



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA – CADE

Gabinete do Conselheiro Eduardo Pontual Ribeiro



Processo Administrativo nº 08012.006552/2005-17

Representante: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS/MT

Representados: Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – CRM/MT, Associação Médica de Mato Grosso – AMMT e Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso – Sindmed-MT

Advogados: Israel Moreira de Almeida, Heber Aziz Saber, Giselle Crosara Lettieri Gracindo, Renata Karla Batista e Silva, Antônio Luiz de Deus Júnior

Relator: Conselheiro Eduardo Pontual Ribeiro

EMENTA: Processo Administrativo. Imposição de tabela de preços mínimos de serviços médicos para o sistema de saúde suplementar. CBPHM. Existência de conduta infringente à ordem econômica, passível de enquadramento no art. 20, inciso I c/c art. 21, incisos II, V e X, todos da Lei nº 8.884/94. Esforços de efetivação de tabela de preços mínimos, inclusive com uso de ameaças e organização de boicotes por tempo indeterminado a planos de saúde. Convolação. Pareceres da Superintendência-Geral, da ProCADE e do MPF convergentes pela condenação.

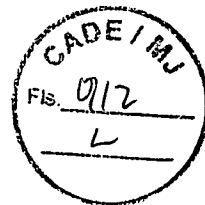
Palavras-chave: Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso, Sindicato dos Médicos de Mato Grosso e da Associação Médica de Mato Grosso. Tabela de honorários. CBHPM. Planos de saúde. Boicote.

VOTO

VERSÃO PÚBLICA

I. RELATÓRIO

1. Cuidam os autos do Processo Administrativo nº 08012.006552/2005-17 instaurado pela Secretaria de Direito Econômico – SDE, em 25 de maio de 2010, para apurar suposta ocorrência de infração à ordem econômica por parte do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso– CRM-MT; pelo Sindicato dos Médicos do Estado de Mato



Grosso – Sindimed-MT; e pela Associação Médica de Mato Grosso – AMMT. A infração estaria consubstanciada no disposto no art. 20, incisos I, II e IV, c/c art. 21, incisos II, IV, V, VI, X, todos da Lei nº 8.884/94 e decorreria da realização de esforços para efetivação de tabela de preços mínimos de serviços de assistência à saúde prestada por profissionais médicos.

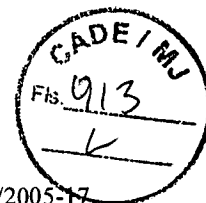
2. Em 18 de agosto de 2005, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde de Mato Grosso – UNIDAS-MT apresentou à SDE representação (fls. 02-16) em face do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso – CRM-MT e da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT. Nos termos da denúncia apresentada, essas entidades tentavam impor, na negociação de contratos com as operadoras de planos de saúde de autogestão, a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM.

3. Ainda de acordo com a representação, a primeira rodada de negociação entre a UNIDAS e as entidades representativas dos médicos em Mato Grosso ocorreu em outubro de 2004, já com o atendimento aos planos de saúde suspenso. Em 10 de dezembro de 2004, na sede do CRM-MT, foi firmado acordo entre as partes e o atendimento médico foi restabelecido durante seis meses. As negociações foram retomadas em janeiro de 2005, sem sucesso, e nova paralisação dos médicos foi marcada para 30 de junho daquele ano em todo o Estado.

4. Em setembro de 2005 a UNIDAS chegou a um acordo com a CEHM-MT, com vigência até agosto de 2006. Entretanto, segundo informações prestadas pela UNIDAS ao DPDE¹, dada a aproximação do termo final da vigência do acordo, delineava-se “um panorama de grande possibilidade de haver novamente a suspensão dos atendimentos médicos em todo o estado”, devido à falta de entendimento em torno dos novos valores propostos pela CEHM-MT. A proposta aprovada em Assembleia Geral da Classe Médica, realizada em 17/07/2006, para vigência a partir de 01/09/2006, foi rejeitada pela UNIDAS, sob a alegação de que os valores extrapolavam os limites orçamentários de suas filiadas. A UNIDAS representa 14 pessoas jurídicas de direito público e privado² que operam planos fechados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão³ em Mato Grosso.

¹ Ofício UNIDAS SE/MT 050/2006, de 12.09.2006, em resposta ao Ofício 4451/2006/DPDE, de 05.09.2006.

² (i) AFEMAT-SAÚDE – Associação de Funcionários da Fazenda no Estado de Mato grosso; (ii) ASSEFAZ – Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda; (iii) SESIVIDA – Serviço Social da



5. A CBHPM é um rol que ordena os procedimentos médicos de acordo com a complexidade técnica, o tempo de execução, a atenção requerida e o grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza. Os procedimentos hierarquizados são agrupados segundo portes e sub-portes e a cada um deles é atribuído um valor monetário calculado com base numa Unidade de Custo Operacional (UCO). A CBHPM admite uma banda de variação ⁴de preços dos portes de 20% para mais ou para menos. Edições da tabela são, em geral, acompanhadas de um “Comunicado Oficial” ou mais, que informa aos profissionais os valores dos portes e das UCOs definidos pela Comissão Nacional de Honorários Médicos, composta por representantes da AMB, do CFM e da FENAM. O Comunicado Oficial se destina ainda a aplicar índices de inflação aos valores indicados em tabelas anteriores.⁵

6. Instituída pela Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina – CFM, a CBHPM foi lançada em 15 de julho de 2003 como “padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar”. Em julho de 2004, foi divulgada a 3ª edição. A 4ª edição foi lançada em 2005, e a 5ª edição entrou em vigência em 18 de outubro de 2008. Na apresentação da CBHPM-2010, as entidades médicas informaram que a CBHPM não seria mais publicada por edição, mas por ano de publicação.

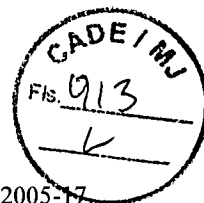
7. A Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT não tem personalidade jurídica nem é subordinada a nenhuma outra entidade, mas mantém relação com a Comissão Nacional de Honorários Médicos. É composta por três membros titulares e três suplentes representantes das entidades médicas de Mato Grosso – Sindicato dos Médicos, Associação Médica e Conselho Regional de Medicina. Sua função é intermediar as negociações com operadoras do sistema de saúde suplementar, especialmente no que se

Indústria; (iv) CAPESESP – Caixa de Pecúlio e Assistência e Previdência dos Servidores da Fundação Serviços de Saúde Pública; (v) CASF-BASA; (vi) CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil; (vii) SAÚDE CAIXA; (viii) CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento; (ix) CORREIOS; (x) SAMBEMAT; (xi); CONAB; (xi) ELETRONORTE; (xii) EMBRATEL – Empresa Brasileira de Telecomunicações S.A; (xiii) FASSINCA – Fundação Assistencial dos Servidores do INCRA; (xiv) GEAP – Fundação de Seguridade Social.

³ “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 137, de 14 de novembro de 2006 (RDC nº 39, expedida pela ANS em 27 de outubro de 2000).

⁴ Também referida nos autos como “deflator”.

⁵ PA nº 08012.004276/2004-71. Nota Técnica SDE s/nº, páginas 49 e 51(a fls. 3095 e 3097 dos autos).



5. A CBHPM é um rol que ordena os procedimentos médicos de acordo com a complexidade técnica, o tempo de execução, a atenção requerida e o grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza. Os procedimentos hierarquizados são agrupados segundo portes e sub-portes e a cada um deles é atribuído um valor monetário calculado com base numa Unidade de Custo Operacional (UCO). A CBHPM admite uma banda de variação ⁴de preços dos portes de 20% para mais ou para menos. Edições da tabela são, em geral, acompanhadas de um “Comunicado Oficial” ou mais, que informa aos profissionais os valores dos portes e das UCOs definidos pela Comissão Nacional de Honorários Médicos, composta por representantes da AMB, do CFM e da FENAM. O Comunicado Oficial se destina ainda a aplicar índices de inflação aos valores indicados em tabelas anteriores.⁵

6. Instituída pela Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina – CFM, a CBHPM foi lançada em 15 de julho de 2003 como “padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar”. Em julho de 2004, foi divulgada a 3ª edição. A 4ª edição foi lançada em 2005, e a 5ª edição entrou em vigência em 18 de outubro de 2008. Na apresentação da CBHPM-2010, as entidades médicas informaram que a CBHPM não seria mais publicada por edição, mas por ano de publicação.

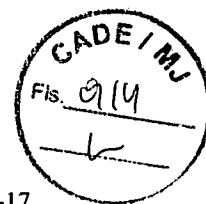
7. A Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT não tem personalidade jurídica nem é subordinada a nenhuma outra entidade, mas mantém relação com a Comissão Nacional de Honorários Médicos. É composta por três membros titulares e três suplentes representantes das entidades médicas de Mato Grosso – Sindicato dos Médicos, Associação Médica e Conselho Regional de Medicina. Sua função é intermediar as negociações com operadoras do sistema de saúde suplementar, especialmente no que se

Indústria; (iv) CAPESEP – Caixa de Pecúlio e Assistência e Previdência dos Servidores da Fundação Serviços de Saúde Pública; (v) CASF-BASA; (vi) CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil; (vii) SAÚDE CAIXA; (viii) CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento; (ix) CORREIOS; (x) SAMBEMAT; (xi); CONAB; (xi) ELETRONORTE; (xii) EMBRATEL – Empresa Brasileira de Telecomunicações S.A.; (xiii) FASSINCA – Fundação Assistencial dos Servidores do INCRA; (xiv) GEAP – Fundação de Seguridade Social.

³ “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 137, de 14 de novembro de 2006 (RDC nº 39, expedida pela ANS em 27 de outubro de 2000).

⁴ Também referida nos autos como “deflator”.

⁵ PA nº 08012.004276/2004-71. Nota Técnica SDE s/nº, páginas 49 e 51(a fls. 3095 e 3097 dos autos).



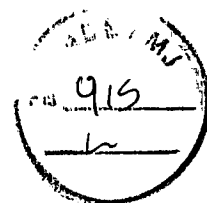
refere à adoção da CBHPM. A Comissão não tem poder de decisão, apenas cumpre o que é decidido nas assembleias das entidades médicas (AMMT, Sindimed-MT e CRM-MT).^{6, 7}.

8. Juntamente com a Representação a UNIDAS trouxe aos autos os seguintes elementos de prova:

- Ofício CEHM-MT nº 95/2004, de 05.11.04, dirigido à UNIDAS, que comunica a não aceitação, por unanimidade, das cláusulas 3ª e 7ª referidas no Ofício 093/04, de 05/11/04. Aduz que *“não há possibilidade, em virtude do teor do Ofício acima mencionado, da volta ao atendimento dos usuários da Unidas, sem a assinatura dos contratos, e sem que a rede [de atendimento] volte a ser conforme em 1º de julho de 2004.”* (à fl. 69)
- O Ofício CHEM-MT nº 28/2005, de 19.05.05, dirigido à UNIDAS, que informa o nome do representante da Comissão para as reuniões com as operadoras de planos de saúde que lista, e determina que *“para agendamento da data da reunião deverá ser contactado (sic) diretamente o representante desta Comissão”* (à fl. 68).
- Ofício CEHM nº 41/2005, de 15.06.05, dirigido à UNIDAS, o qual, tendo em vista a expiração, em 28.02.05, do contrato de prestação de serviços assinado com as operadoras de saúde em 10/12/04, comunica as deliberações da Assembleia Geral dos Médicos, realizada em 13.06.05 na sede do CRM-MT, a saber: (i) [assinatura de] novos contratos – CBHPM sem deflatores; (ii) novos contratos – procedimentos do rol da ANS e os que não estiverem no rol, serão **de livre negociação com os pacientes e com valores mínimos da CBHPM**; (iii) sem reajuste agora e sim daqui a 01(um) ano, com índice reajuste com definição posterior; (iv) prazo para assinatura dos contratos: 30/06/05; (v) **suspensão do atendimento aos pacientes que possuem convênios com empresas de autogestão, medicina de grupo e seguradoras, a partir de 1º/07/05**, caso não assinem os novos contratos até 30/06/05, *“a exemplo da Blue Life e Sintrae que já assinaram contratos”*; vi) na suspensão do atendimento **cobrar valores de**

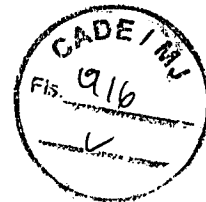
⁶ Informações prestadas por meio do Ofício CEHM-MT nº 3/2010 (fls. 236-245), protocolado em 15 de abril de 2010, em resposta ao Ofício nº 947/CGAJ/DPDE, de 29 de janeiro de 2010.

⁷ O Ofício CEHM-MT nº 3/2010 traz ainda um histórico da criação da CBHPM, e trata também da fixação de honorários médicos pelos planos de saúde, temas que serão abordados adiante.



particular, tendo como referencial mínimo os valores da CBHPM; (vii) [realização de] Assembleia Geral de Médicos em 04/07/05 às 19h, na sede do CRM-MT; (viii) mudança de Coordenação, passando a ser Coordenadora da CEHM-MT a Dra. Maria Cristina Pacheco Costa Fortuna – representante do Sindmed; (ix) enviar carta aos hospitais, médicos e operadoras informando sobre as deliberações da Assembleia e dar publicidade aos usuários; (destaques acrescentados) (a fls. 66-67);

- Ofício CEHM-MT nº 33/2005, de 31.05.05, dirigido à UNIDAS, que reitera o Ofício 081/04, datado de 06/10/04, *“ante o descredenciamento unilateral do Dr. Idemar Molin daquele convênio a partir de abril daquele ano”*. O expediente requer ainda que seja enviado à CEHM-MT *“cópia do primeiro documento encaminhado ao referido médico, noticiando o seu descredenciamento deste respeitável convênio, datada do ano de 2004.”* (à fl.70)
- Correspondência do Dr. Rui Sérgio Duarte que solicita seu descredenciamento dos planos de saúde Casf/Basa, Correios e Sabemat *“visando cumprir o que foi decidido pelo SINDMED e o CRM-MT em uma assembleia no dia 13/06/2005, isto é, que a partir de 01.07.05 fossem PARALIZADOS (sic) os atendimentos aos convênios da rede UNIDAS, devido à inexistência de contrato de prestação de serviços junto às Operadoras de Planos de Saúde.”* O signatário esclarece que *“esta decisão está alicerçada na minha postura ética com os colegas, e para evitar qualquer tipo de advertência do CRM ou do SINDMED.”* (à fl. 74)
- Ofício Circular CHEM-MT nº 66/2005, de 21.07.05, que solicita aos médicos que não assinem contratos/acordos/cadastros com as seguintes operadoras: Cassi, Geap, Sesi/MT Saúde, Assefaz, Embratel, Fassincra, Correios, Affemat, Copesesp, Eletronorte, Casf/Basa, Saúde Caixa, Conab, Sambemat, Amil, Sul América, Saúde Bradesco, Sadia, Petrobras e Golden Cross. (à fl. 65)
- Correspondência da Gastroclínica, de 27.07.05, comunicando ao plano de saúde Sabemat que em 60 dias a contar do recebimento da comunicação,



suspenderia a prestação de serviços “por orientação do CRM-MT” (a fl. 71);

- Ofícios da CEHM-MT, comunicando à UNIDAS decisões de assembleias de médicos, pela adoção da CBHPM, entre maio de 2006 e setembro de 2006 (a fls. 79, 81, 82, 85 e 86).

