



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA



Protocolado:	08012.004276/2004-71
Natureza:	Processo Administrativo
Representante:	SDE "Ex Officio"
Representados:	Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Confederação Médica Brasileira – CMB, Federação Nacional dos Médicos – FENAM.
Advogado:	Fernando Acayaba de Toledo, Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, José Carlos Fonseca, Paulo Affonso Martins de Oliveira, Rosmari Aparecida Elias Camargo

Senhora Coordenadora-Geral,

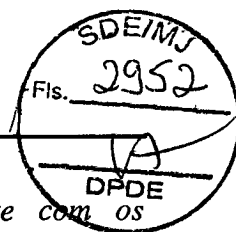
I. RELATÓRIO

1. Trata-se do Processo Administrativo instaurado pela Secretaria de Direito Econômico, em 21 de julho de 2004, em desfavor das seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Federação Nacional dos Médicos – FENAM e Confederação Médica Brasileira - CMB.

2. Por meio de informações contidas no site da Associação Médica Brasileira, às fls. 02/34, a SDE tomou conhecimento dos seguintes fatos:

- i. *“A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que já começa a ser adotada, resultou de exaustivo trabalho técnico (...) desenvolvido ao longo de três anos pela AMB, CFM e Sociedades de Especialidade, com assessoria da (...) Fipe”.*
- ii. *“O lançamento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é um marco histórico para a classe médica brasileira. Melhor ainda será a sua transformação em instrumento balizador não apenas para o setor privado, mas para o sistema público de saúde’ completou o presidente da AMB (...); Simultaneamente ao lançamento da CBHPM em várias capitais brasileiras, as entidades médicas nacionais iniciaram um movimento nacional visando a sua implantação”*
- iii. O Conselho Federal de Medicina, em 07 de agosto de 2003, editou a resolução CFM nº 1.673/03, a qual possui o seguinte teor:

“O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,



CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, 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 legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

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.

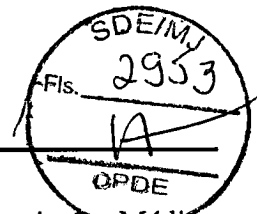
Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais” (fls. 08 e 09).

3. Diversos jornais noticiaram o protesto dos médicos e a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM (fls. 19 a 34 e 180 a 203). Deentre as notícias divulgadas na mídia, pode-se destacar os seguintes excertos:

“A entidade quer que os valores dos honorários sejam padronizados para reduzir a disparidade entre o que cada especialidade médica recebe nos diferentes estados.” (Fonte: Correio Brasiliense, data da publicação: 30/05/2004, fl. 19);

“A partir desta segunda-feira (31/05), o CFM coloca no ar, em rede nacional (...), um comunicado (...) convocando os médicos brasileiros a participarem das assembléias estaduais pela implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, que acontecerão nas capitais brasileiras na próxima quinta-feira, dia 03/06. (...) As assembléias estaduais norteariam o movimento da categoria, e estarão avaliando, através dos balanços regionais, os processos de negociação em andamento com as operadoras de saúde e as paralisações de atendimento a planos já em curso. A idéia das assembléias concomitantes é uma iniciativa das presidências das entidades médicas nacionais: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos para fortalecer o movimento médico em alguns Estados, onde a suspensão a

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



convênios já se estende por mais de dois meses” (Fonte: Associação Médica Brasileira, data da publicação 31/05/2004, fl. 15);

“Médicos de 12 Estados já suspenderam os atendimentos às seguradoras de planos de saúde. A principal reivindicação da categoria é estabelecer em R\$ 42 o valor mínimo de reembolso por atendimento” (Fonte: O Estado de São Paulo, data da publicação: 26/05/2004, fl. 182);

“A Associação Médica Brasileira decidiu aceitar a proposta feita pelas operadoras de planos de saúde, o que, segundo o presidente da entidade, Eleuses Paiva, deverá levar ao fim do boicote dos médicos contra essas empresas nos próximos dias. O movimento já atingia 18 unidades da Federação e levou os profissionais a pedir para serem descredenciados das operadoras” (Fonte: Folha de São Paulo, data da publicação 06/08/2004, fl. 188).

4. Às fls. 35 a 55, foi juntada aos autos denúncia formulada pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo – IMASF, em desfavor das seguintes entidades: CFM, AMB, FENAM e CMB.

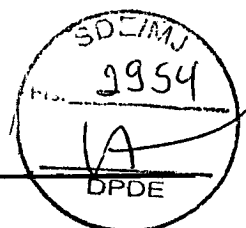
5. Relata a denúncia que a categoria médica iniciou um movimento nacional de suspensão de atendimentos aos beneficiários dos planos e seguros de saúde que não adotassem a CBHPM. A referida Classificação, consoante apontado pela IMASF, retrata lista elaborada pela AMB, que detalha e classifica os procedimentos médicos e estabelece preços para os respectivos procedimentos. De acordo com a Representante, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.673/03, adotou a CBHPM como o padrão mínimo e ético de remuneração.

6. Segundo a representação, a implantação dos valores definidos na CBHPM representaria um aumento médio de 88% sobre os valores dos honorários médicos, o que teria um impacto muito representativo nos custos das operadoras de planos de saúde.

7. Ainda de acordo com a IMASF, existe uma relação hierárquica em que:

- i. Os médicos são obrigados a cumprir as normas emanadas pelo CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina (Art. 45 do Código de Ética Médica);
- ii. Os Conselhos Regionais de Medicina estão subordinados ao Conselho Federal de Medicina (art. 3º da Lei Federal nº 3.268/57)
- iii. Os Conselhos Regionais de Medicina são fiscais no exercício da profissão de médico (art. 15, alínea “c” da Lei Federal nº 3.268/57);
- iv. A Federação Nacional dos Médicos e a Confederação Médica Brasileira constituem o corpo organizacional dos Sindicatos Regionais dos Médicos, com ampla participação na imposição da CBHPM;
- v. A Comissão Nacional e as Comissões Regionais de Implantação da CBHPM nada mais são que a descentralização administrativo-política do CFM e dos CRM’s, sem qualquer autonomia jurídica.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



8. A IMASF ressalta, outrossim, que as Comissões de Implantação da CBHPM estariam proibindo que os médicos negociassem diretamente com as operadoras de planos de saúde, vez que qualquer conduta contrária do profissional seria denunciada junto ao Conselho Regional para instauração de processo disciplinar.

9. Por fim, a IMASF solicita a adoção de medida preventiva com o intuito de suspender os efeitos da Resolução CFM nº 1.673/03 e proibir que os Representados continuem a impor a CBHPM.

10. Acompanharam a denúncia os documentos constantes às fls. 56 a 153, dentre os quais se destacam:

- i. Resolução CFM nº 1.673/03 (fls. 67 a 68).
- ii. Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, de março de 2004, que relata quais operadoras de planos de saúde estão avançando nas negociações com as Comissões Regionais (fls. 69 a 72);

11. Conforme apontado acima, em 21 de julho de 2004, esta Secretaria instaurou o presente Processo Administrativo, com o intuito de investigar se a implantação da tabela de preços dos procedimentos médico-hospitalares, denominada CBHPM, pelas entidades médicas nacionais poderia ser caracterizada, eventualmente, como infração contra a ordem econômica, prevista nos artigos 20, incisos I, II e IV, e 21, inciso II, da Lei nº 8.884/94 (fls. 156 a 171).

12. Os Representados foram regularmente notificados acerca da instauração do Processo Administrativo, conforme notificações acostadas às fls. 176 a 179.

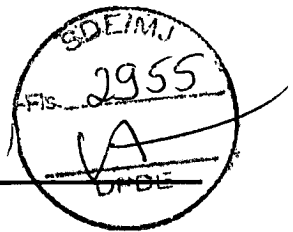
13. Em 20 de agosto de 2004, a SDE encaminhou ofícios para a FENAM, a CMB, o CFM, a AMB, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CRM-SP, a Associação Paulista de Medicina – AMP e para o Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo solicitando as seguintes informações:

- i. Fornecer cópias de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde;
- ii. Esclarecer qual é a forma de influência da entidade sobre as classes médicas de todos os Estados, no que se refere à articulação para o movimento de boicote aos planos de saúde;
- iii. Informar as consequências aos profissionais de saúde que se recusar a aderir a tal movimento.

14. Em 20 de agosto de 2004, a SDE encaminhou ofícios para a Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG – solicitando as seguintes informações:

- i. Apontar todas as entidades em âmbito nacional relacionadas à organização do movimento de boicote às empresas de planos de saúde, bem como as partes envolvidas nas negociações;

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- ii. Elaborar um histórico detalhado das negociações travadas com as entidades supra, com as principais reivindicações de cada uma das partes;
- iii. Apresentar eventuais estudos de impactos da adoção da CBHPM sobre o território nacional;
- iv. Fornecer cópias de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde;

15. Em 10 de setembro de 2004, a AMB protocolou resposta (fls. 236 a 239) informando que, cumprindo o que determina seus Estatutos Sociais e utilizando-se de metodologia proposta pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FINE –, a AMB deliberou promover o 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. De acordo com a AMB, o Conselho Federal de Medicina, que acompanhou a elaboração desse trabalho, estabeleceu a Resolução nº 1.673/03, fixando a adoção da CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. Não haveria imposição de sua aplicação pela AMB e, portanto, não haveria influência direta, mas apenas a divulgação da importância do trabalho por ela realizado envolvendo a CBHPM. Não teria ocorrido, também, uma organização central, tampouco decisões regionais em assembleias locais visando tumultuar o atendimento médico. Além disso, a AMB não tem competência legal para analisar o comportamento dos médicos que não aceitem a CBHPM, tampouco aplicar-lhes qualquer sanção.

16. Na oportunidade, a AMB encaminha as Atas das reuniões de sua Diretoria Executiva e das reuniões da Comissão Nacional para Implantação da CBHPM, entre 2002 e 2004 (fls. 240 a 301 e 323 a 349). O Estatuto Social da Associação Médica foi acostado às fls. 305 a 302.

17. A Associação Paulista de Medicina protocolou resposta em 10 de setembro de 2004 (fls. 350 a 351), informando que a APM não sofreu influência de qualquer entidade, mesmo de âmbito nacional, no que se refere à organização de boicotes aos planos de saúde. Destaca, também, que *“respeitando as orientações do CFM, tem sustentado, por seu jornal e revistas, a importância da CBHPM para o desenvolvimento do trabalho do médico, assim agindo em obediência aos termos de seu Estatuto Social”* (fl. 351). Informa, ainda, que em relação aos profissionais da saúde que não quiserem seguir a CBHPM, a APM nada pode fazer e tampouco tem respaldo legal para exigir o respeito à resolução do CFM.

18. Na oportunidade, encaminha as Atas de Reunião de Diretoria da Associação Paulista de Medicina entre 2003 e 2004 (fls. 352 a 409), dentre as quais, destacam-se:

- i. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 21/11/03, que afirma:

“No dia 11/11 - tivemos o Dia Nacional de Mobilização para Implantação da CBHPM” (fl. 359);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- ii. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 05/12/03, que afirma:

“Encontro dos médicos do Grande ABC – pela valorização e dignidade do Ato Médico, onde tivemos as presenças do Dr. Eleuses Vieira de Paiva [Presidente da AMB](...)”

No dia 03/12 – Reunião na APM com a Diretoria da Unidas para discussão da CBHPM.” (fl. 363)

- iii. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 09/01/04, que afirma:

“Dr. José Luiz: Informes: No dia 06/01 – Reunião da AMB com a UNIDAS para discussão da CBHPM.”

No dia 08/01 – Estivemos numa reunião do CFM, em Brasília, participando da comissão nacional de defesa do ato médico. Ficou decidido que vamos fazer estas reuniões junto às federadas, nos diversos Estados” (fl. 368).

- iv. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 08/03/04, que afirma:

“Informes: (...) 02/03 – reunião da Comissão de Mobilização para implantação da CBHPM na AMB; (...) Na semana passada, na AMB, discutiu-se com os integrantes da Comissão de implantação da forma que poderemos otimizar isto.” (fl. 381)

- v. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 02/04/04, que afirma:

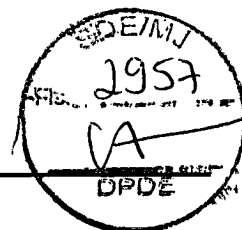
“Informes: (...) 11/03 – Reunião no CFM para discussão do Ato Médico (...); 24/03 – Reunião em Brasília com o CFM para discutir a CBHPM”; (fls. 387).

- vi. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 04/06/04, que afirma:

“Também no dia 03 o dr. Curi representou a APM na Assembléia Geral dos Médicos para discutir a CBHPM e hoje pela manhã, tivemos a reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da AMB, onde também discutimos o mesmo assunto” (fls. 402 a 403)

19. Em 10 de setembro de 2004, o CFM protocolou resposta ao ofício expedido pela SDE (fls. 1389 a 1392), informando que não é possível o fornecimento de cópia de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde, uma vez que o Conselho Federal de Medicina não participou ou orientou os profissionais de saúde a boicotarem as empresas de assistência à saúde. Informa, também, que não há na Resolução nº 1.673/2003

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



qualquer previsão de sanção aos profissionais. Ressalta, também, que a CBHPM resultou de um exaustivo trabalho técnico envolvendo diversas especialidades. Essa classificação seria fruto de uma atividade criteriosa, com a participação da AMB, CFM e as Sociedades de Especialidades. Na oportunidade, anexou os seguintes documentos:

- i. Resolução do CFM nº 1.673/03 (fls. 1393 a 1394);
- ii. Atas das sessões plenárias do Conselho Federal de Medicina, realizadas entre 2003 e 2004 (1395 a 1515);
- iii. Agenda de atividades do CFM (fls. 1517 a 1577).

20. Em 28 de setembro de 2004, a FENASEG protocolou resposta (fls. 556 a 558), informando que as entidades relacionadas à organização do movimento de boicote à empresas de planos de saúde são: Associação Médica Brasileira – AMB, Associação Médica de Minas Gerais, Associação Médica do Vale do Ivinhema, Associação Médica da Paraíba, Associação Paulista de Medicina, Associação Baiana de Medicina, Academia de Medicina de São Paulo, Conselho Federal de Medicina – CFM, Federação Nacional dos Médicos – FENAM, FEMCOM, Confederação Médica Brasileira – CMB, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados de Pernambuco, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Distrito Federal, Paraná, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro, Sindicato dos Médicos dos Estados de Pernambuco, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Distrito Federal e Paraná.

21. A FENASEG acrescenta que o impacto da adoção da CBHPM para cada seguradora varia de acordo com os valores de consultas e honorários praticados, os tipos de planos comercializados, a estrutura e as características da rede prestadora de serviços. Ressalta que o impacto médio nos custos das seguradoras seria de:

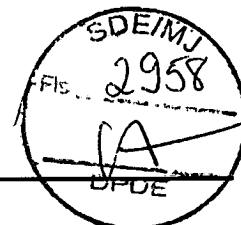
- Bradesco Saúde: 30,24% nos seguros individuais e 26,84% nos seguros empresariais;
- Marítima Saúde: 80,47% para todo o grupo de seguros individuais e empresariais;
- Sul América: 47% para todo o grupo de seguros individuais e empresariais;
- Unibanco AIG Saúde: 26,1% para os empresariais.

22. A FENASEG encaminhou estudos de impacto nos custos das operadoras de planos de saúde a ela filiadas, que foram anexados em apartado confidencial. Ressaltou, ainda, que a recusa de adesão ao movimento de implantação da CBHPM é entendido pelo CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina como desobediência aos artigos 78 e 142 do Código de Ética Médica, interpretação que enseja a aplicação de processo ético disciplinar aos profissionais médicos que não aderirem ao movimento.

23. Na oportunidade, a referida Federação encaminhou diversos documentos, dentre os quais se destaca:

- i. Histórico das negociações para a implantação da CBHPM (fls. 560 a 569);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- ii. Análise crítica da CBHPM (fls. 570 a 587), que discorda, principalmente da classificação de alguns procedimentos quanto ao porte anestésico, número de auxiliares, custo operacional, dentre outros;
- iii. Decreto nº 26.640 que estabelece critérios para a edição da lista referencial de honorários médicos no âmbito do Estado de Pernambuco (fls. 606 a 626);
- iv. Parecer da FENASEG ao PL 3466 sobre a Lista Referencial de Honorários Médicos (fls. 662 a 687);
- v. Comunicado oficial da AMB em relação às negociações com a FENASEG, datado de 30 de março de 2004, que informa os médicos associados:

“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 (...):

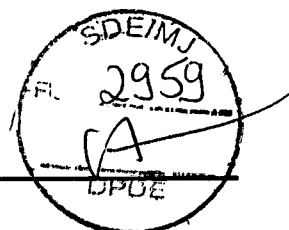
- i. *Como as empresas de Seguro-Saúde não podem atuar com o sistema de credenciamento, decidiu-se que a partir de 15 de abril de 2004 todos os médicos brasileiros passarão a atender pelo sistema de reembolso, tendo como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;*
- ii. *Não 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” (fl. 693).*
- vi. Comunicado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sobre a CBHPM, datado de 25 de agosto de 2004, do qual se pode extrair os seguintes excertos:

“Por força da Assembléia de Médicos, (...) ficou determinada a implantação da CBHPM (...). Conforme resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.673/03.

(...)

Vimos esclarecer que todos os médicos, sob pena de infração a ordem ética, estão conclamados a seguir a orientação do movimento, que tem coordenação nacional e apoio das principais entidades médicas, como AMB (...), CFM (...).” (fl. 694).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- vii. Nota Oficial aos médicos baianos, do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia – CREMEB –, que comunica:

“CREMEB (...) vem esclarecer o seguinte:

1º) A Resolução nº 1673/2003, do Conselho Federal de Medicina adotou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar.

(...)

4º) O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia continuará a cumprir as atribuições previstas em lei, apurando os desvios de conduta de seus jurisdicionados, em caso de desrespeito às resoluções emanadas do CFM e do CREMEB, conforme dispõe o artigo 142 do Código de Ética (“O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina”) (fl. 699).

- viii. Carta da Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado de Minas Gerais, datada de junho de 2004, que comunica:

“A Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais entende o esforço despendido por essa operadora em melhorar as relações com a categoria médica mineira (...). Informamos-lhe que a proposta de V.Sa. não foi aprovada pela Assembléia por não contemplar a data da implantação da CBHPM, dentro das bandas definidas, ou seja, 20% para mais ou para menos” (fl. 709).

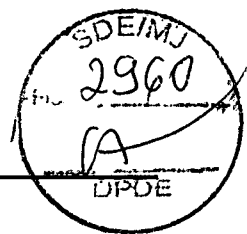
- ix. Comunicados referentes à implementação da CBHPM veiculados por entidades médicas (fl. 692 a 772);
- x. Código de Ética Médica (fls. 773 a 785);
- xi. Carta da Associação Paulista de Medicina¹, datada de 02 de setembro de 2004, que afirma:

“Considerando que:

- 1. a fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);*
- 2. 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 (artigo 15º do Código de Ética Médica);*

¹ É importante ressaltar que encontra-se em tramitação nesta Secretaria de Direito Econômico o Processo Administrativo nº 08012.006647/2004-50, que investiga a atuação da Associação Médica Paulista, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP e Sindicato dos Médicos de São Paulo – SIMESP.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



3. (...)

4. *a Resolução nº 1673/2003 do Conselho Federal de Medicina adotou a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar;*

(...)

Vimos, por meio desta, solicitar de V.Sas as providências necessárias para a adequação da remuneração aos prestadores de serviços desta empresa” (fl. 787).

xii. Carta da Presidente da Associação Médica do Vale do Ivinhema, datada de julho de 2004, que afirma:

“A Associação Médica do Vale do Ivinhema (...) vem levar ao seu conhecimento que (...) seus associados (lista em anexo) deixarão de prestar serviços médicos a BRADESCO SAÚDE, observando-se o que está contido na resolução do CFM nº 1616/2001.

A medida ora anunciada é necessária e decorre do fato de não termos sido atendidos quanto a nossa justa reivindicação relativa ao pagamento de honorários médicos em valores adequados e compatíveis com as previsões do Código de Ética Médica. Tudo será informado ao Conselho Regional.” (fl. 790)

xiii. Carta do Instituto de Diabetes e Endocrinologia, datada de 24 de maio de 2004, que informa:

“Que estou procedendo à rescisão do contrato de prestação de serviços médicos (...) com sua empresa. Após esse prazo, poderei continuar atendendo seus usuários, mediante pagamento de consulta no valor de R\$ 42,00 (...), constantes na (...) CBHPM, conforme a resolução 1673/03 de 07 de agosto de 2003 do Conselho Federal de Medicina (...) emitindo recibo para posterior reembolso por sua empresa” (fl. 794)

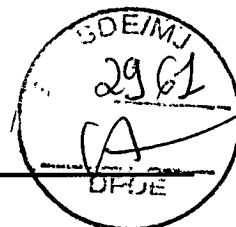
xiv. Carta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, datada de 06 de agosto de 2004, em que afirma:

“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:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



“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).

- xv. Resoluções dos CRM/MA, CRM/MS, CRM/ES, CRM/BA e CFM sobre a implantação da CBHPM (fls. 805 a 818);
- xvi. Notícias publicadas em periódicos circulados entre março e setembro do ano de 2004, sobre paralisações e boicotes a planos de saúde realizados por médicos (fls. 820 a 844);
- xvii. Gravação de entrevista do Presidente do CREMESP a respeito do movimento médico (fl. 846).

24. Em 30 de setembro de 2004, o Sindicato dos Médicos de São Paulo protocolou reposta (fls. 1025 e 1026), informando que é entidade representativa da categoria médica e tem como prerrogativas, outorgadas pelo artigo 8º, incisos III e V da Constituição Federal, a defesa dos direitos e interesses individuais e coletivos da categoria e legitimação para manter negociações coletivas. No desempenho de suas atribuições, defende a aplicação da CBHPM nos contratos mantidos entre médicos e operadoras de planos de saúde. Ressalta que não possui qualquer relação de interdependência com a AMB e está livre de qualquer ingerência, inclusive, do Poder Público. Na oportunidade, encaminhou seu Estatuto (fls 1030 a 1055) e também cópias de boletins eletrônicos publicados pela entidade (fls. 1060 a 1109), dentre os quais, destacam-se:

- i. Notícia Publicada no Jornal Diário de São Paulo, em 14 de agosto de 2004, que afirma:

“CONVOCAÇÃO À CLASSE MÉDICA

Convocamos os médicos para Assembléia em defesa da dignidade da profissão, tendo em vista as condições aviltantes de remuneração, (...) e da inadiável implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, (...)

O não comparecimento implicará em acatar as decisões da Assembléia.

*Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Associação Paulista de Medicina
Sindicato dos Médicos de São Paulo
Federação dos Médicos do Estado de São Paulo*

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



*Academia de Medicina de São Paulo
Associação Médica Brasileira
Conselho Federal de Medicina
Federação Nacional dos Médicos"* (fl. 1061)

- ii. Circular nº 050/04 – PRES do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que afirma:

" Em 1 de julho de 2004, realizaremos uma assembléia (...). Vamos deliberar a respeito da estratégia a ser adotada frente às operadoras de planos de saúde que não aceitarem a implantação da (...) CBHPM.

(...)

A CBHPM é hoje nosso instrumento de negociação, pois o Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução que estabelece a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como parâmetro mínimo ético de exercício e honorário profissional.

(...)

O não comparecimento implicará em acatar as decisões da Assembléia

(...)

*Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Associação Paulista de Medicina
Sindicato dos Médicos de São Paulo
Federação dos Médicos do Estado de São Paulo
Academia de Medicina de São Paulo
Associação Médica Brasileira
Conselho Federal de Medicina
Federação Nacional dos Médicos"* (fl. 1062)

25. Em 22 de setembro de 2004, foi juntado aos autos o relatório apresentado pela FENASEG durante o Fórum de Saúde Complementar (fls. 852 a 995), em que consta o trabalho relativo à evolução do custo assistencial.

26. A FENAM protocolou resposta (fl. 1577), em 23 de novembro de 2004, informando que não influencia as entidades sindicais médicas no que se refere à posição quanto aos planos de saúde, até porque tal procedimento seria uma negativa do respeito à autonomia e à maioria corporativa dessas entidades. Destaca que tem participado, no âmbito da ANS, da discussão que visa compatibilizar e atualizar o Rol daquela agência aos novos procedimentos presentes na CBHPM.

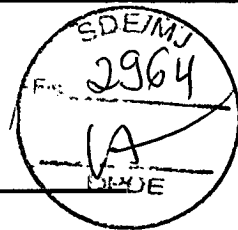
27. Em 20 de setembro de 2004, o **Conselho Federal de Medicina** protocolou sua **defesa** (fls. 412 a 438), alegando que:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- A SDE não conseguiu detectar a suposta ocorrência de infração à ordem econômica pela edição da CBHPM.
- Para que uma conduta comercial uniforme seja caracterizada como infração contra a ordem econômica é necessária uma vontade explícita daqueles que se congregam para dominar o mercado com a fixação de preços, que não foi observada no caso em questão, pois o CFM não manifestou a mínima intenção de dominar o mercado.
- Se existe a alegação de que o CFM estipulou preços exagerados para os procedimentos médicos, essa alegação será uma questão a ser resolvida por outros meios, entre os quais, o meio judicial ou até mesmo requerendo-se a intervenção da ANS.
- *“O arquivamento do Processo Administrativo seria plenamente viável no presente caso, já que não foi caracterizado, em nenhum momento, (a) o intuito de obter ou influenciar; (b) a existência de conduta comercial uniforme ou concentrada e (c) a existência inequívoca de concorrentes por parte do Conselho Federal de Medicina”* (fl. 416).
- A CBHPM não induz à dominação de mercado de bens ou serviços, pois ali são expressos preços mínimos, não aviltantes, como remuneração aos profissionais de medicina e aplicáveis somente quando das negociações com operadoras de planos de saúde. Além disso, a CBHPM não seria de adoção obrigatória.
- A AMB não deveria constar como Representada, *“por não se tratar a CBHPM de um ato emanado pelo AMB (sic), e sim pelo CFM. O que existe no caso em tela é uma assessoria da AMB pela criação da CBHPM e um apoio a sua implementação no sistema nacional de saúde”* (fl. 420).
- A CBHPM não diz respeito apenas a honorários médicos. Essa Classificação teria introduzido mais de 1200 (mil e duzentos) novos procedimentos médicos que não eram aceitos pelos planos de saúde, mas que, em razão da modernização médica, já seriam essenciais nos dias atuais para uma efetiva assistência médica aos pacientes.
- *“A livre concorrência do mercado restou assegurada, uma vez que o CFM apenas definiu qual seria o padrão mínimo aceitável para a remuneração de serviços médicos. Nesse diapasão temos que o CFM não está impondo nenhuma obrigação a seus associados. Ao contrário, criou uma classificação de procedimentos médicos e remeteu a uma comissão nacional para elaborar valores de cada procedimento. E permitiu, que (sic) constatadas as peculiaridades regionais fossem observadas livremente contratação ”* (fl. 422). Dessa forma, a Resolução do CFM encontrar-se-ia amparada na legalidade, pois, da atenta leitura da Lei nº 3.268/57, percebe-se que cabe ao CFM a fiscalização do desempenho técnico e moral da medicina.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- A CBHPM não abrange todos os médicos brasileiros, surtindo efeitos apenas em relação aos médicos que mantêm relação contratual com operadoras de planos de saúde. *“Os demais médicos podem cobrar e cobram o que entenderem justo para sua consulta”* (fl. 426). Além disso, os médicos de renome nacional e internacional também não fixarão seus honorários com base na CBHPM. Desta forma, conclui o Representado: *“Assim, resta caracterizado que a CBHPM não é instrumento coercitivo abrangente de toda a classe médica nacional, e sim de parte dela”* (fl. 426).

- A utilização de tabelas é uma prática usual das categorias de profissionais liberais, não significando cartelização com intenção de lesar pacientes ou clientes. Cita, nesse aspecto, a tabela de honorários advocatícios da OAB, que não teria sido considerada ilegal pelo CADE, na Representação CADE nº 116/92.

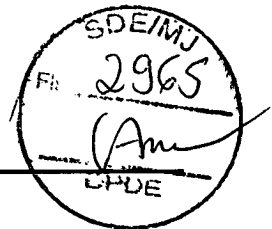
28. Na oportunidade, o CFM anexou os seguintes documentos:

- i. Resolução CFM nº 1.541/98, que aprova o Estatuto para os Conselhos de Medicina (fl. 441);
- ii. Estatutos para os Conselhos de Medicina (fls. 442 a 455);
- iii. Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina (fls. 446 a 458);
- iv. Regulamento de Administração Financeira e Contábil dos Conselhos de Medicina (fls. 459 a 468);
- v. Decisão 231/2004-A, do Juiz Federal Antonio Corrêa, Titular da 9ª Seção Judiciária do Distrito Federal, no bojo do Processo nº 2004.34.00.019639-1, relativo a pretensão constitutiva negativa de ver afastado do mundo jurídico a Resolução nº 1673/03 do CFM. O Juiz Federal decidiu indeferir a inicial, sem analisar o mérito, extinguindo o processo devido a ausência de possibilidade jurídica do pedido, pois, segundo sua interpretação, a CBHPM não é imposta como tabela obrigatória (fls. 469 a 471);
- vi. Lista de tabelas de honorários de outras profissões (fls. 472);
- vii. Cópia da lista de procedimentos médicos que, segundo o CFM, atualmente são essenciais para o regular e ético exercício da medicina, mas que não são albergados pelas empresas de planos de saúde (fls. 473 a 551).

29. Em 30 de setembro de 2004, a **Associação Médica Brasileira** protocolou sua **defesa** (fls. 1001 a 1024), apresentando como argumentos que:

- A sentença 231/2004-A, do Juiz Federal Antonio Correa, Titular da 9ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal, teria extinguido o processo iniciado pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo, referente à publicação da Resolução nº 1.673/03 do CFM e à adoção da CBHPM como padrão mínimo ético para a remuneração médica. Segundo a AMB, o magistrado decidira que a Resolução não determinaria que os médicos que eventualmente viessem a descumprir a CBHPM estariam sujeitos a punição.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

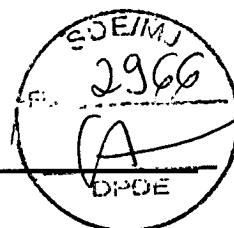


- O CFM ao baixar a Resolução nº 1.673/03 referente à CBHPM não está impondo aos médicos nenhuma obrigação e que *“permitiu que constatadas peculiaridades regionais fossem observadas livremente na contratação”* (fl. 1007).
- A CBHPM não poderia ser caracterizada como tabela de honorários médicos passível de influenciar a conduta dos profissionais de medicina, tampouco a conduta da AMB poderia ser enquadrada como tendente a dominação de mercado, já que não houve a intenção de aumento de lucros ou exercício de forma abusiva de posição dominante.
- A *“CBHPM (...) serve, é verdade, como referência para basilar a valoração, para cada profissional, individualmente, do trabalho por ele praticado, ressalvando a possibilidade de adequá-lo às condições regionais específicas”*.
- Apresenta também o entendimento exposto nos votos dos Ministros Humberto Gomes de Barros e Peçanha Martins, nos quais se teria admitido a validade de Tabela de Honorários Médicos.
- Por fim, solicita o arquivamento do presente Processo Administrativo.

30. Às fls. 1578 a 1604, foram acostados diversos boletins de entidades de classes médicas e notícias veiculadas em jornais sobre a mobilização de médicos para a implantação da CBHPM e a reação de operadoras de planos de saúde. Destacam-se os seguintes documentos:

- i. Boletim nº 17 CFM Mobilização – Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, datado de 07 de outubro de 2004, em que destaca o trecho *“REUNIÃO – A CNI convida os presidentes ou representantes de cada Comissão Estadual de Honorários para reunião a ser realizada no dia 14 de outubro, às 10h00, no Plenário do Conselho Federal de Medicina em Brasília. O CFM irá custear uma passagem aérea para que todos os Estados estejam representados na reunião que pretende avaliar e tomar decisões quanto aos principais problemas e dificuldades para a implantação da CBHPM em todo país (...) ALERTA – A CNI pede atenção para as Comissões Estaduais de Honorários que devido ao fato do novo rol de procedimentos da ANS não ter incluído em sua totalidade os novos procedimentos da CBHPM, as negociações envolvendo as seguradoras devem ter vínculo exclusivamente com a CBHPM.”* (fls. 1592 e 1593);
- ii. Boletim nº 19 CFM Mobilização – Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, datado de 18 de novembro de 2004, em que destaca o seguinte trecho *“CD-ROM – A CNI está providenciando para conhecimento de todas as Comissões Estaduais de Honorários Médicos um CD-ROM com os procedimentos incluídos na Tabela Bradesco, assim como um comparativo daqueles procedimentos que constam na CBHPM e vice-versa (...) REUNIÕES REGIONAIS – A CNI propõe uma maior integração entre as reuniões das Comissões Regionais e a Comissão*

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



Nacional, inclusive com a presença de seus membros nestes encontros, visando o maior fortalecimento do movimento (...) CONTRATOS – A CNI reitera a solicitação para que os médicos não assinem contratos com as operadoras que apresentem como base o Rol de procedimentos da ANS. ” (fl. 1589);

- iii. Notícias da AMB, veiculadas na página eletrônica da Associação, de 15 de dezembro de 2004, que informam como está o processo de negociação da implantação da CBHPM em cada Estado (fls. 1597 a 1602).

31. Em 14 de janeiro de 2005, a SDE encaminhou ofício para a FENAM solicitando que esse entidade esclarecesse se a Confederação Médica Brasileira – CMB é entidade ativa de fato ou de direito.

32. Em 02 de fevereiro de 2005, a FENAM protocolou resposta (fl. 1606) informando que a CMB é uma entidade de fato inativa. Foi constituída em face da cisão do movimento sindical médico ocorrida em 1995 em decorrência do que vários sindicatos desligaram-se da Federação Nacional dos Médicos. Informou, ainda, que não prosperaram as tentativas de registrar a CMB no Ministério do Trabalho e, ao lado disso, a boa condução das negociações políticas, por dois anos, resultou que, em meados de 2004, todos aqueles sindicatos que haviam se desfilado retornassem à FENAM.

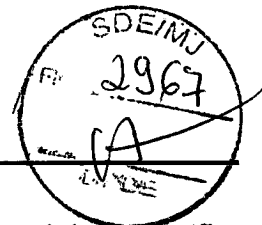
33. Em 04 de fevereiro de 2005, o Ministério Público da Bahia encaminhou cópia da inicial da Ação Civil Pública (fls. 1608 a 1621), movida em face do Conselho Regional de Medicina e do Conselho Federal de Medicina, informando que os autos encontram-se em trâmite perante a Justiça Federal. A Ação Civil Pública em referência requer ao Poder Judiciário a suspensão dos efeitos da Resolução CFM nº 1673/03, visto que não seria atribuição do CFM expedir atos normativos dispondo sobre valores de procedimentos médico-hospitalares, ato que seria agravado pelo fato de que os médicos estariam imperativamente submetidos ao seu comando, sob pena de ação ético-administrativa, caracterizando-se a conduta do referido Conselho como infração contra a ordem econômica.

34. Em 11 de março de 2005, a SDE encaminhou ofício à Fundação de Assistência Social – GEAP, informando que o estudo realizado por essa operadora de planos de saúde apresentado à SDE na Carta/GEAP/DIREX/nº 407/2004 seria juntado ao Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71, oportunizando à Fundação a solicitação de tratamento confidencial das informações constantes no estudo.

35. Em 02 de junho de 2005, a SDE encaminhou ofício à Fundação Procon – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, solicitando as seguintes informações:

- i. Apresentar relação dos procedimentos instaurados nesse órgão que tenham como objeto a sanção, por entidades representativas da categoria médica, em especial o CFM, a médicos que se recusarem a adotar a CBHPM como remuneração aos serviços prestados;
- ii. Esclarecer quais são as entidades envolvidas, as datas e o teor das denúncias.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



36. Em 17 de agosto de 2005, a SDE saneou o presente Processo Administrativo (fls. 1673 a 1681). Inicialmente, destacou-se que, apesar de terem sido notificadas regularmente, como fazem prova os Avisos de Recebimento relativos às Notificações da instauração do Processo Administrativo juntados às fls. 178 e 179, as Representadas FENAM e CMB não apresentaram razões de defesa. Foi observado, ainda, que as defesas apresentadas pela AMB e CFM não argüiram matérias preliminares. Destacados esses pontos, a SDE intimou os Representados para que especificassem as provas que pretendiam produzir, justificando a sua necessidade e apresentando, na oportunidade, um rol de testemunhas não superior a 03, caso tal meio probatório fosse de seu interesse.

37. Em 13 de setembro de 2005, a Associação Médica Brasileira arrolou como sua testemunha a Dra. Maria Inês Dolci (fl. 1738), com a finalidade de corroborar as razões aduzidas na defesa.

38. Em 23 de agosto de 2005, a SDE encaminhou ofícios para o Itaú Seguros, Porto Seguros Cia de Seguros Gerais; AGF Brasil Seguros S/A; Hapvida Sistema de Saúde; Golden Cross, Amil Assistência Médica Internacional, ABRAMGE, Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED, UNIDAS, FENAM, CMB, Unimed São Luís, Unimed Belo Horizonte, GEAP, CASSI, ASSEFAZ, solicitando as seguintes informações:

- i. A operadora foi atingida por qualquer movimento médico que estabeleça valores uniformes de remuneração pelos procedimentos médicos prestados?
- ii. A operadora negocia individualmente com os médicos os valores dos honorários?
- iii. A operadora divulga alguma tabela de remuneração em contraposição à CBHPM?
- iv. Em caso de adoção da CBHPM, informar os impactos gerados por essa medida;
- v. Apresentar planilha indicativa dos custos fixos e variáveis incorridos para a prestação dos procedimentos médicos, indicando a parcela que os honorários médicos representa sobre a integralidade destes.

39. Em 14 de setembro de 2005, a Itauseg protocolou resposta informando que a seguradora não possui rede médica credenciada e, portanto, não remunera ou negocia com médicos valores de honorários, sendo os seus beneficiários reembolsados pelas consultas médicas realizadas (fl. 1741).

40. Em 20 de setembro de 2005, a Amil Assistência Médica protocolou resposta (fls. 1756 a 1758), relatando a formação de cooperativas médicas de otorrinolaringologistas e anestesistas no Estado de Goiás, que dificultavam as negociações, pois as contratações somente poderiam ser feitas através da cooperativa. Informa, também, que essas cooperativas ameaçavam a paralisação do atendimento como forma de pressionar a Amil a adotar a CBHPM. Destaca, ainda, que *“no dia 09 de setembro (...) ocorreu reunião da CNI – Comissão Nacional para Implantação da CBHPM com as Comissões Estaduais de Honorários Médicos em Belém (PA),*

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



reunião essa que contou com a presença de representantes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, cujo objetivo foi criar estratégias para fortalecer o movimento nacional. Nesta reunião, ficou acordado que as Comissões Estaduais de Honorários tem o prazo de até 03 de outubro para dar início ao movimento de paralisação” (fl. 1757).

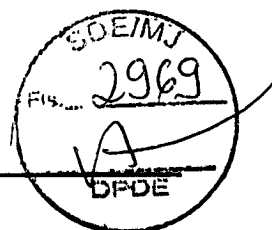
41. Em 21 de setembro de 2005, a UNIDAS protocolou resposta informando que com a divulgação da CBHPM, foram criadas comissões estaduais por parte das entidades médicas, cujo principal objetivo é a negociação dos honorários médicos. Destaca que a CBHPM foi adotada por suas filiadas em diversos Estados, contudo, em alguns deles houve impasses relacionados à definição dos valores que resultaram em paralisação de atendimento aos beneficiários. Destacou que segundo cálculos efetuados pela Comissão Técnica da UNIDAS, a adoção da CBHPM plena representa um impacto, em média, de cerca de 78%, enquanto que sendo aplicado o redutor de 20%, o impacto cairia para 34%.

42. Em 22 de setembro de 2005, a GEAP protocolou resposta (fls. 1780 a 1791), informando que foram realizadas negociações com as Comissões Estaduais em todo Brasil, buscando adotar o deflator de 20% na CBHPM. Destaca que no momento da contratação de serviços assistenciais a GEAP apresenta uma tabela de procedimentos médicos – TGPM, que inclui os procedimentos estabelecidos pela Resolução CONSU/ANS/10/98 e pela RN 82/2004 da ANS e contempla os honorários médicos da CBHPM. Ressalta, também, que o impacto da implantação dos valores de UCO da CBHPM representa aumentos dos custos entre 103% e 451%.

43. Em 21 de setembro de 2005, a ABRAMGE protocolou resposta (fls. 1798 a 1800), informando que tem ciência de que suas associadas vêm sofrendo os efeitos da mobilização dos médicos em torno da implantação da CBHPM, que sempre traz consigo a ameaça de paralisação dos profissionais médicos credenciados, referenciados ou contratados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Afirmou que a ABRAMGE defendeu, junto às entidades médicas, a recomendação às suas associadas de que as negociações para fixação dos valores de remuneração deveriam ser individuais e se dar em bases regionais e não nacional, respeitando sempre o porte e as especificidades de cada operadora. Além disso, a ABRAMGE destacou que procura não divulgar ou recomendar a adoção de qualquer forma de padronização ou uniformização de remuneração de procedimentos e serviços entre as suas associadas.

44. Na oportunidade, a ABRAMGE anexou os seguintes documentos:

- i. Cópia de cartas encaminhadas à direção do CFM, AMB e FENAM relacionada às negociações para a implantação da CBHPM (fls. 1826 a 1844);
- ii. Cópia dos interlocutores regionais das empresas de medicina de grupo associadas à ABRAMGE (fls. 1845 a 1855; 1861 a 1865; 1869 a 1877)
- iii. Circular ABRAMGE: 085/2004, que informava aos seus associados que *“a ABRAMGE e a SINAMGE vem mantendo negociações com as diretorias da AMB, CFM e FENAM, no sentido de firmar um protocolo de entendimento entre todas essas entidades nacionais, no qual deverá*



constar nossa recomendação aos associados de que adotem os princípios da CBHPM, e que os valores e os prazos de implantação sejam discutidos regionalmente” (fl. 1855);

iv. Circular ABRAMGE: 090/2004, que informa aos seus associados que *“em prosseguimento às negociações que vimos realizando com as entidades médicas nacionais, encaminhamos para seu conhecimento cópia da correspondência da AMB, propondo a criação de Câmaras Técnicas específicas.” (fl. 1878);*

v. Carta da AMB para a ABRANGE, datada de 24 de agosto de 2004, que informa:

“Em continuidade às discussões e ao ofício ABR.094/04 (...), estabelecidos entre a Associação Médica Brasileira e a ABRAMGE/SINAMGE, informamos que estão sendo criadas as seguintes Câmaras Técnicas:

- 1. Câmara de CBHPM;*
- 2. Câmara de Ortese e Prótese (...)*

Solicitamos portanto sua indicação de Membro Titular e Suplente” (fl. 1879)

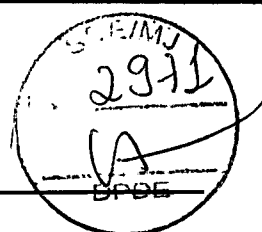
45. Em 19 de setembro de 2005, a Unimed São Luis protocolou resposta informando que no dia 15 de março de 2004, a Cooperativa realizou Assembléia Geral Ordinária implantando o valor da consulta estabelecida pela CBHPM com o redutor de 20% e em 2005, implantou o restante da tabela. Ressaltou, também, que houve um significativo aumento em algumas despesas com materiais e medicamentos, como órteses, próteses e medicamentos importados e novos procedimentos até então inexistentes (fl. 1880).

46. Em 29 de setembro de 2005, a HAPVIDA protocolou resposta (fls. 1882 a 1886), informando que foi atingida pelo movimento de implantação da CBHPM. O impacto desse movimento variou de região em região: em Manaus, não houve outra maneira de continuar as atividades da empresa sem aceitar o valor da CBHPM como remuneração dos anestesiólogistas; em São Luis do Maranhão, todos os médicos suspenderam o atendimento e encaminharam a notificação rescisória sem sequer obedecer ao aviso prévio. Destacou que *“a HAPVIDA teve de negociar, em cada estado onde atua, com as Comissões de Honorários Médicos (...) e aceitar preços nacionalmente uniformes (...) Assim, é de concluir que a classe médica, capitaneada pelo Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos Regionais e Associações, impuseram aos planos de saúde a adoção de uma tabela uniforme de remuneração” (fl. 1885 e 1886).*

47. Na oportunidade, a HAPVIDA anexou à resposta os seguintes documentos:

- i. Termo de Ajustamento de Conduta da HAPVIDA entre o Conselho Regional de Medicina-MA (Comissão de Honorários) (fls. 1887 a 1890);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



relacionados à Resolução CFM 1.673/03, assim como os relacionados à criação da CBHPM, para instruir o Processo nº 2004.001.149221-8. Dado o grande volume de documentos solicitados, o DPDE encaminhou à Comarca da Capital apenas a cópia da nota de instauração.

53. A Federação Nacional dos Médicos impetrou Mandado de Segurança em face de ato praticado pela SDE (fls. 2029 a 2040), nos autos do presente Processo Administrativo. Alegou a Impetrante que essa Secretaria solicitou informações por meio de ofício datado de 23 de agosto de 2005, no qual foram requeridos o histórico do relacionamento mantido com a Confederação Médica Brasileira, contudo, seria impossível reunir as informações requisitadas e, além disso, o pedido realizado por esta Secretaria figuraria como uma invasão ilícita no campo da liberdade e da autonomia sindical da FENAM. Em vista do exposto, a Impetrante requereu que fosse determinado à SDE que se abstivesse de impor multa por descumprimento da requisição das informações aludidas até o julgamento do Mandado de Segurança e, como pedido final, que fosse determinado à Secretaria que tornasse sem efeito as requisições feitas.

54. O pedido de liminar feito pela FENAM foi indeferido, conforme decisão constante nas folhas 2027 e seguintes. Em 12 de julho de 2006, foi denegada a segurança requerida, tendo entendido a d. Juíza Federal Iolete Maria de Oliveira, que o ato da SDE foi praticado no exercício de suas prerrogativas públicas e em estrita observância à competência determinada em lei (fls. 2102 a 2105).

55. Em 27 de novembro de 2006, o CFM requereu (fls. 2113 a 2115) a juntada de decisão judicial (Processo nº 2005.50.01.005245-2, Juiz Federal Substituto Ronald Kruger Rodor, da 3ª Vara Federal do Espírito Santo, 07 de agosto de 2006) com o objetivo de esclarecer a inexistência de qualquer irregularidade na edição da CBHPM expedida pela Resolução CFM nº 1763/2003. O Conselho destaca, também, a edição da Circular CFM nº 125/2004, enviada a todos os Conselhos Regionais de Medicina, na qual consta de forma expressa a ordem de sobrestamento de quaisquer sindicâncias ou processos disciplinares que versem sobre o descumprimento da Resolução CFM nº 1.673/2003. Sendo assim, de acordo com o CFM, estaria evidenciado que não existe mais qualquer caráter coercitivo na implantação da CBHPM. Diante do exposto, o Conselho Federal de Medicina requereu *“a reconsideração da decisão cautelar proferida no presente processo e que as presentes razões sirvam de subsídio para descaracterizar qualquer ocorrência de infração à ordem econômica”*.

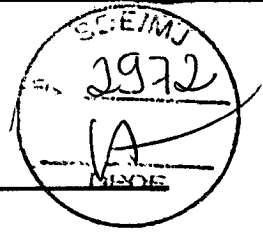
56. Na oportunidade, o CFM anexou os seguintes documentos:

i. Circular CFM nº 125/2004-AJ (fl. 2116), em que afirma:

“CFM, no uso de suas atribuições legais, em face das recentes decisões judiciais sobre a matéria, vem solicitar aos Presidentes dos Conselhos Regionais que sobrestem todos os feitos (sindicâncias e processos éticos-profissionais) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Res. CFM nº 1673/2003”

ii. Decisão da Ação Civil Pública nº 2005.50.01.005245-2, da lavra do d. Juiz Federal Substituto, Ronald Kruger Rodor, da 3ª Vara Federal do Espírito Santo, cujos Réus são o CFM e o Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo – CRM/ES. A decisão em referência

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



indefer o pedido de liminar do Ministério Público que solicita a suspensão da Resolução nº 1673/2003, pois não verifica perigo de dano suficiente, dado que existe determinação, desde 2004, para que fiquem sobrestados todos os processos alusivos ao descumprimento dos valores da CBHPM.

57. Em 28 de setembro de 2007, a SDE encaminhou ofício ao Conselho Federal de Medicina – CFM; à Associação Médica Brasileira; à Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE; solicitando a cópia integral dos relatórios, estudos, pesquisas e assemelhados nos quais a Classificação Brasileira de Honorários Médicos (CBHPM) foi baseada. As respostas foram digitalizadas e acostadas à fl. 2884.

58. Em 05 de julho de 2008, a SDE encaminhou ofícios ao Conselho Federal de Medicina, à Associação Médica Brasileira, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, solicitando as seguintes informações:

- i. O Conselho influencia ou intervém, de alguma forma, na negociação dos honorários, consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? A instituição elabora tabelas com valores referenciais?
- ii. As referidas tabelas são de adoção obrigatória ou referencial? Por quê?
- iii. Na eventualidade de algum profissional filiado à entidade descumprir a tabela ou a orientação, submete-se a algum tipo de sanção?
- iv. Algum profissional filiado a este Conselho já foi excluído dos quadros por não ter cumprido a tabela ou seguido a orientação?
- v. Existe algum tipo de mecanismo de monitoramento do uso da tabela?
- vi. Indicar e anexar todas as resoluções expedidas pelas entidades concernentes a honorários médicos.

59. Em 24 de julho de 2008, o CFM protocolou resposta (fls. 2161 a 2162), informando que o CFM não intervém e nem participa da negociação de honorários médicos com os planos de saúde; que a CBHPM não é uma tabela de preços, mas um referencial de honorários, não sendo impositiva, na medida em que inexistia sanção ao não cumprimento dos valores estabelecidos.

60. Em 09 de julho de 2008, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo protocolou resposta (fls. 2165 a 2166), informando que embora preocupado com os padrões mínimos e éticos de remuneração dos médicos, não influencia ou intervém na negociação direta dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde. Destacou, também, que nenhum médico foi excluído por não ter seguido orientação quanto aos honorários médicos. Informou, por fim, que editou a Portaria Cremesp nº 25/2006, por meio da qual instituiu uma Comissão do Projeto de Lei para Edição de Lista Referencial de Honorários (2169).

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- ii. Termo de Ajustamento de Conduta entre a Comissão Estadual de Honorários Médicos do Piauí e a HAPVIDA (fls. 1893 a 1895);
- iii. Termos de Acordos entre a Sociedade de Medicina de Alagoas (fls. 1898 a 1899), Sociedade Médica de Sergipe (fls. 1899 a 1900) e a HAPVIDA.

48. Em 03 de outubro de 2005, a Unimed Brasil protocolou resposta (fls. 1911 a 1915), informando que a CBHPM foi debatida em eventos internos do Sistema Unimed, com o objetivo de conhecer a metodologia de sua elaboração e os impactos nos honorários dos médicos cooperados. A adoção ou não dessa tabela é de competência exclusiva das cooperativas singulares, no âmbito das quais os valores médicos são definidos pelos próprios cooperados ou pelo órgão delegado pelos mesmos. Destaca, também, que as Unimeds possuem um sistema de retorno das sobras líquidas do exercício proporcionalmente às operações realizadas pelo associado. Na oportunidade, anexou tabelas que informam o impacto financeiro da adoção da CBHPM na cooperativa (fls. 1905 a 1910).

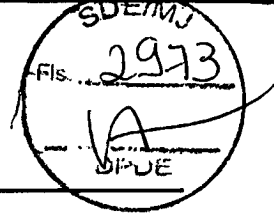
49. Em 06 de outubro de 2010, a Golden Cross protocolou resposta (fls. 1960 a 1972), informando que o movimento de implantação da CBHPM contou com o apoio de alguns Ministérios Públicos e, por essa razão, a operadora teve que responder por diversos inquéritos civis e ações civis públicas. Destacou também que a deflagração de movimentos de paralisação de médicos ajudaram a disseminar insegurança no setor. Afirmou que as Unimeds não sofrem qualquer tipo de retaliação ou ataque por parte dos médicos e que muitas vezes, membros das diretorias das Unimeds fazem parte das diretorias de Conselhos Profissionais de Medicina. Ressaltou, ainda, que os Conselhos tem o poder de instaurar processos éticos contra os médicos que não atenderem suas recomendações, o que impede que os médicos que não concordam com o movimento continuem atendendo aos planos de saúde. Alegou que a Golden Cross não teria capacidade de implantar a CBHPM, pois comprometeria seu equilíbrio atuarial e não seria possível repassar esse aumento aos consumidores. Na oportunidade, anexou uma tabela com o impacto que a adoção da CBHPM teria nos custos da operadora (fl. 1974).

50. Em 07 de novembro de 2005, a AGF Saúde protocolou sua resposta (fls. 2084 a 2087), informando que foi diretamente afetada pelos movimentos médicos para implantação dos valores constantes na CBHPM. Isso porque, em diversos locais, o atendimento pela rede referenciada disponibilizada aos segurados foi sumariamente alterado pelos prestadores, os quais cobravam pagamento referente aos atendimentos realizados diretamente dos beneficiários, para posterior pedido de reembolso. Informou que a AGF negocia individualmente com os prestadores os valores de procedimentos e que divulga tabela própria de remuneração. Alegou que não implementou a CBHPM, devido ao forte impacto projetado nos custos assistenciais e que não poderia ser absorvido por seus clientes corporativos. Ressalta, também, que a CBHPM possui mais de 1.000 procedimentos não contemplados pelo Rol de procedimentos médicos da ANS, e seu impacto atuarial não é previsível em função da ausência de frequências de utilização que permitam mensurá-lo.

51. Em 01 de novembro de 2005, a ABRAMGE requereu a juntada de três estudos realizados com o fim de avaliar o impacto na elevação de preços gerados pelos valores apontados na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (fls. 1979 a 1980).

52. Em 01 de dezembro de 2005, a Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro solicitou as cópias integrais dos procedimentos administrativos

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



61. Em 17 de julho de 2008, a Associação Médica Brasileira (fls. 2173 e 2174), protocolou resposta informando que não compete à Associação intervir em negociações de caráter privado firmadas entre médicos e operadoras de planos de saúde. Do mesmo modo, acrescentou que não é de competência da AMB a elaboração de tabelas de honorários. Informou que não há nenhum tipo de punição a médicos que não adotem tabelas e que nenhum médico foi excluído por ter praticado a conduta descrita. Ressalta, ainda, que tendo em vista que “a Associação Médica Brasileira não atua na elaboração de tabelas de honorários, não há qualquer previsão nesse sentido [fiscalização ou monitoramento do uso da tabela]” (fl. 2174).

62. Em 13 de agosto de 2008, o CFM solicitou a juntada aos autos de sentença judicial com o objetivo de esclarecer a inexistência de qualquer irregularidade na edição da CBHPM, adotada pela Resolução CFM nº 1673/2003. Dessa forma, anexa a decisão da 2ª Vara da Seção Judiciária do Estado do Piauí, de 28 de março de 2008, no bojo do Processo nº 2004.40.00.003867-4, que julgou improcedente a alegação de que a Resolução nº 1.673/2004 era anticoncorrencial, pois a expedição e distribuição para todos os CRMs da Circular CFM nº 125/2000-AJ, demonstraria que a CBHPM era uma tabela apenas referencial (fls. 2179 a 2182). Assim, o CFM alega que diante de decisões judiciais que caminham no mesmo sentido, ou seja, que declaram a inexistência de *periculum in mora* e de *fumus boni iures*, requer que suas razões sirvam de subsídio para descaracterizar qualquer ocorrência de infração à ordem econômica.

63. Em 18 de janeiro de 2010, esta Secretaria encaminhou o Ofício nº 447/CGAJ/DPDE ao Conselho Federal de Medicina, solicitando os seguintes documentos e informações:

- i. A Resolução nº 1.673/03 do CFM ainda se encontra em vigor? Há ou já existiu decisão judicial que apreciou a legalidade da referida Resolução? Em caso afirmativo, enviar as cópias de toda e qualquer decisão(ões) judicial(is) que tenha(m) apreciado o normativo, detalhando se a Resolução foi suspensa, e especificando o início e o término da suspensão, e identificando a instância que a determinou.
- ii. Como se dá a atuação do CFM na intervenção, mediação ou determinação quanto à negociação e fixação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? Favor detalhar.
- iii. Qual é o papel do CFM junto aos Conselhos Regionais de Medicinas (CRMs), em relação à questão dos honorários médicos? Há alguma orientação quanto à adoção de valores e tabelas? As decisões tomadas pelos CRMs quanto ao assunto podem ser revistas pelo CFM? Há relação de subordinação entre as decisões tomadas pelo CFM e as deliberadas pelos CRMs? Detalhar.
- iv. Qual é o papel exercido pelo CFM junto aos médicos no que tange à cobrança de honorários médicos? O CFM estabelece piso mínimo de honorários? Quais são as orientações transmitidas aos médicos por este Conselho? Os médicos que eventualmente descumprirem as orientações do Conselho referentes à cobrança de honorários estão sujeitos a sanções? Quais?
- v. A entidade elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos e consultas ou orientação quanto aos preços a serem cobrados no atendimento a

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



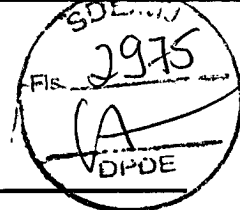
operadoras de planos de saúde? No caso de resposta positiva, as referidas tabelas ou orientações são de adoção obrigatória pelo profissional de saúde?

