

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08012.005101/2004-81

Representante: SINAMGE – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

Advogados: Dagoberto José Steinmeyer, Aureane Rodrigues da Silva, Guilherme Pinese Filho

Representados: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM/MG, Associação Médica de Minas Gerais – AMMG, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, Federação Mineira das Cooperativas Médicas – FEMCOM.

Advogados: Antonio Luiz Bueno Barbosa, Luciana Maria Costa Capuzzo, José Carlos Fonseca, Walter Costa Porto

EMENTA: Processo Administrativo instaurado em desfavor do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, da Associação Médica de Minas Gerais, do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e da Federação Mineira das Cooperativas Médicas, 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, X e XXIV, ambos da Lei nº 8.884/94. Tabela de honorários. CBHPM. Organização de boicote, por tempo indeterminado contra planos de saúde. Caracterização da conduta. Parecer pela condenação. Convolução.

Nota Técnica nº 001/2013.

Sumário

1. RELATÓRIO	2
1.1 Das Defesas Apresentadas	6
1.2 Da instrução do Processo Administrativo	10
1.3 Das Alegações Finais	12
2. ANÁLISE	12
2.1 Subsunção das entidades representativas das categorias profissionais à legislação de defesa da concorrência	13
2.2 Dos conflitos entre os agentes no mercado de saúde suplementar	15
2.3. Delimitação do mercado relevante	17
2.4. O movimento nacional para implantação da CBHPM como tabela de honorários mínimos obrigatória: a coordenação das entidades nacionais e a atuação das entidades regionais	19

2.5. O poder de mercado das entidades representadas	22
2.6. Da caracterização de infração contra a ordem econômica	25
2.6.1 A CBHPM como tabela de valores mínimos de honorários médicos.....	26
2.6.2. A promoção de boicotes e paralisações de serviços para forçar a implementação da CBHPM	32
2.6.3 A punição ou ameaça de punição aos médicos que não aderissem aos valores da CBHPM e/ou aos boicotes	35
2.7 Entendimentos do Poder Judiciário sobre a CBHPM e sua implementação.....	41
2.8 A liderança de negociações coletivas junto às operadoras de planos de saúde para a discussão dos honorários médicos.....	46
2.9 Conclusões e parâmetros para a atuação dos médicos	48
3. RECOMENDAÇÃO	49

Senhor Coordenador-Geral,

1. RELATÓRIO

1. Trata-se de Processo Administrativo instaurado em 14 de julho de 2005 (fls. 526/546) em desfavor do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, da Associação Médica de Minas Gerais, do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e da Federação Mineira das Cooperativas Médicas – entidades que compõem a Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais (“CEHM”) 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, X e XXIV, ambos da Lei nº 8.884/94¹.

2. As entidades médicas supostamente negociavam coletivamente com as operadoras de planos de saúde buscando impor a estas a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), uma lista que ordena os procedimentos médicos de acordo com determinados atributos², que, segundo o Representante, foi utilizada como uma tabela para fixar preços mínimos. Além disso, conforme denúncia, os Representados coordenaram boicotes, com a finalidade de implantar a adoção da CBHPM pelas operadoras.

¹ Os Artigos correspondentes na Lei nº 12.529/2011 são: Art. 36, incisos I, II e IV, Art. 36 § 3º inciso II e VIII.

² Sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

3. Conjuntamente com o ato de instauração do presente feito, decidiu-se pela adoção de Medida Preventiva, com base no artigo 52 da Lei nº. 8.884/94, uma vez que fora constatada a possibilidade de dano irreparável ou de difícil reparação à concorrência no mercado relevante de prestação de serviços médico-hospitalares no Sistema de Saúde Suplementar do Estado de Minas Gerais. A referida Medida Preventiva determinou aos Representados que (i) suspendessem a vigência da Resolução nº. 253/04³, (ii) se abstivessem de praticar quaisquer condutas que tivessem por objeto influenciar médicos à adoção da tabela denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), (iii) se abstivessem de praticar quaisquer condutas que tivessem por objeto ou efeito obter ou influenciar a adoção de conduta comercial uniforme entre credenciados com vistas a boicotar planos de saúde que se recusassem a adotar tabela de honorários médicos, e, por fim, (iv) fizessem publicar, em pelo menos um dos dois jornais de maior circulação do Estado de Minas Gerais, o teor da Medida Preventiva imposta.

4. As investigações que acarretaram a instauração do Processo Administrativo em epígrafe decorreram das seguintes denúncias do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE (fls. 2 a 17):

- os Representados tentaram impor aos associados do Representante a adoção de tabela de honorários médicos denominada CBHPM, sob pena de paralisação dos serviços médicos por todos os médicos que lhes prestam serviços;
- a ação dos Representados culminou com a edição, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, da Resolução nº 253, de 7 de abril de 2004, que determinava aos médicos do Estado a adoção da CBHPM (art. 1º⁴) no atendimento a empresas ligadas ao SUS, constituindo violação a postulados médicos sua não observância;
- tal fixação de remuneração representaria ameaça para os profissionais médicos e instituições médicas e lhes feriria a liberdade de negociar;
- a atitude dos Representados também significaria violação aos preceitos constitucionais contidos no artigo 5º, incisos II e XIII (princípio da estrita legalidade e liberdade de ofício), artigo 8º, inciso VI (obrigatoriedade de participação de sindicatos nas negociações coletivas), artigo 22, I (competências legislativas privativas da União em relação a Direito Civil e Comercial) e aos preceitos legais da Lei nº 9.656/98, que

³ Determinava aos médicos do Estado a adoção de tabela denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

⁴ Preceituava a Resolução CRM nº 253/2004, que “o Plenário do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o deliberado da Sessão Plenária desta data, (...) RESOLVE”:

Artigo 1º - Determinar aos médicos de Minas Gerais que atendem aos usuários das empresas ligadas ao Sistema de Saúde Suplementar, que adotem, como remuneração de seus procedimentos, os valores da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)”

Artigo 3º - Constituir violação a postulados éticos:

I. A cobrança pelos médicos e/ou instituições médicas de procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar em desconformidade com a CBHPM adotada pela Resolução CFM nº 1.673/03”

não estabelece critérios de remuneração do trabalho médico e tampouco confere competência normativa ao CRM nesse tocante;

- a cartelização na prestação de serviços, por meio da imposição de preços de forma preestabelecida, representa abuso de poder econômico e fere o princípio da livre concorrência (art. 170, incisos IV e V, da CF, e art. 1º, caput, art. 20, I e IV, art. 21, II e XII, da Lei nº 8.884/94), em detrimento do interesse público e da população;
- a simples ameaça de paralisação na prestação de serviços médico-hospitalares coloca em risco a população local e de cidades de outras regiões do Estado, deixando em desamparo usuários dos serviços e beneficiários que pagam regularmente pelos planos de saúde, que cumpriram o prazo de carência e que necessitam de atendimento médico-hospitalar.

5. Como prova de suas alegações, o Representante juntou aos autos documentos, matérias jornalísticas, cópias de decisões judiciais e administrativas.

6. Dados os fatos relatados na denúncia, em início à investigação, a Secretaria de Direito Econômico impulsionou a realização de uma série de diligências com a finalidade de verificar a existência de indícios (i) de que médicos, com o intermédio de suas associações, estariam promovendo boicote a empresas de plano de saúde da modalidade “medicina de grupo” no Estado de Minas Gerais e (ii) da potencialidade de a conduta caracterizar ato ilícito punível pela Lei nº. 8.884/94.

7. Inicialmente, com intuito de compreender como se situavam as práticas investigadas no panorama nacional⁵, oficiou-se, em 20.8.2004, as entidades representativas de caráter nacional, a exemplo da Federação Nacional dos Médicos – FENAM (Of. Nº 5106/2004/DPDE – fl. 64), Confederação Médica Brasileira – CMB (Of. Nº 5107/2004/DPDE – fl. 66), Conselho Federal de Medicina – CFM (Of. Nº 5108/2004/DPDE – fl. 68) e Associação Médica Brasileira – AMB (Of. Nº 5109/2004/DPDE – fl. 70), requisitando-se informações acerca do movimento de boicote, de orientações dadas pela entidade e das consequências ao profissional de saúde que se recusasse a aderir ao movimento.

8. A AMB, em resposta ao ofício (fls. 72-136), informou que o boicote realizado não contou com a participação da classe médica, que não interrompeu a prestação de serviços e que escaparia à sua competência a aplicação de sanção àqueles que descumprissem a CBHPM⁶. Da leitura das atas de reuniões da entidade, acostadas às fls. 76-132, constam

⁵ Denúncias semelhantes reportadas ao SBDC sinalizavam que a implementação coercitiva da nova tabela de honorários teria emanado de associações com abrangência nacional e deram origem às seguintes investigações: Procedimento Administrativo nº 08012.006647/2004-50, Processo Administrativo nº 08012.004020/2004-64, Processo Administrativo nº 08012.002985/2004-12 e Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71.

⁶ *In verbis*: “A importância desse trabalho [‘de classificação hierarquizada de procedimentos médicos, identificando os atos médicos e suas diferentes etapas, para servir de referencial nas tratativas entre prestadores de serviços e terceiros’], elaborado com o acompanhamento do Conselho Federal de Medicina, entidade estatal responsável legal pelo zelo e boa atuação dos profissionais da saúde, dela partiu a Resolução nº. 1673/03, estabelecendo a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. (...) Não

menções genéricas à CBHPM. Já nas Atas de Reunião da Comissão Nacional para Implantação da CBHPM (fl. 115-132) existem informações que apontam para uma coordenação nacional do movimento⁷.

9. A FENAM, em resposta ao ofício (18.10.2004 - fls. 135-175), afirmou que não houve influência da Federação sobre as entidades sindicais médicas dos Estados e especialmente da Bahia, Maranhão e Minas Gerais, 'no que se refere aos planos de saúde', até porque tal procedimento seria uma negativa do respeito à autonomia dessas entidades sindicais locais.

10. O CFM, em resposta ao ofício (10.9.2004 - fls. 217-403)⁸, afirmou não ter participado ou mesmo orientado os profissionais de saúde no boicote a empresas de assistência à saúde (fl. 217). Tal movimento teria sido iniciativa da classe médica insatisfeita com as baixas remunerações. Afirmou, ainda, que a Resolução CFM nº 1.673/2003 não estabelece qualquer previsão de sanção aos profissionais.

11. Em 14.10.2004, a SDE oficiou o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE) (Of. Nº 6160/2004/DPDE - fl. 133) solicitando diversas informações sobre o movimento de implantação da CBHPM. Em resposta ao ofício (10.11.2004 - fls. 178-214), o SINAMGE apresentou um histórico da negociação e implantação da CBHPM, informando que a Comissão de Honorários Médicos recusou-se a celebrar qualquer acordo que não adotasse na íntegra a CBHPM, com os valores ali previstos, ameaçando as operadoras de haver descredenciamento em massa de profissionais. Caso a CBHPM fosse adotada pelos planos, implicaria um acréscimo de 52,28% a 55,09% no total das despesas assistenciais suportadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Apresentou diversos ofícios e notificações sobre as negociações e os movimentos de boicote.

12. Em 7.12.2004, o então Coordenador-Geral da CGAJ determinou o apensamento a este processo do Procedimento Administrativo nº 08012.005672/2004-16 (fls. 507-508), tendo em vista a identidade de fundamentos de fato que levaram à autuação dos feitos e o fato de este processo estar em estágio mais avançado de investigação.

houve imposição de sua aplicação pela AMB, nem boicote em relação à prestação de serviços médicos pelos profissionais de saúde. E é bom frisar que em nenhum momento os médicos deixaram de atender seus pacientes. Assim, não existe organização central nem decisões regionais tomadas em assembleias locais visando tumultuar o atendimento médico. (...) E em relação às consequências para os médicos que não aceitaram a CBHPM, a AMB não tem competência legal para analisar o comportamento desses profissionais, muito menos de lhes aplicar qualquer sanção" (fl. 73-75)

⁷ Destaca-se, nesse sentido, o trecho "Atualmente são 13 Estados onde houve acordo com a UNIDAS. A UNIMED tem alguns acordos pontuais. (...) Após discussão e análise das comissões, a CNI decidiu que das cinco comissões, a única que deveria ser estadual é a de negociação da CBHPM, as demais devem ser comissões de caráter nacional". (Reunião de 28.7.2004 - fls. 127-128).

⁸ Quanto às atas das Sessões Plenárias do CFM e à agenda de compromissos do CFM, acostadas às fls. 223-403, há algumas menções à CBHPM com destaque para a menção de diversos eventos relacionados à implementação da classificação (fls. 367, 368, 370, 377, 380-382, 385, 386, 389, 394,400), sem no entanto especificar maiores detalhes sobre o quanto discutido.

13. Em continuidade à instrução, expediu-se, em 14.1.2005 (fl. 513), o Ofício nº 182/2005/DPDE, solicitando à FENAM informações acerca da Confederação Médica Brasileira, dentre as quais, histórico da instituição, motivos de sua constituição e desconstituição, estatuto social e autorizações governamentais. Em resposta ao ofício (fl. 519 – 2.2.2005), a FENAM basicamente afirmou que a CMB, criada em 1995 por três federações de sindicatos médicos, havia sido desativada, não tendo sido sequer registrada junto ao Ministério do Trabalho.

14. Em 4.3.2005, foi juntada aos autos cópia de missiva enviada pelo CRM/MG ao médico Dr. Luiz Buccini Carneiro, em 6.8.2004, requerendo que ele se manifestasse acerca de denúncias recebidas pelo Conselho de que o médico estaria atuando em desconformidade às resoluções do CFM e em desrespeito ao Código de Ética Médica ao atender a seguradoras cujos atendimentos estavam paralisados segundo as deliberações da Assembleia.