9. Ao final da Representação, a UNIDAS-MT requereu (i) a instauração de processo administrativo para apuração de infração contra a ordem econômica, com a finalidade de responsabilizar o CRM-MT e a CEHM-MT e seus representantes legais; (ii) a decretação de medida preventiva em face do CRM-MT; (iii) a determinação de que o CRM-MT e a CEHM-MT se abstenham de praticar quaisquer condutas que tenham por objetivo influenciar médicos a adotarem a tabela CBHPM; e (iv) que a prática seja objeto de investigação policial visando apurar crimes contra a ordem econômica; (vi) a aplicação diária de multa no caso de descumprimento da medida preventiva.

10. Em 04.8.09 a SDE instaurou Averiguação Preliminar em desfavor do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – CRM/MT e da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT, em face da representação formulada pela UNIDAS.

11. O CRM-MT protocolou, em 08.9.2009, petição (a fls. 146-154) na qual (i) alegou a prescrição intercorrente da Averiguação Preliminar; e (ii) pugnou pela extinção do feito, uma vez que todas as alegações deduzidas da Averiguação Preliminar haviam sido examinadas pelo Poder Judiciário nos autos da Ação Ordinária nº 2004.36.00.009687-0, que tramitou na 1ª Vara Federal de Mato Grosso e foi extinta sem julgamento de mérito pelo magistrado singular. O ação dizia respeito a conflitos privados, contratuais e pré-contratuais, entre prestadores de serviços de assistência médica e operadoras de planos de saúde.

12. Em petição protocolada em 13.4.2010 (a fls. 236-245), a CEHM-MT respondeu ao Ofício nº 947/CGAJ/DPDE, de 29.01.2010 (a fls. 176-179), que solicitava informações sobre a composição e o papel da Comissão na implantação da CBHPM. Preliminarmente, a CEHM-MT informou que os honorários da consulta médica, fixados pelos planos de saúde em R\$ 24,00 (vinte e quatro reais), não eram reajustados havia 16 (dezesesseis) anos, e que a CBHPM introduziu 1.200 novos procedimentos ao rol adotado pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).



13. Quanto às informações solicitadas pelo DPDE, aduziu, entre outros pontos, o seguinte: (i) que a CEHM-MT participa de reuniões com representantes das operadoras e também com entidades representativas, como a UNIDAS; (ii) que a Comissão não mantém relacionamento com o CFM; (iii) que as decisões das assembleias dos médicos não são de adoção obrigatória; (iv) que a CBHPM foi implantada parcialmente no Estado de Mato Grosso, estando os valores ainda defasados; (v) que nas negociações é adotado o rol de procedimentos da ANS, que já vem utilizando a CBHPM como parâmetro.⁸

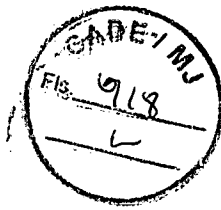
14. Na Nota Técnica DPDE s/n, de 20.5.2010 (a fls.276-296), que embasou a instauração do presente feito, a SDE entendeu que a CEHM-MT deveria ser retirada do polo passivo, já que era constituída por representantes das três entidades médicas do Estado, e que a atuação destas, por meio da CEHM-MT, é que deveria ser investigada em sede de processo administrativo (à fl. 295). Assim, em 25.5.10, foi instaurado processo administrativo para apurar a prática de infração contra a ordem econômica por parte do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso, do Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso e da Associação Médica de Mato Grosso.

15. Os Representados foram regularmente notificados (a fls. 306 a 307 e 549). O Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso e a Associação Médica de Mato Grosso não apresentaram defesa e foram considerados revéis, o que equivale a dizer que deve-se considerar como efeito a confissão de todos os atos mencionados no libelo, nos termos do art. 34 da Lei nº 8.884/94, vigente à época, *in verbis*:

“Art. 34 - Considerar-se-á revel o representado que, notificado, não apresentar defesa no prazo legal, incorrendo em confissão quanto à matéria de fato, contra ele correndo os demais prazos, independentemente de notificação. Qualquer que seja a fase em que se encontre o processo, nele poderá intervir o revel, sem direito à repetição de qualquer ato já praticado.”

16. Registro, porém, que embora não tenham apresentado defesa quando notificados do processo, os três Representados, já em resposta a Ofício enviado por meu

⁸ A CBHPM-2010 passou a ser totalmente compatível com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Resolução Normativa nº 21 da ANS.



gabinete, apresentaram os valores da receita bruta no exercício de 2009, que foram juntados aos autos em apartado confidencial de acesso exclusivo ao SBDC.

I.1 DA DEFESA DO CRM-MT

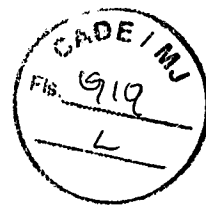
17. Em 02 de julho de 2010, o CRM-MT protocolou sua defesa (a fls. 496 a 531), na qual alega, quanto à aplicabilidade da Lei nº 8.884/94, que não existe infração à ordem econômica porque:

- (i) Para a dominação de mercado é preciso que exista mais de um tipo de agente capaz de realizar o mesmo serviço, e apenas os médicos podem praticar a medicina;
- (ii) Não há possibilidade de cartel, já que essa conduta exige a união de empresas para a realização de um mesmo fim; no caso, não existem empresas, apenas uma autarquia e profissionais liberais (médicos);
- (iii) Não há que se falar em conduta comercial uniforme porque não houve intencionalidade, i.e., vontade explícita de dominar o mercado por meio da fixação de preços;
- (iv) O descredenciamento de médicos dos planos de saúde seguiu as normas aplicáveis ao caso, quais sejam a Lei nº 9.961/2000 e a Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004.⁹

18. Quanto à CBHPM, assim se manifestou a defesa do CRM-MT:

- (i) A CBHPM não é impositiva, tanto que não há procedimento administrativo em curso para apurar ilícitos éticos ligados à sua não observância;
- (ii) De acordo com posicionamento recente do Superior Tribunal de Justiça, a mera orientação para a utilização da tabela de honorários médicos não constitui hipótese de infração à ordem econômica, sendo a CBHPM legal, respaldada pelo ordenamento jurídico brasileiro;

⁹ A Lei nº 9.961/2000 e a Resolução Normativa DC/ANS nº 71/2004 exigem que o descredenciamento de planos de saúde seja comunicado com 60 dias de antecedência.



- (iii) A CBHPM beneficia os pacientes, entre eles os usuários de planos de saúde, ao garantir-lhes atendimento médico de melhor qualidade e eficiência;
- (iv) Médicos de mais renome e/ou notória especialização podem cobrar os honorários que entendam remunerar adequadamente seus serviços, não havendo uniformização de preços;
- (v) Existem similaridades entre a CBHPM e a Tabela de Honorários Advocatícios da OAB, que não foi considerada ilegal pelo CADE.

19. Por fim, solicitou como prova a ser produzida o depoimento pessoal do presidente do CRM-MT, Dr. Arlan de Azevedo Ferreira, e apresentou o seguinte rol de testemunhas: Maria Cristina Pacheco da Costa Fortuna, Alberto Carvalho de Almeida, José Fernando Maia Vinagre e Roberto Luiz D'Ávila.

I.2 DA DEFESA DO SINDMED-MT

20. Quando da instauração do presente processo administrativo o Sindmed-MT foi regularmente notificado, em 26.5.10 (a fls. 300). A notificação foi recebida pelo Sr. Edson Carvalho em 07.6.10, como comprova o Aviso de Recebimento colacionado à fl. 306 dos autos. No entanto, decorrido o prazo legal previsto no art. 37 da Lei nº 8.884/94, o Representado não apresentou defesa, e foi, por isso, considerado revel, nos termos do art. 34 do referido diploma legal.

21. Ao dispor sobre a revelia, porém, o art. 34 garante ao revel a possibilidade de intervir no processo, em qualquer fase, sem direito à repetição de qualquer ato já praticado. Assim, novamente notificado em 19.02.2014, por meio do Ofício nº763/2014, desta feita para informar a receita bruta no ano-calendário de 2009, o Sindmed-MT apresentou defesa, que foi acostada aos autos a fls. 839-893.

22. Alegou o Sindmed-MT, preliminarmente, o que se segue:

- O Sr. Edson Carvalho, que assinou o AR da notificação, não era funcionário do Sindmed-MT. Não teria sido constituída, assim, a relação



processual entre as partes, motivo pelo qual pugna pela nulidade do ato de notificação.

- A incompetência do CADE para julgar os fatos envolvendo o presente processo administrativo, já que “nenhuma das entidades envolvidas, SINDMED-MT, CRM/MT ou ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MATO GROSSO possuíam RECEITA BRUTA equivalente ou superior a R\$ 400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais).” (destacado no original).

23. No mérito, a defesa do Sindmed-MT alegou que:

- Não se configura a infração à ordem econômica, uma vez que a conduta dos Representados não resultou em dominação do mercado, eliminação da concorrência ou aumento arbitrário dos lucros, a teor do art. 20 da Lei nº 8.884/94;
- A simples recomendação, pelos Representados, para a utilização da CBHPM não levou à conduta comercial uniforme ou concertada entre concorrentes.
- Todas as decisões tomadas pelos Representados na época da divulgação da tabela de procedimentos médicos resultaram de assembleias da categoria médica;
- A conduta dos Representados é atípica, do ponto de vista da legislação antitruste, pois visou apenas a estabelecer parâmetros mínimos de remuneração dos procedimentos médicos, como faz o próprio SUS, ao valer-se de uma tabela de honorários de âmbito nacional, e a OAB, que divulga anualmente para todos os seus jurisdicionados a Tabela de Honorários Mínimos.

I.3 DA INSTRUÇÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO



24. Em 04 de agosto de 2011, a SDE saneou o presente processo administrativo indeferindo a preliminar de ilegitimidade **passiva por ausência de caráter empresarial** das entidades de classe suscitada pelo CRM-MT, por falta de amparo legal, conforme Nota Técnica e Despacho a fls. 588 a 599.

25. Em suas razões de defesa, o CRM-MT alegara que não constitui uma empresa e, por esse motivo, não poderia ser enquadrado na infração tipificada no inciso II, do art. 21 da lei nº 8.884/94, a saber "*obter ou influenciar a adoção de conduta comercial uniforme ou concertada entre concorrentes*". A alegação não foi acolhida pela SDE, já que inexistente isenção antitruste a quaisquer entidades representativas, a teor do art. 15 da Lei nº 8.884/94.¹⁰ Restou afastada, assim, a preliminar de ilegitimidade passiva por ausência de caráter empresarial de entidade de classe.

26. No que tange à produção de provas pelo Representado, tendo em vista que o número de testemunhas arroladas pelo CRM-MT superava o previsto no parágrafo único do art. 37 da Lei nº 8.884/94, a SDE intimou o Representado a indicar as 3 (três) testemunhas que desejaria ouvir. Deu-se a opção de que as informações fossem prestadas por via documental, caso em que não haveria limitação de número de testemunhas.

27. O CRM-MT não se manifestou sobre a intimação, havendo, portanto, preclusão do direito de produção de provas.

28. Em 05 de setembro de 2011, por meio do Despacho 731 (a fls. 600), o Secretário de Direito Econômico deu por encerrada a instrução¹¹ e abriu prazo para apresentação de alegações finais. Nenhuma das partes apresentou tais alegações.

I. 4 DA NOTA TÉCNICA DA SUPERINTENDÊNCIA-GERAL

¹⁰ "Art. 15. Esta lei aplica-se às pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, bem como a quaisquer associações de entidades ou pessoas, constituídas de fato ou de direito, ainda que temporariamente, com ou sem personalidade jurídica, mesmo que exerçam atividade sob regime de monopólio legal.

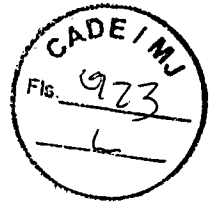
¹¹ A instrução acostou aos autos ainda dois documentos. O primeiro consiste em 11 (onze) volumes digitalizados e gravados em mídia digital contendo respostas de diversas operadoras de planos de saúde a ofícios expedidos pela SDE, recebidas entre fevereiro e outubro de 2010, sobre o contexto e o processo de negociação de reajustes dos serviços médico-hospitalares (fls. 558 dos autos públicos e apartado confidencial com vistas apenas ao SBDC). E o segundo, o Levantamento de Informações Sobre Negociações no Mercado de Saúde Complementar (fls. 561-587), é uma análise elaborada pela SDE com base nos mesmos dados.



29. Na Nota Técnica nº 003/2013 (a fls. 627-660), a Superintendência-Geral do CADE opinou pela condenação do CRM-MT pela prática de infrações à ordem econômica e recomendou a convalidação do presente Processo Administrativo em Processo Administrativo por Infrações à Ordem Econômica, passando as normas processuais previstas na Lei nº 12.529/2011 a ter aplicação imediata, exceto para as fases processuais concluídas antes da vigência da lei, e sendo respeitados todos os atos praticados com base na Lei nº 8.884/94.

30. A SG fundamentou sua opinião, resumidamente, em três pontos, a saber:

- (i) Uma vez que a Comissão Nacional de Honorários Médicos define e informa aos profissionais os valores monetários dos procedimentos médicos, ordenados em portes, e dos custos expressos em Unidades de Custo Operacional (UCO), a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM deixa de ser uma lista em que os procedimentos são hierarquizados quanto ao custo de cada um, tornando-se uma tabela de preços.
- (ii) Existem nos autos claras evidências de que o CRM-MT, o Sindmed-MT e a AMMT pressionaram as operadoras de planos de saúde a reajustar os valores pagos com base na CBHPM, com ameaças de descredenciamento em massa. O rompimento de contratos e a cessão da prestação de serviços são lícitos quando expressam a vontade individual do profissional. Mas quando essa decisão parte de uma atitude concertada, acordada pelos médicos ou conduzida pelas entidades de classe de classe, com potenciais efeitos lesivos aos consumidores, há violação à dinâmica concorrencial do mercado. Além disso, uma paralisação jamais poderia utilizar meios coercitivos para obrigar algum profissional a aderir a um movimento coletivo paredista.
- (iii) Ao determinarem a obrigatoriedade de cumprimento dos patamares mínimos fixados pelas entidades médicas nacionais, ameaçando denunciar e instaurar processos disciplinares contra aqueles profissionais que não respeitassem os valores definidos na CBHPM, o CRM-MT e demais entidades médicas regionais que atuavam no contexto da Comissão Estadual de Honorários Médicos tornaram a



Classificação Hierarquizada uma tabela de preços mínimos obrigatória para todos os planos de saúde em Mato Grosso.

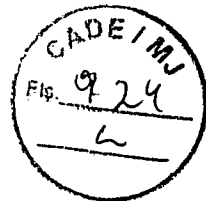
31. As fls. 661-666, a SG refuta o argumento utilizado pelas Representadas segundo qual o Poder Judiciário já teria se manifestado no sentido de que a CBHPM seria uma tabela lícita. Para a SG, os precedentes citados referem-se a voto vencido, decisão de primeira instância reformada em segunda instância e entendimento judicial sobre tabela puramente sugestiva, que não abrangeria casos em que há ameaças e atos de coerção em represália a recusas individuais de acatamento, como acontece no presente processo administrativo. Por este motivo, a SG considerou que os precedentes não são aplicáveis e não servem para demonstrar a licitude da conduta das Representadas.