- vi. A adoção específica da CBHPM é obrigatória para o profissional de saúde? Em caso afirmativo, existe alguma sanção para a não adoção dos valores remuneratórios estabelecidos pela tabela? Qual é a entidade responsável pela aplicação da sanção (CFM, CRMs, outra)?
- vii. Existe algum tipo de mecanismo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientação? Como é realizado este monitoramento?
- viii. O CFM participa de negociações de honorários com as operadoras de saúde, na qualidade de representante dos médicos? Há alguma outra entidade que participa de tais negociações nessa qualidade? Como são os processos de negociação com as operadoras de planos de saúde? Há alguma entidade que representa as operadoras nas negociações? Quais? Como é a atuação destas entidades?
- ix. Qual é a atuação (i) da Comissão Nacional de Honorários Médicos; (ii) da Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM; e da (iii) Câmara Técnica da CBHPM? Especificar: quem compõe esses colegiados, quais são suas atribuições, orientações, etc., se há representantes de médicos e de operadoras de planos de saúde. Enviar documentos que demonstrem a atividade dessas Câmaras e Comissões, tais como atas, comunicados, etc., expedidos desde 2003 até a presente data.
- x. Indicar e anexar todas as Resoluções expedidas pelo Conselho Federal concernentes a honorários médicos, desde 2003 até a presente data.
- xi. Outras informações julgadas relevantes.

64. Em 27 de fevereiro de 2010, o CFM protocolou a resposta ao ofício supracitado (fls. 2377 a 2418), sustentando, em síntese, que:

- i. A Resolução nº 1.673/2003 ainda está em vigor, existindo diversas ações judiciais anexas que versam sobre o tema (fls. 2421 a 2684);
- ii. O CFM edita a CBHPM e a supervisiona no âmbito de sua competência. Ademais, o CFM cria câmaras de estudo e de atuação específica para normatizá-la continuamente;
- iii. O CFM emana orientação para adoção da CBHPM, porém, "*como se trata de um normativo referencial, os Conselhos Regionais de Medicina são livres para adotá-los ou não, não havendo qualquer intervenção do CFM nessa decisão*". (fl. 2416);
- iv. O CFM editou a CBHPM como norma referencial para que o médico possa negociar com as operadoras e planos de saúde;
- v. O CFM não elabora tabela de honorários médicos, mas edita a CBHPM como referência a ser utilizada na negociação entre os médicos e as operadoras de planos de saúde;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- vi. A CBHPM não possui caráter coercitivo, não existindo nenhuma sanção para o médico que não a adote;
- vii. Não existe fiscalização sobre a adoção da CBHPM. Há, de fato, um monitoramento das comissões estaduais de honorários médicos, mas não uma fiscalização no sentido estrito da palavra;
- viii. O CFM edita a CBHPM e a supervisiona no âmbito de sua competência. Ademais, assevera que as negociações ficam a cargo das Comissões Estaduais de Honorários Médicos, e que as operadoras de planos de saúde negociam individualmente ou representadas por entidades associativas, como a ABRAMGE;
- ix. A Comissão Nacional de Honorários, a Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM e a Câmara Técnica da CBHPM têm como objetivo realizar o estudo aprofundado da atualização da CBHPM. Outrossim, ajudam na atuação específica para normatizar a CBHPM;
- x. Não foi editado nenhum normativo referente à CBHPM desde a Resolução nº 1.673/2003;
- xi. Ademais, aduz que:
 - 1. O descredenciamento dos médicos obedece às normas disposta na Lei nº 9.961/2000 e na Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, que estabelecem o prazo de 60 (sessenta) dias para a suspensão do atendimento. Destarte, não viola o princípio da livre iniciativa, porque *“ninguém pode ser obrigado a contratar ou a alienar sua liberdade profissional sem que o consinta ou determine a lei”*;
 - 2. Desde 01 de setembro de 2004, o CFM expediu o Ofício Circular nº 125/2004 – AJ, dirigido a todos os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, determinando que sejam sobrestados *“todos os feitos (sindicâncias e processos ético-profissionais) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados a não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM nº 1.673/2003”*. Desta feita, não haveria coerção ou obrigatoriedade de adoção da CBHPM, sendo esta apenas sugestiva e não impositiva;
 - 3. O Poder Judiciário já se manifestou no sentido de que não é possível caracterizar a CBHPM como anticompetitiva, afirmando que inexistente obrigatoriedade para sua adoção pelos médicos brasileiros;
 - 4. Não houve dominação de mercado, vez que apenas médicos são capazes de realizar serviços médico-hospitalares, nem formação de cartel, porquanto não há empresas envolvidas na implantação da CBHPM. Ademais, não houve caracterização de conduta comercial uniforme, haja vista a CBHPM estabelece um valor mínimo de remuneração, de modo que o usuário continua dispondo de liberdade para escolher seu plano de saúde e seu médico de confiança;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



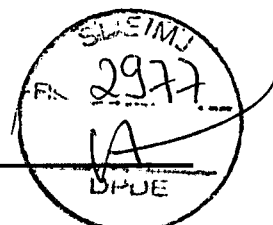
5. A Resolução CFM nº 1.673/2003 é legitimada por lei, uma vez que o Conselho Federal de Medicina é entidade de fiscalização profissional, instituída pelo Decreto-lei nº 7.955/45 e pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58. Ademais, possui o CFM competência legal para exercer o poder de política da classe médica e criar uma classificação de procedimentos hierarquizados que não contrariem a ética médica.

65. Acompanham as respostas fotocópias de diversas decisões judiciais (fls. 2421 a 2684).

66. Em 18 de janeiro de 2010, esta Secretaria encaminhou o Ofício nº 446/CGAJ/DPDE à Associação Médica Brasileira, solicitando os seguintes documentos e informações:

- i. A Resolução nº 1.673/03 do CFM ainda se encontra em vigor? Há ou já existiu decisão judicial que apreciou a legalidade da referida Resolução? Em caso afirmativo, enviar as cópias de toda e qualquer decisão(ões) judicial(is) que tenha(m) apreciado o normativo, detalhando se a Resolução foi suspensa, e especificando o início e o término da suspensão, identificando a instância que a determinou.
- ii. Como se dá a atuação da AMB na intervenção, mediação ou determinação quanto à negociação e fixação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? Favor detalhar.
- iii. Qual é o papel da AMB junto aos Conselhos Regionais de Medicinas (CRMs), em relação à questão dos honorários médicos? Há alguma orientação quanto à adoção de valores e tabelas? As decisões tomadas pela AMB quanto ao assunto podem ser revistas pelo CFM? Há relação de subordinação entre as decisões tomadas pelo CFM e as deliberadas pela AMB? Detalhar.
- iv. Qual é o papel exercido pela AMB junto aos médicos no que tange à cobrança de honorários médicos? A AMB estabelece piso mínimo de honorários? Quais são as orientações transmitidas aos médicos por esta Associação? Os médicos que eventualmente descumprirem as orientações do Conselho referente à cobrança de honorários estão sujeitos a sanções? Quais?
- v. A AMB elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos e consultas ou orientação quanto aos preços a serem cobrados no atendimento a operadoras de planos de saúde? No caso de resposta positiva, as referidas tabelas ou orientações são de adoção obrigatória pelo profissional de saúde?
- vi. A adoção específica da CBHPM é obrigatória para o profissional de saúde? Em caso afirmativo, existe alguma sanção para a não adoção dos valores remuneratórios estabelecidos pela tabela?
- vii. Existe algum tipo de mecanismo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientação? Como é realizado este monitoramento?

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



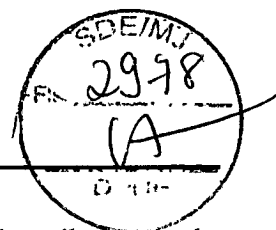
- viii. A AMB participa de negociações de honorários com as operadoras de saúde, na qualidade de representante dos médicos? Há alguma outra entidade que participa de tais negociações nessa qualidade? Como são os processos de negociação com as operadoras de planos de saúde? Há alguma entidade que representa as operadoras nas negociações? Quais? Como é a atuação destas entidades?
- ix. Qual é a atuação (i) da Comissão Nacional de Honorários Médicos; (ii) da Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM; e da (iii) Câmara Técnica da CBHPM? Especificar: quem compõe esses colegiados, quais são suas atribuições, orientações, etc., se há representantes de médicos e de operadoras de planos de saúde. Enviar documentos que demonstrem a atividade dessas Câmaras e Comissões, tais como atas, comunicados, etc., expedidos desde 2003 até a presente data.
- x. Indicar e anexar todas as Resoluções e/ou outro(s) documento(s) expedidos pela AMB concernentes a honorários médicos, desde 2003 até a presente data.
- xi. Outras informações julgadas relevantes.

67. Em 18 de fevereiro de 2010, a AMB protocolou a resposta ao ofício acima referido (fls. 2691 a 2703), sustentando, em síntese, que:

- i. A Resolução nº 1.673/03 do CFM encontra-se em vigor desde sua publicação, no ano de 2003. Todavia, em 2004, o CFM, por meio da Circular nº 129, determinou que os Presidentes dos Conselhos Regionais sobrestassem as aberturas de processos ético-profissionais, para apuração de atos ligados à não observância da CBHPM.
- ii. Ademais, elucida que o Juízo da 09ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, nos autos do processo nº 2004.34.00.019639-1, indeferiu o pedido formulado pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo de São Bernardo do Campo, que requeria a suspensão da eficácia da Resolução nº 1673/03, e a abstenção do CFM do direito de instituir a CBHPM como tabela obrigatória nas relações entre os médicos e o Instituto, visto que *“a Resolução não impõe a Classificação ao não prever punição para o seu descumprimento e nem determina os valores da CBHPM, apenas adota como parâmetro mínimo e ético”* (fls. 2692 a 2693);
- iii. A AMB não intervém, media ou determina diretamente a fixação de honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde ao profissional de saúde. Sua atuação restringe-se ao âmbito institucional representativo da classe médica, sem pretensão ou legitimidade para obrigar os médicos a adotarem a CBHPM, porquanto suas decisões não se revestem de caráter coercitivo.

Aduz que *“a CBHPM (...) serve de referencial para que os médicos realizem individualmente suas negociações com as operadoras de planos de saúde”* (fl. 2693), permitindo que o médico tenha um parâmetro para poder negociar;
- iv. As atividades da AMB não se confundem com as atividades dos Conselhos de Medicina. A AMB é uma entidade associativa que congrega médicos que desejam

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



se associar. O CFM, por sua vez, é um órgão que possui atribuições de fiscalização, normatização da prática médica, registro de profissionais médicos e aplicação de sanções do Código de Ética Médica. Os Conselhos Regionais possuem, outrossim, as mesmas atribuições do CFM, porém, em âmbito regional e em obediência às Resoluções do CFM.

A AMB apenas realiza parcerias com os Conselhos sobre questões de saúde. A CBHPM, nesse sentido, é resultado da sinergia das entidades de representação médica do país, que buscam *"a padronização de procedimentos médicos, mediante correções e atualizações de suas nomenclaturas científicas"* (fl. 2695);

- v. O único papel exercido pela AMB referente a honorários médicos refere-se à luta por melhores condições de trabalho e remuneração para a classe médica, objetivo este previsto no Estatuto Social da entidade.

A AMB não estabelece piso mínimo e tampouco se envolve nas negociações que são feitas individualmente, por cada médico, diretamente com cada empresa.

Esclarece que faz parte dos objetivos estatutários da AMB defender os interesses da classe médica, bem como elaborar, atualizar, divulgar e recomendar a CBHPM, para a prestação de serviços médicos, nos termos do art. 2º de seu Estatuto Social.

Assevera ainda que não possui poder de instaurar um processo disciplinar em face de médicos que não desejam adotar a CBHPM como referencial, porquanto o poder disciplinador é de competência dos Conselhos Regionais. Aduz, ademais, que não dispõe de competência jurídica para editar normas e resoluções que disciplinem regras para instituição de valores relativa a honorários médicos;

- vi. A AMB não cria tabelas com preços. Apenas participou da criação da CBHPM, que não constitui uma tabela de preços, mas uma hierarquização dos procedimentos médicos.
- vii. Nenhum profissional é obrigado a adotar a CBHPM como padrão remuneratório. Esta é utilizada apenas como referencial para que os médicos possam negociar individualmente com as operadoras;
- viii. Não existe qualquer tipo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientações emanadas pela AMB;
- ix. A AMB não interfere em negociação de caráter privado entre médicos e operadoras de planos de saúde. Afirma que apenas há interferência da AMB em um patamar coletivo, *"isto é, ela pode dialogar com uma operadora requisitando que sejam corrigidas distorções. Por exemplo, o pedido que o Bradesco concedesse reajuste anual aos médicos, já que inexistia um dispositivo legal que o garantia, acompanhando a inflação nacional. Ou seja, se a AMB procura uma empresa é sempre tendo em vista o caráter coletivo e respeitando a livre concorrência, porque seu único pedido é sensibilizar operadoras em relação ao reajuste"*. (fls. 2697 a 2698). Nesse contexto, cita como exemplo de entidades

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



que já se reuniram com a AMB para negociações a ABRAMGE, FENASAÚDE, UNIDAS e UNIMED;

- x. A Comissão Nacional de Honorários Médicos avalia o cenário econômico do país e aprecia valores pela contraposição entre a inflação geral e a inflação dos honorários. Ela é composta por médicos da AMB, CFM e FENAM. A Resolução Normativa nº 71/2004 da ANS, que dispõe sobre a contratualização entre as operadoras de planos de saúde e profissionais de saúde, trouxe a obrigatoriedade do critério de periodicidade e índice de reajuste a todos os contratos.

A Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM, por sua vez, tem o escopo de introduzir a CBHPM como referencial, coordenando o movimento em todos os Estados. É composta por 3 entidades distintas: AMB, FENAM e CFM (fl. 2698). Ressalta que o principal avanço foi a adoção da CBHPM pela ANS, sem citar, no entanto, qualquer resolução da Agência que confirmasse a afirmação.

A Câmara Técnica da CBHPM, a seu turno, discute a incorporação de determinados procedimentos à lista da CBHPM. Elucida que todas as Sociedades de Especialidades dão seu respaldo, porquanto são convidadas para opinar sobre questões técnicas. É composta pela FENAM, CFM, AMB, empresas (UNIDAS, UNIMED) e FENASAÚDE. São, ademais, convidadas para todas as reuniões com voz ativa e direito de voto: ABRAMGE, ANAHP e Santas Casas;

- xi. A AMB não tem poder de criar uma Resolução.
- xii. Aponta que a ANS, acompanhando o movimento mundial de uniformidade da saúde, criou, por meio da Resolução Normativa nº 114 da ANS, o Padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), que estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos realizados.

Em abril de 2007, foi instituída a Instrução Normativa ANS nº 24, responsável pela criação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

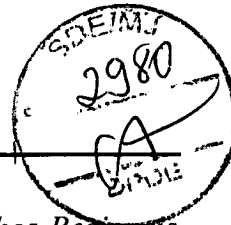
Em 01 de agosto de 2008, em reunião do COPISS, estabeleceu-se que a AMB seria responsável pela definição da codificação e dos termos que constituirão a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A AMB seria responsável pela manutenção, atualização e divulgação da TUSS referente a procedimentos médicos. Para tanto, a AMB mantém uma câmara técnica composta por representantes nacionais das entidades médicas.

68. Acompanham as respostas os documentos abaixo relacionados:

- Resolução nº 1.673/2003 do CFM (fls. 2704);
- Circular nº 129/2004 do CFM (fls. 2705);

“Em retificação ao Ofício Circular CFM nº 0125/2004, este Conselho Federal de Medicina – CFM, no uso de suas atribuições legais e em face das recentes decisões

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



judiciais sobre a matéria, vem solicitar aos Presidentes dos Conselhos Regionais que sobrestem a abertura de novos Processos Ético-Profissionais que tenham como objeto a não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM ° 1.673/2003.

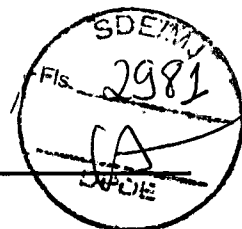
Entretanto, não existe qualquer impedimento para que sejam instauradas e processadas novas sindicâncias sobre o tema, sendo que somente o julgamento deverá ser sobrestado até um novo posicionamento sobre a matéria”.

- Decisão do Juízo da 09ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, proferida nos autos do processo nº 2004.94.00.019639-1 (fl. 2707);
- Ofícios de questionamentos de Magistrados à AMB referentes a valores de procedimentos, com base na CBHPM (fls. 2708 a 2720);
- Estatuto Social da AMB (fls. 2720 a 2732);
- Resolução Normativa nº 71/2004 da ANS (fls. 2733 a 2735);
- Atas referentes às reuniões da Comissão Nacional de Honorários Médicos e da Câmara Técnica da CBHPM (fls. 2736 a 2764);
- Resolução Normativa nº 114/2005 da ANS, Instrução Normativa nº 24/2007 da ANS, Instrução Normativa nº 30/2008 da ANS, Instrução Normativa nº 34/2009 da ANS (fls. 2765 a 2775).

69. Em 27 de julho de 2010, foi determinada a juntada da resposta da Unimed-BH (fls. 2781 a 2784), referente ao ofício 3972/2005/DPDE, encaminhado à operadora em 08 de agosto de 2005, que solicitava as seguintes informações relacionadas às decisões tomadas em Assembléia de médicos para implantação do movimento e suspensão coordenada ao atendimento a planos privados de assistência à saúde que se recusassem à adesão integral da CBHPM:

- i) Esclarecer se a operadora ou suas filiadas foram atingidas por esse ou por qualquer movimento de médicos que estabeleça valores uniformes de remuneração pelos procedimentos médicos prestados.
- ii) Em caso positivo, apresentar um histórico detalhado das negociações travadas com as entidades médicas responsáveis por tal conduta, esclarecendo o funcionamento dessas negociações.
- iii) Esclarecer se a operadora ou suas filiadas negocia individualmente com os médicos os valores dos honorários pelos procedimentos médicos, demonstrando o alegado com quaisquer documentos que V.Sa. entender adequados.
- iv) Informar se a operadora ou suas filiadas divulgam alguma tabela da remuneração em contraposição à CBHPM, ou à antiga tabela da AMB, ou é orientada a adotar alguma tabela por entidade que represente os interesses gerais de empresas como a Itaú Seguros, informando, nesse último caso, o nome da entidade e a tabela sugerida.
- v) Em caso de adoção da CBHPM, informar o impacto da elevação dos preços das consultas médicas gerado ou a ser gerado pela adoção dos valores da

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



“CBHPM” sobre os custos, em especial no que tange a possíveis reajustes das mensalidades e queda no desempenho competitivo, esclarecendo a forma pela qual são compensados os prováveis impactos decorrentes da adoção da CBHPM para manutenção de sua competitividade.

- vi) Apresentar planilha indicativa dos custos fixos e variáveis incorridos para prestação dos procedimentos médicos, indicando a parcela que os honorários médicos representa sobre a integralidade desses, antes e após a adoção da CBHPM. Os dados requisitados referem-se ao período abrangido entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004 e devem ser fornecidos em base mensal.
- vii) Esclarecer as variáveis que porventura tenham provocado alteração substancial nos custos das seguradoras desse mercado nos últimos 5 anos, tais como elevação dos custos dos medicamentos, avanços tecnológicos, criação de novas especialidades.

70. A Unimed BH protocolou resposta em 13 de setembro de 2005, informando que as reivindicações foram encaminhadas pelas entidades médicas a todas as operadoras de planos de saúde. Essas reivindicações foram estudadas pela Unimed-BH, bem como pelas demais cooperativas médicas e o resultado desse estudo demonstrou a inviabilidade financeira de se adotar a referida tabela. Os cooperados decidiram fazer ajustes na tabela de honorários, sem implantar os novos códigos e os valores nela previstos. Não houve uma negociação particular e específica entre a Unimed-BH e as entidades médicas, mas apenas a decisão da Assembléia. Informa também que a Unimed não adota a CBHPM. Além disso, acrescenta que não há uma remuneração fixa em reais para os médicos cooperados, sendo os valores especificados em unidades de trabalho, que são calculadas a cada mês, a depender dos recursos disponíveis. Ressalta, também, que os materiais e medicamentos no período analisado (1999 a 2004) tiveram um incremento significativo nos custos dos serviços. Na oportunidade, anexa a lista de Despesa Assistencial por Tipo de Produção (fls. 2786 a 2881).

71. Em 19 de fevereiro de 2010, a SDE encaminhou ofícios para diversas operadoras de planos de saúde² com o objetivo de traduzir para os autos de diversos processos

² 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.; Brasilsaude 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

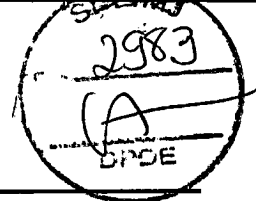
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



administrativos relativos ao setor de saúde complementar o contexto e o processo de negociação entre as operadoras de planos de saúde e seus respectivos prestadores (fls. 2188 a 2375). Foram postuladas as seguintes informações das operadoras:

- i) Como são definidos os honorários que serão pagos aos prestadores de serviços contratados por essa operadora? Os valores são definidos por uma das partes ou existe um processo de negociação?
- ii) Como se dá o processo de negociação de honorários entre esta operadora e os prestadores de serviços de saúde? Explicar detalhadamente a forma de negociação com hospitais, SADT e com médicos. Encaminhar cópia de eventuais atas ou documentos que comprovem o procedimento pelo qual foram conduzidas negociações havidas entre esta operadora e prestadores nos últimos 2 (dois) anos.
- iii) Quanto à negociação de honorários com os profissionais médicos, essa operadora adota honorários diferenciados em razão da qualificação, experiência, reputação, etc. do profissional? Quais razões motivam o pagamento de honorários diferenciados e quais são os critérios analisados? Informar o percentual dos médicos credenciados que recebem honorários diferenciados em razão dos diferenciais apontados, em relação ao total de médicos credenciados por essa operadora? Os médicos que recebem honorários diferenciados exercem alguma atividade junto a esta operadora, como por exemplo, avaliação de diagnósticos para emissão de segunda opinião? Especificar.
- iv) As negociações entre a operadora e o prestador são feitas individualmente ou existe alguma entidade representativa dos interesses das partes que intermedeia as negociações?
- v) Caso as negociações sejam feitas por entidades representativas, qual(is) entidade(s) representa(m) os prestadores (identificar a entidade que representa os hospitais, os médicos e SADT)? E, qual(is) entidade(s) representa(m) as operadoras de planos de saúde?
- vi) O que justifica as negociações coletivas entre operadoras e prestadores? Há alguma eficiência na adoção desse procedimento?
- vii) O que acontece no caso das partes não chegarem a um acordo? Há interveniência de terceiros ou árbitros no processo?
- viii) As negociações se pautam em alguma espécie de tabela? Qual? Em caso afirmativo, tal tabela tem caráter referencial ou obrigatório? Encaminhar a tabela utilizada.
- ix) Há viabilidade de contratação de prestadores sem a interveniência da entidade que os representa? Nesse caso, é possível negociar qualquer valor de honorários, ou são aplicadas tabelas divulgadas por entidades de classe?
- x) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos, Hospitais e SADT contratados por essa operadora é viável? Informar se essa operadora adota ou já adotou essa forma de negociação, e, em caso positivo, encaminhar documentos comprobatórios. Em caso negativo, indicar as razões pelas quais

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



essa operadora não negocia individualmente honorários com os médicos, Hospitais e SADT.

- xi) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos contratados poderia aumentar os custos dessa operadora? Explicar de que forma as negociações individuais poderiam impactar positiva ou negativamente nos custos administrativos desta operadora.

72. As respostas aos ofícios foram recebidas pela SDE entre fevereiro e outubro de 2010 e totalizaram 11 (onze) volumes de documentos, os quais, uma vez digitalizados e gravados em mídia digital, foram acostados aos autos públicos à folha 2929 e em apartado confidencial com vistas exclusivas ao SBDC.

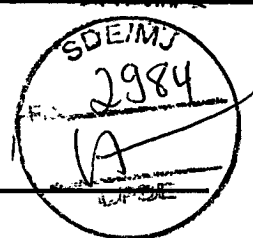
73. Em 22 de setembro de 2010, em vista da petição protocolada pela Associação Médica Brasileira em 13 de setembro de 2005, na qual indica testemunha que deseja ser ouvida no âmbito da instrução do presente Processo Administrativo, a SDE determinou a intimação da testemunha Maria Inês Dolci, para realização da oitiva. Ademais, caso fosse de interesse da Representada, a AMB poderia requerer, alternativamente, que as informações a serem acrescidas pela referida pessoa fossem prestadas por via postal, ressaltando-se a alteração da natureza da prova que, colhida por escrito, passaria a ter caráter documental. Sendo acatada a alternativa acima proposta, a Representada foi intimada para que, no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da publicação da decisão no Diário Oficial da União apresentasse: i) questionamentos escritos a serem endereçados à Senhora Maria Inês Dolci ou, facultativamente, ii) declarações da citada pessoa com as informações fáticas que conheça a respeito do mérito do Processo Administrativo em epígrafe.

74. Em 30 de setembro de 2010, a AMB requereu que as informações a serem prestadas pela testemunha arrolada fossem feitas por via documental e, para tanto, formulou as seguintes questões:

- i) A Sra. tem conhecimento do que se trata a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM e qual a sua finalidade?
- ii) De quais entidades de defesa do consumidor a Sra. fez ou faz parte atualmente?
- iii) A CBHPM impõe aos médicos alguma obrigação?
- iv) De acordo com os seus conhecimentos, a CBHPM configura conduta infringente à ordem econômica?
- v) A Sra. conhece o trabalho desenvolvido pela Associação Médica Brasileira em prol da classe médica?
- vi) A Associação Médica Brasileira, no que diz respeito à luta por uma melhor remuneração para os médicos, assumiu alguma atitude que configure abuso do poder econômico?
- vii) A Sra. acredita que a adoção da CBHPM tem o escopo de formar cartel ou monopólio?
- viii) A Sra. considera que a classificação dos procedimentos médicos feita pela CBHPM é benéfica para os usuários de serviços médicos?

75. Em 04 de outubro de 2010, a SDE encaminhou à Sra. Maria Inês Dolci as perguntas formuladas pela AMB, solicitando, adicionalmente, as seguintes informações:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



i) A Sra. considera que a imposição de valores mínimos para os serviços médicos a planos de saúde pode implicar maiores gastos para as operadoras de planos de saúde.

ii) A Sra. considera que o aumento dos gastos das operadoras de assistência suplementar, pode resultar no aumento dos preços pagos aos beneficiários de planos de saúde?

76. Às fls. 2909 a 2928 e 2930 a 2933, foram acostadas Resoluções do CFM e CRM's acerca do tema de honorários médicos, dentre elas:

i) Resolução do CFM nº 1.642/2002:

"CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

(...)

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

(...)

c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição; (...)

e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

(...)



Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), decididos em Assembléia dos Médicos de Roraima;

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;

Art. 3º - Constitui violação dos 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 e Assembléia dos Médicos de Roraima. II – A prática de qualquer ato que implique violação às deliberações do movimento legítimo da categoria médica que visa a implantação da CBHPM (...).” (fls. 2930 a 2931)

iii) Resolução do CRM/RR nº 023/2005

“Art. 1 – Criar a Câmara Especial de acompanhamento do Cumprimento das Resoluções CFM nº 1673/03, das Deliberações das Assembléias Médicas e da RP nº 022/2005;

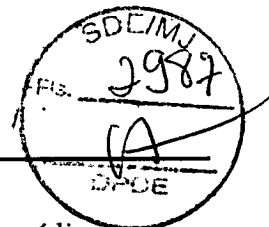
(...)

Art. 4º - A Câmara terá caráter pedagógico e judicante, analisando as denúncias de desrespeito e não cumprimento das Resoluções aludidas, além de ter a prerrogativa de assessorar a Diretoria do CRM/RR nas questões relacionadas à CBHPM” (fls. 2932 a 2933)

77. Em 12 de novembro de 2010, foi protocolada a resposta da Sra. Maria Inês Dolci (fls. 2943 a 2945), informando, essencialmente, que:

- Tem conhecimento sobre a CBHPM e acredita que a Classificação é uma importante conquista que busca preservar o respeito ao profissional médico, como também, ampliar a qualidade no atendimento ao paciente;
- A CBHPM não impõe obrigação alguma aos médicos, tendo apenas o escopo de sugerir aos profissionais de medicina valores mínimos para os procedimentos realizados, sendo usada apenas como referencial para cada médico poder negociar individualmente com as operadoras;
- A AMB não interfere em negociação de caráter privativo entre médicos e operadoras de plano de saúde, atuando exclusivamente no âmbito institucional, representativo de classe, sem qualquer pretensão ou legitimidade para obrigar quem quer que seja, uma vez que as decisões emanadas pela entidade não se revestem de caráter coercitivo;
- Considera a CBHPM benéfica aos usuários de serviço de saúde, na medida em que a sistematização de nomenclatura de procedimentos médicos é extremamente importante para as relações entre consumidores, médicos e operadoras de planos de saúde;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- A Classificação traduz o esforço que as entidades e profissionais da área médica, na luta por melhores condições de trabalho, buscam a padronização dos procedimentos médicos mediante a correção das nomenclaturas, sendo que tal medida é absolutamente lícita.

78. Este é o relatório.

II - ANÁLISE

79. Consoante visto no antecedente Relatório, todos os requisitos procedimentais apregoados na Lei nº 8.884/94 foram estritamente atendidos por esta Secretaria ao longo da instrução do presente feito.

80. Os Representados foram devidamente notificados a respeito da instauração do Processo Administrativo ao que regularmente contestaram, apresentando suas razões de defesa. Foram oportunizados, ademais, os respectivos direitos à produção de prova, deferindo-se, integralmente, o pedido de colheita de prova oral. As demais informações necessárias à formação do convencimento desta autoridade, por outro lado, foram suficientemente carreadas aos autos ao longo da instrução.

III - CONCLUSÃO

81. Por todo o exposto, considerando que o feito encontra-se satisfatoriamente instruído, em harmonia com o artigo 39 da Lei nº 8.884/94, sugere-se o encerramento da fase instrutória e a respectiva notificação dos Representados para a apresentação de suas alegações finais, no prazo de 05 (cinco) dias.

82. Estas são as conclusões.

À consideração superior.

Brasília, 17 de novembro de 2010.

Taina Leandro
TAINÁ LEANDRO

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo.

Encaminhe-se à Sra. Diretora do DPDE.

Brasília, 17 de novembro de 2010.

Alessandra Lopes da Silva
ALESSANDRA LOPES DA SILVA
Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos

De acordo.

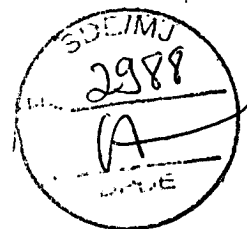
Encaminhe-se à Sra. Secretária de Direito Econômico.

Brasília, 18 de novembro de 2010.

Ana Maria Melo Netto
ANA MARIA MELO NETTO
Diretora do Departamento de Proteção e Defesa Econômica



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO
GABINETE**



DESPACHO DO SECRETÁRIO

Em 23 de novembro de 2010.

No 922. Ref.: Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71. Representante: SDE "Ex Officio". Representados: Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Confederação Médica Brasileira – CMB, Federação Nacional dos Médicos – FENAM. Advogados: Fernando Acayaba de Toledo, Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, José Carlos Fonseca, Paulo Affonso Martins de Oliveira, Rosmari Aparecida Elias Camargo. Acolho a Nota Técnica de fls., aprovada pela Diretora do Departamento de Proteção e Defesa Econômica, Dra. Ana Maria Melo Netto, e, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei nº 9.784/99, integro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Declaro encerrada a instrução processual, por entender que o feito se encontra satisfatoriamente instruído. Nos termos do art. 39 da Lei nº 8.884/94 e do art. 49 da Portaria MJ nº 456/2010, apresentem os Representados, no prazo de 5 (cinco) dias, suas alegações finais, a fim de que, em seguida, esta SDE profira suas conclusões acerca dos fatos. Publique-se.

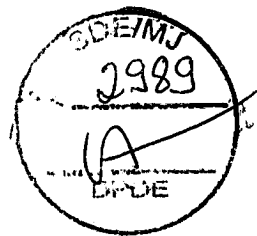

DIEGO FALECK

Secretário de Direito Econômico, Substituto

C:\Documents and Settings\taina.leandro\Meus documentos\SDE\CGAJ\Tabela\08012.0042762004-71 SDE X AMB e CFM

ENVIADO À PUBLICAÇÃO

Em 23/11/10 
Servidor



vista a autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., concedida à empresa ÁGUA DE OURO E NUPRESF SEGURANÇA E VIGILÂNCIA LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.579.510/0001-28, especializada na prestação de serviços de Vigilância Patrimonial tendo como Sócio(s): ERICIO DE SOUZA SANTOS, GADINO OLIVEIRA DE ABRANCHES, IVISSON GOMES BARROS, para exercer suas atividades na BAHIA, com Certificado de Segurança nº 001044, expedido pelo DREX/SR/DPF/BA.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.851, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0005006/DELESP/DREX/SR/DPF/SP, resolve: CONCEDER autorização à empresa SHABAK SEGURANÇA E VIGILÂNCIA LTDA, CNPJ/MF: 08.699.834/0001-49, sediada em SÃO PAULO, para adquirir:

Em Estabelecimento Comercial autorizado pelo Departamento Logístico do Comando do Exército:

- 3 (TRES) Revólver(s) CALIBRE 38;
- 180 (CENTO E OITENTA) Cartuchos de Munição CALIBRE 38.

E da empresa cedente SINVIS SISTEMAS INTEGRADOS DE VIGILÂNCIA E SEGURANÇA S/C LTDA, 01.709.603/0001-20:

- 7 (SETE) Revólver(es) Calibre 38.

O prazo para iniciar o processo de compra expirará em 60 dias a partir da publicação desta autorização.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.853, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0006195/DPF/NIG/RJ, resolve: CONCEDER autorização à empresa VIRTUS CURSO DE FORMAÇÃO E REGISTRAÇÃO DE VIGILANTES LTDA ME, CNPJ/MF: 11.487.275/0001-18, sediada no RIO DE JANEIRO, para adquirir:

Em Estabelecimento Comercial autorizado pelo Departamento Logístico do Comando do Exército:

- 6 (seis) Revólver(s) CALIBRE 38;
- 2 (duas) Pistola(s) CALIBRE 380;
- 2 (duas) Espingarda(s) CALIBRE 12;
- 21000 (vinte e um mil) Cartuchos de Munição TREINA CALIBRE 38;
- 1800 (mil e oitocentos) Cartuchos de Munição CALIBRE 12;
- 6240 (seis mil e duzentos e quarenta) Cartuchos de Munição TREINA CALIBRE 380.

O prazo para iniciar o processo de compra expirará em 60 dias a partir da publicação desta autorização.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.854, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0005769/DELESP/DREX/SR/DPF/PR, resolve: CONCEDER autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., à empresa PORTICO VIGILANCIA E SEGURANÇA PRIVADA LTDA ME, CNPJ/MF: 07.606.561/0001-88, tendo como Sócio(s): TATIANA MUJOL DA CRUZ, TISSIANA MUJOL DA CRUZ, especializada na prestação de serviços de Vigilância Patrimonial, para exercer suas atividades na PARANA, com Certificado de Segurança nº 001048, expedido pelo DREX/SR/DPF/PR.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.855, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0005554/DELESP/DREX/SR/DPF/MG, resolve: CONCEDER autorização à empresa MINAS FORTE SEGURANÇA E VIGILÂNCIA LTDA, CNPJ/MF: 04.399.198/0001-89, sediada em MINAS GERAIS, para adquirir:

Em Estabelecimento Comercial autorizado pelo Departamento Logístico do Comando do Exército:

- 150 (CENTO E CINQUENTA) Revólveres CALIBRE 38;
- 1.500 (HUM MIL E QUINHENTOS) Cartuchos de Munição CALIBRE 38.

O prazo para iniciar o processo de compra expirará em 60 dias a partir da publicação desta autorização.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.860, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0004818/DELESP/DREX/SR/DPF/MG, resolve: DECLARAR revista a autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., concedida à empresa ESCOLA MINEIRA DE SEGURANÇA LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.845.911/0001-33, especializada na prestação de serviços de Curso de Formação tendo como Sócio(s): GERALDA ELISA DE CASTRO CAÇADO, MARCIO ELIAS DE SANTANA, para exercer suas atividades em MINAS GERAIS, com Certificado de Segurança nº 001052, expedido pelo DREX/SR/DPF/MG.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.861, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0005149/DELESP/DREX/SR/DPF/MG, resolve: CONCEDER autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., à empresa APERPHIL VIGILANCIA LTDA ME, CNPJ/MF: 09.167.445/0001-35, tendo como Sócio(s): MARIA JULIANA VAZ DE COUTO, PAULO ROBERTO ROMASKEVIS DE OLIVEIRA, especializada na prestação de serviços de Vigilância Patrimonial, para exercer suas atividades em MINAS GERAIS, com Certificado de Segurança nº 001053, expedido pelo DREX/SR/DPF/MG.

ADELAR ANDERLE

ALVARÁ Nº 11.884, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0004425/DELESP/DREX/SR/DPF/SC, resolve: DECLARAR revista a autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., concedida à empresa EMBRASIL EMPRESA BRASILEIRA DE SEGURANÇA LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.426.907/0002-23, especializada na prestação de serviços de Vigilância Patrimonial tendo como Sócio(s): AMIN ABIL RUSS FILHO, IANA GISELE DE FREITAS CHAVES, para exercer suas atividades em SANTA CATARINA, com Certificado de Segurança nº 001064, expedido pelo DREX/SR/DPF/SC.

RODRIGO DE ANDRADE OLIVEIRA

ALVARÁ Nº 11.886, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo Decreto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0005870/DELESP/DREX/SR/DPF/PE, resolve: CONCEDER autorização à empresa INTERFORT SEGURANÇA DE VALORES LTDA, CNPJ/MF: 04.008.185/0002-12, sediada em PERNAMBUCO, para adquirir:

Em Estabelecimento Comercial autorizado pelo Departamento Logístico do Comando do Exército:

- 378 (TREZENTOS E SETENTA E OITO) Revólveres CALIBRE 38;
- 6.894 (SEIS MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E QUATRO) Cartuchos de Munição CALIBRE 38.

O prazo para iniciar o processo de compra expirará em 60 dias a partir da publicação desta autorização.

RODRIGO DE ANDRADE OLIVEIRA

ALVARÁ Nº 11.914, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2010

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DO DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 da Lei 7.102/83, alterada pela Lei nº 9.017/95, regulamentada pelo De-

creto nº 89.056/83, alterado pelo Decreto nº 1.592/95, atendendo a requerimento da parte interessada, bem como decisão prolatada no Processo nº 2010/0006260/DELESP/DREX/SR/DPF/CE, resolve: DECLARAR revista a autorização para funcionamento, válida por 01(um) ano a partir da data da publicação no D.O.U., concedida à empresa CORPVS - CORPO DE VIGILANTES PARTICULARES LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.957.111/0001-30, especializada na prestação de serviços de Vigilância Patrimonial, Transporte de Valores, Escolta Armada, Segurança Pessoal tendo como Sócio(s): GAUDENCIO GONCALVES DE LUCENA, EUNICIO LOPES DE OLIVEIRA, para exercer suas atividades no CEARÁ, com Certificado de Segurança nº 001081, expedido pelo DREX/SR/DPF/CE.

ADELAR ANDERLE

SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

DESPACHOS DO SECRETÁRIO
Em 23 de novembro de 2010

Nº 919 - Ref: Ato de Concentração nº 08012.002248/2010-68. Requerentes: Vale S/A e Mosaic Fertilizantes do Brasil S/A. Adv.: Carlos Francisco de Magalhães e outros.

Pelos princípios da economia processual e da eficiência da Administração Pública, nos termos do § 1º do artigo 50 da Lei nº 9.784/99, e da Portaria Conjunta SEAE/MF e SDE/MJ nº 33/2006, concordo com o teor do parecer da Secretaria de Acompanhamento Econômico, do Ministério da Fazenda, cujos termos passam a integrar esta decisão, como sua motivação. Opino, consequentemente, pela aprovação do ato sem restrições, devendo este processo ser encaminhado ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, em cumprimento ao disposto no § 6º do art. 54 da Lei nº 8.884/94.

Nº 920 - Ref: Ato de Concentração nº 08012.010437/2009-71. Requerentes: Hypermarcas S/A e Laboratório Neo Química Comércio e Indústria Ltda. Adv.: José Del Chiaro Ferreira da Rosa e outros.

Pelos princípios da economia processual e da eficiência da Administração Pública, nos termos do § 1º do artigo 50 da Lei nº 9.784/99, e da Portaria Conjunta SEAE/MF e SDE/MJ nº 33/2006, concordo com o teor do parecer da Secretaria de Acompanhamento Econômico, do Ministério da Fazenda, cujos termos passam a integrar esta decisão, como sua motivação. Opino, consequentemente, pela aprovação do ato sem restrições, devendo este processo ser encaminhado ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, em cumprimento ao disposto no § 6º do art. 54 da Lei nº 8.884/94.

Nº 921 - Ref: Ato de Concentração nº 08012.001210/2010-78. Requerentes: Vale S/A; Bunge Participações S/A e Yara Brasil Fertilizantes S/A. Adv.: Francisco Ribeiro Todorov e outros.

Pelos princípios da economia processual e da eficiência da Administração Pública, nos termos do § 1º do artigo 50 da Lei nº 9.784/99, e da Portaria Conjunta SEAE/MF e SDE/MJ nº 33/2006, concordo com o teor do parecer da Secretaria de Acompanhamento Econômico, do Ministério da Fazenda, cujos termos passam a integrar esta decisão, como sua motivação. Opino, consequentemente, pela aprovação do ato sem restrições, devendo este processo ser encaminhado ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, em cumprimento ao disposto no § 6º do art. 54 da Lei nº 8.884/94.

Nº 922 - Ref: Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71. Representante: SDE "Ex Offício". Representados: Conselho Federal de Medicina - CFM, Associação Médica Brasileira - AMB, Confederação Médica Brasileira - CMB, Federação Nacional dos Médicos - FENAM. Advogados: Fernando Azeiteiro de Toledo, Alessandro Piccolo Azeiteiro de Toledo, José Carlos Fonseca, Paulo Afonso Martins de Oliveira, Rosmari Aparecida Elias Camargo.

Acolho a Nota Técnica de fls. aprovada pela Diretoria do Departamento de Proteção e Defesa Econômica, Dra. Ana Maria Melo Netto, e, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei nº 9.784/99, integro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Declaro encerrada a instrução processual, por entender que o feito se encontra satisfatoriamente instruído. Nos termos do art. 39 da Lei nº 8.884/94 e do art. 49 da Portaria MJ nº 456/2010, apresentem os Representados, no prazo de 5 (cinco) dias, suas alegações finais, a fim de que, em seguida, esta SDE profira suas conclusões acerca dos fatos.

Nº 923 - Ref: Processo Administrativo nº 08012.006271/2009-98. Representante: Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE. Representada: Unimed de Caçapava - Cooperativa de Trabalho Médico. Advogados: Márcio Antônio Ebram Vilela e João Caetano Muzzi Filho.

Acolho a Nota Técnica de fls. aprovada pela Diretoria do Departamento de Proteção e Defesa Econômica, Dra. Ana Maria Melo Netto, e, com fulcro no §1º do art. 50, da Lei nº 9.784/99, integro as suas razões à presente decisão, inclusive como sua motivação. Declaro encerrada a instrução processual, por entender que o feito se encontra satisfatoriamente instruído. Nos termos do art. 39 da Lei nº 8.884/94 e do art. 49 da Portaria MJ nº 456/2010, apresentem os Representados, no prazo de 5 (cinco) dias, suas alegações finais, a fim de que, em seguida, esta SDE profira suas conclusões acerca dos fatos.

MISSOBY PROTOCOLO
LANÇADO NO MICRO
EM 24 / 11 / 10
Moaxinês



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

De ordem, defiro conforme
solicitado.

Em, ____/____/2010

Secretaria de Direito Econômico DPDE
Ministério da Justiça



Referência - 8012-004276/2004-71
Requerente - Conselho Federal de Medicina
por seu representante legal abaixo assinado, vem a presença de Vossa Senhoria requerer: - vista dos autos

Procuração: _____ (preenchimento obrigatório)
Nestes termos pede Deferimento

Brasília-DF, 23 de Novembro de 2010

EMILIANA FORTE SOUZA COSTA

(Nome do representante legal por extenso e de forma legível)

Fone: - 34455929
OAB: - 10233-E

E-mail: JURIDICO@PORTALMEDICO.ORG.BR

(Assinatura)

INFORMAÇÕES PARA O RECOLHIMENTO DA GRU

Deferido Justificativa:
Nº de Folhas: Valor: R\$

COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO DO VALOR RELATIVO À EXTRAÇÃO DE CÓPIAS

Requerente: _____
Nº de 38 (_____) Valor: R\$ 19,50 (_____)
Servidor _____ Bsb, em _____ / _____ de 2010

RECIBO DO DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA DA SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

- ☒ CÓPIAS DOS AUTOS
☐ CARGA DOS AUTOS

Brasília-DF, 26 de novembro de 2010

(Assinatura)

ATENÇÃO: O prazo de carga dos processos é de 24 (vinte e quatro)

FAÇO JUNTADA ~~ESTE~~ PROCESSO das
alegações finais da
Am. B / São Paulo

QUE PASSAM A CONTITUIR AS FLS 2993/2994.
SDE / MJ, 01 / 12 / 2010

Risa



ILUSTRÍSSIMO SENHOR DOUTOR COORDENADOR DO
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA -
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO - MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA.

SDE/GAB/CAPRO

Coordenação de Apoio Processual



08012.012284/2010-30

Processo nº 08012.004276/2004-71

Representante: **SDE "ex officio"**

Representados: **Associação Médica Brasileira e outro**

Secretaria de Direito Econômico/SDE/MJ
08012.012284/2010 - 29/Nov/2010 - 12:13
GAB. 299

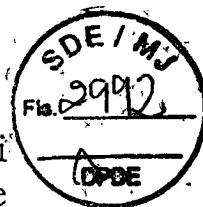
Junta-se

BW 28/11/10

Alessandra
Alessandra Lopes da Silva
Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos
SDE/DPDEMJ

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

AMB, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, por
seus advogados, vem mui respeitosamente à presença de
Vossa Senhoria, apresentar suas **ALEGAÇÕES**
FINAIS com fundamento nas razões a seguir expostas:



O presente Processo Administrativo foi instaurado pela SDE *ex-officio* contra o Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Confederação Médica Brasileira (CMB) e Associação Médica Brasileira (AMB), a fim de ser apurada a existência de conduta infringente à ordem econômica passível de enquadramento no art. 20, incisos I, II, e IV cc. Art. 21, inciso II, da Lei 8.884/94.

A principal alegação que motivou a instauração do presente processo, está na suposta conduta uniforme por parte das representadas que estariam impondo a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como se fora uma tabela de honorários médicos.

Em sua defesa, a representada AMB demonstrou que a CBHPM, ao relacionar os atos médicos, buscou o estabelecimento e identificação de cada ato praticado pelo médico, uniformizando seus procedimentos, não se caracterizando como tabela de honorários médicos a influenciar a conduta dos profissionais da medicina.

Demonstrou ainda, que a conduta da AMB não pode ser enquadrada como tendente à dominação de mercado em prejuízo da livre iniciativa, já que não houve intenção em aumento de lucros, muito menos arbitrário, ou o exercício, de forma abusiva, de imposição da CBHPM.

As demais representadas também demonstraram que não há nenhuma imposição ou mesmo sanção aos profissionais que não utilizarem a CBHPM, sendo livre por partes dos profissionais da medicina a fixação de seus honorários.

A farta documentação trazida aos autos e os esclarecimentos trazidos pelas testemunhas arroladas, são claros e demonstram que em nenhum momento houve infração aos dispositivos apontados na peça acusatória.

Restou aclarado, que a CBHPM não impõe nenhuma obrigação aos médicos, e sim, tem como principal



finalidade sugerir aos profissionais da medicina honorários mínimos.

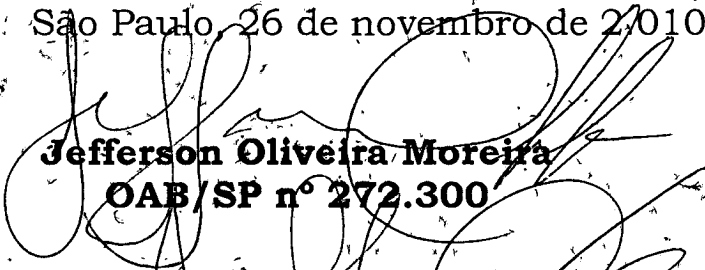
Ademais, conforme exposto nos autos, restou demonstrado que a Associação Médica Brasileira não interfere na negociação entre médicos e empresas de plano de saúde, bem como que a entidade não tem legitimidade para obrigar qualquer profissional médico a utilizar a CBHPM, uma vez que suas decisões não tem caráter coercetivo.

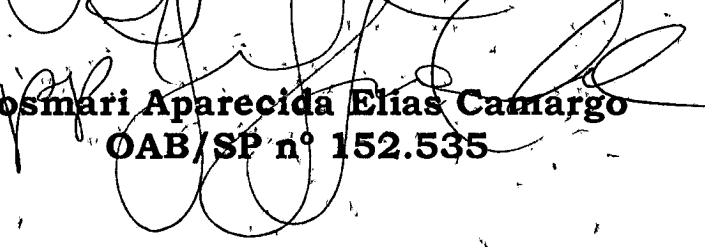
Portanto, considerando tudo o quanto foi exposto, que inexistente por parte da Associação Médica Brasileira - AMB qualquer conduta que possa ser enquadrada como infração à ordem econômica, requer seja o presente processo administrativo extinto e consequentemente arquivado.

Por fim, requer a juntada do incluso substabelecimento de mandato, ressaltando que todas as futuras intimações deverão permanecer sendo efetuadas exclusivamente em nome de seus respectivos procuradores Dr. ROBERTO AUGUSTO DE CARVALHO CAMPOS, OAB/SP nº 152.525 e Dra. ROSMARI APARECIDA ELIAS CAMARGO, OAB/SP nº 152.535.

Termos em que pede deferimento.

São Paulo, 26 de novembro de 2010.


Jefferson Oliveira Moreira
OAB/SP nº 272.300


Rosmari Aparecida Elias Camargo
OAB/SP nº 152.535



SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento particular de substabelecimento, **RONALDO DE SOUSA RODRIGUES**, advogado, inscrito na OAB-SP sob o nº 183.234, com escritório na Capital de São Paulo, na Rua Maria Paula, nº 123 - conj. 81, no Bairro da Bela Vista, CEP: 01319-001, **SUBSTABELECE, com reserva de iguais poderes**, os que lhe foram conferidos no **Processo Administrativo nº 08012.04276/2004-71**, promovido pela Secretaria de Direito Econômico "ex officio" e pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo em face de ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB, em trâmite perante a Secretaria de Direito Econômico, aos advogados **LUCAS DE ASSIS LOESCH**, inscrito na OAB/SP sob o n. 268.438, **JEFFERSON OLIVEIRA MOREIRA**, inscrito na OAB/SP sob o n. 272.300, **VIRGINIA NOVAES PROCÓPIO DE ARAUJO**, inscrita na OAB/SP sob o n. 273.935, **MARCOS CRIVOI**, inscrito na OAB/SP sob o n. 179.578, **EMERSON FLAVIO PINHEIRO PIMENTEL SILVA**, inscrito na OAB/SP sob o n. 294.984, **FERNANDO EMÍLIO BORNACINA JÚNIOR**, inscrito na OAB/SP sob o n. 260.374, **THALITA GONÇALVES MARANGONI**, inscrito na OAB/SP sob o n. 282.258 e a estagiária de direito **ERIKA BONTEMPO**, inscrita na OAB/SP sob o n. 175.732-E, todos com escritório no mesmo endereço do substabelecente.

São Paulo, 26 de Novembro de 2010.

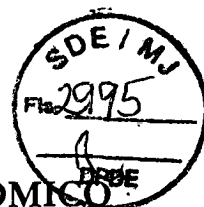
RONALDO DE SOUSA RODRIGUES
OAB/SP nº 183.234

FAÇO JUNTADA ESTE PROCESSO das
alegações finais do
CFM/DF

QUE PASSAM A CONSTITUIR AS FLS 2995/3015
SDE/MJ, 01 / 12 / 2010

Risa

MINISTÉRIO DO INTERIO
LANÇADO NO MICRO
EM 01 / 12 / 10
MOA

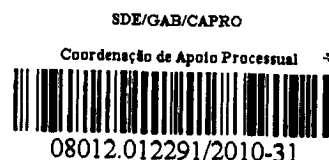


EXCELENTÍSSIMO SR. SECRETÁRIO DE DIREITO ECONÔMICO
SUBSTITUTO – DR. DIEGO FALECK – DA SECRETARIA DE DIREITO
ECONÔMICO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Justiça - se.

Bsb, 29/11/10.

Alessandra
Alessandra Lopes da Silva
Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos
SDE/DPDEM/J



Secretaria de Direito Econômico/SDE/MJ
08012.012291/2010 - 29/Nov/2010 - 15:35

Processo nº 08012.004276/2004-71

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, já qualificado nos autos do processo administrativo em tela, vem, mui respeitosamente, por intermédio de seu advogados legalmente constituídos nos autos, em virtude do despacho de fls. , apresentar

ALEGAÇÕES FINAIS

O que o faz conforme razões de fato e de direito a seguir expostas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS FINAIS

Em todos os procedimentos em andamento junto à SDE, os Conselhos de Medicina vêm informando e demonstrando documentalmente que a atuação na implementação da Resolução CFM nº 1.673/2003, que aprova a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, não caracteriza infração a qualquer tipo infracional da ordem econômica.



Feitas estas considerações iniciais, passemos à comprovação fáticas, documentais, doutrinárias e jurisprudenciais das razões defendidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Antes de quaisquer considerações, é de essencial importância à transcrição de recentes decisões judiciais sobre o tema, em especial, a proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 2005.50.01.005245-2 (07.08.2006), movida pelo Ministério Público Federal do Estado do Espírito Santo, onde o M.M. Juiz Federal Substituto Ronald Krüger Rodor, indeferiu o pedido liminar de suspensão dos efeitos da CBHPM, nos seguintes termos:

...
Todas as demandas recentes sobre o tema, ameaças de greve, descredenciamento coletivo de profissionais das aludidas operadoras, recusa nos atendimentos etc., ocorreram em função da imposição, por parte das operadoras, de preços considerados, pela classe médica, como vis, e não pela imposição aos profissionais da área de uma tabela mínima, por parte dos Conselhos de Fiscalização profissional, com valores notoriamente superiores aos usualmente oferecidos no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

Neste aspecto, a tabela mínima, o que se queira denominar a tal CBHPM, nada mais serviu do que um instrumento claro de pressão dos médicos em relação às operadoras de Saúde Suplementar.

...
Por ora, é de se reconhecer que não foi a imposição da CBHPM, ao contrário do que afirmado na inicial, a responsável pela criação de um ambiente outrora conturbado no relacionamento operadoras - médicos.

Os eventuais reflexos de tais discussões na esfera jurídica dos consumidores dos planos de saúde não decorreu especificamente da atuação dos Conselhos, mediante a edição das citadas resoluções, mas da própria sistemática de renegociação de preços e da inicial intransigência das operadoras em aceitar os valores postulados pela classe médica, que, como visto pelo texto dos termos de ajustamento juntados, acabaram, em diversos casos, se fixando em valores inferiores aos propostos na CBHPM.

...
Não obstante, não verifico, nesta oportunidade, perigo de dano suficiente a ensejar, sob tal argumento, a concessão da medida liminar, posto que, como comprovado nos autos, existe determinação, desde 2004, para que fiquem sobrestados todos os



processos alusivos ao descumprimento dos valores da CBHPM.

Se não há a possibilidade imediata de que qualquer profissional médico venha a sofrer sanção pelo descumprimento das resoluções impugnadas, não existe razão alguma para que se determine a suspensão liminar das mesmas, posto que os efeitos buscados pela medida antecipatória, já se fazem presentes no plano fático, independentemente da atuação do Judiciário.

...

Sendo assim, INDEFIRO, por ora, a medida liminar requerida na inicial..."