15. Após a instauração do feito e a concomitante adoção de Medida Preventiva, realizadas em 14 de julho de 2005, os Representados foram regularmente notificados (fls. 555-559, sendo o último AR juntado aos autos em 12.8.2005), abrindo-se prazo para apresentação de defesa.

16. Oficiada e instada a, caso fosse de seu interesse, apresentar parecer (Of. Nº 3465/2005/DPDE/GAB – fl. 559 – 26.7.2005)), a SEAE se reservou no direito de não se manifestar sobre o processo (fl. 563).

1.1 Das Defesas Apresentadas

17. Abaixo, faz-se um breve relato do quanto, em sede de defesa administrativa, foi apresentado pelos Representados nos autos deste processo.

18. Em 24 de agosto de 2005, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM/MG apresentou suas Razões de Defesa (fls. 588-623), alegando em síntese:

- Das preliminares aduzidas
 - Haveria nulidade absoluta do procedimento administrativo, por cerceamento de defesa, uma vez que não houve a devida garantia aos direitos de ampla defesa e do contraditório (arts. 2º, 3º e 68, da Lei nº 9.784/99) por não ter sido oportunizado ao CRM se manifestar nos autos anteriormente à aplicação da Medida Preventiva;
 - A Resolução CRM/MG nº 253/2004 já havia sido suspensa, o que tornaria inválida a Medida Preventiva proferida, restando prejudicada as demais medidas acessórias constantes no dispositivo da Medida Preventiva; o Representado reforça o argumento informando que, em 1.9.2004, o CFM expediu recomendação expressa aos CRMs para que sobrestassem os feitos (sindicâncias e processos ético-profissionais) que tivessem por objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da CBHPM;

- O CRM não é empresa, não se enquadrando, por isso, ao fato típico denominado formação de cartel;
- Da CBHPM
 - A CBHPM não é uma tabela de honorários médicos e sim uma forma justa e viável de remuneração médica e de adequação dos procedimentos médicos atuais indispensáveis para o efetivo atendimento a pacientes, tendo incorporado 1200 novos procedimentos médicos àqueles anteriormente aceitos pelos planos de saúde;
 - Inexiste uniformidade de preços, uma vez que cada cidade tem a liberdade de deixar seus preços de consultas dentro de uma variação percentual - 20% - que transpareça a realidade econômica da localidade;
 - Na elaboração da CBHPM verificou-se que o valor digno para uma consulta correta, sem pressa e com qualidade, é de R\$ 42,00, podendo variar em até 20% (vinte por cento) de região para região do país, de acordo com estudos científicos feitos pela FIPE. Contudo, os planos de saúde querem obter o lucro máximo e, para isso, querem pagar o mínimo possível para ter um atendimento médico digno. Os planos de saúde pagariam apenas R\$ 20,00 pela consulta.
 - A CBHPM apenas sugere a adoção de valores razoáveis a serem cobrados pelos serviços, não existindo qualquer sanção pela sua não-observância (fl. 614);
 - A procura por determinado profissional e o valor de seus honorários dependem da qualidade dos serviços por ele prestados, não permitindo a conclusão de que a mera existência de uma classificação mínima de preços a serem praticados implique uniformização de condutas e valores;
 - Nos termos do artigo 86 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico “*receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios*”.
- Dos boicotes e do descredenciamento de médicos
 - O descredenciamento dos médicos não viola o princípio da livre iniciativa e obedece às normas aplicáveis ao caso, quais sejam: Lei nº 9.961/2000 e Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, que estabelecem o prazo de 60 (sessenta) dias para a suspensão do atendimento;
- Dos precedentes estabelecidos pelo Judiciário
 - O Judiciário se manifestou pela legalidade da CBHPM e sua não violação à ordem econômica nos autos da ACP nº 2004.36.00.010091-0⁹;

⁹ Tendo a sentença firmado entendimento no sentido de que “*porque o conceito de ordem econômica está inseparavelmente ligado com o de empresa é que não se vislumbra, prima facie, a ocorrência de infração à ordem econômica*”, “*não se pode dizer que se formou um cartel*”, “*também não se verifica ocorrência de aumento arbitrário de lucros*”, “*os pedidos de rescisão ou descredenciamento observaram (...) os ditames legais*” (fl. 595).

- Há diversas decisões judiciais que propugnam pela legalidade da implantação da CBHPM como remuneração mínima de procedimentos médicos, destacando seu caráter de não imperatividade e que determinam, liminarmente, a obrigatoriedade de remuneração dos serviços médicos de acordo com a CBHPM;

- Da não restrição à livre concorrência pela conduta do CRM-MG
 - A conduta anticoncorrencial imputada ao CRM é atípica, estando ausentes os seguintes requisitos: caráter empresarial do Representado, conduta comercial, intencionalidade de evitar a concorrência;
 - As operadoras de planos de saúde são, na verdade, as praticantes de abuso de poder econômico na modalidade de dominação de mercado, uma vez que impõem suas próprias tabelas de honorários médicos;
 - Não há perturbação à livre concorrência ou à livre iniciativa: o usuário continua dispondo da liberdade de escolher o plano de saúde que lhe convier e o paciente, livre para optar pelos médicos de sua confiança.

19. Em 12.9.2005, os Representados AMMG, SINMED-MG e FEMCOM apresentaram Defesa Administrativa (fls. 830-867 / fls. 574-587 – 23.8.2005), em que alegaram:

- Das preliminares aduzidas
 - É totalmente viável que a CBHPM seja tomada como referencial de remuneração do trabalho médico, aplicando-se redutores e bandas previstas nela própria, de acordo com peculiaridades regionais e outras, que podem chegar à variação de 20% (vinte por cento);
 - Toda e qualquer gestão empreendida com o propósito de implementação da CBHPM, sem qualquer mecanismo artificioso de alinhamento, não apresenta qualquer risco de lesão ao comportamento concorrencial natural do mercado.
 - A AMMG, o SINMED-MG e a FEMCOM não são dotados de competência para fiscalizar o exercício da profissão e via de consequência, responsabilizar e punir aqueles que venham a infringir quaisquer normas. Portanto, apresentam-se destituídas de condição de impor comportamentos aos seus associados;
 - A suspensão da Resolução CRM/MG nº 253/2004 esvazia, quase por completo, o rol de condutas ditas coordenadas no item 32 da decisão da SDE;
- Do mercado relevante e do poder de mercado
 - A definição de mercado relevante está incorreta, devendo ser restrita ao mercado de prestação de serviços médico-hospitalares por meio das operadoras de planos privados de assistência à saúde, o que excluiria a FEMCOM da Representação, uma vez que esta representa uma outra vertente do sistema de saúde suplementar, a saber, cooperativas médicas;

- Quanto ao poder de mercado, seria impossível aos Representados exercê-lo, uma vez que o mercado é dominado pelas chamadas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sendo que a dependência da classe médica dos convênios não lhes permite qualquer êxito nas negociações: todo o processo de formação dos preços é exercido e controlado pelas operadoras, estas sim detentoras de poder econômico e de mercado;

- Os Representados não desfrutam de poder econômico no aspecto da autonomia da tomada de decisão, motivo pelo qual não exercem dominação alguma no mercado relevante em questão;

- A dominação de mercado perpetrada pelas empresas de “medicina de grupo” implica a não disponibilização dos métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e reconhecidos aos usuários do sistema de saúde “complementar”, cujas mensalidades são reajustadas em períodos curtos (fl. 861);

- Da CBHPM

- Ao contrário do que pressupõe a SDE, a CBHPM não constitui uma tabela: conforme informações constantes do site da AMB, *“os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam 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”*;

- Do aumento de custos decorrentes da adoção da CBHPM

- No relatório da SDE, consta informação falaciosa de que a adoção da CBHPM provocaria um acréscimo de 52,58% a 55,09% no total das despesas assistenciais: hipoteticamente, a CBHPM apresentou reajuste positivo para a radiografia de 70% e reajuste negativo de 9% para a ressonância magnética;

- Para que os aumentos alegados pelo Representante fossem verossímeis, deveria ter sido apresentada planilha com a evolução do preço do plano de saúde de cada um dos seus filiados para os usuários, desde 1992;

- Nos termos da Resolução nº 20/99 do CADE, a análise da conduta deve ser feita sob a luz da regra da razão, segundo a qual até mesmo o tabelamento de preços pode ser admitido conquanto gere como efeito o salto de qualidade nos serviços prestados (item 3.2.1.);

- Dos pedidos

- Por fim, requerem, em observância aos princípios da eventualidade e da concentração da defesa, que, no caso de eventual imposição de penalidade, sejam levados em consideração os seguintes fatores elencados no artigo 27 da Lei nº 8.884/94: o fato de a conduta não ter causado qualquer prejuízo aos usuários dos planos de saúde ou sanções aos médicos mineiros que tivessem descumprido a suspensão Resolução CRM/MG nº 253/2004 (gravidade da infração); os Representados apenas cumpriram com suas finalidades institucionais (boa-fé da empresa); não foi

obtida qualquer vantagem em razão das condutas investigadas, uma vez que o domínio do mercado é exercido pelas empresas de medicina de grupo (vantagem auferida ou pretendida pelo autor); a conduta sequer pode ser catalogada como infrativa, portanto, não há que se falar em consumação (consumação ou não da infração); como o CRM/MG sequer chegou a colocar em prática os preceitos de sua Resolução nº 253/04, não há que se falar em lesão (grau de lesão à livre concorrência); inocorrência de efeitos econômicos negativos; os Representados são destituídos de finalidade lucrativa (situação econômica do infrator); os Representados não são reincidentes.¹⁰

1.2 Da instrução do Processo Administrativo

20. Em 27.11.2006, o Representado CRM/MG juntou aos autos (i) cópia da Circular CFM nº 125/2004-AJ, em que o CFM solicitou aos CRMs que sobrestassem feitos que tivessem por objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da CBHPM e (ii) cópia de decisão judicial prolatada pelo Juiz Federal Substituto Ronald Kruger Rodor, da Seção Judiciária do Espírito Santo, nos autos da Ação Civil Pública nº 2005.50.01.005245-2 (fls. 1004-1013).

21. Em continuidade à instrução, em 28.9.2007, oficiou-se ao Conselho Federal de Medicina (Ofício nº 6024/2007/DPDE – fls. 1019-1022), à Associação Médica Brasileira (Ofício nº 6025/2007/DPDE – fls. 1023-1026) e à Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE (Ofício nº 6023/2007/DPDE – fls. 1028-1031), requisitando-se cópia integral de relatórios, estudos, pesquisas e assemelhados nos quais a CBHPM foi baseada. As respostas foram digitalizadas e acostadas à fl. 2884.

22. Em 5.6.2008, oficiou-se aos presidentes da AMMG (Ofício nº 3556/2008/DPDE - fls. 1039-1041) e do CRM/MG (Ofício nº 3554/2008/DPDE – fls. 1042-1044) requerendo-se informações sobre a participação das entidades médicas mineiras na elaboração e divulgação de valores de honorários médicos e nas negociações com as operadoras de planos de saúde.

23. Em resposta ao ofício, protocolizada em 30.6.2008, a AMMG reiterou apenas que a CBHPM não é uma tabela e sim uma classificação hierarquizada de procedimentos médicos e que a mobilização da classe médica por melhorias em sua remuneração é revestida de legitimidade (fls. 1048-1051).

24. O CRM/MG, por seu turno, protocolizou resposta ao ofício em 3.7.2008, afirmando não ter elaborado, entre 1990 e 2008, tabela de honorários médicos, nem punido qualquer de seus administrados por descumprimento de tabela de honorários (fls. 1057-1058). Ainda, pediu juntada de mais uma decisão judicial propugnando pela licitude da CBHPM.

¹⁰ Na oportunidade, apresentaram diversos documentos, acostados às fls. 872/982.

25. Em 18 de fevereiro de 2010, a SDE encaminhou ofícios para diversas operadoras de planos de saúde¹¹ (fls. 309 a 495) com o objetivo de traduzir para autos dos processos administrativos o contexto e o processo de negociação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores quanto aos valores e reajustes dos serviços médico-hospitalares (fls. 1063 a 1249). As respostas foram acostadas à fl. 1392.

26. Em 05 de agosto de 2010, a SDE saneou o presente Processo Administrativo. As preliminares suscitadas pelos Representados foram indeferidas, consoante apontado na Nota Técnica e no Despacho de fls. 1250 a 1277, por falta de amparo legal. Por fim, foram os Representados intimados para que especificassem provas que pretendiam produzir, justificando sua necessidade e apresentando, na oportunidade, o rol das testemunhas, em número não superior a 03 (três), caso esse meio probatório fosse de seu interesse.

27. Em 31 de agosto de 2010, o CRM/MG manifestou-se no sentido de que não pretendia produzir novas provas, já que todas as provas referentes ao caso já foram juntadas ao longo do processo (fl. 1387).