I.4 DO PARECER DA ProCADE

32. No Parecer nº 225/2013/FG/PFE-CADE/PGF/AGU (a fls. 683-704), a ProCADE corrobora a recomendação da Superintendência-Geral de aplicação das sanções pertinentes, em razão da configuração, no presente caso, de infrações contra a ordem econômica tipificadas nos art. 20, I, II e IV, c/c art. 21, II, IV, V, VI e X, todos da Lei nº 8.884/94.

33. Antes de entrar na análise de mérito, a ProCADE confirma a regularidade do presente processo administrativo, já que foram observados os princípios constitucionais do Devido Processo Legal, da Ampla Defesa e do Contraditório, nos autos, em relação aos Representados.

34. Em seguida, o parecer da ProCADE examina as preliminares suscitadas pelos Representados. Em primeiro lugar, afasta a alegação de que a responsabilidade pelo movimento a favor da implantação da CBHPM foi atribuída aos médicos pela decisão proferida no âmbito da Ação Ordinária nº 2004.36.00.009687-0, que tramitou na 1ª Vara Federal do Estado do Estado de Mato Grosso e foi extinta sem julgamento de mérito. No julgamento daquele feito o juízo singular entendeu que os réus da demanda não detinham legitimidade passiva, já que “o pleito de reativação/manutenção dos contratos deve ser voltado contra os respectivos signatários, ou seja, os próprios profissionais médicos”, o que destaca que a CEHM-MT não assina os contratos de prestação de serviços.



35. Para rebater a preliminar, a ProCADE baseou-se na independência das instâncias judicial e administrativa. Nesse sentido, segundo o parecer mencionado, “as decisões judiciais não se confundem com o ato administrativo regulatório concorrencial resultante da decisão emanada pelo Tribunal do CADE.” (a fls. 689)

36. A alegação de prescrição intercorrente, apresentada pelo CRM-MT ainda em sede de Averiguação Preliminar (fls.189-191), foi rechaçada pela ProCADE com base na presença nos autos de documentos que atestam não terem transcorrido três anos entre a data indicada pela Representante (28.8.05) e os atos processuais, de cunho instrutório, adotados em seguida.¹²

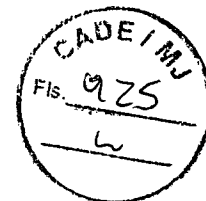
37. No mérito, a fundamentação da ProCADE pode ser assim resumida:

- (i) A classificação de procedimentos médicos, acompanhada de sua precificação por parte dos Representados é, no entendimento do SBDC, uma prática potencialmente prejudicial à livre formação de preços no mercado, ao bem-estar concorrencial, e elimina, em última instância, o direito de escolha do consumidor.
- (ii) O exame das provas constantes dos autos revela que os Representados participaram da imposição da adoção da CBHPM como padrão mínimo de remuneração dos procedimentos médicos junto ao Sistema de Saúde Suplementar.
- (iii) A instauração de processos ético-disciplinares representava uma inquestionável ameaça para aqueles profissionais que não acatassem os valores mínimos previstos na tabela.

I. 4 DO PARECER DO MPF

38. O Ministério Público Federal, no Parecer nº 61-ST/MPF/CADE 2013 (a fls. 707-720) acompanhou a Nota Técnica da Superintendência-Geral 003/2013 e o Parecer da ProCADE pela condenação dos Representados.

¹² Ofício nº 4451/2006/DPDE, de 05.9.06 (fls. 75/76); Ofício nº 6209/06/DPDE, de 07.12.06 (fls. 88-91); Ofício nº 6024/07/DPDE, de 28.9.07 (fls. 93-96); Ofício nº 3559/08/DPDE, de 05.06.08 (fls.124-126).



39. O MPF considerou que a influência dos Representados no mercado relevante¹³, “*é facilmente aferível*”, uma vez que todos os médicos da área pertinente ao Conselho Regional de Medicina – CRM-MT devem estar credenciados no conselho para que possam exercer suas atividades. Além disso, “*as decisões do CRM-MT devem ser observadas por todos os médicos sob sua orientação, sob pena de se sujeitarem à aplicação de medidas disciplinares.*” (a fls. 716).

40. O MPF também acompanhou a Nota Técnica nº 003/2013 da SG, ao atribuir caráter anticompetitivo à fixação na CBHPM de valores monetários para os procedimentos médicos, que poderiam variar no intervalo de 20% para mais ou para menos, dentro do qual seria possível uma negociação com os planos de saúde. Com isso, no entendimento do MPF, a CBHPM transformou-se numa tabela de preços mínimos.

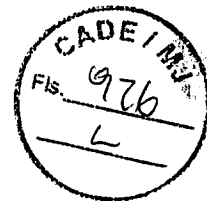
41. Ressaltou ainda o MPF que os boicotes aos planos de saúde por parte do CRM-MT “*não estão amparados pelo conteúdo da liberdade associativa; constituem, ao contrário, manifesto abuso do direito de associação – ato ilícito, nos termos do art. 187 do Código Civil – uma vez que se dedicam a um fim expressamente proibido pelo direito antitruste.*” (a fls. 718) Tampouco estão acobertados pelo direito de greve, que vige nas relações trabalhistas e não tem caráter impositivo.

42. Pelo exposto, o MPF entendeu suficientemente comprovada nos autos a influência do CRM-MT sobre os médicos “*para que atuassem concertadamente na imposição do preço mínimo fixado na CBPHM às operadoras de planos de saúde, com ameaças de paralisações no atendimento e descredenciamento em massa (boicotes).*” (a fls. 719)

I. 5 ARGUIÇÃO DO SINDIMED-MT DE NULIDADE POR AUSÊNCIA DE INTIMAÇÃO DO JULGAMENTO

43. Na data de hoje, 04.6.14, o Sindmed-MT protocolou pedido de designação de nova data para julgamento do feito porque teria havido erro de grafia na publicação da intimação da advogada que o representa nos autos. O nome da nobre causídica deveria ter

¹³ Definido pela SG, na dimensão produto, como o da prestação de serviços médico-hospitalares por meio de planos de saúde no Estado de Mato Grosso; e, na dimensão geográfica, o Estado de Mato Grosso. Esse ponto será retomado adiante.



sido escrito Renata Karla Batista e Silva e não Renata Carla Batista e Silva, como foi publicado.

II. FUNDAMENTAÇÃO

II.1 Das preliminares

44. Antes de adentrar o exame do mérito da conduta imputada aos Representados, acolho as razões expedidas pela SDE (a fls. 588-599) e pela ProCADE (a fls. 683-704) para rejeitar as questões preliminares trazidas aos autos pela defesa, inclusive a alegação de existência de prescrição intercorrente.

45. Quanto à subsunção das entidades representativas, inclusive os conselhos representativos de classe, as associações e os sindicatos à legislação antitruste, subscrevo o entendimento da SG de que se trata de ponto pacífico no âmbito do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, ante previsão explícita dos art. 15 da Lei nº 8.884/1994 e 31 da Lei nº 12.529/2011: *“Esta Lei aplica-se às pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, bem como a quaisquer associações de entidades ou pessoas, constituídas de fato ou de direito, ainda que temporariamente, com ou sem personalidade jurídica, mesmo que exerçam atividade sob regime de monopólio legal”*. A lei não estabelece exceções e a razão para tanto é clara: a capacidade de afetar materialmente o mercado independe da atuação direta nele.

46. Especificamente no que diz respeito ao presente caso, são os médicos que exercem atividade econômica de prestação de serviços não assalariada¹⁴ para os planos de saúde. A capacidade de influenciar o comportamento econômico dos médicos pode ter efeitos danosos ao bom funcionamento do mercado, independentemente de as entidades associativas não atuarem diretamente nele, ou seja, não prestarem elas mesmas os serviços de assistência à saúde.

47. Por fim, embora as entidades representativas dos médicos estejam salvaguardadas por dispositivos constitucionais de liberdade associativa, essas salvaguardas devem ser entendidas à luz do princípio da unidade constitucional, ou seja,

¹⁴ Portanto, não abrangida pela CLT.



devem ser compatibilizadas com outros princípios da Carta Magna. A Constituição Federal de 1988 consagrou, no art. 173, a livre concorrência e a livre iniciativa como alguns dos pilares fundamentais da ordem econômica. O § 4º do art. 173 veda expressamente o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros. Assim, as entidades representativas dos médicos não podem afastar-se dos princípios que regem a ordem econômica. Atos que afrontem o princípio da livre concorrência exigem a intervenção da autoridade antitruste para coibir danos a concorrentes e consumidores.¹⁵ A alegação de que não haveria conduta comercial uniforme porque não existiu intencionalidade – i.e., vontade explícita de dominar o mercado por meio da fixação de preços – tampouco merece prosperar porque o art. 20 da Lei nº 8.884/94 não exige a presença de dolo para caracterizar as infrações da ordem econômica, nem mesmo que seja alcançada a produção de efeitos. Na dicção da lei, é suficiente a potencialidade infrativa dos atos praticados.¹⁶

48. Deve ser rejeitada também a alegação de incompetência do CADE para apreciar o presente feito com base no argumento de que as Representadas não auferiam receita bruta equivalente ou superior a R\$ 400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais) à época dos fatos. O limiar referido servia apenas para indicar atos de concentração de notificação obrigatória, não sendo requisito para instauração e desenvolvimento de controle de conduta anticompetitiva, que é do que aqui se cuida.

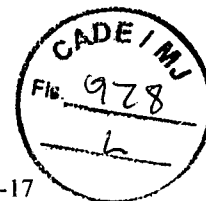
49. Quanto à alegada nulidade da notificação do Representado devido ao fato de que o subscritor do AR não seria funcionário do Sindmed-MT, cumpre observar que a notificação foi regularmente recebida no endereço do Sindmed-MT. Respeitado esse requisito, a citação de pessoa jurídica é válida, conforme jurisprudência firme do Superior Tribunal de Justiça (STJ):

“EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. EXECUÇÃO FISCAL. CITAÇÃO. PESSOA JURÍDICA. VIA POSTAL. RECEBIMENTO. REPRESENTANTE LEGAL. DESNECESSIDADE.

¹⁵ Nota Técnica nº 003/2013, a fls. 639-640.

¹⁶ Art. 20. Constituem infração da ordem econômica, **independentemente de culpa**, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou **possam produzir** os seguintes efeitos, ainda que não sejam alcançados:

- I – limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa;
- II – dominar mercado relevante de bens ou serviços;
- III – aumentar arbitrariamente os lucros;
- IV – exercer de forma abusiva posição dominante.



1 - O acórdão impugnado afirma a nulidade da citação por falta de indicação dos elementos demonstrativos de que a pessoa recebedora era representante legal da empresa ou tivesse agido como tal.

2 - Os arestos apresentados como divergentes, malgrado a ausência da Fazenda Pública, fixam a desnecessidade de o funcionário da pessoa jurídica ter poderes para representá-la.

3 - Na linha do entendimento desta Corte não são necessários poderes de representação da pessoa jurídica para recebimento da citação postal. (destaque acrescido)

4 - Embargos de divergência acolhidos"

(STJ, Corte Especial, REsp 249771 / SC, Rel. Min. Fernando Gonçalves, DJ 03/12/2007 p. 247)

"É válida a citação de pessoa jurídica por via postal, quando realizada no endereço da ré, sendo desnecessário que a carta citatória seja recebida e o aviso de recebimento assinado por representante legal da empresa."

(STJ, 3ª Turma, REsp 879181 / MA, Rel. Min. Sidnei Beneti, DJe 01/07/2010)

"É válida a citação de pessoa jurídica por via postal, quando implementada no endereço onde se encontra o estabelecimento do réu, sendo desnecessário que a carta citatória seja recebida e o aviso de recebimento assinado por representante legal da empresa. Precedentes."

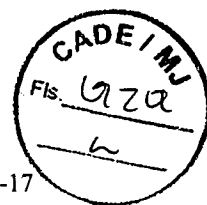
(STJ, 4ª Turma, AgRg no Ag 1229280 / SP, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJe 04/06/2010)

"Entendimento deste Tribunal de que "não são necessários poderes de representação da pessoa jurídica para recebimento da citação postal." (REsp 249.771/SC, Rel. Min. Fernando Gonçalves, Corte Especial, DJ de 03/12/2007)."

(STJ, 1ª Turma, AgRg no REsp 991404 / RS, Rel. Min. José Delgado, DJe 24/04/2008)

"não invalida a citação a afirmativa da recorrida de que não conhece quem assinou o AR, pois o que importa é o fato de a citação ter sido entregue no endereço correto"

(STJ, 1ª Turma, REsp 913671 / AL, Rel. Min. José Delgado, DJe 07/05/2008)



50. Por fim, ainda em sede preliminar, retomo que na data de hoje, 04 de junho de 2014, o Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso encaminhou ao meu gabinete pedido de designação de nova data para julgamento com base na alegação de que sua representante legal não teria sido comunicada da pauta desta sessão de julgamento. Funda-se no argumento de que a publicação da pauta ocorrida no último dia 29 de maio não a teria intimado do planejado julgamento, já que teria errado uma das letras do seu nome, cuja grafia é Renata Karla Batista e Silva e não Renata Carla Batista e Silva, como foi publicado.

51. Com base em jurisprudência pacífica e atual do Superior Tribunal de Justiça, entendo que não assiste razão ao pedido de designação de outra data. A publicação reportou perfeitamente número e nome de partes, de modo que o erro que uma única letra do nome (sem alteração de fonética, diga-se de passagem), não prejudicou a comunicação sobre a movimentação processual pretendida para o feito. Neste sentido os seguintes precedentes do Tribunal Superior:

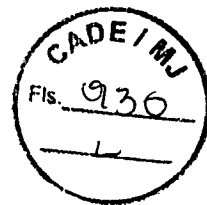
“PROCESSO CIVIL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. INTIMAÇÃO. ERRO NA GRAFIA DO NOME DO ADVOGADO. NULIDADE NÃO ACOLHIDA. POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO.

1. “Não se deve declarar a nulidade da publicação de acórdão do qual conste, com grafia incorreta, o nome do advogado se o erro é insignificante (troca de apenas uma letra) e é possível identificar o feito pelo exato nome das partes e número do processo” (REsp 254.267/SP, Rel. Min. Eliana Calmon, 2ª Turma, DJ de 08.04.2002). Precedentes.

2. Agravo regimental não provido.”

(STJ, Corte Especial, unânime, Rel. Min. Eliana Calmon, DJe 10.10.2013)

“HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO AO RECURSO APROPRIADO. DESCABIMENTO. ERRO DE GRAFIA NO NOME DO ADVOGADO. POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DO FEITO. INOCORRÊNCIA DE PREJUÍZO. AUSÊNCIA DE CONSTRANGIMENTO ILEGAL.



Processo Administrativo nº 0812.006552/2005-17

1. Os Tribunais Superiores restringiram o uso do habeas corpus e não mais o admitem como substitutivo de recursos, e nem sequer para as revisões criminais.