Nesse mesmo sentido, temos a decisão proferida no Agravo de Instrumento nº 2005.01.00.063153-0/BA (DJU 10.02.2006), em trâmite perante o Tribunal Regional da 1ª Região, onde a Juíza MAÍZIA SEAL CARVALHO PAMPONET proferiu a seguinte decisão, em caso similar ao ora analisado:

"Insurge-se a agravante contra decisão proferida nos autos da ação de rito ordinário, que visa obstar a imposição as suas afiliadas do pagamento dos serviços profissionais médicos de forma uniforme, por meio da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM.

A decisão agravada considerou que não foram preenchidos os requisitos necessários a concessão da tutela antecipada, pois inexistem nos autos documento que comprove a exigência para as empresas afiliadas ao agravante adotarem remuneração uniforme para os profissionais médicos, por meio de aplicação da CBHPM, assim como por não ter como fundamento plausível à concessão da tutela a ameaça dos médicos de paralisarem suas atividades, por serem profissionais autônomos em sua conduta de contratação de serviços, estando sujeitos a sanções por descumprimento de preceitos legais ou éticos, quando cabível. Determinou, por fim, a expedição de ofício à 13ª Vara daquela Seccional, requerendo cópia da inicial e de eventuais decisões proferidas nos autos da Ação Cível Pública nº 2004.33.00.013832-9, a fim de verificar a existência de eventual conexão.

Sustenta a agravante que no âmbito privado respeita-se o contrato e a autonomia da vontade em sua celebração, sujeitando-se os contratantes apenas ao que houverem estipulado. Dessa forma, não podem as suas afiliadas serem compelidas a observar imposição que não decorra de norma, formalmente considerada.

Alega que o ato dos agravados de obrigar as suas afiliadas a observar valores de honorários médicos preestabelecidos, sem que exista lei

nesse sentido, constitui afronta ao inciso XIII do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, por interferência nas atividades de suas associadas.

Aduz que, ao contrário do que consta na decisão agravada, as provas que constam nos autos são suficientes e existe ameaça de paralisação marcada para o dia 22.08.2005, o que é suficiente para se considerar preenchidos os requisitos necessários à concessão da medida liminar que se requer.

Por fim, insurge-se o agravante contra o pedido de informações constante da decisão agravada, por considerar que não há conexão entre a Ação Civil Pública nº 2004.33.00.013832-9 e a ação originária deste agravo, uma vez que a primeira busca suspender a eficácia das resoluções administrativas do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia – CREMEB referentes a imposição, como remuneração dos profissionais médicos, da CBHPM, enquanto a segunda busca tutela no sentido de ser determinado aos agravados que se abstenham das práticas desenvolvidas no sentido de promover a paralisação dos profissionais médicos, caso a CBHPM não venha a ser adotada na íntegra pelas empresas a ele afiliadas.

ISSO POSTO, DECIDO.

Impõe-se consignar que a tutela antecipada visa adiantar o provimento a ser concedido quando do exame do mérito da causa, desde que preenchidos os requisitos de prova inequívoca, verossimilhança, fundado receio de dano irreparável e reversibilidade do provimento antecipado, requisitos esses indissociáveis.

Registre-se, portanto, que a antecipação da tutela tem por função possibilitar que o autor disponha, desde logo, dos efeitos que advirão de uma sentença que supostamente lhe será favorável. Justamente por isso, apenas quando presentes todos os requisitos que autorizam o provimento antecipatório, poderá o magistrado conceder a tutela prevista no art. 273 do CPC.

In casu, não considero preenchidos tais requisitos, uma vez que as deliberações, como a de fl. 87, tomadas pelas associações de médicos são legítimas e implicam em negociação livre entre os planos de saúde e os profissionais envolvidos, não merecendo interferência do judiciário.

Ao que se infere dos autos, não há qualquer imposição do CREMEB para utilização da chamada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, que seria meramente sugestiva,



restando, pois, improvada as alegações da agravante nesse particular.

De toda documentação carreada aos autos, extrai-se que as associações de médicos, dentro de suas possibilidades legais, têm atuado ativamente na defesa dos interesses de seus associados, que têm pleno direito de mobilizarem-se e até mesmo paralisarem suas atividades sem que isto, em princípio, represente qualquer ilegalidade.

Nessa esteira de inteligência, acertada e prudente a decisão proferida em primeiro grau não merece reparos.

Daí por que **DENEGO A ANTECIPAÇÃO DA PRETENSÃO RECURSAL** pleiteada.” (grifo nosso)

Temos, ainda, corroborando o posicionamento acima, a decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 2004.36.00.010091-0, em 27 de abril de 2005, onde o Ministério Público Federal do Estado de Mato Grosso buscava a suspensão dos efeitos da CBHPM, *verbis*

“.....

Em princípio releva notar que a controvérsia instalada entre as operadoras de planos de saúde e os médicos representados nesta demanda pelo seu respectivo conselho de classe, num exame superficial da matéria, não configura infração a ordem econômica. A tentativa de implementar a CBHPM e, por conseqüência, receber mais pelos serviços que prestam às operadoras restaria mais bem colocada como uma luta da categoria profissional médica por melhores condições de trabalho, sem subsumir-se obviamente ao direito do trabalho, do que posta em termos de ofensa à livre concorrência e ao livre mercado que marcam nosso sistema capitalista consagrado na Constituição Federal.

Realmente é difícil deduzir-se pela ocorrência de abuso de poder econômico na modalidade dominação de mercado se, por um lado, o exercício da medicina, núcleo das atividades da UNIDAS, somente pode ser levado a cabo pelos profissionais médicos devidamente inscritos no CRM. É um requisito legal de graduação em medicina a regularidade classista, sem os quais não se pode oferecer a medicina, atendendo-se aqui o direito fundamental assegurado na Constituição Federal de 1988 e segundo o qual *é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer* (art. 5º, inciso XIII). Por outro lado, o tema se aplica com inteireza nas relações entre empresas que exploram determinados mercados e não entre prestadores de serviços e empresas intermediárias, como no caso.



Vale dizer, no caso em apreço, o mercado pertence às operadoras de planos de saúde, que comercializam serviços médicos no âmbito de sua atuação, mas não aos médicos. Estes são apenas prestadores de serviços contratados por aqueles entes para fornecer insumo principal da atividade intermediária. E justamente 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, motivo pelo qual perdem sentido as alegações relativas a esta matéria.

Mesmo assim, melhor sorte não teriam os argumentos aduzidos. A uma porque não se pode dizer que se formou um cartel, já que este é o acordo celebrado entre empresas no intuito de eliminar ou diminuir a ocorrência entre elas. Também não se verificada ocorrência de aumento arbitrário de lucros em decorrência da imposição de preços porque é sabido que os valores de honorários médicos de há muito não são reajustados, sendo esta uma discussão antiga. Os pedidos de rescisão ou descredenciamento observaram, como se vê pelos inúmeros documentos carreados aos autos, os ditames legais, notadamente a Lei nº 9.961/2000 e a resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, a qual estabelece prazo de 60 (sessenta) dias para a suspensão do atendimento. Além disso, a relação jurídica posta em exame não está submetida às regras de defesa do consumidor, porque nela não há propriamente relação de consumo, pois nenhum dos atores processuais é destinatário final dos serviços médicos.

Ademais, o descredenciamento coletivo dos médicos que prestavam serviço às entidades representadas pela autora, em princípio, não viola o princípio da livre iniciativa, porque ninguém pode ser obrigado a contratar ou a alienar sua liberdade profissional sem que o consinta ou determine a lei. E isto é o que pretende o requerente em última análise: obrigar os médicos a manterem relação contratual à míngua de determinação legal. Note-se nesse aspecto, por relevante, que a Constituição Federal de 1988 expressamente institui que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art.199), que atua de forma complementar em relação à obrigação do estado prevista no artigo 196 da Carta magna, não havendo obrigação dos profissionais da medicina em atenderem a planos de saúde.

Por outro lado não houve ofensa ao direito à saúde, que é obrigação patrimonial do estado, uma vez que permanece assegurado o atendimento pelo SUS aos beneficiários e à toda a população, que atua no plano complementar desse serviço.”

Após a transcrição das decisões acima, são desnecessários maiores

comentários. Efetivamente, é difícil, para não dizer impossível, caracterizar a ocorrência de abuso de poder econômico na modalidade dominação de mercado, se o exercício da medicina somente pode ser realizado por profissionais médicos devidamente inscritos no CRM. Como o mercado pode ser dominado se os únicos profissionais que podem praticar a medicina são os médicos?

Outra constatação inequívoca é que o chamado “mercado” pertence às operadoras de planos de saúde, que comercializam serviços médicos no âmbito de sua atuação, não aos médicos. Assim, justamente porque o conceito de ordem econômica está inseparavelmente ligado com o de empresa, temos que é impossível a ocorrência de infração à ordem econômica.

Nessa mesma linha de raciocínio temos a impossibilidade absoluta da chamada formação de um Cartel, já que Cartel é o acordo celebrado entre empresas no intuito de eliminar ou diminuir a ocorrência entre elas, como será demonstrado de forma específica mais adiante. Recorde-se que em termos de infração, o ato tido como infrator econômico tem que se adequar de forma perfeita ao fato típico, o que não ocorre como já se constata de pronto.

Finalmente, para concluir as considerações preliminares, resta comprovado que o descredenciamento dos médicos obedece às normas aplicáveis ao caso, tanto a Lei nº 9.961/2000 como a Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, que estabelecem o prazo de 60 (sessenta) dias para a suspensão do atendimento.

Assim, obedecidas essas disposições, é evidente que o descredenciamento coletivo dos médicos que prestavam serviço às operadoras, planos de saúde e outras não viola o princípio da livre iniciativa, porque ninguém pode ser obrigado a contratar ou a alienar sua liberdade profissional sem que o consinta ou determine a lei.

Ao vigorar o entendimento defendido pelos planos de saúde, teríamos a esdrúxula situação de obrigar os médicos a manterem relação contratual sem obrigação legal, o que é absolutamente inaceitável.

Outra consideração preliminar que merece exaltação e que rebate todo o fundamento de imposição da CBHPM defendido pelos planos de saúde é a de que desde 01 de setembro de 2004, ou seja, a mais de 6 anos, o Conselho Federal de Medicina expediu o Ofício Circular nº 125/2004 – AJ (doc. anexo), dirigido a todos os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, onde resta expressa a determinação de que sejam sobrestados *“todos os feitos (sindicâncias e processos ético-profissionais) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da Classificação Brasileira*



Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM nº 1.673/2003

Ou seja, de pronto se constata que, a obrigatoriedade e a tão exaltada COERCITIVIDADE (defendida pelos planos de saúde) da adoção da CBHPM não encontra subsídio na realidade fática que envolve a questão. Desde 01.09.2004, qualquer médico brasileiro não sofre penalidade ética pela não adoção da CBHPM, como prova o documento anexo. Assim, não há coerção nem obrigatoriedade de adoção da CBHPM, sendo este normativo apenas sugestivo, a exemplo do que entendeu a primeira decisão transcrita.

Portanto, o principal fundamento utilizado pelos planos de saúde para alcançar a declaração de ilegalidade da CBHPM não encontra suporte. Não há imposição e obrigatoriedade de adoção da CBHPM, sendo esta apenas um normativo referencial.

Nesse sentido, diante das informações prestadas, se esta MM SDE proferir decisão no sentido de suspender a aplicação da CBHPM, por entender que ela é obrigatória e coercitiva, terá sido induzida a erro, já que expressamente resta comprovado que não há qualquer poder coercitivo para imposição da CBHPM.

É essencial destacar outra decisão proferida nos autos do processo 2005.38.01.002122-1, proposta pela Associação dos Funcionários Aposentados do Banco de Crédito Real de Minas Gerais S.A. de Juiz de Fora/MG – ASFAC em desfavor do CFM, onde também se buscava a suspensão dos efeitos da CBHPM, com a utilização dos mesmíssimos argumentos esposados pelos planos de saúde, *verbis*:

“.....

Decido:

O Conselho Regional de Medicina, em sua contestação, informou não mais existirem penalidades ou instrução de processos administrativos em desfavor dos médicos que deixem de seguir a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, tendo sido comunicado a todos os Conselhos Regionais de Medicina que suspendessem as aberturas de processos ético-profissionais. Afastado, assim, o *periculum in mora*.

Pelo exposto, indefiro a antecipação de tutela.

.....” (grifo nosso)

Feitos estes esclarecimentos preliminares, constata-se desde já, de forma inequívoca, que o Poder Judiciário em análise específica a CBHPM já se manifestou no sentido de que não é possível caracterizá-la como elemento infratora da ordem econômica e que não existe a obrigatoriedade impositiva de sua adoção



pelos médicos brasileiros nos dias atuais.

Preliminarmente, ainda, cabe recordar que o MM Juízo Federal da 9ª vara da Seção Judiciária do Distrito Federal já se manifestou sobre a matéria, nos autos do processo onde contendem o Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo e o Conselho Federal de Medicina. Ao analisar o texto da resolução que instituiu a CBHPM, decidiu o Magistrado nos seguintes termos:

“....

2. Em longa petição desenvolve estudo em torno de normas jurídicas que teriam aplicação ao caso, especificamente à liberdade de contratar, a vulneração à lei de defesa econômica, bem como os limites da possibilidade do órgão fiscalizador da classe médica editar resoluções ou atos administrativos.

.....

4. não há, no texto administrativo, determinação ou comando endereçado aos médicos no sentido de que se vierem a descumprir a referida “Classificação” estariam sujeitos a ser punidos devendo cumpri-lo. Leio, ao contrário do afirmado, que foi criada a “Classificação” mas os valores deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais por intermédio de uma “Comissão”. E mais, que poderia haver variações de acordo com as peculiaridades regionais.

5.

6. Verifica-se que a pretensão está sustentada em premissa falsa ou sofisma. Quer (o autor) em verdade que o Poder Judiciário imponha aos médicos enquanto profissionais, que aderiram ao plano de saúde ministrado pelo autor, e que discordam dos valores que lhe estão sendo pagos, que sejam obrigados a atuar, submetendo a sua vontade a do instituto.

7. O ato praticado pelo réu (edição da CBHPM) não configura ofensa ao direito do autor. Ali não está determinado o que com tanta ênfase está sustentado na inicial, ou seja, “impondo a CBHPM como tabela (remuneração mínima) obrigatória a regular as relações entre médicos e o autor” (sic. Fl. 45).

8. O réu não está impondo nenhuma obrigação aos seus associados. Ao contrário, criou uma “classificação de procedimentos médicos” e remeteu para uma comissão nacional elaborar os valores de cada procedimento. E, permitiu que constatadas as peculiaridades regionais fossem observadas livremente na contratação.

9. A imposição de comando em uma sentença judicial dependem de estarem reunidos os pressupostos e as condições da ação. Verifico que quer alcançar os médicos, que não são parte na ação e para tal deseja que seja imposta obrigação ao réu como ente de fiscalização da categoria, atingindo o grupo de médicos que teriam aderido ao Plano de Saúde Complementar que criou e que agora, por vontade própria, por entender que os valores pagos são aviltantes, suspenderam o atendimento a seus associados. O caso é de ausência de interesse de agir.

♦.....

12. Se a pretensão é de através do afastamento de um ato administrativo que não tem a conotação que se afirma, ou seja, que está sendo cumprido pelos médicos, que aderem a plano de saúde e dele se afastam por vontade própria e que se recusam a trabalhar pelos valores fixados unilateralmente, o caso é de ausência de possibilidade jurídica do pedido.

....." (grifo nosso)

Assim, passemos a analisar a inexistência da tipificação infracional dos procedimentos adotados pelo CFM. Inicialmente, comprovar-se-á que não existe qualquer infração a ordem econômica.

O Superior Tribunal de Justiça – STJ, em análise específica à Tabela de Honorários Médicos – THM/92, se manifestou recentemente nos seguintes termos:

“Trata-se de recurso especial interposto pelo CADE, com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional, visando à reforma de v. acórdão que restou assim ementado:

"ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. CADE. INFRAÇÃO À ORDEM ECONÔMICA (LEI Nº 8.884/94, ART. 20). NÃO CONFIGURAÇÃO. AUTORIDADE COATORA. ÓRGÃO COLEGIADO. ILEGITIMIDADE AD CAUSAM. REJEIÇÃO. MANDADO DE SEGURANÇA. DIREITO LÍQUIDO E CERTO. CONCEITO. FATO CERTO, DOCUMENTALMENTE COMPROVADO. PROVA PRÉ-CONSTITUÍDA.

1. É admissível a indicação de órgão colegiado no pólo passivo da impetração de mandado de segurança. Nada obstante, se o ato vergastado é defendido tempestiva e oportunamente pelo próprio representante legal do órgão do qual emanou o ato,



emerge sua qualidade de autoridade coatora responsável, conforme previsto na legislação que disciplina o mandado de segurança.

2. O direito líquido e certo é aquele que emerge de fato certo, documentalmente comprovado no momento da impetração.

3. Na forma do disposto nos arts. 20 e 21 da Lei nº 8.884/94, constituem infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos que tenham por objeto limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa; dominar mercado relevante de bens ou serviços; aumentar arbitrariamente os lucros e exercer de forma abusiva posição dominante, a exemplo da conduta de obter ou influenciar a adoção de conduta uniforme ou concertada entre concorrentes (art. 21, inciso II).

4. Não se subsume a hipótese legal mera orientação para utilização da Tabela de Honorários Médicos elaborada pela AMB, que apenas sugere aos profissionais os valores mínimos de honorários capazes de remunerar dignamente os serviços prestados, não contendo norma de conduta, muito menos capitulando qualquer sanção (precedentes do STJ e da 3ª Turma Suplementar).

5. Apelação e remessa improvidas. Sentença mantida."

Sustenta o recorrente ter o aresto *à quo* afrontado os arts. 20 e 21, inc. II, da Lei n. 8884/94, ao argumento de que "a tabela de preços é, em princípio, prejudicial à concorrência, uma vez que ao criar uma conduta uniforme, nivelando a prestação dos serviços, tende a eliminar os mecanismos normais de formação de preços". Releva, ainda, que a própria lei "não fixa como critério determinante para configuração do ilícito a geração de efeitos sobre o mercado, considerando infração à ordem econômica atos que tenham por objeto ou possam produzir efeitos nocivos, ainda que não alcançados".

Relatados. Decido.

A matéria inserta nos dispositivos legais indicados pelo recorrente, em suas razões, a despeito de constarem do acórdão recorrido não foram objeto de sua análise e debate, carecendo pois, do necessário prequestionamento. Em verdade, o aresto baseou-se na Resolução n. 89/89 do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal para afirmar que a Tabela da AMB pode ser utilizada como "parâmetro mínimo para remuneração dos serviços prestados", não se consubstanciando a simples recomendação de sua observância em prática limitadora da livre



concorrência. Incidência das Súmulas ns. 282 e 356/STF, na espécie. Tal a razão, **NEGO SEGUIMENTO** ao recurso, com arrimo no art. 557, caput, do Código de Processo Civil.

Publique-se.

Brasília (DF), 11 de outubro de 2004.

MINISTRO FRANCISCO FALCÃO – Relator

RESP 663.179 - DJU 28.10.2004.”

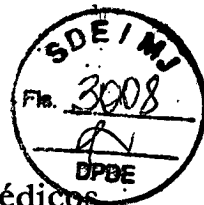
Pois bem, mesmo levando em consideração a argumentação de que a CBHPM é uma tabela de honorários médicos, constatamos que o STJ possui entendimento diferenciado sobre o tema. Assim, retornemos para a análise da CBHPM em si.

Também merece ressalva a decisão como a proferida pelo MM Juízo da 23ª vara Cível da Comarca de Salvador - Bahia, nos seguintes termos, *verbis*

“Evidente que se encontra patenteada, a lesão de natureza coletiva que as Acionadas vêm praticando contra seus segurados, não só pelas elevadas contribuições que pagam, bem como pelos aumentos escorchantes que praticam, sem levar em consideração os índices inflacionários. Este mesmo comportamento editado de maneira e de modo unilateral contra a classe médica, sua maior fornecedora de mão-de-obra especializada, com quem mediante contrato de adesão tipificadamente elaborado unilateralmente pelas Acionadas impõe as Acionantes as tabelas de remuneração e procedimentos médicos, sem que lhes dê a oportunidade de discutir os seus valores remuneratórios, que se tornam incompensatórios, pelos serviços que prestam aos segurados das Acionadas através de intermediação destas que pagam os serviços prestados aos seus segurados. Sendo a natureza jurídica do contrato remuneratório, imposto pelas Acionadas a Acionante e suas congêneres, não poderia, como não pode prevalecer neste tipo de relação jurídica um contrato de adesão mas sim um contrato bilateral e cumulativo bem como por ser remuneratório, oneroso. Conseqüentemente ao contrato de adesão, é extremamente nulo, não sendo capaz de produzir nenhum efeito jurídico de ordem contratual entre as partes, não deixando de se ressaltar de que quem vende o serviço (a Acionante) é quem dá o preço dos serviços a serem prestados, e quem compra combina o seu valor final. O comportamento espoliativo, leonino e usurário destas companhias de seguridades sociais na área médica é sabido e notório, do conhecimento público, que a cada esquina desta metrópole encontra-se os gritos de reclamos pela lesão que sofrem seus



usuários, pela falta de atendimento médico, motivado e imposto pelas
seguradoras, dos procedimentos médicos que podem ou não ser
praticados e que deveriam concretizarem-se dentro do princípio da
mais estrita boa-fé, de que deveria se servirem às seguradoras com a
classe médica, com a finalidade de não causarem prejuízos
irreversíveis à saúde de seus segurados, a ser praticada pelas
seguradoras. Fato notório ainda é, portanto, de que os aumentos
impostos pela seguradora aos seus segurados são constantes e no que
toca a atualização dos honorários que lhes prestam os serviços
médicos são insignificantes quando não concedidos. Presume-se
portanto diante do comportamento das Acionadas, por ser um fato
notório de clamor público que de fato há 10 (dez) anos as Acionadas
não proporcionam nenhum aumento de valores remuneratórios dos
honorários pagos pelos serviços que lhes são prestados pela classe
médica conveniada seja individualmente ou societariamente. Emerge
não só dos autos mas, do clamor público em favor da Requerente a
existência em seu favor do fumus boni juris, e se não concedida à
medida cautelar ora requerida o periculum in mora, com grave
prejuízo para a autora, cujas razões e fundamentação de peça
vestibular inaugural, à luz da documentação acostada aos autos,
endosso para integrar a presente decisão de conceder à parte autora a
medida cautelar inominada para que sejam as acionadas obrigadas a
remunerarem os serviços médicos conveniados de acordo com a
Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos,
cujo documento encontra-se às fls. 40 dos autos. O sistema bancário
do país, na sua expressão mais genérica, é voraz, causador e
estimulador da pobreza e da miséria desta Nação, que só almeja os
grandes lucros para si e a pobreza da saúde, da alimentação e da
moradia para o universo da população. As Acionadas estão assim
diante de sua brutal incoerência, intransigência, violando os artigos 3º
incisos I, III e IV; artigo 7º, incisos IV, V, VI, X e XXXIV; artigo 170,
173, § 4º e 5º e 202, todos da Constituição Federal, bem como os
princípios fundamentais que estão contidos no Código de Proteção e
Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990,
principalmente os artigos 6º, 51 § 1º, inciso II e III, artigo 54 e 101 do
mesmo diploma legal. Deferida fica assim pelos fundamentos de fato
e de direito contidos na presente peça vestibular, e pelas razões acima
esposadas acolhidas pelo fumus boni juris e pelo periculum in mora,
a medida tutelar ora requerida, ficando culminada a multa de R\$
40.000,00 (quarenta mil reais) diariamente pelo não pagamento dos
honorários dos serviços médicos conveniados de acordo com os
valores estabelecidos pela FENAM, ou seja, como determina a



Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, ficando as Acionadas como depositárias das deferidas quantias que, em caso de aplicação de multa, deverá ser depositada em cartório até o dia 10 do mês seguinte, que caso não se efetive será convertida em Ação de Depósito que, se não cumprido, importará na aplicação da prisão civil por caracterização da condição de depositárias infieis, nomeando este Juízo como depositários os Gerentes Financeiros das referidas instituições, na condição de prepostos, sendo que em caso de execução da prisão do depositário infiel à mesma será cumprida caso o Gerente Financeiro tenha nível universitário em sala de estado maior no Quartel dos Aflitos desta Capital. Intime-se. Publique-se.

Salvador, 20 de julho de 2004

Jandyr Alyrio Guttemberg da Costa
Juiz Plantonista” (grifamos)

A decisão acima e as demais decisões transcritas ao longo da presente são instrumentos de prova utilizados para demonstrar que a CBHPM é um ato legal e respaldado pelo ordenamento jurídico Brasileiro. Ademais, resta caracterizado que o Poder Judiciário está sendo utilizado pelos planos e operadoras de planos de saúde para impor uma tabela de honorários médicos que se encontra sem correção há mais 16 (dezesseis) anos.

Ao combater a CBHPM e suspender seus efeitos, está sendo suspensa também a utilização de procedimentos médicos que já estão à disposição da sociedade como um todo, mas que os planos e operadoras de planos de saúde se negam a custear.

Os planos e operadoras de planos de saúde buscam levantar o estandarte da livre concorrência e da ilegalidade de uma “tabela de honorários médicos”, mas, em segundo plano, buscam impedir que sejam obrigados a custear centenas de novos procedimentos que são essenciais para a saúde de seus clientes, mas são mais onerosos e menos lucrativos para seus interesses.

A r. decisão acima transcrita retrata essa realidade de forma pontual e é uma das manifestações judiciais que analisa a questão como um todo e sob uma ótica correta.

Cabe salientar novamente que o CFM já diligenciou no sentido de comunicar a todos os Conselhos Regionais de Medicina que sejam suspensas as aberturas de Processos Ético-Profissionais em desfavor dos referidos médicos (docs. anexos). Assim, a razão que poderia caracterizar o *periculum in mora*, não existe mais.



Vale citar que em casos análogos ao presente vários julgados têm admitido a utilização de tabelas de honorários a fim de assegurar a mínima remuneração por serviços. Com efeito, Excelentíssimo Sr. Dr. Juiz Novély Vilanova da Silva Reis, no processo nº 2001.34.00.022713-6, tramitado perante a 7ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, assim se manifestou, *verbis*

“SENTENÇA 103/2003

AÇÃO ORDINÁRIA 2001.22713-6

AUTORA: COOPANEST/SE – COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DE SERGIPE

RÉU: CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA

A autora propôs a presente ação de conhecimento pretendendo anular as penas que lhe foram impostas no processo administrativo 08012.007460/97-74 por infração da ordem econômica traduzida na formação de cartel, nos termos dos arts. 20/I e 21/II e V da Lei 8.884/94 (fls. 3-14).

2. Alegou, no essencial, que não configura infração da ordem econômica a utilização de “lista de procedimentos” editada pela Associação Médica Brasileira em 1996 para simples orientação de médicos, evitando o recebimento de preços vis pela prestação de serviços. Essa conduta não prejudica a livre concorrência, pois não induz a prática comercial uniforme entre concorrentes. É “um parâmetro à cobrança dos serviços de seus associados, não caracterizando” nenhuma das formas de abuso do poder econômico, como a dominação de mercado, a eliminação de concorrência e o aumento arbitrário de preços.

3. O réu contestou sustentando, em síntese, que a tabela de preços utilizada pela autora “produz efeitos anticoncorrenciais, haja vista que impede qualquer mecanismo de concorrência no mercado em questão, na medida em que todos os profissionais, médicos anestesistas, vinculados à entidade, praticam o mesmo preço estipulado na tabela. No caso vertente, constatou-se que a autora abarca um número superior ao número de médicos anestesiológicos credenciados no Conselho Regional de Medicina de Sergipe, caracterizando total domínio do mercado relevante da prestação de serviços anestesiológicos na região de sua abrangência” (fls. 750-8).

4. A autora replicou reiterando o pedido (fls. 821-7). Não requerida à produção de provas em audiência, procede-se ao julgamento antecipado da lide nos termos do art. 330/I do CPC (fls. 828-30).

FUNDAMENTOS DO JULGADO



5. A autora presta serviços médicos de anestesiologia mediante contratação de planos de saúde. Ficou comprovado no processo administrativo que essa cooperativa de trabalho possui em seu quadro de cooperados um número (67) de médicos superior ao número (41) de inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe (fl. 141).

6. O exercício, por si só, dessa posição dominante nesse mercado relevante de serviços anestesiológicos não configura abuso de poder econômico. O abuso somente se verifica quando vise à dominação do mercado, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros (Constituição, art. 173, § 4º).

7. O fato de a autora (cooperativa de serviços) ter adotado a “lista de procedimentos” da Associação Médica Brasileira não implica a dominação do mercado ou eliminação da livre concorrência de modo a configurar o abuso de poder econômico. Essa tabela foi editada com o objetivo de evitar a cobrança de honorários vis ou extorsivos, como prevê o Código de Ética Médica:

“É vedado ao médico:

Art. 86. Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios”

8. Apesar do serviço prestado ter o mesmo preço, não é negado ao paciente o direito de escolher o médico vinculado à cooperativa/autora por razões de preferência ou de competência profissional. Diante disso é impertinente o argumento de que “a uniformização de preços de serviços afronta o direito de escolha dos consumidores/usuários de plano de saúde, que pagarão os mesmos preços pelos serviços que necessitarem, sejam eles prestados por um experiente ou inexperiente profissional”.

9. É notoriamente sabido que há mais de vinte anos o mercado de prestação de serviços de saúde sempre adotou tabelas de honorários profissionais, inclusive no sistema único de saúde/SUS. Não se compreende por que somente a “lista de procedimentos médicos/1996” da Associação Médica Brasileira foi considerada anticoncorrencial! Como bem observou o Ministro Humberto Gomes de Barros, no MS 3.461-8-DF, 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, a adoção de tabela de honorários não constitui cartel:

“A tabela de honorários médicos resulta de um ato com o escopo de sugerir aos profissionais da medicina, honorários mínimos, capazes de remunerar dignamente os serviços prestados.

Ela não contém qualquer norma de conduta. Tampouco, comina sanção para quem não observar os valores recomendados.

Quem já exerceu profissão liberal conhece a utilidade de semelhantes



tabelas, em relação, notadamente, aos novíços.

Muitas vezes, o jovem profissional queda-se perplexo, diante de uma situação que lhe é posta. Coloca-se frente ao dilema: fixar honorários, em valor alto demais e explorar (ou perder) o cliente; ou estabelecê-los em valor irrisório, em atentado à dignidade profissional?

A tabela obvia o embaraço.

Ela não induz conduta comercial uniforme entre concorrentes. Suas recomendações, simplesmente divulgam valores razoáveis:

Se, pelo contrário, a conjuntura os coloca em patamares demasiadamente elevados, os prestadores de serviços desprezam as sugestões e elevam os honorários. Sob outro aspecto, o profissional que se torna famoso contrata honorários, sem levar em conta qualquer tabela. Nos termos da própria Lei 8.158/91, a atividade da Secretaria Nacional de Direito Econômico tem como encargo "apurar e propor as medidas cabíveis com o propósito de corrigir as anomalias de comportamento de setores econômicos, empresas ou estabelecimentos, bem como de seus administradores e controladores, capazes de perturbar ou afetar, direta ou indiretamente, os mecanismos de formação de preços, a livre concorrência, a liberdade de iniciativa ou os princípios constitucionais da ordem econômica."

Como se vê, o escopo da Secretaria é obviar a formação de cartéis e monopólios.

Ora, cartel é o agrupamento de empresas, para o efeito de, através do controle da produção, estabelecerem preços lesivos à comunidade.

As tabelas de honorários não agrupam entidades, para exploração do mercado, nem propiciam o controle de preços. Elas simplesmente fornecem parâmetros não obrigatórios de honorários, evitando que uma categoria econômica, pulverizada em inúmeros indivíduos sem contato entre si, tornem-se presas fáceis de organizações econômicas voltadas à exploração de seu trabalho. O próprio Estado mantém serviços que apuram e divulgam valores de salários e remunerações.

O famoso SINE, do Ministério do Trabalho presta serviço meritório, informando a prestadores e tomadores de serviços, o valor médio de tais atividades.

A existência de tabelas uniformes para todo o Brasil não constitui ilícito: as fábricas de automóveis estabelecem preços que são observados pelos revendedores, em todo o Brasil.

Não vejo como a tabela de honorários mínimos possa conduzir a "conduta comercial uniforme ou concertada entre concorrentes".

Enxergo nelas um instrumento de defesa das profissões liberais, contra organizações, que na atual sociedade de massas, exploram o



trabalho de seus integrantes.”

10. Não há dúvida que o CADE se impressionou com o especioso argumento deduzido pelo denunciante (certamente algum comprador de serviços médicos) de que “eles (os planos de saúde) adotam para cobrança de preços uma tal lista de procedimentos, que na sua página 27 sugere os valores a serem cobrados e na página 18 chega ao absurdo de sugerir a cobrança em dobro (isto mesmo, 100% a mais) quando o paciente estiver em acomodações especiais” (fls. 165-7).

11. É óbvio que quando o paciente opta por “acomodações especiais” (apartamento individual numa clínica) tem de pagar além da tabela. Não estamos em Cuba para imaginar o contrário! De qualquer modo, isso (a cobrança de valor superior ao valor da tabela) dispensa outras considerações, pois nada tem a ver com práticas anticoncorrenciais. Poderia ser enquadrado na relação de consumo cuja vigilância não é da atribuição do Conselho Administrativo de Defesa Econômica.

DISPOSITIVO

12. Acolho o pedido para anular as penas aplicadas à autora Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas de Sergipe no Processo Administrativo nº 08012.007460/97-74 (acórdão, fl. 144). O réu pagará a verba honorária de R\$ 1.000,00 e reembolsará as custas antecipadas (CPC, art. 20: nas causas sem condenação pecuniária essa verba é fixada consoante apreciação eqüitativa do juiz (§ 4º), não se aplicando os percentuais indicados no § 3º).

13. Publicar: decorrido o prazo recursal (30), remeter os autos para o TRF da 1ª Região (CPC, art. 475/I com a redação dada pela Lei 10.352/2001: “sentença contra autarquia”).(grifou-se)

A indefectível sentença é precisa ao demonstrar que não se trata, portanto, de igualar diferentes profissionais da área médica, nem, tampouco, confundir ou lesar os consumidores.

Aqueles médicos de renome e/ou notória especialização sempre poderão cobrar os honorários que entendam bem remunerar os seus serviços, sem levar em conta qualquer classificação ou tabela. Ao revés, outros, em certas localidades do país, podem vender seus serviços por um prato de comida, o que é inaceitável sob qualquer prisma de observação, principalmente sob a análise ética da matéria.

A procura por determinado profissional e o valor de seus honorários dependem da qualidade dos serviços por ele prestados, não cabendo aqui a conclusão de que a mera existência de uma classificação mínima de preços a serem praticados implique a uniformização de condutas e valores.



Com efeito, será sempre possível que a cobrança da remuneração se dê a maior ou a menor do que o parâmetro previsto na Classificação de Procedimentos Médicos.

Por todos os motivos acima expostos, constata-se que a utilização da CBHPM, contendo previsão de verba de honorários pelo CFM, presta-se como parâmetro à cobrança dos serviços de seus associados, não caracterizando assim prática abusiva.

O abuso do poder econômico, que merece ser reprimido, há de se inserir em uma das três formas constitucionalmente previstas, quais sejam: dominação de mercado; eliminação de concorrência e aumento arbitrário de lucros. Além disso, é essencial a existência de relação de causa e efeito objetivando uma dessas finalidades.

Com efeito, a adoção da referida classificação, portanto, cumpre a finalidade de evitar a cobrança de honorários vis e sua elaboração se mostra legítima, uma vez que decorre do Poder de Polícia previsto na Lei n.º 3268/57.

Ora, a classificação preconizada pelo CFM não constitui qualquer das infrações contra a ordem econômica, porque apenas estabelece um valor mínimo razoável de remuneração.

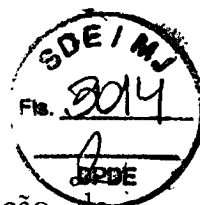
Desse modo, não há perturbação à livre concorrência ou à livre iniciativa. O usuário continua dispondo da liberdade de escolher o plano de saúde que lhe convier e o paciente livre para optar pelos médicos de sua confiança.

Portanto, as denúncias protocoladas nesta Eg. SDE contrariam inúmeros precedentes jurisprudenciais, constituindo flagrante ilegalidade e inconstitucionalidade, tendo em vista que está inviabilizando o exercício do Poder de Polícia dos Conselhos de Fiscalização Profissional.

Vale ainda lembrar a lição de Guilherme A. Canedo de Guimarães que esclarece que *"se a finalidade do ato é a racionalização da atividade, sua utilização, mais racional e eficiente, não há incriminá-la. O que autoriza a punição é a finalidade, a teleologia da atuação, a intenção, o resultado: prejudicar a concorrência, abusar do mercado, nas hipóteses constitucionalmente indicadas"* (p 478)

CONCLUSÃO

A sugestão da utilização da Classificação Brasileira Hierarquizada de



Procedimentos Médicos - CBPHM não possui por finalidade a imposição de honorários médicos, mas apenas orientar a sua cobrança, evitando a fixação de preço vil, garantindo o mínimo de eficiência na prestação dos serviços e prestando-se ainda a proteger os profissionais liberais que se sujeitam às condições desfavoráveis e prejudiciais ao participarem de convênios.

Conclui-se, portanto, que a conduta do Conselho Federal de Medicina jamais pode ser enquadrada como prática de abuso econômico, uma vez que 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.

Os planos e operadoras de planos de saúde buscam transmitir aos Conselhos de Medicina a responsabilidade pela falta de adimplemento dos contratos firmados com seus usuários. E buscam a ajuda do Poder Judiciário para inverter o foco que envolve a matéria, sempre sob a ótica que melhor os contempla. Essa é a verdade.

Finalizando, é preciso recordar que a atuação médica foge ao conceito de conduta comercial, sendo inadmissível a aplicação da Lei n.º 8.884/94. Vale assinalar que a prática médica é permeada de regras, condutas e peculiaridades que vedam a utilização da medicina como atividade comercial.

Recorde-se que na relação de desequilíbrio entre os consumidores/pacientes e os fornecedores/planos de saúde, os primeiros são os mais indefesos e os mais afetados pela tentativa explícita dos segundos ampliarem suas margens de lucro sem a contraprestação de uma assistência médica bem remunerada e com a utilização dos procedimentos médicos mais modernos e eficazes.

Neste diapasão, é essencial destacar que suspensa a CBHPM restará impossibilitado o acesso da população aos procedimentos médicos mais modernos e comprovadamente mais eficazes para a resolução dos problemas de saúde. Ademais, há que se considerar também que não é possível conceber a idéia de que as operadoras de plano de saúde reajustam seus preços todos os anos, de forma pontual, e não reajustam o valor da consulta há 16 anos. Onde está o equilíbrio econômico do contrato?

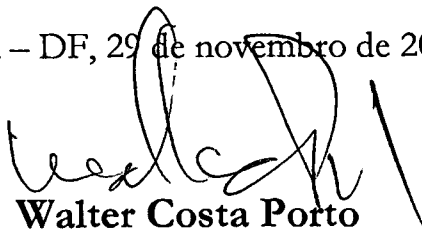
A função social do contrato, que afasta o absolutismo do acordo de vontade entre as partes, é um instrumento de proteção ao lado mais fraco do contrato, e, é uma inovação do Novo Código Civil que visa proteger uma relação contratual de equidade. Sob este aspecto, é essencial destacar que está havendo um prejuízo latente à prestação dos serviços médicos como um todo.



Diante do exposto, requer-se que sejam conhecidas as presentes alegações finais, por serem tempestivas, rogando-se para que as denúncias ora analisadas, de cometimento de infração à ordem econômica por parte dos Conselhos de Medicina, pela edição da CBHPM, não prosperem. Tudo isso por ser medida do mais lícito direito e justiça.

Nestes Termos,
Pede e Espera, por Justiça, o Deferimento.

Brasília – DF, 29 de novembro de 2010.



Walter Costa Porto
OAB/DF nº 6.098

FAÇO JUNTADA ESTE PROCESSO petição
do CFM/DF + subst.

SE PASSAM A CONTITUIR AS FLS 3016/3017
SDE/MJ, 02/12/2010

Risa

ILUSTRÍSSIMO SR. SUB DE DIREITO ECONÔMICO SUBSTITUTO - DR. DIEGO
FALECK - DA SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO DO MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

Processo n. 08012.004276/2004-71

SDE/GAB/CAPRO

Coordenação de Apoio Processual



08012.012292/2010-86

Secretaria de Direito Econômico/SDE/MJ
08012.012292/2010 - 29/Nov/2010 - 15:35

*Notifique-se o interessado para
que procure o Setor Processual desta
DPDE para que seja seu pedido
atendido -
Junta-se*

BSB, 29/11/10.

Alessandra
Alessandra Lopes da Silva

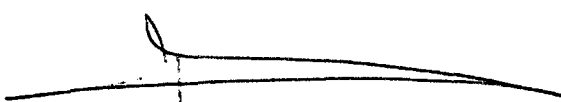
Coordenadora Geral de Assuntos Jurídicos
SDE/MJ

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, já qualificado nos autos

em epígrafe, vem, por seu advogado, requerer vista e cópia dos autos, bem como
protestar pela juntada do substabelecimento anexo.

Pede deferimento.

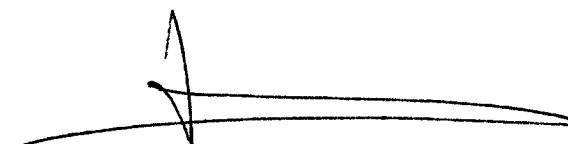
Brasília, 29 de novembro de 2010


Antônio Perilo Teixeira
OAB/DF 21.359

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, ao estagiário GUILHERME AUGUSTO FREGAPAN, RG 2567492 com escritório profissional localizado no SAS Quadra 06, Bloco K, Conj. 1002, Ed. Belvedere, Brasília-DF, os poderes a mim conferidos por **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM.**, no processo de nº 08012.004276/2004-71, em trâmite perante a Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça- SDE/MJ

Brasília, 29 de novembro de 2010.



Antônio Perilo Teixeira
OAB/DF 21.359



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS - ED. SEDE - 5º. andar - Sala 552 - CEP: 70064-900
Fone: 2025-3782/3393

FOLHA DE TRANSMISSÃO DE FAX

PARA:	DE:
ANTÔNIO PERILO TEIXEIRA	DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA
EMPRESA:	DATA:
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM	30/11/2010
FAX:	NÚMERO DE PÁGINAS INCLUINDO A FOLHA
61 3034-5572	DE ROSTO:
	01
TELEFONE:	TEL. DE REF. DO REMETENTE:
(61) 3965-4999	(61) 2025-3782
ASSUNTO:	FAX:
Deferimento	(61) 2025-3497

OF/Nº 7691 /CGAJ/DPDE-

Brasília, 30 de novembro de 2010.

Ref.: Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71

Prezado Senhor,

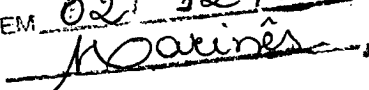
Em atendimento à solicitação de Vossa Senhoria, informo o seguinte despacho:

"Notifique-se o interessado para que procure o Setor Processual deste DPDE para que veja seu pedido atendido."

Atenciosamente,


ALESSANDRA LOPES DA SILVA
Coordenadora Geral de Assuntos Jurídicos

ESS - CFM - 301110

MS/DPDE/PROTÓCOLO
LANÇADO NO MICRO
EM 02/12/10


RELAT DE VERIF TRANSM

HORA : 30/11/2010 10:53

DATA/HORA
NR. FAX/NOME
DURACAO
PAGINAS
RESULT
MODO

30/11 10:51
030345572
00:01:24
02
OK
NORMAL
ECM

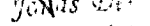


Confirmado pela Sra. Carolina em 30/11/2010 às 12:00hs

FOLIO NÚMERO DE ESTE PROCESO

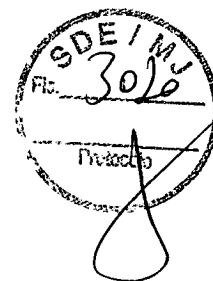
Cópia da
Nota Técnica DPDe/CBAI/MT
M. do P. rodimento de N.
08012-001039/2do-05

SDE/MJ, 10/05/11


Jonas Delfino Ribeiro de Sousa
Chefe de Serviço
SDE/GAB



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA**



.. Ref.: Procedimento Administrativo nº 08012.001039/2010-05

I. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE NEGOCIAÇÕES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1. As denúncias de infrações contra a ordem econômica no setor de saúde suplementar representam significativa demanda da atuação do SBDC. Os embates travados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares (médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outros) na contraprestação pelos serviços prestados são recorrentemente submetidos ao crivo das autoridades de defesa da concorrência, diante das supostas implicações anticompetitivas advindas das negociações no setor, que ultrapassam a esfera meramente privada da relação entre as partes envolvidas.

2. Usualmente, as denúncias de infrações no setor trazidas à SDE referem-se a negociações coletivas conduzidas por entidades representativas da classe médica e dos hospitais e à imposição de tabelas de honorários por essas entidades, que coordenam boicotes e paralisações de serviços como formas de pressionar as operadoras de planos de saúde a implementarem suas reivindicações.

3. As condutas em comento foram consideradas anticompetitivas pelo CADE em 60 processos administrativos, o que representa 35% de todas as condenações aplicadas pelo CADE entre 1994 e 2008.

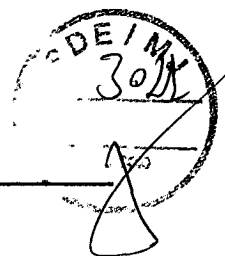
4. Ao apreciar as práticas adotadas no setor de saúde suplementar, o CADE e a SDE suscitam em seus votos e pareceres os aspectos deletérios das condutas, destacando:

a) As tabelas de preços impostas por entidades de classe uniformizam os preços cobrados às operadoras de planos de saúde, impedindo que haja remuneração diferenciada aos profissionais em razão de qualificações técnicas particulares;

b) As negociações coletivas conduzidas pelas entidades representativas das categorias de prestadores conferem a eles poder de mercado, reduzindo as possibilidades de que as operadoras de planos de saúde se beneficiem da competição que resultaria em menores preços;

c) As formas de coordenação adotadas pelos prestadores não representam ganhos de eficiência, e se justificam exclusivamente no interesse da categoria em impor aos contratantes maiores preços;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



d) As negociações individuais entre operadora e prestador para a fixação da remuneração devida é o mecanismo que resulta na mais eficiente alocação dos recursos, e portanto, devem ser a regra para o mercado de saúde suplementar.

5. Não obstante as reiteradas condenações proferidas pelo CADE, que tem majoritariamente decidido pela configuração de infração à ordem econômica nas condutas perpetradas no setor, são recorrentes as denúncias recebidas pela SDE relatando a persistência das práticas de mercado condenadas, conforme dados da tabela abaixo.

Casos de negociação coletiva e tabelas na SDE	
Processos Administrativos	35
Averiguações Preliminares	13
Procedimentos Administrativos	8
Total	56

6. Embora sejam fartas as evidências das práticas adotadas pelas entidades representantes dos prestadores, a análise mais detida dos casos em trâmite na SDE¹ tem demonstrado que também as operadoras de planos de saúde negociam por intermédio de entidade representativa, marcadamente as operadoras classificadas na modalidade de autogestão. Note-se que, das 60 condenações impostas pelo CADE acerca da matéria, aproximadamente 50% originaram-se a partir de representações encaminhadas diretamente pela entidade que congrega as operadoras de autogestão.

Processos Julgados no CADE que tiveram participação da UNIDAS		
Tipo	Representante	Representada
Arquivada	4	1
Condenada	24	3
Total	29	4

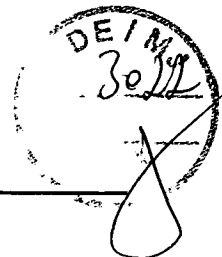
7. Nesse contexto, com o fim de instruir os processos administrativos relativos ao setor de saúde suplementar em trâmite no Departamento de Proteção e Defesa Econômica, em 19 de janeiro de 2010, foi instaurado o procedimento administrativo para acompanhamento de atividades de mercado², nos termos dos incisos I e II do artigo 14 da Lei nº 8.884/94, no bojo do qual foram encaminhados ofícios para 43 (quarenta e três) operadoras de planos de saúde³.

¹ A Unidas compõe o pólo passivo dos seguintes Processos em trâmite na SDE: 08012.013467/2007-77, 08012.003422/04-41, 08012.006969/00-75, 08012.002874/04-14, 08012.002381/2004-76, 08012.009381/2006-69, 08012.005135/2005-57; e na seguinte Averiguação Preliminar: 08700.001782/2007-01 e no seguinte Procedimento Administrativo 08012.005558/2010-34

² Autos nº 08012.001093/2010-05.

³ 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; Itaúseg Saúde S.A.; BrasiSaúde 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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

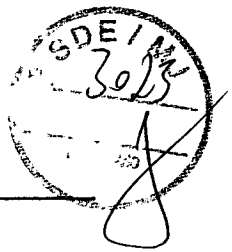


8. O monitoramento teve por finalidade obter junto a operadoras de planos de saúde informações que pudessem traduzir para autos dos processos administrativos o contexto e o processo de negociação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores quanto aos valores e reajustes dos serviços médico-hospitalares.

- i) Como são definidos os honorários que serão pagos aos prestadores de serviços contratados por essa operadora? Os valores são definidos por uma das partes ou existe um processo de negociação?
- ii) Como se dá o processo de negociação de honorários entre esta operadora e os prestadores de serviços de saúde? Explicar detalhadamente a forma de negociação com hospitais, SADT e com médicos. Encaminhar cópia de eventuais atas ou documentos que comprovem o procedimento pelo qual foram conduzidas negociações havidas entre esta operadora e prestadores nos últimos 2 (dois) anos.
- iii) Quanto à negociação de honorários com os profissionais médicos, essa operadora adota honorários diferenciados em razão da qualificação, experiência, reputação, etc. do profissional? Quais razões motivam o pagamento de honorários diferenciados e quais são os critérios analisados? Informar o percentual dos médicos credenciados que recebem honorários diferenciados em razão dos diferenciais apontados, em relação ao total de médicos credenciados por essa operadora? Os médicos que recebem honorários diferenciados exercem alguma atividade junto a esta operadora, como por exemplo, avaliação de diagnósticos para emissão de segunda opinião? Especificar.
- iv) As negociações entre a operadora e o prestador são feitas individualmente ou existe alguma entidade representativa dos interesses das partes que intermedeia as negociações?
- v) Caso as negociações sejam feitas por entidades representativas, qual(is) entidade(s) representa(m) os prestadores (identificar a entidade que representa os hospitais, os médicos e SADT)? E, qual(is) entidade(s) representa(m) as operadoras de planos de saúde?
- vi) O que justifica as negociações coletivas entre operadoras e prestadores? Há alguma eficiência na adoção desse procedimento?

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

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- vii) O que acontece no caso das partes não chegarem a um acordo? Há interveniência de terceiros ou árbitros no processo?
- viii) As negociações se pautam em alguma espécie de tabela? Qual? Em caso afirmativo, tal tabela tem caráter referencial ou obrigatório? Encaminhar a tabela utilizada.
- ix) Há viabilidade de contratação de prestadores sem a interveniência da entidade que os representa? Nesse caso, é possível negociar qualquer valor de honorários, ou são aplicadas tabelas divulgadas por entidades de classe?
- x) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos, Hospitais e SADT contratados por essa operadora é viável? Informar se essa operadora adota ou já adotou essa forma de negociação, e, em caso positivo, encaminhar documentos comprobatórios. Em caso negativo, indicar as razões pelas quais essa operadora não negocia individualmente honorários com os médicos, Hospitais e SADT.
- xi) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos contratados poderia aumentar os custos dessa operadora? Explicar de que forma as negociações individuais poderiam impactar positiva ou negativamente nos custos administrativos desta operadora.

9. As respostas foram recebidas pela SDE entre fevereiro e outubro de 2010 e totalizaram 11 volumes de documentos. Considerando a necessidade de juntar a documentação integral a todos os processos correlatos, as respostas foram digitalizadas e gravadas em mídia digital (dvd ou cd), reproduzida e anexada aos feitos.

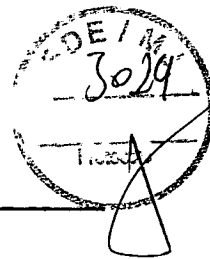
10. Algumas operadoras requereram fosse conferido tratamento confidencial às informações prestadas à SDE. A diligência realizada junto às operadoras de planos de saúde refere-se essencialmente a estratégias de negócios e relação com fornecedores, assim compreendidos os prestadores de serviços médico-hospitalares. Desta forma, as informações prestadas, de modo geral, enquadram-se nas hipóteses previstas nos incisos IV e IX da Portaria MJ nº 456/2010, reclamando tratamento confidencial.

11. A fim de preservar a confidencialidade garantindo-se, todavia, o conhecimento das informações coletadas, essenciais para a compreensão do mercado, foram providenciadas *ex officio* versões públicas das petições, omitindo-se os dados que permitissem identificar a operadora correspondente. As versões confidenciais permanecem em apartado de acesso exclusivo ao SBDC.

12. Feita essa introdução, passa-se, a seguir, ao relato e análise dos dados colhidos pela SDE.

I.1 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



13. Antes de analisar de forma pormenorizada as informações prestadas pelos planos de saúde, é importante ressaltar que, no que se refere ao número de beneficiários, as operadoras oficiadas por essa Secretaria representam mais de 30% do mercado de planos de saúde brasileiro.

14. Destaca-se, ainda, que das 43 operadoras de planos de saúde oficiadas, 03 informaram⁴ que contratavam rede de prestadores de serviços de outras operadoras de planos de saúde e, portanto, não estavam aptas a responder os questionamentos dessa Secretaria. Outras 02 operadoras não responderam o questionário.

15. Além disso, é importante ressaltar que foram oficiadas operadoras de planos de saúde localizadas em todas as regiões do país. Dessa forma, temos a seguinte distribuição das operadoras oficiadas em relação ao território nacional:

60% atuam na região Sudeste

23,26% atuam na região Centro-Oeste.

9,30% atuam na região Nordeste.

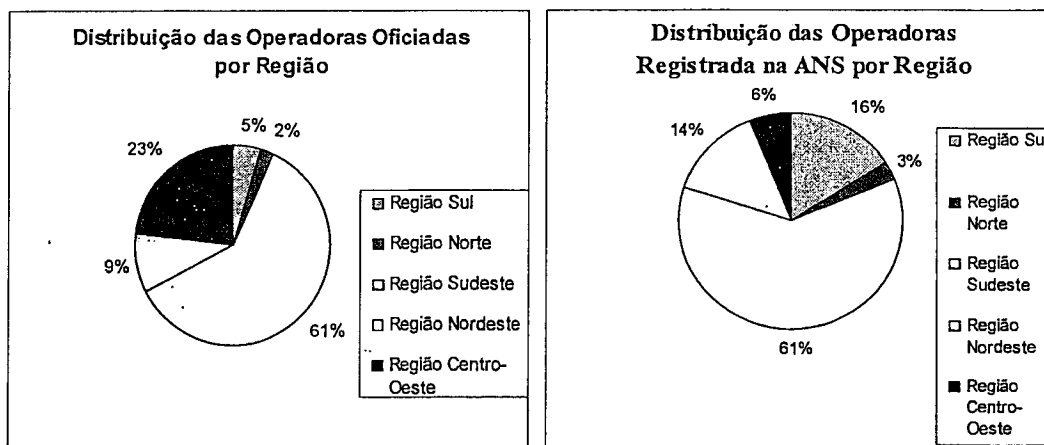
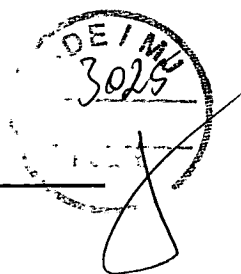
2,33% atuam na região Norte e

4,65% atuam na região Sul

16. Tal distribuição guarda proporcionalidade com a distribuição regional das operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar: cerca de 60% das operadoras inscritas na ANS tem atuação na região Sudeste, enquanto 14% encontram-se na região Nordeste. A região Sul abarca 15,84% das operadoras de planos de saúde. Já a região centro-oeste e norte, representam 6,48% e 2,94% do mercado, respectivamente. Pela análise desses dados, temos apenas que a região Centro-Oeste foi super-representada na pesquisa, enquanto que a região sul, subrepresentada.

⁴ Brasil Saúde, Companhia de Seguros, Usiminas e Telesp

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



17. Ressalta-se, ainda, que foram oficiadas operadoras classificadas em diferentes modalidades de organização, à luz do estabelecido pelo artigo 1º, inciso II da Lei n. 9.656/98⁵. Dessa forma, foram oficiadas (i) operadoras classificadas como **medicina de grupo**, representadas pelas entidades associadas à Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE; (ii) **seguradoras especializadas em saúde**, representadas pelas entidades filiadas à Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados – FENASEG (FENASAÚDE); (iii) instituições de **autogestão**, no caso, as entidades de maior representatividade dentre as operadoras associadas à **União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS**; e (iv) **cooperativas médicas**, representadas por singulares ligadas ao Sistema Unimed.