28. Em 31 de agosto de 2010, a AMMG, o SINMED/MG e a FEMCOM solicitaram a juntada de novos documentos (fls. 1388 a 1389), os quais refletem, dentre outros, julgados recentes do Poder Judiciário no sentido de que *“o uso da tabela de honorários da AMB não dá base à condenação editada pelo CADE, pois não configura tal hipótese, todavia, simples recomendação para utilização da Tabela de Honorários Médicos, que apenas sugere aos profissionais os valores mínimos de honorários capazes de remunerar dignamente a conduta comercial uniforme ou concertada entre concorrentes”* (MS 1999.01.00.059757-9/DF). Solicitaram, também, a juntada da cópia de acordo firmado entre o Sindicato dos Médicos de Minas Gerais – SINMED, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – SINAMGE, a Prontomed e a Saúde Viva, perante a Promotoria de Defesa do Consumidor de Divinópolis, nos autos do Processo Administrativo nº 50/04, pelo qual,

¹¹ As operadoras oficiadas foram selecionadas segundo sua representatividade no mercado nacional de planos de saúde. Foram oficiadas as maiores filiadas da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), entidades filiadas à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e entidades filiadas à Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), além de cooperativas singulares integrantes do sistema UNIMED. A diligência foi enviada para: Unibanco Saúde Seguradora S/A; Marítima Saúde Seguros S/A; Allianz Saúde S/A; Porto Seguro - Seguro Saúde S/A; Unimed Seguros Saúde S/A; Itauseg Saúde S.A.; Brilsaude Companhia de Seguros; Bradesco Saúde S/A; Notre Dame Seguradora S/A; Medial Saúde S/A.; Volkswagen do Brasil Indústria de Veículos; Caixa Econômica Federal; Telos - Fundação Embratel de Seguridade Social; Unimed de Fortaleza Cooperativa de Trabalho; Fundação Chesf de Assistência e Seguridade; Geap Fundação de Seguridade Social; Perdigão Agroindustrial S.A.; Associação dos Funcionários da Fazenda (Assefaz); Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico; Fundação Sabesp de Seguridade Social (Sabesprev); Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico; Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro); Cia. Vale do Rio Doce S/A; Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi); Unimed Porto Alegre Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Brasília Cooperativa de Trabalho Médico; Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos; Petrobrás Distribuidora S.A.; Intermédica Sistema de Saúde S/A; Omint Serviços de Saúde Ltda.; Funasa-Saúde; Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária (Infraero); Golden Cross Assistência Internacional de Saúde; Excelsior Med Ltda.; Amil Planos por Administração Ltda; Sul América Serviços de Saúde S.A.; Bacen; Eletronorte - Centrais Elétricas do Norte do Brasil S/A; Pró Saúde; Senado Federal; Telesp; Unimed Sul do Pará; Usiminas

segundo os Representados, foi reconhecida a inocorrência de qualquer atitude anticoncorrencial no mercado de Divinópolis (fls. 1390 a 1391).

29. Em 29 de novembro de 2010, a SDE declarou encerrada a instrução processual (fls. 1394 a 1419). Intimou os Representados para que apresentassem, no prazo de 5 (cinco) dias, suas alegações finais, a fim de que, em seguida, a SDE proferisse suas conclusões acerca dos fatos.

1.3 Das Alegações Finais

30. Em 07 de dezembro de 2010, a Associação Médica de Minas Gerais – AMMG, o Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais – SINMED/MG e a Federação Mineira das Cooperativas Médicas – FEMCOM protocolizam suas alegações finais (fls. 1423 a 1429), informando, em suma, que:

- As Representadas sempre atuaram de modo correto e no estrito limite da lei, não tendo praticado nenhuma atitude de uniformização de honorários médicos ou tampouco aplicado sanções aos médicos por não adotarem a CBHPM.
- O Representante tem como fim precípua de sua atividade não o interesse social, mas apenas o lucro das empresas que representa. Basta verificar que não houve nenhuma insinuação do Representante em propiciar qualquer redução de preços aos consumidores;
- Os Representados buscam a aplicação de procedimentos médicos hierarquizados, de acordo com o porte do ato, a todos os atos médicos disponíveis;
- A CBHPM não comporta o conceito de tabela, mas sim de um apanhado do que há de mais novo em tecnologia médica;
- Nenhuma das Representadas é dotada de competência para fiscalizar o exercício da profissão médica e, conseqüentemente, responsabilizar e aplicar punições em razão de eventuais recusas de seguir esta ou aquela orientação;

31. Este é o relatório.

2. ANÁLISE

32. A Lei 8.884/94, no *caput* de seu artigo 20, aplicável à época dos fatos, bem como a atual Lei 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.

33. O ponto fulcral da denúncia em exame versa sobre a imposição, pelas entidades médicas Representadas 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 Estadual de Honorários Médicos, e a coordenação de movimentos no Estado de Minas Gerais com o objetivo de promover a paralisação generalizada de atendimento médico, com a finalidade de impulsionar a adoção da CBHPM pelas operadoras.

34. Assim, cumpre analisar *objetivamente* a possibilidade de produção de efeitos anticoncorrenciais pelas condutas investigadas.

35. Antes de ingressar na etapa de delimitação do mercado relevante e de verificação da existência de poder de mercado, convém estabelecer a subsunção das entidades representativas em questão à Lei Antitruste, bem como contextualizar o problema retratado nesses autos, apresentando os conflitos entre médicos e operadoras que marcam a evolução desse segmento.

2.1 Subsunção das entidades representativas das categorias profissionais à legislação de defesa da concorrência

36. As associações e os conselhos representativos de categorias profissionais usualmente socorrem-se do argumento de que sua atuação foge ao conceito de *conduta comercial*, ou de *atividade econômica*, dada a alegada ausência de fins lucrativos, pugnando pela inaplicabilidade da legislação de defesa da concorrência à sua atuação.

37. Os médicos, como profissionais prestadores de serviços com vínculo com operadoras de planos de saúde, exercem, de maneira inconteste, atividade econômica. Detentores do risco da atividade, os profissionais disponibilizam um serviço no mercado que é, por sua vez, contratado por empresas que o oferecem a seus respectivos consumidores. Nesse cenário, os médicos restam inegavelmente como aqueles agentes que ofertam um serviço às operadoras de plano de saúde que, por sua vez, os remunera pelo atendimento de seu beneficiário. Assim, embora a relação entre médico e paciente seja especialmente conduzida pela pessoalidade e em que pese sirvam estes profissionais à distinta função de salvar vidas, quando se disponibilizam a atender pacientes, fazendo dessa sua atividade profissional e sua fonte de subsistência, mediante remuneração, figuram como agentes econômicos que atuam como profissionais autônomos neste mercado específico, caracterizando-se como verdadeiros concorrentes. Os pacientes (consumidores), é bom lembrar, pagam por este serviço, ainda que por meio do plano de saúde a que se filiarem, e se sujeitam pesadamente aos eventuais aumentos de preços ou cessação da oferta patrocinados pelos profissionais médicos.

38. Além disso, é preciso frisar que a existência de lei regulamentadora da atividade profissional não afasta a possibilidade de eventual intervenção antitruste, com a

finalidade de corrigir distorções que provoquem lesões, ainda que não efetivamente alcançadas, ao ambiente competitivo. É por esta razão que o artigo 15 da Lei nº 8.884/94 não cria qualquer exceção quanto à aplicabilidade do referido diploma legal. Não existe, por outro lado, qualquer outro dispositivo constitucional ou legal que isente, expressamente, o exercício da medicina dos valores atinentes à livre concorrência e tampouco aos preceitos que a tutelam.

39. É pacífico no âmbito do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência o entendimento que expressa a submissão das entidades representativas, inclusive os Conselhos de classe, as Associações e os Sindicatos, aos ditames da Lei nº 8.884/94¹². Nesse sentido, tem-se reiterado que, a despeito dos aspectos benéficos inerentes à atuação das referidas entidades, essas, principalmente quando congregam empresas/profissionais concorrentes, são expostas a riscos não desprezíveis de se envolverem em práticas contrárias à concorrência e ao livre mercado.

40. A atuação das entidades representativas de profissionais deve adstringir-se aos pilares constitucionais, dentre os quais se insere a livre concorrência. Suas atividades, nesse passo, não podem acarretar limitação à liberdade de contratar e tampouco se circunscreverem a medidas que prejudiquem competidores e consumidores das benesses de um mercado regido pela livre concorrência.

41. Conforme é de conhecimento amplo, a Constituição Federal de 1988 consagrou a livre concorrência e a livre iniciativa como alguns dos pilares fundamentais da ordem econômica. Visa-se, com isso, assegurar o equilíbrio nas relações econômicas, conferindo a todos uma existência digna, o que implica a busca de eficiências por parte dos agentes econômicos e na procura pelo bem estar dos consumidores. Os princípios constitucionais regentes da ordem econômica não podem ser analisados de forma individual ou estanque. Assim como toda a normativa constitucional, são eles regidos pelo princípio da unidade da Constituição, o que acena a necessária e indispensável atenção às demais preocupações do constituinte¹³. Sendo assim, não se pode dizer que a atividade econômica será concedida sob o viés da absolutividade. Ela, assim como todos os princípios constitucionais, está adstrita a limites implícitos e explícitos previstos na Carta Magna.

42. A livre iniciativa, portanto, como fundamento da estruturação econômica do país, é princípio adstrito aos mandamentos presentes no artigo 173 que, em seu §4º, veda expressamente o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário de lucros.

¹² Nesse sentido aponta-se, apenas como medida de referência, as seguintes condenações do CADE a Associações: Processo Administrativo nº 08000.010318/1994-73 (em que a própria AMHPDF foi condenada por conduta anticompetitiva); Processo Administrativo nº 08012.004025/2000-63; Processo Administrativo nº 08012.006492/1997-25.

¹³ MENDES, Gilmar Ferreira. COELHO, Inocêncio Mártires. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 2ª ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 114. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7ª ed. Coimbra: Almedina, p. 1223.

43. A lei de defesa da concorrência, nesse viés, possui o condão de conferir estabilidade às relações entre os mais diversos agentes econômicos, compatibilizando os múltiplos bens jurídicos tutelados pelo texto constitucional de modo a evitar e/ou reprimir qualquer tipo de distorção que acarrete, por exemplo, limitação ou falseamento da livre concorrência e da livre iniciativa, assim como o abuso de posição dominante.

44. Assim, embora a concepção das entidades representativas dos médicos esteja salvaguardada por dispositivos constitucionais e legais, suas atividades não podem afastar-se dos princípios que regem a ordem econômica, implicando em consequências que conduzam a condutas anticompetitivas ilegais. Atos que afrontem o princípio da livre concorrência desafiam uma intervenção das respectivas autoridades para coibir danos a concorrentes e consumidores.

2.2 Dos conflitos entre os agentes no mercado de saúde suplementar

45. O setor de assistência suplementar está se ampliando de forma consistente¹⁴, 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 médica¹⁵. Além disso, atuam nesse mercado cerca de 1.360 operadoras¹⁶, que apresentaram um faturamento de R\$ 82,4 bilhões no ano de 2011¹⁷.

46. 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 tecnologias¹⁸ e da ampliação das coberturas obrigatórias definidas pela ANS, somada a importantes mudanças regulatórias impuseram às operadoras de planos de saúde novos desafios para preservar o equilíbrio econômico-financeiro de suas empresas.

47. 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

¹⁴ Entre 2001 a 2011, o segmento apresentou um crescimento médio de 6,5% ao ano

¹⁵ 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.

¹⁶ Esse número contabiliza apenas aquelas que possuem beneficiários.

¹⁷

Fonte:

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

¹⁷ Esse número contabiliza apenas aquelas que possuem beneficiários.

¹⁸ 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.

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.

48. 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.

49. 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 médicos¹⁹. 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 período^{20, 21}.

50. Esse contexto foi agravado pelo aumento de concentração no mercado de assistência suplementar²², que reforçou a assimetria entre as estruturas de oferta de mão de

¹⁹ 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.*

²⁰ 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.

²¹ 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.

²² 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 C4²² 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).

obra nos serviços de saúde, que costuma ser pulverizada em diversas clínicas médicas²³; e a demanda de serviços médicos por meio de operadoras de planos de saúde de médio e grande porte.

51. 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 e 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 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.

52. 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.

2.3. Delimitação do mercado relevante

53. As autoridades antitruste, geralmente, 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 envolvidos²⁴. 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”.

²³ 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.

²⁴ 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).

54. 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.

55. 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.²⁵

56. 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 que, conforme visto anteriormente, abarca todo o Estado de Minas Gerais. Os médicos mineiros associam-se a entidades com representação em todo o Estado, que por sua vez negociam com os planos de saúde de modo a surtir efeitos em todo esse território.

57. 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 de diferentes especialidades, coordenado pelos Representados, para impor os valores e os procedimentos da tabela CBHPM aos planos de saúde.

58. Note-se que, no presente caso, perquirir uma definição de mercado relevante distinta dessa, como, por exemplo, uma que segmentasse o mercado do produto em diversos serviços médicos distintos, ou uma que adotasse um mercado geográfico municipal, não faria sentido de um ponto de vista da racionalidade da análise, identificação da conduta e aferição de seus efeitos. A conduta dos agentes ora examinada não se deu por especialidade médica ou apenas em um ou outro município. Ela ocorreu no âmbito de entidades representativas de

²⁵ 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 <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).

médicos com um todo, na amplitude de todo o Estado de Minas Gerais. Segmentações distintas de mercado relevante, aqui, apenas complicariam a análise, sem qualquer alteração sobre o seu resultado final.

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

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.

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, como ressaltado, a Comissão Estadual foi composta pelas ora Representadas²⁶.

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

²⁶ Em Minas Gerais, conforme ressaltado anteriormente, foi institucionalizada a Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais, composta pelo CRM/MG, AMMG, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e 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.

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 bojo 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 AMB²⁷ 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

²⁷ Datado de 30 de março de 2004 - informa o andamento das negociações com a FENASEG.

e incisiva, desencadeando, como ressaltado anteriormente, a reação das operadoras de planos de saúde e de outras entidades, que acionaram o SBDC questionando a atuação da classe médica²⁸. 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 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 nestes autos em 10.9.2004 (fls. 217-403)²⁹, 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)

66. A despeito da manifestação expressa do CFM no sentido de não imputar qualquer infração ético-disciplinar aos médicos que deixassem de aplicar os valores da CBHPM, as entidades médicas regionais, destacando-se no caso em exame a atuação específica do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, passaram a divulgar a sujeição dos profissionais não alinhados a processo ético-disciplinar, divulgando a RP nº 253/2004 (fl. 08), a qual preceituava, dentre outras coisas, ser violação a postulados éticos a cobrança pelos procedimentos médicos prestados aos planos de saúde em desconformidade com a CBHPM.