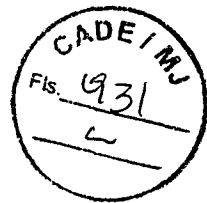
2. Pas de nullité sans grief. Reconhecimento de erro de grafia em uma letra do nome do advogado na publicação do acórdão não enseja prejuízo, porque não impediu a identificação do feito. Constrangimento inexistente. Busca fonética não vedada. (destaque acrescido)

3. Habeas corpus não conhecido.”

(STJ, 5ª T, unânime, Rel. Min. Moura Ribeiro, DJe 11.02.2014)

52. Resta analisar a alegação trazida à colação pelo CRM-MT que diz respeito a uma suposta aprovação pelo CADE da tabela de honorários da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB. Quanto a esse ponto, cabe esclarecer que o que o CADE julgou, em 28.01.98, na Averiguação Preliminar nº 116/92 (Representada Ordem dos Advogados do Brasil – Seção de São Paulo) foi a adoção de um “índice muito elevado” fixado pelo advogado (preços abusivos) e não propriamente da tabela em si. A Nota Técnica de Instauração da Averiguação Preliminar nº 08012.006641/2005-63 (Representados OAB e Conselho Federal da OAB), abordou o caso, concluindo, *in verbis*:

“Observa-se, nessa linha que, embora a Representação 116/92 tenha introduzido a discussão da matéria no âmbito do SBDC, aquele expediente não objetivava especificamente a apreciação da tabela de honorários editada pela Ordem dos Advogados do Brasil, mas sim a imposição de preços excessivos praticados por advogados com base na referida lista, entendida como não obrigatória, restando a conduta em comento ainda inalcançada por manifestação das autoridades antitruste.” (destaque acrescido)
(página 27/42)



53. Não merece prosperar, portanto, a alegação da defesa do CRM-MT de que se trataria aqui de caso análogo à apreciação realizada pelo CADE no julgamento da Averiguação Preliminar nº 116/92 da tabela de honorários advocatícios. (a fls. 517-520).

II. 2 Do contexto das negociações de honorários médicos

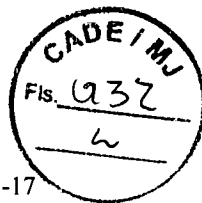
54. A Nota Técnica SDE s/nº emitida no âmbito do PA 0812.0042276/2004-71 traz um longo e minucioso estudo da evolução e das características do setor de saúde complementar no Brasil. Os preços finais cobrados dos usuários de planos de saúde são regulados, com a forma de reajuste fortemente influenciada pelos custos do serviço, como os honorários médicos. No caso de planos individuais a regra de reajuste leva em consideração os custos. Em apertada síntese, a análise da SDE pode ser resumida no seguinte parágrafo, *in verbis*:

“O mercado de saúde suplementar não possui características de um mercado competitivo clássico, principalmente no segmento de contratação individual. Primeiro (...), 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”.¹⁷

55. Nesse contexto, a estabilização da inflação a partir de 1994 e a regulação de preços pela ANS colaboraram para acirrar ainda mais o conflito distributivo entre as operadoras de planos de saúde e os médicos. Ainda segundo a NT s/n da SDE, *in verbis*:

“(...) até 1994, com a alta inflação, as operadoras de planos de saúde se financiavam em grande parte com o giro financeiro, não havendo muita

¹⁷ Pág. 40, fls. 3086 dos autos.



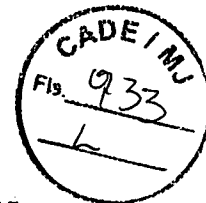
*ênfase na otimização da gestão. A regulação dos reajustes pela variação de custo pela ANS veio a alterar a gestão dos planos de saúde pelas operadoras. Isso decorre do fato da política de reajuste atual não possibilitar mais o repasse de custo via preço. O teto do reajuste para os produtos individuais 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 planos competitivos.*¹⁸

56. A necessidade de redução de custos pelas operadoras, por sua vez leva as entidades representativas dos prestadores de serviços a buscar reforçar sua posição negociadora frente ao relativo oligopsônio dos contratantes de serviços, para manter suas margens de preço. Outra característica das negociações de honorários médicos no contexto descrito acima é que as tratativas passaram, muitas vezes, a se dar entre associações de ambas as partes. Assim, não apenas os médicos negociam coletivamente por meio de representantes da categoria, mas também os planos de saúde passaram a se agremiar em instituições que, por vezes ultrapassando seus objetivos estatutários, conduzem coletivamente as negociações com os prestadores de serviços médicos. Esse fenômeno é típico, por exemplo, das operadoras de planos de saúde de autogestão.

57. Com o fim de instruir os processos administrativos relativos ao setor de planos de saúde em trâmite no Departamento de Proteção e Defesa Econômica, foi instaurado em 19/01/10, o Procedimento Administrativo para Acompanhamento de Atividades de Mercado, nos termos dos incisos I e II do artigo 14 da Lei nº 8.884/94. No âmbito desse procedimento foram encaminhados ofícios para 43 (quarenta e três) operadoras de planos de saúde, das quais 38 apresentaram respostas. (fls. 561-587 dos presentes autos). O estudo constatou que:

“Embora sejam fartas as evidências das práticas adotadas pelas entidades representativas dos prestadores, a análise mais detida dos casos em trâmite na SDE tem demonstrado que também as operadoras de planos de saúde

¹⁸ Id. ibid.



negociam por intermédio de entidade representativa, marcadamente as operadoras classificadas na modalidade de autogestão" (fls. 562)

58. Da análise dos dados do estudo, conclui-se que a maioria das operadoras que responderam à consulta do DPDE – nada menos que 76% –, considera viável negociar diretamente com seus prestadores de serviços, mas não o faz devido ao aumento dos custos de transação envolvidos. Isso se aplica particularmente à negociação de honorários médicos, dada a extensão da rede credenciada. As operadoras da modalidade autogestão, em especial, preferem negociar por meio de sua entidade representativa – a UNIDAS – seja diretamente com os prestadores de serviço, seja com os representantes de classe, devido às vantagens associadas ao processo, tais como ganhos de escala, melhoria do processo de gestão e compartilhamento de estrutura administrativa, maior celeridade no processo de negociação e maior poder de barganha nas negociações.

59. Seja porque proporciona eficiências como as descritas acima, seja porque o movimento comandado pelas associações médicas foi bem sucedido, o fato é que a utilização da CBHPM pelos planos de saúde da modalidade autogestão cresceu em todo o país entre 2005 e 2008, período abrangido pela conduta, como demonstra o Quadro I abaixo retirado das pesquisas UNIDAS¹⁹. Em 2009, ano de instauração da Averiguação Preliminar que deu origem ao presente feito, houve uma queda de 09 (nove) pontos percentuais, com uma inflexão de 14 (catorze) pontos percentuais em 2010, quando da instauração deste Processo Administrativo.²⁰

EP

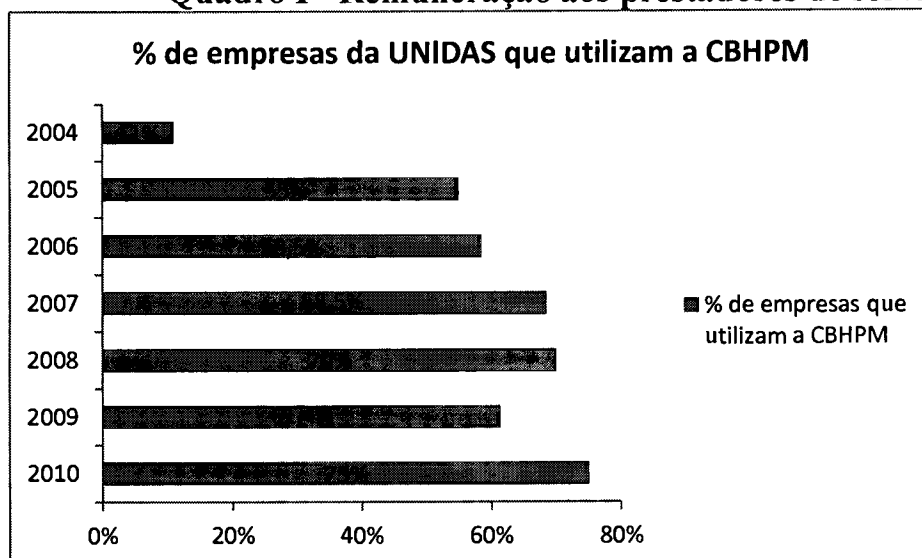
¹⁹ <http://www.unidas.org.br/pesquisa-nacional-2005/7/detalhe-pesquisa-unidas>. Acesso em 28.05.2014.
<http://www.unidas.org.br/pesquisa-nacional-unidas-2006/8/detalhe-pesquisa-unidas>. Acesso em 28.05.2014.

<http://www.unidas.org.br/uploads/pesquisa2007.pdf>. Acesso em 28.05.2014

<http://www.unidas.org.br/pesquisa-nacional-unidas-2008/10/detalhe-pesquisa-unidas>. Acesso em 28.05.2014

²⁰ <http://www.unidas.org.br/uploads/pesquisa2009.pdf> e <http://www.unidas.org.br/uploads/pesquisa2010.pdf> acesso em 28.05.2014.

Quadro I - Remuneração aos prestadores de serviços



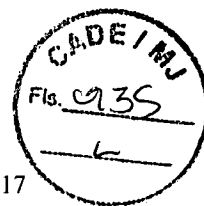
Fonte: UNIDAS

60. Outra conclusão que se extrai do estudo é que não é prática corrente no mercado de saúde suplementar a adoção de honorários médicos diferenciados em razão da qualificação, experiência e reputação do profissional – 84% das operadoras informaram que não fazem essa diferenciação na negociação com seus prestadores de serviços.

II.3 Delimitação do mercado relevante e identificação do poder de influência dos Representados

61. 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 efetiva. No caso em exame, os Representados são entidades associativas com abrangência estadual. A negociação era para a ação estadual dos planos de saúde. Dessa forma, para a análise do presente Processo Administrativo, do ponto de vista geográfico, considera-se como mercado relevante geográfico a área de atuação dos Representados, isto é, o estado de Mato Grosso.²¹

²¹O que é uma referência simplificada a todos os mercados locais contidos dentro do estado de Mato Grosso, para ser mais coerente com a jurisprudência do CADE sobre serviços de assistência à saúde, que abrange bairro, município ou região metropolitana na maioria das vezes. Ver, por exemplo, o voto do Conselheiro Elvino Mendonça no AC 08012.010094/2008-63 (Grupo Edson Bueno e Casa de Saúde Santa Lúcia), no



62. Em discussões sobre relações verticais entre entes empresariais, destaca-se a necessidade de diferenciar os vários mercados relevantes envolvidos, a montante e a jusante. No caso de saúde a análise exige um pouco mais de cuidado pois há entidades que adquirem serviços para serem prestados a outrem. Sob a óptica do produto, o mercado relevante compreende todos os bens ou serviços considerados substituíveis entre si pelo consumidor com base em suas características, preços e utilização. Do ponto de vista do produto, a prática aqui escrutinada insere-se no mercado de prestação de serviços médicos²² para planos de saúde²³ – até porque a CBHPM foi criada para ser utilizada nas negociações de honorários especificamente com o segmento de saúde suplementar, o que exclui a prestação de serviços médicos por meio do Sistema Público de Saúde – SUS, ou seja, no caso em que os médicos vendem seus serviços para hospitais públicos ou privados que atendem pelo SUS. O mercado relevante poderia incluir também o atendimento médico a pacientes que pagam de forma particular, ou o atendimento não assalariado para o SUS. Para os ofertantes, a oferta de consultas e procedimentos de forma particular apresenta perfeita substituição pela oferta. Os médicos inclusive deixam claro na negociação com os planos de saúde que há consumidores alternativos de seus serviços, os clientes que não possuem plano ou decidem pagar de forma particular. Por outro lado, pela demanda, o mercado relevante pode ser entendido apenas envolvendo o mercado de prestação de serviços médicos para os planos de saúde, visto que estes são os que adquirem em condições diferenciadas dos clientes particulares.

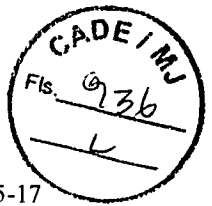
63. Como destaquei no voto proferido no Processo Administrativo nº 08012.006272/2011-57²⁴, a delimitação de mercado relevante para avaliação de condutas exige o uso do conceito de mercado relevante afetado pela conduta. Para identificar esse mercado, delimitando-o, parte-se dos consumidores envolvidos na conduta e dos produtos e serviços cobertos de forma análoga à delimitação em atos de concentração. Veja-se, a

qual a dimensão geográfica do mercado relevante de planos de saúde individual/familiar e coletivo abrange o território municipal no qual o plano de saúde possui rede credenciada.

²² Referência simplificada para o conjunto de serviços de assistência médica. Virtualmente cada procedimento previsto na CBHPM possibilita definição de novo mercado relevante na dimensão produto. Considerando que todos estes foram afetados por condutas das Representadas, contudo, a referência simplificada aqui empreendida é totalmente adequada.

²³ Para definir os produtos ofertados ao consumidor nos setores afetados, o CADE utiliza metodologia na qual os produtos são classificados em: (i) plano médico individual/familiar; (ii) plano médico coletivo; (iii) plano exclusivamente odontológico individual/familiar; e (iv) plano exclusivamente odontológico coletivo. Os critérios são objeto dos serviços e requisitos exigidos dos consumidores para o acesso.

²⁴ Representante: Tecnoguarda; Representada: Proforte.



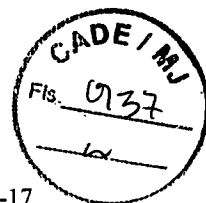
propósito, o entendimento do ex-conselheiro Carlos Ragazzo no voto proferido no AP nº 08012.001022/2008-25²⁵, *in verbis*:

“Diferentemente da análise em atos de concentração, em que a delimitação do mercado relevante requer certo grau de subjetividade, em condutas, essa definição é mais simples, pois é possível identificar exatamente qual o mercado e os agentes afetados por determinada conduta.”

64. Mantemos, portanto, a jurisprudência de considerar o mercado relevante como o afetado pela conduta, ou seja, de serviços médicos para operadoras de saúde suplementar, sem fragmentá-lo por especialidade. Como observou a Nota Técnica SG nº 003/2013, a prática ora em exame não se deu por especialidade médica ou apenas em um ou outro município, mas ocorreu no âmbito de entidades representativas de médicos em geral e na amplitude de todo o Estado de Mato Grosso. Daí porque, “segmentações distintas do mercado relevante, aqui, apenas complicariam a análise, sem qualquer alteração sobre seu resultado final.” (a fls. 643)

65. De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar – dezembro de 2013 da ANS, com dados de setembro de 2013, os beneficiários de planos privados de assistência médica, com ou sem assistência odontológica, em Mato Grosso somavam 449.079 vidas, o que equivale a uma cobertura de 14,4% da população do Estado. A Tabela I, abaixo, mostra uma concentração de mercado na Unimed Cuiabá e uma grande dispersão nas posições inferiores. Vemos que os planos de saúde que sofreram restrições por parte da CEHM são relativamente pequenos, baseado em dados de junho de 2011.

²⁵ Representantes: Siesal e Fiern; Representadas: SPL e Emprepar.