⁵ A RDC nº 39, expedida pela ANS, em 27 de outubro de 2000, especificou sob quais modalidades uma operadora pode exercer sua função, segundo a natureza de sua operação. São elas:

i) **administradoras** – administram planos de assistência à saúde, financiados por operadora; não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

ii) **cooperativa médica ou odontológica** – sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei no 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente planos odontológicos (por exemplo, Unimed ou Uniodontos);

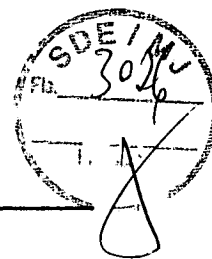
iii) **autogestão** – pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado – ou diretamente vinculada ou não à entidade pública ou privada – opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente ao grupo delimitado e fechado e aos grupos familiares dos beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, conforme disposto na RN no 137, de 14 de novembro de 2006;

iv) **medicina de grupo ou odontologia de grupo** – empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente odontológicos, geralmente por meio de rede própria;

v) **filantropia** – entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido o certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS; e

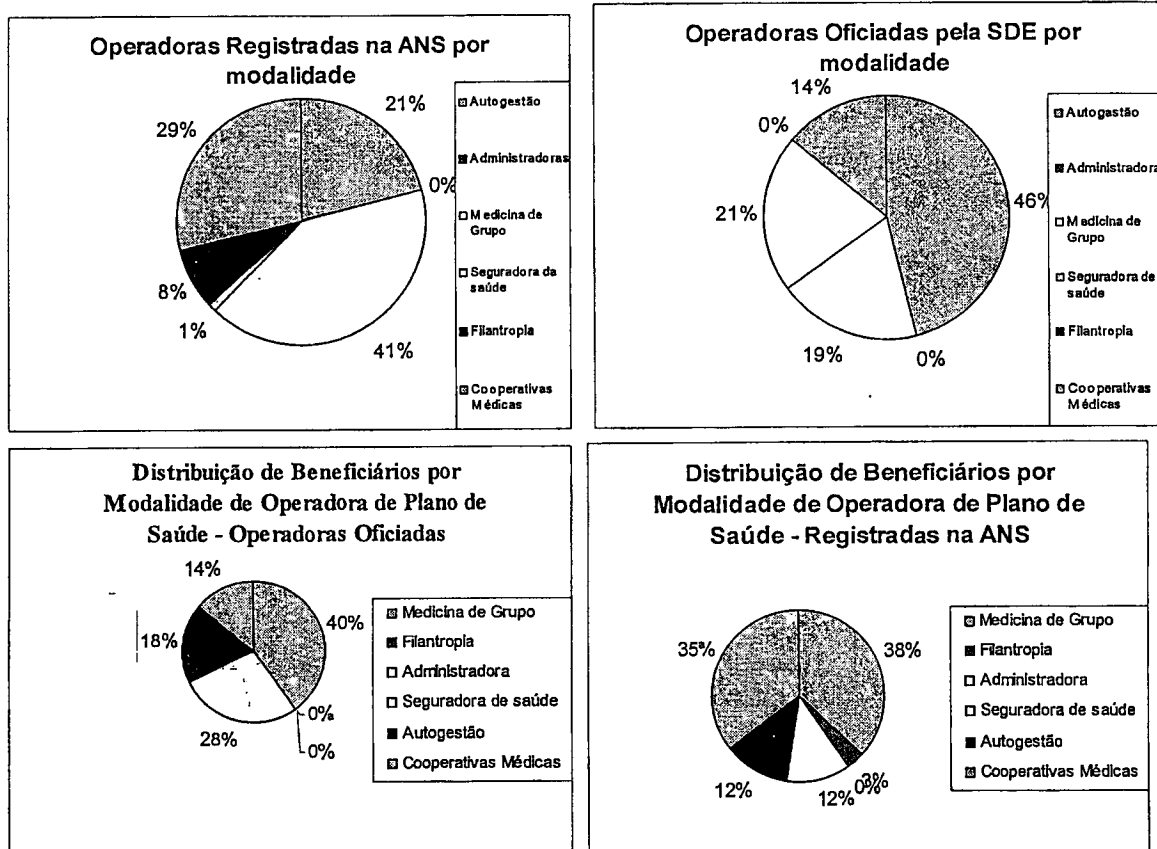
vi) **seguradoras especializadas em saúde** – sociedades seguradoras que operam exclusivamente seguro saúde, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, conforme a Lei no 10.185/01

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



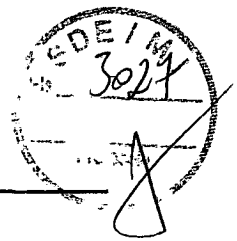
18. Por fim, destaca-se que não foram contempladas as operadoras organizadas sob a modalidade filantropia e as administradoras. Isso porque, as administradoras, em geral, não possuem rede credenciada, contratando outras operadoras de planos de saúde para ofertar serviços médicos. As operadoras classificadas como filantrópicas, por sua vez, estão geralmente associadas a hospitais filantrópicos, como as santas casas de saúde, e possuem processo de negociação de honorários médico-hospitalares muito particular.

19. Assim, destaca-se que 46,51% das operadoras oficiais são operadoras classificadas na modalidade autogestão, 20,93% são seguros de saúde, 18% medicina de grupo e 13,95% cooperativas médicas.



20. As respostas das operadoras de planos de saúde trazem importantes informações sobre práticas recorrentes no mercado de saúde suplementar, relacionadas ao processo de negociação de valores e reajustes entre prestadores de serviços médico-hospitalares e operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, as informações podem ser organizadas em quatro tópicos nucleares, a saber:

- i) prática de negociações coletivas no mercado e possíveis eficiências a ela associadas;
- ii) negociações individuais entre operadoras e prestadores, sua viabilidade para as operadoras de planos de saúde e a possibilidade do aumento de custos de transação;



- iii) diferenciação de honorários médicos em razão de qualificações profissionais;
- iv) utilização de tabelas médicas elaboradas por entidades de classes e outros.

21. Dito isso, passemos a análise individual de cada ponto destacado.

I.2 NEGOCIAÇÕES COLETIVAS NO MERCADO E POSSÍVEIS EFICIÊNCIAS A ELA ASSOCIADAS

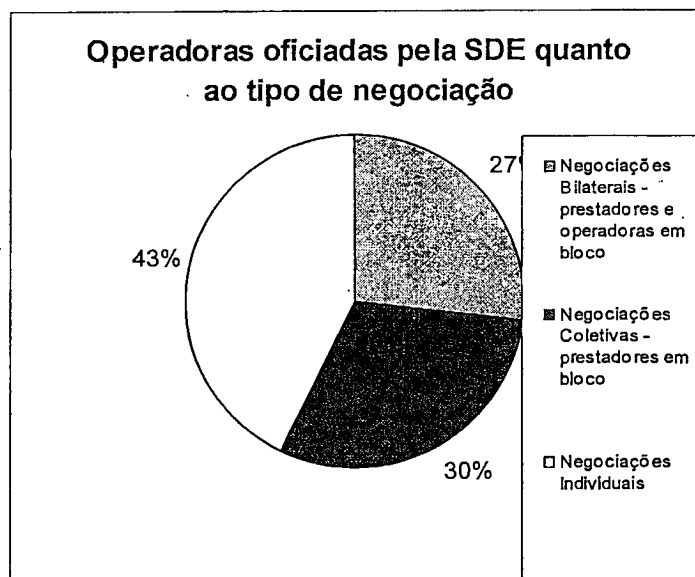
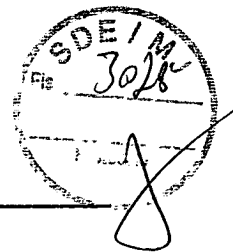
I.2.1 PANORAMA DAS NEGOCIAÇÕES ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

22. Das 38 operadoras que responderam as questões solicitadas, 34,21% afirmaram que as negociações com os prestadores de serviços médicos são sempre realizadas individualmente, sem a interveniência de entidades representativas, quer das operadoras quer dos prestadores. Destacam-se algumas alegações, in verbis:

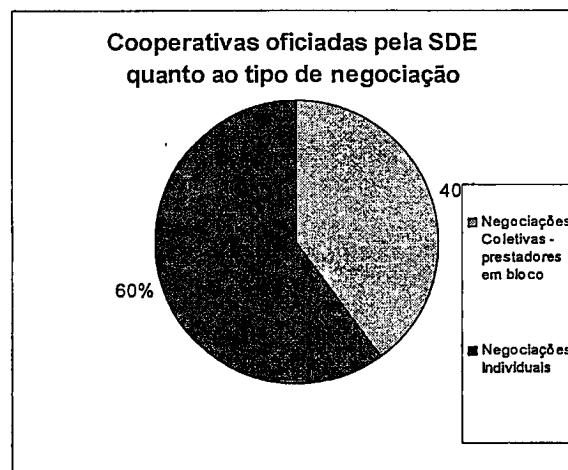
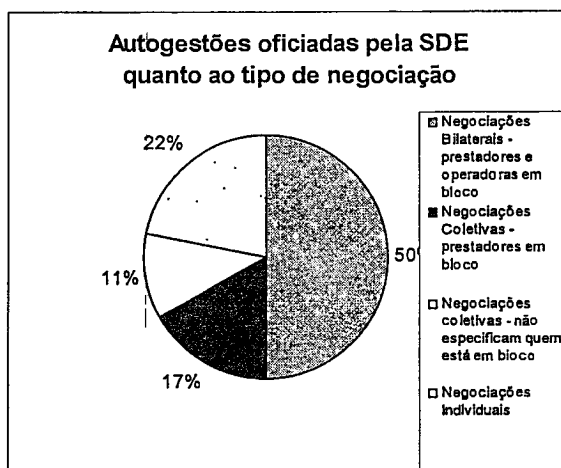
"As negociações entre (CONFIDENCIAL) e os prestadores de serviços médico-hospitalares são feitas sem a participação de qualquer entidade representativa (CONFIDENCIAL) entre em contato direto com os profissionais médicos credenciados, bem como com cada um dos hospitais)." (fl. 3183);

"As negociações, via de regra, são individuais, sem intermediação de entidade representativa de ambas as partes" (fl. 3302).

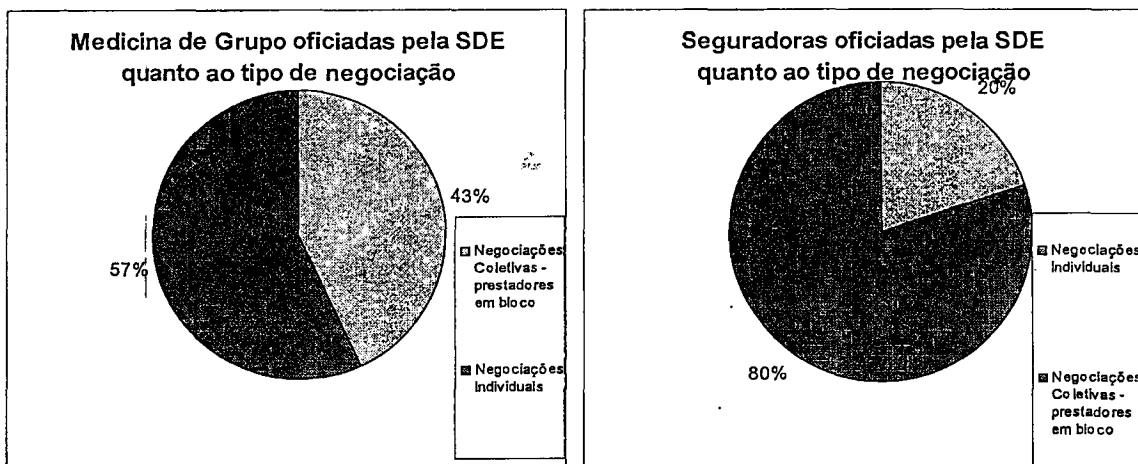
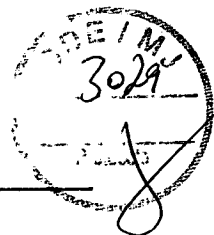
23. Ao analisar essa informação separando as operadoras de planos de saúde por modalidade, temos que, do total das operadoras classificadas na modalidade cooperativa médica, 60% afirmaram negociar apenas individualmente com os seus prestadores de serviços. No segmento medicina de grupo, esse número é de 57,14%, enquanto que no de autogestões, cai para 22%. A modalidade seguradora de saúde é a que apresenta um menor percentual de operadoras que apenas negociam diretamente com os prestadores: 20%.



24. Segue, abaixo, o perfil das negociações por modalidade das operadoras:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



25. Destaca-se ainda que 25 operadoras de planos de saúde, o que representa 65,78% das empresas oficiadas, informaram realizar ou já ter realizado negociações em bloco, seja com representantes das categorias médicas e hospitalares, ou com o intermédio de entidades que as representava. Dessas 25 operadoras, 3 afirmaram que as negociações ocorrem tanto individualmente como por meio de representantes, sem informar qual tipo de negociação é mais frequente. Todas as operadoras que afirmaram negociar por intermédio de entidades representativas dos planos de saúde pertencem à categoria das autogestões, que são usualmente representadas pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS.

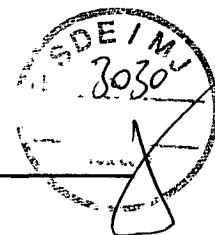
26. Ainda dentro do universo acima descrito - 25 operadoras -, 13 afirmaram que, em geral, as negociações entre prestadores e operadoras são realizadas individualmente, sem a participação de representantes de nenhuma das partes. Contudo, destacam que, para atender as demandas dos prestadores de serviços médicos, algumas negociações pontuais são intermediadas por representantes das categorias dos prestadores de serviços médicos. Nessas negociações, as operadoras não seriam representadas por nenhuma entidade.

27. Destacam, ainda, que a probabilidade dos prestadores de serviços solicitarem a intermediação de alguma entidade que os represente depende essencialmente da região em que estão localizados e da existência de entidades representativas das categorias de médicos (por especialidade), hospitais ou laboratórios (SADT).

“As negociações, em sua maioria, são feitas individualmente, sendo que em certas localidades os profissionais ou instituições de saúde são representados no processo negocial por entidade representativa do segmento” (fl. 1505)

“Embora a operadora dê preferência sempre às negociações individuais, em determinadas regiões, elas só podem ser feitas através de entidade dos profissionais médicos, tais como Cooperativas de classe, conselhos ou associações” (fl. 771);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



28. Outras 3 operadoras oficiais destacaram em suas respostas que as negociações tendem a ser realizadas coletivamente, a depender do tipo de prestador de serviços - hospital, laboratório ou profissional médico:

"Hospitais: as negociações ocorrem separadamente com cada hospital, exceto em alguns Estados onde os prestadores se organizam em sindicatos ou associações e impõem a negociação em grupo. (...). SADT: a negociação é individualizada, de acordo com a realidade de cada serviço (...); Médicos: As negociações são conduzidas individualmente, podendo ser realizada também com as Associações e Sociedade Médicas" (fl. 1516).

"regiões em que os médicos negociam através de associações ou órgãos classistas, como a cidade do Rio de Janeiro. Em outras regiões, a negociação é feita individualmente, dependendo da rede credenciada. No que se refere a hospitais, a negociação ocorre diretamente com o hospital ou através da entidade de classe" (fl. 1324);

"Em relação aos médicos, por exemplo, que assinam contratos de referenciamento diretamente com a operadora, via de regra, o processo de negociação se dá por meio de órgão que os representa (Conselhos Regionais de Medicina) (...), em virtude da demanda dos próprios prestadores. (...) Com relação a hospitais de grande porte e os prestadores de SADT a negociação se dá individualmente, caso a caso. Já com alguns hospitais de menor porte, normalmente a negociação é intermediada por associações e sindicatos que os representam" (fl. 2787).

29. É importante ressaltar que 09 operadoras de planos de saúde, o que representa 23% das empresas consultadas, afirmaram que é prática predominante no mercado de assistência suplementar que a discussão dos valores dos serviços médicos seja realizada por meio de negociações coletivas entre planos de saúde e prestadores. Dessa forma, apenas eventualmente, prestadores e operadoras negociariam individualmente.

30. Dessas 09 operadoras de plano de saúde, apenas uma afirmou não ser representada por entidades durante as negociações, apesar dos prestadores de serviços médicos estarem organizados em bloco e serem representados pela Associação de Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Ceará – AHECE. Assim, afirma que *"em relação aos hospitais credenciados há certa dificuldade de negociação, uma vez que a Associação dos Hospitais AHECE, praticamente impede a manifestação dos estabelecimentos em tais ajustes, ficando esta responsável pela imposição dos valores unificados a título de remuneração pelos serviços prestados aos seus associados"* (fl. 1733).

31. Entre as operadoras que informaram sempre realizar negociações coletivas 89% (8 operadoras) afirmaram que as negociações ocorrem, em geral, entre representantes de médicos ou de hospitais e representante das operadoras de planos de saúde, em um cenário de barganha bilateral. Ressalta-se que essas 08 operadoras estão classificadas na modalidade autogestão e são representadas, durante as negociações, pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS. As afirmações das operadoras apontam, também, no

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



sentido de que a iniciativa de realizar as negociações coletivamente seria das próprias das operadoras de planos de saúde.

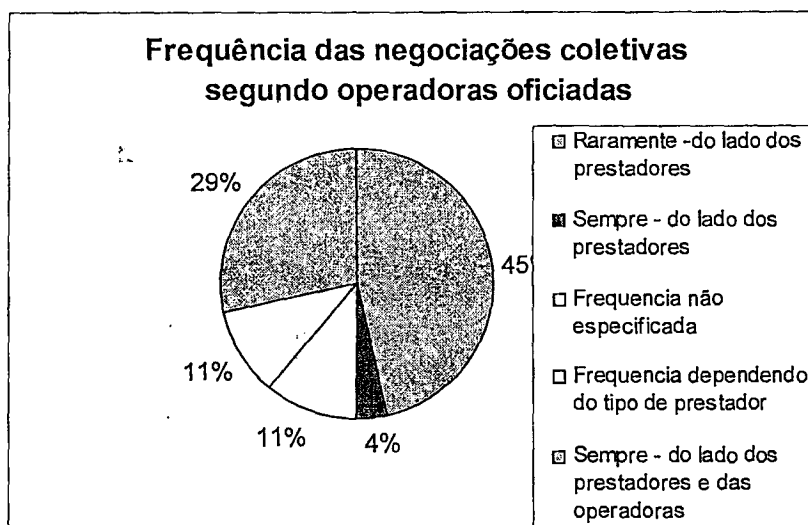
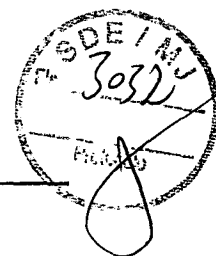
"o processo de negociações referente aos valores de CH e US, bem como SADT é feito pela UNIDAS, com os representantes das classes médicas e hospitalares. Os valores finais são definidos em assembléia com representantes das operadoras de planos de saúde" (fl. 1532);

"A FUNASA SAÚDE paga aos fornecedores os valores em torno daqueles negociados pela entidade representativa do segmento de autogestão no estado da Paraíba (...) Unidas PB (...) e os representantes das entidades médicas, por meio de uma comissão de negociação paritária, respeitada por livre negociação (...) os honorários médicos são pagos de acordo com os valores negociados pela entidade representativa do segmento de autogestão no estado da Paraíba (...) e os representantes das entidades médicas - AMBPB e o Sindicato dos Médicos do Estado da Paraíba - por meio de negociações paritárias" (fl. 332);

"As negociações são realizadas através das Superintendências Regionais da Unidas, podendo, eventualmente, serem negociadas individualmente" (fl. 3036);

"As negociações são feitas por meio de negociação coletiva e em alguns casos individualmente e ainda por classe (oftalmologia, cardiologia e etc). Utilizamos as tabelas (CIEFAS 2000 e AMB 92) sugeridas pelo Grupo Unidas como balizador para tomada de decisão e ainda a tabela CBHPM (...) As negociações normalmente são coletivas (...). Nos casos em que há negociação é feita pelas entidades filiadas à UNIDAS com os representantes dos prestadores de serviços geralmente sindicatos" (fl. 2629);

"o processo de negociação sempre é conduzido pela UNIDAS, que monta comissões de negociação específicas para as diversas áreas como hospitais, honorários médicos, honorários de anestesiistas. No final de cada processo negocial, a Unidas submete a proposta acordada à aprovação das entidades filiadas. (...) As negociações sempre são realizadas pela Unidas, que negocia individualmente com prestadores, ou com entidades representativas destes" (fls. 1906 a 1907).



I.2.2 POSSÍVEIS EFICIÊNCIAS ASSOCIADAS ÀS NEGOCIAÇÕES COLETIVAS

32. As operadoras foram questionadas sobre a eventual existência de ganhos de eficiência em decorrência das negociações coletivas.

33. Das 38 operadoras que apresentaram respostas, 13 informaram fazer apenas negociações individuais, jamais coletivas. Essas empresas não indicaram nenhuma eficiência associada à possibilidade de negociar com os representantes dos prestadores de serviços médicos. Na verdade, tais empresas tendem a destacar as ineficiências associadas a tal prática, *in verbis*:

"A Excelsior evita realizar negociações coletivas por achar que esse tipo de negociação não é interessante" (fl. 1980)

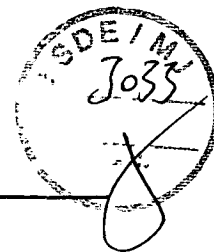
"entendemos que as negociações coletivas não sejam vantajosas para o bom funcionamento dos mercados, pois pode ensejar a adoção de práticas anticoncorrenciais" (fl. 3303)

34. Outras 13 operadoras afirmaram negociar eventualmente com entidades representantes de prestadores de serviços médicos. Dessas, oito (quatro classificadas na modalidade seguradora, três como autogestão e uma como cooperativa) não apontaram nenhuma eficiência associada à prática de negociação coletiva. Algumas, inclusive, destacaram os benefícios das negociações individuais:

"Considerando a economia de mercado, não há justificativas para negociações coletivas" (fl. 1092);

"a melhor forma de negociar é individualmente, de acordo com os critérios técnicos definidos pelas partes" (fl. 1518).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



"a negociação individualizada é viável, sendo a melhor forma de garantir o equilíbrio do mercado de saúde suplementar. Casos específicos de grupos, associações e sindicatos que impõem negociações coletivas, em alguns Estados, prejudicam a livre concorrência" (fl. 1519)

35. As outras cinco operadoras (três classificadas como medicina de grupo, uma como autogestão e uma como seguradora) levantam possíveis eficiências das negociações coletivas, associadas à economia de recursos de administração e negociações mais céleres. Outras destacam como aspecto positivo o fato de que as negociações coletivas poderiam trazer maior equilíbrio entre as partes:

"pode justificar uma melhor negociação para as operadoras e para os prestadores, visto que exige um equilíbrio maior das partes, desde que exista igualdade de estrutura, qualificação profissional e qualidade no atendimento entre os prestadores" (fl. 1637);

"para esta seguradora, por sua vez, a existência de um único interlocutor (...) em regra, torna mais célere a negociação";

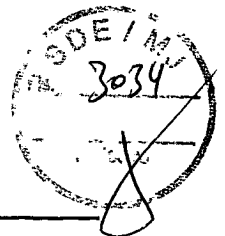
"Entretanto, alguns credenciados preferem esta modalidade que representa economia no processo administrativo e melhores resultados" (fl. 320);

"a justificativa para as negociações coletivas entre operadoras e prestadores está diretamente relacionada ao tamanho da rede e do perfil dos profissionais de uma determinada região. Assim, a eficiência neste procedimento gira em torno de uma maior agilidade nas negociações e redução da despesa administrativa" (fl. 1326);

"Teoricamente, poderia se conseguir economia administrativa ao realizar uma negociação coletiva, pois poderia atingir grandes regiões e toda a rede credenciada nela situada. Na prática, tais negociações acabam sendo o último recurso a ser utilizado e só é feito por pressão das entidades que representam os prestadores" (fl. 772).

36. Já no que se refere às 09 (nove) operadoras de planos de saúde que afirmaram *sempre* negociar coletivamente, apenas uma não levantou eficiências associadas a tal prática. As outras oito operadoras, todas classificadas como autogestão, afirmaram que a negociação por meio de um representante é mais eficiente. Cumpre destacar, no entanto, que ao levantar eficiências associadas a essa prática, essas empresas se remetem, em geral, à negociação coletiva por parte das operadoras de planos de saúde, representadas pela UNIDAS.

37. Foram levantados alguns aspectos principais associados à negociação coletiva por meio de entidade representante das operadoras, tais como, ganhos de escala, melhoria no processo de gestão e compartilhamento de estrutura administrativa, maior celeridade no processo de negociação e maior peso do grupo nas negociações, o que teria como consequência a possibilidade de reduzir os valores negociados. Destaca-se, assim, algumas repostas:



"A negociação coletiva assegura a demanda para o prestador e propicia redução dos valores negociados, tabelas hospitalares e consequentemente, propicia redução de custo para os próprios beneficiários da operadora". (fl. 20)

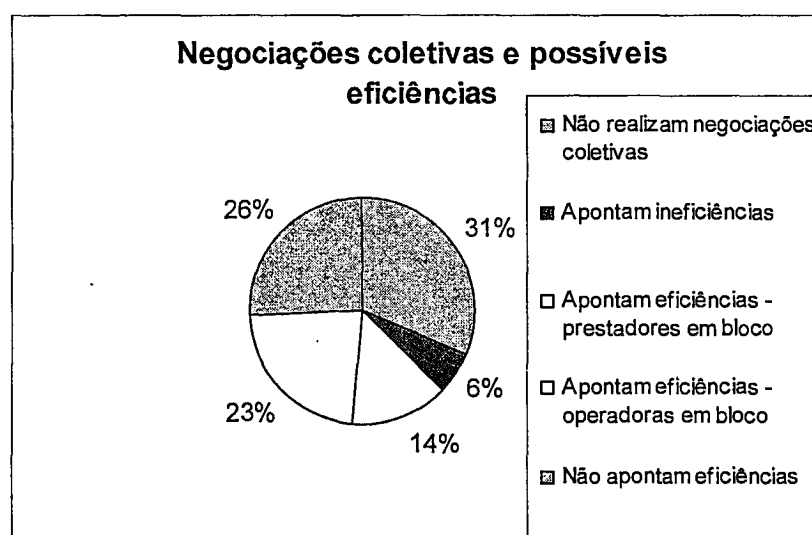
"A justificativa é que o plano de saúde (...) tem um número considerável de credenciados, o que dificulta a agilidade no processo de negociação individual. Além disso, a união das empresas filiadas à UNIDAS fortalece a negociação junto às classes de prestadores de serviços, obtendo-se nas negociações valores padronizados para as empresas do grupo" (fl. 1534);

"As negociações coletivas fortalecem as partes, asseguram a compra dos serviços por preços acessíveis (...), garantem a qualidade da assistência e promovem a melhoria contínua do processo de gestão" (fl. 334);

"as negociações coletivas são bastante eficientes, tendo em vista a oportunidade de negociar fatores redutores nas tabelas" (fl. 3036);

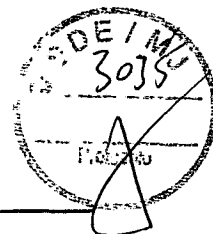
"operadoras e prestadores entendem que a negociação através de entidades representativas torna o processo mais rápido e oferece equilíbrio ao mercado" (fl. 1922);

"as negociações coletivas têm importância para as operadoras por conta, principalmente, do ganho de escala. Essas negociações evitam que as muitas operadoras tenham que fazer essas negociações de forma individual. A maioria das operadoras de autogestão é formada de grupo relativamente pequeno de usuários, o que, nas negociações individualizadas acabam por ter pouco ou nenhum peso no processo negocial". (fls. 1906 a 1907)



I.3 NEGOCIAÇÕES INDIVIDUAIS: VIABILIDADE, IMPACTO NOS CUSTOS DE TRANSACÇÃO E DIFERENCIAÇÃO DE HONORÁRIOS.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



38. Antes de adentrar aos resultados obtidos nessa seção, impende tecer alguns importantes esclarecimentos acerca da interpretação dada pelas operadoras oficiadas aos termos “negociação coletiva” e “negociação individual”.

39. Por negociação coletiva, entendeu-se, correta e uniformemente, que são aquelas conduzidas por um conjunto de prestadores, usualmente representados por entidade de classe ou associação. Eventualmente, também podem figurar na negociação coletiva entidade representativa das operadoras, criando-se, em alguns casos, um cenário de barganha bilateral.

40. A conotação conferida pelas operadoras à expressão “negociação individual” foi heterogênea. Algumas operadoras entenderam que significava efetivamente *discutir e transacionar* individualmente com cada prestador o valor de honorários e o percentual de reajuste que deveria ser previsto no contrato. Todavia, essa não foi a interpretação majoritariamente conferida ao termo, tendo havido confusão entre *negociações individuais* e *contratos celebrados individualmente*.

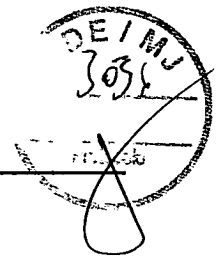
41. Por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constante das resoluções normativas nº 42, 54 e 71, todas de 2004⁶, os contratos entre operadoras e prestadores devem ser feitos individualmente, isto é, deve haver um contrato para cada um dos prestadores incluídos na rede de determinada operadora. Para atender às determinações da Agência, cada operadora adota como base um contrato padrão, no qual devem estar previstos os valores de honorários e formas de reajuste. Tem-se, portanto, que o contrato, deverá ser individual, embora seus termos possam ser resultantes de uma negociação efetivamente individual ou de negociações coletivas.

42. Para o caso específico da contratualização com os médicos, segundo observado a partir da diligência, os contratos firmados, na maioria das vezes, constituem contrato de adesão, cujos valores e termos são definidos unilateralmente pela operadora, sem a participação do prestador. A este cabe exclusivamente aceitar as condições estipuladas pela operadora, ou recusá-las. Nesses casos, o que existe é uma *contratualização individual*, não propriamente *negociação individual* entre cada operadora e cada prestador.

43. Essas distinções estão refletidas nas respostas apresentadas pelas operadoras quanto à viabilidade de negociações individuais, como se verá a seguir.

44. Com relação à viabilidade da negociação individual de honorários com cada um dos médicos, Hospitais e SADT que constituem a rede credenciada, temos que, das 38 operadoras que responderam aos ofícios, 76,31% (29 operadoras) informaram ser viável negociar os valores dos serviços médicos individualmente com seus prestadores de serviços, sem a participação de entidades representativas. Destaca-se, como exemplo, a afirmação abaixo:

⁶ A RN nº 42 da ANS estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. Já a RN nº 54 da ANS estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais. Por fim, a RN nº 71 da ANS estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.



"a negociação individualizada é viável, sendo a melhor forma de garantir o equilíbrio do mercado de saúde suplementar. Casos específicos de grupos, associações e sindicatos que impõem negociações coletivas, em alguns Estados, prejudicam a livre concorrência" (fl. 1519)

45. Dessas 29 operadoras, duas informam que, apesar de ser viável para a operadora negociar individualmente, tal prática em algumas situações não é realizada, pois as entidades representativas dos prestadores impõem que as negociações sejam coletivas, *in verbis*:

"Conforme relatado anteriormente, a Allianz Saúde sempre está disposta a negociar individualmente, com os prestadores e entende que há viabilidade neste formato. No entanto, em algumas situações, a entidade representativa se impõe para efetuar negociações coletivas" (fl. 2621)

"é viável a negociação individual de honorários. (...) o empecilho para a negociação individual está no fato de que a maioria dos prestadores não aceitam (sic) a negociação individual, sempre há interferência, sobretudo da Associação dos hospitais. A (CONFIDENCIAL), inclusive, gostaria que fosse realizada uma negociação individual com os estabelecimentos credenciados, uma vez que existem hospitais que prestam serviços diferenciados, (...), mas não há 'permissão' da Associação dos Hospitais para tanto" (fl. 1734)

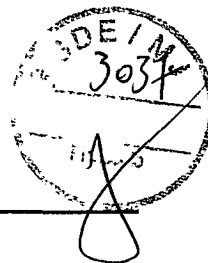
46. Ainda nesse grupo das 29 operadoras, destaca-se que cinco delas distinguiram as negociações em dois grupos: i) hospitais, SADT e laboratórios e ii) médicos. Dessa forma, afirmam que, por ter um menor número de hospitais e laboratórios em sua rede credenciada, é viável realizar negociações individuais com esse grupo. Contudo, negociar individualmente com médicos seria pouco viável. Assim, em geral, adota-se algum tipo de tabela, seja a AMB, seja a CBHPM ou ainda, tabelas próprias das operadoras.

"A negociação individual de honorários em relação a hospitais e alguns laboratórios são (sic) sempre viáveis (sic) e praticados (sic) usualmente por esta Operadora. Já com relação à classe médica dependerá do tamanho da rede credenciada na região em questão" (fl. 1327);

"no que tange aos honorários médicos, esta Operadora, visando não predispor negociações sucessivas que levem a redução constante de honorários pagos, parte de uma tabela base, para que a negociação se dê de forma ágil e eficiente. Já com os hospitais, considerando tratar-se de menor quantidade, essa possibilidade existe de forma mais abrangente e valendo a importância e peculiaridade e representatividade da região e do hospital" (fl. 1094)

47. Seis operadoras, todas classificadas na modalidade autogestão, afirmaram não ser viável negociar individualmente com os prestadores de serviços médicos, dado o tamanho da rede credenciada e a necessidade de uma maior estrutura administrativa. Assim, prefeririam negociar por meio de sua entidade representativa, a UNIDAS, seja com os prestadores

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

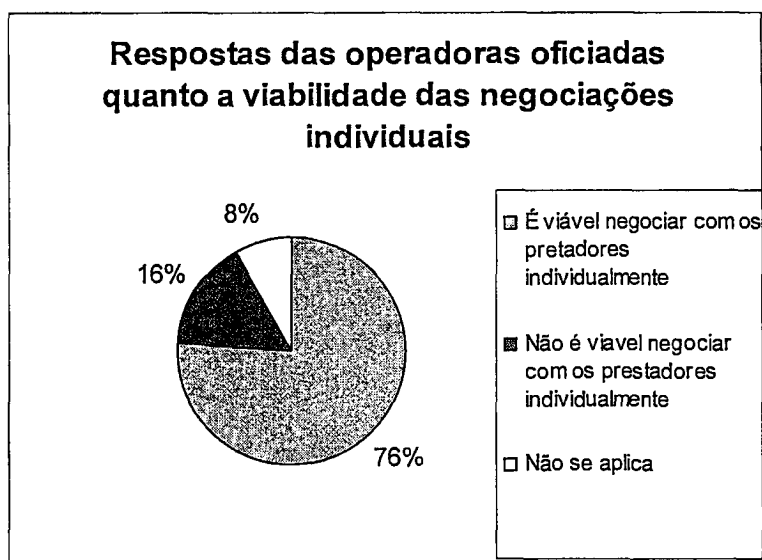


individualmente, seja com os representantes de classes. Destaca-se, a título de exemplificação, as afirmações abaixo:

"Entretanto, a razão da inviabilidade da negociação individual com todos os profissionais/instituições se dá em função do significativo número de credenciados" (fl. 1535)

"entendemos que é praticamente inviável, contamos com a média de 25.000(...) credenciados em todo o Brasil o que geraria um número infinito de negociações, pois é sabido que um processo negocial não se encerra em apenas uma reunião" (fl. 2632)

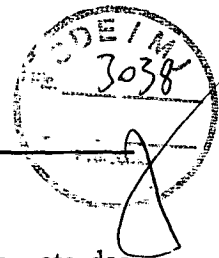
"isso implicaria em ter disponível estrutura administrativa de grande porte para a sua concretização. (...) Historicamente, tanto as operadoras como os prestadores se organizam em blocos para viabilizar as negociações" (fl. 1907)



48. Ainda no tocante às negociações individuais, as operadoras foram questionadas sobre como avaliavam seu impacto nos custos de transação. Mais uma vez, as operadoras demonstraram compreensões diferentes sobre o teor da pergunta. As respostas revelam que, ao avaliar impacto das negociações individuais, algumas operadoras compararam negociações individuais x negociações coletivas. Outras compararam tratativas individuais x contratos de adesão. Dessa forma, as respostas obtidas divergem quanto ao referencial de comparação, e por isso apresentam-se bastante diversas. Examina-se:

49. Com relação à possibilidade de aumento de custos de transação em decorrência da negociação individual de honorários, para o caso específico dos médicos contratados, tem-se que, das 38 operadoras de planos de saúde que protocolaram resposta, 08 não se manifestaram sobre esse tema. Dentre elas, 05 operadoras, classificadas na modalidade cooperativa médica informaram que, devido à relação estabelecida com o médico, a de cooperado, inexistia a possibilidade de negociação individual de honorários, pois esses seriam definidos pelo Conselho de Administração de cada cooperativa.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



50. Quatro operadoras informaram que não seria possível prever, a priori, o impacto das negociações individuais com médicos nos custos, pois a melhor maneira de negociar está associada às particularidades de cada região.

51. Destaca-se, ainda, que 30% (9) das empresas de assistência suplementar que se manifestaram, dentre elas, quatro classificadas como autogestão, quatro como seguradora de saúde e uma como medicina de grupo, afirmaram que a negociação individual não impacta negativamente nos custos operacionais das operadoras, destacando-a como a opção mais vantajosa de negociação, *in verbis*:

"a operadora adota negociações individuais com os prestadores referenciados, por entender ser a forma mais viável e benéfica para ambas as partes" (fl. 3303);

"a negociação individual em relação aos honorários médicos não impactaria financeiramente, por sinal, é positiva, mantendo os valores de mercado ou pontuando ganhos e perdas." (fl. 2651).

52. Dezesete operadoras de planos de saúde, o que representaria 44,73% das operadoras que protocolaram resposta, afirmaram que as negociações individuais com médicos poderiam representar um aumento nos custos das operadoras, que, para conduzir negociações individuais, teriam que contratar maior número de funcionários e dispor de maior estrutura administrativa.

53. Dessas, nove operadoras, comparando custos das negociações individualizadas x custos da celebração de contratos de adesão, destacam um possível aumento de custos, principalmente, administrativos, se deixassem de realizar contratos de adesão com médicos credenciados e passassem a realizar negociações individuais com cada um dos profissionais. Destacam-se as seguintes respostas:

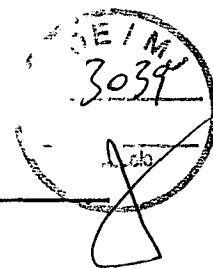
"A formalização da contratação dos médicos, de forma geral, ocorre caso a caso, ou seja é assinado um contrato com cada médico pessoa física e jurídica. Partindo-se do princípio que há 5.385 médicos na rede da (CONFIDENCIAL), a negociação individual com todos os referenciados elevaria ainda mais os custos administrativos da operadora" (fl 2792);

"a negociação individual de honorários com cada um dos médicos contratados aumentaria sem dúvida os custos desta operadora, isto porque, administrativamente seria necessário a existência de um maior número de profissionais para efetivar a negociação individual" (fl. 1328);

"Em função do quantitativo de médicos credenciados, a negociação individual seria de difícil implementação, trazendo custos incrementais à operadora." fl. 1077

"Em razão da quantidade de profissionais constante na Rede Referenciada (...), haveria aumento de custos, na medida em que seria necessária a contratação de mais profissionais na área responsável pelas tratativas, bem como haveria incremento de

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



custos relacionamos a insumos administrativos, caso de despesas com telefone, transporte, hospedagem entre outros" (fl. 2622)

"A negociação individual de honorários com cada um dos médicos, além de não termos um referencial, ficaria muito difícil o controle e a tabulação de dados referentes aos reembolsos e os demonstrativos (...) e também poderiam impactar negativamente nos custos administrativos desta operadora, pois teríamos que ter diversos funcionários fazendo essas negociações" (fl. 2032)

"a negociação individual de honorários com cada um dos médicos aumentaria os custos administrativos da (CONFIDENCIAL), uma vez que seria preciso aumentar significativamente o headcount e a estrutura tecnológica e de controle" fl. 3184

54. Por outro lado, 07 operadoras de planos de saúde, todas autogestões, utilizando a comparação entre negociações individuais x negociações coletivas, informaram que seria provável um aumento dos custos incorridos pelas operadoras se deixassem de realizar negociações intermediadas pelos representantes de ambas as partes (bilateralidade), para passar a negociar individualmente com os prestadores de serviços de saúde. Assim, destacam diferentes problemas associados às negociações individuais com os médicos, como a necessidade de uma maior estrutura administrativa, e a diminuição da capacidade de negociação das operadoras.

"a negociação individual de honorários poderia sim impactar nos custos administrativos; a melhor opção é ajustar os honorários com as classes representativas" (fl. 3037);

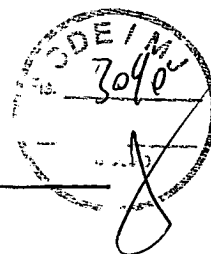
"Não são realizadas as negociações diretamente com médicos, é adotado como referencial os termos firmados com as associações representativas, que já mencionado são referenciadas pela tabela da Associação Médica Brasileira (...) Considerando o quantitativo de médicos credenciados a negociação individual seria de difícil operacionalização, consequentemente oneraria os custos da operadora" (fl. 1889)

"diante da quantidade expressiva de fornecedores de serviços de saúde o que provocaria enorme atraso decorrente do processo de negociação, com aumento de custos operacionais e perda da capacidade de negociação para compra de serviços a preços mais acessíveis, em virtude do volume de beneficiários vinculados ao segmento autogestão" (fl. 335);

"é inviável a negociação direta com cada médico, dificultando a operacionalização do plano, pois incide diversos encargos trabalhistas, além de não possuímos uma estrutura administrativa para controlar o cadastro de tal quantitativo de profissionais da área médica" (fl. 3288).

1.3.1 DIFERENCIAÇÃO DE HONORÁRIOS

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



55. Como se afirmou no início deste relatório, um dos argumentos sempre suscitados pelos órgãos de defesa da concorrência para rechaçar a adoção de tabelas médicas é que estas criam uniformização de valores, impedindo diferenciações em razão de atributos técnicos (qualidade, especialização, experiência, reputação, etc).

56. Dessa forma, foram as operadoras especificamente questionadas na diligência quanto à adoção de honorários diferenciados em razão de atributos do profissional.

57. As respostas das operadoras de planos de saúde apontaram no sentido de que não é prática recorrente no mercado de saúde suplementar adotar honorários diferenciados em razão da qualificação, experiência e reputação do profissional. De fato, cerca de 84% das operadoras diligenciadas informaram que não adotam diferenciação de remuneração segundo critérios de qualificação ou experiência profissional.

58. A maioria destaca que as diferenciações de coeficientes de honorários estão relacionadas a atribuições adicionais do médico credenciado, como, por exemplo, realizar atividade de segunda opinião, recebendo, portanto, honorários proporcionais à complexidade do laudo. Pode estar, também, relacionada às especificidades de algumas regiões, que apresentam baixa oferta de profissionais em certas especialidades.

59. Cinco operadoras de planos de saúde, três delas classificadas na modalidade autogestão, informaram adotar critérios de diferenciação de remuneração com base na qualificação do profissional médico, ou ainda em sua experiência e reputação, *in verbis*:

"com base na experiência profissional, formação/especialização acadêmica. O pagamento de honorários diferenciados respeita o critério produtos X prêmio. O percentual de médicos que recebem honorários diferenciados em razão dos diferenciais apontados é de 11%" (fl. 1636);

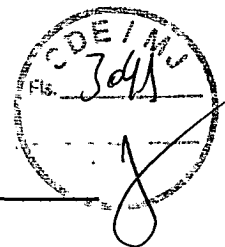
"O pagamento de honorários diferenciados se dá em função da estratégia de atuação no segmento premium (...) para formar e manter na Rede Credenciada qualificada e diferenciada. Os critérios analisados são aqueles especificados acima como qualificação técnica do profissional, especialização, tempo de formado, reputação e local de atuação" (fl. 871);

"Há uma tendência do mercado de pagamento diferenciado de acordo com o nível de plano que o usuário possui (...) Cerca de 17% dos médicos recebem valores diferenciados em função do tipo de plano do usuário que os procuram" (fl. 776);

"Sem dúvida alguma, reputação e experiência são fatores que valorizam um profissional e que não podem passar despercebido à sociedade. Esta operadora, reconhecendo este diferencial negocia com estes médicos programas especiais de atendimento a seus beneficiários ou pacotes cirúrgicos" (fl. 1325)

I.4 A UTILIZAÇÃO DE TABELAS DE HONORÁRIOS

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



60. As informações prestadas pelas operadoras de planos de saúde permitem vislumbrar o papel das tabelas médicas nas negociações dos valores dos serviços médicos entre prestadores e operadoras. De fato, apenas uma operadora oficiada, das 38 que responderam aos questionamentos encaminhados por essa Secretaria, não fez referência à utilização de alguma tabela de serviços médico-hospitalares durante as negociações.

61. Inicialmente, destaca-se que, no mercado de saúde suplementar, é possível identificar quatro tipos de tabelas conceitualmente diferentes: i) as elaboradas *individualmente* pelos prestadores de serviços médicos, tais como hospitais e laboratórios; ii) as elaboradas, *individualmente*, pelas operadoras de planos de saúde; iii) as elaboradas por Associações Médicas ou Hospitalares, tendo como principal exemplo a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM); iv) as elaboradas por associações de operadoras de planos de saúde, tendo como exemplo a CIEFAS/2000.

62. Assim, temos que cerca de 18% (07) das operadoras de planos de saúde (04 operadoras classificadas como seguradoras de saúde, 01 como medicina de grupo e 02 como autogestão), afirmaram que, para iniciar as negociações de valores de serviços médicos e hospitalares com prestadores, utilizam como referência tabelas elaboradas pela própria operadora.

"A Allianz divulga tabelas próprias de remuneração de procedimentos médicos. As diversas tabelas adotadas pela Allianz Saúde são baseadas em uma tabela com a mesma estrutura, mas variável de acordo com valores contratados com o prestador" (fl. 2621).

"A (CONFIDENCIAL) possui uma tabela padrão de procedimentos com respectivos valores, além disso, são utilizados como referência os preços praticados na localidade onde está sendo realizado o credenciamento ou a renovação deste". (fl. 1504)

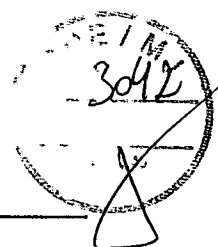
63. Destaca-se que as tabelas próprias das operadoras de planos de saúde, muitas vezes, são elaboradas tendo como referência tabelas publicadas por associações de prestadores de saúde, *in verbis*:

"Não há uma unicidade de conduta quanto aos honorários pagos à Rede Credenciada, já que cada região apresenta suas peculiaridades. Em geral, a Amil utiliza-se como base a tabela Amil de Procedimentos Médicos (baseada na AMB 90/92 e as atualizações de procedimentos encontradas nas versões 96 e 99)." (fl. 1323);

64. Além disso, temos que 05 operadoras de planos de saúde, o que representa 13% do total de operadoras consultadas pelas SDE, mencionaram que os prestadores de serviços médicos e hospitalares utilizam tabelas próprias para a negociação de valores.

"Já no que diz respeito aos Hospitais e SADT, a negociação se dá a partir das tabelas utilizadas pelas próprias instituições, a (CONFIDENCIAL) consegue negociar caso a caso os descontos sobre os valores da tabela" (fl. 870).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



65. É importante ressaltar, no entanto, que a existência de tabelas elaboradas individualmente, seja por operadoras, seja por prestadores de serviços médicos, não levantam preocupações para as autoridades antitruste. Isso porque, tais tabelas são, na verdade, os preços que cada prestador de serviço pretende receber para ofertar os serviços médico-hospitalares, ou, os preços que cada operadora está disposta a pagar para credenciar o prestador.

66. As tabelas elaboradas por entidades representativas de prestadores ou de operadoras, contudo, podem prejudicar a concorrência, na medida em que influenciam as operadoras de planos de saúde ou os prestadores de serviços a adotarem conduta comercial uniforme, eliminando os mecanismos normais de formação de preços no mercado, de acordo com as regras da oferta e da procura.

67. Sendo assim, informações sobre como são utilizadas as tabelas elaboradas por entidades representativas das classes médicas e hospitalares, ou, ainda, por associações de operadoras de planos de saúde apresentam substancial relevância para a análise de práticas anticompetitivas no mercado de assistência suplementar.

68. Doravante, empregar-se-á o termo "tabela" como sendo planilhas de procedimentos médicos que determinam valores de cada serviço, elaboradas por *associações* ou *grupos* de *prestadores* de serviços médico-hospitalares ou de *operadoras* de planos de saúde.

69. Desse modo, tem-se que cerca de 55% das operadoras (21) oficiadas por essa Secretaria informaram que as negociações com os prestadores têm como referência as tabelas elaboradas por associações. Segundo informado, as tabelas seriam meramente referenciais. Dessas operadoras, todas mencionam tabelas elaboradas por Associações Médicas e Hospitalares, tais como CBHPM, LPM 1999 e as Tabelas AMB.

"tabelas são negociadas especificamente para cada especialidade e sua observância é derivada de obrigação contratual; Para os cooperados a tabela de referência de valor vigente é a LPM 1999, aprovada em Assembléia. Quando o procedimento não constar desta tabela com base na outra versão da tabela da Associação Médica Brasileira. Para os credenciados, o valor é conforme cláusulas contratuais, fruto das negociações" (fl. 1899);

"Para os hospitais, em sua maioria, as tabelas são próprias, negociadas individualmente, ou são tabelas da Sociedade Hospitalar regional que os representa. No caso de médicos é adotada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, da Associação Médica Brasileira - AMB, que regionalmente negocia os percentuais a serem aplicados à banda e à Unidade do Custo Operacional - UCO" (fl. 1889);

"Os honorários médicos são pagos com base nos valores definidos pela Associação Médica Brasileira (AMB). Já os honorários hospitalares (diárias e taxas) são definidos pelo próprio prestador ou por alguma associação a qual o prestador seja filiado" (fl. 3182);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



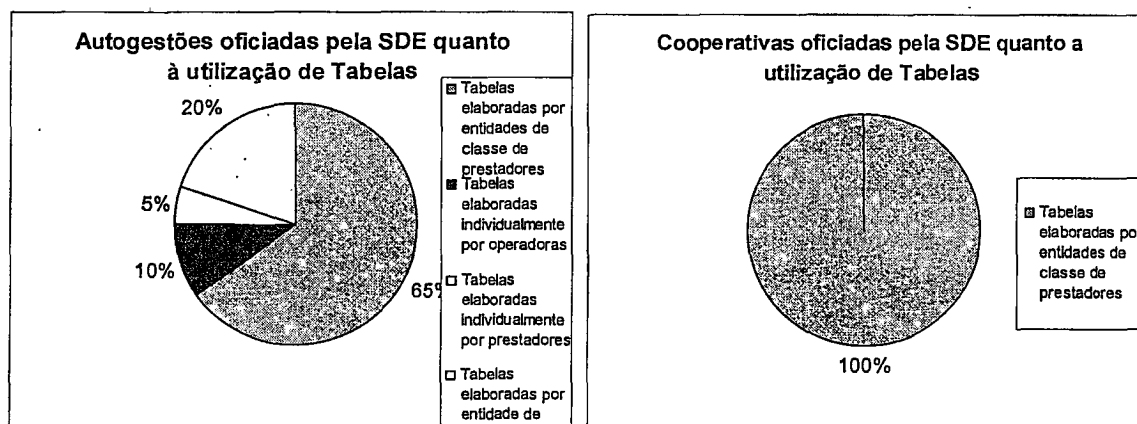
"Para a definição de honorários pagos diretamente aos médicos, é utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Serviços Médicos. (...) quando a negociação é feita pela UNIDAS, ocorre a negociação com as entidades de classe e especialidades médicas de cada região. As margens de negociação variam -20% (menos 20) a +20% (mais 20) do valor de referência (tabela cheia)". (fls. 18 e 19)

70. Apenas 04 das 21 operadoras acima mencionadas destacam a utilização como *referencial* durante as negociações de uma tabela elaborada por associação de operadoras, a CIEFAS/2000, da UNIDAS⁷.

"os valores dos honorários médicos e as respectivas tabelas referenciais dos procedimentos praticados nas localidades de atuação da Vale, tem por base recomendações da UNIDAS" (fl. 1921);

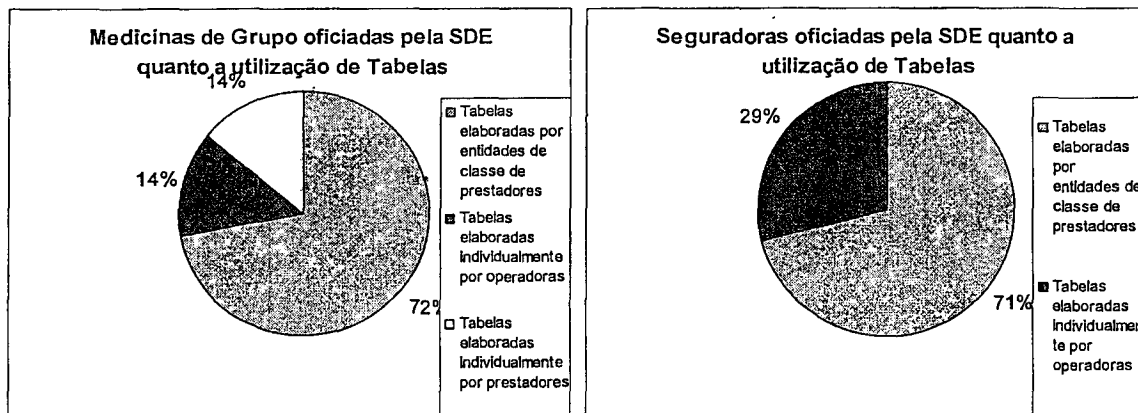
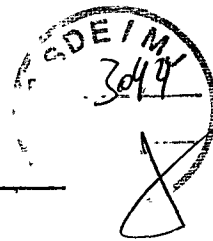
"As negociações são feitas por meio de negociação coletiva e em alguns casos individualmente e ainda por classe (oftalmologia, cardiologia e etc). Utilizamos as tabelas (CIEFAS 2000 e AMB 92) sugerida pelo Grupo Unidas como balizador para tomada de decisão e ainda a tabela CBHPM" (fl. 2629).

71. Consoante demonstram os gráficos abaixo, as diligências realizadas pela SDE demonstraram que a utilização de tabelas de honorários, embora seja uma constante no mercado de assistência privada à saúde, varia significativamente de acordo com a modalidade de operadoras. Vejamos:



⁷ A Unidas (denominada, anteriormente, por CIEFAS, foi condenada em três processos pela prática de negociação coletiva: nº 08000.020425/96-71 havendo a aplicação de multa no valor de R\$ 6.384,00; nº 08012.001098/2001-84 havendo a aplicação de multa no valor de R\$ 63.846,00; nº 08012.002153/2000-72 havendo uma aplicação de multa no valor de 60.000 UFIR's (sessenta mil), mais aplicação de agravante por ausência de boa-fé no valor 30.000 UFIR's (trinta mil), perfazendo um total de 90.000 UFIR's (noventa mil), equivalente a R\$ 95.769,00 (Noventa e cinco mil, setecentos e sessenta e nove reais).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



72. Além disso, tem-se que 21% (8) das operadoras de planos de saúde oficiadas pela SDE, informaram adotar, **obrigatoriamente**, as tabelas publicadas pelas entidades representativas nos contratos de credenciamento de prestadores de serviços médicos e hospitalares. Dessas, a grande maioria afirmou que as tabelas utilizadas para definir os valores dos serviços prestados são elaboradas por associações ou sindicatos médicos, *in verbis*:

"As negociações se pautam, obrigatoriamente, pela Tabela CBHPM" (fl. 334)

"Os procedimentos serão remunerados conforme CBHPM, consideradas as quantidades estipuladas para Porte Anestésico, Porte de Procedimentos Médicos, UCO" (fl. 332);

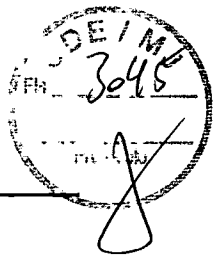
"A (CONFIDENCIAL) adota a tabela da associação dos hospitais de cada região, como referência para Honorários Médicos e Despesas Hospitalares, respectivamente. Estas tabelas encontram-se devidamente registradas em cartório" (fl. 2731).

73. Apenas uma operadora de plano de saúde afirmou que pratica, obrigatoriamente, os valores dos honorários médicos fixados nas tabelas publicadas pela UNIDAS.

"Ao aderir ao credenciamento ele passa a ser remunerado com base em tabela adotada pelo Banco Central, que tem seus valores fixados por meio de negociações realizadas pela UNIDAS (...) com entidades representativas dos prestadores de serviços. A tabela utilizada normalmente é editada pela AMB, variando os valores de praça a praça, em razão das negociações locais, também conduzidas pela Unidas". (fl. 1906) "As negociações levam em conta sempre uma tabela de referência adotada em comum acordo entre as partes (...). No caso de honorários, a tabela acordada para uso em Brasília no último acordo com a classe médica é a tabela AMB-1992, com as alterações incluídas na referencial CIEFAS/UNIDAS. Já a tabela de diárias e taxas hospitalares é a tabela do SHB, considerando 4 níveis distintos para a rede hospitalar" (fl. 1907).