67. O que se evidencia dos elementos acima transcritos, portanto, é que, apesar da relação de subordinação havida entre o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais atuou de forma a determinar,

²⁸ Esta Superintendência analisa os possíveis impactos anticoncorrenciais dos movimentos médicos para a implantação da CBHPM em outros Processos Administrativos, dentre os quais apontamos: PA nº 08012.004020/2004-64, cujo Representado é o Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB); PA nº 08012.002985/2004-12, cujo Representado é o Conselho Regional de Medicina do Maranhão (CRM/MA); PA nº 08012.006647/2004-50, cujos Representados são: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Paulista de Medicina e Sindicato dos Médicos de São Paulo; PA nº 08012.009381/2006-69, cujos Representados são: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Médica do estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), Central de Convênios e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); PA nº 08012.003048/2003-01, cujos Representados são: Sindicato dos Médicos do Ceará, Conselho Regional de Medicina do Ceará e Centro Médico do Ceará.

²⁹ Quanto às atas das Sessões Plenárias do CFM e à agenda de compromissos do CFM, acostadas às fls. 223-403, há algumas menções à CBHPM com destaque para a menção de diversos eventos relacionados à implementação da classificação (fls. 367, 368, 370, 377, 380-382, 385, 386, 389, 394,400), sem no entanto especificar maiores detalhes sobre o quanto discutido.

em sua Resolução, previsão expressa de punição a médicos que não observassem os valores da CBHPM, ao ameaçá-los com a instauração de processos ético-disciplinares. Tal conduta independe da recomendação expedida pelo CFM por meio da Resolução nº. 1.673/2003.

68. Mais do que isso, como se verá ao longo da presente análise, CRM-MG, AMMG, SIMED-MG e FEMCOM efetivamente participaram dos trabalhos da Comissão Estadual de Honorários Médicos, do movimento de inserção da CBHPM e de coordenação dos médicos do Estado para a sua implantação. O fato é que a participação das Representadas regionais viabilizou as práticas aqui relatadas.

69. Tendo sido esclarecido, assim, que as entidades regionais agiram e participaram de forma ativa das condutas ora examinadas e que, portanto, devem ser responsabilizadas, se for o caso, independentemente de ter havido uma coordenação nacional do movimento para implantação da CBHPM, é importante se debruçar sobre a possibilidade de dano concorrencial das condutas perpetradas pelo CRM-MG, AMMG, SIMED-MG e FENCOM. Para isso, deve-se ingressar objetivamente na análise de poder de mercado das Representadas.

2.5. O poder de mercado das entidades representadas

70. Definido o mercado relevante de acordo com a seção 2.3, impende avaliar se os Representados 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 fatos. Para tanto, a fim de se determinar o poder de influência dessas entidades, far-se-á uma brevíssima caracterização das entidades e um retrospecto sobre a constituição das comissões estaduais criadas para intermediar a negociações de honorários entre médicos e tomadores de serviços.

71. O CRM/MG é uma autarquia, com personalidade jurídica de direito público, dotada de autonomia jurídica e financeira. Segundo o art. 2º da Lei nº 3.268/57, o Conselho Regional de Medicina é o órgão supervisor *"da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam"*. Dessa forma, esse Representado é o órgão de classe que regulamenta a profissão com jurisdição no estado de Minas Gerais.

72. A Associação dos Médicos de Minas Gerais (AMMG), por sua vez, é uma sociedade civil sem fins lucrativos, que congrega médicos do Estado de Minas Gerais. Segundo o artigo 2º do seu Estatuto Social³⁰, a AMMG tem como finalidades: defender a categoria nos terrenos científico, cultural, ético, social e econômico, bem como lutar pela melhoria de suas condições de trabalho; defender, em Juízo ou fora dele, os interesses de seus associados, desde que tais interesses possam ser caracterizados como coletivos, difusos ou individuais homogêneos e possam acarretar benefícios, diretos ou indiretos, para toda a classe

³⁰ Fonte: http://www.ammg.org.br/images/estatuto.html?id_categoria=77, acessado em 29 de julho de 2011

médica. Além disso, cerca de 70 entidades representativas da classe médica localizadas no Estado de Minas Gerais são filiadas à AMMG³¹, conferindo à entidade grande capilaridade entre os médicos de todas as regiões e especialidades.

73. Já a FEMCOM é uma entidade de representação institucional e de cooperação técnica que tem como objetivo a integração, orientação e coordenação das atividades das sociedades cooperativas singulares federadas³². O Artigo 7º do Estatuto dessa Entidade determina a necessidade de que as cooperativas federadas cumprirem fielmente as decisões tomadas pela Diretoria Executiva, pelo Conselho de Administração e pelas Assembleias Gerais, ainda que ausentes ou discordantes, o que lhe daria capacidade inegável de influenciar seus federados³³.

74. Já o SINDIMED/MG possui natureza sindical, e foi constituído para fins de coordenação, proteção e representação legal dos médicos na base territorial do Estado de Minas Gerais. Aqueles que se associam ao SINDIMED/MG, conforme o Art. 7º de seu Estatuto Social, têm como dever acatar as decisões do conselho diretor, da diretoria executiva e da assembleia geral³⁴, estando sujeitos a penalidades naqueles casos em que não cumpram as deliberações das Assembleias³⁵. Destaca-se, ainda, que tal entidade, assim como a AMMG, possui grande capilaridade, estando presente em 729 municípios de Minas Gerais³⁶. Dessa forma, é clara a importância da SINDIMED/MG na condução de atividades que dizem respeito aos médicos, uma vez que associados localizados em diversos municípios de Minas Gerais são obrigados a cumprir suas decisões.

75. A organização do movimento para a implantação da CBHPM, definida pela Resolução nº 1.673/03 editada pelo Conselho Federal e pela Resolução nº 253/2004 editada pelo Conselho Regional, determinou significativo poder de influência das entidades Representadas sob os médicos de Minas Gerais.

76. Como destacado anteriormente, a Resolução nº 1.673/03 instituiu que haveria, em cada estado, um grupo específico para determinar as variações regionais da tabela em bandas pré-definidas – as Comissões Estaduais de Honorários Médicos, cujos componentes viriam das entidades médicas desses estados.

³¹ Fonte: http://www.ammg.org.br/geral/top_show_item.cfm?id_categoria=17, acessado em 29 de junho de 2011.

³² Fonte: Artigo 2º do seu Estatuto Social (fl. 902).

³³ “Artigo 7º - IV. *Cumprir fielmente as disposições deste Estatuto e as decisões tomadas pela Diretoria Executiva, pelo Conselho de Administração e pelas Assembleias Gerais, ainda que ausentes ou discordantes*”.

³⁴ “Art. 7º - São Deveres do Associado: (...) b) *acatar as decisões do conselho diretor, da diretoria executiva e das assembleias convocadas pelo sindicato; (...) h) obedecer à organização do sindicato, este estatuto, o regimento interno e acatar as decisões da sua diretoria e da assembleia geral, garantindo a harmonia e o equilíbrio da atividade da categoria.*” Fonte: <http://www.sinmedmg.org.br/documentos/estatuto.pdf>, acessado em 29 de junho de 2011

³⁵ “DAS PENALIDADES: Art. 8º - *Os associados estão sujeitos às penalidades de advertência, censura, de suspensão e, eliminação do quadro social, por desrespeito ao estatuto e às deliberações de assembleia.*”

³⁶ Fonte: <http://www.sinmedmg.org.br/?n1=sinmed&n2=municipios>, acessado em 29 de junho de 2011

77. Nesses termos se deu a formação da Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais, composta pelas entidades ora Representadas, a quem competia, dentre outros, (i) a definição das bandas da CBHPM, que repercutiam sobre o valor dos honorários praticados no estado, (ii) a negociação com as operadoras de planos de saúde para a adoção da CBHPM, em nome dos médicos mineiros, (iii) a mobilização da categoria, a partir da realização de assembleias médicas, para discussão das propostas negociadas com as operadoras e coordenação das ações supervenientes relativas ao “movimento”.

78. Evidências presentes nos autos, como se verá de forma mais detalhada posteriormente, demonstram que as deliberações da Comissão Estadual tinham caráter obrigatório para os médicos de Minas Gerais, tendo em vista a edição da RP nº 253/2004 pelo CRM-MG, determinando a adoção da CBHPM como padrão mínimo de remuneração, dentro dos parâmetros estabelecidos pela Comissão e a adesão mandatória ao movimento da categoria, coordenado pela Comissão.

79. Dessa forma, aqueles médicos que não acatassem as decisões da Comissão Estadual de Honorários Médicos, tomadas em Assembleia Geral, de acordo com o Artigo 3º da RP supra citada, poderiam sofrer processos ético-disciplinares no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais³⁷.

80. Destaca-se, nesse sentido, o Regimento Interno do CRM/MG que, em seu artigo 4º, define como competência do Conselho, “IV) *conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo, quando cabíveis, as penalidades previstas em lei*” (fl. 704).

81. O poder de influência e coação da Comissão, aliado ao poder de sanção do Conselho Regional de Medicina, torna-se mais expressivo e contundente quando se tem em conta que os médicos devem estar credenciados ao CRM do seu respectivo Estado para exercer suas atividades, conforme o artigo 17 da Lei nº 3.268/57:

“Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.”

82. Dessa forma, considerando que (i) o profissional deve estar credenciado ao CRM do seu respectivo Estado para o regular desenvolvimento de suas atividades; (ii) para manter regular a sua inscrição no Conselho, os médicos devem respeitar e acatar as decisões da entidade profissional; (iii) pela edição da RP nº 253/2004, obrigou-se a utilização da CBHPM segundo os parâmetros definidos pela CHEM, determinando a adesão aos

³⁷ Segundo o Artigo 2º do Código de Processo Ético-Disciplinar aprovado, em 14 de julho de 2010, pela Resolução do CFM nº 1.953/2010, a competência para apreciar e julgar infrações éticas é atribuição do Conselho Regional de Medicina em que o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência. Já a apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras: I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu.

movimentos da categoria e bem como o respeito às decisões assembleares; instituiu-se a possibilidade de repreensão, via CRM, dos profissionais que não acatassem as decisões da Comissão Estadual, havendo inequívoca situação de poder de influência das entidades Representadas.

83. Geralmente, poder de mercado é mensurado, por exemplo, via uma aproximação da “participação de mercado” dos representados envolvidos. Por outro lado, no presente caso, não há razão para mensurar tais variáveis, visto que as mesmas não seriam aplicáveis a entidades de classe.

84. Por outro lado, isto não significa que os representados não detenham capacidade suficiente de influenciar as decisões mercadologicamente relevantes. Com efeito, o CRM-MG, a AMMG, a FEMCOM e o SINDIMED/MG deteriam poder de determinar a fixação de preços mínimos dos serviços médicos, independentemente do número de associados de cada entidade. Isto ocorreria porque todos os representados compunham a Comissão Estadual de Honorários Médicos, cuja decisão tinha caráter obrigatório para todos os médicos registrados no Estado. Deste modo, considerando o quadro institucional desenhado pela Lei e Resoluções acima citadas, foi a decisão dos membros da CEHM que determinou uma política de preços obrigatória, a partir da definição dos valores dos portes da CBHPM. Ou seja, não há necessidade de se avaliar o número de médicos associados a cada instituição específica para demonstrar que os atos dos representados teriam impacto relevante no mercado.

85. Além disto, é possível que a tabela CBHPM seja seguida e observada como patamar de preços mínimos inclusive por quem não é vinculado às entidades representadas.

86. Portanto, a potencialidade de dano da CBHPM é elevada, dado que: (i) o tipo da Tabela indica, como se verá adiante, preços mínimos; e (ii) a abrangência da tabela é direcionada e divulgada a uma grande quantidade de filiados, havendo também possibilidade de que terceiros não filiados venham a conhecê-la e a segui-la, sob pena de desrespeitarem preceitos éticos.

87. Sendo assim, as entidades Representadas teriam capacidade para influenciar e induzir a adoção de comportamento uniforme dos médicos no Estado de Minas Gerais como um todo.

2.6. Da caracterização de infração contra a ordem econômica

88. Conforme se examinou em tópico anterior, existe um intenso conflito entre os prestadores de serviços médicos e as operadoras de plano de saúde, que vem afetando a assistência à saúde aos beneficiários da saúde suplementar. O embate entre prestadores e operadoras tem sido acompanhado pelas autoridades de defesa da concorrência, que são recorrentemente chamadas a se manifestar sobre a adoção de tabelas de honorários no setor de

saúde, bem como sobre a composição entre os pares para a negociação de valores e o potencial prejuízo à concorrência decorrente de supostas práticas colusivas.

89. Apresentado o panorama geral da relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde e do movimento nacional para a implantação da CBHPM, cumpre finalmente analisar as informações coligidas nos autos, a fim de se concluir pela ocorrência ou inoccorrência de prática anticoncorrencial com aptidão de gerar efeitos prejudiciais à concorrência ou à livre iniciativa, nos termos da Lei nº 8.884/94.

90. Para melhor estruturação da análise, abordar-se-á em tópicos separados, sejam eles:

- A CBHPM como tabela de valores mínimos de honorários médicos;
- A promoção de boicotes e paralisações de serviços para forçar a implementação da CBHPM; e
- A obrigatoriedade da CBHPM, por meio da punição ou ameaça de punição a médicos desviantes, e seus efeitos no mercado.

2.6.1 A CBHPM como tabela de valores mínimos de honorários médicos

91. 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 portes³⁸. 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.

92. 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).

93. 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

³⁸ A versão da CBHPM do ano 2010 encontra-se na página eletrônica da AMB: http://www.amb.org.br/teste/cbhpm/cbhpm_2010.pdf.

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.

94. 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 justificativas³⁹. O projeto também é enviado à Câmara Técnica de 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)⁴⁰.

95. 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.

96. 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.

³⁹ 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.

⁴⁰ 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>

97. 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.