Processo Administrativo nº 0812.006552/2005-17

Tabela I – Market Share Planos de Saúde do MT

Operadora	Números Beneficiários	Participação de Mercado
Unimed Cuiabá	170.111	41,6%
Unimed Rondonópolis	27.484	6,7%
Central Nacional Unimed	25.667	6,3%
Unimed Fed Est Mato Grosso	23.635	5,8%
Unimed Norte Mato Grosso	21.026	5,1%
Unimed Vale do Sepotuba	17.104	4,2%
Unimed Barra Do Garças	14.355	3,5%
Bradesco Saúde	9.257	2,3%
Cassi	8.308	2,0%
Sadia	7.245	1,8%
Geap Autogestão	7.122	1,7%
Somed	6.686	1,6%
Sul América Seguro Saúde	5.210	1,3%
Unimed Vale do Jauru	4.877	1,2%
Unimed Cáceres	4.725	1,2%
ECT	4.371	1,1%
Unimed Seguros Saúde S/A	4.314	1,1%
Saúde Caixa	2.399	0,6%
Amil Assist Med Int.	2.391	0,6%
Capesesp	2.282	0,6%
BRF	2.245	0,5%
Unimed Paulistana	2.220	0,5%
Perdigão	2.214	0,5%
Unimed Estado de SP	2.159	0,5%
Unimed Estado de SC	1.900	0,5%
Unimed BH	1.591	0,4%
Unimed Curitiba	1.524	0,4%
Intermédica	1.355	0,3%
Unimed Estado do PR	1.266	0,3%
Affemat	1.265	0,3%
Unimed Regional Maringá	1.162	0,3%
Unimed Londrina	1.065	0,3%
Unimed Nordeste Paulista	1.005 ₂₇	0,2%
Outros	19.302	4,7%

Total	408.842	100%
-------	---------	------

Fonte: Base de dados Tabnet ANS

66. Definido o mercado relevante, passa-se a avaliar se os Representados possuem posição dominante, nos termos dos parágrafos 2º e 3º do art. 20 da Lei nº 8.884/94.

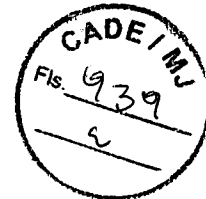
67. Como ressaltou a Nota Técnica SG nº 003/2013, no presente caso é mais apropriado falar em “poder de influência” dos Representados do que propriamente em poder de mercado, usualmente mensurado pela “participação de mercado”. A SDE considera que seria possível ao CRM-MT, à AMMT e ao Sindmed-MT “*determinar a fixação de preços mínimos, independentemente do número de associados de cada entidade*”, porque as três tinham representantes na Comissão Estadual de Honorários Médicos, que foi delegada pelo CRM-MT, via CFM e AMB, como canal de negociação e política de preços obrigatória com base nos valores dos portes e UCO da CBHPM (a fls. 649) e detinha poder de sanção sobre qualquer médico.

68. No entanto, mesmo que adotando o juízo sugerido pela SG, de grande relevância é o fato de que, por determinação legal, todos os médicos devem ser credenciados pelo CRM do seu Estado para poderem exercer a profissão, a teor do art. 17 da Lei nº 3.268/57:

“Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos 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 especialidade.”

69. Além disso, 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.”



70. Note-se que a atuação do CFM em questões de remuneração dos médicos não está prevista em lei, mas apenas no Código de Ética e é a este Código que se orienta a Resolução CFM 1673/2003, que institui a CBHPM, em seu segundo “considerando”, *in verbis*:

“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);”

71. Dessa forma, como os médicos precisam estar credenciados no Conselho Regional de seu respectivo Estado para o regular desempenho de suas atividades, e, sob pena de cometer infração ética, devem acatar e respeitar as decisões do CRM, conclui-se que esses Conselhos detêm grande capacidade de influência sobre seus credenciados, consubstanciando assim o poder de influenciar conduta uniforme na negociação de honorários médicos.

72. A esse poder de influência do CRM-MT soma-se poder correlato atribuído ao Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso e à Associação Médica de Mato Grosso. O Sindmed possui a atribuição legal de defesa e representação dos médicos na base territorial do Estado de Mato Grosso, com a finalidade precípua, entre outras, de buscar melhorias nas condições de trabalho de seus representados, no contexto de relações de emprego e estatutárias, como podemos ver abaixo.

“Art. 3º- Constituem prerrogativas e deveres do sindicato:

- I. Representar perante às autoridades administrativas e judiciárias os interesses gerais da categoria e os interesses individuais de seus associados;*
- II. Celebrar convenções, acordos ou contratos coletivos de trabalho;*
(...)
- V. Colaborar, como órgão técnico e consultivo, no estudo e solução dos problemas que relacionam com sua categoria;*

(...)

VIII. *Manter relações com as demais associações de categorias profissionais para concretização da solidariedade social e defesa dos interesses nacionais;*

(...)

XI. *Estabelecer negociações, visando à obtenção de melhorias para a categoria profissional;*

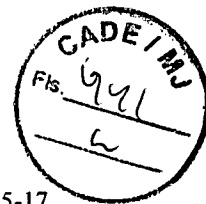
XIV. *Colaborar com os órgãos públicos visando à fiscalização do trabalho e das condições de saúde, higiene e segurança do trabalhador.” (fl. 790-812)*

73. As decisões do sindicato que abrangerem a totalidade dos filiados são tomadas em assembleias gerais. O estatuto social do Sindmed-MT prevê, no seu art. 9º:

“Art. 9º Os associados estão sujeitos a penalidades de advertência, eliminação do quadro social quando desrespeitarem o Estatuto ou as decisões da Assembleia Geral.”

74. A AMMT é uma sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 22 de setembro de 1951, que tem entre suas finalidades, insculpidas no art. 2º do respectivo Estatuto Social, congregar os médicos associados com o objetivo, entre outros, de defender a classe nos campos cultural, científico, ético, social e econômico e de dignidade profissional. Entre os deveres de seus associados (art. 6º, C) consta “*zelar pelo bom nome do AMMT, prestigiando todas as suas iniciativas e as das associações médicas regionais a que pertencem; e (art. 6º, D) “manter conduta pautada pelos princípios éticos e morais que dignifiquem a profissão.”*

75. Através da CEHM essas entidades exerciam controle ou influência explícita sobre todos os médicos do Estado de Mato Grosso. Do outro lado, como compradores, tínhamos as OPS, que cobriam 14% da população do MT. Entre a população atendida por planos de saúde, o grau de concentração não era absoluto, como vimos acima. As operadoras diretamente afetadas pela conduta não detinham a totalidade do mercado.



Usando dados de 2011, as OPS afetadas tinham 14% das vidas cobertas por planos de saúde no estado, sendo que para as empresas da UNIDAS essa parcela de mercado de apenas 9%.

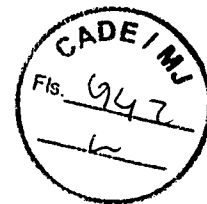
II.4 A CBHPM como tabela de preços impositiva ²⁶

76. Como apontado acima, a CBHPM consiste num rol de métodos e procedimentos médicos terapêuticos e de diagnóstico, agrupados em portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada um, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos por seus portes.

77. De acordo com os Representados e a instrução, a hierarquização é resultado da avaliação pelos médicos dos requisitos presentes nos procedimentos médicos: habilidade cognitiva, habilidade técnica, risco, responsabilidade e tempo (pré, intra e pós-procedimento). Com base nesses requisitos, a CNHM valorou relativamente os procedimentos, que são ordenados com base nesses requisitos. Vale notar que não são considerados aspectos de mercado, como a frequência com que o procedimento é realizado ou sua importância para os pacientes (demanda) ou ainda a quantidade de profissionais capazes de realizá-los e as condições técnicas locais para apoio ao médico (oferta e custos locais).

78. A elaboração da lista teve início em 2000, por iniciativa da Associação Médica Brasileira – AMB e do Conselho Federal de Medicina – CFM e levou três anos para ser executada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – Fipe. A primeira etapa do projeto consistiu na classificação e hierarquização dos procedimentos médicos, com a participação de representantes de todas as especialidades médicas. A segunda etapa foi a de valoração dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, avaliando-se custos fixos, custos e tecnologia dos equipamentos empregados, pessoal técnico e insumos necessários para a realização dos procedimentos. Na terceira etapa foi levantado o custo da consulta médica, com a colaboração de mais de três mil médicos.

²⁶ Ver a respeito PA 0812.004276/200471. Nota Técnica SDE s/n, páginas 45/50(a fls. 3091-3097 dos autos); Nota Técnica SDE s/n, a fls. 588-599; e Nota Técnica 003/2013 da SG, fls. 650-654 dos presentes autos.



79. 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; d) Procedimentos de SADT.

80. Os procedimentos médicos relacionados na lista foram divididos em 14 portes, subdivididos em três subportes – A, B e C –, num total de 42 portes. Os portes não expressam valores monetários em si, mas indicam a posição relativa de cada procedimento em relação aos demais, dentro da escala, em termos de atributos do trabalho médico.

81. Em adição, quando o procedimento envolve equipamentos, incorrendo-se em custos operacionais, estabeleceu-se a Unidade de Custo Operacional (UCO), que incorpora a depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamentos etc., calculado para os procedimentos de SADT de cada especialidade. Os descartáveis e acessórios são excluídos desta quantificação.

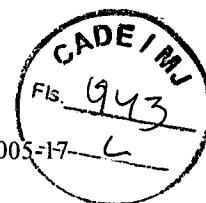
82. A hierarquização dos serviços, em si, não teria o condão de uniformizar preços praticados no mercado, uma vez que não expressaria valores monetários, apenas indicaria a posição relativa de cada procedimento dentro da escala. No entanto, não foi isso que aconteceu durante a implantação da CBHPM.

83. A edição da CBHPM foi acompanhada de um “Comunicado Oficial” que informava os valores monetários dos portes e das UCOs definidos por representantes da AMB, da CFM e da FENAM, no âmbito da Comissão Nacional de Honorários Médicos. Com isso, a CBHPM deixa de ser uma lista em que os procedimentos são hierarquizados quanto à complexidade e nível de recursos exigidos de uma em relação às outras, tornando-se uma tabela de preços.

84. O Comunicado Oficial estabeleceu ainda uma banda na qual os valores monetários podem variar 20% para cima ou 20% para baixo, “*em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes*”²⁷. Dessa forma, acaba-se criando um valor mínimo abaixo do qual o médico estaria proibido de oferecer ou contratar como remuneração pelos seus serviços.

85. Apesar da possibilidade de as bandas tornarem a tabela menos rígida, permitindo uma negociação, ainda que limitada, a CBHPM continua impondo um valor

²⁷ Instruções Gerais à 4ª edição da CBHPM, citada na NT SDE s/n, PA nº 08012.004276/2004-71, pág. 46 (a fls. 3092 dos autos).



Processo Administrativo nº 0812.006552/2005-17

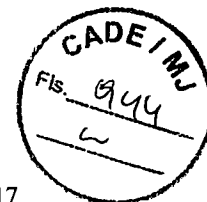
mínimo para cada procedimento médico, que seria estabelecido pela subtração de até 20% dos valores constantes da tabela, que são definidos de modo centralizado pela CNHM em nome do CFM, AMB e FENAM. As bandas definidas pelas entidades médicas geram significativas distorções na concorrência, pois a livre negociação e as condições econômicas de oferta e demanda em cada Estado ou região pode representar variações superiores a 20%, além da própria capacidade de pagamento das diferentes empresas de saúde suplementar. A Tabela I abaixo mostra a variação de preços de serviços selecionados prestados a Operadoras de Planos de Saúde em hospitais do município do Rio de Janeiro, no âmbito da análise dos Atos de Concentração nº 08012.0004902/2010-78 e nº08012.0132000/2010-85.

Tabela II - Variação de preço cobrado por serviço (em %)

Serviço									
Potássio									
Creatinina									
Sódio									
Ureia									
Atend. Em Pronto Socorro									
Exame de RX de Tórax: P.A.-LAT									
Polipectomia									

Fonte: ACs nº 08012.0004902/210-78 e 08012.0132000/2010-85

86. Nota-se que a variação em relação ao menor preço praticado apresenta grande dispersão e supera em muito os 20% na quase totalidade dos casos, com destaque para o atendimento de pronto-socorro. Como ressaltai no voto proferido nos atos de concentração de onde foram retirados os dados da Tabela II, alguns hospitais são considerados agentes diferenciados dos demais concorrentes no mercado relevante, segundo a percepção dos



clientes e planos de saúde ofertados no mercado, que acabam por aceitar que esses hospitais cobrem mais caro por seus procedimentos.

87. Além disso, dadas as possíveis diferenças individuais no grau de eficiência e qualificação tanto do lado dos prestadores, quanto do lado das operadoras de planos de saúde, a situação de cada prestador e comprador poderia levar a um contexto de mercado com preços diferentes para prestadores e operadoras situados numa mesma região, mas esta situação é limitada, se não excluída, pela adoção dos valores monetários para a CBHPM. Essa tabela determina preços mínimos e orienta preços de forma centralizada, nacional ou regionalmente, restando ao médico aquiescer aos ditames da CEHM. Como alegado 'preço de referencia', os valores da UCO e portes não estão sendo determinados no embate de forças de mercado e sim de forma centralizada apenas focando custos e um indexador genérico (tem sido empregado o INPC), por decisão unilateral. Como informou a AMB, no Comunicado Oficial emitido em 18.10.2012, disponível na internet²⁸, com nova versão da CBHPM:

"(...) a Associação Médica Brasileira encaminhou o assunto à Comissão de Economia Médica para que fosse realizada uma análise autônoma da questão, no período outubro/2011 – setembro/2012.

Serve o presente para comunicar que aquela Comissão concluiu pela adoção do INPC/IBGE do período, que corresponde ao índice de 5,5765% para correção nos valores referenciais dos serviços médicos.

Diante disso, tal percentual pode ser adotado como referencial, a partir de 2012, para a CBHPM em vigência.

Quanto à unidade de Custo Operacional, fica estabelecido 1 UCO = R\$ 14,33."

88. As entidades médicas nacionais iniciaram o movimento para a adoção da CBHPM em julho de 2003, com o lançamento da 1ª edição, por meio da Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina – CFM, que decidiu:

²⁸ http://www.sbacv.com.br/pdf/COMUNICADO_CBHPM_2012_2013.pdf

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. (fls. 643-644, destaques acrescentados)

89. Segundo a Lei nº 3.268/57, art. 3º, o CFM tem jurisdição em todo o território nacional e a ele são subordinados os Conselhos Regionais, com sede nas capitais de Estados e no Distrito Federal, onde cada um exerce jurisdição²⁹.

90. Para conferir capilaridade à discussão sobre a CBHPM e disseminar sua adoção, as entidades médicas nacionais — CFM, AMB, FENAM e Confederação Médica Brasileira (CFM) — instituíram a Comissão Nacional para a implantação da CBHPM — CNI, cuja estrutura foi replicada nos Estados com as Comissões Estaduais de Honorários Médicos. Em Mato Grosso, a Comissão Estadual foi composta pelos Representados (AMMT, Sindmed-MT e CRM-MT).

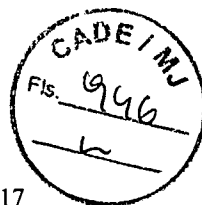
91. Os Representados, através da CEHM empregaram a CBHPM de forma clara como tabela de preços, impondo-a a todos os médicos e várias OPS, nominalmente citadas.