74. Importante se faz ressaltar que 8 operadoras relataram, quando da resposta das perguntas iniciais efetivadas pela SDE, a não participação de entidades de classe no processo de negociação de honorários de prestadores. Contudo, as mesmas empresas, em relação aos

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



questionamentos posteriores, afirmaram utilizar tabelas elaboradas pelas entidades de classe quando da discussão de honorários com a rede de prestadores.

75. Com relação à utilização de tabelas, tais operadoras afirmam:

"Os honorários médicos são pagos com base nos valores definidos pela Associação Médica Brasileira (AMB). Já os honorários hospitalares (diárias e taxas) são definidos pelo próprio prestador ou por alguma associação a qual o prestador seja filiado." (fl. 3182)

"Preliminarmente, o prestador apresenta proposta formal solicitando credenciamento. Os valores a serem negociados são analisados em conformidade com os valores do mercado. (...) utiliza-se Tabelas de Mercado (AMB, CBHPM, LPM)" (fl. 2650);

"As negociações com cada um dos médicos, hospitais e SADT contratados por essa operadora não é feita de modo individual, porque adotamos, como já informado acima, as Tabelas da AMB e do Brasíndice para basearmos, de modo universal, estas negociações" (fl. 2031);

"As contratações de prestadores a esta Cooperativa não tem interveniência de nenhuma entidade. Nesse caso, não é possível negociar qualquer valor de honorários, pois conforme mencionado acima, são aplicadas as tabelas divulgadas por entidades de classe" (fl. 1915);

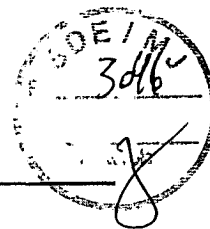
"Primeiramente, há que se esclarecer que com relação aos médicos não há qualquer negociação de honorários uma vez que se adota a Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos - CBHPM" (fl. 2021).

76. Tal fato aponta no sentido de que as tabelas elaboradas associações têm o condão de influenciar os valores praticados no mercado de assistência suplementar à saúde, mesmo quando os prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde negociam individualmente.

1.5. CONCLUSÃO

77. Consoante preliminarmente apontado, os dados acima referidos, na medida em que contemplam a atual realidade do setor de saúde suplementar, demonstram-se como elemento imprescindível para a análise de dezenas de casos que atualmente tramitam nessa Secretaria de Direito Econômico. Isso porque, dentre outros fatores, refletem de maneira clara o processo de negociação de honorários entre operadoras de plano de saúde e seus respectivos prestadores, corroborando a concreta existência de cenários de negociação coletiva, adoção de tabelas, boicotes e barganha bilateral entre os agentes.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



78. As informações levantadas pelo monitoramento ora relatado, nesse aspecto, incrementarão o corpo fático-probatório dos processos que envolvem as questões aduzidas, de maneira a reforçar a construção do juízo desta Secretaria a respeito da eventual caracterização das concernentes infrações contra a ordem econômica investigadas.

Brasília, 03 de dezembro de 2010.

p/ Taina Leandro
TAINA LEANDRO

Especialista em Políticas e Gestão Governamental

Brasília, 03 de dezembro de 2010.

Alessandra Lopes da Silva
ALESSANDRA LOPES DA SILVA
Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos

Brasília, 03 de dezembro de 2010.

Ana Maria Melo Netto
ANA MARIA MELO NETTO
Diretora do Departamento de Proteção e Defesa Econômica

FAÇO JUNTAR A ESTE PROCESSO

da DPDe / CbAI + Desp N° 335 / Sde / 244.

Nota Técnica

3047 & 4036

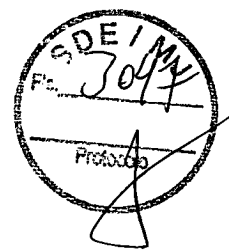
CUE PASSEIA A CONSTITUIR AS FLS.

SDE/MJ,

10 / 05 / 11

Jonas Delm in B. po de Sousa

CHefe de Seção
SDE/MJ



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA ECONÔMICA**

Protocolado:	08012.004276/2004-71
Natureza:	Processo Administrativo
Representante:	SDE "Ex Officio"
Representados:	Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Confederação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos.
Advogados:	Fernando Acayaba de Toledo, Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, José Carlos Fonseca, Paulo Affonso Martins de Oliveira, Rosmari Aparecida Elias Camargo

Senhora Coordenadora-Geral¹,

I. RELATÓRIO

1. Trata-se do Processo Administrativo instaurado pela Secretaria de Direito Econômico, em 21 de julho de 2004, em desfavor das seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Federação Nacional dos Médicos – FENAM e Confederação Médica Brasileira - CMB.

2. Por meio de informações contidas no site da Associação Médica Brasileira, às fls. 02/34, a SDE tomou conhecimento dos seguintes fatos:

- i. *"A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que já começa a ser adotada, resultou de exaustivo trabalho técnico (...) desenvolvido ao longo de três anos pela AMB, CFM e Sociedades de Especialidade, com assessoria da (...) Fipe".*
- ii. *"O lançamento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é um marco histórico para a classe médica brasileira. Melhor ainda será a sua transformação em instrumento balizador não apenas para o setor privado, mas para o sistema público de saúde' completou o presidente da AMB (...); Simultaneamente ao lançamento da CBHPM em várias capitais brasileiras, as entidades médicas nacionais iniciaram um movimento nacional visando a sua implantação"*
- iii. O Conselho Federal de Medicina, em 07 de agosto de 2003, editou a Resolução CFM nº 1.673/03, a qual possui o seguinte teor:

¹ Colaborou com a elaboração da presente Nota Técnica os então servidores do Departamento de Proteção e Defesa Econômica, Francisco Viegas Neves da Silva e Luciana Gonçalves Nunes.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



“O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO *que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, 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 legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);*

CONSIDERANDO *que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);*

CONSIDERANDO *a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;*

CONSIDERANDO *o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,*

RESOLVE:

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.*

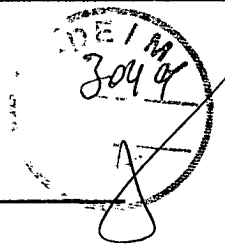
Parágrafo único - *As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais” (fls. 08 e 09).*

3. Diversos jornais noticiaram o protesto dos médicos para a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM (fls. 19 a 34 e 180 a 203). Dentre as notícias divulgadas na mídia, pode-se destacar os seguintes excertos:

“A entidade quer que os valores dos honorários sejam padronizados para reduzir a disparidade entre o que cada especialidade médica recebe nos diferentes estados.”
(Fonte: Correio Brasiliense, data da publicação: 30/05/2004, fl. 19);

“A partir desta segunda-feira (31/05), o CFM coloca no ar, em rede nacional (...), um comunicado (...) convocando os médicos brasileiros a participarem das assembléias estaduais pela implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, que acontecerão nas capitais brasileiras na próxima quinta-feira, dia 03/06. (...) As assembléias estaduais norteariam o movimento da categoria, e estarão avaliando, através dos balanços regionais, os processos de negociação em andamento com as operadoras de saúde e as paralisações de atendimento a planos já em curso. A idéia das assembléias concomitantes é uma iniciativa das presidências das entidades médicas nacionais: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos para fortalecer o movimento médico em alguns Estados, onde a suspensão a convênios já se estende por mais de dois meses (Fonte: Associação Médica Brasileira, data da publicação 31/05/2004, fl. 15);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



“Médicos de 12 Estados já suspenderam os atendimentos às seguradoras de planos de saúde. A principal reivindicação da categoria é estabelecer em R\$ 42 o valor mínimo de reembolso por atendimento” (Fonte: O Estado de São Paulo, data da publicação: 26/05/2004, fl. 182);

“A Associação Médica Brasileira decidiu aceitar a proposta feita pelas operadoras de planos de saúde, o que, segundo o presidente da entidade, Eleuses Paiva, deverá levar ao fim do boicote dos médicos contra essas empresas nos próximos dias. O movimento já atingia 18 unidades da Federação e levou os profissionais a pedir para serem descredenciados das operadoras” (Fonte: Folha de São Paulo, data da publicação 06/08/2004, fl. 188).

4. Às fls. 35 a 55, foi juntada aos autos denúncia formulada pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo – IMASF, em desfavor das seguintes entidades: CFM, AMB, FENAM e CMB.

5. Relata a denúncia que a categoria médica iniciou um movimento nacional de suspensão de atendimentos aos beneficiários dos planos e seguros de saúde que não adotassem a CBHPM. A referida Classificação, consoante apontado pelo IMASF, retrata lista elaborada pela AMB, que detalha e classifica os procedimentos médicos e estabelece preços para os respectivos procedimentos. De acordo com o denunciante, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.673/03, adotou a CBHPM como o padrão mínimo e ético de remuneração.

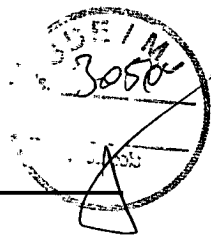
6. Segundo o IMASF, a implantação dos valores definidos na CBHPM representaria um aumento médio de 88% sobre os valores dos honorários médicos, o que teria um impacto muito representativo nos custos das operadoras de planos de saúde.

7. Ainda de acordo com o IMASF, existe uma relação hierárquica em que:

- i. Os médicos são obrigados a cumprir as normas emanadas pelo CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina (Art. 45 do Código de Ética Médica);
- ii. Os Conselhos Regionais de Medicina estão subordinados ao Conselho Federal de Medicina (art. 3º da Lei Federal nº 3.268/57)
- iii. Os Conselhos Regionais de Medicina são fiscais no exercício da profissão de médico (art. 15, alínea “c” da Lei Federal nº 3.268/57);
- iv. A Federação Nacional dos Médicos e a Confederação Médica Brasileira constituem o corpo organizacional dos Sindicatos Regionais dos Médicos, com ampla participação na imposição da CBHPM;
- v. A Comissão Nacional e as Comissões Regionais de Implantação da CBHPM nada mais são que a descentralização administrativo-política do CFM e dos CRM’s, sem qualquer autonomia jurídica.

8. O IMASF ressalta, outrossim, que as Comissões de Implantação da CBHPM estariam proibindo que os médicos negociassem diretamente com as operadoras de planos de

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



saúde, vez que qualquer conduta contrária do profissional seria denunciada junto ao Conselho Regional para instauração de processo disciplinar.

9. Por fim, o IMASF solicita a adoção de medida preventiva com o intuito de suspender os efeitos da Resolução CFM nº 1.673/03 e proibir que os Representados continuem a impor a CBHPM.

10. Acompanharam a denúncia os documentos constantes às fls. 56 a 153, dentre os quais se destacam:

- i. Resolução CFM nº 1.673/03 (fls. 67 a 68).
- ii. Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, de março de 2004, que relata quais operadoras de planos de saúde estão avançando nas negociações com as Comissões Regionais (fls. 69 a 72);

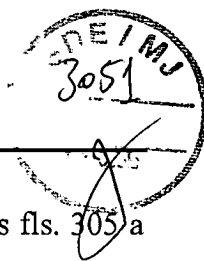
11. Em 20 de agosto de 2004, a SDE encaminhou ofícios para a FENAM, a CMB, o CFM, a AMB, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CRM-SP, a Associação Paulista de Medicina – AMP e para o Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo solicitando as seguintes informações:

- i. Fornecer cópias de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde;
- ii. Esclarecer qual é a forma de influência da entidade sobre as classes médicas de todos os Estados, no que se refere à articulação para o movimento de boicote aos planos de saúde;
- iii. Informar as consequências aos profissionais de saúde que se recusar a aderir a tal movimento.

12. Em 10 de setembro de 2004, a AMB protocolou resposta (fls. 236 a 239) informando que, cumprindo o que determina seus Estatutos Sociais e utilizando-se de metodologia proposta pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE –, a AMB deliberou promover o 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. De acordo com a AMB, o Conselho Federal de Medicina, que acompanhou a elaboração desse trabalho, estabeleceu a Resolução nº 1.673/03, fixando a adoção da CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. Não haveria imposição de sua aplicação pela AMB e, portanto, não haveria influência direta, mas apenas a divulgação da importância do trabalho por ela realizado envolvendo a CBHPM. Não teria ocorrido, também, uma organização central, tampouco decisões regionais em assembleias locais visando tumultuar o atendimento médico. Além disso, a AMB não tem competência legal para analisar o comportamento dos médicos que não aceitem a CBHPM, tampouco para aplicar-lhes qualquer sanção.

13. Na oportunidade, a AMB encaminha as Atas das reuniões de sua Diretoria Executiva e das reuniões da Comissão Nacional para Implantação da CBHPM, entre 2002 e 2004

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



(fls. 240 a 301 e 323 a 349). O Estatuto Social da Associação Médica foi acostado às fls. 305 a 302.

14. A Associação Paulista de Medicina protocolou resposta em 10 de setembro de 2004 (fls. 350 a 351), informando que a APM não sofreu influência de qualquer entidade, mesmo de âmbito nacional, no que se refere à organização de boicotes aos planos de saúde. Destaca, também, que *“respeitando as orientações do CFM, tem sustentado, por seu jornal e revistas, a importância da CBHPM para o desenvolvimento do trabalho do médico, assim agindo em obediência aos termos de seu Estatuto Social”* (fl. 351). Informa, ainda, que em relação aos profissionais da saúde que não quiserem seguir a CBHPM, a APM nada pode fazer e tampouco tem respaldo legal para exigir o respeito à resolução do CFM.

15. Na oportunidade, encaminha as Atas de Reunião de Diretoria da Associação Paulista de Medicina entre 2003 e 2004 (fls. 352 a 409), dentre as quais, destacam-se:

- i. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 21/11/03, em que consta que: *“No dia 11/11 - tivemos o Dia Nacional de Mobilização para Implantação da CBHPM”* (fl. 359);
- ii. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 05/12/03, em que consta: *“Encontro dos médicos do Grande ABC – pela valorização e dignidade do Ato Médico, onde tivemos as presenças do Dr. Eleuses Vieira de Paiva [Presidente da AMB](...) No dia 03/12 – Reunião na APM com a Diretoria da UNIDAS para discussão da CBHPM.”* (fl. 363)
- III. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 09/01/04, em que consta: *“Dr. José Luiz: Informes: No dia 06/01 – Reunião da AMB com a UNIDAS para discussão da CBHPM. No dia 08/01 – Estivemos numa reunião do CFM, em Brasília, participando da comissão nacional de defesa do ato médico. Ficou decidido que vamos fazer estas reuniões junto às federadas, nos diversos Estados”* (fl. 368).
- iv. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 08/03/04, em que consta: *“Informes: (...) 02/03 – reunião da Comissão de Mobilização para implantação da CBHPM na AMB; (...) Na semana passada, na AMB, discutiu-se com os integrantes da Comissão de implantação da forma que poderemos otimizar isto.”* (fl. 381)
- v. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 02/04/04, em que consta: *“Informes: (...) 11/03 – Reunião no CFM para discussão do Ato Médico (...); 24/03 – Reunião em Brasília com o CFM para discutir a CBHPM”*; (fls. 387).
- vi. Ata da Reunião da Diretoria da Associação Paulista de Medicina, realizada no dia 04/06/04, em que consta que: *“Também no dia 03 o dr. Curi representou a APM na Assembléia Geral dos Médicos para discutir a CBHPM e hoje pela manhã, tivemos a reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da AMB, onde também discutimos o mesmo assunto”* (fls. 402 a 403)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



16. Em 10 de setembro de 2004, o CFM protocolou resposta ao ofício expedido pela SDE (fls. 1389 a 1392), informando que não é possível o fornecimento de cópia de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde, uma vez que o Conselho Federal de Medicina não participou ou orientou os profissionais de saúde a boicotarem as empresas de assistência à saúde. Informa, também, que não há na Resolução nº 1.673/2003 qualquer previsão de sanção aos profissionais. Ressalta, também, que a CBHPM resultou de um exaustivo trabalho técnico envolvendo diversas especialidades. Essa Classificação seria fruto de uma atividade criteriosa, com a participação da AMB, CFM e as Sociedades de Especialidades. Na oportunidade, anexou os seguintes documentos:

- i. Resolução do CFM nº 1.673/03 (fls. 1393 a 1394);
- ii. Atas das sessões plenárias do Conselho Federal de Medicina, realizadas entre 2003 e 2004 (1395 a 1515);
- iii. Agenda de atividades do CFM (fls. 1517 a 1577).

17. Em 30 de setembro de 2004, o Sindicato dos Médicos de São Paulo protocolou resposta (fls. 1025 e 1026), informando que é entidade representativa da categoria médica e tem como prerrogativas, outorgadas pelo artigo 8º, incisos III e V da Constituição Federal, a defesa dos direitos e interesses individuais e coletivos da categoria e legitimação para manter negociações coletivas. No desempenho de suas atribuições, defende a aplicação da CBHPM nos contratos mantidos entre médicos e operadoras de planos de saúde. Ressalta que não possui qualquer relação de interdependência com a AMB e está livre de qualquer ingerência, inclusive, do Poder Público. Na oportunidade, encaminhou seu Estatuto (fls. 1030 a 1055) e também cópias de boletins eletrônicos publicados pela entidade (fls. 1060 a 1109), dentre os quais, destacam-se:

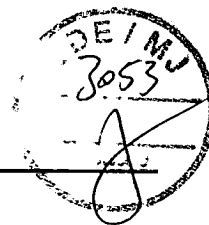
- i. Notícia Publicada no Jornal Diário de São Paulo, em 14 de agosto de 2004 (fl. 1061);
- ii. Circular nº 050/04 – PRES do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (fl. 1062).

18. A FENAM protocolou resposta (fl. 1577), em 23 de novembro de 2004, informando que não influencia as entidades sindicais médicas no que se refere à posição quanto aos planos de saúde, até porque tal procedimento seria uma negativa do respeito à autonomia e à maioria corporativa dessas entidades. Destaca que tem participado, no âmbito da ANS, da discussão que visa compatibilizar e atualizar o Rol daquela agência aos novos procedimentos presentes na CBHPM.

19. Em 20 de agosto de 2004, a SDE encaminhou ofícios para a Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG – solicitando as seguintes informações:

- i. Apontar todas as entidades em âmbito nacional relacionadas à organização do movimento de boicote às empresas de planos de saúde, bem como as partes envolvidas nas negociações;

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- ii. Elaborar um histórico detalhado das negociações travadas com as entidades supra, com as principais reivindicações de cada uma das partes;
- iii. Apresentar eventuais estudos de impactos da adoção da CBHPM sobre o território nacional;
- iv. Fornecer cópias de todos os instrumentos através dos quais foram fornecidas aos profissionais de saúde orientações sobre a adesão ao movimento de boicote às empresas de planos de saúde;

20. Em 28 de setembro de 2004, a FENASEG protocolou resposta (fls. 556 a 558), informando que as entidades relacionadas à organização do movimento de boicote a empresas de planos de saúde são: Associação Médica Brasileira – AMB, Associação Médica de Minas Gerais, Associação Médica do Vale do Ivinhema, Associação Médica da Paraíba, Associação Paulista de Medicina, Associação Baiana de Medicina, Academia de Medicina de São Paulo, Conselho Federal de Medicina – CFM, Federação Nacional dos Médicos – FENAM, FEMCOM, Confederação Médica Brasileira – CMB, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados de Pernambuco, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Distrito Federal, Paraná, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro, Sindicato dos Médicos dos Estados de Pernambuco, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Distrito Federal e Paraná.

21. A FENASEG acrescenta que o impacto da adoção da CBHPM para cada seguradora varia de acordo com os valores de consultas e honorários praticados, os tipos de planos comercializados, a estrutura e as características da rede prestadora de serviços. Ressalta que o impacto médio nos custos das seguradoras seria de:

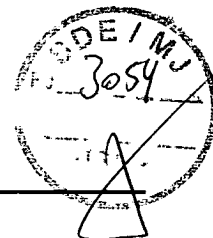
- Bradesco Saúde: 30,24% nos seguros individuais e 26,84% nos seguros empresariais;
- Marítima Saúde: 80,47% para todo o grupo de seguros individuais e empresariais;
- Sul América: 47% para todo o grupo de seguros individuais e empresariais;
- Unibanco AIG Saúde: 26,1% para os empresariais.

22. A FENASEG encaminhou estudos de impacto nos custos das operadoras de planos de saúde a ela filiadas, que foram juntados a esses autos em apartado confidencial. Ressaltou, ainda, que a recusa de adesão ao movimento de implantação da CBHPM é entendido pelo CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina como desobediência aos artigos 78 e 142 do Código de Ética Médica, interpretação que enseja a aplicação de processo ético disciplinar aos profissionais médicos que não aderirem ao movimento.

23. Na oportunidade, a referida Federação encaminhou diversos documentos, dentre os quais se destaca:

- i. Histórico das negociações para a implantação da CBHPM, relatando que em 11 de novembro de 2003, a AMB, o CFM, a CMB, a FENAM e as Sociedades de Especialidades promoveram o Dia Nacional de Mobilização contra os Planos de Saúde pela adoção da CBHPM. A partir daí, a FENASEG se reuniu com as

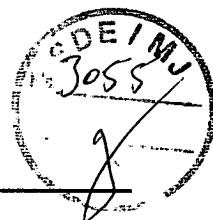
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



entidades médicas para discutir uma possível proposta das seguradoras. Frente ao impasse nas negociações, em 03 de março de 2004, a AMB e a FENASEG foram signatárias de carta-conjunta ao Sr. Ministro da Saúde solicitando a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na intermediação entre as operadoras e as entidades médicas em relação à implementação da CBHPM. A partir de março de 2004, foram iniciados movimentos de boicote, em que os médicos se recusavam a atender beneficiários das operadoras de planos de saúde, em diversos Estados, entre eles, Bahia, Pernambuco e São Paulo. Em abril de 2004, a ANS instalou uma “mesa nacional de negociação” envolvendo as operadoras de planos de saúde e as entidades médicas para solucionar o impasse. Após a terceira rodada da mesa nacional de negociação, ficou acertado que as negociações continuariam em reuniões bilaterais e estaduais. Pelos médicos, estavam presentes a FENAM, AMB, CFM e CMB e pelas operadoras, Cooperativa Nacional Unimed, Unimed Brasil, União de Empresas Médicas (Ueme), Fenaseg, Abramge e Unidas. Em maio de 2004, as seguradoras comunicaram as entidades médicas da implantação de medidas de elevação de valores de procedimentos médicos que, no entanto, não foram aceitas pelos médicos de algumas cidades da Bahia, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais, que mantiveram o boicote. Em julho de 2004, o Procon considerou ilegal as punições impostas pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e Conselho Federal de Medicina aos médicos que não atenderam às resoluções definidas por estas entidades, como o descredenciamento e a cobrança direta dos usuários de seguros de saúde o valor da consulta previsto na CBHPM. Em julho e agosto, foram concedidas liminares suspendendo efeitos das Resoluções do Conselho Regional de Medicina da Bahia e do Espírito Santo, que estabeleciam a CBHPM como mínimo da remuneração ética aos serviços médicos prestados. Em 20 de agosto de 2004, a ANS divulga consulta pública nº 18 de conciliação do rol de procedimentos da ANS com o rol de procedimentos da CBHPM. Em 30 de agosto a AMB rejeita a proposta de 13 instituições e estabelece que a partir de 18 de outubro de 2004, as operadoras que não apresentasse propostas consideradas positivas seriam automaticamente descredenciadas (fls. 560 a 569).

- ii. Análise crítica da CBHPM (fls. 570 a 587), que discorda, principalmente da classificação de alguns procedimentos quanto ao porte anestésico, número de auxiliares, custo operacional, dentre outros;
- iii. Decreto nº 26.640 que estabelece critérios para a edição da lista referencial de honorários médicos no âmbito do Estado de Pernambuco (fls. 606 a 626);
- iv. Parecer da FENASEG ao PL 3466 sobre a Lista Referencial de Honorários Médicos (fls. 662 a 687);
- v. Comunicado oficial da AMB em relação às negociações com a FENASEG, datado de 30 de março de 2004, que informa aos médicos associados que: *“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*

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

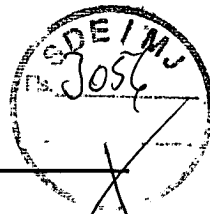


brasileiros passarão a atender pelo sistema de reembolso, tendo como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos; ii) Não negociar isoladamente com as operadoras vinculadas a Fenaseg a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos; iii) Evitar estabelecer qualquer tipo de acordo que não contemple de modo integral as bases e os conceitos da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos” (fl. 693).

- vi. Comunicado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre a CBHPM, datado de 25 de agosto de 2004, do qual se pode extrair os seguintes excertos: *“Por força da Assembléia de Médicos, (...) ficou determinada a implantação da CBHPM (...). Conforme resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.673/03. (...) Vimos esclarecer que todos os médicos, sob pena de infração a ordem ética, estão conclamados a seguir a orientação do movimento, que tem coordenação nacional e apoio das principais entidades médicas, como AMB (...), CFM (...).”* (fl. 694).
- vii. Nota Oficial aos médicos baianos, do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia – CREMEB –, que comunica: *“CREMEB (...) vem esclarecer o seguinte: 1º) A Resolução nº 1673/2003, do Conselho Federal de Medicina adotou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar. (...) 4º) O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia continuará a cumprir as atribuições previstas em lei, apurando os desvios de conduta de seus jurisdicionados, em caso de desrespeito às resoluções emanadas do CFM e do CREMEB, conforme dispõe o artigo 142 do Código de Ética (“O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina)”* (fl. 699).
- viii. Circular CEHM – 033/04 da Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado de Minas Gerais, datada de junho de 2004, que comunica: *“A Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais entende o esforço despendido por essa operadora em melhorar as relações com a categoria médica mineira (...). Informamos-lhe que a proposta de V.Sa. não foi aprovada pela Assembléia por não contemplar a data da implantação da CBHPM, dentro das bandas definidas, ou seja, 20% para mais ou para menos”* (fl. 709).
- ix. Comunicados referentes à implementação da CBHPM veiculados por entidades médicas (fl. 692 a 772);
- x. Código de Ética Médica (fls. 773 a 785);
- xi. Carta da Associação Paulista de Medicina² ao Unibanco, datada de 02 de setembro de 2004, com o seguinte teor: *“Considerando que: 1) a fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica); 2) deve o*

² É importante ressaltar que tramita nesta Secretaria de Direito Econômico o Processo Administrativo nº 08012.006647/2004-50, que investiga a atuação da Associação Médica Paulista, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP e Sindicato dos Médicos de São Paulo – SIMESP.

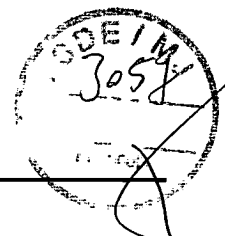
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



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 (artigo 15º do Código de Ética Médica); (...) 4) a Resolução nº 1673/2003 do Conselho Federal de Medicina adotou a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar; (...) Vimos, por meio desta, solicitar de V.Sas as providências necessárias para a adequação da remuneração aos prestadores de serviços desta empresa” (fl. 787).

- xii. Carta da Presidente da Associação Médica do Vale do Ivinhema ao Bradesco Saúde, datada de julho de 2004, que afirma: *“A Associação Médica do Vale do Ivinhema (...) vem levar ao seu conhecimento que (...) seus associados (lista em anexo) deixarão de prestar serviços médicos a BRADESCO SAÚDE, observando-se o que está contido na resolução do CFM nº 1616/2001. A medida ora anunciada é necessária e decorre do fato de não termos sido atendidos quanto a nossa justa reivindicação relativa ao pagamento de honorários médicos em valores adequados e compatíveis com as previsões do Código de Ética Médica. Tudo será informado ao Conselho Regional.”* (fl. 790)
- xiii. Carta do Instituto de Diabetes e Endocrinologia, datada de 24 de maio de 2004, que informa: *“Que estou procedendo à rescisão do contrato de prestação de serviços médicos (...) com sua empresa. Após esse prazo, poderei continuar atendendo seus usuários, mediante pagamento de consulta no valor de R\$ 42,00 (...), constantes na (...) CBHPM, conforme a resolução 1673/03 de 07 de agosto de 2003 do Conselho Federal de Medicina (...) emitindo recibo para posterior reembolso por sua empresa”* (fl. 794)
- xiv. Carta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, ao Dr. Luiz Buccini Carneiro, datada de 06 de agosto de 2004, em que afirma: *“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).
- xv. Resoluções dos CRM/MA, CRM/MS, CRM/ES, CRM/BA e CFM sobre a implantação da CBHPM (fls. 805 a 818);
- xvi. Notícias publicadas em periódicos circulados entre março e setembro do ano de 2004, sobre paralisações e boicotes a planos de saúde realizados por médicos (fls. 820 a 844);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



xvii. Gravação de entrevista do Presidente do CREMESP a respeito do movimento médico (fl. 846).

24. Em 22 de setembro de 2004, foi juntado aos autos o relatório apresentado pela FENASEG durante o Fórum de Saúde Complementar (fls. 852 a 995), em que consta o trabalho relativo à evolução do custo assistencial.

II INSTAURAÇÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO E DEFESAS APRESENTADAS

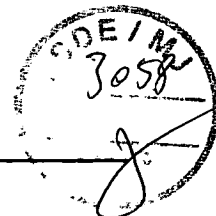
25. Em 21 de julho de 2004, esta Secretaria instaurou o presente Processo Administrativo, com o intuito de investigar se a implantação da tabela de preços dos procedimentos médico-hospitalares denominada CBHPM, pelas entidades médicas nacionais, poderia ser caracterizada, eventualmente, como infração contra a ordem econômica, prevista nos artigos 20, incisos I, II e IV, e 21, inciso II, da Lei nº 8.884/94 (fls. 156 a 171).

26. Os Representados foram regularmente notificados acerca da instauração do Processo Administrativo, conforme notificações acostadas às fls. 176 a 179.

27. Em 20 de setembro de 2004, o **Conselho Federal de Medicina** protocolou sua **defesa** (fls. 412 a 438), alegando que:

- A SDE não conseguiu detectar a suposta ocorrência de infração à ordem econômica pela edição da CBHPM;
- Para que uma conduta comercial uniforme seja caracterizada como infração contra a ordem econômica é necessária uma vontade explícita daqueles que se congregam para dominar o mercado com a fixação de preços, que não foi observada no caso em questão, pois o CFM não manifestou a mínima intenção de dominar o mercado;
- Se existe a alegação de que o CFM estipulou preços exagerados para os procedimentos médicos, essa alegação será uma questão a ser resolvida por outros meios, entre os quais, o meio judicial ou até mesmo requerendo-se a intervenção da ANS;
- *“O arquivamento do Processo Administrativo seria plenamente viável no presente caso, já que não foi caracterizado, em nenhum momento, (a) o intuito de obter ou influenciar; (b) a existência de conduta comercial uniforme ou concentrada e (c) a existência inequívoca de concorrentes por parte do Conselho Federal de Medicina”* (fl. 416);
- A CBHPM não induz à dominação de mercado de bens ou serviços, pois ali são expressos preços mínimos, não aviltantes, como remuneração aos profissionais de medicina e aplicáveis somente quando das negociações com operadoras de planos de saúde. Além disso, a CBHPM não seria de adoção obrigatória;
- A AMB não deveria constar como Representada, *“por não se tratar a CBHPM de um ato emanado pelo AMB (sic), e sim pelo CFM. O que existe no caso em tela é uma assessoria da AMB pela criação da CBHPM e um apoio a sua implementação no sistema nacional de saúde”* (fl. 420);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- A CBHPM não diz respeito apenas a honorários médicos. Essa Classificação teria introduzido mais de 1200 (mil e duzentos) novos procedimentos médicos que não eram aceitos pelos planos de saúde, mas que, em razão da modernização médica, já seriam essenciais nos dias atuais para uma efetiva assistência médica aos pacientes;

- *“A livre concorrência do mercado restou assegurada, uma vez que o CFM apenas definiu qual seria o padrão mínimo aceitável para a remuneração de serviços médicos. Nesse diapasão temos que o CFM não está impondo nenhuma obrigação a seus associados. Ao contrário, criou uma classificação de procedimentos médicos e remeteu a uma comissão nacional para elaborar valores de cada procedimento. E permitiu, que (sic) constatadas as peculiaridades regionais fossem observadas livremente contratação”* (fl. 422). Dessa forma, a Resolução do CFM encontrar-se-ia amparada na legalidade, pois, da atenta leitura da Lei nº 3.268/57, percebe-se que cabe ao CFM a fiscalização do desempenho técnico e moral da medicina;

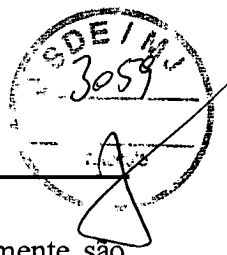
- A CBHPM não abrange todos os médicos brasileiros, surtindo efeitos apenas em relação aos médicos que mantêm relação contratual com operadoras de planos de saúde. *“Os demais médicos podem cobrar e cobram o que entenderem justo para sua consulta”* (fl. 426). Além disso, os médicos de renome nacional e internacional também não fixarão seus honorários com base na CBHPM. *“Assim, resta caracterizado que a CBHPM não é instrumento coercitivo abrangente de toda a classe médica nacional, e sim de parte dela”* (fl. 426);

- A utilização de tabelas é uma prática usual das categorias de profissionais liberais, não significando cartelização com intenção de lesar pacientes ou clientes. Cita, nesse aspecto, a tabela de honorários advocatícios da OAB, que não teria sido considerada ilegal pelo CADE, na Representação CADE nº 116/92.

28. Na oportunidade, o CFM anexou os seguintes documentos:

- i. Resolução CFM nº 1.541/98, que aprova o Estatuto para os Conselhos de Medicina (fl. 441);
- ii. Estatutos para os Conselhos de Medicina (fls. 442 a 455);
- iii. Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina (fls. 446 a 458);
- iv. Regulamento de Administração Financeira e Contábil dos Conselhos de Medicina (fls. 459 a 468);
- v. Decisão 231/2004-A, do Juiz Federal Antonio Corrêa, Titular da 9ª Seção Judiciária do Distrito Federal, no bojo do Processo nº 2004.34.00.019639-1, relativo a pretensão constitutiva negativa de ver afastado do mundo jurídico a Resolução nº 1673/03 do CFM. O Juiz Federal decidiu indeferir a inicial, sem analisar o mérito, extinguindo o processo devido a ausência de possibilidade jurídica do pedido, pois, segundo sua interpretação, a CBHPM não é imposta como tabela obrigatória (fls. 469 a 471);
- vi. Lista de tabelas de honorários de outras profissões (fls. 472);

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- vii. Cópia da lista de procedimentos médicos que, segundo o CFM, atualmente são essenciais para o regular e ético exercício da medicina, mas que não são cobertos pelas empresas de planos de saúde (fls. 473 a 551).

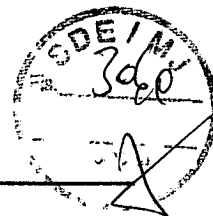
29. Em 30 de setembro de 2004, a **Associação Médica Brasileira** protocolou sua **defesa** (fls. 1001 a 1024), apresentando como argumentos que:

- A sentença 231/2004-A, do Juiz Federal Antonio Correa, Titular da 9ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal, teria extinguido o processo iniciado pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo, referente à publicação da Resolução nº 1.673/03 do CFM e à adoção da CBHPM como padrão mínimo ético para a remuneração médica. Segundo a AMB, o magistrado decidira que a Resolução não determinaria que os médicos que eventualmente viessem a descumprir a CBHPM estariam sujeitos a punição;
- O CFM, ao baixar a Resolução nº 1.673/03, referente à CBHPM, não está impondo aos médicos nenhuma obrigação. Ademais, a CBHPM teria permitido que *“peculiaridades regionais fossem observadas livremente na contratação”* (fl. 1007);
- A CBHPM não poderia ser caracterizada como tabela de honorários médicos passível de influenciar a conduta dos profissionais de medicina, tampouco a conduta da AMB poderia ser enquadrada como tendente a dominação de mercado, já que não houve a intenção de aumento de lucros ou exercício de forma abusiva de posição dominante;
- A *“CBHPM (...) serve, é verdade, como referência para balisar a valoração, para cada profissional, individualmente, do trabalho por ele praticado, ressaltando a possibilidade de adequá-lo às condições regionais específicas”*.
- Apresenta também o entendimento exposto nos votos dos Ministros Humberto Gomes de Barros e Peçanha Martins, nos quais se teria admitido a validade de Tabela de Honorários Médicos.
- Por fim, solicita o arquivamento do presente Processo Administrativo.

30. Às fls. 1578 a 1604, foram acostados diversos boletins de entidades de classes médicas e notícias veiculadas em jornais sobre a mobilização de médicos para a implantação da CBHPM e a reação de operadoras de planos de saúde. Destacam-se os seguintes documentos:

- i. Boletim nº 17 CFM Mobilização – Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, datado de 07 de outubro de 2004 (fls. 1592 e 1593);
- ii. Boletim nº 19 CFM Mobilização – Informativo da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM, datado de 18 de novembro de 2004 (fl. 1589);
- iii. Notícias da AMB, veiculadas na página eletrônica da Associação, de 15 de dezembro de 2004, que informam como está o processo de negociação da implantação da CBHPM em cada Estado (fls. 1597 a 1602).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



31. Em 14 de janeiro de 2005, a SDE encaminhou ofício para a FENAM solicitando que esclarecesse se a Confederação Médica Brasileira – CMB é entidade ativa de fato ou de direito.

32. Em 02 de fevereiro de 2005, a FENAM protocolou resposta (fl. 1606) informando que a CMB é uma entidade de fato inativa. Foi constituída em face da cisão do movimento sindical médico ocorrida em 1995 em decorrência do que vários sindicatos desligaram-se da Federação Nacional dos Médicos. Informou, ainda, que não prosperaram as tentativas de registrar a CMB no Ministério do Trabalho e, ao lado disso, a boa condução das negociações políticas, por dois anos, resultou que, em meados de 2004, todos aqueles sindicatos que haviam se desfilado retornassem à FENAM.

33. Em 04 de fevereiro de 2005, o Ministério Público da Bahia encaminhou cópia da inicial da Ação Civil Pública (fls. 1608 a 1621), movida em face do Conselho Regional de Medicina daquele estado e do Conselho Federal de Medicina, informando que os autos encontram-se em trâmite perante a Justiça Federal. A Ação Civil Pública em referência requer ao Poder Judiciário a suspensão dos efeitos da Resolução CFM nº 1673/03, visto que não seria atribuição do CFM expedir atos normativos dispondo sobre valores de procedimentos médico-hospitalares, ato que seria agravado pelo fato de que os médicos estariam imperativamente submetidos ao seu comando, sob pena de ação ético-administrativa, caracterizando-se a conduta do referido Conselho como infração contra a ordem econômica.

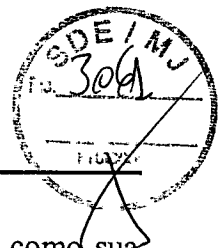
34. Em 11 de março de 2005, a SDE encaminhou ofício à Fundação de Assistência Social – GEAP, informando que o estudo realizado por essa operadora de planos de saúde apresentado à SDE na Carta/GEAP/DIREX/nº 407/2004 seria juntado ao Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71, oportunizando à Fundação a solicitação de tratamento confidencial das informações constantes no estudo.

35. Em 02 de junho de 2005, a SDE encaminhou ofício à Fundação Procon – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, solicitando as seguintes informações:

- i. Apresentar relação dos procedimentos instaurados nesse órgão que tenham como objeto a sanção, por entidades representativas da categoria médica, em especial o CFM, a médicos que se recusarem a adotar a CBHPM como remuneração aos serviços prestados;
- ii. Esclarecer quais são as entidades envolvidas, as datas e o teor das denúncias.

36. Em 17 de agosto de 2005, a SDE saneou o presente Processo Administrativo (fls. 1673 a 1681). Inicialmente, destacou-se que, apesar de terem sido notificadas regularmente, como fazem prova os Avisos de Recebimento relativos às Notificações da instauração do Processo Administrativo juntados às fls. 178 e 179, as Representadas FENAM e CMB não apresentaram razões de defesa. Foi observado, ainda, que as defesas apresentadas pela AMB e CFM não argüíram matérias preliminares. Destacados esses pontos, a SDE intimou os Representados para que especificassem as provas que pretendiam produzir, justificando a sua necessidade e apresentando, na oportunidade, um rol de testemunhas não superior a 03, caso tal meio probatório fosse de seu interesse.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



37. Em 13 de setembro de 2005, a Associação Médica Brasileira arrolou como sua testemunha a Dra. Maria Inês Dolci (fl. 1738), com a finalidade de corroborar as razões aduzidas na defesa.

38. Em 23 de agosto de 2005, a SDE encaminhou ofícios para o Itaú Seguros, Porto Seguros Cia de Seguros Gerais; AGF Brasil Seguros S/A; Hapvida Sistema de Saúde; Golden Cross, Amil Assistência Médica Internacional, ABRAMGE, Confederação das Unimed do Estado de São Paulo, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED, UNIDAS, FENAM, CMB, Unimed São Luís, Unimed Belo Horizonte, GEAP, CASSI, ASSEFAZ, solicitando as seguintes informações:

- i. A operadora foi atingida por qualquer movimento médico que estabeleça valores uniformes de remuneração pelos procedimentos médicos prestados?
- ii. A operadora negocia individualmente com os médicos os valores dos honorários?
- iii. A operadora divulga alguma tabela de remuneração em contraposição à CBHPM?
- iv. Em caso de adoção da CBHPM, informar os impactos gerados por essa medida;
- v. Apresentar planilha indicativa dos custos fixos e variáveis incorridos para a prestação dos procedimentos médicos, indicando a parcela que os honorários médicos representa sobre a integralidade destes.

39. Em 14 de setembro de 2005, a Itauseg protocolou resposta informando que a seguradora não possui rede médica credenciada e, portanto, não remunera ou negocia com médicos valores de honorários, sendo os seus beneficiários reembolsados pelas consultas médicas realizadas (fl. 1741).

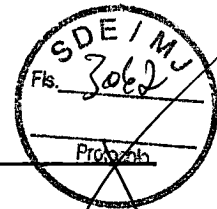
40. Em 20 de setembro de 2005, a Amil Assistência Médica protocolou resposta (fls. 1756 a 1758), relatando a formação de cooperativas médicas de otorrinolaringologistas e anestesistas no Estado de Goiás³, que dificultavam as negociações, pois as contratações somente poderiam ser feitas através da cooperativa. Informa, também, que essas cooperativas ameaçavam a paralisação do atendimento como forma de pressionar a Amil a adotar a CBHPM. Destaca, ainda, que *“no dia 09 de setembro (...) ocorreu reunião da CNI – Comissão Nacional para Implantação da CBHPM com as Comissões Estaduais de Honorários Médicos em Belém (PA)”*⁴, reunião essa que contou com a presença de representantes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, cujo objetivo foi criar estratégias para fortalecer o movimento nacional. Nesta reunião, ficou acordado que as Comissões Estaduais de Honorários tem o prazo de até 03 de outubro para dar início ao movimento de paralisação” (fl. 1757).

41. Em 21 de setembro de 2005, a UNIDAS protocolou resposta informando que com a divulgação da CBHPM, foram criadas comissões estaduais por parte das entidades médicas, cujo principal objetivo é a negociação dos honorários médicos. Destaca que a CBHPM foi

³ A Cooperativa dos Anestesiologistas de Goiás - COOPANEST-GO está sendo investigada no Procedimento Administrativo nº 08012.000855/2010-93.

⁴ As entidades médicas do Estado do Pará estão sendo investigadas na Averiguação Preliminar nº 08012.008340/2005-74, e no Procedimento Administrativo nº 08012.001790/2004-55.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



adotada por suas filiadas em diversos Estados, contudo, em alguns deles houve impasses relacionados à definição dos valores que resultaram em paralisação de atendimento aos beneficiários. Destacou que segundo cálculos efetuados pela Comissão Técnica da UNIDAS, a adoção da CBHPM plena representa um impacto, em média, de cerca de 78%, enquanto que sendo aplicado o redutor de 20%, o impacto cairia para 34%.

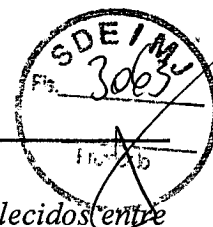
42. Em 22 de setembro de 2005, a GEAP protocolou resposta (fls. 1780 a 1791), informando que foram realizadas negociações com as Comissões Estaduais em todo Brasil, buscando adotar o deflator de 20% na CBHPM. Destaca que no momento da contratação de serviços assistenciais a GEAP apresenta uma tabela de procedimentos médicos – TGPM, que inclui os procedimentos estabelecidos pela Resolução CONSU/ANS/10/98 e pela RN 82/2004 da ANS e contempla os honorários médicos da CBHPM. Ressalta, também, que o impacto da implantação dos valores de UCO da CBHPM representa aumentos dos custos entre 103% e 451%.

43. Em 21 de setembro de 2005, a ABRAMGE protocolou resposta (fls. 1798 a 1800), informando que tem ciência de que suas associadas vêm sofrendo os efeitos da mobilização dos médicos em torno da implantação da CBHPM, que sempre traz consigo a ameaça de paralisação dos profissionais médicos credenciados, referenciados ou contratados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Afirmou que a ABRAMGE defendeu, junto às entidades médicas, a recomendação às suas associadas de que as negociações para fixação dos valores de remuneração deveriam ser individuais e se dar em bases regionais e não nacional, respeitando sempre o porte e as especificidades de cada operadora. Além disso, a ABRAMGE destacou que procura não divulgar ou recomendar a adoção de qualquer forma de padronização ou uniformização de remuneração de procedimentos e serviços entre as suas associadas.

44. Na oportunidade, a ABRAMGE anexou os seguintes documentos:

- i. Cópia de cartas encaminhadas à direção do CFM, AMB e FENAM relacionadas às negociações para a implantação da CBHPM (fls. 1826 a 1844);
- ii. Cópia da lista dos interlocutores regionais das empresas de medicina de grupo associadas à ABRAMGE para as negociações da CBHPM com a AMB (fls. 1844 a 1855; 1861 a 1865; 1869 a 1877)
- iii. Circular ABRAMGE 085/2004, que informava aos seus associados que “a ABRAMGE e a SINAMGE vem mantendo negociações com as diretorias da AMB, CFM e FENAM, no sentido de firmar um protocolo de entendimento entre todas essas entidades nacionais, no qual deverá constar nossa recomendação aos associados de que adotem os princípios da CBHPM, e que os valores e os prazos de implantação sejam discutidos regionalmente” (fl. 1855);
- iv. Circular ABRAMGE 090/2004, que informa aos seus associados que “em prosseguimento às negociações que vimos realizando com as entidades médicas nacionais, encaminhamos para seu conhecimento cópia da correspondência da AMB, propondo a criação de Câmaras Técnicas específicas.” (fl. 1878);
- v. Carta da AMB para a ABRANGE, datada de 24 de agosto de 2004, que informa:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



“Em continuidade às discussões e ao ofício ABR.094/04 (...), estabelecidos entre a Associação Médica Brasileira e a ABRAMGE/SINAMGE, informamos que estão sendo criadas as seguintes Câmaras Técnicas:

1. *Câmara de CBHPM;*
2. *Câmara de Ortese e Prótese (...)*

Solicitamos portanto sua indicação de Membro Titular e Suplente” (fl. 1879)

45. Em 19 de setembro de 2005, a Unimed São Luis protocolou resposta informando que no dia 15 de março de 2004, a Cooperativa realizou Assembléia Geral Ordinária implantando o valor da consulta estabelecida pela CBHPM com o redutor de 20% e em 2005, implantou o restante da tabela. Ressaltou, também, que houve um significativo aumento em algumas despesas com materiais e medicamentos, como órteses, próteses e medicamentos importados e novos procedimentos até então inexistentes (fl. 1880).

46. Em 29 de setembro de 2005, a HAPVIDA protocolou resposta (fls. 1882 a 1886), informando que foi atingida pelo movimento de implantação da CBHPM. O impacto desse movimento variou de região em região: em Manaus, não houve outra maneira de continuar as atividades da empresa sem aceitar o valor da CBHPM como remuneração dos anestesiológicos; em São Luis do Maranhão, todos os médicos suspenderam o atendimento e encaminharam a notificação rescisória sem sequer obedecer ao aviso prévio. Destacou que *“a HAPVIDA teve de negociar, em cada estado onde atua, com as Comissões de Honorários Médicos (...) e aceitar preços nacionalmente uniformes (...) Assim, é de concluir que a classe médica, capitaneada pelo Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos Regionais e Associações, impuseram aos planos de saúde a adoção de uma tabela uniforme de remuneração”* (fl. 1885 e 1886).

47. Na oportunidade, a HAPVIDA anexou à resposta os seguintes documentos:

- i. Termo de Ajustamento de Conduta da HAPVIDA entre o Conselho Regional de Medicina-MA (Comissão de Honorários) (fls. 1887 a 1890);
- ii. Termo de Ajustamento de Conduta entre a Comissão Estadual de Honorários Médicos do Piauí e a HAPVIDA (fls. 1893 a 1895);
- iii. Termos de Acordos entre a Sociedade de Medicina de Alagoas (fls. 1898 a 1899), Sociedade Médica de Sergipe (fls. 1899 a 1900) e a HAPVIDA.

48. Em 03 de outubro de 2005, a Unimed Brasil protocolou resposta (fls. 1911 a 1915), informando que a CBHPM foi debatida em eventos internos do Sistema Unimed, com o objetivo de conhecer a metodologia de sua elaboração e os impactos nos honorários dos médicos cooperados. A adoção ou não dessa tabela é de competência exclusiva das cooperativas singulares, no âmbito das quais os valores médicos são definidos pelos próprios cooperados ou pelo órgão delegado pelos mesmos. Destaca, também, que as Unimeds possuem um sistema de retorno das sobras líquidas do exercício proporcionalmente às operações realizadas pelo associado. Na oportunidade, anexou tabelas que informam o impacto financeiro da adoção da CBHPM na cooperativa (fls. 1905 a 1910).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



49. Em 06 de outubro de 2010, a Golden Cross protocolou resposta (fls. 1960 a 1972), informando que foi alvo do movimento para a implantação da CBHPM em vários Estados da Federação. Segundo a operadora, tal movimento teria contado com o apoio e a simpatia de representantes dos Ministérios Públicos Federal e Estaduais e, por essa razão, a operadora teve que responder diversos inquéritos civis e ações civis públicas, recebendo liminares para reajuste de honorário médico, recursos e reversões de decisão de toda ordem, com grandes repercussões administrativas e financeiras. Destacou também que a deflagração de movimentos de paralisação de médicos ajudaram a disseminar insegurança no setor. Afirmou que as Unimeds não sofrem qualquer tipo de retaliação ou ataque por parte dos médicos e que muitas vezes, membros das diretorias das Unimeds fazem parte das diretorias de Conselhos Profissionais de Medicina. Ressaltou, ainda, que os Conselhos tem o poder de instaurar processos éticos contra os médicos que não atenderem suas recomendações, o que impede que os médicos que não concordam com o movimento continuem atendendo aos planos de saúde. Alegou que a Golden Cross não teria capacidade de implantar a CBHPM, pois comprometeria seu equilíbrio atuarial e não seria possível repassar esse aumento aos consumidores. Na oportunidade, anexou uma tabela com o impacto que a adoção da CBHPM teria nos custos da operadora (fl. 1974).

50. Em 07 de novembro de 2005, a AGF Saúde protocolou sua resposta (fls. 2084 a 2087), informando que foi diretamente afetada pelos movimentos médicos para implantação dos valores constantes na CBHPM. Isso porque, em diversos locais, o atendimento pela rede referenciada disponibilizada aos segurados foi sumariamente alterado pelos prestadores, os quais cobravam pagamento referente aos atendimentos realizados diretamente dos beneficiários, para posterior pedido de reembolso. Informou que a AGF negocia individualmente com os prestadores os valores de procedimentos e que divulga tabela própria de remuneração. Alegou que não implementou a CBHPM, devido ao forte impacto projetado nos custos assistenciais e que não poderia ser absorvido por seus clientes corporativos. Ressalta, também, que a CBHPM possui mais de 1.000 procedimentos não contemplados pelo Rol de procedimentos médicos da ANS, e seu impacto atuarial não é previsível em função da ausência de frequências de utilização que permitam mensurá-lo.

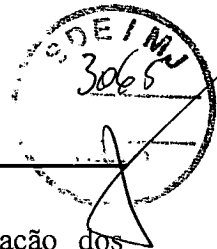
51. Em 01 de novembro de 2005, a ABRAMGE requereu a juntada de três estudos realizados com o fim de avaliar o impacto na elevação de preços gerados pelos valores apontados na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (fls. 1979 a 1980).

52. Em 01 de dezembro de 2005, a Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro solicitou as cópias integrais dos procedimentos administrativos relacionados à Resolução CFM 1.673/03, assim como os relacionados à criação da CBHPM, para instruir o Processo nº 2004.001.149221-8. Dado o grande volume de documentos solicitados, o DPDE encaminhou à Comarca da Capital apenas a cópia da nota de instauração.

53. Em 28 de setembro de 2007, a SDE encaminhou ofício ao Conselho Federal de Medicina – CFM; à Associação Médica Brasileira; à Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE; solicitando a cópia integral dos relatórios, estudos, pesquisas e assemelhados nos quais a Classificação Brasileira de Honorários Médicos (CBHPM) foi baseada. As respostas foram digitalizadas e acostadas à fl. 2884.

54. Em 05 de julho de 2008, a SDE encaminhou ofícios ao Conselho Federal de Medicina, à Associação Médica Brasileira, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, solicitando as seguintes informações:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- i. O Conselho influencia ou intervém, de alguma forma, na negociação dos honorários, consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? A instituição elabora tabelas com valores referenciais?
- ii. As referidas tabelas são de adoção obrigatória ou referencial? Por quê?
- iii. Na eventualidade de algum profissional filiado à entidade descumprir a tabela ou a orientação, submete-se a algum tipo de sanção?
- iv. Algum profissional filiado a este Conselho já foi excluído dos quadros por não ter cumprido a tabela ou seguido a orientação?
- v. Existe algum tipo de mecanismo de monitoramento do uso da tabela?
- vi. Indicar e anexar todas as resoluções expedidas pelas entidades concernentes a honorários médicos.

55. Em 24 de julho de 2008, o CFM protocolou resposta (fls. 2161 a 2162), informando que o CFM não intervém e nem participa da negociação de honorários médicos com os planos de saúde; que a CBHPM não é uma tabela de preços, mas um referencial de honorários, não sendo impositiva, na medida em que inexistente sanção pelo não cumprimento dos valores estabelecidos.

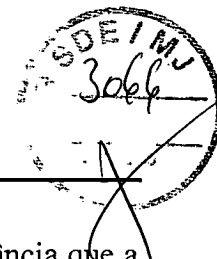
56. Em 09 de julho de 2008, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo protocolou resposta (fls. 2165 a 2166), informando que, embora preocupado com os padrões mínimos e éticos de remuneração dos médicos, não influencia ou intervém na negociação direta dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde. Destacou, também, que nenhum médico foi excluído por não ter seguido orientação quanto aos honorários médicos. Informou, por fim, que editou a Portaria Cremesp nº 25/2006, por meio da qual instituiu uma Comissão do Projeto de Lei para Edição de Lista Referencial de Honorários (fl. 2169).

57. Em 17 de julho de 2008, a Associação Médica Brasileira (fls. 2173 e 2174), protocolou resposta informando que não compete à Associação intervir em negociações de caráter privado firmadas entre médicos e operadoras de planos de saúde. Do mesmo modo, acrescentou que não é de competência da AMB a elaboração de tabelas de honorários. Informou que não há nenhum tipo de punição a médicos que não adotem tabelas e que nenhum médico foi excluído por ter praticado a conduta descrita. Ressalta, ainda, que tendo em vista que “a Associação Médica Brasileira não atua na elaboração de tabelas de honorários, não há qualquer previsão nesse sentido [fiscalização ou monitoramento do uso da tabela]” (fl. 2174).

58. Em 18 de janeiro de 2010, esta Secretaria encaminhou o Ofício nº 447/CGAJ/DPDE ao Conselho Federal de Medicina, solicitando os seguintes documentos e informações:

- i. A Resolução nº 1.673/03 do CFM ainda se encontra em vigor? Há ou já existiu decisão judicial que apreciou a legalidade da referida Resolução? Em caso afirmativo, enviar as cópias de toda e qualquer decisão(ões) judicial(is) que tenha(m) apreciado o normativo, detalhando se a Resolução foi suspensa, e

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



especificando o início e o término da suspensão, e identificando a instância que a determinou.