98. 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.**

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

100. 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 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 destas, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.

1) Portes dos Procedimentos Médicos:

1A	R\$ 8,00
1B	R\$ 16,00
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

101. Como visto anteriormente, a fixação das variações das bandas, de até 20%, cabiam às Comissões Estaduais de Honorários Médicos, da qual, no caso de Minas Gerais, faziam parte as Representadas.

102. 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.

103. Nesse contexto, fica evidenciado que o movimento para implantação da CBHPM, na prática, procurava impor preços mínimos de serviços médicos destinados a beneficiários de planos de saúde quando se observa os ofícios e comunicados publicados pelos Representados em que notificaram à classe médica mineira o andamento de negociações com planos e seguros de saúde:

- “Para a aceitação dessas propostas foram estabelecidos critérios básicos que serão encaminhados às operadoras, como por exemplo, a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) até janeiro de 2005, valor de consulta no mínimo a R\$ 33,60 e valoração de procedimentos em propostas de transição pela banda mínima” (grifos no original). (VIII Assembleia Geral dos Médicos de Minas Gerais datada de 16.10.2004, (fl. 208-210), grifos nossos)
- “A Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais, realizada no dia 02.08.04, rejeitou todas as propostas que não contemplaram valores e prazos para implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos” (carta encaminhada pela Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado de Minas Gerais à ABRAMGE, datada de 10 de agosto de 2004, fl. 203, grifos nossos).

104. Tendo em vista o exposto acima, conclui-se, **a CBHPM segue maculada pela fixação de valores mínimos**, levantando preocupações concorrenciais ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. A fixação de preços mínimos homogêneos 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.

105. 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 prestadores⁴¹, oscilando entre a caracterização de infração pela mera existência de tabela⁴² a uma análise mais consequencialista do uso de

⁴¹ 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.

⁴² Vide voto da 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*

tabelas referenciais, analisando as características dos mercados em que estas tabelas estão inseridas⁴³.

106. A existência de condições estruturais favoráveis a 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)⁴⁴, dentre outros.

107. Nesse sentido, aponta trecho do voto do Ex-Conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, em âmbito Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78, em que entendeu ser anticompetitiva a imposição de tabela por entidades com poder de mercado⁴⁵:

“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).”

108. A existência de sanções por descumprimento a tabelas de preços, cenário fático observado no presente Processo Administrativo, como se verá mais detidamente adiante, 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 08012.005994/2004-65⁴⁶ e do Ex-Conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, em âmbito 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

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.

⁴³ 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).

⁴⁴ 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

⁴⁵ Julgado em 19 de janeiro de 2005. Representante: CIEFAS. Representada: Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Ceará (COOPANEST-CE). p. 16

⁴⁶ Representante: Leopoldo Ubiratan Carreiro Pagotto; Representado: Sindicato das Empresas de Artes Fotográficas/SP – SEAFESP. P. 10.

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)

2.6.2. A promoção de boicotes e paralisações de serviços para forçar a implementação da CBHPM

109. O conjunto probatório dos autos demonstra a intensa participação dos Representados na coordenação do movimento para a implantação da CBHPM por meio da incitação dos médicos à **realização de boicotes, paralisações ou descredenciamentos coletivos junto a operadoras de planos de saúde** que se recusassem a adotar a CBHPM como padrão de honorário.

110. A evidenciar as condutas das Representadas, examinam-se trechos de panfletos e cartas encaminhados pela Comissão Estadual para Implantação da CBHPM:

- Carta enviada pela Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado de Minas Gerais à classe médica mineira, datada de 10 de maio de 2004, que demonstra que aquelas operadoras poderiam ter os atendimentos a seus beneficiários suspensos, caso não adotassem os valores previstos na CBHPM (fl. 184 – grifos nossos):

*“O objetivo é apresentar os desdobramentos do trabalho da Comissão Estadual de Honorários Médicos, desde a última assembléia, realizada em 12 de abril. Serão avaliadas as propostas feitas por operadoras de planos de saúde em relação a reajustes de honorários médicos e à implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos no Estado. Vamos definir pela aceitação ou não dessas propostas e ainda traçar estratégias para dar continuidade ao movimento, avaliando, inclusive, a **necessidade de promover suspensões temporárias no atendimento.**”*

- Panfleto veiculado pelos Representados, datado de 04.06.2004, que comprova a sua atuação, enquanto integrantes da Comissão Estadual para Implantação da CBHPM, como articuladores de recusa de contratar coordenada e descredenciamento em massa:

“(i) não aceitar as propostas [de reajustes diferenciados no valor de consultas e procedimentos] de Bradesco e Sul América, por não contemplarem a implantação da CBHPM”;

- (ii) *iniciar o processo de descredenciamento coletivo das operadoras de planos de saúde ligadas à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), uma vez que a entidade tem-se recusado a fazer qualquer negociação com os médicos;*
- (iii) *continuar as negociações com as operadoras que sinalizaram a intenção de adotar a CBHPM”, (...)*
- (v) *“as entidades médicas aconselham os médicos a NÃO assinarem novos contratos com seguradoras e operadoras de planos de saúde” (fl. 55 – grifos nossos).*
- Carta da Comissão Estadual de Honorários Médicos– CEHM 034/04 – encaminhada pelos Representados à classe médica em 8.06.2004 (fl. 54 – grifos nossos), comunicando aos médicos a decisão de descredenciamento em massa dos profissionais que atendessem operadoras de medicina de grupo ligadas à Abramge:
- “A Assembléia Geral dos Médicos de Minas para a implantação da CBHPM, realizada no dia 03.06.04, definiu pelo descredenciamento dos médicos mineiros junto às empresas do grupo Abramge num prazo de 30 dias, devido à não apresentação de propostas para a implantação da Classificação.*
- A reversão dessa situação incômoda para todos, (sic) poderá ocorrer a qualquer momento desde que alguma proposta que contemple a Classificação for (sic) apresentada à Comissão Estadual de Honorários Médicos para a próxima Assembléia Geral do dia 21.06.04.”*
- Panfleto de 22.6.2004, elaborado pelos Representados (fl. 194-196 – grifos nossos), em que comunicaram à classe médica mineira as deliberações da IV Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais:
- “Em julho, vence o prazo mínimo legal para os médicos darem início ao descredenciamento coletivo dos 46 planos de saúde ligados à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) no Estado. (...) Caso médicos e operadoras não cheguem a um acordo até 12 de julho, data da próxima assembléia, o descredenciamento poderá ser consumado imediatamente. Por enquanto, o atendimento deve ser mantido sem restrições.”*
- Carta da Comissão Estadual de Honorários Médicos CEHM – 040/04, enviada pelos Representados ao Presidente da ABRAMGE:
- “Reafirmamos, nesta oportunidade, que em Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais para a implantação da CBHPM, realizada no último dia 03, definiu-se pelo **DESCRENCIAMENTO COLETIVO dos médicos mineiros** junto às empresas do grupo ABRAMGE num prazo de 30 (trinta) dias, em razão da ausência de qualquer proposta de negociação por parte dessa Entidade (...) Dessa forma, fica V. S^a NOTIFICADO (sic) que estamos nos descredenciando COLETIVAMENTE das empresas do Grupo ABRAMGE, nos termos da legislação pertinente” (fl. 63 – grifos nossos)*

- Notícia publicada na página eletrônica do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, que noticia o descredenciamento de diversos planos de saúde:

*“Apesar dos dados revelarem a vitória da capacidade de articulação de classe [80% dos planos de saúde adotaram a CBHPM], muito ainda há que ser feito. De acordo com determinação da última assembléia, **mais dois planos serão descredenciados nos próximos dias**, Golden Cross e Samp. Ao todo, agora são seis operadoras na mesa situação: Amil, Asmédica, Medial e Só Saúde, além das duas recentes” (fl. 547 – grifos nossos)*

- Notícias dos boicotes publicadas no Jornal Estado de Minas, em maio de 2004 (fls. 19 a 34 e 180 a 203):

*“Médicos ameaçam cobrar do cliente. **Médicos de todo o Estado ameaçam atender os usuários dos planos de saúde somente pelo sistema de reembolso**, a partir da próxima segunda-feira. (...) Os médicos querem o valor médio de R\$ 42,00 conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos (CBHPM) (...) Se não houver consenso com essas modalidades [de planos de saúde], diz Guedes [presidente do Conselho Regional de Minas Gerais], **há a possibilidade de descredenciamento dos planos**” (Estado de Minas, 19 de maio de 2004, fl. 49 – grifos nossos)*

*“Médicos de Minas desafiam o Procon e **vão atender os usuários de planos de saúde somente pelo sistema de reembolso**. (...) O presidente da Associação Médica de Minas Gerais, Castinaldo Bastos Santos, alega que não há intenção de causar prejuízos aos usuários dos planos. (...) Os médicos querem o valor médio de R\$ 42, de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Serviços Médicos” (Estado de Minas, 21 de maio de 2004, fl. 51 – grifos nossos)*

111. A evidenciar a realização de boicotes e paralisações em massa para forçar a adoção da CBHPM, destaca-se a manifestação do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo –SINAMGE, demonstrando a ameaça de descredenciamento como forma de pressionar as operadoras de planos de saúde acatarem os valores da CBHPM (fls. 560 a 569). Do relato, merecem destaque os seguintes trechos:

Em trabalho preliminar desenvolvido pelas assessorias médicas das empresas associadas ao Sindicato-representante, concluiu-se que a adoção da CBHPM acarretaria o aumento das despesas com honorários médicos em 90,01% a 92,09%, impactando um acréscimo de 52,28% a 55,09% no total das despesas assistenciais suportadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

*O estudo feito foi levado ao conhecimento da Comissão de Honorários Médicos, que simplesmente desconsiderou os dados ali lançados, passando a exigir a imediata adoção da CBHPM pelas operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, **sob pena de descredenciamento coletivo dos médicos credenciados e referenciados dessas empresas.** (...)*

Entretanto, a Comissão de Honorários, intransigente, negou-se a celebrar qualquer acordo que não adotasse, na íntegra, a CBHPM, com os valores ali previstos, persistindo, de outro lado, com a ameaça de descredenciamento em massa dos profissionais médicos prestadores de serviços (...).

112. Verifica-se, portanto, que são fartas as evidências constantes nos autos que demonstram a atuação da Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais, composta por CRM/MG, AMMG, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e FEMCOM, para pressionar as operadoras de planos de saúde a reajustar os valores pagos com base na CBHPM, com ameaças de descredenciamento em massa.

113. O rompimento de contratos e a cessação na prestação de serviços são lícitos quando expressão da vontade individual do profissional. Entretanto, quando esta decisão parte de uma atitude concertada, acordada pelos médicos ou conduzida pelas entidades de classe, como estratégia de negociação com potenciais efeitos lesivos aos consumidores, há violação à dinâmica concorrencial do mercado.

114. Frise-se, também, que uma paralisação jamais poderia utilizar meios coercitivos para obrigar algum profissional a aderir a um movimento coletivo paredista. Da forma como feitas, as paralisações e descredenciamentos em bloco, liderados pelas entidades médicas representadas, se distanciam significativamente do exercício legítimo de algum tipo de direito de negociação coletiva.

115. Em sua defesa, as entidades profissionais Representadas comumente argumentam que as tratativas coletivas restam como consequência inafastável dos direitos que lhes são assegurados pela Constituição Federal, figurando tais entidades supostamente como legitimadas à busca por melhores condições de trabalho à respectiva classe profissional e autorizados à realização de boicotes, pois seriam estes equiparados aos movimentos de greve.

116. Contudo, o exercício constitucionalmente resguardado de que entidades e associações profissionais tutelem o interesse de seus associados não confere a essas entidades prerrogativas para orquestrar a suspensão em massa dos atendimentos médicos aos planos de saúde, ferindo gravemente o direito do consumidor e até mesmo a liberdade profissional, uma vez que disposições do código de ética médica à época dos fatos compeliavam os médicos a aderir obrigatoriamente às reivindicações da categoria.

2.6.3 A punição ou ameaça de punição aos médicos que não aderissem aos valores da CBHPM e/ou aos boicotes

117. O conjunto probatório colhido no presente feito aponta claramente para o fato de que a CBHPM consubstancia-se como uma tabela de honorários mínimos, obrigatória a toda a classe médica mineira, ao menos à época da mobilização das entidades médicas para a sua implantação. Observemos detidamente a seguir as provas colhidas por esta Secretaria, que demonstram inequivocamente a percepção das entidades médicas da obrigatoriedade da CBHPM.

118. Como destacado anteriormente, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais editou a Resolução do Plenário – RP nº 253/2004 em 07 de abril de 2004, que

imputava infração ético-disciplinar aos médicos que deixassem de aplicar os valores da CBHPM. Abaixo, transcrevemos os termos da referida Resolução:

“CONSIDERANDO que deve o Médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico (artigo 15 do código de ética médica);

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos Médicos de Minas gerais que atendem aos usuários das empresas ligadas ao Sistema de Saúde Suplementar que adotem, como remuneração de seus procedimentos, os valores da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM);

Art. 2º - Considerar como infração ética qualquer medida coercitiva tomada por Diretores, Técnicos, Médicos ou Clínicos e sócios de instituições médicas em represália a Médicos que tomarem atitudes em defesa do movimento legítimo da categoria médica;

Art. 3º - Constituir violação a postulados éticos: I – A cobrança pelos médicos e/ou instituições médicas de procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, em desconformidade com a CBHPM adotada pela Resolução CFM nº. 1.673/03. II – A prática de qualquer ato que implique violação às deliberações do movimento legítimo da categoria médica que visa a implantação da CBHPM. III – Obter qualquer tipo de vantagem em decorrência de conduta que infrinja as decisões tomadas pela categoria médica em movimento legítimo. (...) V – Modificar, individual ou coletivamente, as decisões tomadas pela categoria médica sem prévia aprovação em nova Assembléia Geral” (fl. 08).