92. Entre as provas dos autos, temos o Ofício CEHM nº 41/2005, de 15.6.05, dirigido à UNIDAS, o qual, tendo em vista a expiração, em 28.02.05, do contrato de prestação de serviços assinado com as operadoras de saúde em 10.12.04, comunica a deliberação da Assembleia Geral dos Médicos, realizada em 13.6.05 na sede do CRM-MT da assinatura de **novos contratos** utilizando a **CBHPM sem deflatores**.

93. Neste mesmo ofício, a CEHM informa a deliberação de suspensão do atendimento a conveniados dos planos que não celebrarem acordo com **cobrança de valores de particular, tendo como referencial mínimo os valores da CBHPM**.

²⁹ “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.”

EF



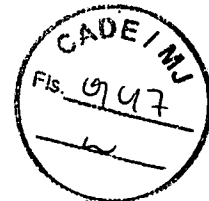
94. O que se verifica aqui é a ingerência da CEHM na prática dos profissionais liberais ditando os valores a serem cobrados enquanto contratos não forem assinados com operadoras impondo o valor mínimo de consulta da CBHPM. Também é forçoso notar que há prática usual de cobrança de valores por médico individual acima da tabela, quando os seus vários pacientes chegam para ser atendidos de forma individual, atomizada.

95. Qualquer que seja a interpretação da tabela em si, se sugestiva pelo CFM/AMB/Sindimed ou não, central para este caso é a presença de ameaças e boicotes, que serão provadas a seguir, o que caracteriza o emprego dos valores da CBHPM como obrigatório para todos os médicos e adesão de todos os planos. Isto revela o caráter impositivo da tabela de valores apresentada. A decisão da CEHM, tomada por seus constituintes CRM-MT, AM-MT e Sindimed-MT em utilizar a CBHPM, eliminou o espaço de negociação conjunta de valores para que os valores adotados por cada médico nas suas especialidades envolvesse a realidade do mercado de serviços médicos do Mato Grosso, nos seus vários procedimentos, necessidades, especificidades e capacidade de pagamento dos usuários.

II. 5 A punição ou ameaça de punição aos médicos que não aderissem às decisões da CEHM para contratação pelos valores da CBHPM.

96. Conforme exposto acima, do ponto de vista geográfico, o mercado relevante no presente caso abarca todos os Municípios e Regiões contidos no território do Estado de Mato Grosso. Na dimensão produto, o mercado relevante é o mercado de prestação de serviços médicos para clientes, que envolvem os planos de saúde e particulares, embora a prática alcance diretamente apenas os planos de saúde. Considerando que os Representados não atuam diretamente na atividade econômica, mas detêm, por força de lei ou decisões de associações, o poder de influenciar ou exigir a adesão a suas decisões por parte de todos os agentes que atuam no mercado relevante; de centralizar as negociações e de aplicar sanções em caso de descumprimento; conclui-se que as entidades detinham significativo ou até absoluto poder de mercado.

97. Tal poder confere aos Representados condições de induzir, se não até impor, conduta comercial uniforme no mercado relevante, uma vez que (i) todo médico deve estar

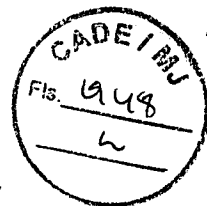


credenciado pelo CRM-MT para o regular desenvolvimento de suas atividades; (ii) para manter sua inscrição no Conselho, os médicos devem respeitar e acatar as decisões da entidade representativa profissional; (iii) por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM, as três entidades que aqui figuram como Representadas obrigaram a utilização da CBHPM, ao determinar a adesão dos médicos aos movimentos da categoria; (iv) instituiu-se a possibilidade de sanção administrativa sobre o exercício profissional, via CRM-MT, dos profissionais que não acatassem as decisões adotada pela CEHM diretamente ou por meio de assembleias por ela convocadas. (Nota Técnica SG 003/2013, a fls. 648-649).

98. Existem nos autos elementos probatórios inequívocos quanto à participação dos Representados na imposição da CBHPM em Mato Grosso, por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CHEM-MT. No Ofício Circular CEHM-MT nº 66/2005, de 21/07/05, a comissão solicita aos médicos que não assinem contratos com as operadoras de planos de saúde listadas, tendo em vista que até aquele momento as tentativas de negociação não haviam obtido acordo quanto, entre outras cláusulas, “*a implantação da CBHPM*”. (à fl. 65)

99. À fl. 66, o Ofício CEHM nº 41/2005, de 15/06/05, tendo em vista a proximidade de expiração do contrato de prestação de serviços firmado com as operadoras de saúde em 28.02.2005 e a decisão da Assembleia Geral dos Médicos, realizada em 13.6.05, determina, entre outras as medidas: a “*suspensão do atendimento aos pacientes que possuem convênios com as empresas de Auto-Gestão (sic), Medicina de Grupo e Seguradoras, a partir de 1º/07/2005, caso não assinem os novos contratos até 30/06/05*”. Nos novos contratos deveria ser adotada a “*CBHPM sem deflatores*”.

100. O Ofício CHEM-MT nº 28/2005, de 19/05/ 05, informa o nome do representante da Comissão para as reuniões com as operadoras de planos de saúde que lista, e determina que “*para agendamento da data da reunião deverá ser contactado (sic) diretamente o representante desta Comissão*” (à fl. 68). No Ofício CEHM-MT nº 95/2004, de 05 de novembro de 2004, a Comissão informa à diretoria da UNIDAS-MT que não há possibilidade de retomar o atendimento dos usuários dos planos de saúde filiados àquela operadora sem a assinatura dos contratos. (à fl. 69).



101. À fl. 71 a Gastroclínica comunica ao plano de saúde Sambemat que no prazo de 60 dias deixará de prestar os serviços previstos em contrato até então mantido entre as partes, *“movidos assim por orientação do Conselho Regional de Medicina-MT”*.

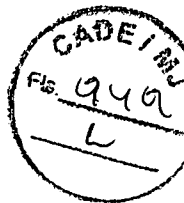
102. Dirigindo-se aos planos de saúde Casf/Basa, Correios e Sambemat, em documento acostado às fls. 74, o Dr. Rui Sérgio Duarte solicita seu descredenciamento *“visando cumprir o que foi decidido pelo SINDMED e o CRM em uma assembleia no dia 13/06/2005, isto é, que a partir de 01/07/2005 fossem **PARALIZADOS** (sic) os atendimentos da rede **UNIDAS**, devido à inexistência de contrato de prestação de serviços junto as (sic) Operadoras de Planos de Saúde.”* O signatário esclarece que *“esta decisão está alicerçada na minha postura ética com os colegas, e para evitar qualquer tipo de advertência do **CRM** ou do **SINDMED**.”* (destacado no original)

103. Os documentos acima foram trazidos aos autos pela Representante. Em resposta à consulta formulada pela SDE por meio do Ofício nº 3559/2008/DFPDE, o CRM-MT admitiu que a prática de preços inferiores aos sugeridos pela CBHPM pode ser considerada infração ética, *in verbis*:

“Desta forma, partindo de denúncia formal e após a instauração do devido processo legal, a prática por profissional médico de valores inferiores aos sugeridos na CBHPM, poderiam (sic) ser considerados infração ética nos artigos que tratam de remuneração profissional e relação entre médicos.” (a fls. 556)

104. Os artigos 15, 77 e 142 do Código de Ética Médica, listados abaixo, são utilizados pelos CRMs, sob a orientação do CFM, como base normativa para a instauração de procedimentos administrativos contra médicos que decidem não participar de movimentos de negociação de honorários ou dos boicotes organizados pelas entidades médicas contra as operadoras de planos de saúde.

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



É vedado ao médico:

(...)

“Art. 77 – Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.”

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

105. Assim, como observa a Nota Técnica SDE s/n, no PA nº 0812.004276/2004-71, *in verbis*:

“(...) 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 uma 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. (...) mesmo aqueles médicos que não tinham interesse em aderir [a]o movimento de implantação da CBHPM se viram impelidos a fazê-lo sob pena de sofrerem sanções éticas.” (pag. 60, à fl. 4006 dos autos)

106. Apesar de ter afirmado às fls. 556 que a prática de honorários inferiores aos determinados em tabela poderia ser infração ética, o CRM-MT alega que a CBHPM não seria de adoção obrigatória, tanto assim que não havia à época dos fatos aqui analisados procedimento administrativo em curso para apurar ilícitos éticos ligados à sua não observância. De fato, em 01.9.04 o CFM expediu o Ofício Circular nº 125/2004-AJ, dirigido a todos os presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina, no qual “solicita” que “sobrestem todos os feitos (sindicâncias e processos éticos-profissionais (sic)) que tenham como objeto a apuração de ilícitos éticos ligados a não observância da

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Res. CFM nº 1.673/2003.”

107. No entanto, o Ofício Circular 125/2004 foi retificado pela Circular nº 129/2004, na qual o CFM esclarece que, apesar do sobrestamento, “*não existe qualquer impedimento para que sejam instauradas e processadas novas sindicâncias sobre o tema [a CBHPM], sendo que somente o julgamento deverá ser sobrestado até um novo posicionamento sobre a matéria*”.

108. Assim, a punição por meio de processos ético-profissionais continuava a constituir uma ameaça que poderia compelir – como de fato compeliu – os médicos a seguir as decisões tomadas pelas entidades representativas da categoria. Estas entidades, Representadas aqui, conduziram, de forma unificada, centralizada e absoluta as negociações de patamares financeiros dos contratos individuais dos médicos com as operadoras de planos de saúde, exigindo, sob a pena de sanção ético-administrativa, a utilização da CBHPM nacional como preços dos serviços contratados.

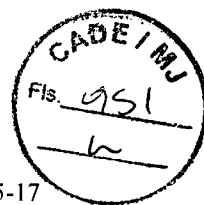
II.5 A promoção de boicotes e paralisações para forçar a adoção da CBHPM

109. O conjunto probatório dos autos comprova a participação dos Representados na incitação aos médicos para a realização de boicotes, paralisações ou descredenciamentos coletivos de operadoras de planos de saúde que se recusassem a adotar a CBHPM como padrão de honorários médicos. Estes boicotes alcançaram várias operadoras, independentemente de seu porte, práticas comerciais ou perfil de usuários, como pode ser visto abaixo.

110. A evidenciar as condutas dos Representados listam-se abaixo trechos de ofícios circulares e cartas encaminhadas pela CEHM-MT e por médicos às operadoras das quais solicitavam descredenciamento:

- Circular CEHM-MT nº 41/2005, de 15.7.05, que informa a UNIDAS das decisões tomadas em Assembleia Geral dos Médicos, entre as quais consta a suspensão do atendimento aos clientes de planos de saúde de autogestão e de seguros saúde:

Ep



“Conforme decisão da Assembleia Geral dos Médicos, realizada no dia 13/06/05, em decorrência da inexistência de contrato de prestação de serviços junto às Operadoras de Planos de Saúde, uma vez que o Termo de Acordo assinado em 10/12/04 expirou em 28/02/2005, foi deliberado o que segue:

(...)

5) “Suspensão do atendimento aos pacientes que possuam convênios com as empresas de Autogestão, Medicina de Grupo e Seguradoras, a partir de 1º/07/05, caso não assinem os novos contratos até 30/06/05, a exemplo da Blue Life e Sintrae que já assinaram os contratos

6) Na suspensão do atendimento cobrar valores de particular, tendo como referencial mínimo os valores da CBHPM.” (a fls.66-67)

- Carta do Dr. Rui Sérgio Duarte, do Centro de Oftalmologia Clínica e Cirúrgica em Cuiabá, na qual comunica aos planos de saúde Casf/Basa, Correios e Sambemat, de 11.7.05 seu descredenciamento:

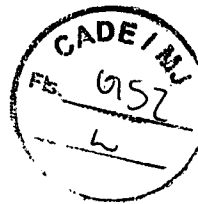
*“visando cumprir o que foi decidido pelo **SINDMED** e o **CRM** em uma assembleia no dia 13/06/2005, isto é, que a partir de **01/07/05** fossem **PARALIZADOS** (sic) os atendimentos aos convênios da rede **UNIDAS**, devido a inexistência de contrato de prestação de serviços junto as Operadoras de Planos de Saúde.”*

*Esclareço que esta decisão esta (sic) alicerçada na minha postura ética com os colegas, e para evitar qualquer tipo de advertência advinda do **CRM** ou do **SINDMED**.” (grifos no original) (à fl.74)*

- Ofício Circular CEHM-MT, de 21/07/05, endereçado aos médicos, que determina a recusa coordenada de assinatura de contratos/acordos/cadastros com operadoras de planos de saúde associadas à UNIDAS e outras:

*“A Comissão Estadual de Honorários Médicos do MT – CEHM, formada por representantes do Sindimed/MT, CRM-MT e AMMT, solicita aos médicos que não assinem contratos/acordos/cadastros com as seguintes operadoras: **Cassi, Geap, Sesi/MT Saúde, Assefaz, Embratel, Fassincra, Correios, Affemat, Capesesp, Eletronorte, Casf/Basa, Saúde Caixa, Conab, Sambemat, Amil, Sul América, Saúde Bradesco, Sadia, Petrobrás, Golden Cross.**” (grifos no original) (à fl. 65)³⁰*

³⁰ O ofício informa que, apesar de todas as tentativas de negociação, não se chegou a um acordo quanto à implantação da CBHPM, entre outras cláusulas. E convida os médicos “a participar de Assembleia Geral, para discussão do nosso movimento, no dia 04/08/05, às 19h, na sede campestre da AMMT, com a presença do Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Presidente da Associação Médica Brasileira.



- Ofício Circular CEHM-MT, de 05.11.04, endereçado à diretoria da UNIDAS-MT, que confirma a suspensão dos atendimentos:

“Consideramos, ainda, que não há possibilidade, em virtude do teor do Ofício acima mencionado [093/04], da volta ao atendimento dos usuários da Unidas, sem a assinatura dos contratos, e sem que a rede volte a ser conforme em 1º de julho de 2004.” (à fl. 69)

- Correspondência enviada pelo diretor administrativo da Gastroclínica ao plano de Saúde Sambemat:

“Informamos que no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar do recebimento deste, estaremos deixando de prestar os serviços, objeto do contrato de 05 de Abril de 2000 até então mantido entre as partes, por não cumprimento da Cláusula Primeira do Segundo Termo Aditivo Contratual, de 28-03-2005, movidos assim, por orientação do Conselho Regional de Medicina.” (à fl. 71)

111. Para serem considerados lícitos, o rompimento de contratos e a cessação da prestação de serviços acordada entre as partes devem expressar a vontade individual do contratado – no caso, cada o médico credenciado pelos planos de saúde. Quando tal decisão decorre de uma atitude concertada ou conduzida pelas entidades representativas de classes como estratégia de negociação, verifica-se a violação da dinâmica concorrencial de mercado, com potenciais efeitos lesivos para os consumidores, em conflito com a Lei 8.884/1994.

