangelista José Miguel, é endereçada aos médicos cooperados e clínicas de ecografia. *In verbis*:

A partir do dia 05/07/2004 nenhum médico cooperado ou clínica poderá praticar preços inferiores aos da tabela da UNIMED DIVINÓPOLIS quando realizarem tais procedimentos para PARTICULARES, OUTROS PLANOS DE SAÚDE (DA ABRAMGE), CARTÕES DE DESCONTOS OU QUALQUER OUTRO CONVÊNIO PARTICULAR (postos de saúde, assistência social, prefeituras, representantes de bairros, etc.), e, também, deverá ser negociado com as empresas de AUTO GESTÃO que utilizem a tabela da UNIDAS, para que alinhem os preços. Reiteramos que foi uma decisão unânime da especialidade e que a não observância implicará em concorrência desleal, devendo a Unimed Divinópolis tomar as medidas cabíveis, com base no inciso III, do artigo 10, do Estatuto Social. (fls. 15, 16)

95. Apesar do Sr. Evangelista José Miguel – Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis - afirmar, em defesa, que exerce função meramente administrativa, estando sujeito ao cumprimento das determinações tomadas pela Assembleia Geral, verifica-se nos autos a participação do Representado em uma conduta flagrantemente ilícita. Isso porque o citado comunicado (fls. 15 e 16) relata decisões de apenas uma parte dos cooperados, e mesmo sem a representatividade de uma assembleia geral, contou com o apoio do Sr. Evangelista José Miguel mediante sua assinatura. Nota-se, ademais, que o Sr. Evangelista José Miguel é o principal executor das decisões tomadas pela Unimed Divinópolis nesse sentido.

96. Além disso, constam dos autos notícias que informam a respeito de ameaças de descredenciamento coletivo, caso as operadoras de planos de saúde não acatem os valores previstos na CBHPM. Primeiramente, notícia veiculada em sítio da Associação Médica Brasileira, publicada em 09.11.2004, relata as decisões da assembleia que reuniu 90% dos cooperados da Unimed Divinópolis em 21.10.2004 (fl. 22):

Cerca de 90% dos cooperados da Unimed Divinópolis (MG) presentes à assembleia do dia 21 de outubro decidiram pela implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) na banda mínima a partir de 1º de janeiro, em bases semelhantes às aprovadas para a Unimed Belo Horizonte.

(...) a assembleia deliberou que os cooperados de Divinópolis não podem trabalhar para outros planos de saúde por valores inferiores aos pagos pela Unimed. Dessa forma, os credenciados às empresas de medicina de grupo atuantes no município – Prontomed, AMC e Vida – estão convocados para uma assembleia no dia 18 de novembro. Se as operadoras se negarem a implantar a CBHPM, os médicos farão descredenciamento coletivo. (...)

97. Nesse mesmo sentido, aponta o Boletim Informativo publicado em dezembro de 2004 pela Comissão Municipal de Honorários Médicos (fl. 214):

(...) Em assembleia realizada no dia 18/11/04 os médicos credenciados ao sistema Abramge (AMC, Prontomed, Vida) e Fenaseg (Bradesco, Sul América) aprovaram, por expressiva maioria de votos, a proposta apresentada pela Comissão Municipal de Honorários Médicos. (...)

Nesse sentido os planos de saúde deverão expressar sua concordância com os termos aprovados nesta assembleia até o dia 31/12/04, para evitarem o descredenciamento coletivo dos médicos.

98. Ademais, o citado Boletim informa que, em relação aos planos de saúde vinculados à ABRAMGE (AMC, PRONTOMED, VIDA e outros), a orientação é o descredenciamento coletivo dos médicos a partir de 01.01.05, caso não adotem os reajustes aprovados na assembleia de 21/11/04. Com relação aos planos de saúde vinculados à FENASEG (Saúde Bradesco, Sul América e outros), a instrução é o descredenciamento coletivo dos médicos a partir de 01/01/05.