119. A RP nº 253/2004 é clara no sentido de proibir os médicos de prestarem serviços às operadoras de planos de saúde adotando outro critério de remuneração que não a CBHPM, definindo tal conduta como violação de postulados éticos, o que daria respaldo à instauração de processos disciplinares contra os médicos que não seguissem o padrão remuneratório defendido pelo Conselho. Além disso, aqueles médicos que não seguissem as deliberações do movimento para implantação da CBHPM, como por exemplo, paralisar os atendimentos a beneficiários de planos de saúde que se recusassem a adotar a Classificação, também poderiam ser punidos.

120. A ameaça das entidades médicas mineiras se torna ainda mais crível quando se tem em conta que foi criado um “Disque Denúncia” para que aqueles profissionais que não estivessem cumprindo os valores instituídos na CBHPM, em desconformidade com a RP nº 253/2004, fossem denunciados. Observe os trechos dos panfletos elaborados pelos Representados, de 4.6.2004 (fl. 55) e de 16.10.2004 (fl. 208-210), respectivamente:

“(ii) iniciar o processo de descredenciamento coletivo das operadoras de planos de saúde ligadas à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), uma vez que a entidade tem-se recusado a fazer qualquer negociação com os médicos; (...)

(iv) criação de um 'Disque Denúncia' (0800 88 777 00) no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, pelo qual poderão ser denunciados os profissionais que infringirem as resoluções CFM nº 1673/03 e CRM-MG nº 253/04, que estabelecem a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para os planos de saúde" (grifo nosso).

"O 'Disque Denúncia' (0800 88 777 00) continua disponibilizado pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais para receber informações sobre profissionais acusados de infringirem as resoluções CFM nº 1673/03 e CRM-MG nº 253/04, que estabelecem a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para os planos de saúde"

121. Note-se, ademais, que em carta datada de 23.6.2004 (fl. 63), enviada pelos presidentes da AMMG e da FEMCOM ao presidente da ABRAMGE, notificando esta entidade quanto à suspensão da prestação de serviços médicos às operadoras a ela filiadas, os remetentes confirmam a possibilidade de os conselhos regionais promoverem processos ético-disciplinares contra os médicos, fundamentando-se, para tanto, na Resolução do CFM, que nada previa a respeito. Vejamos:

"Cumpre destacar que, por força da Resolução CFM nº 1673/03, os médicos são obrigados a trabalhar conforme determina a CBHPM, sob pena de sofrerem processos éticos nos Conselhos Regionais."(grifamos)

122. A carta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais ao médico filiado Luiz Buccini Carneiro, datada de 06 de agosto de 2004, evidencia que o CRM/MG de fato adotou condutas para intimidar aqueles médicos que não adotaram a CBHPM como padrão mínimo de remuneração, *in verbis*:

"Dr. Luiz Buccini Carneiro, O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais editaram as resoluções, respectivamente de números 1.673/2003 e 253/2004 às quais estão obrigados todos os médicos de Minas Gerais (...); O CRMMG recebeu denúncia de que o colega tem atendido a seguradoras, sem o acatamento das aludidas resoluções, o que pode configurar infração ao artigo 142 do Código de Ética Médica, verbis: 'Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina'. Da mesma forma, posicionar-se contrariamente aos movimentos legítimos da categoria pode configurar infração ao artigo 78 do Código, verbis: Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens." Desta forma, solicitamos sua manifestação, por escrito, (...) sobre a questão em tela" (fl. 802, grifo nosso).

123. Nesse contexto, conforme se depreende da análise da carta supracitada, se um médico decidisse manter o atendimento a uma operadora de planos de saúde contra a qual insurgira-se o movimento de implantação da CBHPM, poderia sofrer um processo de infração

ao Código de Ética Médica, com base no Artigo 142⁴⁷. Além disso, caso algum médico decidisse se conveniar a alguma operadora alvo dos boicotes, poderia sofrer sanções de acordo com o Artigo 3º, inciso III, da RP nº 253/2004. Assim, mesmo aqueles médicos que não tinham interesse em aderir ao movimento de implantação da CBHPM se viram compelidos a fazê-lo, sob pena de sofrerem sanções.

124. Dessa forma, ao determinarem a obrigatoriedade de cumprimento dos patamares mínimos fixados pelas entidades médicas nacionais ameaçando denunciar e instaurar processos disciplinares contra aqueles profissionais que não respeitassem os valores definidos na CBHPM, o CRM-MG e demais entidades regionais que atuavam no contexto da Comissão Estadual de Honorários Médicos **tornaram a Classificação Hierarquizada uma tabela de preços mínimos obrigatória**. Assim, formaram no mercado um verdadeiro bloco impermeável às pressões competitivas, visto que mesmo aqueles médicos que não quisessem participar do movimento de implantação da CBHPM eram impelidos a isso, devido à possibilidade de sofrer sanções éticas. As operadoras, por sua vez, eram ameaçadas com o descredenciamento em massa dos médicos que compunham a sua rede de prestadores caso se recusassem a adotar a CBHPM.

125. Os Representados eliminaram, desta forma, a possibilidade de contratações sob condições variadas, isto é, que as negociações entre médicos e operadoras fossem feitas dentro das condições entendidas como adequadas por ambas as partes, forçando os médicos a romper contratos de prestação de serviços, não deixando qualquer alternativa para as operadoras.

2.6.4. Conclusões preliminares sobre a conduta

126. Conforme se depreende da análise efetuada até o momento, o que se verifica é que as entidades ora Representadas, utilizando-se de suas prerrogativas representativas, de seu poder de mercado (que atinge a totalidade da classe médica no Estado) e de seu poder de coerção sobre os médicos associados – embora buscando, parcialmente, um objetivo legítimo, na forma de melhores condições de trabalho e remuneração a uma classe de importância sócio-econômica vital –, acabaram por promover uma efetiva prática concertada entre

⁴⁷ Destaca-se, alguns artigos do Código de Ética Médica que foram utilizados, pelos CRMs, como subsídio normativo para as ameaças de instauração de processos administrativos contra médicos que decidem não participar de movimentos para negociações de melhor remuneração, ou dos boicotes organizados pelas entidades médicas às operadoras de planos de saúde.

“Art. 15º - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

É vedado ao médico: (...) Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.”

profissionais autônomos e, mais importante, concorrentes, no sentido explicitamente reconhecido de obter preços mais altos pela prestação de seus serviços.

127. Trata-se, de fato, da promoção de uma conduta colusiva, na medida em que teve por escopo, justamente, substituir um modelo de concorrência entre médicos na prestação de seus serviços por um modelo em que as condições e preços dos serviços são atingidos não por meio de um equilíbrio concorrencial de oferta e procura que garanta a prática de preços de mercado, mas sim por meio da exigência uniforme de um preço mais alto determinado coletivamente.

128. Tal como ocorre em um cartel, tal conduta tem como consequência necessária efeitos sobre os consumidores e a população em geral, na forma de preços mais altos repassados pelas operadoras em razão do aumento de custos representada pela remuneração a maior artificialmente exigida pelas Representadas, sem falar nos prejuízos advindos de boicotes de longo prazo, paralisação de serviços e descredenciamento conjunto de planos de saúde.

129. Os beneficiários de planos de saúde, nos períodos de descredenciamento em massa, para obter atendimento médico, são instados a realizar pagamentos diretos aos prestadores de serviços médicos e hospitalares, mesmo estando em dia com as mensalidades do plano de assistência suplementar. As entidades médicas costumam aduzir que os boicotes não teriam efeitos sobre os consumidores, pois os prestadores de serviços emitem notas para que os pacientes solicitem reembolso às operadoras de planos de saúde. Contudo, são poucos os planos que cobrem despesas fora da rede credenciada, permitindo, portanto, que os consumidores se beneficiem de algum tipo de reembolso. Além disto, mesmo quando o reembolso efetivamente existe, no médio prazo, o preço do plano de saúde irá incorporar a elevação do custo do serviço médico, o que acaba afetando novamente o próprio consumidor. Dessa forma, como resultado das paralisações de atendimento, o consumidor, elo mais fraco da relação, acabará sempre incorrendo em maior gasto com saúde.

130. As condutas das Representadas relatadas no bojo do presente Processo Administrativo inverteu a relação de hipossuficiência entre médicos e operadoras de planos de saúde, implicado poder de barganha excessivamente alto para as entidades representativas médicas, possibilitando a fixação de preços mínimos e os efeitos anticompetitivos decorrentes dessa prática no mercado. Por isso, aceitar como legítima a conduta das Representadas significa, efetivamente, aceitar a substituição de um regime de livre concorrência por um regime monopolista, no qual o preço formado será, em regra, o mais alto possível, inflando os custos com procedimentos médicos para saúde suplementar.⁴⁸

⁴⁸ Vale lembrar que mercados caracterizados por monopólios naturais (ex: transmissão de energia elétrica), em regra, sofrem regulação do Estado, justamente para, entre outros objetivos, evitar a formação, que naturalmente ocorreria, de um preço de monopólio (o mais alto possível). No presente caso, não seria razoável aceitar que um mercado não caracterizado por um monopólio natural, mas sim por um regime de livre concorrência, fosse monopolizado, permitindo-se a formação de preços de monopólio fatalmente repassados aos consumidores. Não

131. Além disso, os mercados que apresentam alta concentração, como o de planos de saúde, apresentam incentivos para que as empresas, ao enfrentar preços de insumos maiores, repassem o aumento de custos para o consumidor final. Dessa forma, a conduta das Representadas poderá resultar em uma transferência de bem-estar dos beneficiários, que incorrerão em preços de planos de saúde maiores, para a classe médica. Outro potencial efeito negativo é que, no equilíbrio dinâmico, o encarecimento da assistência suplementar expulsará os beneficiários mais pobres que não terão renda suficiente para consumir planos de saúde. Tais pacientes voltarão a ser atendidos pelo SUS, o que resultará em maiores gastos governamentais em saúde.

132. Conforme demonstrada, a promoção de tal prática concertada pelas Representadas ocorreu, em suma:

- (i) primeiramente, por meio da fixação de uma tabela de honorários mínimos a serem seguidos de forma uniforme por todos os médicos concorrentes no Estado;
- (ii) depois, por meio da promoção de paralisações, boicotes e ameaças de descredenciamento coletivo, de forma a obrigar as operadoras a absorverem os preços artificialmente fixados; e
- (iii) concomitantemente, pela utilização efetiva de uma estratégia de coerção e punição que obrigou todos os médicos a aderirem ao movimento colusivo, de forma a garantir a efetividade da conduta uniforme.

133. Por tudo quanto aqui exposto, o CADE não ignora o poder de mercado das operadoras de saúde e a sua capacidade, muitas vezes, de ditar condições remuneratórias e qualitativas à classe médica. Não se pode olvidar que já passaram e ainda passam por este Conselho diversos casos que visam a coibir infrações à ordem econômica por parte de planos de saúde, cujos abusos relacionados à sua posição dominante também são alvo de preocupação e atuação do órgão antitruste.

134. Do modo como conduzidas, porém, as práticas e formas de negociação utilizados pelas Representadas tratam-se, por tudo quanto exposto, de condutas flagrantemente ilegais, na medida em eliminam por completo a livre concorrência e a livre iniciativa constitucional e legalmente garantidas, em grande prejuízo dos consumidores brasileiros.

135. Não é por outro motivo que as condutas aqui reprovadas também são rechaçadas por autoridades de outros países, com histórico de discussões profundas sobre o

por outro motivo, a conduta de cartel é considerada a mais grave prática antitruste, sendo ilegal na maior parte dos países e no Brasil.

tema, podendo mecanismos de associação e de negociação coletiva legítimos ser empregados sem o mesmo potencial de danos⁴⁹.

2.7 Entendimentos do Poder Judiciário sobre a CBHPM e sua implementação

136. Em diversas oportunidades ao longo deste Processo, as entidades Representadas argumentaram que o Poder Judiciário já teria se manifestado no sentido de que a CBHPM seria uma tabela lícita.

137. Para sustentar tal afirmativa, os defensores da CBHPM geralmente citam, por exemplo: (i) o voto do Ministro Humberto Gomes de Barros no Mandado de Segurança 3461-8-DF; (ii) a decisão da antecipação de tutela da Ação Civil Pública nº. 2004.36.00.010091-0; e (iii) processo nº. 2005.50.01.005245-2 da 3ª Vara Federal do Espírito Santo; entre outras decisões judiciais⁵⁰.

138. Tais precedentes, data máxima vênia, não são aplicáveis e não servem para demonstrar a licitude da conduta das representadas.

139. Com efeito, o voto do Ministro Humberto Gomes de Barros no Mandado de Segurança 3461-8-DF foi vencido pelos demais membros da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, que compreendeu que a Secretaria Nacional de Defesa Econômica, à época, conforme disposição da Lei 8.158/91 não tinha poderes ou competência para exarar uma medida preventiva. Todavia, o Superior Tribunal de Justiça, no mesmo momento, reconheceu que a Lei 8.884/94 previu expressamente tal competência, não havendo óbice, após a promulgação da Lei 8.884/94, que se adotasse qualquer medida preventiva por parte do órgão instrutor na seara antitruste.