- ii. Como se dá a atuação do CFM na intervenção, mediação ou determinação quanto à negociação e fixação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? Favor detalhar.
- iii. Qual é o papel do CFM junto aos Conselhos Regionais de Medicinas (CRMs), em relação à questão dos honorários médicos? Há alguma orientação quanto à adoção de valores e tabelas? As decisões tomadas pelos CRMs quanto ao assunto podem ser revistas pelo CFM? Há relação de subordinação entre as decisões tomadas pelo CFM e as deliberadas pelos CRMs? Detalhar.
- iv. Qual é o papel exercido pelo CFM junto aos médicos no que tange à cobrança de honorários médicos? O CFM estabelece piso mínimo de honorários? Quais são as orientações transmitidas aos médicos por este Conselho? Os médicos que eventualmente descumprirem as orientações do Conselho referentes à cobrança de honorários estão sujeitos a sanções? Quais?
- v. A entidade elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos e consultas ou orientação quanto aos preços a serem cobrados no atendimento a operadoras de planos de saúde? No caso de resposta positiva, as referidas tabelas ou orientações são de adoção obrigatória pelo profissional de saúde?
- vi. A adoção específica da CBHPM é obrigatória para o profissional de saúde? Em caso afirmativo, existe alguma sanção para a não adoção dos valores remuneratórios estabelecidos pela tabela? Qual é a entidade responsável pela aplicação da sanção (CFM, CRMs, outra)?
- vii. Existe algum tipo de mecanismo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientação? Como é realizado este monitoramento?
- viii. O CFM participa de negociações de honorários com as operadoras de saúde, na qualidade de representante dos médicos? Há alguma outra entidade que participa de tais negociações nessa qualidade? Como são os processos de negociação com as operadoras de planos de saúde? Há alguma entidade que representa as operadoras nas negociações? Quais? Como é a atuação destas entidades?
- ix. Qual é a atuação (i) da Comissão Nacional de Honorários Médicos; (ii) da Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM; e da (iii) Câmara Técnica da CBHPM? Especificar: quem compõe esses colegiados, quais são suas atribuições, orientações, etc., se há representantes de médicos e de operadoras de planos de saúde. Enviar documentos que demonstrem a atividade dessas Câmaras e Comissões, tais como atas, comunicados, etc., expedidos desde 2003 até a presente data.
- x. Indicar e anexar todas as Resoluções expedidas pelo Conselho Federal concernentes a honorários médicos, desde 2003 até a presente data.
- xi. Outras informações julgadas relevantes.

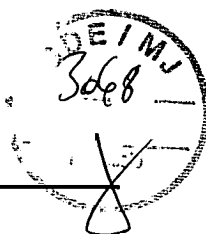
59. Em 27 de fevereiro de 2010, o CFM protocolou a resposta ao ofício supracitado (fls. 2377 a 2418), sustentando, em síntese, que:

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- A Resolução nº 1.673/2003 ainda está em vigor, existindo diversas ações judiciais anexas que versam sobre o tema (fls. 2421 a 2684);
- O CFM edita a CBHPM e a supervisiona no âmbito de sua competência. Ademais, o CFM cria câmaras de estudo e de atuação específica para normatizá-la continuamente;
- O CFM emana orientação para adoção da CBHPM, porém, *“como se trata de um normativo referencial, os Conselhos Regionais de Medicina são livres para adotá-los ou não, não havendo qualquer intervenção do CFM nessa decisão”*. (fl. 2416);
- O CFM editou a CBHPM como norma referencial para que o médico possa negociar com as operadoras e planos de saúde;
- O CFM não elabora tabela de honorários médicos, mas edita a CBHPM como referência a ser utilizada na negociação entre os médicos e as operadoras de planos de saúde;
- A CBHPM não possui caráter coercitivo, não existindo nenhuma sanção para o médico que não a adote;
- Não existe fiscalização sobre a adoção da CBHPM. Há, de fato, um monitoramento das comissões estaduais de honorários médicos, mas não uma fiscalização no sentido estrito da palavra;
- O CFM edita a CBHPM e a supervisiona no âmbito de sua competência. Ademais, assevera que as negociações ficam a cargo das Comissões Estaduais de Honorários Médicos, e que as operadoras de planos de saúde negociam individualmente ou representadas por entidades associativas, como a ABRAMGE;
- A Comissão Nacional de Honorários, a Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM e a Câmara Técnica da CBHPM têm como objetivo realizar o estudo aprofundado da atualização da CBHPM. Outrossim, ajudam na atuação específica para normatizar a CBHPM;
- Não foi editado nenhum normativo referente à CBHPM desde a Resolução nº 1.673/2003;
- Ademais, aduz que:
 - a) O descredenciamento dos médicos obedece às normas dispostas na Lei nº 9.961/2000 e na Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, que estabelecem o prazo de 60 (sessenta) dias para a suspensão do atendimento. Destarte, não viola o princípio da livre iniciativa, porque *“ninguém pode ser obrigado a contratar ou a alienar sua liberdade profissional sem que o consinta ou determine a lei”*;

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



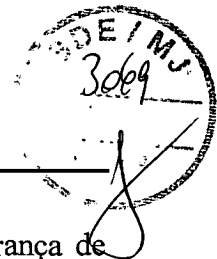
- b) Desde 01 de setembro de 2004, o CFM expediu o Ofício Circular nº 125/2004 – AJ, dirigido a todos os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, determinando que sejam sobrestados *“todos os feitos (sindicâncias e processos ético-profissionais) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados a não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM nº 1.673/2003”*. Desta feita, não haveria coerção ou obrigatoriedade de adoção da CBHPM, sendo esta apenas sugestiva e não impositiva;
- c) O Poder Judiciário já se manifestou no sentido de que não é possível caracterizar a CBHPM como anticompetitiva, afirmando que inexistente obrigatoriedade para sua adoção pelos médicos brasileiros;
- d) Não houve dominação de mercado - vez que apenas médicos são capazes de realizar serviços médico-hospitalares -, nem formação de cartel, porquanto não há empresas envolvidas na implantação da CBHPM. Ademais, não houve caracterização de conduta comercial uniforme, haja vista a CBHPM estabelece um valor mínimo de remuneração, de modo que o usuário continua dispondo de liberdade para escolher seu plano de saúde e seu médico de confiança;
- e) A Resolução CFM nº 1.673/2003 é legitimada por lei, uma vez que o Conselho Federal de Medicina é entidade de fiscalização profissional, instituída pelo Decreto-lei nº 7.955/45 e pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58. Ademais, possui o CFM competência legal para exercer o poder de polícia da classe médica e de criar uma classificação de procedimentos hierarquizados que não contrariem a ética médica.

60. Acompanham as respostas fotocópias de diversas decisões judiciais (fls. 2421 a 2684).

61. Em 18 de janeiro de 2010, esta Secretaria encaminhou o Ofício nº 446/CGAJ/DPDE à Associação Médica Brasileira, solicitando os seguintes documentos e informações:

- i. A Resolução nº 1.673/03 do CFM ainda se encontra em vigor? Há ou já existiu decisão judicial que apreciou a legalidade da referida Resolução? Em caso afirmativo, enviar as cópias de toda e qualquer decisão(ões) judicial(is) que tenha(m) apreciado o normativo, detalhando se a Resolução foi suspensa, e especificando o início e o término da suspensão, identificando a instância que a determinou.
- ii. Como se dá a atuação da AMB na intervenção, mediação ou determinação quanto à negociação e fixação dos honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde aos profissionais de saúde? Favor detalhar.
- iii. Qual é o papel da AMB junto aos Conselhos Regionais de Medicinas (CRMs), em relação à questão dos honorários médicos? Há alguma orientação quanto à adoção de valores e tabelas? As decisões tomadas pela AMB quanto ao assunto podem ser revistas pelo CFM? Há relação de subordinação entre as decisões tomadas pelo CFM e as deliberadas pela AMB? Detalhar.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

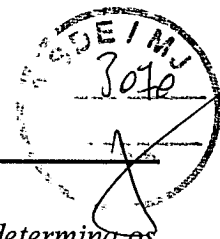


- iv. Qual é o papel exercido pela AMB junto aos médicos no que tange à cobrança de honorários médicos? A AMB estabelece piso mínimo de honorários? Quais são as orientações transmitidas aos médicos por esta Associação? Os médicos que eventualmente descumprirem as orientações do Conselho referente à cobrança de honorários estão sujeitos a sanções? Quais?
- v. A AMB elabora tabelas com valores referenciais de procedimentos médicos e consultas ou orientação quanto aos preços a serem cobrados no atendimento a operadoras de planos de saúde? No caso de resposta positiva, as referidas tabelas ou orientações são de adoção obrigatória pelo profissional de saúde?
- vi. A adoção específica da CBHPM é obrigatória para o profissional de saúde? Em caso afirmativo, existe alguma sanção para a não adoção dos valores remuneratórios estabelecidos pela tabela?
- vii. Existe algum tipo de mecanismo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientação? Como é realizado este monitoramento?
- viii. A AMB participa de negociações de honorários com as operadoras de saúde, na qualidade de representante dos médicos? Há alguma outra entidade que participa de tais negociações nessa qualidade? Como são os processos de negociação com as operadoras de planos de saúde? Há alguma entidade que representa as operadoras nas negociações? Quais? Como é a atuação destas entidades?
- ix. Qual é a atuação (i) da Comissão Nacional de Honorários Médicos; (ii) da Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM; e da (iii) Câmara Técnica da CBHPM? Especificar: quem compõe esses colegiados, quais são suas atribuições, orientações, etc., se há representantes de médicos e de operadoras de planos de saúde. Enviar documentos que demonstrem a atividade dessas Câmaras e Comissões, tais como atas, comunicados, etc., expedidos desde 2003 até a presente data.
- x. Indicar e anexar todas as Resoluções e/ou outro(s) documento(s) expedidos pela AMB concernentes a honorários médicos, desde 2003 até a presente data.
- xi. Outras informações julgadas relevantes.

62. Em 18 de fevereiro de 2010, a AMB protocolou a resposta ao ofício acima referido (fls. 2691 a 2703), sustentando, em síntese, que:

- A Resolução nº 1.673/03 do CFM encontra-se em vigor desde sua publicação, no ano de 2003. Todavia, em 2004, o CFM, por meio da Circular nº 129, determinou que os Presidentes dos Conselhos Regionais sobrestassem as aberturas de processos ético-disciplinares, para apuração de atos ligados à não observância da CBHPM;
- Ademais, elucida que o Juízo da 09ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, nos autos do processo nº 2004.34.00.019639-1, indeferiu o pedido formulado pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo de São Bernardo do Campo, que requeria a suspensão da eficácia da Resolução nº 1673/03, e a abstenção do CFM do direito de instituir a CBHPM como tabela obrigatória nas relações entre os médicos e o Instituto, visto que *“a Resolução não impõe a*

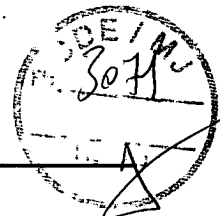
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



Classificação ao não prever punição para o seu descumprimento e nem determina os valores da CBHPM, apenas adota como parâmetro mínimo e ético” (fls. 2692 a 2693);

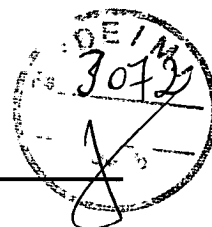
- A AMB não intervém, media ou determina diretamente a fixação de honorários de consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde ao profissional de saúde. Sua atuação restringe-se ao âmbito institucional representativo da classe médica, sem pretensão ou legitimidade para obrigar os médicos a adotarem a CBHPM, porquanto suas decisões não se revestem de caráter coercitivo;
- Aduz que “a CBHPM (...) serve de referencial para que os médicos realizem individualmente suas negociações com as operadoras de planos de saúde” (fl. 2693), permitindo que o médico tenha um parâmetro para poder negociar;
- As atividades da AMB não se confundem com as atividades dos Conselhos de Medicina. A AMB é uma entidade associativa que congrega médicos que desejam se associar. O CFM, por sua vez, é um órgão que possui atribuições de fiscalização, normatização da prática médica, registro de profissionais médicos e aplicação de sanções do Código de Ética Médica. Os Conselhos Regionais possuem, outrossim, as mesmas atribuições do CFM, porém, em âmbito regional e em obediência às Resoluções do CFM;
- A AMB apenas realiza parcerias com os Conselhos sobre questões de saúde. A CBHPM, nesse sentido, é resultado da sinergia das entidades de representação médica do país, que buscam “a padronização de procedimentos médicos, mediante correções e atualizações de suas nomenclaturas científicas” (fl. 2695);
- O único papel exercido pela AMB referente a honorários médicos refere-se à luta por melhores condições de trabalho e remuneração para a classe médica, objetivo este previsto no Estatuto Social da entidade;
- A AMB não estabelece piso mínimo e tampouco se envolve nas negociações que são feitas individualmente, por cada médico, diretamente com cada empresa;
- Faz parte dos objetivos estatutários da AMB defender os interesses da classe médica, bem como elaborar, atualizar, divulgar e recomendar a CBHPM, para a prestação de serviços médicos, nos termos do art. 2º de seu Estatuto Social.
- A AMB não possui poder de instaurar um processo disciplinar em face de médicos que não desejam adotar a CBHPM como referencial, porquanto o poder disciplinador é de competência dos Conselhos Regionais. Aduz, ademais, que não dispõe de competência jurídica para editar normas e resoluções que disciplinem regras para instituição de valores relativa a honorários médicos;
- A AMB não cria tabelas com preços. Apenas participou da criação da CBHPM, que não constitui uma tabela de preços, mas uma hierarquização dos procedimentos médicos;

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- Nenhum profissional é obrigado a adotar a CBHPM como padrão remuneratório. Esta é utilizada apenas como referencial para que os médicos possam negociar individualmente com as operadoras;
- Não existe qualquer tipo de fiscalização ou monitoramento do uso de tabelas ou orientações emanadas pela AMB;
- A AMB não interfere em negociação de caráter privado entre médicos e operadoras de planos de saúde. Afirma que apenas há interferência da AMB em um patamar coletivo, *"isto é, ela pode dialogar com uma operadora requisitando que sejam corrigidas distorções. Por exemplo, o pedido que o Bradesco concedesse reajuste anual aos médicos, já que inexistia um dispositivo legal que o garanta, acompanhando a inflação nacional. Ou seja, se a AMB procura uma empresa é sempre tendo em vista o caráter coletivo e respeitando a livre concorrência, porque seu único pedido é sensibilizar operadoras em relação ao reajuste"*. (fls. 2697 a 2698). Nesse contexto, cita como exemplo de entidades que já se reuniram com a AMB para negociações a ABRAMGE, FENASAÚDE, UNIDAS e UNIMED;
- A Comissão Nacional de Honorários Médicos avalia o cenário econômico do país e aprecia valores pela contraposição entre a inflação geral e a inflação dos honorários. Ela é composta por médicos da AMB, CFM e FENAM. A Resolução Normativa nº 71/2004 da ANS, que dispõe sobre a contratualização entre as operadoras de planos de saúde e profissionais de saúde, trouxe a obrigatoriedade do critério de periodicidade e índice de reajuste a todos os contratos;
- A Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM, por sua vez, tem o escopo de introduzir a CBHPM como referencial, coordenando o movimento em todos os Estados. É composta por 3 entidades distintas: AMB, FENAM e CFM (fl. 2698). Ressalta que o principal avanço foi a adoção da CBHPM pela ANS, sem citar, no entanto, qualquer resolução da Agência que confirmasse a alegada adoção;
- A Câmara Técnica da CBHPM, a seu turno, discute a incorporação de determinados procedimentos à lista da CBHPM. Elucida que todas as Sociedades de Especialidades dão seu respaldo, porquanto são convidadas para opinar sobre questões técnicas. É composta pela FENAM, CFM, AMB, empresas (UNIDAS, UNIMED) e FENASAÚDE. São, ademais, convidadas para todas as reuniões com voz ativa e direito de voto: ABRAMGE, ANAHP e Santas Casas;
- A AMB não tem poder de criar uma Resolução;
- A ANS, acompanhando o movimento mundial de uniformidade da saúde, criou, por meio da Resolução Normativa nº 114 da ANS, o Padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), que estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os procedimentos realizados;
- Em abril de 2007, foi instituída a Instrução Normativa ANS nº 24, responsável pela criação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS);

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- Em 01 de agosto de 2008, em reunião do COPISS, estabeleceu-se que a AMB seria responsável pela definição da codificação e dos termos que constituirão a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A AMB seria responsável pela manutenção, atualização e divulgação da TUSS referente a procedimentos médicos. Para tanto, a AMB mantém uma câmara técnica composta por representantes nacionais das entidades médicas.

63. Acompanham as respostas os documentos abaixo relacionados:

i) Resolução nº 1.673/2003 do CFM (fls. 2704);

ii) Circular nº 129/2004 do CFM (fls. 2705), com o seguinte teor:

“Em retificação ao Ofício Circular CFM nº 0125/2004, este Conselho Federal de Medicina – CFM, no uso de suas atribuições legais e em face das recentes decisões judiciais sobre a matéria, vem solicitar aos Presidentes dos Conselhos Regionais que sobrestem a abertura de novos Processos Ético-Profissionais que tenham como objeto a não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM nº 1.673/2003. Entretanto, não existe qualquer impedimento para que sejam instauradas e processadas novas sindicâncias sobre o tema, sendo que somente o julgamento deverá ser sobrestado até um novo posicionamento sobre a matéria”.

iii) Decisão do Juízo da 09ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, proferida nos autos do processo nº 2004.94.00.019639-1 (fl. 2707);

iv) Ofícios de questionamentos de Magistrados à AMB referentes a valores de procedimentos, com base na CBHPM (fls. 2708 a 2720);

v) Estatuto Social da AMB (fls. 2720 a 2732);

vi) Resolução Normativa nº 71/2004 da ANS (fls. 2733 a 2735);

vii) Atas referentes às reuniões da Comissão Nacional de Honorários Médicos e da Câmara Técnica da CBHPM (fls. 2736 a 2764);

viii) Resolução Normativa nº 114/2005 da ANS, Instrução Normativa nº 24/2007 da ANS, Instrução Normativa nº 30/2008 da ANS, Instrução Normativa nº 34/2009 da ANS (fls. 2765 a 2775).

64. Em 27 de julho de 2010, foi determinada a juntada da resposta da Unimed-BH (fls. 2781 a 2784), referente ao ofício 3972/2005/DPDE, encaminhado à operadora em 08 de agosto de 2005, que solicitava as seguintes informações relacionadas às decisões tomadas em Assembleia de médicos para implantação do movimento e suspensão coordenada ao atendimento a planos privados de assistência à saúde que se recusassem à adesão integral da CBHPM⁵:

- i) Esclarecer se a operadora ou suas filiadas foram atingidas por esse ou por qualquer movimento de médicos que estabeleça valores uniformes de remuneração pelos procedimentos médicos prestados.

⁵ O ofício nº 3972/2005/DPDE fazia referência aos Processos Administrativos nº 08012.004276/2004-71 e nº 08012.006647/2004-50 e ao Procedimento Administrativo nº 08012.005101/2004-81. Contudo, o ofício e a resposta dada pela Unimed de Belo Horizonte teriam sido anexados apenas a este último. Sendo constatada a falha, determinou-se a juntada desses documentos ao presente Processo Administrativo.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- ii) Em caso positivo, apresentar um histórico detalhado das negociações travadas com as entidades médicas responsáveis por tal conduta, esclarecendo o funcionamento dessas negociações.
- iii) Esclarecer se a operadora ou suas filiadas negocia individualmente com os médicos os valores dos honorários pelos procedimentos médicos, demonstrando o alegado com quaisquer documentos que V.Sa. entender adequados.
- iv) Informar se a operadora ou suas filiadas divulgam alguma tabela da remuneração em contraposição à CBHPM, ou à antiga tabela da AMB, ou é orientada a adotar alguma tabela por entidade que represente os interesses gerais de empresas como a Itaú Seguros, informando, nesse último caso, o nome da entidade e a tabela sugerida.
- v) Em caso de adoção da CBHPM, informar o impacto da elevação dos preços das consultas médicas gerado ou a ser gerado pela adoção dos valores da "CBHPM" sobre os custos, em especial no que tange a possíveis reajustes das mensalidades e queda no desempenho competitivo, esclarecendo a forma pela qual são compensados os prováveis impactos decorrentes da adoção da CBHPM para manutenção de sua competitividade.
- vi) Apresentar planilha indicativa dos custos fixos e variáveis incorridos para prestação dos procedimentos médicos, indicando a parcela que os honorários médicos representa sobre a integralidade desses, antes e após a adoção da CBHPM. Os dados requisitados referem-se ao período abrangido entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004 e devem ser fornecidos em base mensal.
- vii) Esclarecer as variáveis que porventura tenham provocado alteração substancial nos custos das seguradoras desse mercado nos últimos 5 anos, tais como elevação dos custos dos medicamentos, avanços tecnológicos, criação de novas especialidades.

65. A Unimed BH protocolou resposta em 13 de setembro de 2005, informando que as reivindicações foram encaminhadas pelas entidades médicas a todas as operadoras de planos de saúde. Essas reivindicações foram estudadas pela Unimed-BH, bem como pelas demais cooperativas médicas e o resultado desse estudo demonstrou a inviabilidade financeira de se adotar a referida tabela. Os cooperados decidiram fazer ajustes na tabela de honorários, sem implantar os novos códigos e os valores nela previstos. Não houve uma negociação particular e específica entre a Unimed-BH e as entidades médicas, mas apenas a decisão da Assembléia. Informa também que a Unimed não adota a CBHPM. Além disso, acrescenta que não há uma remuneração fixa em reais para os médicos cooperados, sendo os valores especificados em unidades de trabalho, que são calculadas a cada mês, a depender dos recursos disponíveis. Ressalta, também, que os materiais e medicamentos no período analisado (1999 a 2004) tiveram um incremento significativo nos custos dos serviços. Na oportunidade, anexa a lista de Despesa Assistencial por Tipo de Produção (fls. 2786 a 2881).

66. Em 19 de fevereiro de 2010, a SDE encaminhou ofícios para diversas operadoras de planos de saúde⁶ com o objetivo de traduzir para os autos de diversos processos

⁶ 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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



administrativos relativos ao setor de saúde suplementar o contexto e o processo de negociação entre as operadoras de planos de saúde e seus respectivos prestadores (fls. 2188 a 2375). Foram postuladas as seguintes informações das operadoras:

- i) Como são definidos os honorários que serão pagos aos prestadores de serviços contratados por essa operadora? Os valores são definidos por uma das partes ou existe um processo de negociação?
- ii) Como se dá o processo de negociação de honorários entre esta operadora e os prestadores de serviços de saúde? Explicar detalhadamente a forma de negociação com hospitais, SADT e com médicos. Encaminhar cópia de eventuais atas ou documentos que comprovem o procedimento pelo qual foram conduzidas negociações havidas entre esta operadora e prestadores nos últimos 2 (dois) anos.
- iii) Quanto à negociação de honorários com os profissionais médicos, essa operadora adota honorários diferenciados em razão da qualificação, experiência, reputação, etc. do profissional? Quais razões motivam o pagamento de honorários diferenciados e quais são os critérios analisados? Informar o percentual dos médicos credenciados que recebem honorários diferenciados em razão dos diferenciais apontados, em relação ao total de médicos credenciados por essa operadora? Os médicos que recebem honorários diferenciados exercem alguma atividade junto a esta operadora, como por exemplo, avaliação de diagnósticos para emissão de segunda opinião? Especificar.
- iv) As negociações entre a operadora e o prestador são feitas individualmente ou existe alguma entidade representativa dos interesses das partes que intermedeia as negociações?
- v) Caso as negociações sejam feitas por entidades representativas, qual(is) entidade(s) representa(m) os prestadores (identificar a entidade que representa os hospitais, os médicos e SADT)? E, qual(is) entidade(s) representa(m) as operadoras de planos de saúde?
- vi) O que justifica as negociações coletivas entre operadoras e prestadores? Há alguma eficiência na adoção desse procedimento?
- vii) O que acontece no caso das partes não chegarem a um acordo? Há interveniência de terceiros ou árbitros no processo?

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.; Brasisaude 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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- viii) As negociações se pautam em alguma espécie de tabela? Qual? Em caso afirmativo, tal tabela tem caráter referencial ou obrigatório? Encaminhar a tabela utilizada.
- ix) Há viabilidade de contratação de prestadores sem a interveniência da entidade que os representa? Nesse caso, é possível negociar qualquer valor de honorários, ou são aplicadas tabelas divulgadas por entidades de classe?
- x) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos, Hospitais e SADT contratados por essa operadora é viável? Informar se essa operadora adota ou já adotou essa forma de negociação, e, em caso positivo, encaminhar documentos comprobatórios. Em caso negativo, indicar as razões pelas quais essa operadora não negocia individualmente honorários com os médicos, Hospitais e SADT.
- xi) A negociação individual de honorários com cada um dos médicos contratados poderia aumentar os custos dessa operadora? Explicar de que forma as negociações individuais poderiam impactar positiva ou negativamente nos custos administrativos desta operadora.

67. As respostas aos ofícios foram recebidas pela SDE entre fevereiro e outubro de 2010 e totalizaram 11 (onze) volumes de documentos, os quais, uma vez digitalizados e gravados em mídia digital, foram acostados aos autos públicos à folha 2929 e em apartado confidencial com vistas exclusivas ao SBDC.

68. Em 22 de setembro de 2010, em vista da petição protocolada pela Associação Médica Brasileira em 13 de setembro de 2005, na qual indica testemunha que deseja ser ouvida no âmbito da instrução do presente Processo Administrativo, a SDE determinou a intimação da testemunha Maria Inês Dolci, para realização da oitiva. Ademais, caso fosse de interesse da Representada, a AMB poderia requerer, alternativamente, que as informações a serem acrescidas pela referida pessoa fossem prestadas por via postal, ressaltando-se a alteração da natureza da prova que, colhida por escrito, passaria a ter caráter documental. Sendo acatada a alternativa acima proposta, a Representada foi intimada para que, no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da publicação da decisão no Diário Oficial da União apresentasse: i) questionamentos escritos a serem endereçados à Senhora Maria Inês Dolci ou, facultativamente, ii) declarações da citada pessoa com as informações fáticas que conhecesse a respeito do mérito do Processo Administrativo em epígrafe.

69. Em 30 de setembro de 2010, a AMB requereu que as informações a serem prestadas pela testemunha anteriormente arrolada fossem requeridas por meio de ofício. Para tanto, formulou as seguintes questões:

- i) A Sra. tem conhecimento do que se trata a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM e qual a sua finalidade?
- ii) De quais entidades de defesa do consumidor a Sra. fez ou faz parte atualmente?
- iii) A CBHPM impõe aos médicos alguma obrigação?
- iv) De acordo com os seus conhecimentos, a CBHPM configura conduta infringente à ordem econômica?
- v) A Sra. conhece o trabalho desenvolvido pela Associação Médica Brasileira em prol da classe médica?

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



- vi) A Associação Médica Brasileira, no que diz respeito à luta por uma melhor remuneração para os médicos, assumiu alguma atitude que configure abuso do poder econômico?
- vii) A Sra. acredita que a adoção da CBHPM tem o escopo de formar cartel ou monopólio?
- viii) A Sra. considera que a classificação dos procedimentos médicos feita pela CBHPM é benéfica para os usuários de serviços médicos?

70. Em 04 de outubro de 2010, a SDE encaminhou à Sra. Maria Inês Dolci as perguntas formuladas pela AMB, solicitando, adicionalmente, as seguintes informações:

- i) A Sra. considera que a imposição de valores mínimos para os serviços médicos a planos de saúde pode implicar maiores gastos para as operadoras de planos de saúde.
- ii) A Sra. considera que o aumento dos gastos das operadoras de assistência suplementar, pode resultar no aumento dos preços pagos aos beneficiários de planos de saúde?

71. Às fls. 2909 a 2928 e 2930 a 2933, foram acostadas Resoluções do CFM e de alguns CRMs acerca do tema de honorários médicos, dentre elas: i) Resolução do CFM nº 1.642/2002; ii) Resolução CRM/RR nº 022/2005; iii) Resolução do CRM/RR nº 023/2005.

72. Em 12 de novembro de 2010, foi protocolada a resposta da Sra. Maria Inês Dolci (fls. 2943 a 2945), informando, essencialmente, que:

- Tem conhecimento sobre a CBHPM e acredita que a Classificação é uma importante conquista que busca preservar o respeito ao profissional médico, como também, ampliar a qualidade no atendimento ao paciente;
- A CBHPM não impõe obrigação alguma aos médicos, tendo apenas o escopo de sugerir aos profissionais de medicina valores mínimos para os procedimentos realizados, sendo usada apenas como referencial para cada médico poder negociar individualmente com as operadoras;
- A AMB não interfere em negociação de caráter privativo entre médicos e operadoras de plano de saúde, atuando exclusivamente no âmbito institucional, representativo de classe, sem qualquer pretensão ou legitimidade para obrigar quem quer que seja, uma vez que as decisões emanadas pela entidade não se revestem de caráter coercitivo;
- Considera a CBHPM benéfica aos usuários de serviço de saúde, na medida em que a sistematização de nomenclatura de procedimentos médicos é extremamente importante para as relações entre consumidores, médicos e operadoras de planos de saúde;
- A Classificação traduz o esforço que as entidades e profissionais da área médica, na luta por melhores condições de trabalho, buscam para a padronização dos procedimentos médicos mediante a correção das nomenclaturas, sendo que tal medida é absolutamente lícita.

DE/M
30/11

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

73. Em 24 de novembro de 2010, a SDE encerrou a instrução processual, por entender que o feito se encontrava satisfatoriamente instruído e solicitou que os Representados apresentassem, no prazo de 5 (cinco) dias, suas alegações finais.

74. Em 29 de novembro de 2010, a AMB protocolou suas alegações finais (fls. 2991 a 2994), informando, essencialmente, que:

- A conduta da AMB não pode ser enquadrada como tendente à dominação do mercado em prejuízo à livre iniciativa, já que não houve intenção de aumentar lucros, muito menos arbitrariedade, ou exercício, de forma abusiva, de imposição da CBHPM;
- Não há nenhuma imposição ou mesmo sanção aos profissionais que não utilizarem a CBHPM;
- A CBHPM não impõe nenhuma obrigação aos médicos e tem como principal finalidade sugerir aos profissionais da medicina honorários mínimos;
- A AMB não tem legitimidade para obrigar qualquer médico a utilizar a CBHPM uma vez que suas decisões não têm caráter coercitivo.

75. Em 29 de novembro de 2010, o Conselho Federal de Medicina protocolou suas alegações finais (fls. 2995 a 3015), informando, essencialmente, que:

- A implementação da Resolução CFM nº 1.673/2003, que aprova a CBHPM, não caracteriza infração contra a ordem econômica;
- Existem diversas decisões judiciais sobre o tema, sendo que a proferida na Ação Civil Pública nº 2005.50.01.005245-2 merece destaque, na medida em que afirma que *“os eventuais reflexos de tais discussões na esfera jurídica dos consumidores dos planos de saúde não decorreu especificamente da atuação dos Conselhos, mediante a edição das citadas resoluções, mas da própria sistemática de renegociação de preços e da inicial intransigência das operadoras em aceitar os valores postulados pela classe médica (...) Não obstante, não verifico, nesta oportunidade, perigo de dano suficiente a ensejar, sob tal argumento, a concessão de medida liminar, posto que, como comprovado nos autos, existe determinação desde 2004 para que fiquem sobrestados todos os processos alusivos ao descumprimento dos valores da CBHPM”* (fl. 2996 e 2997). No mesmo sentido Agravo de Instrumento nº 2005.01.00.063153-0/BA e Ação Civil Pública nº 2004.36.00.010091-0;
- O descredenciamento dos médicos obedece às normas aplicáveis ao caso, encontrando-se de acordo com a Lei nº 9.961/2000 e com a Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004, que estabelece prazo de 60 dias para a suspensão do atendimento; portanto, o descredenciamento não violaria o princípio da livre iniciativa;
- Em 01 de setembro de 2004, o Conselho Federal de Medicina expediu o Ofício Circular nº 125/2004 – AJ, dirigido a todos os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, em que resta expressa a determinação de que sejam sobrestados todos os feitos que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da CBHPM. Portanto, não haveria obrigatoriedade de adoção da CBHPM;



- O Superior Tribunal de Justiça – STJ, em análise específica da Tabela de Honorários Médicos – THM/92, se manifestou recentemente nos seguintes termos: *“não subsume a hipótese legal mera orientação para a utilização de Tabela de Honorários Médicos pela AMB, que apenas sugere aos profissionais os valores mínimos de honorários capazes de remunerar dignamente os serviços prestados, não contendo norma de conduta, muito menos capitulando qualquer sanção”* (fl. 3005);
- A CBHPM é um ato legal e respaldado pelo ordenamento jurídico brasileiro. Ademais, resta caracterizado que o Poder Judiciário está sendo utilizado pelos planos e operadoras de planos de saúde para impor uma tabela de honorários médicos que se encontra sem correção há mais de dezesseis anos;
- Há vários julgados em casos análogos em que se admite a utilização de tabelas de honorários a fim de assegurar a mínima remuneração por serviços, a exemplo da decisão proferida no processo nº 2001.34.00.022713-6 na 7ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal;
- Os médicos de renome e/ou notória especialização sempre poderão cobrar os honorários que entendam bem remunerar os seus serviços, sem levar em conta qualquer classificação ou tabela;
- A adoção da CBHPM cumpre a finalidade de evitar a cobrança de honorários vis e sua elaboração se mostra legítima, uma vez que decorre do Poder de Polícia previsto na Lei nº 3.268/57;
- A atuação médica foge ao conceito de conduta comercial, sendo inadmissível a aplicação da Lei nº 8.884/94. A prática médica é permeada de regras, condutas e peculiaridades que vedam a utilização da medicina como atividade comercial.

I. II DO MANDADO DE SEGURANÇA N. 2005.34.00.0034253-5

76. A Federação Nacional dos Médicos impetrou Mandado de Segurança em face de ato praticado pela SDE (fls. 2029 a 2040), nos autos do presente Processo Administrativo. Alegou a Impetrante que essa Secretaria solicitou informações por meio de ofício datado de 23 de agosto de 2005, no qual foram requeridos o histórico do relacionamento mantido com a Confederação Médica Brasileira, contudo, seria impossível reunir as informações requisitadas e, além disso, o pedido realizado por esta Secretaria figuraria como uma invasão ilícita no campo da liberdade e da autonomia sindical da FENAM. Em vista do exposto, a Impetrante requereu que fosse determinado à SDE que se abstinhasse de impor multa por descumprimento da requisição das informações aludidas até o julgamento do Mandado de Segurança e, como pedido final, que fosse determinado à Secretaria que tornasse sem efeito as requisições feitas.

77. O pedido de liminar feito pela FENAM foi indeferido, conforme decisão constante nas folhas 2027 e seguintes. Em 12 de julho de 2006, foi denegada a segurança requerida, tendo entendido a d. Juíza Federal Iolete Maria de Oliveira, que o ato da SDE foi praticado no exercício de suas prerrogativas públicas e em estrita observância à competência determinada em lei (fls. 2102 a 2105).



II. ANÁLISE

78. Inicialmente, cumpre analisar se os fatos trazidos ao conhecimento da Secretaria de Direito Econômico constituem indícios de práticas anticoncorrenciais, nos termos da Lei nº 8.884/94.

79. Denota-se que a Lei de Defesa da Concorrência, no *caput* de seu artigo 20, estabelece que configuram infrações à Ordem Econômica, os 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.

80. O ponto fulcral da denúncia 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 e com a coordenação de movimentos nacionais de paralisação de atendimento para impulsionar a adoção da CBHPM pelas operadoras.

81. Assim, ainda que se considere o argumento de que a atuação das entidades acima citadas se dê em prol dos interesses da categoria médica, cumpre analisar *objetivamente* a possibilidade de produção de efeitos anticoncorrenciais pelas condutas investigadas, independentemente das intenções manifestadas pelos Representados.

II.1 MERCADO RELEVANTE

82. Antes de ingressar objetivamente na etapa de delimitação do mercado relevante e de verificação da existência de poder de mercado, convém examinar as peculiaridades do setor em análise, imprescindíveis para a contextualização e melhor compreensão do problema retratado nesses autos.

II.1.1 PANORAMA INSTITUCIONAL

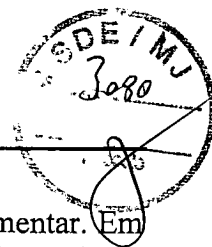
83. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação econômica, social e administrativa, a despeito dos incentivos de natureza fiscal que favoreceram a ampliação crescente da clientela, presente em quase todas as cidades com mais de 100.000 habitantes⁷.

84. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988⁸, iniciaram-se as discussões sobre a necessidade de uma regulamentação do setor. E, com esse objetivo, em 03 de junho de

⁷ Regulação Econômica e Estrutura do Mercado de Planos de Saúde. COSTA, Nilson do Rosário e ARAÚJO, Ângela. Em 03/01/2008 <http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa13/2.pdf>

⁸ A Constituição de 1988 universalizou o atendimento a toda população no serviço público, o que causou uma grande demanda por saúde na rede pública de hospitais, sem que o poder público estivesse preparado para ofertar os serviços de saúde a toda a população. Portanto, parte da sociedade passou a procurar os planos de saúde privados para que fossem atendidos na rede particular de hospitais e clínicas.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



1998, foi editada a Lei nº. 9.656⁹, que tratou de regulamentar o setor de saúde suplementar. Em seguida, foi criada pela Lei Ordinária nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – como autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

85. No setor de saúde suplementar, a exemplo do que ocorre em outros mercados regulados, a legislação de regulação econômica setorial específica convive com a norma geral de defesa da concorrência, e deve com ela harmonizar-se, embora o estabelecimento da fronteira de atuação de cada uma delas seja tarefa bastante difícil.

86. Nunca é demais lembrar que a Lei nº 8.884/94 não excepciona qualquer setor econômico, regulado ou não, do seu alcance, e as exceções à aplicação da Lei estão claramente estabelecidas¹⁰, não cabendo uma interpretação extensiva ou analógica para se furtar ao escopo da norma.

II.1.2 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

87. Atualmente o sistema de saúde brasileiro pode ser caracterizado como um sistema de saúde misto, no qual os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde¹¹. No Brasil, estima-se em torno de 45,5 milhões o número de pessoas cobertas por pelo menos um plano de assistência médica¹² - sendo que o faturamento das operadoras de saúde é da ordem de R\$ 71,09 bilhões de reais.¹³

88. As operadoras de planos de assistência à saúde são empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar e que oferecem planos privados de assistência à saúde aos consumidores. São definidas, nos termos da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, como pessoas

⁹ Anteriormente à edição dessa lei, os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam regulamentação específica. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao Decreto-Lei 73/66, regulamentado pelo Decreto 60.459/67, que acontecia no âmbito da Superintendência de Seguros Privados, com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), mas que não se pronunciava quanto ao controle de assistência ao consumidor. As cooperativas médicas e medicinas de grupo não possuíam qualquer regulamentação e as empresas de autogestão, apenas obedeciam às suas empresas mantenedoras sem nenhum controle específico.

¹⁰ Lei nº 8.884/94, artigo 91: "O disposto nesta lei não se aplica aos casos de dumping e subsídios de que tratam os Acordos Relativos à Implementação do Artigo VI do Acordo Geral sobre Tarifas Aduaneiras e Comércio, promulgados pelos Decretos nº 93.941 e nº 93.962, de 16 e 22 de janeiro de 1987, respectivamente."

¹¹ Em 3 de junho de 1998, foi expedida a Lei nº. 9.656, que tratou de regulamentar o setor de saúde suplementar. Anteriormente à edição dessa lei, os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam regulamentação específica. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao Decreto-Lei 73/66, regulamentado pelo Decreto 60.459/67, que acontecia no âmbito da Superintendência de Seguros Privados, com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

¹² 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.

¹³ BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Março de 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/publicacoes-ans>> Acesso em 06 de maio de 2010.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão ou de administração, que operem produto, serviço ou contrato que caracterize plano ou seguro-saúde.¹⁴⁻¹⁵

89. O mercado de saúde suplementar, do ponto de vista da distribuição de operadoras no território nacional, apresenta-se bem concentrado. A região Sudeste possui 1.046 operadoras¹⁶, o que corresponde a 85,87% do total. Essa região é caracterizada por ser industrializada, ter população predominantemente urbana e concentrar o maior número de beneficiários com 29,8 milhões, representando 65,4% das pessoas que possuem algum plano de saúde, independente da modalidade de plano de saúde¹⁷.

II.1.3 DAS FALHAS DE MERCADO

90. As falhas de mercado mais comumente associadas ao setor de saúde suplementar decorrem da assimetria de informações entre os agentes – operadora/prestador/paciente - e são designadas como:

- **risco moral** (*moral hazard*) e **seleção adversa** (*adverse selection*), por parte dos consumidores e prestadores; e
- **seleção de risco** (*cream-skimming ou cherry picking*), por parte das operadoras.

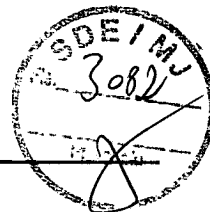
91. O risco moral existe na relação paciente-prestador e na relação operadora-prestador. No primeiro caso, concretiza-se na medida em que o consumidor, de acordo com suas preferências e devido à assimetria de informação em relação aos prestadores de serviços de saúde, acaba por recorrer a outros profissionais a fim de que se confirme o diagnóstico e o tratamento adequado. Adicione-se a isso o fato de inexistir uma estrutura de incentivos que permita aos consumidores racionalizar a escolha e uso de provedores, agravada, muitas vezes,

¹⁴ Consoante se depreende da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº. 39, de 27 de outubro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu 8 modalidades de operadoras de planos de assistência à saúde, quais sejam: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões patrocinadas, autogestões não patrocinadas, medicinas e odontologias de grupo. Quanto às seguradoras especializadas em saúde, após a Medida Provisória nº. 2.064, de 21 de dezembro de 2001, convertida em Lei nº. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passaram a figurar como modalidade de operadora, recebendo tratamento específico pela RDC nº. 65, de 16 de abril de 2001.

¹⁵ De acordo com o banco de dados da ANS, em setembro de 2009 o mercado contabilizava 41.169.592 de beneficiários e predominavam as cooperativas médicas (53%) e operadoras de medicina de grupo (27,09%). Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>> Acesso 6 de maio de 2010.

¹⁶ Dados de março de 2010. BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Março de 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/publicacoes-ans>> Acesso em 06 de maio de 2010.. e BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Atlas Econômico e Financeiro da Saúde Suplementar. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/publicacoes-ans>> Acesso em 06 de maio de 2010.

¹⁷ As informações apresentadas anunciam elevada concentração dos beneficiários em operadoras de médio a grande porte, que reflete a dominação do mercado de saúde suplementar por entes com considerável poder econômico, sem prejuízo de se admitir, em princípio, a existência de condições de mercado competitivas.



pela presença de um terceiro pagador na relação paciente-provedor, já que grande parte dos indivíduos adquire o plano/seguro-saúde através de um terceiro agente, seja ele governo ou empregador. Desse modo, a utilização dos serviços de saúde extrapola a real necessidade. Por outro lado, na relação operadora-prestador, os prestadores de serviço, valendo-se da confiança e desconhecimento do consumidor, têm incentivos a determinar maior demanda por serviços de saúde, pois são reembolsados segundo o volume de procedimentos realizados. Tais incentivos estão associados à possibilidade de auferir rendimentos em decorrência do maior volume de encaminhamentos (exames, internações etc.) e a estratégias para proteger sua reputação, ao minimizar a incerteza dos diagnósticos. Essa falha de mercado conduz a uma sobreutilização dos serviços de saúde, que é incorporada ao cálculo dos gastos esperados, determinando elevação do valor dos prêmios/mensalidades por parte das operadoras e, conseqüentemente, o aumento de gastos com saúde. Assim, além dos consumidores, esta falha de mercado¹⁸ afeta também as operadoras: é difícil construir um perfil adequado da condição de saúde dos seus beneficiários, então, utiliza-se a média como base. Disso decorre um valor superestimado na cobrança das mensalidades.

92. Assim, o uso excessivo de serviços de saúde suplementar compromete a alocação de recursos eficiente pelo mercado, na medida em que a qualidade e os preços praticados nesse setor elevam-se acima do ótimo, o que pode gerar perda de bem-estar, pois alguns indivíduos deixarão de ter acesso a planos de saúde, em virtude de sua restrição orçamentária¹⁹.

93. Outra falha de mercado advinda da assimetria de informação entre os agentes é a seleção adversa, entendida como a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco (STIGLITZ, 2000). No caso em que a operadora/seguradora aplique um único preço para todo o grupo e à medida que o valor da contraprestação pecuniária aumenta, aqueles indivíduos com menor probabilidade de necessitarem dos serviços de saúde (baixo risco) decidem não adquirir planos/seguros-saúde. Outrossim, aqueles indivíduos portadores de enfermidades graves (alto risco) terão interesse na aquisição do plano/seguro-saúde, onerando os demais participantes do plano/seguro. O resultado será um progressivo aumento de preços.²⁰

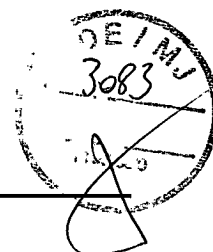
94. Com o fito de se proteger da combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, as operadoras/seguradoras engajam-se na seleção de risco (prática conhecida por *cream skimming* ou *cherry picking*). Cria-se barreiras à entrada dos segurados no sistema, tais como a não aceitação de indivíduos com doenças pré-existentes ou a imposição de limites de cobertura. As operadoras/seguradoras tenderiam, portanto, a concentrar seus esforços de venda em indivíduos de baixo risco. A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco para clientes específicos (ALMEIDA, 1998).²¹

¹⁸ Assimetria de informação é entendida pela não divulgação abrangente e equitativa da informação entre as partes envolvidas nos contratos (consumidores e operadoras), o que privilegia um dos lados (Farias e Melamed, 2002). Tende a ser a falha de mercado mais importante (Amâncio, 2002), pois acarreta muitas dificuldades e distorções, sobretudo nos preços cobrados entre essas intermediações de mercado.

¹⁹ GAYNOR, M., VOGT, W. B., Antitrust and Competition in Health Care Markets. in *Handbook of Health Economics*. Anthony J. Curlyer and Joseph P. Newhouse, Editors, Amsterdam: North-Holland. pp. 1405-1487 (Capítulo 27) 2000.

²⁰ SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31. O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Outubro de 2004.

²¹ Idem.



95. Segundo Andrade e Lisboa, citado por Mônica Viera Andrade²², o cálculo do preço a ser pago pelo consumidor de plano de saúde é feito com base em um sistema de tarifação denominado *experience rating*, cuja consequência é que consumidores de maior grau de risco paguem preços mais elevados, o que gera efeitos perversos sobre a distribuição de renda do país e, em alguns casos, determina a exclusão de grupos sociais do mercado de saúde suplementar.

II.1.4 DAS PECULIARIDADES DO BEM OFERTADO: SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

96. Quanto às características do bem ofertado – serviço de saúde – é relevante destacar, inicialmente, uma característica importante do setor, que diz respeito à distinção entre os conceitos de necessidade e demanda por serviços de saúde. A necessidade é definida por Jeffers²³ como “*aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo conhecimento médico existente*”. Portanto, a necessidade é definida pelos profissionais de saúde, indicando o melhor tratamento para restabelecimento da saúde do consumidor. Portanto, não se aplica, nas relações estabelecidas entre ofertante e consumidor final, o conceito tradicional de *demand*, que pressupõe a autonomia de escolha do consumidor de acordo com suas preferências²⁴. Como implicação destas diferentes características, tem-se o problema do “risco moral”, gerador da sobreutilização dos serviços de saúde, já citado no item anterior.

97. Dessa forma, as características freqüentemente descritas na definição de demanda do consumidor final²⁵ não são usualmente aplicadas, porque, neste setor, o consumidor não *deseja* utilizar o bem - o que implicaria na fragilidade de sua saúde já que o consumo se fundamenta na utilização de consultas médicas, exames diagnósticos e internações. Pode-se entender, de maneira geral, que o consumo se dá como modo de proteção a possíveis e indesejáveis alterações de saúde²⁶.

98. Outro fator determinante quanto ao serviço ofertado pelas operadoras é a necessidade de que os profissionais (prestadores) permanentemente se submetam à especialização – cuja formação é longa e cara. Essa representa uma importante característica setorial que restringe a entrada de novos profissionais, pois esse difícil acesso impede que haja, momentaneamente ou a partir de uma determinada situação, um aumento expressivo de produtores ampliando a oferta de serviços de saúde²⁷.

22

http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAfinanciamentodosetor/M%C3%B4nicaViegasFinanciamento.ppt

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/DIS_O%20modelo%20de%20Agencia%20Reguladora%20e%20a%20ANS%20-%20construcao%20do%20regime%20regulatorio%20na%20saude%20suplementar_Maria_Thereza_Carolina.pdf

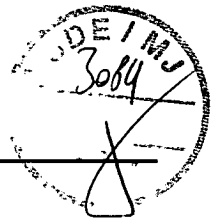
²³ Iunes, 1995. Pág. 116

²⁴ (Iunes, 1995).

²⁵ O conceito de demanda pode ser definido da seguinte forma: “a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas às suas restrições orçamentárias” (Iunes, 1995).

²⁶ Cabe salientar, porém, que em caso de gravidez este raciocínio não se aplica, pois não se configura uma enfermidade.

²⁷ Araújo, 1977. Págs. 103-104.



99. Usualmente há assimetria entre as estruturas de oferta de mão de obra nos serviços de saúde (pulverizada) e demanda de serviços médicos (relativamente concentrada, caracterizada pela existência de oligopsônio), em um contexto em que o mercado é regulado em alguns de seus elos. No lado da oferta (prestadores), a regulação ocorre com o objetivo de manter qualidade mínima no produto ofertado, via de regra, através de normas legais apostas pelos conselhos profissionais e por quesitos normativos e obrigações junto a órgãos de fiscalização sanitária. No lado da demanda (operadoras), as instituições são reguladas por um único agente público com os objetivos de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde - notadamente no que se refere ao desenvolvimento das ações assistências de saúde no país, tais como, critérios de atenção integral à saúde e modelos de atenção - e de regular as operadoras setoriais quanto às suas relações com consumidores, especialmente nas cláusulas contratuais de reajuste, cobertura e carência (regras financeiras e assistenciais).

100. Ao contrário de outros produtos, a demanda por serviços de saúde é imprevisível, o que inviabiliza um planejamento individual sobre o consumo futuro de assistência à saúde.

101. A resposta do mercado é a oferta de planos de saúde a preços que, além dos custos assistenciais, cubram os custos administrativos e comerciais e dêem margem de lucro. Pelo lado do consumidor, tem ele a consciência de que paga por outras despesas além daquelas relacionadas com os gastos assistenciais efetivamente realizados, mas se dispõe a pagar o preço porque é avesso ao risco.

II.1.5 DOS CONFLITOS ENTRE OS AGENTES

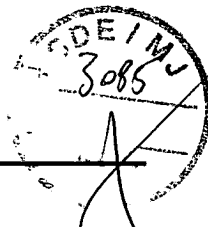
102. A evolução do segmento de saúde suplementar tem sido marcada por intensos conflitos distributivos, sobretudo entre médicos e operadoras de saúde. Enquanto as últimas argumentam que o crescimento exponencial dos custos associados ao tratamento médico impacta a administração de planos de saúde, os primeiros consideram que os reajustes dos valores dos procedimentos médicos são inferiores aos reajustes obtidos pelas operadoras junto à ANS, e inferiores à inflação acumulada do período²⁸⁻²⁹. 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 - sob pena de descredenciamento; o não reajuste dos honorários médicos há anos; o uso indiscriminado de glosa³⁰; a deteriorização

²⁸ http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2007/05/clipping_1805.htm

²⁹ 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 regulatória provavelmente não é o melhor índice para balizar os reajustes de honorários médicos, podendo, se utilizado, representar uma inflação ainda maior das despesas com saúde.

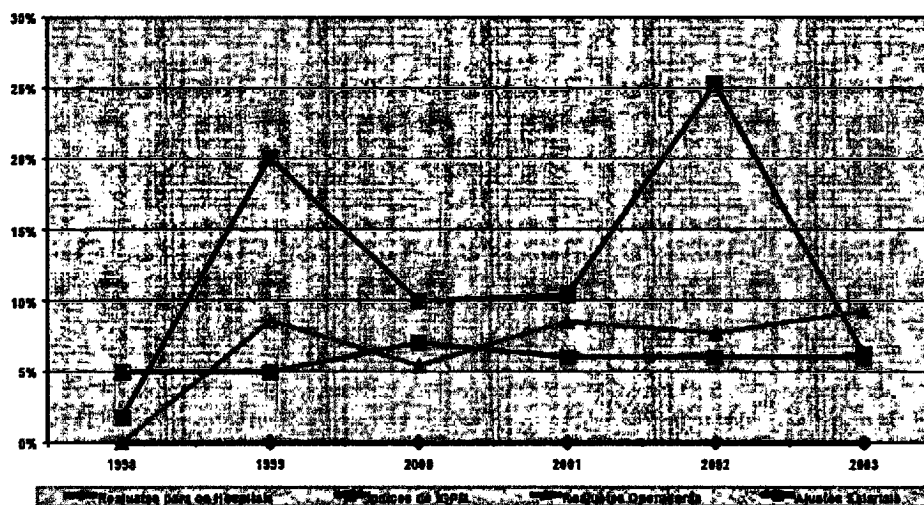
³⁰ Recurso utilizado para impugnação parcial ou total de itens de serviços e, ou, de valores cobrados, relativos à prestação da assistência à clientela do plano de saúde.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



da qualidade dos planos de saúde; pouca demanda particular e necessidade de assegurar a dignidade e o respeito ao profissional de saúde. O gráfico abaixo mostra a comparação entre o índice de inflação no período de 1998 a 2003, os reajustes das mensalidades das operadoras, e os obtidos pelos prestadores – médicos e hospitais.

ÍNDICES COMPARATIVOS



Fonte: SINDHERJ

103. A relação que se estabelece nesse mercado expõe o conflito de valores antagônicos: em um vértice estão as operadoras, que buscam manter o equilíbrio econômico-financeiro que assegure a operação do produto; em outro estão os prestadores de serviço, que desejam ver preservada a integridade do ato médico; e no terceiro vértice estão os consumidores, que esperam ter os meios e acessos necessários à preservação de sua saúde, a um preço razoável.

104. Deve-se também ter presente que a prestação de serviços de assistência à saúde tem como pano de fundo um complexo médico-industrial que envolve, além dos prestadores de serviços - neles incluídos profissionais de saúde, estabelecimentos hospitalares, laboratórios e Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT)-, todo um leque de setores ligados à produção e comercialização de medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares, inclusive com uso intensivo de Pesquisa e Desenvolvimento

105. A saúde suplementar recebe, assim, influência direta de outros mercados, de modo que a tomada de decisão em um setor pode causar reflexo direto sobre os demais segmentos do complexo da saúde, com impactos para as condições de saúde da população.

106. Nesse passo, cumpre ressaltar a crescente elevação dos custos de produção nos serviços de saúde em função não só da ampliação das coberturas, mas também da incorporação de novas tecnologias. Esta, a seu turno, caracteriza-se por estar precipuamente direcionada aos meios de complementação diagnóstica (tomografia computadorizada e imagem por ressonância magnética 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.

DE / M
30/6

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

107. Diante desse contexto, a provisão dos serviços de saúde vem enfrentando problemas em todo o mundo, em particular após a metade do último século XX, quando os gastos com saúde passaram a assumir largas proporções nos orçamentos públicos até mesmo dos países centrais.³¹

108. Nesse cenário de altos gastos, manifesta-se uma das principais facetas do poder de barganha dos compradores, que é sua capacidade de atuar nos preços dos produtos, forçando-os para baixo. O mercado de saúde suplementar não possui características de um mercado competitivo clássico, principalmente no segmento de contratação individual. Primeiro, como já ressaltado, há baixa simetria de informações entre consumidores, operadoras e, além destes, prestadores de serviço, tais como médicos, odontólogos, clínicas e hospitais. Segundo, os produtos têm baixa homogeneidade, dificultando a comparabilidade. Por último, os preços dos planos podem vir a ser competitivos na ocasião da entrada do consumidor no plano, mas dificilmente serão competitivos nos reajustes praticados no futuro, após a contratação, pois têm a mesma variação de faixa etária.

109. Adicionalmente, cumpre ressaltar que 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. A regulação dos reajustes por variação de custo pela ANS veio a alterar a gestão dos planos de saúde pelas operadoras. Isto decorre do fato da política de reajuste atual não possibilitar mais o repasse de custo via preço. 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.

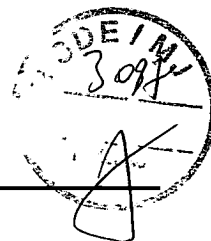
110. A necessidade de redução de custos introduz incentivos à pressão por redução de despesas como a remuneração dos médicos e a remuneração pelos procedimentos médicos. Dessa forma, de modo a se contrapor ao oligopsônio dos tomadores de serviços, também as entidades representativas dos médicos e dos prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, etc.) se organizam de modo a reunir substancial poder de representação³² para a negociação com as operadoras. Como registrou a Secretaria de Acompanhamento Econômico, SEAE/MF, no Documento de Trabalho n. 31, de outubro de 2004:

As operadoras, por sua vez, preocupam-se com o desequilíbrio econômico-financeiro de suas empresas, sobretudo quando considerados os fatores a seguir elencados: a) as novas coberturas e obrigações advindas da Lei nº 9.656/98; b) o natural envelhecimento das carteiras; c) o aumento de custos advindo das novas alternativas tecnológicas; d) a permanente dificuldade no controle de utilização de serviços médicos e nas auditorias de internações hospitalares; e) a ausência de dados que permitam uma exata fixação do

³¹ MÉDICI. A.C. 1992. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, 26 (2): 79-115, abr./jun.