99. Destaca-se a resposta da Unimed Divinópolis à instauração da averiguação preliminar na qual há a confirmação de que os médicos, congregados na Associação Médica de Divinópolis, formaram a Comissão Municipal de Honorários Médicos/CBHPM e passaram a pressionar os planos e seguros de saúde locais, inclusive com ameaça de suspensão de atendimentos pela adoção da CBHPM. (fl. 38).

100. Verifica-se que apesar da AMD afirmar que não participou da CMHM de Divinópolis, que apenas cedeu o espaço físico para a realização de reuniões da CMHM e que a CMHM inadvertidamente utilizou o papel timbrado da AMD para registrar decisões de determinada reunião ocorrida em 12.11.2004, há uma evidente cumplicidade entre as duas entidades. O comunicado assinado pela CMHM e encaminhado aos planos de saúde PRONTOMED, VIDA E AMC (vinculados a ABRAMGE), com timbre da AMD, comunica a realização de assembleia a ser realizada em 18.11.2004, que visa adotar a CBHPM, da forma

como foi adotada pela Unimed Divinópolis, para os planos vinculados a ABRAMGE. (fl. 12) O objetivo do comunicado é a equiparação de preços entre planos de saúde concorrentes mediante a adoção da CBHPM.

101. Por conseguinte, o timbre da AMD no referido comunicado não deve ser desconsiderado como uma importante prova de que essa entidade participou do movimento pela implantação da CBHPM de forma impositiva.

102. Ademais, verifica-se uma estreita relação entre a AMD e a CMHM. Isso porque dos dezoito médicos que participaram da CMHM (fl. 319), quatro eram diretores da AMD na gestão 2002/2005, período no qual ocorreu a representação da ABRAMGE-MG ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais – MP/MG, ou seja, 06.12.2004 (vide p. 1). Destaca-se que dois integrantes da CMHM – Antonio de Pádua e Eduardo Chula – eram presidente e vice-presidente, respectivamente, da AMD à época da denúncia. (fls. 316 e 317).

103. Vale lembrar que a proposta da CMHM à Unimed Divinópolis (fl. 13) descrita anteriormente aponta explicitamente que a AMD participará da Câmara de Revisão juntamente com o CREMENG e especialidades médicas com o intuito de estudar e definir os reajustes de procedimentos médicos.

104. Com relação à referida conduta anticoncorrencial da Unimed Divinópolis, verificou-se não apenas uma articulação dos cooperados da especialidade que realizam exames de ecografia (fls. 15 e 16), mas um movimento de maior abrangência, o qual reuniu 90% dos cooperados em assembleia realizada em 21.10.2004. (fl. 22)

105. Ao contrário da defesa cujas alegações afirmam que decisões dos médicos cooperados não refletem os interesses da Unimed Divinópolis, o que caracteriza uma cooperativa é justamente a autogestão por meio da associação de pessoas cujo processo de decisão se dá mediante convocação de assembleias.

106. O Estatuto Social da Unimed Divinópolis (fls. 123 a 154) dispõe:

Art. 17 O associado tem, entre outros, os seguintes direitos:

(...) II – tomar parte nas Assembleias Gerais, discutindo e votando a ordem do dia, ressalvados os casos disciplinados na legislação e neste estatuto social; (...)

(...) Art. 33 A Assembleia Geral dos associados é o órgão supremo da Cooperativa, tendo poderes, nos limites da lei e deste estatuto social, para decidir os negócios relativos ao seu objeto e tomar as resoluções convenientes ao seu desenvolvimento e defesa e as deliberações assembleares vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes.

107. Nesse sentido, não há como desvincular a conduta da Unimed Divinópolis das deliberações realizadas em assembleias gerais por serem essas a instância superior do processo decisório da Cooperativa.