⁴⁹ Destaca-se, nesse sentido, as experiências das jurisdições dos Estados Unidos, Austrália e Irlanda, por exemplo, cujos entendimentos convergem nos seguintes pontos: i) as negociações e as definições dos valores dos procedimentos médicos para o mercado de saúde suplementar devem observar os preceitos do livre mercado, sem influência de práticas concertadas de fixação de preços; os acordos ou recomendações, mesmo não obrigatórias, que tenham como resultado o estabelecimento de valores mínimos devem ser evitados, sob pena de infringir os ditames legais da defesa da concorrência; ii) os boicotes coordenados por médicos ou entidades representativas ofendem a liberdade de concorrência e são por isso ilegais. Fonte: The Competition Authority, *Guidance in respect of Collective Negotiations relating to the Setting of Medical fees*, 2005, Irlanda. Australian Competition and Consumer Commission, *Guide to the Trade Practices Act for the health sector*, 1995, Australia; *Setting your fees straight*, 2004; <http://www.accc.gov.au/content/index.phtml/itemId/575152>; *Cutting a deal – what doctors need to know about collective negotiations*, 2005. Statements Of Antitrust Enforcement Policy In Health Care. Disponível em: <http://www.ftc.gov/bc/healthcare/industryguide/policy/index.htm>.

⁵⁰ Cita-se, aqui, como exemplo o AgRg no Recurso Especial 663.179 – DF. Este precedente, também, não pode ser utilizado como parâmetro para demonstrar a licitude da campanha em favor da CBHPM. Com efeito, tratou-se de um precedente em que o STJ não viu pré-questionados alguns itens específicos do recurso, motivo pelo qual não o conheceu. Mesmo assim, adentrando no mérito, compreendeu o STJ que haveria mera “recomendação” para adoção da tabela da AMB, não havendo coerção ou coação de médicos para imposição da referida tabela. Diferentemente, no presente caso, houve sim, efetivamente, coerção de médicos para adoção da CBHPM, conforme demonstrado ao longo desta nota, via possibilidade de aberturas de processos éticos contra médicos que não aderissem ao movimento de paralisação referido.

140. Frise-se que mesmo o voto do Ministro Humberto Gomes de Barros, que teoricamente suportaria a visão dos defensores da CBHPM, alega que a tabela médica que estava analisando não continha *“qualquer norma de conduta. Tampouco, comina sanção para quem não observar os valores recomendados”*. Conforme verificado ao longo destes processos, estes pressupostos não estão presentes neste caso, visto que houve coerção de médicos, via possibilidade de abertura de processos éticos contra aqueles que buscassem se desviar do movimento de paralisação aventado.

141. De outra sorte, a Ação Civil Pública nº. 2004.36.00.010091-0 (conexão ao proc. nº. 2004.36.00.009687-0), da 1ª Vara Federal do Mato Grosso, movida Ministério Público Federal contra o Conselho Regional de Medicina-CRM/MT, Sindicato dos Médicos do Estado do Mato Grosso/MT, Associação Médica do Mato Grosso/MT, também não serve de suporte à tese dos representados. Se em um primeiro momento, o Juiz reconheceu na antecipação de tutela a licitude da prática das representadas, de 25 de abril de 2005, é também verdade que a referida decisão foi modificada em 2009, quando o Poder Judiciário, ao ter a oportunidade de julgar o caso, por meio de uma análise exauriente de mérito, compreendeu que o ordenamento jurídico não permite imposição de tabelas de honorários médicos por parte do CRM. Assim, determinou que o CRM se abstenha de impor a tabela CBHPM, ou qualquer outra que venha a substituí-la nesse propósito e instaurar qualquer procedimento administrativo disciplinar contra médicos pela não aplicação da referida tabela. Ressaltou-se que *“Não é atribuição legal do CRM impor tabelas de honorários, revela-se de todo descabida a interferência do CRM em assunto que diga exclusivamente aos médicos e empresas do setor de planos e seguros de saúde, seja direta ou indiretamente.”*⁵¹.

142. Outro julgado mencionado, por exemplo, é a sentença proferida nos *autos do* processo nº. 2005.50.01.005245-2 da 3ª Vara Federal do Espírito Santo movido pelo MPF em face do CFM e CRM/ES. Ocorre que, diferentemente do que afirmam os defensores da CBHPM, tal caso não ratifica a legalidade da CBHPM. Pelo contrário, o julgado dispõe que não haveria óbice da CBHPM existir como referência, mas não seria possível adotá-la como “padrão ético” sob pena de investigação disciplinar. O TRF da 2ª Região, na Apelação Cível 421251 em semelhantes termos manteve a decisão do Juiz singular.

143. Não obstante sempre existir a possibilidade, em um processo democrático, do Poder Judiciário apresentar posicionamentos díspares a respeito dos mais diversos assuntos, no presente caso há uma miríade de decisões que apontam de forma uníssona no sentido do caráter abusivo relacionado ao caráter obrigatório da CBHPM, bem como da possibilidade do CADE poder investigar estas práticas.

144. A este respeito, é relevante notar o posicionamento do Tribunal Regional Federal da Primeira Região, no âmbito das decisões dos agravos que a União apresentou contra ações Judiciais apresentadas pelo CFM (0029461-66.2011.4.01.0000), a AMB (0030649-94.2011.4.01.0000/DF) e a FENAM (0030650-79.2011.4.01.0000).

⁵¹ Diário da Justiça Federal da Primeira Região – Seção Judiciário do Estado de Mato Grosso - e-DJF1 AnoII / N. 122 Divulgação: 13/07/2009 Publicação: 14/07/2009

“ A exegese dos artigos acima transcritos não conduz ao entendimento de que a atuação da SDE se restringe, apenas, às atividades desenvolvidas por empresas, como ficou consignado na decisão agravada. Ao contrário, conclui-se que o legislador, com o intuito de municiar o Poder Público com os instrumentos e as prerrogativas capazes de coibir as infrações à ordem econômica, ampliou, ao máximo, o leque de pessoas e entidades cujas atividades, quando potencialmente danosas à ordem econômica, ficam sujeitas à fiscalização pelos órgãos competentes. O único pressuposto para atuação da SDE, a meu ver, é que a atividade fiscalizada seja desenvolvida por quem tenha a capacidade de interferir no equilíbrio do mercado de bens e de serviços. Resta saber, se, na hipótese, as entidades médicas, entre elas a FENAM, podem ser classificadas como agente econômico, para fins de atuação da SDE.

(...)

Não há como negar, contudo, que, exercendo o médico profissão das mais relevantes na sociedade, busca ele também remuneração pelos seus serviços, mediante a cobrança de honorários que remunerem, de forma justa, a atividade desempenhada. Não se pode olvidar, também, que, num país em que grande parte da população tem acesso, apenas, à assistência médico-hospitalar oferecida pelo Governo, via SUS, e que, por outro lado, enfrenta enorme carência de profissionais de saúde, o sistema privado de saúde se transformou num verdadeiro nicho da economia voltado para as classes mais bem remuneradas, ou até mesmo para as menos abastadas, mas que preferem fazer sacrifícios financeiros para poderem usufruir de facilidades oferecidas pela rede particular de assistência médico-hospitalar. Os tomadores dos serviços dessa rede particular constituem o universo de milhões de consumidores dos serviços prestados pelos médicos e hospitais particulares e que, independentemente da forma jurídica com que os profissionais se organizem, seja como empresa, seja como profissional liberal individual, podem sofrer danos em virtude de eventual prática abusiva do que se pode chamar de mercado da saúde. Dessa forma, eventual prática abusiva que venha a ser praticada pela Fenam ou por qualquer outra entidade representativa da classe médica, e que traga reflexos para os beneficiários de planos de saúde como, por exemplo, a cobrança de adicional sobre o valor das consultas e procedimentos médicos, ou a deflagração de movimento de paralisação na oferta dos serviços pelos profissionais credenciados pelas operadoras de planos de saúde, não podem ficar à margem de atuação da SDE, porquanto podem trazer sérias repercussões na relação contratual estabelecida entre médicos, operadoras de saúde e usuários.

Conclui-se, pois, pela ausência de mácula na instauração de procedimento administrativo no âmbito da SDE, para apuração de suposta prática abusiva da Fenam que venha a trazer reflexos danosos na relação entre médicos e usuários de planos de saúde.”

145. No mesmo sentido, também é possível citar a sentença proferida nos autos do processo nº. 2004.34.00.015795-1⁵², da 22ª Vara Federal do Distrito Federal, movido pela Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda e pela Hapvida Assistência Médica em face do Conselho Federal de Medicina, que declarou nula a Resolução nº. 1673/03 do CFM,

⁵² O ultimo andamento processual: recurso de apelação ao TRF 1ª Região pendente de análise.

in verbis: "A resolução (...) ao impor a tabela de honorários aos planos de saúde, configura ato que invade ilicitamente as relações entre os membros da classe e as empresas operadoras de saúde coletiva que têm como objeto a prestação ou a garantia dos serviços médicos.";

146. Também, a sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.41.00.005432-8⁵³, da 3ª Vara Federal de Porto Velho, movida pelo Ministério Público Federal contra o CFM, o CRM-RO e a Associação Médica de Rondônia sustentou a procedência do pedido de decreto da ilegalidade da Resolução nº 1.673/2003 do CFM, *in verbis: "Outrossim, dela aflora maltrato à ordem econômica, à luz da Lei 8.884/94, artigos 15 e 23, III. Com ela, os Conselhos ensaiaram ingerência no mecanismo de livre formação de preços, em ordem a ensejar gravame à concorrência no mercado."* Tal decisão também foi amparada por ocasião do julgamento do Agravo de Instrumento⁵⁴ impetrado pelo CRM-RO, em que o TRF da Primeira Região conclui que: "1 - Os Conselhos de medicina não podem impor tabela de honorários (CBHPM), sob pena de violação da liberdade contratual. 2 - Não se insere na competência do Conselho Federal de Medicina a edição de resolução que se consubstancie em coação aos profissionais da área verificada a partir de publicações em jornais, recomendado a suspensão de atendimento à população sob pena de processo disciplinar. 3 - Agravo de Instrumento não provido".

147. Citam-se, também, as seguintes decisões:

- "MANDADO DE SEGURANÇA. RESOLUÇÃO Nº 19/87, DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro tem competência para baixar resoluções a respeito da profissão de médico; não pode, todavia, a pretexto disso, legislar acerca das relações entre médicos e empresas que têm como objeto social a prestação ou a garantia de serviços médicos. Recurso especial conhecido e provido, em parte." (STJ, RESP 8490/RJ, Rel. Min. PECANHA MARTINS, T2, maioria, DJ 27/09/1999, p. 68)
- O MM. Juiz Federal Substituto IVO ANSELMO HÖHN JUNIOR, da Seção Judiciária do Maranhão, deferiu antecipação de tutela, nos autos da AO nº 2004.37.00.002613-5, adiante distribuída à 6ª Vara/MA, ajuizada em 8 de abril de 2004 por Hapvida Assistência Médica Ltda contra Conselho Regional de Medicina - CRM/MA, que objetivava anular as Res. nº 001 e nº 003/2004 do CRM/MA, visto que tais resoluções impediriam os médicos maranhenses de atenderem aos usuários da autora se não adotassem a CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Também, o TRF da 1ª. Região manteve a referida decisão, por ocasião do julgamento do Agravo Interno no Agravo 2004.01.00.020286-8/MA, distribuído no em 21/05/2004, cujo Processo na Origem é 200437000026135. Dentre os motivos da manutenção desta decisão, o TRF compreendeu que seria necessário manter a

⁵³ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de julgamento pelo TRF da 1ª Região.

⁵⁴ AG 2004.01.00.058671-9/RO, Rel. Desembargador Federal Catão Alves, Conv. Juíza Federal Daniele Maranhão Costa (conv.), Sétima Turma, DJ p.78 de 09/06/2006.

liberdade negocial dos médicos. Compreendeu que seria *"bastante censurável que, sob o pálio do que chama "liberdade", o ora agravante, longe da negociação, da discussão e do entendimento que devem nortear a necessária colaboração entre empresas administradoras de planos de saúde e os médicos – e colocando no meio do tiroteio o paciente –, o que atesta certa incapacidade de lidar com as controvérsias próprias da livre concorrência, tente constranger as empresas de saúde (...) a aceitar suas condições, levantando a bandeira da ética e da defesa do paciente para ocultar, em desrespeito à inteligência dos usuários"*. Entendeu-se que *"proibir os médicos de trabalhar (e os pacientes de serem atendidos) para forçar esta ou aquela administradora a aceitar suas condições é procedimento próprio daqueles que se recusam a dialogar, expondo argumentos que, sob a névoa da liberdade e do "prejuízo científico", tangenciam a chantagem, denotando estratégia negocial repugnante, tanto mais no campo da saúde. Como também seria qualquer tentativa congênere adotada pelas administradoras (alterações unilaterais).*

- Decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.33.00.013832-9⁵⁵, da 13ª Vara Federal da Bahia, movida pelo Ministério Público Federal contra o CRM-BA e o CFM. A sentença julgou procedente o pedido e determinou a nulidade da Resolução 1.673/2003, pois considerou que a Circular CFM nº. 125/2004 *"apenas solicita o sobrestamento de apurações de infrações ligadas ao descumprimento da Resolução 1.673/2003, cuja declaração de invalidade é buscada neste feito, revelando o caráter apenas transitório e precário da suspensão dos seus efeitos jurídicos (...)".*
- Sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.60.00.006852-8⁵⁶, da 1ª Vara Federal do Mato Grosso do Sul, subseção Campo Grande, movida pelo Ministério Público Federal contra o CFM e o CRM/MS. A Sentença sob fls. 2552 e seguintes dispõe que *"Não há previsão legal para que o CFM limite a atividade profissional do médico, determinando que proceda aos atendimentos somente mediante cobrança de um preço mínimo ora fixado pelo CFM. (...) O direito à saúde é uma garantia constitucional fundamental da pessoa humana que não pode ficar à mercê de uma política econômica desses Conselhos de Classe apenas porque os médicos não são remunerados pelos Planos de Saúde privados com os valores mínimos previstos na tabela CBHPM. Essa é uma luta justa, mas que deve ser travada entre a Classe Médica e os Planos de saúde privados; não podem os consumidores desses Planos, mesmo pagando pelos seus serviços, serem tolhidos do acesso à assistência médico-hospitalar porque os Conselhos não aceitam suas tabelas de preços. Ora, e ainda propagam que a medicina não é comércio!? Não se trata de infração à ordem econômica, à livre concorrência e ao livre exercício da profissão!? Mera falácia."*

⁵⁵ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de decisão pelo TRF da 1ª Região.