³² Segundo FARINA (Organização Industrial no Agrobusiness, in *Economia & Gestão dos Negócios Agroalimentares*, 2000), as estratégias de preço e produto das firmas estão, no curto prazo, condicionadas pela configuração do mercado em que operam. Quanto maior o número de firmas, quanto mais homogêneo o produto, quanto menor a importância de barreiras técnicas (economia de escala e de escopo) à entrada, tanto menor a capacidade de a firma fazer uma política de preços independente, ou ser estabelecida uma coordenação tácita ou expressa de preços (cartel).

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



cálculo atuarial. Na verdade, as novas medidas regulatórias alteraram a estrutura de risco das operadoras, dando-lhes duas opções: aumentar os preços das contraprestações pecuniárias ou reduzir o custo operacional. No primeiro caso, ainda que os planos antigos não sofram a regulação da ANS, verifica-se que os aumentos de preços do setor causam fortes reações por parte da sociedade; isto tem se materializado nas decisões do Judiciário, que freqüentemente concede liminares autorizando a cobertura de doenças não previstas em contrato e impondo que as operadoras sigam os índices de reajuste estabelecidos pela Agência. No segundo caso, 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.

111. Feitas essas considerações, passa-se à etapa de delimitação de mercado relevante e identificação do poder de mercado.

II.1.6 DELIMITAÇÃO DO MERCADO RELEVANTE E IDENTIFICAÇÃO DO PODER DE MERCADO

112. Para analisar se os Representados possuem poder de mercado, é importante definir o mercado relevante em questão. Do ponto de vista geográfico, o mercado relevante compreende a área em que os agentes ofertam e procuram produtos (bens ou serviços) em condições de concorrência suficientemente homogêneas em termos de preços, preferências dos consumidores, características dos produtos, dentre outros. No caso em exame, os Representados são entidades associativas com representatividade nacional. Dessa forma, para a presente análise, do ponto de vista geográfico, considera-se como área de atuação dos Representados o território nacional.

113. Sob a ótica do produto, o mercado relevante compreende todos os bens/serviços considerados substituíveis entre si pelo consumidor devido às suas características, aos preços e à utilização. Dessa forma, do ponto de vista do produto, a prática denunciada insere-se no mercado de prestação de serviços médico-hospitalares por meio de planos de saúde. Isso porque este é o segmento de mercado no qual se insere a suposta prática de infração à concorrência, qual seja, a formação de um bloco de negociação de médicos, coordenado pelos Representados, para impor os valores e os procedimentos da tabela CBHPM aos planos de saúde.

114. Para a presente análise, deve-se proceder à exclusão da prestação de serviços médicos por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, em razão da diferenciação entre o tipo de usuário que se vale desse sistema e aquele que procura os serviços de planos de saúde e clínicas particulares, tais como preço, facilidade de acesso ao produto e qualidade. Da mesma forma, o tratamento médico aos pacientes que não possuem planos ou seguros de saúde e são atendidos pela rede privada mediante o pagamento direto aos prestadores de serviços particular, não são incluídos no mercado relevante.

115. Definido o mercado relevante, impende avaliar se os Representados possuem posição dominante, nos moldes do consagrado pelos parágrafos 2º e 3º do artigo 20 da Lei nº 8.884/94.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

116. Segundo o artigo 3º da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina estão subordinados ao Conselho Federal de Medicina, *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.”

117. Além disso, segundo o artigo 17 da Lei nº 3.268/57, os médicos devem estar credenciados ao CRM do seu respectivo Estado para exercer suas atividades:

“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.”

118. Destaca-se, também, que segundo o art. 142 do Código de Ética Médica, os médicos são obrigados a cumprir as normas emanadas pelo Conselho Federal e pelos Conselhos Regionais de Medicina:

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

119. Dessa forma, como o profissional tem de estar credenciado ao CRM do seu respectivo Estado e o Conselho, obrigatoriamente, tem de estar filiado ao CFM para o regular desenvolvimento de suas atividades; e como os médicos, sob pena de infração ética, devem acatar e respeitar as decisões do Conselho Federal de Medicina, conclui-se que o CFM tem a capacidade de influenciar seus credenciados/associados, consubstanciando, em princípio, considerável poder de mercado.

120. A AMB, por sua vez, segundo o artigo 3º de seu Estatuto Social (fl. 306) *“é uma federação, constituindo-se de entidades médicas congêneres dos estados e do Distrito Federal, suas unidades federadas, com base no regime representativo e as sociedades nacionais de especialidade, suas unidades conveniadas”*. De fato, estão filiadas à AMB 56 Sociedades de Especialidade³³, assim como entidades associativas de classes médicas de todos os Estados brasileiros³⁴.

³³ Colégio Médico de Acupuntura; Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde; Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular; Sociedade Brasileira de Cancerologia; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; Associação Brasileira de Cirurgia da Mão; Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva; Colégio Brasileiro de Cirurgias; Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica; Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica; Sociedade Brasileira de

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



121. Dessa forma, a AMB possui grande capilaridade entre médicos de todas as regiões e especialidades. Além disso, destaca-se os artigos 6º e 7º do Estatuto Social da Associação Médica Brasileira (fls. 306 e 307), que afirmam:

“Artigo 6º. As entidades federadas têm autonomia administrativa, econômica e associativa, obrigando-se, entretanto a:

I) prestigiar todas as iniciativas e resoluções tomadas pela Assembléia de Delegados da AMB;

(...)

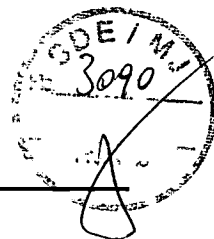
VII) não tomar iniciativa de âmbito nacional sem prévia anuência da AMB”

“Artigo 7º. Em caso de violação deste Estatuto, a Assembléia de Delegados poderá determinar à entidade federada o enquadramento na norma estatutária; e não havendo atendimento dessa recomendação ou ocorrendo perda de requisitos para sua permanência no quadro federativo, a AMB poderá cassar-lhe a filiação (...).”

Citopatologia; Sociedade Brasileira de Coloproctologia; Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva; Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral; Federação Brasileira de Gastroenterologia; Sociedade Brasileira de Genética Médica; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Fed. Bras. das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Hansenologia; Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia; Sociedade Brasileira de Hepatologia; Associação Médica Homeopática Brasileira; Sociedade Brasileira de Infectologia; Sociedade Brasileira de Mastologia; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte; Associação Nacional de Medicina do Trabalho; Associação Brasileira de Medicina de Tráfego; Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação; Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Associação Brasileira de Medicina Legal; Sociedade Brasileira de Nefrologia; Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica; Academia Brasileira de Neurologia; Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia; Conselho Brasileiro de Oftalmologia; Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Sociedade Brasileira de Patologia; Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial; Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Colégio Brasileiro de Radiologia; Sociedade Brasileira de Urologia; Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fonte: http://www.amb.org.br/teste/sociedades_de_especialidade.html. Acessado em 22 de setembro de 2010.

³⁴ AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul; ACM – Associação Catarinense de Medicina; AMP – Associação Médica do Paraná; Associação Paulista de Medicina; Associação Médica de Mato Grosso do Sul; SOMERJ – Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro; AMMG – Associação Médica de Minas Gerais; Associação Médica do Estado do Espírito Santo; Associação Médica de Goiás; AMBr – Associação Médica de Brasília; AMMT – Associação Médica de Mato Grosso; Associação Médica de Rondônia; AMB – Associação Bahiana de Medicina; Associação Médica do Acre; Associação Médica do Amazonas; Associação Médica de Roraima; Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará; Associação Médica do Amapá; Associação Médica do Maranhão; ASPIMED – Associação Piauiense de Medicina; AMC – Associação Médica Cearense; Associação Médica do Rio Grande do Norte; Associação Médica da Paraíba; Associação Médica de Pernambuco; Sociedade de Medicina de Alagoas; SOMESE – Sociedade Médica de Sergipe. Fonte: http://www.amb.org.br/teste/inst_federadas_amb.html. Acessado em 22 de setembro de 2010.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



122. Quando se considera que cada entidade associada à AMB está obrigada a prestigiar as iniciativas desta entidade, sob pena de ter sua filiação cassada, observa-se que a AMB possui grande capacidade de nortear as decisões de seus credenciados/associados, influenciando-os a adotar ações.

123. Tanto a Federação Nacional dos Médicos quanto a Confederação Médica Brasileira, à época da conduta, tratavam-se de Confederações com o objetivo de congregar e articular os sindicatos médicos. A FENAM foi fundada em 1973 e a CMB, em 1998, quando um grupo de sindicatos decidiu pelo afastamento da FENAM e pela criação de uma nova entidade médica nacional³⁵. Contudo, segundo a FENAM, *“a boa condução de negociações políticas por praticamente dois anos, redundou, em meados de 2004, no retorno à Federação Nacional dos Médicos – FENAM dos sindicatos que haviam se desfilado”* (fl. 1606). Sendo assim, atualmente a CMB seria uma entidade inativa.

124. Portanto, tem-se que entre 2003 e 2004, época em que se iniciou o movimento para a implantação da CBHPM, a FENAM e a CMB, quando consideradas em conjunto, representavam todos os sindicatos da categoria médica. Posteriormente, a reunificação em meados de 2004 fez com que a FENAM passasse a *“congregar todos os sindicatos médicos do país”* (fl. 1606).

125. A FENAM constitui-se como entidade sindical de grau superior para fins de estudo, coordenação, proteção, reivindicação e representação legal das entidades médicas sindicais (artigo 1º - Estatuto Social da FENAM). Dessa forma, todos os sindicatos de médicos, legalmente constituídos e em regular funcionamento, podem ser admitidos como sócios da Federação Nacional dos Médicos, desde que satisfaçam as condições previstas na legislação e atendam aos requisitos estabelecidos no Estatuto (artigo 4º do Estatuto Social da FENAM)³⁶.

126. Segundo o Artigo 10º do Estatuto Social da FENAM, é dever das entidades filiadas à Federação defender os princípios e objetivos por ela definidos, além de cumprir e encaminhar as deliberações de suas instâncias. Vejamos, *in verbis* o que retrata o normativo interno da Federação Nacional dos Médicos³⁷:

“Art. 10. São deveres das entidades filiadas:

I – defender os princípios e objetivos definidos pela FENAM; (...)

IV – cumprir e encaminhar as deliberações adotadas, acatando as decisões das diversas instâncias; (...)

IX – prestigiar a FENAM por todos os meios ao seu alcance, acatando as deliberações de suas instâncias legítimas e zelando pela unidade do movimento sindical médico e dos trabalhadores em geral.”

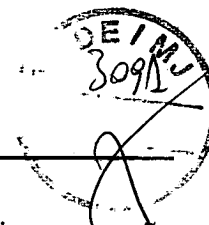
127. Ressalta-se, também, que aquelas entidades que não respeitarem o estatuto ou as decisões dos organismos da FENAM podem ser desfiladas.

³⁵Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/9052>. Acessado em 15 de fevereiro de 2011.

³⁶ A FENAM estabelece em seu Estatuto Social como requisito para filiação, no Art. 5º, que *“a entidade sindical não seja associada a nenhuma outra entidade de nível nacional do mesmo grau e constituição”*. Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/helper/show/9937>. Acessado em 15 de fevereiro de 2011

³⁷ Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/helper/show/9937>. Acessado em 15 de fevereiro de 2011.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



“Art. 11. A Entidade filiada está sujeita às penalidades de advertência, suspensão e desfiliação quando desrespeitar o estatuto e as decisões dos organismos da entidade.”

128. A importância da FENAM na condução de atividades que dizem respeito aos médicos se torna ainda mais clara quando se tem em conta que, depois da reunificação com a CMB, tal entidade congrega todos os sindicatos médicos do país (fl. 1606).

129. Conclui-se, portanto, que os dados constantes do Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71 apontam inegável representatividade e poder de influência dos Representados junto aos prestadores de serviços médicos, sendo inegável que CFM, AMB, FENAM e CMB possuem plena aptidão de influenciar médicos a adotarem as suas decisões e deliberações.

130. Antes de analisar especificamente os elementos presentes nos autos, é importante pontuar algumas informações sobre a CBHPM.

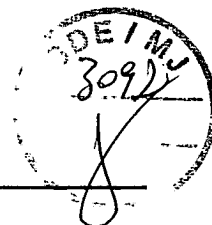
II.2 A CBHPM

131. 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 portes. 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.

132. 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).

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

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



134. 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.

135. 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 indica, portanto, a posição relativa de cada procedimento, em comparação com os demais, dentro da escala; é resultado da comparação dos procedimentos, em termos dos atributos do trabalho médico.

136. 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. A quantificação dos portes e das UCOs ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de 20%, para mais ou para menos, em respeito à regionalização.

137. É possível notar que a preocupação com o encarecimento dos honorários a partir da implementação da CBHPM também permeou as atividades de seus idealizadores, como se extrai do Relatório de Atividades realizadas em setembro de 2001, elaborado pela FIPE:

“No mês de setembro, após a utilização da informação sobre as duplicidades dos procedimentos médicos, fornecidas pela AMB, as correções técnicas foram efetuadas, o que permitiu a construção de uma tabela com as valorações de todos os procedimentos existentes no ano de 2001. Tal tabela é resultado de uma regressão estatística-econométrica na qual a valoração dos procedimentos é função das intensidades de tempo e capacidade técnica, cognitiva e risco dos respectivos procedimentos, fornecidas pelos médicos consultados.

Posteriormente, com o intuito de comparar a nova tabela com aquela existente em 1992, a mais utilizada pelos médicos atualmente, buscou-se comparar as valorações obtidas nesta última tabela com aquelas valorações oriundas da regressão econométrica, para todos os procedimentos médicos existentes em ambas tabulações. Como resultado final, somando os valores existentes em 1992 e comparando com os valores recentes, obteve-se o resultado no qual a chamada nova tabela possui um acréscimo de 110% com relação à tabela de 1992, em CH's.

Tendo em vista tal encarecimento da nova tabela em CH's, fato este que provavelmente inviabilizará sua futura utilização, optou-se posteriormente pela construção de várias tabelas alternativas, cujos resultados referentes à comparação com os valores dos procedimentos médicos existentes em 1992 são mostrados no Anexo 1.” (Vide Estudo da FIPE que subsidiou a elaboração da CBHPM, juntado em cd room, fl 2016).

138. A apresentação que acompanha cada nova edição da CBHPM retrata a finalidade e o modo de utilização da tabela. Os trechos transcritos abaixo, extraídos da 4ª edição da lista, bem ilustram a forma como a comunidade médica explica, divulga e celebra a edição da lista:

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

APRESENTAÇÃO

A elaboração de uma lista hierarquizada de procedimentos totalmente ética, que contemplasse todas as especialidades e remunerasse dignamente os serviços profissionais, era, ao mesmo tempo, o anseio e o sonho da classe médica brasileira.

Foi nesse projeto que a Associação Médica Brasileira e suas Sociedades de Especialidade, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, utilizando a metodologia proposta pela Fipe – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, trabalharam nos últimos três anos.

O resultado deste trabalho é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que por ter adotado critérios científicos e éticos conta com o apoio de todas as entidades médicas nacionais – Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos.

A CBHPM apresenta um novo conceito e uma nova metodologia no referencial médico. Essa nova filosofia proposta pelas entidades médicas nacionais altera também os princípios dos entendimentos e negociações. Por ser referencial, abre caminho para que isso ocorra em nível nacional e de forma diferenciada. Seu caráter ético, respaldado pela idoneidade das Sociedades de Especialidade, permite à população a identificação dos procedimentos médicos cientificamente comprovados.

Além de tornar transparente a conduta dos profissionais atuantes na área médica, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor, a CBHPM passa a ser também um importante instrumento de direito básico do consumidor, pois preserva a qualidade do atendimento médico, garante segurança, respeito e dignidade à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

139. Seguem à apresentação as instruções gerais para a utilização da lista, a saber:

INSTRUÇÕES GERAIS

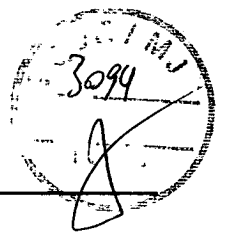
1. CLASSIFICAÇÃO HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1.1 A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.

1.2 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.

1.3 A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). Os portes anestésicos (AN) permanecem em número de oito e mantém correspondência com os demais portes. Os portes de atos médicos laboratoriais seguem os mesmos critérios dos portes dos procedimentos, mas correspondem a frações do menor porte (1A). Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento etc. Este custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a assessorios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. 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%,

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



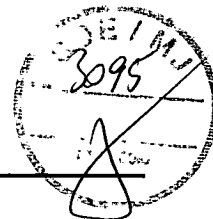
para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.

140. A Comissão Nacional de Honorários Médicos da AMB, ao introduzir a 4ª edição da CBHPM, divulgada em setembro de 2005, destacou:

A quarta edição da CBHPM passou ainda por ampla discussão na Câmara Técnica Permanente da CBHPM – da qual fazem parte as entidades médicas, operadoras de saúde e a Comissão Nacional de Honorários Médicos.
Esta nova CBHPM atinge o seu papel principal, que é se consolidar como um importante referencial entre prestadores e contratantes de serviços de saúde e balizador de remuneração dos procedimentos da área médica.
Apesar dos esforços aplicados na revisão deste documento, ainda não atingimos a perfeição; por isso, acreditamos que este trabalho deverá estar em constante processo de aperfeiçoamento, para que possa oferecer aos usuários dos serviços de saúde suplementar a certeza da oferta de assistência médica de qualidade e aos profissionais de saúde a garantia de uma remuneração digna.

141. A introdução à lista contém também a referência ao texto integral da Resolução CFM nº 1.673/03, cuja edição foi anunciada em maio de 2003, durante o Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), realizado para discussão específica sobre os valores a serem determinados e a definição de estratégias para a implantação do trabalho. A Resolução torna a lista *referencial ético* para a remuneração de honorários médicos, e preceitua:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673, DE 07 DE AGOSTO DE 2003

Ementa : A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e, **CONSIDERANDO** que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, 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 legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

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.

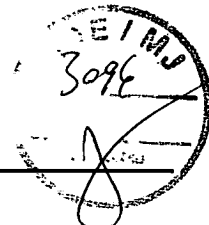
Art. 2º – Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

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.

Art. 3º – Revoguem-se as disposições em contrário.

Art. 4º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

142. Cada edição da tabela é acompanhada também de um “Comunicado Oficial” que informa aos profissionais os valores dos portes e das UCO’s definidos pela Comissão Nacional de Honorários Médicos, criada no âmbito da Associação Médica Brasileira, composta por representantes da AMB, do CFM e da FENAM.



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 destes, 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\$ 69,00
3B	R\$ 88,00
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

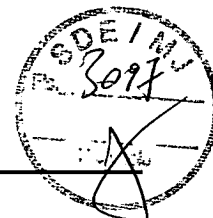
10B	R\$ 608,00
10C	R\$ 676,00
11A	R\$ 716,00
11B	R\$ 784,00
11C	R\$ 860,00
12A	R\$ 892,00
12B	R\$ 960,00
12C	R\$1.176,00
13A	R\$1.292,00
13B	R\$1.420,00
13C	R\$1.570,00
14A	R\$1.750,00
14B	R\$1.900,00
14C	R\$2.100,00

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

São Paulo, 1º de agosto de 2003

Dr. Eleusar Vieira de Paiva
Presidente

143. O lançamento oficial da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos ocorreu em Vitória, no Espírito Santo, no dia 15 de julho de 2003. A partir de 2004, vários movimentos pela utilização da CBHPM eclodiram em território nacional, culminando com o movimento de médicos no Congresso Nacional, pela aprovação de Projeto de Lei 3466/2004, que tornaria a CBHPM base para a implementação do Rol de Procedimentos e Serviços Médicos (RPSM), a ser editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com o Projeto de Lei. Destaca-se, nesse sentido, que, em setembro de 2003, foi criada pela AMB e pelo CFM a Comissão Nacional para Implantação da CBHPM, com o objetivo de coordenar o movimento e organizá-lo em todos os Estados. Como já pontuado, compõem a Comissão representantes da AMB, do CFM e da FENAM.



144. Em julho de 2004, foi editada a 3ª edição da CBHPM. A 4ª edição da CBHPM foi lançada em 2005, e a 5ª edição entrou em vigência no dia 18 de outubro de 2008. Em outubro de 2010, foi editada uma nova versão da CBHPM, pela Associação Médica Brasileira, as Sociedades de Especialidade, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos. Na apresentação da CBHPM-2010, que passou a ser totalmente compatível com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Resolução Normativa nº 211 da ANS, as entidades Representativas médicas informaram que a CBHPM não será mais publicada por edição, mas por ano de publicação.

145. Além disso, 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 justificativas. 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)³⁸.

II.3 DA CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO CONTRA A ORDEM ECONÔMICA

146. 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 significativamente 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.

147. O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, historicamente, 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 prestadores.

148. Posicionamento convergente é apresentado pela jurisprudência internacional, que considera os acordos para estabelecimento de preços uniformes, ainda que determine valores considerados “razoáveis”, eficazes meios de eliminação da concorrência.

“O objetivo e resultado dos acordos para estabelecimentos de preços, se eficazes, é a eliminação da concorrência. O poder de impor preços, exercido razoavelmente ou não, envolve poder de controlar mercado e fixar preços arbitrários e excessivos. Os preços razoáveis fixados hoje podem, através de alterações do panorama econômico e dos negócios, tornar-se os preços excessivos de amanhã. Uma vez estabelecidos, podem manter-se inalterados

³⁸ 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>

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



*devido a ausência de concorrência efetiva assegurada pelo estabelecimento de acordo para fixação de preços”.*³⁹

149. O caso que ora se examina, pelas próprias datas a que remonta, demonstra que o cenário fático de negociações coletivas e insatisfações recíprocas que acarretam ameaça de descredenciamento e denúncias reiteradas ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência não aduz a eventos recentes. Retrata, em verdade, práticas reiteradas do mercado e que exigem posicionamento firme e imediato das autoridades competentes para sua análise.

150. Para melhor estruturação da análise, abordar-se-á em tópicos separados cada uma das imputações feitas aos Representados no presente caso, a saber (i) a edição e imposição da classificação hierarquizada de procedimentos médicos (CBHPM), (ii) a promoção de boicotes e paralisações de serviços para forçar a implementação a CBHPM, e (iii) a liderança de negociações coletivas junto às operadoras de planos de saúde para a discussão dos honorários médicos.

II.3.1 DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

A CBHPM como Tabela de Honorários Médicos Obrigatória

151. Apresentado o contexto em que se dão as negociações entre prestadores e operadoras de planos de saúde, cabe analisar se as informações coligidas nos autos, quanto à suposta imposição, unilateral e em bloco, pelos Representados CFM, AMB, FENAM e CBM, da CBHPM constitui prática anticoncorrencial com aptidão de gerar efeitos prejudiciais à concorrência ou à livre iniciativa, nos termos da Lei nº 8.884/94.

152. Inicialmente, destaca-se que tentativa por parte das entidades médicas de influenciar os valores cobrados pelos médicos pela remuneração dos serviços prestados às operadoras de planos de saúde é anterior ao movimento pela implantação da CBHPM. De fato, a Associação Médica Brasileira já havia publicado tabelas de honorários médicos, dentre as quais, a AMB 1992 e a AMB 1996. O CADE, nesse passo, já teve inúmeras oportunidades de se manifestar acerca dos movimentos nacionais de implementação de tabelas por entidades médicas, firmando forte posicionamento no sentido da ilicitude da prática⁴⁰.

153. Nesse sentido, destaca-se que a AMB já foi condenada pelo CADE, no PA nº 0061/1992, julgado em 14 de fevereiro de 1996, quando lhe fora imputada a prática de

³⁹ United States v. Trenton Pottery Co., 273 U.S. 392, 398, In Us Supreme Court Arizona V. Maricopa County Medical Society, 457 U.S. 332. Tradução livre de: “The aim and result of every price-fixing agreement, if effective, is the elimination of one form of competition. The power to fix prices, whether reasonably exercised or not, involves power to control the market and to fix arbitrary and unreasonable prices. The reasonable price fixed today may through economic and business changes become the unreasonable price of tomorrow. Once established, it may be maintained unchanged because of the absence of competition secured by the agreement for a price reasonable when fixed”.

⁴⁰ Ver, nesse sentido, o julgamento dos seguintes Processos Administrativos: PA nº 08000.007201/97-09, cujo Representante é o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde -CIEFAS e a Representada a Associação Médica Brasileira; PA nº 0061/1992, cujo Representante é a FENASEG - Federação Nacional das Empresa de Seguros privados e de Capitalização e a Representada a Associação Médica Brasileira.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



influenciar a uniformização de conduta entre concorrentes, através da elaboração, divulgação e recomendação de tabelas de honorários médicos. Vide, abaixo, trecho do voto da então Conselheira Neide Terezinha Mallard:

“Não se requer seja impositiva a tabela. A conduta se materializa na medida em que, utilizando-se de sua indiscutível aptidão para influenciar seus afiliados, elabora tabela, divulgando-a e até recomendando-a, com o declarado objetivo de proteger a categoria dos médicos

(...)

Os argumentos da AMB não são de natureza concorrencial, e sim corporativistas. Insiste a Associação em sua prerrogativa de proteger a classe médica, afirmando que sua atuação não está sujeita à legislação de defesa da concorrência. Não tem, porém, autorização legal para disciplinar a formação de preços no mercado de serviços médicos”.

154. Além disso, antes mesmo da edição da CBHPM, o CFM editou, em 2002, a Resolução nº 1.642, que determinava a proibição de médicos atenderem a operadoras de planos de saúde que não respeitassem essa Resolução, que, dentre outras coisas, estabelecia que as operadoras deveriam submeter as suas tabelas de remuneração aos CRMs e negociar os reajustes com as entidades associativas. Além disso, as operadoras que descumprissem a Resolução poderiam ter o registro cancelado junto aos CRMs das jurisdições que estavam localizadas. Vejamos, textualmente, o que dizia a referida Resolução:

“RESOLUÇÃO CFM nº 1.642/2002 (...)

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

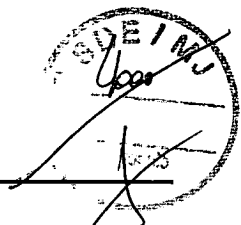
CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina; (...)

RESOLVE:

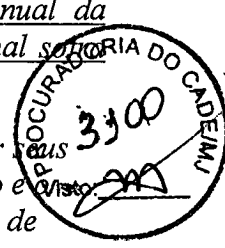
Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários: (...)

c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição; (...)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional seja objeto de processo de redução ou depreciação; (...)



Art. 4º – *As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.*

Art. 5º – *O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.*

Art. 6º – *Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução” (fls. 2926 a 2927)*

155. A tentativa de influenciar os valores de honorários médicos se consubstanciou de maneira mais incisiva em julho de 2003, com o lançamento oficial da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e com a respectiva edição da Resolução nº 1.673/03 pelo CFM (fls. 67 a 68). A partir desse momento, surgiram vários movimentos pela adoção da CBHPM em todo o território nacional e o número de denúncias apresentadas a esta Secretaria de Direito Econômico cresceu enormemente⁴¹.

156. A Resolução nº 1.673/2003 do CFM resolve, consoante já pontuado:

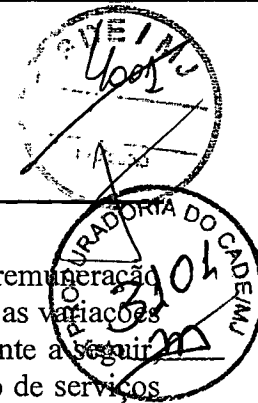
“Art.1º - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

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.

⁴¹ Essa Secretaria 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 08012.005101/2004-81, cujos Representados são: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG), Associação Médica de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e Federação Mineira das Cooperativas Médicas; 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.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



157. Por meio da referida Resolução, o CFM estabeleceu um padrão de remuneração mínimo a toda a classe médica e uma forma de negociação coletiva para determinar as variações da tabela em bandas pré-definidas. Ambas as decisões, conforme se verá detidamente a seguir, possuem o condão de afetar negativamente a concorrência no mercado de prestação de serviços médicos para planos de saúde.

158. Inicialmente, destaca-se que apesar de listas hierarquizadas de procedimentos médicos e hospitalares poderem implicar efeitos negativos no mercado de saúde suplementar, como se examinará nesta nota técnica, a CBHPM pode representar uma potencial ameaça à concorrência apenas na medida em que determine valores mínimos obrigatórios para os serviços médicos e hospitalares, se tornando, assim, uma tabela de preços.

159. A hierarquização de serviços médicos, em si, não teria o condão de uniformizar preços praticados no mercado, uma vez que não expressaria exatamente valores monetários, apenas estabeleceria 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.

160. Contudo, uma vez que a Comissão Nacional de Honorários Médicos, composta por representantes da AMB, do CFM e da FENAM, define e informa aos profissionais os valores monetários dos portes e das UCO's em comunicados amplamente divulgados e cujo cumprimento é taxativamente exigido pelas entidades, a CBHPM deixa de ser apenas 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 mencionadas entidades, tem como consequência a produção de efeitos nefastos à concorrência.

161. É preciso ressaltar que a admissão de bandas regionais de 20%, para mais ou para menos, nos valores constantes na CBHPM torna essa tabela menos rígida, permitindo uma negociação, ainda que limitada, entre prestadores e operadoras de planos de saúde. Contudo, a CBHPM continua impondo um valor mínimo para cada procedimento médico, que seria definido pela subtração de até 20% dos valores constantes da tabela. Sendo assim, a CBHPM segue maculada pelo ilícito da fixação de valores mínimos, o qual gera significativas distorções na concorrência, pois o equilíbrio competitivo em cada Estado ou região pode representar variações superiores a 20%.

162. Ademais, 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.

163. 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, 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.

164. A Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado de Minas Gerais enviou carta, datada de junho de 2004, que comunica a uma operadora de plano de saúde o que se segue:

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



“A Assembléia Geral dos Médicos de Minas Gerais entende o esforço despendido por essa operadora em melhorar as relações com a categoria médica mineira (...). Informamos-lhe que a proposta de V.Sa. não foi aprovada pela Assembleia por não contemplar a data da implantação da CBHPM; dentro das bandas definidas, ou seja, 20% para mais ou para menos” (fl. 709).

165. A carta da Presidente da Associação Médica do Vale do Ivinhema, datada de julho de 2004, comprova que aquelas operadoras que adotavam valores menores do que aqueles previstos na CBHPM eram descredenciadas. Vejamos:

“A Associação Médica do Vale do Ivinhema (...) vem levar ao seu conhecimento que (...) seus associados (lista em anexo) deixarão de prestar serviços médicos a BRADESCO SAÚDE, observando-se o que está contido na resolução do CFM nº 1616/2001.

A medida ora anunciada é necessária e decorre do fato de não termos sido atendidos quanto a nossa justa reivindicação relativa ao pagamento de honorários médicos em valores adequados e compatíveis com as previsões do Código de Ética Médica. Tudo será informado ao Conselho Regional.” (fl. 790)

166. A edição de uma *resolução* no sentido de definir a CBHPM “como padrão mínimo de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar” torna-se ainda mais grave quando se constata que o CFM ou os CRMs⁴² a ele subordinados poderiam punir aqueles médicos que se negassem a cumprir as decisões de observar a CBHPM e de paralisar o atendimento às operadoras que não remunerassem de acordo com a tabela.

167. Destaca-se, nesse sentido, os artigos 15, 77 e 142 do Código de Ética Médica que são utilizados pelos CRMs, sob a orientação do CFM⁴³, como subsídio normativo para a 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.

⁴² 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; II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento. Os Artigos 50º e 52º destacam ainda que cabe recurso e revisão pelo Conselho Federal de Medicina das decisões proferidas no bojo de Processos Éticos Disciplinares tramitados nos Conselhos Regionais.

⁴³ Em 2004, o CFM, por meio da Circular nºs 125 e 129, determinou expressamente que os Presidentes dos Conselhos Regionais sobrestassem as aberturas de processos ético-profissionais, para apuração de atos ligados a não observância da CBHPM.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



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."

168. De fato, foi constatado que diversos processos de infração ética em trâmite no CFM investigavam condutas classificadas nos artigos acima citados. Observemos alguns trechos de atas juntadas ao feito, *in verbis*:

- Ata da nona sessão plenária do ano de 2003, realizada nos dias 10 a 13 de setembro:

"04) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8176-184/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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. (...) III – O médico deve ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho ético-profissional da medicina e seu aprimoramento técnico." Grifo nosso (fl. 1488)

"12) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8244-196/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) INFRAÇÃO AOS ARTIGO 4º, 77 E 78 DO CEM: (...) 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. - POSICIONAR-SE CONTRARIAMENTE A MOVIMENTOS LEGÍTIMOS DA CATEGORIA MÉDICA, COM A FINALIDADE DE OBTER VANTAGENS UNIFORMES. (...) III – Descumpre o Código de Ética Médica, o médico que se coloca contrário a movimentos legítimos da categoria, participando e assumindo cargo de chefia em programas de saúde de má qualidade" Grifo nosso (fl. 1490)

"02) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8173-181/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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. (...) III – O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria. (...)" Grifo nosso (fl. 1490 a 1491)

"02) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8178-186/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: DEVE O MÉDICO SER SOLIDÁRIO COM OS MOVIMENTOS DE DEFESA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

DA DIGNIDADE PROFISSIONAL, SEJA POR REMUNERAÇÃO CONDIGNA, SEJA POR CONDIÇÕES DE TRABALHO COMPATÍVEIS COM O EXERCÍCIO ÉTICO PROFISSIONAL DA MEDICINA E SEU APRIMORAMENTO TÉCNICO. (...) **médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...)” Grifo nosso (fl. 1491)

- Ata da décima sessão plenária do ano de 2003, realizada nos dias 04 a 08 de novembro:

“02) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8171-179/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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.** (...) II – **O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...)” Grifo nosso (fl. 1468)

- Ata da décima primeira sessão plenária do ano de 2003, realizada nos dias 10 a 13 de dezembro:

“04) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8181-189/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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.** (...) III – **O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...)”

“III – **Descumpre o Código de Ética Médica, o médico que se coloca contrário a movimentos legítimos da categoria, participando e assumindo cargo de chefia em programas de saúde de má qualidade, em detrimento de seus colegas**” Grifo nosso (fl. 1456).

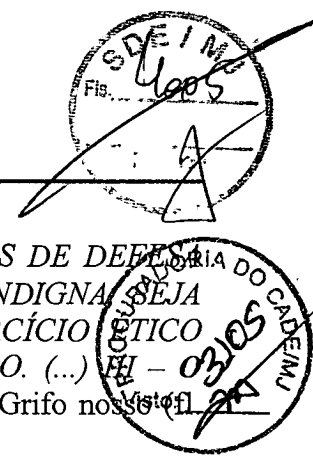
- Ata da segunda sessão plenária do ano de 2004, realizada nos dias 11 a 13 de fevereiro:

“04) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 1933-039/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 E 78 DO CEM: 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 – POSICIONAR-SE CONTRARIAMENTE A MOVIMENTOS LEGÍTIMOS DA CATEGORIA MÉDICA, COM A FINALIDADE DE OBTER VANTAGENS.** (...) III – **O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...)” Grifo nosso (fl. 1453).

- Ata da terceira sessão plenária do ano de 2004, realizada nos dias 11 e 12 de março:

“04) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8172-180/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO**

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



CEM: 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. (...) **médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...)” Grifo nos autos (fl. 1418).

- Ata da quarta sessão plenária do ano de 2004, realizada nos dias 14 a 16 de abril:

“02) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8185-193/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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. (...) II – O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (...) 03) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 8179-187/01 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AO ARTIGO 15 DO CEM: 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. (...) II – O médico deve ser solidário aos movimentos legítimos da categoria.** (fls. 1409 e 1410) (...)”

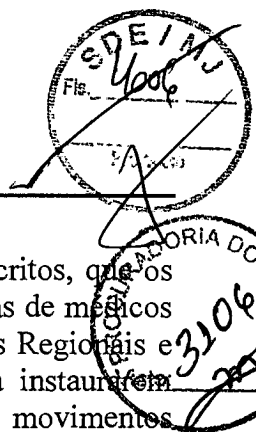
12) PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM nº 2849-087/02 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **POSICIONAR-SE CONTRARIAMENTE A MOVIMENTOS LEGÍTIMOS DA CATEGORIA MÉDICA, COM A FINALIDADE DE OBTER VANTAGENS UNIFORMES. (...) III – O médico deve ter respeito a seus colegas e apoiar os movimentos legítimos da classe**” (fl. 1411)

- Ata da quinta sessão plenária do ano de 2004, realizada nos dias 12 a 15 de maio:

“teve início a Quinta Sessão Plenária do ano 2004, do Conselho Federal de Medicina, com informes do sr. Presidente sobre reuniões realizadas com as UNIMEDs, FENASEG e UNIDAS, para negociações de implementação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. (...) (fl. 1395)

2) PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL CFM Nº 0565-011/02 – ORIGEM: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...) **INFRAÇÃO AOS ARTIGOS 4º, 77 E 78 DO CEM: AO MÉDICO CABE ZELAR E TRABALHAR PELO PERFEITO DESEMPENHO ÉTICO DA MEDICINA E PELO PRESTÍGIO E BOM CONCEITO DA PROFISSÃO. – ASSUMIR EMPREGO, CARGO OU FUNÇÃO, SUCEDENDO A MÉDICO DEMITIDO OU AFASTADO EM REPRESÁLIA A ATITUDE DE DEFESA DE MOVIMENTOS LEGÍTIMOS DA CATEGORIA MÉDICA, COM A FINALIDADE DE OBTER VANTAGENS. (...) III - Descumpre o Código de Ética Médica, o médico que se coloca contrário a movimentos legítimos da categoria, participando e assumindo cargo de chefia em programas de saúde de má qualidade (...)**” (fl. 1396).

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



169. Apesar de não ser possível afirmar, da análise desses trechos transcritos, que os Procedimentos ético-disciplinares supra-citados são, de fato, resultantes de condutas de médicos que não apoiaram a implantação da CBHPM, pode-se concluir que os Conselhos Regionais e Federal, de fato, utilizaram-se desses artigos do Código de Ética Médica para instaurarem sindicâncias e, eventualmente, punirem médicos que “se colocaram contrários a movimentos legítimos da categoria”.

170. Dessa forma, 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 15 ou no Artigo 142. Além disso, caso algum médico decidisse se conveniar a alguma operadora que teria sua rede credenciada desfalcada devido a movimento de boicotes, poderia sofrer sanções de acordo com o Artigo 77 do Código de Ética Médica. Assim, mesmo aqueles médicos que não tinham interesse em aderir o movimento de implantação da CBHPM se viram impelidos a fazê-lo sob pena de sofrerem sanções éticas.

171. Corrobora tal conclusão o fato de que diversos Conselhos Regionais de Medicina, que são subordinados ao CFM, enviaram comunicações ou adotaram resoluções que reforçavam a possibilidade de médicos serem punidos caso não participassem do movimento. Destaca-se, assim, o Comunicado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sobre a CBHPM, datado de 25 de agosto de 2004, que informa aos médicos associados:

“Por força da Assembléia de Médicos, (...) ficou determinada a implantação da CBHPM (...). Conforme resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.673/03.(...)”

Vimos esclarecer que todos os médicos, sob pena de infração a ordem ética, estão conclamados a seguir a orientação do movimento, que tem coordenação nacional e apoio das principais entidades médicas, como AMB (...), CFM (...).” (fl. 694).

172. Nesse mesmo sentido, ressaltam-se a nota Oficial aos Médicos Baianos, do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia e Carta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, datada de 06 de agosto de 2004, que comunicam, respectivamente:

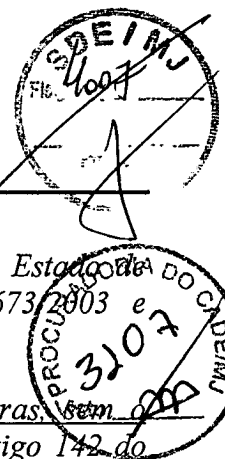
1. “CREMEB (...) vem esclarecer o seguinte:

1º) A Resolução nº 1673/2003, do Conselho Federal de Medicina adotou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar. (...)

4º) O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia continuará a cumprir as atribuições previstas em lei, apurando os desvios de conduta de seus jurisdicionados, em caso de desrespeito às resoluções emanadas do CFM e do CREMEB, conforme dispõe o artigo 142 do Código de Ética (“O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina)” Grifo nosso. (fl. 699).

2. “Dr. Luiz Buccini Carneiro

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



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 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”
Grifo nosso. (fl. 802).

173. Destaca-se, ainda, carta enviada pela Associação Paulista de Medicina⁴⁴ a uma operadora de planos de saúde, datada de 02 de setembro de 2004, que afirma:

“Considerando que: (...)

5. a fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

6. 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 (artigo 15º do Código de Ética Médica); (...)

8. a Resolução nº 1673/2003 do Conselho Federal de Medicina adotou a CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar; (...)

Vimos, por meio desta, solicitar de V.Sas as providências necessárias para a adequação da remuneração aos prestadores de serviços desta empresa” (fl. 787). Grifos nossos.

174. Além disso, destaca-se o teor da resolução nº 154/2004 do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo, a qual resolve:

⁴⁴ A conduta da Associação Paulista de Medicina está sendo investigada no Processo Administrativo 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.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



"Art. 1 – Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde, os valores expressos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instituições legais e valores;

Art. 2 – Os médicos inscritos no CRM/ES servirão dos valores expressos na "Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos" para o fim das contratações de seus serviços profissionais, evitando, assim, excessos e aviltamento de valores de honorários médicos, consoante a vedação expressa no artigo 86 do Código de ética. (...)

Art. 4 – A aplicação das deliberações referidas no artigo anterior serão efetivadas a medida em que forem acordadas pela Comissão Estadual de Honorários Médicos do Estado do Espírito Santo, com as operadoras de saúde suplementar, de conformidade com o que determina o art. 2º, da Resolução do CFM nº 1673/2003" Grifos nossos.

175. Nesse mesmo sentido aponta a resolução n° 119/2004 do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, em que:

"CONSIDERANDO a importância da adoção no Estado da Paraíba da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração (...) conforme o disposto no parágrafo único do artigo 2º da Resolução do CFM nº 1673/2003 (...)

RESOLVE:

Art.1 – Reconhecer a Comissão Estadual de Honorários Médicos da Paraíba como responsável pela implantação no Estado da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – ano 2003 (CBHPM/2003).

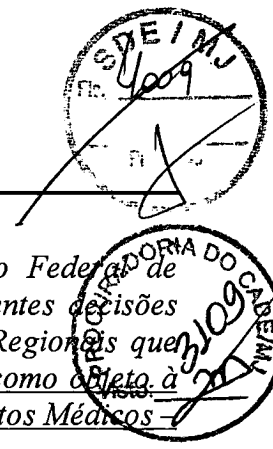
Parágrafo único: A Comissão supracitada deverá tomar ainda todas as medidas necessárias para supervisionar o seu fiel cumprimento na celebração dos convênios médicos, denunciando ao CRM-PB eventuais infratores a esta norma legal" (Grifo nosso)

176. Apesar da existência de diversas provas de que a CBHPM foi apresentada como uma tabela obrigatória de valores mínimos aos médicos, o **Conselho Federal de Medicina** argumenta em sentido oposto, afirmando que a CBHPM não poderia ser classificada como obrigatória, uma vez que foi emitido o Ofício Circular nº 125/2004, dirigido a todos os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, em 01 de setembro de 2004. O referido expediente possui o seguinte teor:

"CFM, no uso de suas atribuições legais, em face das recentes decisões judiciais sobre a matéria, vem solicitar aos Presidentes dos Conselhos Regionais que sobrestem todos os feitos (sindicâncias e processos éticos-profissionais) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados à não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Res. CFM nº 1673/2003" (fl. 2116)

177. Posteriormente, tal documento foi retificado pela Circular nº 129/2004 (fls. 2705), em que o CFM decide:

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



“Em retificação ao Ofício Circular CFM nº 0125/2004, este Conselho Federal de Medicina – CFM, no uso de suas atribuições legais e em face das recentes decisões judiciais sobre a matéria, vem solicitar aos Presidentes dos Conselhos Regionais que sobrestem a abertura de novos Processos Ético-Profissionais que tenham como objeto a não observância da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Resolução CFM nº 1.673/2003.”

Entretanto, não existe qualquer impedimento para que sejam instauradas e processadas novas sindicâncias sobre o tema, sendo que somente o julgamento deverá ser sobrestado até um novo posicionamento sobre a matéria”. Grifos nossos.

178. A emissão dessas circulares robustecem a conclusão pela existência de forte influência do **Conselho Federal de Medicina** na coordenação do movimento de implementação da CBHPM. Apesar de minimizar a possibilidade de sanções por parte dos Conselhos Regionais aos médicos que decidiram não participar do movimento da CBHPM, a Circular nº 129/2004 é clara no sentido de permitir que sejam instauradas e processadas novas sindicâncias sobre o tema, sendo que *“somente o julgamento deverá ser sobrestado até um novo posicionamento sobre a matéria”* Grifo nosso. (fl. 2705).

179. Dessa forma, médicos podem igualmente ser compelidos a seguir as decisões tomadas pelos Representados quanto à adoção da CBHPM, temendo sofrer processos ético-profissionais. E, de fato, foi o que aconteceu no Estado de Roraima, cujo CRM editou as Resoluções nº 022/2005 e 023/2005, que determinaram não só a punição daqueles médicos que não participassem do movimento de implantação da CBHPM, como também definiram uma Câmara Especial de Acompanhamento do Cumprimento da Resolução CFM nº 1673/03, que fiscalizaria a implementação da CBHPM no Estado de Roraima e analisaria os processos disciplinares de médicos que descumprissem essa resolução.

180. Em seus considerandos, as Resoluções abaixo descritas explicitam a influência da Resolução 1.673/03 do CFM para a decisão do CRM-RR, que, apesar de ter recebido as Circulares nº 125 e 129/2004, não se furtou de adotar medidas que pressionassem os médicos a aderirem ao movimento de implantação da CBHPM. Seguem, abaixo, as Resoluções supra citadas:

“RESOLUÇÃO CRM/RR no. 022/2005 (...)

CONSIDERANDO que é vedado ao Médico deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas do Conselho Federal e Regionais de Medicina e atender às suas requisições administrativas (...) (artigo 45 do Código de Ética Médica); (...)

CONSIDERANDO que a CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS foi aprovada por ocasião do X Encontro Nacional de Entidades Médicas, em maio/03, em Brasília – DF;

CONSIDERANDO que a Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina (CFM) adota como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos; (...)

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos de Roraima 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), decididos em Assembléia dos Médicos de Roraima;

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;

Art. 3º - Constitui violação dos 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 e Assembléia dos Médicos de Roraima. II – A prática de qualquer ato que implique violação às deliberações do movimento legítimo da categoria médica que visa a implantação da CBHPM (...).” Grifos nossos (fls. 2930 e 2931)

“RESOLUÇÃO CRM/RR Nº 023/2005

Considerando o movimento legítimo, de âmbito nacional, de implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM);

Considerando os ditames das Resoluções CFM nº 1.673/2003 e a Resolução do Plenário (RP) CRM/RR nº 022/2005; (...)

RESOLVE:

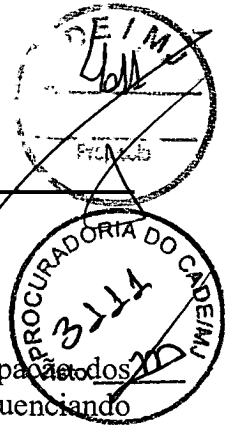
Art. 1 – Criar a Câmara Especial de acompanhamento do Cumprimento das Resoluções CFM nº 1673/03, das Deliberações das Assembléias Médicas e da RP nº 022/2005;

(...)

Art. 4º - A Câmara terá caráter pedagógico e judicante, analisando as denúncias de desrespeito e não cumprimento das Resoluções aludidas, além de ter a prerrogativa de assessorar a Diretoria do CRM/RR nas questões relacionadas à CBHPM” (fls. 2932 e 2933).

181. Observa-se, portanto, que a edição da Resolução 1673/03 pelo CFM, combinada com as disposições constantes nos artigos 15, 77 e 142 do Código de Ética Médica, direcionaram decisivamente os conselhos regionais a que fiscalizassem a adoção da CBHPM como uma Tabela de Honorários Médicos Mínimos obrigatória, indiferente às distinções de eficiência, custos e qualidade dos prestadores de serviços, eliminando a livre concorrência, na medida em que pugnou pelo estabelecimento de preços e contratos uniformes. Como agravante, aqueles médicos que se negassem a cumprir as decisões de observar a CBHPM e de paralisar o atendimento às operadoras que não remunerassem de acordo com a tabela poderiam ter que responder processos ético-disciplinares, tornando-se passíveis das respectivas sanções aplicadas pelos Conselhos Regionais e pelo CFM.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



II.3.2 DOS BOICOTES E PARALISAÇÕES

182. O conjunto probatório dos autos demonstra também a intensa participação dos Representados na coordenação do movimento para a implantação da CBHPM, influenciando diversas associações, sindicatos e conselhos regionais a determinarem aos médicos a eles associados a **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.

183. Como estratégia para discussão da CBHPM junto às operadoras, representantes da AMB, CFM e FENAM formaram a Comissão Nacional para Implantação da CBHPM (CNI), cuja estrutura foi replicada em vários estados com a criação das Comissões Estaduais de Honorários Médicos. Trechos das atas dessas Comissões evidenciam não apenas o papel condutor dos Representados na implantação da CBHPM, como também a influência decisiva dessas entidades na coordenação de boicotes:

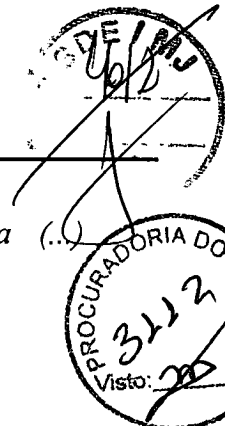
“Propôs reuniões sempre às quartas-feiras, e que na semana em que não ocorrer, um representante da Comissão deverá estar na sede da AMB para deliberar sobre a pauta (...). Dr. Eleuses comunicou sobre as convocações na mídia para a manifestação do dia 15/06/04, patrocinada pelo CFM. (...) Dr. Guedes sugeriu que os CRMs fizessem resoluções na linha da 1673/2003 para garantir a plena implantação da CBHPM. (...) Dr. Guedes falou do movimento de Minas Gerais ‘defenda seus direitos’, acha importante o apoio do CFM para uma campanha Nacional” (fls. 985 a 986)

“com as presenças do Dr. Lincoln Marcelo S. Freire (AMB) coordenador da Comissão, Dr. Eduardo da Silva Vaz (AMB) secretário, Dr. Antônio G. Pinheiro (CFM), Dr. Márcio Bichara (Fenam) (...) Dr. Brito também solicitou que a CNI encaminhasse esta mesma proposta diretamente à FENASEG. A CNI decidiu não encaminhar nenhuma proposta às seguradoras até que as mesmas voltassem a negociar com as entidades nacionais. (...) É opinião de todos que a CBHPM deve ser implantada somente com as alterações acordadas com as operadoras e que tiveram a aprovação da CNHM e que as alterações de porte solicitadas pelas Sociedades passariam por nova avaliação da CNHM. (...) A CNI aprovou a divulgação do documento assinado em conjunto pela AMB, CFM e Unimed Brasil. (...) A CNI decidiu que as Assembléias Estaduais ficariam livres de data, isto é, cada estado tem autonomia de marcar a data que melhor lhe convier” Grifo nosso. (Fls. 287 a 290).

Circular nº 050/04 – PRES do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo:

“ Em 1 de julho de 2004, realizaremos uma assembléia (...). Vamos deliberar a respeito da estratégia a ser adotada frente às operadoras de planos de saúde que não aceitarem a implantação da (...) CBHPM. (...) A CBHPM é hoje nosso instrumento de negociação, pois o Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução que estabelece a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como parâmetro mínimo ético de exercício e honorário profissional. (...)”

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



O não comparecimento implicará em acatar as decisões da Assembléia (...)

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (...)

Associação Médica Brasileira

Conselho Federal de Medicina

Federação Nacional dos Médicos” Grifo nosso (fl. 1062)

184. Trechos dos Boletins nº 17 e 19 veiculados pelo CFM indicam que, além de mobilizar a categoria para a implantação da CBHPM, a Comissão Nacional para Implantação da CBHPM articulava uma recusa de contratar coordenada, impedindo que os médicos assinassem contratos com operadoras que cumprissem o rol de procedimentos expedido pela Agência Reguladora, ao invés de adotar o rol substancialmente mais extenso da CBHPM:

*“CD-ROM – A CNI está providenciando para conhecimento de todas as Comissões Estaduais de Honorários Médicos um CD-ROM com os procedimentos incluídos na Tabela Bradesco, assim como um comparativo daqueles procedimentos que constam na CBHPM e vice-versa (...) **REUNIÕES REGIONAIS** – A CNI propõe uma maior integração entre as reuniões das Comissões Regionais e a Comissão Nacional, inclusive com a presença de seus membros nestes encontros, visando o maior fortalecimento do movimento (...) **CONTRATOS** – A CNI reitera a solicitação para que os médicos não assinem contratos com as operadoras que apresentem como base o Rol de procedimentos da ANS.” (fl. 1589; grifou-se);*

185. Também aponta para essa coordenação o comunicado oficial expedido pela AMB com referência às negociações com a FENASEG, datado de 30 de março de 2004, pelo qual a Associação determinava aos médicos associados:

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).

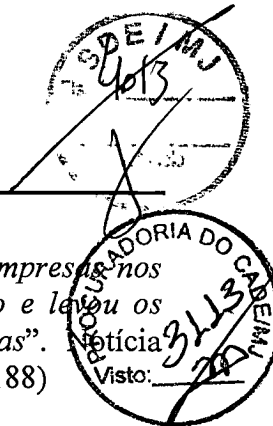
186. Os boicotes organizados pelas entidades representativas ora Representadas com o objetivo de reclamar a adoção da CBHPM foram noticiados em diversos jornais de circulação nacional, como se lê (fls. 19 a 34 e 180 a 203):

“Em assembléia convocada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), os médicos vão decidir se suspendem o atendimento a diversos convênios que não reajustam os honorários há mais de oito anos” Notícia publicada no periódico Jornal de Brasília, de 04 de junho de 2004 (fl. 21).