112. A tutela, resguardada constitucionalmente, que as entidades e associações médicas exercem sobre o interesse de seus associados não lhes confere prerrogativas para orquestrar a suspensão em massa do credenciamento dos planos de saúde. Os *boicotes*, como são denominados na doutrina antitruste os atos tendentes a promover a recusa de agentes econômicos autônomos a vender em massa, são condenados na esfera do Direito da Concorrência pelo prejuízo incontornável causado aos consumidores e porque não deixam alternativas aos tomadores de serviços, forçando-os a acatar preços ou determinações.³¹

113. Os boicotes aos planos de saúde liderados pelas associações médicas não se confundem, tampouco, com o exercício do direito de greve. Quando os médicos se credenciam junto às operadoras de planos de saúde, ofertam serviços, como autônomos,

³¹ PA 08012. 004276/2004-71. Nota Técnica SDE s/n, página 69 (à fl. 4015 dos autos).

por isso, afetam e são afetados pelos mecanismos de formação de preços. Não está presente aqui o requisito imprescindível para caracterização do emprego – a subordinação (Consolidação das Leis do Trabalho, art. 3º). Ausente qualquer traço de subordinação, não se pode argumentar que aos médicos são inerentes os direitos próprios às relações de emprego:

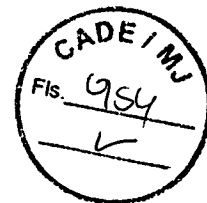
“O Direito do Trabalho e todos os fundamentos constitucionais que o balizam foram instituídos nos mais diversos ordenamentos que consagram o Estado Democrático de Direito com a finalidade de equilibrar uma relação que, por sua própria natureza, é marcada pelo desequilíbrio de forças. A intervenção estatal na esfera privada, consagrando direitos e prerrogativas próprias à parte hipossuficiente, nessa medida, se justifica como política de implementação do direito à igualdade.

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 de serviços com o fulcro de conferir melhores condições de trabalho aos primeiros.” ³²

114. O direito de greve, consequência lógica do instituto da negociação coletiva, pressupõe discricionariedade de adesão e atendimento mínimo para serviços essenciais. Mesmo não se considerando a relação de trabalho do médico profissional liberal com a operadora de plano de saúde análoga à relação trabalhista, esta avaliação hipotética permite concluir os instrumentos utilizados pelos Representados como coercitivos e abusivos naquele contexto.

115. Em síntese, há clareza na caracterização de infrações ao artigo 20, inciso I c/c art. 21, incisos II, V e X, todos da Lei nº 8.884/94, da convocação de boicotes contra operadoras e de sanções para os médicos que não adotassem os valores negociais para os procedimentos médicos para os planos de saúde em Mato Grosso nos contratos individuais entre operadoras, deliberações e procedimentos e valores estes determinados pela CEHM

³² Id. p. 70 (à fl. 4016)

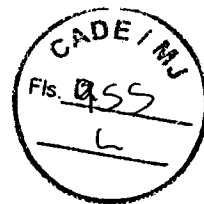


em nome de suas entidades constituintes – CRM-MT, AMMT, Sindmed-MT –, impondo ou buscando impor conduta uniforme, criando dificuldades para adquirente de serviço, enfim, regulando os valores de procedimentos no mercado de contratação de serviços médicos.

II.6 Entendimentos do Judiciário sobre a CBHPM sua implantação

116. Para defender a licitude de suas ações, os Representados alegaram, ao longo deste Processo, que o Poder Judiciário já teria se manifestado seguidas vezes a favor da implantação da CBHPM. Entre os precedentes citados incluem-se, por exemplo, (i) o voto do ministro Humberto Gomes de Barros no Mandado de Segurança 3461-8-DF; (ii) a decisão da antecipação de tutela da Ação Civil Pública nº 2004.36.00.010091-0; e (iii) o processo nº 2005.50.01.005345-2 da 3ª Vara Federal do Espírito Santo. A SG, na Nota Técnica nº 003/2013 (fls. 661-664), analisou as decisões e concluiu que estas não se prestam a demonstrar a licitude da conduta dos Representados:

- O voto do ministro Humberto Gomes de Barros no Mandado de Segurança 3461-8-DF foi vencido pelos demais membros da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ). O tribunal compreendeu que a SDE, à época, conforme disposição da Lei 8.158/91, não tinha poderes ou competência para uma medida preventiva. No entanto, o STJ, no julgamento realizado em 14.3.95, reconheceu que a Lei 8.884/94 previu expressamente tal competência, não havendo, portanto, óbice a que se adotasse qualquer medida preventiva pelo órgão instrutor na seara antitruste. O voto vencido do ministro Humberto Gomes de Barros alegava ainda que a tabela médica que estava analisando não continha “*qualquer norma de conduta. Tampouco, comina sanção para quem não observar os valores recomendados*”. Mas, como vimos nos autos, houve coerção, por meio da ameaça de abertura de processos éticos contra médicos que se recusassem a aderir ao movimento a favor da CBHPM.
- A Ação Civil Pública nº 2004.36.00.010091-0 (conexão ao proc. Nº 2004.36.00.009687-0), da 1ª Vara Federal de Mato Grosso, movida pelo Ministério Público Federal contra o CRM-MT, Sindmed-MT e AMMT,

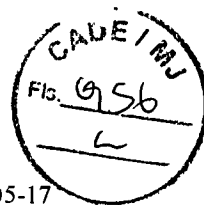


também não serve de suporte à tese dos Representados. Se, em 25.4.05, o juiz reconheceu na antecipação da tutela a licitude da prática contestada, a decisão foi modificada em 2009, quando, na análise de mérito, entendeu-se que o ordenamento jurídico pátrio não permite a imposição de tabelas de honorários médicos por parte do CRM-MT. Assim, o Juízo determinou que o CRM-MT se abstinisse de impor a CBHPM, ou qualquer outra tabela que viesse a substituí-la nesse propósito e de instaurar qualquer procedimento administrativo disciplinar contra médicos pela não aplicação da referida tabela.

- O processo nº 2005.50.01.005245-2 da 3ª Vara Federal do Espírito Santo, movido pelo Ministério Público Federal em face do Conselho Federal de Medicina e do CRM-ES, ao contrário do que afirmam os Representados, não ratifica a legalidade da CBHPM. Ao revés, o julgado dispõe que não haveria óbice à CBHPM se esta servisse apenas de referência, mas não seria possível adotá-la como “padrão ético”, sob pena de investigação disciplinar. O TRF da 2ª Região, na Apelação Cível 421251, manteve, em termos semelhantes, a decisão do juiz singular. Decisão publicada em 10.11.2009

117. A SDE colacionou outros exemplos de decisões judiciais que apontam no sentido da abusividade do caráter obrigatório da CBHPM, bem como da competência do CADE de investigar essas práticas:

- Posicionamento do Tribunal Federal da 1ª Região nas decisões dos agravos apresentados pela União contra ações judiciais apresentadas pelo CFM (0029461-66.2011.4.01.0000), pela AMB (0030649-94.2011.4.01.0000) e pela FENAM (0030650-79.2011.4.01.0000): “(...) o legislador, com o intuito de municiar o Poder Público com os instrumentos e as prerrogativas capazes de coibir as infrações à ordem econômica, ampliou, ao máximo, o leque de pessoas e entidades cujas atividades, quando potencialmente danosas à ordem econômica, ficam sujeitas à fiscalização pelos órgãos competentes. O único pressuposto para a atuação da SDE (...) é que a atividade fiscalizada seja desenvolvida por quem tenha a capacidade de interferir no equilíbrio do mercado de bens e de serviços”.



(...)

“Dessa forma, eventual prática abusiva que venha a ser praticada pela Fenam ou por qualquer outra entidade representativa da classe médica, e que traga reflexos para os beneficiários de planos de saúde como, por exemplo, a cobrança adicional sobre o valor das consultas e procedimentos médicos, ou a deflagração de movimento de paralisação na oferta dos serviços pelos profissionais credenciados pelas operadoras de planos de saúde, não podem ficar à margem da atuação da SDE, porquanto podem trazer sérias repercussões na relação contratual estabelecida entre médicos, operadoras de saúde e usuários.”

- *“MANDADO DE SEGURANÇA. RESOLUÇÃO Nº 19/87, DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro tem competência para baixar resoluções a respeito da profissão de médico; não pode, todavia, a pretexto disso, legislar acerca das relações entre médicos e empresas que têm como objeto social a prestação ou a garantia de serviços médicos. Recurso especial conhecido e provido, em parte.” (STJ, RESP 8490/RJ, Rel. Min. PEÇANHA MARTINS, T2, maioria, DJ 27/09/1999, p. 68) (destacado no original)*
- O MM. Juiz Federal Substituto IVO ANSELMO HÖHN JUNIOR, da Seção Judiciária do Maranhão, deferiu antecipação de tutela, nos autos da AO nº 2004.37.00.002613-5, adiante distribuída à 6ª Vara/MA, ajuizada em 8 de abril de 2004 por Hapvida Assistência Médica Ltda. contra Conselho Regional de Medicina – CRM/MA, que objetiva anular as Res. nº 001 e 003/2004 do CRM/MA, visto que tais resoluções impediriam os médicos maranhenses de atenderem aos usuários da autora se não adotassem a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Também o TRF da 1ª Região manteve a referida decisão, por ocasião do julgamento do Agravo Interno no Agravo 2004.01.00.020286-8/MA, em 24.08.2004, cujo Processo na Origem é 2004.37.00.002613-5. Entre os motivos para a manutenção da decisão, o TRF entendeu que seria

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

- O STJ negou provimento, em 18.02.2014, aos Agravos Regimentais interpostos pelo CRM/ES e pelo CFM no RECURSO ESPECIAL Nº 1.153.444 – ES (20090153608-8) e manteve a decisão recorrida que informava que o “art.15 da Lei n. 3.268/57 concede atribuição aos Conselhos Regionais de Medicina a proceder à fiscalização, bem como expedir resoluções de conteúdo normativo, apenas quanto às questões relacionadas à ‘ética médica’. Precedente do STJ. Assim, **a fixação de patamares mínimos de honorários profissionais médicos, mediante resoluções expedidas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina, extrapola os limites de atribuições traçados pela citada Lei de regência**”. O Tribunal Superior destacou ainda que é de competência privativa da União a edição de norma que pretenda estabelecer valores para procedimento profissionais, nos termos do art. 22, XVI da CRFB/88 (“Compete privativamente à União legislar sobre: (...) XVII- organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões”). Logo, a Resolução CFM n. 1.673/03 e a Resolução CRM/ES

[Assinatura]

nº. 154/2004, que fixam valores mínimos para remuneração dos procedimentos médicos, violariam o princípio da reserva legal, já que essa regulação não teria sido instituída por meio de lei em sentido formal. (destaques acrescidos).

II.7 Das orientações da SG

118. Na Nota Técnica 003/2013, a SG antes de proferir sua recomendação final, entendeu que, diante do alastramento do conflito entre prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde, com consequências nefastas para os consumidores, cumpre ao SBDC *“buscar formas efetivas para o cumprimento de suas decisões e emitir orientações claras e consistentes sobre as ações não toleradas diante dos ditames da Lei nº 8.884/94 (e, agora, da Lei nº 12.529/11”*. Desse modo, *a fim de evitar a prática de atos ilegais e contrários à concorrência*, propõe expedir às entidades representativas da categoria médica as seguintes orientações (fls. 668-669):

- (i) Excluir e deixar de divulgar quaisquer valores monetários para portes e UCOs, atualmente definidos e publicados pela Comissão Nacional de Honorários Médicos. A CBHPM, ao passar a ser equivalente a uma tabela de preços, torna-se potencialmente danosa à concorrência no mercado. A definição desses valores deve sujeitar-se a negociações entre os médicos e cada uma das operadoras de planos de saúde;
- (ii) Suprimir as bandas que estabelecem limites inferiores de remuneração (deflator de 20%) para aplicação da CBHPM;
- (iii) Abster-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, retaliar ou ameaçar os médicos que deixem de adotar a CBHPM como padrão de remuneração. O profissional deve ser sempre e em qualquer circunstância livre para atender pelo valor e condições que entender convenientes e adequadas segundo seus critérios individuais;
- (iv) Abster-se de promover, apoiar ou fomentar movimentos de boicote, paralisação coletiva de atendimento aos beneficiários de planos de



- saúde por tempo longo ou indeterminado ou descredenciamentos em massa;
- (v) Abster-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, retaliar ou ameaçar os médicos, obrigando a participação em movimentos de boicote, paralisação, descredenciamento, negociação coletiva ou o acatamento restrito 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.

III. CONCLUSÕES PRELIMINARES

119. A jurisprudência do CADE tem sido incisiva na condenação de entidades representativas de prestadores de serviços médicos pela imposição de tabelas de honorários e pela influência na adoção de conduta uniforme³³, seja pela mera existência da tabela, seja pelas distorções da concorrência³⁴ provocadas nos mercados em que são adotadas. No caso em tela, a prática anticoncorrencial valeu-se do alto poder de influência das entidades representativas, o que também possui jurisprudência de condenação pelo CADE.³⁵ Além disso, e principalmente, a existência de sanções por descumprimento a tabelas de preços vem sendo entendida pelo Conselho como suficiente para que a tabela deixe de ser considerada concorrencialmente neutra.³⁶

120. Tendo em vista a jurisprudência deste tribunal e em razão dos elementos carreados aos autos, bem como das defesas apresentadas pelo CRM-MT e pelo Sindmed-MT, que não negaram a autoria dos fatos que lhe foram imputados, e sendo a AMMT

³³ Vejam-se os precedentes; Processo Administrativo nº 61/93, Processo Administrativo nº 53/92, Processo Administrativo nº 08000.015515/97-02, Processo Administrativo nº 08000.011520/1994-40, Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78. Cf. Nota Técnica SG nº 03/2013, nota de rodapé às fls. 654.

³⁴ Sobre esse aspecto destacam-se o Processo Administrativo nº 08012.006241/97-03 (caso da Rede da Economia); o Processo Administrativo nº 0812.005994/2004-65 (caso da tabela dos fotógrafos); o Processo Administrativo nº 0812.002169/2009-13 (caso da tabela dos tradutores). Id. Ibid., nota de rodapé às fls. 655.

³⁵ Processo Administrativo nº 0812.004372/2000-70 (j. 2002); Processo Administrativo nº 08012.004373/2000-32 (j. 2002); Processo Administrativo nº 08000.021976/1997-51 (j. 2003), entre outros. Nota Técnica SG 03/2013, fls. 655.

³⁶ Cf. votos vencedores dos ex-conselheiros Carlos Ragazzo, no julgamento da Averiguação Preliminar nº 08012.005994/2004-31 e Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, no âmbito do Processo Administrativo nº 0812.004054/2003-78. Id. ibid.



revel, com presunção da veracidade dos fatos narrados, entendo que (i) os Representados exigiram e buscaram o **descredenciamento em massa** dos prestadores de serviços dos planos de saúde que não adotassem os valores dos honorários médicos estipulados na CBHPM; (ii) a recusa dos médicos a seguir os procedimentos ditados pelos Representados poderia ser considerada infração ética, a ser punida de acordo com as normas legais que regulam a prática profissional dos médicos, ou seja, **punindo os profissionais liberais que se desviassem da conduta imposta** pela CEHM-MT; e (iii) os Representados participaram ativamente do movimento de **adoção obrigatória e uniforme** dos valores da CBHPM no Estado de Mato Grosso, por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT, como preço fixo cobrado de cada médico profissional liberal quando da oferta de seus serviços para todos os entes de saúde complementar compradores de serviços médicos.