⁵⁶ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de julgamento pelo TRF da 3ª Região.

148. Como se pode observar no arcabouço de decisões colacionadas acima, a controvérsia ora analisada sob o prisma da defesa da concorrência já fora abordada sob inúmeros enfoques no âmbito do Poder Judiciário, a reverberar a complexidade e a importância do tema à sociedade brasileira.

149. As decisões, ademais, denotam o desequilíbrio limítrofe vivenciado pelo setor de saúde suplementar no Brasil, a demonstrar a inexorável necessidade de uma intervenção séria e eficiente das mais diversas esferas do Poder Público, no sentido de oportunizar à população que possui condições de financiar um sistema privado de assistência à saúde o mínimo de confiabilidade na concretização deste seu direito fundamental.

2.8 A liderança de negociações coletivas junto às operadoras de planos de saúde para a discussão dos honorários médicos

150. A forma como os honorários são negociados entre os diferentes agentes faz parte de um tópico mais amplo, qual seja, o de “negociação coletiva”. Embora a mesma não seja vedada *per se*, é certo que as ferramentas utilizadas pelos representados para conseguir um balanceamento de forças, como já sobejamente afirmado em tópicos anteriores, via estipulação de tabelas com preços mínimos, obrigatórios, impostos por meio de boicotes, certamente foge do escopo do que seria uma negociação aceitável.

151. Neste aspecto, para repisar todos os tópicos já mencionados, constata-se ao longo dos autos fartas provas de que as entidades Representadas, em nome de toda a categoria médica e sob as vestes da Comissão Estadual de Honorários Médicos, conduziram negociações de honorários junto às operadoras de planos de saúde no estado de Minas Gerais.

152. Com efeito, conforme se extrai do Relatório do Monitoramento de Mercado realizado pela SDE a partir de ofícios enviados às operadoras em janeiro de 2010, é habitual que as negociações de honorários sejam conduzidas, de um lado, por operadoras de planos de saúde ou por entidades que as representam e, do outro, por entidades representativas dos prestadores⁵⁷.

153. Em Minas Gerais, como destacado de forma detalhada anteriormente, atuavam como representantes dos médicos, intermediando as negociações com as operadoras de planos de saúde, a Comissão Estadual de Honorários Médicos, cujos integrantes são investigados

⁵⁷ Destaca-se que as informações reunidas no referido documento não apontam para o cenário fático de um monopólio bilateral no mercado - em que os prestadores de serviços médicos agiriam em bloco, como monopolista, negociando com as operadoras de plano de saúde que também se comportariam como monopolista. Isso porque, é pouco usual observar operadoras de planos de saúde classificadas em modalidades distintas - tais como, medicina de grupo, cooperativas, autotestes - negociando conjuntamente os valores dos procedimentos médicos. Dessa forma, haveria sempre mais de um grupo de operadoras negociando de forma independente os valores dos procedimentos médicos. Pelo lado dos prestadores de serviços médicos, também é possível observar clivagens, o que apontaria para grupos distintos negociando separadamente com as operadoras de planos de saúde.

nesse Processo Administrativo - a saber o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM/MG, a Associação Médica de Minas Gerais – AMMG, o Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, a Federação Mineira das Cooperativas Médicas – FEMCOM.

154. Consoante já pontuado acima, as tratativas coletivas entre representantes da classe médica e operadoras de planos de saúde tornaram-se circunstância bastante comum nas negociações de reajuste nos últimos anos. Isso porque, sob o argumento de que a negociação naturalmente desigual entre um grande agente econômico e um profissional individualmente, acarreta, em verdade, a ausência de acordo, com a inevitável imposição das condições de contratualização pela operadora de plano de saúde. O descontentamento do profissional quanto ao conteúdo de quaisquer das cláusulas determinadas pelas operadoras acarreta, assim, a substituição do médico por qualquer outro especialista, salvo os casos excepcionais dos profissionais com grande reconhecimento técnico. Tal constatação é interessante não apenas porque denota o desequilíbrio da relação, como também porque demonstra a existência efetiva de concorrência entre os médicos prestadores de serviços às operadoras.

155. Voltando-nos, no entanto, à pontuação do desequilíbrio da relação entre médicos e operadoras, uma breve observação da história recente da saúde suplementar no país demonstra que tanto médicos quanto operadoras buscaram alternativas para o alcance de melhores condições de negociação de reajuste. Os médicos, descontentes com as baixas remunerações, passaram a se aglomerar em fortes entidades de classe, sociedades de especialistas e até mesmo cooperativas, com a finalidade de, concentrando em um mesmo pólo todos os prestadores do serviço, obter melhores condições de negociação. As operadoras, e aqui ressaltamos nomeadamente as ações perpetradas pelas autogestões, por seu turno, além da conhecida e generalizada estratégia de glosas, passaram igualmente a se agremiar em instituições que, por vezes, ultrapassando sobremaneira seus objetivos estatutários, igualmente conduzem coletivamente as negociações com os prestadores de serviços médicos.

156. A discussão acerca da legitimidade de movimentos coletivos, pois alegadamente equiparados às negociações coletivas autorizadas pelo Direito do Trabalho, todavia, perde força quando adequada às particularidades do Direito Antitruste, na medida em que as deliberações coletivas de determinada classe de profissionais liberais não podem ser utilizadas para coagir os agentes econômicos e muito menos para causar danos à saúde dos brasileiros ou mesmo para inverter o balanceamento de forças que tais deliberações busquem, eventualmente, via poder compensatório, mitigar.

157. Nesse contexto, os casos concretos trazidos à apreciação do SBDC demonstram que a adoção de certas condutas pelas entidades médicas implicam danos de inestimável dimensão ao setor. Conforme foi destacado anteriormente, boicotes que redundem em paralisações coletivas por tempo indeterminado ou desarrozoado e rompimentos coletivos definitivos do atendimento de operadoras que não se disponham a aceitar as condições impostas pelos médicos não podem ser admitidos. Tampouco se poderá aceitar determinações por parte de Conselhos de classe que, ultrapassando todos os limites dos poderes que lhes foram conferidos pela Constituição e pela Lei, fixem valores mínimos de remuneração que vinculem todos os profissionais por eles fiscalizados, sob pena de imposição de Processo Administrativo Disciplinar. Finalmente, o profissional deve preservar integralmente a

liberdade de contratar com operadoras nos termos em que lhe convier, não podendo haver qualquer obrigatoriedade em acatar condições negociadas por entidades representativas.

158. Sob uma perspectiva de ponderação, já mencionada, cabe reconhecer que condutas como essas são desproporcionais no sentido de atingir os objetivos das associações coletivas, dado que maculam de modo absoluto a livre concorrência e, em consequência, os consumidores, com a fixação de oferta e preços artificiais acima do nível competitivo.

159. A reivindicação, pelas entidades médicas, das melhorias que propugnam, não podem se utilizar de meios ilegítimos, que invertam a relação de hipossuficiência e causem a completa extinção da concorrência entre os prestadores, absolutamente necessária para garantir oferta, qualidade e preços a níveis de mercado aos consumidores desse serviço de essencialidade e impacto indubitáveis.

2.9 Conclusões e parâmetros para a atuação dos médicos

160. Segundo a legislação brasileira de defesa da concorrência, incumbe aos órgãos antitruste a missão de reprimir infrações à ordem econômica, acompanhar as práticas de mercado de modo a prevenir infrações à ordem econômica e instruir o público sobre as diversas formas de infração da ordem econômica, e os modos de sua prevenção e repressão.

161. A advocacia da concorrência e a prevenção das infrações à ordem econômica, contudo, não devem limitar-se a hipóteses genéricas ou abstratas. Devem ser exercidas precipuamente diante de situações concretas e recorrentes em que se mostre útil e necessário esclarecer aos agentes quanto a medidas a serem adotadas e fronteiras a serem observadas em suas atividades para garantir adstringência ao ordenamento jurídico.

162. O conflito entre prestadores e operadoras vem se alastrando, com consequências nefastas aos consumidores, que se veem impotentes enquanto assistem replicar-se na assistência privada as mazelas da assistência pública: longa espera para o atendimento, descaso, ausência de profissionais capacitados, negativas de cobertura, preços elevados, entre tantas outras. As instituições do Estado, cada qual em sua seara, precisam articular-se em busca de soluções eficientes e definitivas. Ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência cumpre, nesse passo, buscar formas efetivas para o cumprimento de suas decisões e emitir orientações claras e consistentes sobre as ações não toleradas diante dos ditames da Lei n. 8.884/94 (e, agora, da lei nº 12.529/11).

163. Dessa forma, a fim de evitar a prática de atos ilegais e contrários à concorrência e aos consumidores, entende-se que as entidades representativas da categoria médica devem:

- (i) excluir e deixar de divulgar quaisquer valores monetários para portes e UCO's, atualmente definidos e publicados pela Comissão Nacional de Honorários Médicos. A CBHPM, ao passar a ser equivalente a uma tabela de preços, torna-se potencialmente danosa à concorrência no mercado. A definição desses valores deve

sujeitar-se a negociações entre os médicos e cada uma das operadoras de planos de saúde;

- (ii) suprimir as bandas que estabelecem limites inferiores de remuneração (deflator de 20%) para aplicação da CBHPM;
- (iii) abster-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, retaliar ou ameaçar os médicos que deixem de adotar a CBHPM como padrão de remuneração. O profissional deve ser sempre e em qualquer circunstância livre para atender pelo valor e condições que entender convenientes e adequadas segundo seus critérios individuais;
- (iv) abster-se de promover, apoiar ou fomentar movimentos de boicote, paralisação coletiva de atendimentos aos beneficiários de planos de saúde por tempo longo ou indeterminado ou descredenciamentos em massa;
- (v) abster-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, retaliar ou ameaçar os médicos, obrigando a participação em movimentos de boicote, paralisação, descredenciamento, negociação coletiva ou o acatamento irrestrito às decisões das entidades médicas;
- (vi) abster-se de impedir a negociação direta e individual de honorários entre médicos e operadoras de planos de saúde ou hospitais.

3. RECOMENDAÇÃO

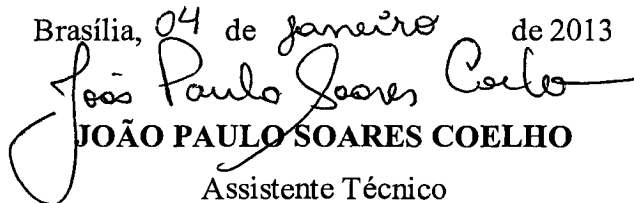
164. Conclui-se que as provas constituídas no feito demonstram a caracterização indubitável das infrações contra a ordem econômica, conforme artigo 20, incisos I, II e IV c/c artigo 21, incisos II, X e XXIV, ambos da Lei nº 8.884/94⁵⁸. Nesse passo, recomenda-se:

- (i) buscando a adequação da legislação de regência dos procedimentos investigativos em curso nesta Autarquia, sugere-se a convolação do presente Processo Administrativo em Processo Administrativo para Imposição de Sanções Administrativas por Infrações à Ordem Econômica, 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, e sendo respeitados todos os atos praticados com base na Lei nº 8.884/94.
- (ii) 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 pela **condenação** dos Representados pela prática de infrações à ordem econômica.

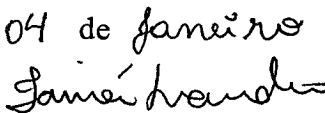
⁵⁸ Os Artigos correspondentes na Lei nº 12.529/2011 são: Art. 36, incisos I, II e IV, Art. 36 § 3º inciso II e VIII.

165. Estas são as conclusões.

Encaminhe-se a Sra. Coordenadora-Geral de Análise Antitruste Substituta.

Brasília, 04 de janeiro de 2013

JOÃO PAULO SOARES COELHO
Assistente Técnico

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

Brasília, 04 de janeiro de 2013

TAINÁ LEANDRO
Coordenadora-Geral de Análise Antitruste, Substituta

DESPACHO DO SUPERINTENDENTE-GERAL SUBSTITUTO

Em 04 de janeiro de 2013

Nº 007 Ref.: Processo Administrativo nº 08012.005101/2004-81. Representante: SINAMGE – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo. Representados: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM/MG; Associação Médica de Minas Gerais – AMMG; Sindicato dos Médicos de Minas Gerais; Federação Mineira das Cooperativas Médicas – FEMCOM. Advs.: Antonio Luiz Bueno Barbosa, Luciana Maria Costa Capuzzo, José Carlos Fonseca, Walter Costa Porto e outros. Acolho a Nota Técnica de fls., aprovada pela Coordenadora-Geral Substituta de Análise Antitruste 01 e, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei n. 9.784/99, integro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Em razão da entrada em vigor da Lei nº 12.529/11, decido, com fundamento no art. 220 do Regimento Interno do CADE, pela convalidação do presente Processo Administrativo em Processo Administrativo para Imposição de Sanções Administrativas por Infrações à Ordem Econômica, 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, e sendo respeitados todos os atos praticados com base na Lei nº 8.884/94. Nos termos do art. 74 da Lei nº 12.529/2011 e do art. 156, §1º, do Regimento Interno do CADE, opina-se pela condenação dos Representados pela prática de infrações à ordem econômica capituladas no artigo 20 c/c artigo 21, ambos da Lei nº 8.884/94, que correspondem aos dispositivos ora vigentes do art. 36 c/c Art. 36, § 3º, ambos da Lei nº 12.529/2011, e determina-se que sejam remetidos os presentes autos ao Tribunal Administrativo do CADE para julgamento. Publique-se.


EDUARDO FRAIDE RODRIGUES
Superintendente-Geral Substituto