“Médicos de 12 Estados já suspenderam os atendimentos às seguradoras de planos de saúde. A principal reivindicação da categoria é estabelecer em R\$ 42 o valor mínimo de reembolso por atendimento”. Matéria publicada no Estado de São Paulo, de 26 de maio de 2004 (fl. 182)

“A Associação Médica Brasileira decidiu aceitar a proposta feita pelas operadoras de planos de saúde, o que, segundo o presidente da entidade, Eleuses

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



Paiva, deverá levar ao fim do boicote dos médicos contra essas empresas nos próximos dias. O movimento já atingia 18 unidades da Federação e levou os profissionais a pedir para serem descredenciados das operadoras". Notícia publicada no Jornal Folha de São Paulo, de 06 de agosto de 2004 (fl. 188)

"A reivindicação de aumento nos honorários médicos é uma briga nacional. Em vários estados (como São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco), os protestos ocorrem de forma semelhante ao verificado no Distrito Federal, com a suspensão de atendimento pelos convênios" (Correio Brasiliense, 10 de maio de 2004, fl.19)

"Médicos vão recusar convênios. Cerca de 39 milhões de usuários de planos de saúde em todo o país podem ter o atendimento em clínicas, hospitais e consultórios prejudicados a partir dessa semana. Em assembléia convocada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), os médicos vão decidir se suspendem o atendimento à diversos convênios que não reajustam os honorários" (Jornal de Brasília, 04 de junho de 2004, fl. 21)

"Em pelo menos 14 das 27 unidades da federação, já há grupos de médicos negando atendimento a clientes de planos e seguros saúde que não aumentaram os valores pagos aos profissionais. A informação é da AMB" (Folha de São Paulo, 04 de junho de 2004, fl. 22)

"Greve ameaça usuário de plano de saúde – Médicos querem reajuste de 68% no valor das consultas e decidem hoje sobre suspensão do atendimento a segurados. Médicos de todo o país estão para suspender o atendimento aos 28 milhões de clientes de planos e seguros-saúde, como forma de pressionar as empresas por aumentos nos valores pagos pelos serviços (...). Hoje, os profissionais realizarão assembléias simultâneas em todos os Estados, nas no Rio, (...). a categoria já aprovou paralisação de todos os planos e seguros " (Jornal do Brasil, 3 de junho de 2004, fl. 25)

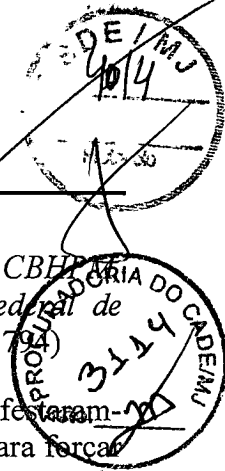
187. Além disso, ficou demonstrado pelo conjunto probatório presente nos autos que os Representados influenciaram a organização de descredenciamentos coletivos de médicos como forma de pressionar as operadoras de planos de saúde a acatarem suas decisões. Nesse sentido, aponta a Ata da segunda sessão plenária do **Conselho Federal de Medicina** do ano de 2004, realizada entre os dias 11 e 13 de fevereiro:

"O Conselheiro Pedro Pablo Magalhães Chacel informou que as entidades médicas do Distrito Federal decidiram conjuntamente paralisar o atendimento a Sul América, o que está gerando um movimento muito importante porque teve a adesão da maior parte dos hospitais" (fl. 1428)

188. No mesmo sentido, carta do Instituto de Diabetes e Endocrinologia, datada de 24 de maio de 2004, informa que interromperia a prestação de serviços com fundamento nas diretrizes do CFM estabelecidas pela Resolução 1673/2003, demonstrando inequívoca influência dessa instituição na decisão dos prestadores de romper contratos firmados com as operadoras:

"Que estou procedendo à rescisão do contrato de prestação de serviços médicos (...) com sua empresa. Após esse prazo, poderei continuar atendendo seus usuários,

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



mediante pagamento de consulta no valor de R\$ 42,00 (...), constantes na (...) CBHPM conforme a resolução 1673/03 de 07 de agosto de 2003 do Conselho Federal de Medicina (...) emitindo recibo para posterior reembolso por sua empresa” (fl. 794)

189. Várias entidades representantes das operadoras de planos de saúde manifestaram-se nos autos relatando os movimentos coordenados de descredenciamento em massa para forçar a adoção da CBHPM. O Histórico das negociações para a implantação da CBHPM, apresentado pela FENASEG demonstra a realização de boicotes em diversos Estados, organizados por todos os Representados (fls. 560 a 569). Destacam-se os seguintes trechos:

“11 de novembro de 2003 – A Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Confederação Médica Brasileira (CMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e as Sociedades de Especialidade promover o Dia Nacional de Mobilização contra os Planos de Saúde e pela adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;

(...)

15 de março 2004 – Início do ‘boicote’ dos médicos aos segurados em Salvador-BA;

(...)

12 de abril 2004 – Início do boicote aos segurados das seguradoras de saúde em Recife;

(...)

10 de maio 2004 – Médicos do ABC paulista passam a atender por reembolso os pacientes;

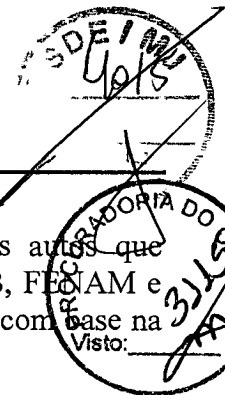
(...)

15 de julho 2004 – Paralisação, parcial, dos médicos de São Paulo”.

190. A denúncia formulada pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo – IMASF, em desfavor das seguintes entidades CFM, AMB, FENAM e CMB (fls. 35 a 55), relata, no mesmo sentido, que a categoria médica iniciou um movimento nacional de suspensão de atendimentos aos beneficiários dos planos e seguros de saúde que não adotassem a CBHPM. Encaminha, nesse sentido, diversos documentos em que as Entidades Médicas de São Paulo coordenam a paralisação coletiva a beneficiários de diversos planos de saúde no Estado de São Paulo (fls. 73 a 87).

191. A ABRAMGE, respondendo a diligência desta Secretaria (fls. 1798 a 1800), informou que suas associadas vêm sofrendo os efeitos da mobilização dos médicos em torno da implantação da CBHPM, que sempre traz consigo a ameaça de paralisação dos profissionais médicos credenciados, referenciados ou contratados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



192. Verifica-se, portanto, que são fartas as evidências constantes nos autos que demonstram a atuação coletiva e concertada dos médicos por meio do CFM, AMB, FENAM e CBM para pressionar as operadoras de planos de saúde a reajustar os valores pagos com base na CBHPM, com ameaças de descredenciamento em massa.

193. Sabe-se que a prestação de serviços médico-hospitalares compõe parcela significativa dos custos das operadoras dos planos de saúde. A adoção de conduta uniforme entre os prestadores de serviços, pressionando as operadoras a aceitarem os valores por eles impostos, pode provocar o aumento dos custos das operadoras, que poderão inegavelmente ser repassados aos consumidores finais.

194. O Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, a Federação Nacional dos Médicos e a Confederação Médica Brasileira lideraram movimentos coordenados influenciando médicos no sentido de impor a Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão remuneratório, impedindo negociações individuais e o exercício livre e saudável da concorrência.

195. 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. 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.

196. O exercício legítimo e 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 estatutárias compelem os médicos a aderir obrigatoriamente às reivindicações da categoria.

197. Os *boicotes*, como são denominados na literatura antitruste os atos tendentes a promover uma recusa de negociar em massa, são altamente condenados na esfera do Direito da Concorrência, quer pelo prejuízo incontornável causado aos consumidores, quer porque não deixam qualquer alternativa aos tomadores de serviços, forçando-lhes a acatar preços ou determinações algumas vezes até mesmo abusivas. No caso, ainda que se considere justo o movimento médico para a valorização do trabalho e do honorário profissional, mostra-se inequivocamente abusiva a tentativa dos Representados de fazer com que o rol de procedimentos médicos aprovado pela Agência Reguladora, entidade do Poder Executivo Federal, fosse substituído pelo rol de procedimentos previstos na CBHPM. Esse exemplo demonstra com clareza o perigo de autorizar irrestritamente a atuação dos movimentos profissionais, pois, concomitantemente com reclamações reputadas como *justas*, podem subsistir reivindicações altamente abusivas, o que inspira sempre e em todo caso atuação incisiva e vigilância permanente das autoridades de defesa da concorrência para impedir ações coordenadas como tais.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



II.3.2.1 Distinção entre Boicotes e Direito de Greve

198. As entidades profissionais, sejam elas sindicatos, associações ou conselhos de classe, 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 equiparados aos movimentos de greve.

199. Embora tal questão remonte a digressões que ultrapassam a natureza da presente Nota Técnica, é de se observar que a relação entre prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde se distancia significativamente da relação de emprego, conceituada na Consolidação das Leis do Trabalho (art. 3º). Por certo, tal mandamento legal atribui como requisito imprescindível à caracterização da relação de emprego a subordinação. O médico que se credencia a uma operadora de plano de saúde, contudo, não se subsume aos ditames desta última em suas atividades diárias. A verdade é que os profissionais possuem inteira liberdade – tal qual é característico aos profissionais autônomos que assumem o risco de suas atividades – para organizar suas agendas, sua estrutura física para atendimento e até mesmo se continuarão ou não se especializando para prestar melhores serviços a seus pacientes.

200. Quando os médicos se prestam ao credenciamento de operadoras de planos de saúde, ofertam um serviço em um mercado caracterizado pela ampla concorrência, o que implica dizer que tais profissionais, como autônomos que são, concorrem entre si e, desta feita, devem respeitar, ao menos *a priori*, as diretrizes de livre formação de preço. Considerando notadamente que aos autônomos não se impõe qualquer traço de subordinação, não se pode argumentar que lhes são inerentes os direitos relativos às relações de emprego.

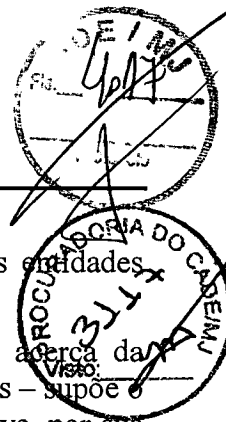
201. O Direito do Trabalho e todos os fundamentos constitucionais que o balizam foram instituídos nos mais diversos ordenamentos que consagram o Estado Democrático de Direito com a finalidade de equilibrar uma relação que, por sua própria natureza, é marcada pelo desequilíbrio de forças. A intervenção estatal na esfera privada, consagrando direitos e prerrogativas próprias à parte hipossuficiente, nessa medida, se justifica como política de implementação do princípio da igualdade⁴⁵.

202. É nessa esteira que a Constituição Federal atribui a possibilidade de realização de negociações coletivas, consagradas pela doutrina trabalhista clássica como agrupamento de empregados que visa nivelar as tratativas com os tomadores do serviço com o fulcro de conferir melhores condições de trabalho aos primeiros.

203. Embora a presente análise não sirva a profundas avaliações acerca da subsunção exata dos pressupostos de adequação conceitual do instituto das negociações coletivas (inerente ao Direito do Trabalho) e as peculiaridades das tratativas em massa entre médicos e operadoras, certo é que o direito de greve, que é consequência lógica daquele instituto, pressupõe

⁴⁵ Para Amauri Mascaro Nascimento, as negociações coletivas “*permitem, com o agrupamento e a união dos trabalhadores na contratação, um nivelamento que o empregado, perante o empregador, não teria, caso reivindicasse individualmente o seu novo contrato de trabalho, hipótese na qual estaria em nítida inferioridade e praticamente sem condições de negociar, decorrência natural da sua situação de subordinação e dependência diante do empregador para o qual trabalha.*” NASCIMENTO, Amauri Mascaro. *Curso de Direito do Trabalho: relações individuais e coletivas de trabalho*. 17 ed. ver. e atual. São Paulo: Ed. Saraiva.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



discricionariedade de adesão, fazendo dos instrumentos coercitivos utilizados pelas entidades médicas Representadas, de qualquer forma, um ilícito desde o pressuposto.

204. A negociação coletiva – em que pese toda a discussão doutrinária acerca da vinculação ou não da autonomia individual da vontade do trabalhador aos seus ditames – supõe o apoio da classe na reivindicação de melhores condições de trabalho. O direito de greve, por sua vez, afasta a possibilidade de utilização de qualquer meio coercitivo que obrigue o profissional a aderir ao movimento. Tal máxima, sob pena de beirar o autoritarismo, a ser titularizado em tal hipótese por agentes privados, impõe a ausência de qualquer mecanismo que obrigue o profissional à necessária adesão à greve. Essa é lamentavelmente, no entanto, a realidade dos presentes autos. Aqui, profissionais são coagidos com ameaças de instauração de Procedimento Administrativo Disciplinar em caso de descumprimento das determinações emanadas pelas entidades médicas.

205. Os boicotes liderados pelas entidades médicas, assim, se distanciam significativamente do exercício do direito de greve, não apenas porque por vezes têm como consequência o descredenciamento de toda a classe profissional de determinado plano de saúde que não se submete às condições impostas, como porque a adesão à CBHPM e às paralisações, tenham elas caráter temporário ou definitivo, são obrigatórias.

II.3.2.2 Subsunção das entidades representativas das categorias profissionais à Legislação de Defesa da Concorrência

206. As associações e 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, pungando pela inaplicabilidade da legislação de defesa da concorrência a sua atuação.

207. 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.

208. 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.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

209. 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 8.884/9446. Nesse sentido, esta Secretaria tem 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.

210. 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.

211. 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 na 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 constituinte⁴⁷. 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.

212. 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.

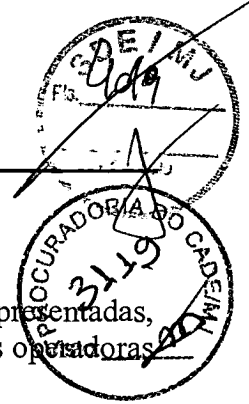
213. A lei de defesa da concorrência, nesse viés, possui o condão de conferir estabilidade às relações entre os mais diversos agentes econômicos, compatibilizando os múltiplos bens jurídicos tutelados pelo texto constitucional de modo a evitar e/ou reprimir qualquer tipo de distorção que acarrete, por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

214. 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 conseqüências que conduzem à padronização de preços e a paralisações em massa do atendimento à população beneficiária de planos de saúde. Tais atos afrontam, a mais não poder, o princípio da livre concorrência, desafiando, nesse passo, uma contundente intervenção das respectivas autoridades para coibir danos a concorrentes e consumidores.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



II.3.3 DAS NEGOCIAÇÕES COLETIVAS

215. Constatam-se ao longo dos autos fartas provas de que as entidades Representadas, em nome de toda a categoria médica, conduziram negociações de honorários junto às operadoras de planos de saúde.

216. Com efeito, conforme se extrai do Relatório do Monitoramento de Mercado realizado por esta Secretaria a partir de ofícios enviados às operadoras em janeiro de 2010, anexo à presente nota, 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 prestadores, entre elas o Conselho Federal de Medicina ou os Conselhos Regionais de Medicina, a Associação Médica Brasileira, suas seccionais, as sociedades de especialidades e outros.

217. Verifica-se, no conjunto probatório reunido nesses autos, a intermediação das negociações com operadoras pela AMB e pelo CFM, relatadas no comunicado oficial expedido pela **AMB** com referência às negociações com a FENASEG, datado de 30 de março de 2004, por meio do qual a Associação informa os médicos associados:

“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).

218. A Ata de reunião realizada na Associação Paulista de Medicina (fl. 351) também retrata a atuação da AMB como representante dos médicos nas negociações conduzidas com operadoras, no caso, com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, representante das operadoras de autogestão:

*“Dr. José Luiz: Informes: No dia 06/01 – Reunião da **AMB** com a UNIDAS⁴⁸ para discussão da CBHPM.*

⁴⁸ A participação da UNIDAS em negociações coletivas para definição de valores de honorários médicos está sendo investigada por essa Secretaria em diversos Processos Administrativos, dentre os quais: PA nº 08012.006969/2000-75, cujos Representados são: Hospital Santa Lúcia S/A, Hospital Santa Luzia S/A, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS e outros; PA nº 08012.009381/2006-69 cujos Representados são: Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro – CREMERJ, UNIDAS e outros; PA nº 08012.005004/2004-99, cujos Representados são: Hemoclínica, Hemoservice, UNIDAS e outros. PA nº 08012.005135/2005-57, cujos

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

219. Por meio da Circular ABRAMGE 090/2004, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo confirma a condução de negociações com entidades médicas por intermédio da AMB, como se vê:

“em prosseguimento às negociações que vimos realizando com as entidades médicas nacionais, encaminhamos para seu conhecimento cópia da correspondência da AMB, propondo a criação de Câmaras Técnicas específicas.” (fl. 1878);

220. O CFM também registrou sua atividade de intermédio nas negociações de honorários tidas com operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, a Ata da quinta sessão plenária do ano de 2004, realizada nos dias 12 a 15 de maio, discorre:

“teve início a Quinta Sessão Plenária do ano 2004, do Conselho Federal de Medicina, com informes do sr. Presidente sobre reuniões realizadas com as UNIMEDs, FENASEG e UNIDAS, para negociações de implementação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. (...)” (fl. 1395)

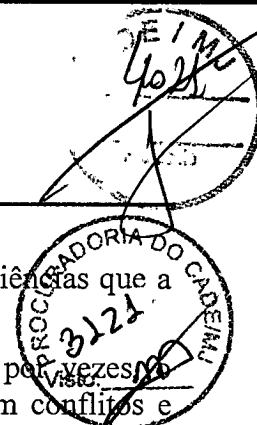
221. Consoante já pontuado acima, as tratativas coletivas entre representantes da classe médica e operadoras de planos de saúde tornaram-se circunstância bastante comum nas negociações de reajuste nos últimos anos. Isso porque, sob o argumento de que a negociação naturalmente desigual entre um grande 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.

222. 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.

223. 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 – desde que destituídas de qualquer elemento de coerção à

Representados são: Associação Médica do Rio Grande do Norte - AMRN, Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Norte - SINMED-RN, UNIDAS e outros; PA nº 08012.002874/04-14, cujos Representados são: Associação Médica da Grande Dourados (AMGD), do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul (CRM/MS), UNIDAS e outros.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



adesão – podem ser adequadamente legitimadas sob as vistas da existência de eficiências que a fundamentem.

224. O Direito, como instrumento regulador de condutas sociais, tem, por vezes, papel fundamental de identificar cenários sociais que resultem, possivelmente, em conflitos e tentar solucioná-los abstrata ou concretamente. É assim que, sob as vestes dos pilares do Estado Social, os Poderes Públicos, em algumas hipóteses, podem intervir na esfera privada de seus cidadãos para regular circunstâncias de eventual desequilíbrio, que acarretem sabidamente condições díspares para a defesa e satisfação de seus respectivos direitos. A institucionalização do Direito do Trabalho e do Direito do Consumidor são exemplos clássicos da necessidade de intervenção normativa que, utilizando-se de instrumentos formais, visa equilibrar a relação entre agentes que são, inquestionavelmente, desiguais.

225. Esta parece ser também a circunstância do caso sob apreço. A desigualdade entre um prestador que negocia com uma operadora de plano de saúde, independentemente de seu porte, é translúcida. Observar o cenário estatístico ajuda a compreender tal realidade: atualmente, estima-se que o Brasil possua cerca de 160 mil médicos atuantes no setor de saúde suplementar⁴⁹. Aproximadamente, 1.044 são, por seu turno, as operadoras de planos de saúde⁵⁰, sendo que as quatro maiores empresas concentram 17,12% dos beneficiários atendidos pela saúde suplementar no Brasil⁵¹. Além disso, quando se calcula o índice HHI⁵² para os municípios brasileiros isoladamente, observam-se índices de concentração ainda mais elevados⁵³: no período entre 2003 e 2006, cerca de 75% dos municípios apresentaram HHI superior a 1.800 pontos, no que tange ao número de beneficiários⁵⁴. Tal valor é tomado como referência por autoridades de defesa da concorrência como condição necessária para presumir a existência de poder de mercado⁵⁵.

226. Ainda que se considere que as 1.044 operadoras hoje autorizadas a disponibilizar planos de saúde no Brasil possuem um número bastante diversificado de beneficiários, fato é que todas elas devem ter comprovada capacidade econômica para suportar a carga de sinistralidade proveniente de sua carteira, sob pena de não obterem a respectiva autorização de funcionamento pela Agência Reguladora do setor. Tal capacidade econômica, obviamente, não se equipara ao poderio detido pelo profissional individualmente considerado.

227. Reconhecendo, assim, a patente desigualdade nas relações travadas entre operadoras e médicos, é preciso que a sociedade e as estruturas públicas reflitam sobre a possibilidade de criação de instrumentos que equalizem o problema.

⁴⁹ Dado conferido pelo Boletim nº 9 da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), abril de 2011.

⁵⁰ Dados de março de 2010. BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Março de 2011

⁵¹ BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Atlas Econômico e Financeiro da Saúde Suplementar. 2010. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/publicacoes-ans> > Acesso em 06 de maio de 2010.

⁵² O índice HHI é definido como o somatório dos percentuais de mercado de cada firma elevados ao quadrado.

⁵⁴ ALMEIDA, S.F. Poder Compensatório e Política de Defesa da Concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. Tese. Escola de Economia de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

⁵⁵ Parecer da SEAE no Ato de Concentração no 08012.003579/2009-81. Requerentes: CMPC Participações Ltda. e Melpaper S/A. 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



228. A coordenação entre profissionais ou empresas que exerçam a mesma atividade econômica para a definição de padrões de negociação com tomadores de serviço é vista pelo Direito Antitruste, *a priori*, como um ilícito, na medida em que implica na quebra de um dos pilares da ordem econômica, qual seja, a livre concorrência. Um mercado sabidamente engajado com a livre concorrência pressupõe a formação independente por parte dos agentes econômicos das condições em que atuarão no mercado. Assim, preço, qualidade, forma de prestação e outras variáveis competitivas devem ser, como regra, determinadas singularmente por cada agente econômico.

229. Autorizar a quebra de tal coluna mestre, portanto, exige, em consonância com a teoria da ponderação dos interesses, que haja um princípio igualmente previsto no texto constitucional que justifique a mitigação da livre concorrência. A nosso ver, para isso está o princípio da igualdade no caso em tela.

230. Em verdade, diante do cenário ampla e atentamente observado por esta Secretaria ao longo dos últimos anos, só será possível sustentar a sobrevivência da saúde suplementar no país se o Estado criar ou autorizar instrumentos que viabilizem maior equilíbrio na relação entre médicos e operadoras de planos de saúde. Por ora, a convalidação das negociações coletivas por parte dos médicos, conferindo-lhes um patamar mais estável de força nas tratativas com as operadoras de planos de saúde, desde que condicionada a certos parâmetros, é a saída encontrada.

231. Se as remunerações são baixas e aos médicos não é conferido o poder de tentar auferir melhores condições de trabalho, a tendência é que os bons profissionais não se disponham a prestar serviços às operadoras de planos de saúde e que o cuidado e o tempo despendido nas consultas se reduza, objetivando o atendimento de um maior número de pessoas. Aos pacientes interessados no atendimento dos melhores profissionais, mesmo que beneficiários de planos de saúde, resta a busca pelos que cobram preços particulares. Esse é o quadro lamentavelmente o vivenciado atualmente no Brasil.

232. A autorização para que médicos se reúnam em suas respectivas associações ou sindicatos e, através de tais estruturas, realizem as tratativas de reajuste com as operadoras de planos de saúde acarretará aos profissionais maior poder de barganha de suas reivindicações, possibilitando, ademais, o crescimento e desenvolvimento esperado do mercado. Se as remunerações são melhores, certamente um maior número de bons profissionais se disponibilizará a prestar seus serviços, acarretando benefícios imediatos aos consumidores e à concorrência. O mercado, espera-se, voltará a se fortalecer, acompanhando o crescimento do país e a ascensão da população brasileira a patamares mais elevados de poder de compra, adequando-se, além disso, ao nível de maior expectativa de vida do brasileiro.

233. Além de poder representar um melhor equilíbrio entre as partes, a negociação coletiva pode estar associada a ganhos de eficiência, uma vez que um de seus potenciais efeitos é a diminuição dos custos de transação entre operadoras e prestadores de serviços médicos. Tratar diretamente com uma entidade que represente diversos prestadores da rede credenciada, desde que salvaguardados os limites impostos pelo respeito à concorrência, pode implicar, para a operadora de plano de saúde, uma diminuição nas despesas administrativas, relacionadas à diminuição do número de pessoas necessárias para desempenhar atividades de interlocução com a rede na empresa.

234. Os casos concretos trazidos à apreciação desta Secretaria de Direito Econômico, no entanto, demonstram que a concessão de tal prerrogativa deve estar balizada por parâmetros bastante rígidos, sob pena de implicar em danos de inestimável dimensão ao setor. Assim,

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

conforme se verá com mais detalhe a seguir, boicotes que redundem em paralisações indeterminadas ou mesmo definitivas do atendimento de operadoras que não se dispõem 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.

II.4 ENTENDIMENTOS DO PODER JUDICIÁRIO SOBRE A CBHPM E SUA IMPLEMENTAÇÃO

235. Em diversas oportunidades ao longo desse Processo, o CFM e a AMB argumentaram que o Poder Judiciário já teria se manifestado no sentido de que a CBHPM seria uma tabela não obrigatória e que não apresentaria natureza anticompetitiva.

236. Não obstante, segundo o levantamento de julgados efetuado pela SDE, existem, no Poder Judiciário, posicionamentos díspares a respeito da legalidade da CBHPM, bem como sua eventual natureza anticompetitiva, muitos deles corroborando o entendimento dessa Secretaria. Nesse sentido, há algumas decisões que interpretam que a CBHPM tem caráter obrigatório e concluem que não seria incumbência dos CRMs e do CFM criar tabelas de honorários. Nesse sentido, destacam-se os seguintes julgados:

- Sentença proferida nos autos do processo nº. 2004.34.00.015795-1⁵⁶, 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, declarou nula a Resolução nº. 1673/03 do CFM, *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.”;
- Sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.36.00.010091-0⁵⁷ (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. A sentença dispõe 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. Ressalta que “Não é atribuição legal do CRM impor a 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.”;

⁵⁶ O ultimo andamento processual: recurso de apelação ao TRF 1ª Região pendente de análise.

⁵⁷ Último andamento processual: recebimento das contra-razões de apelação para posterior remessa ao TRF.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- Decisão do Agravo de Instrumento⁵⁸ impetrado pelo CRM-RO contra o deferimento da antecipação da tutela nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.41.00.005432-8, da 3ª Vara Federal de Porto Velho, que conclui: “1 - Os Conselhos de medicina não podem impor tabela de honorários (CBHPM), sob pena de violação da liberdade contrária 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”.

237. Existem decisões, ainda, no sentido de que a suspensão e sobrestamento dos procedimentos administrativos não importa na revogação da Resolução nº. 1.673/2003. Destaca-se, assim, os seguintes casos:

- Sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2005.50.01.0052452, da 3ª Vara Federal do Espírito Santo, movida pelo Ministério Público Federal contra o CFM e o CRM-ES. Em sede de liminar, foi manifestado que “(...) o simples sobrestamento dos procedimentos ético-profissionais não importa na revogação da Resolução nº. 1.673/2003, nem tampouco impede a retomada do andamento daqueles mesmos procedimentos, bastando, para tanto, que assim determine o CFM.” A sentença, por sua vez, reconheceu parcialmente procedente o pedido, pois não vislumbrou óbice à existência de tabela de honorários como referência, mas não a admitiu como “padrão ético”. Apontou, assim, a decisão: “(...) não tenho dúvidas em afirmar que a legislação que rege os ditos Conselhos, mormente a Lei nº. 3.268/1957, não os autoriza a estabelecer, de forma genérica, abstrata e indistinta, quais são os valores mínimos a serem cobrados por procedimentos e serviços prestados pelos profissionais que fiscalizam, visto que, sob tal enfoque, a matéria não tem, a rigor, qualquer relação com a ética médica. (...) Ora, se à não adoção de uma determinada conduta se prevê uma sanção, ainda que de caráter ético-profissional, é evidente que seu cumprimento configura, na mesma linha de raciocínio, uma obrigação.”
- Decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.33.00.013832-9⁵⁹, 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 (...)”.

238. Por fim, destacam-se algumas decisões judiciais que apontaram para o caráter anticompetitivo da CBHPM:

- Sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.60.00.006852-8⁶⁰, 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

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de decisão pelo TRF da 1ª Região.

⁶⁰ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de julgamento pelo TRF da 3ª Região.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

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.”

- Sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº. 2004.41.00.005432-8⁶¹, da 3ª Vara Federal de Porto Velho, movida pelo Ministério Público Federal contra o CFM, o CRM-RO e a Associação Médica de Rondônia. A sentença sustenta 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.”

239. 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. 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.

II.5 EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

II.5.1 CLASSIFICAÇÕES HIERARQUIZADAS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

240. A existência de uma lista hierarquizada de procedimentos e serviços médicos e hospitalares não é uma particularidade do mercado de saúde suplementar brasileiro. De fato, os Estados Unidos contam com uma lista denominada *Resource-Based Relative Value Scale* (RBRVS), que, tal como a CBHPM, busca estabelecer uma hierarquização dos serviços médicos baseada nos custos incorridos pelos médicos e demais prestadores para ofertá-los.

241. A RBRVS representou uma mudança na forma de pagamento aos médicos que prestavam serviços para o plano de saúde público *Medicare*⁶², que deixou de ser baseado nas

⁶¹ Último andamento processual: Recurso de apelação pendente de julgamento pelo TRF da 1ª Região.

⁶² Medicare é um programa de seguro social administrado pelo Governo dos Estados Unidos em que prove cobertura de seguro de saúde para pessoas que possuem 65 anos ou mais e que atinge outros critérios adicionais.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



taxas usuais pagas no mercado⁶³ para ser baseado em um esquema de pagamento padronizado, de acordo com uma hierarquização segundo os custos de cada procedimento. O pagamento a médicos segundo a RBRVS foi estabelecido em 1989 no *Omnibus Budget Reconciliation Act*, assinado pelo então Presidente George Bush e efetivamente implementado 3 anos depois, em 1992, tendo como base em um estudo produzido pela Universidade de Harvard⁶⁴.

242. A RBRVS busca contabilizar os custos de cada serviço de acordo com 3 componentes: i) trabalho médico; ii) gasto com a prática; iii) e seguro de responsabilidade profissional. Esses fatores são traduzidos em unidades relativas de valor (RVU), que são utilizadas para hierarquizar os procedimentos médicos em uma única lista, independentemente da especialidade em questão⁶⁵.

243. O componente relacionado ao trabalho médico representa, em média, 52% do total do valor relativo de cada serviço e é determinado pelo tempo necessário para realizar o procedimento em questão, a habilidade técnica e o esforço físico demandado, o esforço mental, a capacidade de julgamento e o stress relacionado ao risco potencial do paciente. O componente da RBRVS relacionado ao gasto com a prática representa 44% do total do valor relativo de cada serviço e reflete os gastos com o pessoal de apoio, com fornecedores e os custos administrativos envolvidos na manutenção dos consultórios. Por fim, o componente relacionado ao seguro de responsabilidade profissional, que foi implementado apenas em 2000, representa, em média, 4% do total do valor relativo de cada procedimento e está relacionado ao custo dos seguros pagos pelos médicos com o fim de se proteger de eventuais processos e indenizações por erros médicos⁶⁶.

244. As taxas pagas pelos serviços prestados são determinadas pelo número de RVUs multiplicado por um fator de conversão. Os pagamentos também levam em consideração as especificidades regionais, sendo calculados, para isso, os *Geographic Practice Cost Indices* (GPCIs), que buscam refletir o custo associado a cada componente do RVU (trabalho médico, prática e seguro de responsabilidade profissional), comparado-o à média nacional dos custos relativos. O GPCI pode estar relacionado a áreas geográficas menores que os Estados, conforme apresentado na tabela abaixo.

245. Destaca-se, ainda, que apesar dos pagamentos baseados na RBRVS serem, em geral, desagregados, de forma que os médicos recebem por diferentes serviços realizados em um mesmo paciente, no que se refere às cirurgias, os prestadores recebem um único pagamento global que inclui todos os procedimentos realizados em um certo período de tempo.

⁶³ As taxas pagas aos médicos que prestavam serviços ao Medicare antes de 1992 eram baseadas no histórico dos valores cobrados por cada serviço, devendo estes serem usuais, prevalentes e razoáveis.

⁶⁴ Informações retiradas da página eletrônica da American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutions-managing-your-practice/coding-billing-insurance/medicare/the-resource-based-relative-value-scale.shtml> acessado em 03 de agosto de 2010.

⁶⁵ Patrick Gallagher, ed., *Medicare RBRVS: The Physicians' Guide*, Chicago: American Medical Association, 2004, pp. 118-128.

⁶⁶ Patrick Gallagher, ed., *Medicare RBRVS: The Physicians' Guide*, Chicago: American Medical Association, 2004, pp. 118-128.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

2010
Geographic Practice Cost Indices (GPCIs) By Medicare Locality

Medicare Locality	Work	Practice Expense	Professional Liability Insurance
Alabama	1.000*	1.000*	0.496
Alaska	1.500**	1.090	0.646
Arizona	1.000*	1.000*	0.822
Arkansas	1.000*	1.000*	0.446
Anaheim/Santa Ana, California	1.034	1.269	0.811
Los Angeles, California	1.041	1.225	0.804
Marin/Napa/Solano, California	1.034	1.265	0.432
Oakland/Berkeley, California	1.053	1.286	0.425
San Francisco, California	1.059	1.441	0.414
San Mateo, California	1.072	1.433	0.394
Santa Clara, California	1.083	1.294	0.377
Ventura, California	1.027	1.265	0.766
Rest of California	1.007	1.058	0.549

67

246. A RBRVS utiliza a sua metodologia para hierarquizar cerca de 8.000 procedimentos médicos e hospitalares, cujos códigos estão inscritos no *Current Procedural Terminology* (CPT). O CPT realiza atualizações anuais para incluir novos códigos com o objetivo de refletir a prática médica corrente, demandando, assim, atualizações na RBRVS, para incluir os códigos presentes no CPT⁶⁸.

247. Além disso, a Seção 1848 do *Omnibus Budget Reconciliation Act*, de 1990, institui a necessidade de uma revisão geral de todos os valores relativos, por parte da *Health Care Financing Administration* (HCFA), de 5 em 5 anos, com o objetivo de realizar ajustes necessários na hierarquização dos procedimentos. Como forma de permitir que a comunidade médica pudesse participar do processo de atualização da RBRVS, a American Medical Association (AMA) criou um Comitê denominado Specialty Society RVS Update Committee (RUC). O RUC é composto por 26 membros, dos quais 22 representam sociedades de especialidades médicas, com o objetivo de fazer recomendações para o HCFA com respeito ao componente das unidades relativas de valor referente ao trabalho médico⁶⁹.

248. As recomendações do RUC são submetidas à avaliação do HCFA e dos diretores médicos relacionados ao Medicare. Tais recomendações são publicadas pelo HCFA com a explicação para aquelas sugestões que não foram aceitas. Posteriormente, os diretores médicos conveniados com o HCFA desenvolvem as unidades de valores relativos finais a serem incorporadas na RBRVS. Destaca-se que mais de 90% das recomendações feitas pelo RUC foram aceitas na revisão da RBRVS de 1995⁷⁰.

249. Dessa forma, observa-se que apesar de haver algumas semelhanças entre a RBRVS e a CBHPM, principalmente no que se refere à metodologia utilizada para hierarquizar

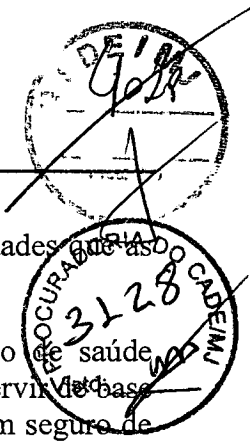
⁶⁷ Informação retirada do "RBRVS Brochure – What Is It and How Does It Affect Pediatrics?" <http://www.aap.org/visit/rbrvsbrochure.pdf>, acessado em 03 de agosto de 2010.

⁶⁸ Resposta do Bureau of Competition do FTC para a carta de Robert F. Leibenluft to Kirk B. Johnson, datada de 26 de março de 1996 sobre a *Dissemination of information concerning proposed revisions of the Medicare RBRVS*. <http://www.ftc.gov/bc/adops/ama.shtm> acessado em 03 de agosto de 2010

⁶⁹ Resposta do Bureau of Competition do FTC para a carta de Robert F. Leibenluft to Kirk B. Johnson, datada de 26 de março de 1996 sobre a *Dissemination of information concerning proposed revisions of the Medicare RBRVS*. <http://www.ftc.gov/bc/adops/ama.shtm> acessado em 03 de agosto de 2010

⁷⁰ Resposta do Bureau of Competition do FTC para a carta de Robert F. Leibenluft to Kirk B. Johnson, datada de 26 de março de 1996 sobre a *Dissemination of information concerning proposed revisions of the Medicare RBRVS*. <http://www.ftc.gov/bc/adops/ama.shtm> acessado em 03 de agosto de 2010

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**



os procedimentos médicos e hospitalares, existem, também, importantes particularidades que os diferenciam.

250. A RBRVS, apesar de ser utilizada em outros programas de seguro de saúde públicos, como Medicaid⁷¹, foi elaborada e é atualizada de tempos em tempos para servir de base para os pagamentos de serviços médicos prestados dentro do programa Medicare, um seguro de saúde administrado pelo governo americano. Além disso, o fator de conversão que deve ser multiplicado pelas unidades de valor relativo para estabelecer o preço de cada procedimento realizado é calculado por um órgão governamental, tendo como objetivo servir de referência para um programa de seguro de saúde público. Dessa forma, não tem o objetivo de servir de base para os planos de saúde privados.

251. A CBHPM, por sua vez, é elaborada com a participação apenas de entidades médicas como o CFM e a AMB, que calculam o fator de conversão sem a necessidade de revisão por nenhuma outra instituição. Além disso, o objetivo das Comissões de Implantação da CBHPM é coordenar o movimento e organizá-lo em todos os Estados no sentido de que tal lista hierarquizada de procedimentos seja utilizada pelo mercado de saúde suplementar brasileiro como um todo.

II.5.2 NEGOCIAÇÕES COLETIVAS E BOICOTES

252. As negociações coletivas conduzidas pelos profissionais da saúde em torno de preços mínimos para procedimentos médicos e os impactos dessa conduta no mercado de saúde suplementar já foram também intensamente examinadas por importantes agências de concorrência no mundo, como as Autoridades Irlandesa, Australiana e Norte Americana. Apesar de não abordarem, especificamente, o tema de tabelas, essas Autoridades se mostram preocupadas com a fixação coletiva de valores para os contratos com as operadoras de planos de saúde e a coordenação de boicotes àquelas empresas que não aceitam os preços definidos.

253. Nesse contexto, como forma de incentivar os médicos a seguir os ditames da defesa da concorrência, a Autoridade Irlandesa elaborou especificamente um Guia de conduta para a classe médica⁷² no intuito de esclarecer aos profissionais médicos quais práticas seriam tidas como ilícitas. Inicialmente, o guia irlandês pondera que a atuação de uma entidade representativa em defesa de um médico com vínculo empregatício com determinada instituição não pode ser confundida com a representação de uma entidade médica a profissionais liberais. Para a Autoridade, é pouco provável que uma entidade representativa pratique um ato anticompetitivo ao participar de barganhas coletivas com os empregadores de seus médicos associados. Contudo, as entidades médicas podem ser objeto do escrutínio antitruste caso negocie representando diversos profissionais liberais, que atuam de forma independente, concorrendo no mercado de prestação de serviços médicos⁷³.

254. Para guia irlandês, as deliberações de entidades representativas que possam de qualquer forma induzir ou acarretar a uniformização dos honorários médicos no mercado de

⁷¹ O Medicaid é um programa de seguro de saúde administrado pelos dos Estados do EUA e monitorado pelo governo federal que é direcionado para aqueles indivíduos e famílias pobres.

⁷² The Competition Authority, *Guidance in respect of Collective Negotiations relating to the Setting of Medical fees*, 2005, Irlanda.

⁷³ The Competition Authority, *Guidance in respect of Collective Negotiations relating to the Setting of Medical fees*, 2005, Irlanda. Pg. 10

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

saúde suplementar é considerada uma prática anticompetitiva passível de ser punida. Também se caracteriza como prática anticoncorrencial aquelas recomendações que, mesmo não sendo obrigatórias, na prática, resultem ou facilitem a determinação de valores mínimos para os honorários médicos a serem pagos pelas operadoras de plano de saúde⁷⁴. A Autoridade destaca, de forma incisiva, que acordos para fixar preço ou outras condições comerciais podem resultar em processo criminal e sanções criminais, bem como administrativas.

255. Igualmente, a Autoridade Irlandesa considera uma conduta anticoncorrencial a mobilização exercida pelas entidades representativas para as paralisações generalizadas de atendimento como forma de pressionar os tomadores de serviços a adotarem preços, reajustes ou condições de contratos homogêneos. Portanto, os boicotes coletivos são analisados sob o crivo antitruste, podendo resultar em processos administrativos contra as entidades que o organizam.

256. Já a *Australian Competition and Consumer Commission* – ACCC, Autoridade de Defesa da Concorrência Australiana, analisa a questão em três *Guidelines*⁷⁵ diferentes: i) *Guide to the Trade Practices Act for the health sector*, publicado em 1995; ii) *Setting your fees straight*, publicado em 2004 e iii) *Cutting a deal – what doctors need to know about collective negotiations*, publicado em 2005. Tais documentos procuram informar os profissionais de saúde sobre seus direitos e deveres perante a legislação antitruste.

257. Para a ACCC, os acordos entre competidores - assim compreendidos os médicos que atuam como profissionais liberais - que tem como propósito ou efeito fixar, controlar ou manter preços devem ser evitados, uma vez que podem representar uma substancial queda na competição entre os agentes do mercado, desrespeitando, portanto, a lei antitruste. A fixação de preços é absolutamente proibida pela Lei Australiana. Isso significa que não é necessário, para que haja condenação dos infratores, demonstrar se a conduta de fato implicou ou não em dano à competição, consumidores ou concorrentes.

258. Dessa forma, a Autoridade Australiana recomenda que os médicos definam seus preços de forma independente se abstendo, portanto, de participar de acordos com outros médicos relativos aos valores dos procedimentos. Segundo o *Guide to the Trade Practices Act for health sector*, a negociação individual entre médicos com hospitais ou planos de saúde em relação aos valores dos serviços por eles prestados é a única forma de garantir que não haverá ilícito concorrencial⁷⁶. Nesse sentido, os médicos e suas entidades representativas não devem utilizar nenhum sistema que resulte na restrição a liberdade de preços. Estas, por sua vez, não devem negociar em nome dos médicos, tampouco articular recusas de contratar coordenadas – os chamados boicotes. O rompimento de contratos e a cessação na prestação de serviços são considerados 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, há violação à dinâmica concorrencial do mercado⁷⁷.

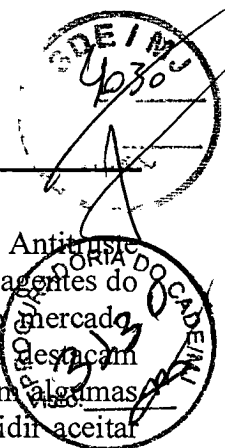
⁷⁴ *The Competition Authority, Guidance in respect of Collective Negotiations relating to the Setting of Medical fees*, 2005, Irlanda. pp. 13.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Australian Competition and Consumer Commission, *Guide to the Trade Practices Act for the health sector*, 1995, Australia. Pg. 13

⁷⁷ Australian Competition and Consumer Commission, *Guide to the Trade Practices Act for the health sector*, 1995, Australia; pp. 13

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



259. O *Department of Justice* e o *Federal Trade Commission*, Autoridades Antitruste dos Estados Unidos, também elaboraram um Guia de conduta⁷⁸ que busca informar os agentes do mercado de saúde quais são as práticas que podem ter efeitos anticompetitivos no mercado passível de punição pela lei Antitruste. Nesse contexto, as Autoridades Americanas destacam que a provisão de informações coletivas relacionadas a preços de serviços médicos, em algumas circunstâncias, pode ser benéfica⁷⁹, desde que a independência dos médicos para decidir aceitar ou não a oferta da operadora seja preservada.

260. Contudo, tal prática pode representar problemas anticompetitivos se facilitar acordos para fixação de preços entre prestadores de serviços médicos concorrentes, ou ainda, se os prestadores decidirem, em bloco, recusar a se credenciar com aquelas empresas que não aceitem os valores por eles fixados. Estabelecer boicotes ou condutas similares para coagir as operadoras de planos de saúde aceitar os preços propostos também são percebidos como potencialmente ilegais. Dessa forma, os médicos devem tomar cuidado com os limites da troca de informações sobre preços de procedimentos, sendo recomendando utilizar uma terceira parte (*third party*) que assegure que essa informação não seja utilizada de maneira a facilitar acordos ilícitos.

261. Destaca-se, nesse contexto, recente acordo firmado entre o Grupo de Prestadores de Serviços Médicos para Operadoras de planos de Saúde de Minnesota – MRHC (Minnesota Health Care Provider Group) e o FTC, que proibia esse grupo de adotar táticas anticompetitivas para aumentar os valores de procedimentos cobrados de operadoras de planos de saúde.

262. Apesar do FTC não proibir o MRHC de negociar em prol de seus associados – cerca de 25 hospitais e 70 médicos – a Autoridade Antitruste interpretou que a entidade eliminaria a competição entre médicos e hospitais ao orquestrar acordos ilegais para fixar preços com os quais contratavam com as operadoras de planos de saúde. Dessa forma, o MRHC teria agido de forma anticompetitiva ao ameaçar o encerramento dos contratos com as operadoras para pressioná-los a aumentar os valores dos serviços médicos e hospitalares, os quais chegavam a ser 27% mais caros que os não associados, ou ainda, ao alegar que rejeitariam ou aceitariam os valores propostos como grupo, impedindo que seus associados decidissem firmar contratos individualmente.

263. Pelo acordo, o MRHC foi proibido de utilizar tais táticas para conseguir valores de procedimentos e termos de contrato favoráveis aos prestadores. Além disso, a entidade se viu obrigada a renegociar novamente os contratos com as operadoras de planos de saúde e submetê-los a aprovação do Estado.

264. Dessa forma, observa-se um consenso entre as jurisdições no sentido de que 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.

⁷⁸ Statements Of Antitrust Enforcement Policy In Health Care. Disponível em:

<http://www.ftc.gov/bc/healthcare/industryguide/policy/index.htm> . Data de acesso: 06 de maio de 2011.

⁷⁹ Como exemplo, destaca a possibilidade de desenvolver método ou termos de reembolso mais eficiente.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

II.6 CRÍTICAS ÀS LISTAS HIERARQUIZADAS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

265. A existência de uma lista hierarquizada de procedimentos médicos, tal qual a atualmente concretizada pela CBHPM, recebe usualmente algumas críticas associadas aos possíveis impactos negativos no mercado de prestação de serviços médicos, para além de seus potenciais efeitos anticompetitivos.

266. As listas hierarquizadas, ao estabelecer os valores de procedimentos médicos, não levam em consideração as forças de mercado, ignorando a demanda por serviços médico-hospitalares. Dessa forma, o valor qualitativo que o paciente confere ao procedimento realizado não é incluído no preço pago pelo serviço, o qual está baseado apenas no custo pré-determinado que supostamente o prestador incorre para ofertá-lo.

267. Somado a isso, assim como na RBRVS um dos requisitos que compõe as unidades de custo relativo se refere ao trabalho médico, e à habilidade cognitiva e técnica, na CBHPM, os procedimentos que apresentam maior dificuldade de realização possuirão um valor relativo maior. Sendo assim, há o incentivo para que os médicos provejam uma maior quantidade daqueles serviços que demandam mais esforço e que apresentam maior dificuldade, já que são mais lucrativos, sem, no entanto, considerar, necessariamente, a sua efetividade no tratamento ou diagnóstico. Dessa forma, uma vez que o pagamento é baseado no esforço e não na efetividade do tratamento, poderá ocorrer uma possível sobreutilização de serviços mais complexos, sob o ponto de vista médico, independentemente do resultado obtido com eles.

268. Outro quesito que não é considerado nas tabelas de hierarquização é a qualidade de cada serviço ou, ainda, a experiência e a habilidade individual dos médicos que os realizam. Além disso, utiliza-se o tempo médio demandado para a realização de cada procedimento para calcular as unidades de custo relativo, não se levando em consideração as possíveis eficiências na performance de cada médico⁸⁰.

269. Destaca-se, por fim, que as listas de procedimentos hierarquizados são uma variação do esquema de pagamento *fee for service*, em que o pagamento é função do número e do tipo de serviços realizados. Dessa forma, os prestadores de serviço, valendo-se da confiança e desconhecimento do consumidor, têm incentivos a determinar maior demanda por serviços de saúde, pois são reembolsados segundo o volume de procedimentos realizados. Tal fato conduz a uma sobreutilização dos serviços de saúde (procedimentos desnecessários, internações e cirurgias dispensáveis, dentre outras), que é incorporada ao cálculo dos gastos esperados, determinando elevação do valor dos prêmios/mensalidades por parte das operadoras e, conseqüentemente, o aumento de gastos com saúde por parte do consumidor final⁸¹.

270. Apesar de haver diversas críticas pertinentes à utilização de tabelas hierarquizadas de procedimentos médicos, no caso brasileiro, há uma importante externalidade positiva associada à CBHPM que é o estímulo à padronização de nomenclaturas dos procedimentos médico-hospitalares, que em muito auxiliam a diminuição de assimetrias de informação a consumidores e ao próprio órgão regulador. De fato, as informações são de que a ANS vem se

⁸⁰ Brent, Robert J., 2006. "Applied Cost-Benefit Analyses". Edward Elgar Publishing Limited. UK.

⁸¹ ANDRADE, M.V., MAIA, A. C., PARAISO, D. G., BRITO, R. J. A., Demanda no Setor de Saúde Suplementar no Brasil. Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência. Cap. 4, Tomo I. Coordenadores Eduardo P. S. Fiuza. Secretaria de Direito Econômico – Ministério da Justiça, IPEA e ANPEC. Rio de Janeiro, 2006.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO

utilizando da CBHPM e da expertise de seus idealizadores para a definição da codificação e dos termos que constituirão a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

271. Uma outra externalidade positiva possivelmente associada à CBHPM é a preocupação constante com a atualização dos procedimentos listados, de modo a incorporar novas tecnologias da área médica. Com efeito, segundo argumentaram os Representados, a CBHPM incorpora procedimentos médicos não listados no rol obrigatório expedido pela ANS, e que são essenciais nos dias de hoje para balizar as decisões médicas de diagnóstico e terapêutica. A Classificação, de fato, não diz respeito apenas a honorários médicos, tendo também introduzido mais de 1200 novos procedimentos médicos que não eram aceitos pelos planos de saúde, mas que segundo a classe médica, eram imprescindíveis para a qualidade do exercício da medicina.

272. Ocorre que, como fartamente documentado nos autos, as entidades médicas em diversos momentos extrapolaram a forma regular de reivindicar pela inclusão de novos procedimentos, passando a propagar que não fossem aceitas outras Tabelas Médicas, mesmo aquelas que, tendo valores próximos aos da CBHPM, incluíssem apenas os procedimentos médicos aprovados pelas Resoluções da ANS. Dessa forma, as entidades médicas buscavam com a adoção da CBHPM definir uma cobertura mínima aos planos de saúde, que superava aquela determinada pela Agência Reguladora. Os planos de saúde, nesse sentido, deveriam contemplar todos os procedimentos contidos na Classificação.

273. Destacam-se, assim, os trechos dos Boletins nº 17 e 19 veiculados pelo CFM, os quais demonstram a importância da instituição na mobilização dos médicos para a implantação da CBHPM:

*“ (...) **ALERTA** – A CNI pede atenção para as Comissões Estaduais de Honorários que devido ao fato do novo rol de procedimentos da ANS não ter incluído em sua totalidade os novos procedimentos da CBHPM, as negociações envolvendo as seguradoras devem ter vínculo exclusivamente com a CBHPM.”*
Grifo nosso (fls. 1592 e 1593);

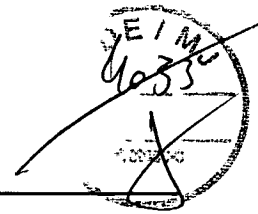
*“**CONTRATOS** – A CNI reitera a solicitação para que os médicos não assinem contratos com as operadoras que apresentem como base o Rol de procedimentos da ANS.”* (fl. 1589);

274. O Comunicado oficial da AMB em relação às negociações com a FENASEG, datado de 30 de março de 2004, também comprova que o movimento de implementação da CBHPM visava, igualmente, que as operadoras aceitassem um aumento na cobertura do número de procedimentos médicos:

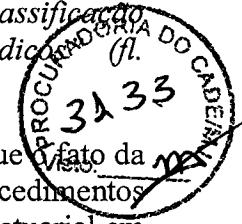
*“Em reunião realizada no dia 24 de março de 2004, em Brasília, com a participação das diretorias da **Associação Médica Brasileira**, do **Conselho Federal de Medicina** e dos presidentes de todo o sistema federativo da AMB, foram tomadas, por unanimidade, as seguintes decisões visando as negociações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

(...)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



- 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 (fl. 693).*



275. Com relação a esse tema, a operadora de plano de saúde AGF alegou que o fato da CBHPM incluir mais de 1.000 procedimentos não contemplados pelo Rol de procedimentos médicos da ANS é negativo, na medida em que não é possível estimar o seu impacto atuarial em função da ausência de frequências de utilização que permitam mensurá-lo. Dessa forma, incluí-los na cobertura da empresa poderia representar risco de desequilíbrios financeiros para as operadoras.

276. Embora se admita que a evolução tecnológica tem gerado drásticas mudanças na medicina e que idealmente todos os cidadãos devem poder beneficiar-se dessa evolução, a decisão acerca dos procedimentos obrigatórios a serem cobertos pelos planos de saúde não recai sobre as entidades médicas, fundamentalmente porque existe uma agência federal com poderes para tais deliberações. A implantação da CBHPM tal como idealizada pelas entidades médicas teria como efeito a padronização ainda maior da cobertura oferecida pelos planos de saúde e uma expansão da cobertura provida pelas operadoras, extrapolando o rol de procedimentos obrigatórios definido pela ANS. Tal fato poderia dificultar ainda mais a oferta de planos de saúde diferenciados a determinados segmentos da população. Além disso, a ampliação da cobertura resultaria em planos de saúde mais caros, o que poderia dificultar o acesso daqueles que possuem renda menor.

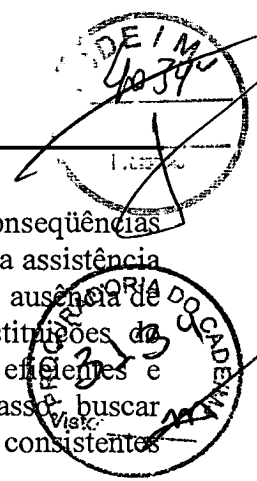
III. PARÂMETROS PARA A IMPLEMENTAÇÃO LEGÍTIMA DA CBHPM E PARA O REGULAR EXERCÍCIO DA REPRESENTAÇÃO DOS INTERESSES DA CATEGORIA

277. 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.

278. A advocacia da concorrência e a prevenção das infrações à ordem econômica 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.

279. As questões versadas nesses autos, do tabelamento de honorários médicos, negociações coletivas conduzidas por entidades representativas da categoria médica e os boicotes realizados como meio de pressionar o atendimento das reivindicações profissionais, já foram extensamente examinadas pelo CADE. Atualmente, há cerca de 70 investigações na Secretaria de Direito Econômico com objeto idêntico ou correlato.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



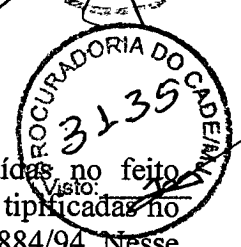
280. O conflito entre prestadores e operadoras vem se alastrando, com conseqüências nefastas aos consumidores, que veem-se impotentes enquanto assistem replicar-se na assistência privada as mazelas da assistência pública: longa espera para o atendimento, descaso, ausência de profissionais capacitados, negativas de cobertura, entre tantas outras.⁸² 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 toleráveis e não toleradas diante dos ditames da Lei n. 8.884/94.

281. Entende-se, portanto, que as entidades representativas da categoria médica devem observar determinados parâmetros no exercício de suas competências, para garantir aderência aos princípios da livre iniciativa e da livre concorrência. Para tanto, devem:

- (i) suprimir as bandas que estabelecem limites inferiores de remuneração (deflator de 20%) para aplicação da CBHPM;
- (ii) excluir e deixar de divulgar quaisquer valores monetários para portes e UCO's, atualmente definidos e publicados pela Comissão Nacional de Honorários Médicos. A definição desses valores deve sujeitar-se a negociações entre os médicos e cada uma das operadoras de planos de saúde;
- (iii) abster-se de instaurar sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir ou retaliar 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 paralisação coletiva de atendimentos aos beneficiários de planos de saúde por tempo indeterminado ou descredenciamentos em massa;
- (v) abster-se de instaurar sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir ou retaliar os médicos, obrigando a participação em movimentos de 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;
- (vii) encaminhar sempre propostas de incorporação de novos procedimentos médicos ao rol obrigatório à Agência Reguladora setorial, abstendo-se de impor às operadoras, sob qualquer pretexto, a lista de procedimentos elencados na CBHPM. Essa é a forma lícita de defender o interesse de médicos e consumidores em que a evolução tecnológica repercuta sobre a assistência oferecida pelas operadoras de planos de saúde.

⁸² Em 09 de maio de 2011, essa Secretaria instaurou Processo Administrativo nº 08012.002866/2011-99, contra o CFM, AMB e FENAM em razão de fixação de cobrança de valores suplementares a consultas médicas, assim como de coordenação paralisações do atendimento a planos de saúde em todo o território nacional e imposição de valores de consultas procedimentos médicos.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO



IV. CONCLUSÃO

282. Em face de todo o exposto, conclui-se que as provas constituídas no feito demonstram a caracterização indubitável das infrações contra a ordem econômica tipificadas no artigo 20, incisos I, II e IV c/c artigo 21, incisos II, X e XXIV, ambos da Lei nº. 8.884/94. Nesse passo, recomenda-se, na esteira do contido no artigo 39 da Lei de Defesa da Concorrência, o encaminhamento do feito ao CADE para julgamento, opinando-se pela condenação das Representadas nas penas previstas nos artigos 23 e 24 do mesmo diploma legal.

283. Estas são as conclusões.

À consideração superior.

Brasília, 05 de maio de 2011.

Tainá Leandro

TAINÁ LEANDRO

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo.

Encaminhe-se ao Sr. Diretor do DPDE.

Brasília, 05 de maio de 2011.

Alessandra Lopes da Silva

ALESSANDRA LOPES DA SILVA

Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos

De acordo.

Encaminhe-se ao Sr. Secretário de Direito Econômico.

Brasília, 05 de maio de 2011.

Ana Maria Melo Netto

ANA MARIA MELO NETTO

Diretora do Departamento de Proteção e Defesa Econômica, Substituta

C:\Documents and Settings\alessandra.lopes\Meus documentos\Alessandra Lopes\ 08012.0042762004 NT - final.doc