121. Com este conjunto probatório, entendo que as entidades deliberantes da CEHM-MT, CRM-MT, AMMT e Sindmed-MT, incidiram nos art. 20, inciso I c/c art. 21, incisos II, V e X, todos da Lei nº 8.884/94.

IV. DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS CONDUTAS E DA DOSIMETRIA

122. Seguindo a jurisprudência deste CADE, entendo que *“os parâmetros estabelecidos na Lei 12.529/11 para condenação de associações de entidades ou pessoas constituídas de fato ou de direito que não exerçam atividade empresarial não são mais benéficos que os anteriormente previstos na Lei 8.884/94”*.³⁷ Portanto decido pela aplicação aos Representados da multa prevista no art. 23, II, da Lei nº 8.884/1994, c/c critérios do art. 27 do mesmo diploma legal.

123. Na dicção do art. 23 da Lei nº 8.884/94, a prática de infração da ordem econômica sujeita os responsáveis às seguintes penas:

(...)

III - No caso das demais pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, bem como quaisquer associações de entidades ou pessoas constituídas de fato ou de direito, ainda que temporariamente, com ou sem personalidade jurídica, que não exerçam atividade empresarial, não sendo possível utilizar-se

³⁷ Voto vogal proferido pela Conselheira Ana Frazão no Processo Administrativo nº 08012.009834/2006-57.



o critério do valor do faturamento bruto, a multa será de 6.000 (seis mil) a 6.000.000. (seis milhões) de Unidades Fiscais de Referência (Ufir), ou padrão superveniente. *(incluído pela Lei nº 9.069, de 29.6.95)*

124. O art. 27 do mesmo diploma legal estabelece oito critérios a serem levados em conta na aplicação das penas, sendo que esses elementos são idênticos para todos os Representados, uma vez que todos tiveram participação provada equivalente na conduta, exceto para o CRM-MT, que tem o poder de aplicar as punições aos médicos:

I – **a gravidade da infração** – a adoção de conduta uniforme pelos Representados, por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM-MT, com a realização de boicotes e ameaças de punição, para a imposição da CBHPM nas negociações de honorários de todos os profissionais médicos com registro profissional válido no CRM com os planos de saúde no Estado de Mato Grosso, deve ser considerada grave. A assistência à saúde é um direito constitucional dos cidadãos brasileiros, e, dada a incapacidade do Sistema Único de Saúde – SUS de prover a assistência universal prevista na Constituição, boa parte da população depende dos planos de saúde para receber, a suas expensas, os cuidados que se fazem necessários. Ao promover o descredenciamento em massa de profissionais contratados pelas operadoras de planos de saúde que se recusassem a adotar a CBHPM, independentemente de porte, condição financeira ou atuação, os Representados prejudicaram os consumidores no acesso a um serviço essencial, desvirtuaram de forma ilícita as forças de mercado e buscaram, através de meios abusivos, conduta uniforme;

II – **a boa-fé do infrator** – não é possível atribuir boa-fé aos Representados, quando se levam em conta as inúmeras condenações pela mesma prática impostas pelo CADE, de conhecimento público ³⁸;

³⁸ Vejam-se os precedentes; Processo Administrativo nº 61/93; Processo Administrativo nº 53/92; Processo Administrativo nº 08000.015515/97-02; Processo Administrativo nº 08000.011520/1994-40; Processo Administrativo nº 08012.004054/2003-78; Processo Administrativo nº 08012.006241/97-03; Processo Administrativo nº 0812.005994/2004-65; Processo Administrativo nº 0812.002169/2009-13; Processo Administrativo nº 0812.004372/2000-70 (j. 2002); Processo Administrativo nº 08012.004373/2000-32 (j.

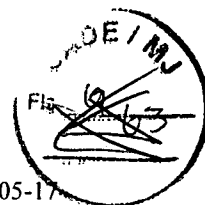


III – a vantagem auferida ou pretendida pelo infrator – Os Representados buscaram desequilibrar as forças negociais impondo a associados e não associados da AMMT e Sindmed-MT e todos os médicos registrados no CRM-MT, obrigações na forma de venda de seus serviços. Impuseram, assim, monopólio frente a todas as OPS, que, na hipótese mais favorável aos Representados, poderiam ser consideradas oligopsonistas. Devido à resistência das operadoras de planos de saúde, o movimento pela adoção obrigatória da CBHPM não foi totalmente bem-sucedido, embora o presidente da CEHM-MT tenha admitido, nos autos, que “a CBHPM foi implantada parcialmente em Mato Grosso, estando os valores ainda defasados”;

IV – a consumação ou não da infração – a infração foi consumada, uma vez que a aplicação da CBHPM foi exigida pela CEHM-MT nas negociações com os planos de saúde em Mato Grosso e foram realizados boicotes, sob a ameaça de punições aos médicos que não aderissem ao movimento;

V – o grau de lesão, ou perigo de lesão, à livre concorrência, à economia nacional, aos consumidores, ou a terceiros – O grau de lesão deve ser considerado alto. O movimento pela adoção dos valores decididos nacionalmente para a CBHPM em Mato Grosso, com a participação direta dos Representados por meio da CEHM, tornou inviável a livre negociação dos honorários pelos médicos com base na dinâmica de formação de preços no mercado. Os consumidores foram prejudicados com o descredenciamento e ameaça de descredenciamento em massa de prestadores de serviço dos planos de saúde – quando não ficavam desassistidos pela falta de médicos, tinham de arcar com um custo adicional correspondente à diferença entre os honorários pagos pelos planos de saúde e os valores da CBHPM. A diferença deveria ser reembolsada pelas operadoras, que poderiam fazê-lo ou não, a depender de cada caso. Os Representados também cercearam a liberdade dos médicos do Estado de negociar individualmente com os planos de saúde, ao tornar obrigatória a adoção dos valores e classificação da CBHPM, sob pena de

2002); Processo Administrativo nº 08000.021976/1997-51 (j. 2003). E votos vencedores dos ex-conselheiros Carlos Ragazzo, no julgamento da Averiguação Preliminar nº 08012.005994/2004-31 e Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer, no âmbito do Processo Administrativo nº 0812.004054/2003-78.



instauração de processos ético-disciplinares contra aqueles que se recusassem a aderir ao movimento;

VI – os efeitos econômicos negativos produzidos no mercado – a conduta adotada pelos Representados, por intermédio da CEHM, produziu efeitos negativos no mercado de assistência à saúde em Mato Grosso, com a suspensão em massa dos atendimentos aos planos de saúde que não concordaram em adotar a CBHPM como padrão remuneratório dos serviços médicos contratados e buscou aumentar custos de operadoras de plano de saúde, em um contexto de mercado regulado por esses custos;

VII – a situação econômica do infrator – O CRM-MT registrou uma receita bruta de R\$ R\$ 1.701.168,46 (um milhão, setecentos e um reais, cento e sessenta e oito mil e quarenta e seis centavos) em 2009. A AMMT obteve uma receita bruta de [REDACTED] em 2009. E o Sindmed apurou uma receita bruta de [REDACTED] em 2009.

VIII – a reincidência – não há reincidência por parte dos Representados.

a) Associação Médica de Mato Grosso – AMMT

125. Seguindo os critérios da dosimetria elencados no artigo 27 da Lei nº 8.884/94 e avaliados acima, temos que a infração foi grave; a vantagem pretendida pela infratora era a imposição de conduta uniforme dos médicos junto aos planos de saúde nas negociações de honorários no Estado de Mato Grosso; a lesão pode ser considerada grave, tendo em vista a amplitude dos efeitos, que envolveram uma categoria importante em mercado bastante sensível, sendo a saúde um serviço essencial para a população e um direito assegurado pela Constituição; foram produzidos efeitos econômicos negativos no mercado, já que os médicos foram ameaçados, caso se desviassem da conduta, e os consumidores de serviços médicos, direta ou indiretamente via planos de saúde, sofreram com ameaças e boicotes; a infratora não é reincidente.

126. A AMMT integrou a Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM de Mato Grosso, instituída para replicar nos Estados a estrutura da Comissão Nacional para a Implantação da CBHPM, criada pelas entidades médicas nacionais — CFM, AMB,

11/01/2017
0164
2

FENAM e Confederação Médica Brasileira (CFM). Nessa condição, participou do movimento para a implantação em Mato Grosso da CBHPM, como tabela de preços obrigatória, nas negociações de honorários com os planos de saúde associados à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS de Mato Grosso e outras OPS, incentivando a adesão a boicotes e apoiando a retaliação aos médicos que se recusassem a aderir ao movimento, muito além do que deliberaram CFM, AMB e FENAM quando da criação da CBHPM.

127. Regularmente notificada da instauração de procedimento administrativo, em seu desfavor, por infração da ordem econômica, a AMMT não apresentou defesa, o que equivale à presunção de veracidade dos atos mencionados no libelo, nos termos do art. 34 da Lei nº 8.884/94, vigente à época.

128. Diante das evidências constantes nos autos, do reconhecimento da prática de infração à ordem econômica pela AMMT, e acompanhando a jurisprudência do CADE, estabeleço a multa no valor de 13.600 Ufir, equivalente a R\$ 14.471,76, conforme o art. 23, III, também da Lei nº 8.884/94.

b) Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso

129. Seguindo os critérios da dosimetria elencados no artigo 27 da Lei nº 8.884/94 e avaliados acima, temos que a infração foi grave; a vantagem pretendida pela infratora era a imposição de conduta uniforme dos médicos junto aos planos de saúde nas negociações de honorários no Estado de Mato Grosso; a lesão pode ser considerada grave, tendo em vista a amplitude dos efeitos, que envolveram uma categoria importante em mercado bastante sensível, sendo a saúde é um serviço essencial para a população e um direito assegurado pela Constituição; foram produzidos efeitos econômicos negativos no mercado, já que os médicos foram ameaçados, caso se desviassem da conduta, e os consumidores de serviços médicos, direta ou indiretamente via planos de saúde, sofreram com ameaças e boicotes; a infratora não é reincidente. O Sindmed-MT integrou a Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM de Mato Grosso, instituída para replicar nos Estados a estrutura da Comissão Nacional para a Implantação da CBHPM, criada pelas entidades médicas nacionais — CFM, AMB, FENAM e Confederação Médica Brasileira (CFM). Nessa condição, participou do movimento para a implantação em Mato Grosso da CBHPM, como tabela de preços obrigatória, nas negociações de honorários com os planos de saúde

EF



associados à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS de Mato Grosso e outras OPS, incentivando a adesão a boicotes e apoiando a retaliação aos médicos que desrespeitassem as decisões da Assembleia Geral dos seus associados, muito além do que deliberaram o CFM, AMB e FENAM.

130. Regularmente notificado da instauração de procedimento administrativo, em seu desfavor, por infração da ordem econômica, o Sindmed-MT não apresentou defesa no prazo legal, o que equivale à presunção de veracidade dos atos mencionados no libelo, nos termos do art. 34 da Lei nº 8.884/94, vigente à época. Posteriormente, em defesa extemporânea, a entidade não negou os fatos que lhe foram atribuídos no presente processo.

131. Diante das evidências constantes nos autos, da conclusão pela prática de infração à ordem econômica por parte do Sindmed-MT e acompanhando a jurisprudência do CADE, estabeleço multa no valor de 42.000 Ufir, equivalente a R\$ 44.692,20, conforme o art. 23, III, também da Lei nº 8.884/94.

c) Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso

132. Seguindo os critérios da dosimetria elencados no artigo 27 da Lei nº 8.884/94 e avaliados acima, temos que a infração foi grave; a vantagem pretendida pela infratora era a imposição de conduta uniforme dos médicos junto aos planos de saúde nas negociações de honorários no Estado de Mato Grosso; a lesão pode ser considerada grave, tendo em vista a amplitude dos efeitos, que envolveram uma categoria importante em mercado bastante sensível, sendo a saúde um serviço essencial para a população e um direito assegurado pela Constituição; foram produzidos efeitos econômicos negativos no mercado, já que os médicos foram ameaçados, caso se desviassem da conduta, e os consumidores de serviços médicos, direta ou indiretamente via planos de saúde, sofreram com ameaças e boicotes; a infratora não é reincidente. O CRM-MT aparece com destaque na conduta por ser a instância onde as sanções éticas seriam impostas sob o manto das delegações do poder público de entidade fiscalizadora de profissão regulamentada.

133. O CRM-MT integrou a Comissão Estadual de Honorários Médicos – CEHM de Mato Grosso, instituída para replicar nos Estados a estrutura da Comissão Nacional para a Implantação da CBHPM — criada pelas entidades médicas nacionais — CFM, AMB, FENAM e Confederação Médica Brasileira (CFM). Nessa condição, participou do



movimento para a implantação em Mato Grosso da CBHPM, como tabela de preços mínimos obrigatória, nas negociações de honorários com os planos de saúde associados à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS de Mato Grosso e outras OPS, incentivando a adesão a boicotes e apoiando a retaliação aos médicos que se recusassem a aderir ao movimento, muito além do que deliberaram o CFM, AMB e FENAM.

134. O CRM-MT ameaçou instaurar processos ético-administrativos contra médicos que decidissem não participar do movimento de implantação da CBHPM no Estado de Mato Grosso, seja na negociação de honorários, seja na participação nos boicotes organizados pelas entidades médicas contra as operadoras de planos de saúde – o que foi expressamente admitido nos autos durante a instrução do presente feito.

135. Diante das evidências constantes dos autos e acompanhando a jurisprudência do CADE, estabeleço multa no valor de 225.000 Ufir, equivalente a R\$ R\$ 239.422,50, conforme o art. 23, III, também da Lei nº 8.884/94.

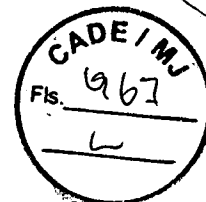
136. Por fim, recomendo ao tribunal a adoção das medidas abaixo relacionadas, em linha com a sugestão da Superintendência-Geral, com o fito de orientar as entidades representativas da categoria médica quanto à observância da lei antitruste.

V. CONCLUSÃO

137. Esses os elementos de decidir, voto pela condenação às sanções especificadas neste voto de todos os Representados neste processo administrativo, a saber, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso, o Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso e a Associação Médica de Mato Grosso, em razão do cometimento das infrações previstas no art. 20, inciso I c/c com o art. 21, incisos II, V e X, todos da Lei nº 8.884/94, especificadas as multas de R\$ 239.422,50 para o Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso; de R\$ 44.692,20 para o Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso; e de R\$ 14.471,76 para a Associação Médica de Mato Grosso. Fixo em 30 dias o prazo para o pagamento das multas, a contar da data da intimação da decisão.

138. Por fim, recomendo às condenadas que, para evitar novas condenações:

- a) excluam e deixem de divulgar quaisquer valores monetários para portes e UCOs, atualmente definidos e publicados pela Comissão Nacional de



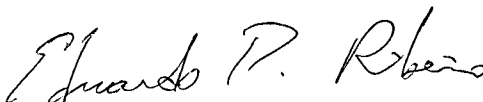
Processo Administrativo nº 0812.006552/2005-17

Honorários Médicos como únicos valores de negociação. A definição desses valores deve sujeitar-se a negociações entre médicos e operadoras de planos de saúde;

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

139. É o voto.

Brasília, 04 de junho de 2014


EDUARDO PONTUAL RIBEIRO

Conselheiro Relator