108. Ademais, mesmo considerando a possibilidade de não ter havido, na prática, o boicote por parte dos cooperados aos planos de saúde cuja remuneração fosse abaixo da CBHPM, o que caracteriza o ilícito concorrencial não é apenas a prática, mas atos que possam produzir efeitos anticoncorrenciais, conforme dispõe o art. 36, caput, da Lei nº 12.529/2011³⁴. No presente caso, as ameaças de descredenciamento coletivo por parte dos cooperados da Unimed Divinópolis, respaldadas mediante deliberações realizadas em assembleia geral, já caracteriza o ilícito.

3. INDIVIDUALIZAÇÃO DAS CONDUTAS

3.1 Associação Médica de Divinópolis e Unimed Divinópolis

109. Conforme exposto anteriormente, verificam-se nos autos provas (fls. 12, 113, 214, 316, 317) que demonstram a atuação da AMD no intuito de pressionar as operadoras de planos de saúde a reajustar os valores pagos baseados na CBHPM, com ameaças de descredenciamento em massa. A Unimed Divinópolis, por sua vez, indiretamente, também pressionou as operadoras concorrentes, conforme provas presentes nos autos (fls. 15, 16, 22 e 38). Isso porque, ao implantar a CBHPM como padrão de remuneração e dado o seu poder de mercado, a Cooperativa impôs aos médicos cooperados não trabalhar para as demais operadoras por valores inferiores a CBHPM³⁵.

110. Dessa forma, são fartas as evidências de que a conduta da AMD e da Unimed Divinópolis tem o potencial de impedir a livre negociação e, com isso, mitigar a livre iniciativa e a livre concorrência no mercado de serviços médicos no município de Divinópolis e região.

3.2 Evangelista José Miguel e Antônio de Pádua Silva

111. O Sr. Evangelista José Miguel era, à época da conduta, Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis. Consta nos autos prova documental assinada pelo Sr. Evangelista José

³⁴ (...) Art. 36 *Constituem infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou possam produzir os seguintes efeitos, ainda que não sejam alcançados:*

I - limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa;

II - dominar mercado relevante de bens ou serviços;

III - aumentar arbitrariamente os lucros; e

IV - exercer de forma abusiva posição dominante. (...)

³⁵ A título de exemplo, citam-se casos semelhantes nos quais esta SG opinou pela condenação, conforme publicado no Diário Oficial da União em 07.01.2013: (a) PA 08012.002985/2004-12 – Representado: Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão; (b) PA 08012.004020/2004-64 – Representado: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia; (c) PA 08012.005101/2004-81 – Representados: Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, Associação Médica de Minas Gerais, entre outros; (d) PA 08012.008477/2004-48 – Representados: Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina, Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina e Associação Catarinense de Medicina; (e) PA 08012.006552/2005-17 Representados: Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso, Associação Médica do Mato Grosso e Sindicato dos Médicos do Mato Grosso.

Miguel, relativa a decisões de reunião realizada em 23.06.2004, por 15 cooperados da especialidade relativa a exames de ecografia. A carta é endereçada aos médicos cooperados e clínicas de ecografia e determina a aplicação de valor uniforme, sob pena de punição, caso não seja adotada. Isso comprova que o Sr. Evangelista, como presidente da Unimed Divinópolis, participou da conduta infringida por esta, sendo também responsável pelas consequências advindas das ações da Cooperativa.

112. Já em relação ao Sr. Antônio de Pádua Silva, embora fosse presidente da AMD à época da conduta, não consta nos autos qualquer documento ou outro meio de prova que comprove, de forma contundente e direta, a participação do mesmo na conduta.

3. CONCLUSÃO

113. Dessa forma, recomenda-se, nos termos do art. 74 da Lei nº 12.529/2011 e art. 156, §1º, do Regimento Interno do Cade, que sejam remetidos os presentes autos ao Tribunal Administrativo do Cade para julgamento, opinando-se:

(i) Pela condenação da Associação Médica de Divinópolis – AMD em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II e X, da Lei nº 8.884/94³⁶;

(ii) Pela condenação da Unimed Divinópolis em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II, V e X, da Lei nº 8.884/94³⁷;

(iii) Pela condenação do Sr. Evangelista José Miguel – Diretor-Presidente da Unimed Divinópolis em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II, V e X, da Lei nº 8.884/94³⁸;

(iv) Pelo arquivamento do presente Processo Administrativo em relação ao Sr. Antônio de Pádua Silva – ex-Presidente da AMD visto que não constam elementos suficientes nos autos para a condenação em relação às práticas denunciadas.

114. Estas são as conclusões.

³⁶ Correspondentes ao artigo 36, incisos I, II e IV e §3º incisos II e VIII, da Lei nº 12.529/11.

³⁷ Correspondentes ao artigo 36, incisos I, II e IV e §3º incisos II, IV e VIII, da Lei nº 12.529/11.

³⁸ Correspondentes ao artigo 36, incisos I, II e IV e §3º incisos II, IV e VIII, da Lei nº 12.529/11.



Encaminhe-se ao Sr. Coordenador-Geral de Análise Antitruste

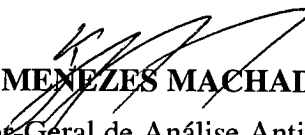
Brasília, 12 de FEVEREIRO de 2014.



MARIA CRISTINA DE SOUZA LEÃO ATTAYDE
Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo. Encaminhe-se ao Sr. Superintendente-Adjunto.

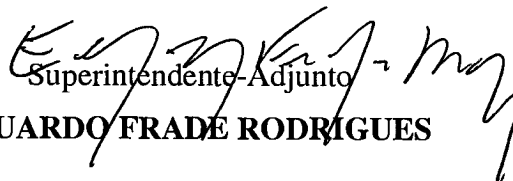
Brasília, 12 de FEVEREIRO de 2014.



KENYS MENEZES MACHADO
Coordenador-Geral de Análise Antitruste

De acordo. Encaminhe-se ao Sr. Superintendente-Geral.

Brasília, 12 de fevereiro de 2014.



Superintendente-Adjunto
EDUARDO FRAIDE RODRIGUES

DESPACHO DO SUPERINTENDENTE-GERAL

Em 12 de fevereiro de 2014.

Nº 162 . Ref.: Processo Administrativo nº 08012.000432/2005-14. Representante: Ministério Público de Minas Gerais – MP/MG. Representada: Associação Médica de Divinópolis – AMD, Unimed Divinópolis – Cooperativa de Trabalho Médico, Antônio de Pádua Silva e Evangelista José Miguel. Advogados: Ildeu Guimarães Mendes, Marden Drumond Viana, Joaquim Rocha Dourado, Mateus Ribeiro Gonçalves Dias e outros. Acolho a Nota Técnica nº 039, aprovada pelo Superintendente Adjunto, e, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei nº 9.784/99, integro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Pelos fundamentos apontados na Nota Técnica nº 039, recomendo: (i) pela condenação da Associação Médica de Divinópolis – AMD em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II e X, da Lei nº 8.884/94; (ii) pela condenação da Unimed Divinópolis em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II, V e X, da Lei nº 8.884/94; (iii) pela condenação do Sr. Evangelista José Miguel em relação a infrações contra a ordem econômica referidas no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II, V e X, da Lei nº 8.884/94; (iv) pelo arquivamento do presente Processo Administrativo em relação ao Sr. Antônio de Pádua Silva, visto que não constam elementos suficientes nos autos para a condenação em relação às práticas denunciadas. Assim, nos termos do art. 74 da Lei nº 12.529/2011 e art. 156, §1º, do Regimento Interno do Cade, remetam-se os autos ao Tribunal Administrativo do Cade para julgamento. Publique-se.



CARLOS EMMANUEL JOPPERT RAGAZZO
Superintendente-Geral

Enviado a Publicação
Em, 12/02/14

ProSC/CADE